



**MINISTERIO
DE SALUD**

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO

MINISTERIO DE SALUD



CARE
PERU

GUÍA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

**PROGRAMA SALUD MATERNO PERINATAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO**

*Las complicaciones relacionadas con el embarazo no se
pueden predecir o prevenir, pero pueden ser tratadas.*

FEMME PERÚ
Proyecto Emergencias Obstétricas



**MINISTERIO
DE SALUD**

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO

MINISTERIO DE SALUD



care™

CARE
PERU

GUÍA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

**PROGRAMA SALUD MATERNO PERINATAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO**

*Las complicaciones relacionadas con el embarazo no se
pueden predecir o prevenir, pero pueden ser tratadas.*

FEMME PERÚ
Proyecto Emergencias Obstétricas

Hacia la excelencia en la atención de salud materna... aún en las condiciones más difíciles

2da EDICIÓN
Abril 2002

***Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, siempre que se señale la propiedad intelectual de CARE PERU.
Los Flujogramas también están editados en dimensiones de 70x100 cm.
impresos a todo color.***

***vegal@aya.care.org.pe
lunar@aya.care.org.pe***

ρλμ&μλφμ-δγ,μπ

INDICE

	Pág.
Presentación	5
Como utilizar el manual	11
Abreviaturas	12
Niveles de capacidad resolutive funcional	13
Aborto	15
Flujograma general de manejo de aborto	21
Enfermedad hipertensiva del embarazo	25
Flujograma para casos de preeclampsia y eclampsia	31
Embarazo ectópico	33
Flujograma de manejo de embarazo ectópico	37
Ruptura prematura de membranas	39
Flujograma del manejo de ruptura prematura de membranas y corioamnionitis	43
Flujograma de sepsis y shock séptico	45
Hemorragia en gestación mayor de 22 semanas	47
Flujograma de Atención de Hemorragia por Placenta previa y desprendimiento prematuro de Placenta	51
Shock hipovolémico obstétrico	53
Hemorragia posparto	57
Flujograma de atención de hemorragia posparto	63
Flujograma de retención placentaria	65
Flujograma de ruptura uterina	67
Trabajo de parto prolongado	69
Incompatibilidad Feto Pélvica y Estrechez Pélvica	73
Flujograma de atención de parto prolongado	77
Endometritis	82
Flujograma de endometritis	85
Protocolo y Colocación de Catéter endovenoso (vía segura)	87
Protocolo para la extracción manual de placenta	90
Condiciones para la referencia	94
Bibliografía	96

Presentación

El abordaje de la reducción de la Mortalidad Materna es en el Perú y sobre todo en el Departamento de Ayacucho una prioridad, entendida no como la disminución de un indicador negativo de la situación de salud, sino como una apuesta al desarrollo y al respeto a derechos fundamentales.

Un nuevo enfoque, el de priorizar la atención de las emergencias obstétricas, mejorando el acceso y uso de los servicios de salud por parte de la población gestante que presenta una complicación que ponga en riesgo su vida, es lo que nos motiva a desarrollar y validar una herramienta que nos permita enfrentar este tipo de eventos clínicos, de aplicación general que involucre la participación de la comunidad liderada por el Agente Comunitario de Salud y los diferentes niveles de capacidad resolutive del Sistema de Salud formal de manera realista y profesional. Así se pretende aportar a los objetivos delineados en el Plan Regional de Contingencia Para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Esta guía responde a la necesidad de contar con la herramienta estandarizada, que oriente y norme, el manejo clínico de la paciente obstétrica complicada por parte de proveedores de servicios obstétricos capacitados en el ámbito de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho.

Resaltar que la edición de esta guía, fue posible, gracias al esfuerzo de profesionales médicos y obstetrces de los diferentes establecimientos de salud de Ayacucho, que con denuedo enfrentan diariamente estas eventualidades y que aportaron sus experiencias y practicas con desprendimiento y humildad, al equipo de gestión de la Dirección Regional de Salud y el asesoramiento de expertos del Instituto Materno Perinatal de Lima.

FEMME PERÚ

Hacia la excelencia en la atención de salud materna... aún en las condiciones más difíciles

● Que motiva la edición de esta guía _____

Esta guía, es una respuesta a la preocupación de los hacedores de políticas y proveedores de servicios de salud materna, consientes de que sus resultados en el cuidado de la salud de la mujer y en especial en el tema de la morbilidad materna, deben mejorar.

Un paso hacia la excelencia en la atención de salud materna... aún en las condiciones más difíciles, lo constituye esta guía, pues no es una herramienta técnica de uso clínico más, sino el corolario a un compromiso continuo en aprender y compartir lecciones y experiencias para el desarrollo humano e institucional en pro de la salud de la mujer, enseñándonos a pensar en que puedo y debo hacer... y que no puedo y no debo hacer.

● Como abordar la mortalidad materna, con enfoque de desarrollo humano e institucional _____

El Proyecto FEMME PERU, aborda la morbilidad materna con enfoque de desarrollo en que:

- ✓ *La colaboración para el desarrollo de las mejoras debe estar basada en contrapartes efectivas que conocen las contribuciones de todas las partes;* la generación de esta guía ha sido ampliamente participativa, los hacedores de políticas, los expertos en emergencias obstétricas, los proveedores de las diferentes redes y microredes, han contribuido con su capacitación, su experiencia profesional, su conocimiento de la realidad urbana/rural andina y selvática del departamento de Ayacucho. Esto permitió en un ambiente de compromiso discutir temas técnicos con objetividad y sentido de desarrollo humano.
- ✓ *Las ideas y programas deben basarse en las realidades de las experiencias vividas;* la fuente de aprendizaje para la edición de esta guía fue la experiencia local de los proveedores de servicios de salud materna. La historia a demostrado que capacitando proveedores o instituciones a cambiar su comportamiento o hacer las cosas de diferentes maneras no funciona. La guía refleja las necesidades y realidades urbana/rural andina y selvática del departamento de Ayacucho.

Este conocimiento actual debe ser validado y ajustado en revisiones posteriores ampliamente participativas (instituciones proveedores - comunidad organizada).

- ✓ Los agentes de apoyo externo deben asumir el papel de facilitadores en vez que de directores; el Proyecto FEMME PERÚ de la Oficina Ayacucho de CARE, cumplió un rol facilitador, asegurando la propiedad local de la herramienta, con el objetivo de que todo proveedor pueda contribuir para sostener este proceso de cambio... este proceso consumió mucho tiempo, pero es completo para el desarrollo e institucionalización de capacidades locales.

○ Que actividades reducirán la mortalidad materna _____

La mortalidad materna en Ayacucho, como en otros ámbitos es multicausal, pobreza extrema, analfabetismo, bajo estatus de la mujer, higiene y nutrición deficiente, transporte deficiente, comunidades dispersas, diversas identidades culturales, servicios médicos inadecuados si resolvemos todos estos problemas, la mortalidad materna se reducirá sustancialmente. Esto no es factible en el corto y mediano plazo.

Sin embargo, es posible reducir las muertes maternas antes que dar solución a estos problemas en un futuro cercano mediante:

- ✓ *Reducir las posibilidades de embarazarse*, mediante programas de planificación familiar y salud reproductiva.
- ✓ *Reducir las posibilidades de que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo o parto*, mediante estrategias como planes de parto, casas de espera, parto seguro, identificación de signos de peligro, etc.
- ✓ *Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten emergencias obstétricas*, mediante la mejora en el acceso y uso de servicios de salud que brindan cuidados obstétricos de emergencia.

FEMME PERÚ, enfoca su intervención en reducir las muertes entre las mujeres que presentan una emergencia obstétrica.

○ Cuales son las premisas a considerar para alcanzar resultados _____

Es fundamental comprender que aunque no se pueden predecir ni prevenir las emergencias obstétricas, estas pueden ser tratadas. Por lo tanto si:

- ✓ Una proporción de gestantes desarrollara emergencias obstétricas, y

- ✓ La mayoría de estas emergencias obstétricas no pueden prevenirse o evitadas;
- ✓ Entonces las mujeres que sufren emergencias obstétricas necesitarán de establecimientos que brinden cuidados obstétricos de emergencia disponibles para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

● **Son suficientes los servicios obstétricos de emergencia** _____

Contar con establecimientos que brinden cuidados obstétricos de emergencia puede que no sea suficiente si se quiere reducir la mortalidad materna. Como se señaló más arriba la multicausalidad de la mortalidad materna pasa por una variedad de problemas. Estos problemas se comportan como barreras al acceso y uso de servicios y se agrupan utilizando el modelo de las *Demoras*, estas son:

- ✓ Demora en reconocer el problema
- ✓ Demora en decidir sobre la búsqueda de atención
- ✓ Demora en llegar al servicio de salud
- ✓ Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud

Mediante el análisis crítico de la práctica en los servicios, se generaran las estrategias adecuadas a cada realidad para minimizar estas barreras. Esta guía aporta a minimizar la demora en recibir tratamiento en servicio, mediante la mejora en la organización de los recursos y los procesos de atención rápida y segura de la emergencia obstétrica.

● **Como medir nuestros progresos** _____

FEMME PERÚ, adopta la instrumentación de la medición de sus progresos, mediante el uso de *indicadores de proceso*. Para esto es clave contar con datos consignados regularmente y confiables, sistematizarlos periódicamente y generar la información pertinente, con la cual calcular los indicadores.

Los indicadores de proceso, brindan información que puede utilizarse para planificar intervenciones, que la realidad señala deben abordarse con relativa frecuencia, como disponibilidad, utilización y calidad de los servicios.

FEMME PERÚ utiliza los siguientes indicadores:

- ✓ *Cantidad de Establecimientos que brindan Servicio de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE)*, estos deben ser 01 COE Completo acompañado de 04 COE Básicos como mínimo para un ámbito de 500,000 habitantes. Mide disponibilidad de servicios.

- ✓ Distribución geográfica de Servicios COE, mide disponibilidad y distribución espacial adecuada para el acceso oportuno.
- ✓ Proporción de todos los nacimientos en Servicios COE, al menos el 15% de todos los nacimientos esperados deben darse utilizando servicios COE. Mide acceso y uso de los servicios.
- ✓ Necesidades satisfechas para servicios COE, 100% de las emergencias obstétricas deben ser tratadas en servicios COE. Mide acceso y uso de los servicios.
- ✓ Cesáreas como proporción de todos los nacimientos, las cesáreas en COE Completo no deben ser menos del 5% ni más del 15% de todos los nacimientos en el ámbito jurisdiccional del COE Completo. Es un indicador de calidad y capacidad resolutive.
- ✓ Tasa de Letalidad, debe ser siempre menor al 1% de todas las emergencias obstétricas tratadas en el COE Completo. Es un indicador de calidad.

○ Que más hacer

- ✓ Institucionalizar la Mejora Continua de la Calidad como parte del Planeamiento Estratégico de los establecimientos.
- ✓ Institucionalizar la Educación Permanente en Servicio, como parte de la gestión de la capacitación programada en el plan operativo de las redes de servicios de salud.
- ✓ Consignar responsablemente la información en los formatos de registro, analizar críticamente los reportes y plantear estrategias y actividades para revertir malos procesos identificados como barreras de la atención de calidad.
- ✓ Organizar la participación de la comunidad, en redes de transferencia materna.

CÓMO UTILIZAR LA GUÍA DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La Guía de Atención de Emergencias Obstétricas tiene por objetivo, direccionar y normar al proveedor de servicios de salud en el manejo clínico de las emergencias obstétricas. La guía intenta describir los procesos en los diferentes niveles de capacidad resolutive funcional, haciendo hincapié en la acción adecuada a ejecutar en la comunidad y en el servicio, así como en la decisión de referir a la paciente de manera oportuna y adecuada al servicio de mayor capacidad resolutive..

El flujograma es la explicación gráfica y secuencial de un proceso que sirve para hacerse de forma rápida, una imagen mental de una acción a ejecutar. Un flujograma utiliza la siguiente simbología estandarizada:

INICIO:

El inicio de cualquier flujograma se simboliza así:



INICIO

ACCION:

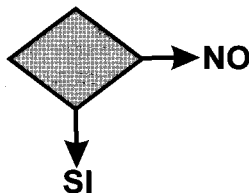
Se gráfica con un rectángulo:



ACCIÓN

DECISIÓN o ALTERNATIVA:

Se representa con un rombo donde se describe la situación a decidir, y en sus ángulos se colocará las alternativas SI o NO. Las flechas indican la dirección del proceso; si, en posición vertical y no, en posición horizontal:



FIN:

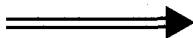
Representa el final de cualquier procedimiento:



FIN

REFERENCIA:

Se simboliza así:



== ABREVIATURAS ==

AMP	Ampicilina
AMEU	Aspiración manual endouterina
CAF	Cloranfenicol
CINa	Solución de cloruro de sodio
cc.	Centímetro cúbico
CID	Coagulación intravascular diseminada
cm.	Centímetros
CLAP	Centro latinoamericano de perinatología
DBP	Diámetro biparietal
DPP	Desprendimiento prematuro de placenta
DI.	Decilitro
EV o IV	Vía Endovenosa
gr.	Gramos
GCH	Gonadotrofinas coriónicas humanas
GTM	Gentamicina
h.	Horas
Hb., Hto.	Hemoglobina, hematocrito
HTT	Hemorragia del tercer trimestre
Hg	Mercurio
HELLP	Hemólisis, liberación de enzima hepáticas, plaquetopenia
ICP	Incompatibilidad cefalo pélvica
IM	Vía intramuscular
lt.	Litro
ml.	Mililitro
mm3	Milímetro cubico
mg.	Miligramos
mcg.	Microgramos
PP	Placenta previa
RPM	Ruptura prematura de membranas
Sem.	Semanas
TP	Tiempo de protrombina
TTP	Tiempo parcial de tromboplastina
UI	Unidades internacionales
UCI	Unidad de cuidados intensivos
> <	Mayor de, menor de

NIVELES DE CAPACIDAD RESOLUTIVA FUNCIONAL PARA LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS (*)

NIVEL	PERSONAL	COMPETENCIAS	IMPLEMENTACIÓN
COMUNIDAD	Agente Comunitario de Salud	-Identificación de signos de peligro. -Referencia adecuada y oportuna. -Atención de Parto Limpio inevitable.	-Camilla. -Organización comunal. -Mapa de seguimiento a Planes de Parto. -Hogar Materno. -Set de Parto Limpio.
A	Técnico de Enfermería	-Entregar consejería en salud reproductiva y estilos de vida saludables. -Tomar funciones vitales. -Identificar: signos de peligro (**), estado de conciencia, estado convulsivo, contracciones uterinas, gestación con situación transversa. -Aplicar vía segura. -Administrar Nifedipino, ocitócicos, anticonvulsivantes. -Atender el parto normal.	-Termómetro -Tensiómetro -Estetoscopio -Reloj -Equipo de atención de parto -Equipo de venoclisis -Catéteres -Cloruro de sodio al 0.9 % -Ocitocina -Nifedipino -Misoprostol -Poligelina -Sulfato de magnesio
B	Médico General Obstetriz Enfermera	-Examen Ginecoobstétrico, determinar edad gestacional, estrechez pélvica, presentación podálica, Incompatibilidad cefalo pélvica -Monitoreo clínico, reconocer el shock, calcular volumen de pérdida sanguínea -Identificar: abdomen agudo, reacción peritoneal productos del aborto, tumor abdominal, foco infeccioso uterino, otros focos infecciosos, lesión del canal del parto, retención placentaria y placenta acreta -Administrar antibióticos, antihipertensivos, anticonvulsivantes, corticoides -Realizar e interpretar hemograma, hemoglobina y examen de orina -Manejar curva de alerta para atención del parto -Realizar AMEU -Realizar ruptura artificial de membranas y evacuación vesical -Realizar extracción manual de placenta	-Equipo de examen ginecológico y revisión de canal -Disco calculador de embarazo -Equipo para AMEU -Curva de alerta del CLAP -Equipo de reanimación neonatal -Sonda vesical, amniótomo

NIVEL	PERSONAL	COMPETENCIAS	IMPLEMENTACIÓN
C	Médico Gineco- obstetra Médico General Anestesista Obstetriz	-Realizar e interpretar ecografías gineco-obstétricas y exámenes de factores de la coagulación y GCH -Realizar los siguientes procedimientos: ♦Culdocentesis ♦Legrado uterino ♦Laparotomía exploratoria ♦Cesárea ♦Reposición de útero invertido ♦Reparación de desgarro vaginal de II y III grado ♦Atención de partos prematuros y podálicos ♦Atención de bebés prematuros ♦Inducción del parto ♦Transfusión de sangre y derivados seguros	-Ecógrafo -Sala de operaciones -Equipo para cesárea, legrado uterino y laparotomía -Plasma congelado, crioprecipitado, plaquetas y paquete globular -GCH -Equipo de anestesia -Banco de Sangre

(*) Nivel de Capacidad Resolutiva, se define para cada emergencia obstétrica según se cuente con recurso humano capacitado, infraestructura, equipos e insumos médicos disponibles para su uso, en el servicio.

(**) SIGNOS DE PELIGRO: Fiebre, sangrado, pérdida de líquido, cefalea intensa, vómitos excesivos, útero hipertónico, dolor abdominal intenso, desmayos, disminución de los movimientos fetales.

ABORTO

1. NOMBRES: Aborto, aborto incompleto (O08.4), aborto retenido (O02.1), aborto séptico (O08.0).

2. DEFINICIÓN: Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un peso fetal menor de 500 gr.

3. FRECUENCIA: Del 15 al 30% de todos los embarazos terminan en aborto. El aborto es responsable del 25 a 50% de muertes maternas en el Perú.

4. ETIOLOGÍA: 70% (abortos espontáneos) se deben a malformaciones genéticas. Se considera que el 30% de los embarazos no deseados termina en abortos inducidos. Causas infecciosas, sobre todo infecciones genitourinarias están fuertemente ligadas.

5. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Edad materna: muy joven o muy mayor (menor de 15 o mayor de 35 años)
- ✓ Multiparidad
- ✓ Antecedente de abortos previos
- ✓ Embarazo no deseado
- ✓ Enfermedades crónicas
- ✓ Malas condiciones socioeconómicas

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Dolor pélvico abdominal
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Fiebre
- ✓ Palidez marcada
- ✓ Desmayos o pérdida del conocimiento
- ✓ Secreción fétida

7. CONDICIONES ESPECIALES:

- ✓ Infección urinaria
- ✓ Provocación del aborto

8. COMPLICACIONES:

- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Shock séptico
- ✓ Perforación uterina
- ✓ Desgarros de cervix
- ✓ Pelvipерitonitis
- ✓ Muerte materna
- ✓ Infertilidad

SECUELAS: Mala implantación placentaria en los siguientes embarazos, infertilidad.

9. CUADRO CLÍNICO:

- ✓ Gestación menor de 22 semanas
- ✓ Sangrado vaginal de cuantía variable
- ✓ Dolor abdominal en el bajo vientre
- ✓ Expulsión o no de productos de la gestación (incluido líquido amniótico)
- ✓ Se visualiza sangrado proveniente de cavidad uterina con o sin cambios cervicales como borramiento y dilatación.

10. EXAMENES AUXILIARES:

- ✓ Ecografía revela restos en cavidad uterina o embrión, signos de vitalidad fetal, áreas de desprendimiento, número de fetos.
- ✓ Test de confirmación de embarazo (orina, sangre).
- ✓ Examen de orina
- ✓ Hemograma, Hb, Grupo y Rh.

11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Embarazo ectópico
- ✓ Hemorragia uterina disfuncional con período de amenorrea previo
- ✓ Enfermedad del trofoblasto
- ✓ Lesiones de canal y patología cervico vaginal

12. CLASIFICACIÓN:

- ✓ Aborto incompleto
- ✓ Aborto séptico
- ✓ Aborto retenido
- ✓ Amenaza de aborto
- ✓ Aborto inevitable

13. CUADRO CLÍNICO:

- ✓ Amenaza de aborto: Se define como la presencia de sangrado proveniente de útero acompañado de dolor en hipogastrio, sin cambios cervicales.
- ✓ Aborto Inminente: Se define como la presencia de sangrado proveniente de útero acompañado de dolor en hipogastrio, con cambios cervicales dilatación, incorporación; sin expulsión de restos.

Clinica	Aborto Incompleto	Aborto Séptico	Aborto Retenido	Amenaza de Aborto	Aborto Inevitable
ANAMNESIS					
Sangrado	De leve a severo	De moderado a severo	Ausente o moderado	Si	Si
Dolor Pélvico	De leve a moderado	De moderado a severo	Ausente o Leve	Si/No	Si
Maniobras de provocación	Si/No	Si generalmente	No	Si/No	Si/No
Eliminación de contenido uterino	Si	Si o No	No	No	No
EXAMEN CLÍNICO GENERAL					
Estado General	Regular	Malo	Bueno	Bueno	Regular
Palidez	De leve a severa	Moderada a severa	De leve a moderada	Leve	Moderada a severa
Fiebre	No	Si o hipotermia	No	No	No
Taquicardia	Leve	Si	No	No	Si/No
Ictericia	No	Presente si se complica con CID	Presente si se complica con CID	No	No
Rebote Peritoneal	Ausente o leve	Moderado o severo	Ausente	No	No
Tendencia al sangrado	No	Posible	Si o No	No	No

Clínica		Aborto Incompleto	Aborto Séptico	Aborto Retenido	Amenaza de Aborto	Aborto Inevitable
EXAMEN PREFERENCIAL						
HISTORIAL	Lesión Cervical	Si o ausente	Si, habitualmente	NO	SI/NO	SI/NO
	Sangrado	Si, por lo general abundante	Si	Escaso	Si	Si
TACTO VAGINAL	Tamaño del útero con relación a edad gestacional	Menor	Menor a igual	Menor a igual	Igual	Igual
	Cervix	Abierto	Abierto o cerrado	Cerrado o entreabierto	Cerrado o entreabierto	Abierto
	Dolor a la movilización de cervix	Leve	Si, intenso	No	No	Si
	Fondo de saco posterior	Libre, dolor leve	Ocupado o no, doloroso	Libre, no doloroso	Libre	Libre
EXAMEN AUXILIARES						
Clínica		Aborto Incompleto	Aborto Séptico	Aborto Retenido	Amenaza de aborto	Aborto Inevitable
Leucocitos		Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Test de confirmación de embarazo		Negativa	Negativa	Negativa o positiva baja	Positivo	Variable
Actividad cardíaca fetal (ecografía)		No	Puede estar presente	No	Presente	Variable
Recuento de plaquetas		Normal	Normal o Disminuido	Normal o Disminuido	Normal	Normal
Recuento de plaquetas		Normal	Normal o Disminuido	Normal o Disminuido	Normal	Normal

14. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Reposo en cama en todos los casos
- ✓ Fluidos endovenosos si hay sangrado vaginal activo
- ✓ Determinar vitalidad fetal con Ecografía
- ✓ Evacuación uterina en caso de comprobar perdida de la vitalidad fetal
- ✓ Usar antibióticos si existen signos de infección

15. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA FUNCIONAL:

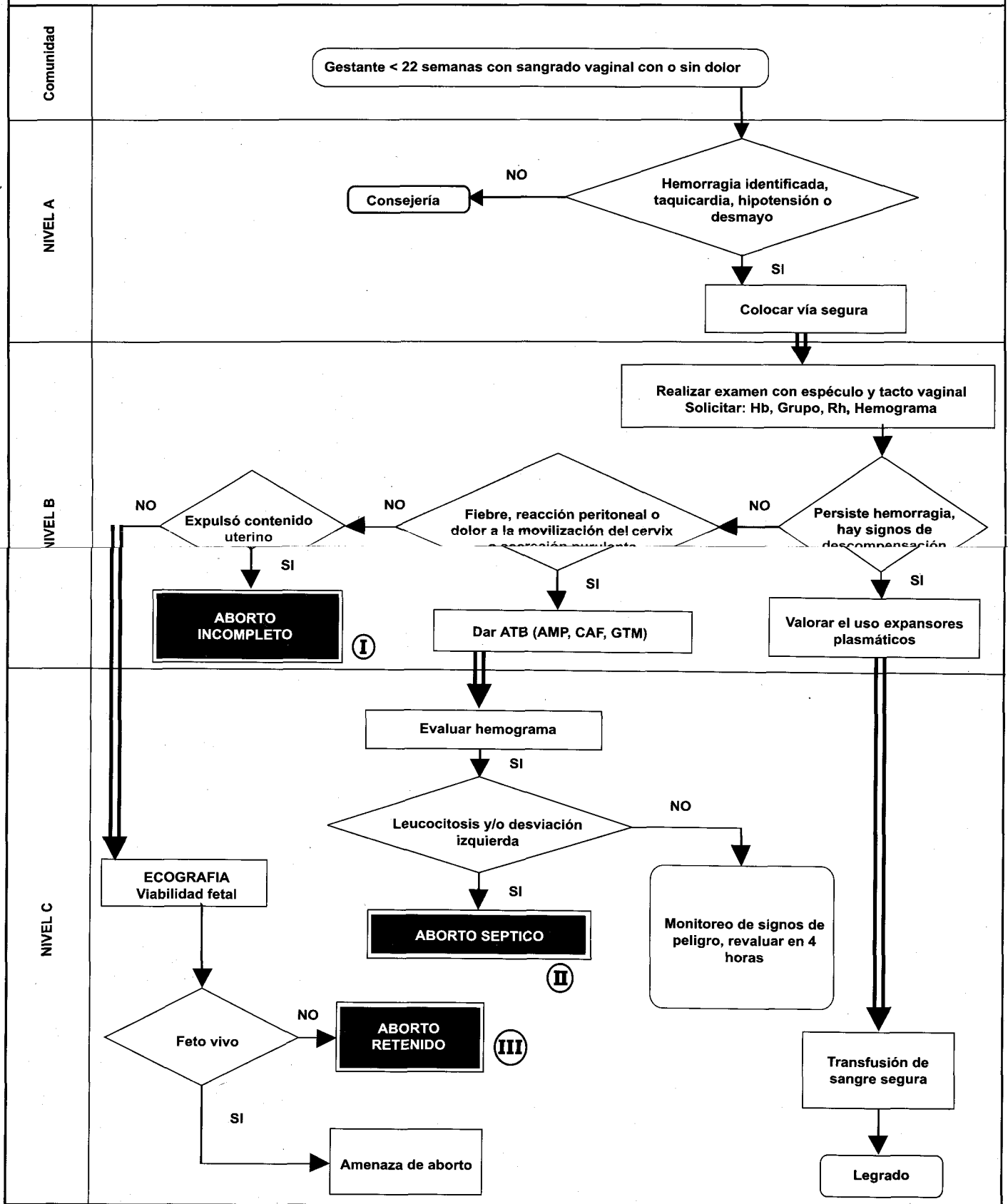
ACCIÓN	Aborto incompleto sin complicaciones	Aborto Séptico	Aborto retenido sin complicaciones	Amenaza de Aborto	Aborto inevitable
INDICACIONES GENERALES					
Reposo en cama	Si	Si	Si	Si	Si
Aplicar vía segura (Cloruro de Sodio)	Si	Si	Si	Si	Si
Expansores Plasmáticos	No	Probable	No	No	Probable
MEDIDAS ESPECÍFICAS					
Antibióticos	No	Si	No	No	No
Ocitocina	Mayor de 12 sem.	Mayor de 12 sem.	Mayor de 12 sem.	No	Probable
Misoprostol	No	No	Si	No	No
Derivados del cornezuelo de centeno	Si	Si	Si	No	No
Corticoides	No	Condicional	No	No	No
Sangre	Improbable	Probable	No	No	No
MEDIDAS QUIRÚRGICAS					
AMEU	Útero de tamaño menor de 12 sem.	No	Menor a 12 sem.	No	No
Remoción de restos de pinzas	Si	No	No	No	No
Legrado	Si	Si	Si	No	No
Laparotomía	No	Probable	No	No	No
Histerectomía	No	Probable	No	No	No

Nota: En casos de evidencia de perforación el manejo se dará en el nivel de capacidad resolutive correspondiente.

16. MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DEL ABORTO

- ✓ Cloruro de Sodio
- ✓ Poligelina (expansores plasmáticos)
- ✓ Misoprostol
- ✓ Dexametasona
- ✓ Ocitocina
- ✓ Derivados del cornezuelo de centeno
- ✓ AMP, CAF, GTM

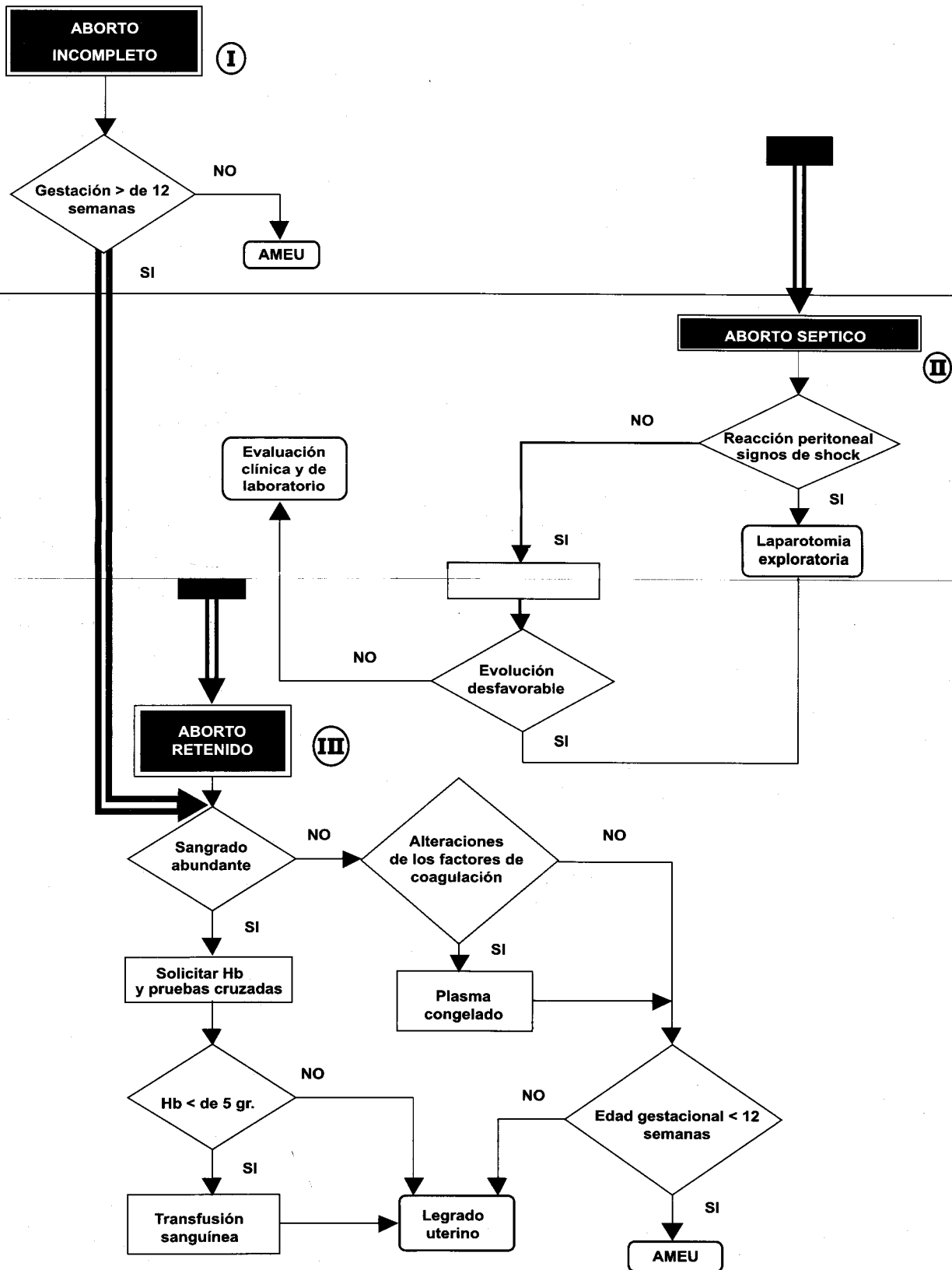
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL ABORTO (A)



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL ABORTO (B)

NIVEL B

NIVEL C



ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

1. NOMBRES: Preeclampsia inespecífica (O14.9), preeclampsia moderada (O14.0), preeclampsia severa (O14.1), Eclampsia (O15)

2. DEFINICIÓN: Trastornos hipertensivos que se presentan en la gestación y que aparecen entre las 20 semanas hasta las 72 horas después del parto, cuyo sustrato es la vasoconstricción originada por la menor síntesis de sustancias vasodilatadoras. Está asociada a proteinuria y edema. Cuando se desarrolla encefalopatía hipertensiva aparecen convulsiones tónico clónicas y el cuadro se denomina Eclampsia

3. FRECUENCIA: 5 a 10% de las gestaciones. Es la tercera causa de muerte materna en el Perú y origina del 17 al 25 % de muertes perinatales

4. ETIOLOGÍA

- ✓ El alza tensional es causada por una placenta isquémica debido a una penetración trofoblástica superficial.
- ✓ La causa de esta alteración es desconocida. El efecto es una vasculatura uterina de menor diámetro y mayor resistencia, que disminuye el área de síntesis de sustancias vasodilatadoras. Además la placenta isquémica libera a la circulación materna factores que originan hipertensión aún no conocidos.

5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Hipertensión arterial crónica
- ✓ Hipertensión arterial transitoria
- ✓ Epilepsia
- ✓ Síndrome nefrótico
- ✓ Coma por otras causas

6. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas
- ✓ Antecedente de hipertensión en embarazo anterior
- ✓ Edad menor de 20 y mayor de 35 años
- ✓ Primera gestación

- ✓ Embarazo múltiple actual
- ✓ Obesidad
- ✓ Hipertensión crónica
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Presión arterial diastólica mayor de 80 mm Hg. en el segundo trimestre del embarazo
- ✓ Pobreza extrema

7. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Cefalea intensa
- ✓ Escotomas, acúfenos o tinnitus
- ✓ Edema generalizado y/o incremento de peso
- ✓ Epigastralgia
- ✓ Convulsiones o pérdida del conocimiento
- ✓ Disminución de la percepción de movimientos fetales
- ✓ Color amarillo de ojos y piel
- ✓ Orina con sangre

8. COMPLICACIONES:

- ✓ Insuficiencia cardíaca y edema pulmonar agudo
- ✓ Insuficiencia renal
- ✓ Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia (síndrome HELLP)
- ✓ Coagulación intravascular diseminada
- ✓ Desprendimiento de retina
- ✓ Accidente cerebro vascular
- ✓ Eclampsia
- ✓ Muerte materna

SECUELAS: Hipertensión crónica, diabetes, ceguera, lesiones neurológicas

9. REPERCUSIONES Y SECUELAS PERINATALES:

- ✓ Prematuridad
- ✓ Retardo de crecimiento intrauterino
- ✓ Alteraciones metabólicas: hipoglicemia

- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Muerte fetal intra útero
- ✓ Muerte en período neonatal

SECUELAS: Retardo en el crecimiento y aprendizaje

10. CUADRO CLÍNICO:

- ✓ Gestación mayor de 20 semanas
- ✓ Hipertensión arterial: se considera hipertensa a toda embarazada con presión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg en posición sentada, luego de reposo por 10 minutos y repetida en 3 oportunidades con espacios de 1 minuto.
- ✓ Debe considerarse alzas de 30 mm Hg de la presión habitual sistólica y 15 mm Hg de la diastólica (considerar cualquier incremento paulatino y sostenido de la presión arterial)
- ✓ Presencia de proteinuria: 300 mg de albúmina por litro, o una cruz (+) medida con cinta o con el método del ácido sulfosalicílico frío, en la orina recogida en 24 horas o en 2 muestras simples con intervalos de 4 horas, en que se obtenga 1 gr. de albúmina por litro o 2 cruces (++) medidas con cinta o con el método del ácido sulfosalicílico frío.
- ✓ Edema de diferentes proporciones: por encima de las rodillas (dos cruces), lumbar y cara (tres cruces)
- ✓ Presencia de convulsiones tónico clónicas y pérdida del conocimiento en la eclampsia
- ✓ Hiperreflexia osteotendinosa

11. EXAMENES AUXILIARES:

- ✓ Hematocrito elevado por hemoconcentración en relación al basal
- ✓ Acido úrico mayor de 5 mg /dl
- ✓ Proteinuria cualitativa o cuantitativa mayor de 300 mg en orina de 24 horas o mayor de 1 gr. /lt en una muestra aislada. La magnitud de la proteinuria está acorde con la severidad del cuadro.
- ✓ Urea y creatinina elevadas si hay compromiso de la función renal, aunque es más sensible el aclaramiento de creatinina
- ✓ Dosaje de enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia asociado a hemólisis, presencia de síndrome de HELLP
- ✓ Perfil de coagulación

- ✓ Electrocardiograma nos revela hipertrofia ventricular, en caso de hipertensión crónica previa al embarazo
- ✓ Fondo de ojo para determinar la antigüedad de la hipertensión y si existe edema cerebral
- ✓ Ecografía para realizar perfil biofísico

12. CLASIFICACION SINDROMICA:

- ✓ Pre eclampsia moderada: Presión arterial entre 140 / 90 y menor de 160/110 mm Hg
- ✓ Pre eclampsia severa: Presión arterial mayor o igual de 160/110 mm Hg
- ✓ Eclampsia: Aparición de convulsiones tónico clónicas generalizadas en un cuadro previo de pre eclampsia
- ✓ Hipertensión crónica y preeclampsia agregada

Clinica	Preeclampsia moderada	Preeclampsia severa	Eclampsia
Presión Arterial	140/90 mm Hg. a 159/109 mm Hg.	Mayor de 160/110 mm Hg.	Mayor de 140/90 mm Hg.
Proteinuria por día	Hasta 5 gr.	Mayor de 5 g.	Mayor de 5 g.
Convulsiones	No	No	Si
Hemólisis elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas	No	Variable (si se complica con síndrome HELLP)	Variable (si se complica con síndrome HELLP)

13. CONDICIONES ESPECIALES O ASOCIADAS:

- ✓ Síndrome HELLP, caracterizado por hemólisis, liberación de enzimas hepáticas al torrente circulatorio y plaquetopenia
- ✓ Coagulación intravascular diseminada (CID) en casos de eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, o feto muerto in útero

14. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Control de presión arterial estricto
- ✓ Evaluación del crecimiento fetal basándose en el control periódico del incremento de la altura uterina
- ✓ Hospitalización de toda gestante con pre eclampsia severa
- ✓ Tratamiento con antihipertensivos a las mujeres pre eclámpicas severas
- ✓ Administración de sedantes lejos del nacimiento

- ✓ Dieta normosódica
- ✓ Análisis de laboratorio en las pre eclámpticas severas
- ✓ Interrupción oportuna del embarazo y maduración pulmonar de ser necesario
- ✓ Monitoreo fetal clínico o electrónico para identificar signos precoces de sufrimiento fetal
- ✓ No utilizar derivados del cornezuelo del centeno
- ✓ La preeclampsia leve debe ser observada por el personal de salud y en condiciones de referencia oportuna

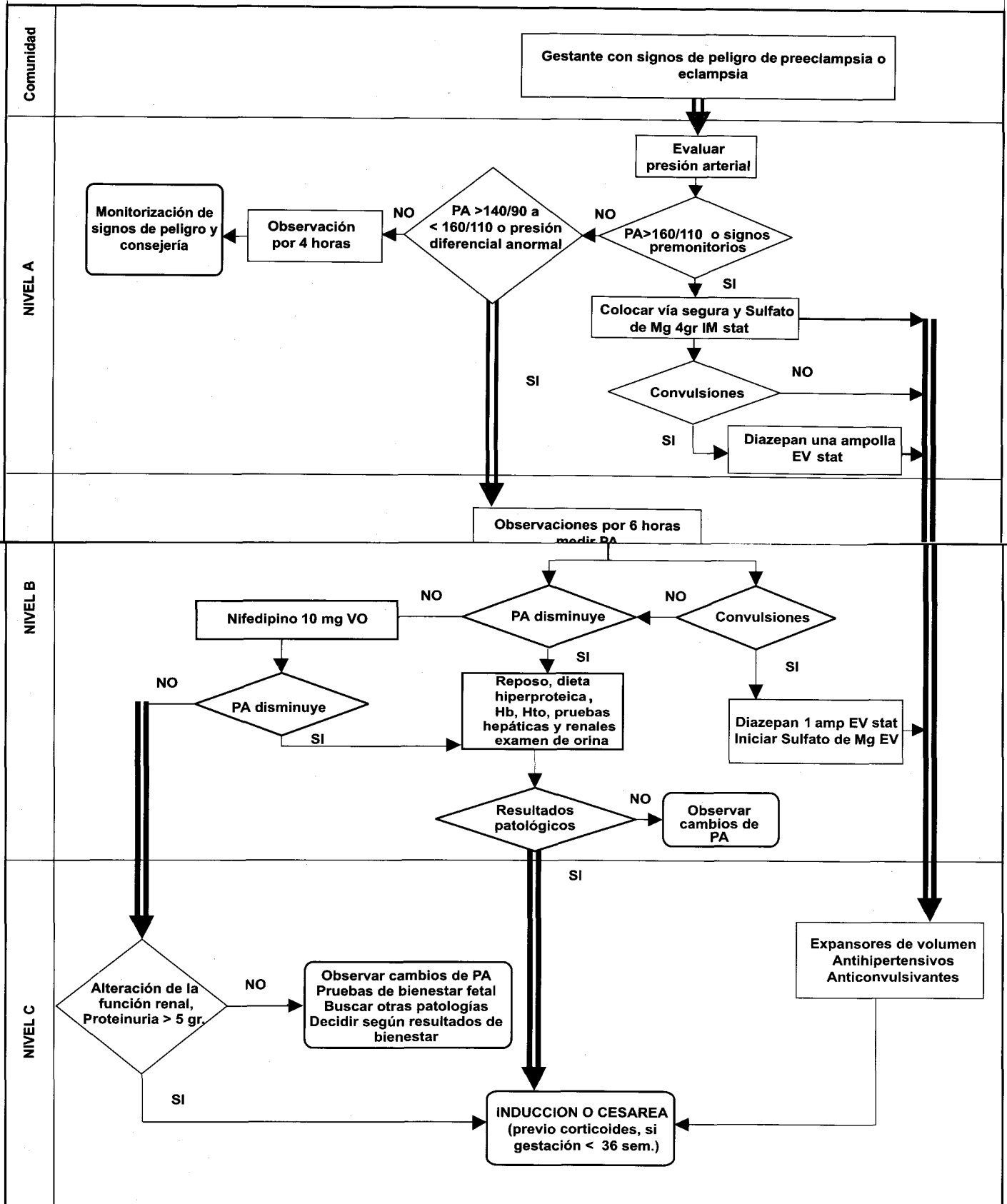
15. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

ACCIÓN	Preeclampsia		Eclampsia	Síndrome HELLP
	Moderada	Severa		
INDICACIONES GENERALES				
Reposo en cama	Relativo	Si	Si	Si
Dieta normosódica hiperproteica	Si	Si		
Aplicar vía segura	No	Si	Si	Si
Asegurar vías aéreas libres	Si	Si	Si	Si
MEDIDAS ESPECÍFICAS				
Nifedipino/metildopa	No	Si	Si	Si
Sulfato de magnesio	No	Si	Si	Variable
Diazepan/Fenobarbital	No	No	Si	Variable
Diuréticos(*)	No	No	Variable	Variable
TERMINACIÓN DE GESTACIÓN				
Inducción con ocitocina	No	Si (en gestaciones mayores de 36 sem.	Si (previa estabilización hemodinámica)	Variable
Cesárea	No	Si (en gestaciones mayores de 36 sem.	Si (previa estabilización hemodinámica)	Variable

15. FARMACOS UTILIZADOS CON FRECUENCIA

- ✓ Sulfato de Magnesio: Se usa para prevenir las convulsiones en infusión: 10 gr. de Sulfato de Magnesio en 1000 cc de cloruro de sodio. Iniciar con 300 cc en 15 min. y continuar con goteo entre 20 y 30 gotas por min. De presentarse convulsiones pasar 100 cc adicionales a chorro. Es importante vigilar los signos de intoxicación: arreflexia, depresión respiratoria y oliguria
- ✓ Gluconato de calcio al 10%: Antídoto del sulfato de magnesio, se debe aplicar en caso que haya un efecto exagerado identificado por una alteración de la frecuencia respiratoria, abolición de los reflejos, o en caso de oliguria marcada. Se usa 10 cc endovenoso de la solución al 10%
- ✓ Nifedipino: Antihipertensivo administrado por vía oral. Dosis habitual de 10 mg hasta 3 veces al día, eventualmente se podría utilizar una cuarta dosis. Es vasodilatador periférico y tocolítico
- ✓ Metildopa: Antagonista alfa 2 adrenérgico, con efecto máximo a las 5 horas cuyo un efecto antihipertensivo desaparece a las 48 horas
- ✓ Fenobarbital: Sedante del sistema nervioso central, se usa para prevenir las convulsiones en dosis de 100 mg endovenoso o intramuscular diario, o por vía oral de 30 a 60 mg cada 12 horas
- ✓ Diazepan: Usado como anticonvulsivante de acción central en dosis de 10 mg endovenoso, es depresor del aparato respiratorio de la madre y el bebe. Debe aplicarse lentamente en caso de convulsión. Se puede administrar por vía oral en dosis de 10 a 15 mg diario
- ✓ Furosemida: Diurético, solamente debe utilizarse en caso de edema cerebral, insuficiencia renal o edema pulmonar agudo

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO



EMBARAZO ECTÓPICO

1. NOMBRES: Embarazo ectópico (O00.9)

2. DEFINICIÓN: Implantación anormal del embarazo, fuera de la cavidad uterina

3. FRECUENCIA: 0.5 a 1% de todos los embarazos

4. ETIOLOGÍA: Presencia de obstáculos para la migración del huevo fecundado dentro de la cavidad uterina, o alteraciones del endometrio para su implantación

5. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica
- ✓ Uso de progestágenos orales
- ✓ Antecedente de embarazo ectópico anterior
- ✓ Antecedente de cirugía tubárica previa
- ✓ Uso de dispositivo intrauterino
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Endometriosis

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Dolor pélvico abdominal
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Palidez marcada
- ✓ Desmayos o pérdida del conocimiento, en especial en la posición erguida o al cambiar de posición

7. COMPLICACIONES:

- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Pelviperitonitis
- ✓ Muerte materna

SECUELAS: Infertilidad, y otras derivadas de la cirugía de urgencia

8. CUADRO CLÍNICO O HALLAZGOS CLÍNICOS:

- ✓ Amenorrea de corta evolución
- ✓ Sangrado vaginal de cuantía variable
- ✓ Hipotensión ortostática
- ✓ Dolor abdominal en el bajo vientre
- ✓ Tumoración anexial dolorosa confirmada por examen bajo anestesia
- ✓ Signos de irritación peritoneal

9. EXÁMENES AUXILIARES:

- ✓ Ecografía revela útero vacío o decidua hiperplásica. También se puede observar masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina y liquido en fondo de saco en caso de complicación
- ✓ Dosaje de Gonadotrofinas coriónicas humanas, en cantidad menor a 6,000 UI/ ml.; cada tercer día se debe duplicar esta cifra. Si es negativo se puede excluir el diagnóstico en el 99% de casos
- ✓ El examen de orina puede revelar la existencia de un cuadro infeccioso inflamatorio como cuadro a diferenciar

10. PROCEDIMIENTO AUXILIAR

- ✓ Culdocentesis

11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Aborto
- ✓ Hemorragia uterina disfuncional
- ✓ Enfermedad del trofoblasto
- ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica
- ✓ Infección urinaria

12. CLASIFICACIÓN:

- ✓ Complicado: si se ha roto y produce hemorragia intra abdominal de diferente magnitud
- ✓ No complicado: no roto ni infectado

13. CONDICIONES ESPECIALES O ASOCIADAS:

- ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica
- ✓ Usuarías de Dispositivo intra uterino

14. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES

Embarazo ectópico	Complicado	No Complicado
ANAMNESIS		
Edad gestacional	Mayor de 6 sem.	Menor de 6 sem.
Sangrado	Variable	Variable
Dolor pélvico	Intenso	Leve o ausente
Desvanecimientos	Si	No
EXAMEN CLÍNICO GENERAL		
Estado General	Regular o malo	Normal
Palidez	De leve a severa	Leve
Fiebre	Variable	No
Hipotensión	Presente	Ausente
Rebote peritoneal	Presente	Ausente o leve
EXAMEN PREFERENCIAL		
Dolor a la movilización de cervix	Intenso	Leve o ausente
Fondo de saco posterior	Doloroso, ocupado	Libre, dolor leve
Tumoración anexial	Si o imposible determinar por dolor	Si, dolor moderado
EXÁMENES AUXILIARES		
Leucositosis	Presente si se acompaña con infección	Ausente
GCH sub-unidad beta	Muy baja o aún negativa	Variable
Actividad cardíaca fetal (ecografía)	Ausente, líquido libre en cavidad	Variable, ausencia de líquido libre en cavidad
Hemoglobina	Anemia aguda	Normal

15. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ El embarazo ectópico complicado debe detectarse lo mas precozmente posible
- ✓ La paciente con sospecha de embarazo ectópico debe internarse y aplicársele una vía segura
- ✓ El tratamiento definitivo es quirúrgico
- ✓ Debe expectarse la posibilidad de transfundir sangre

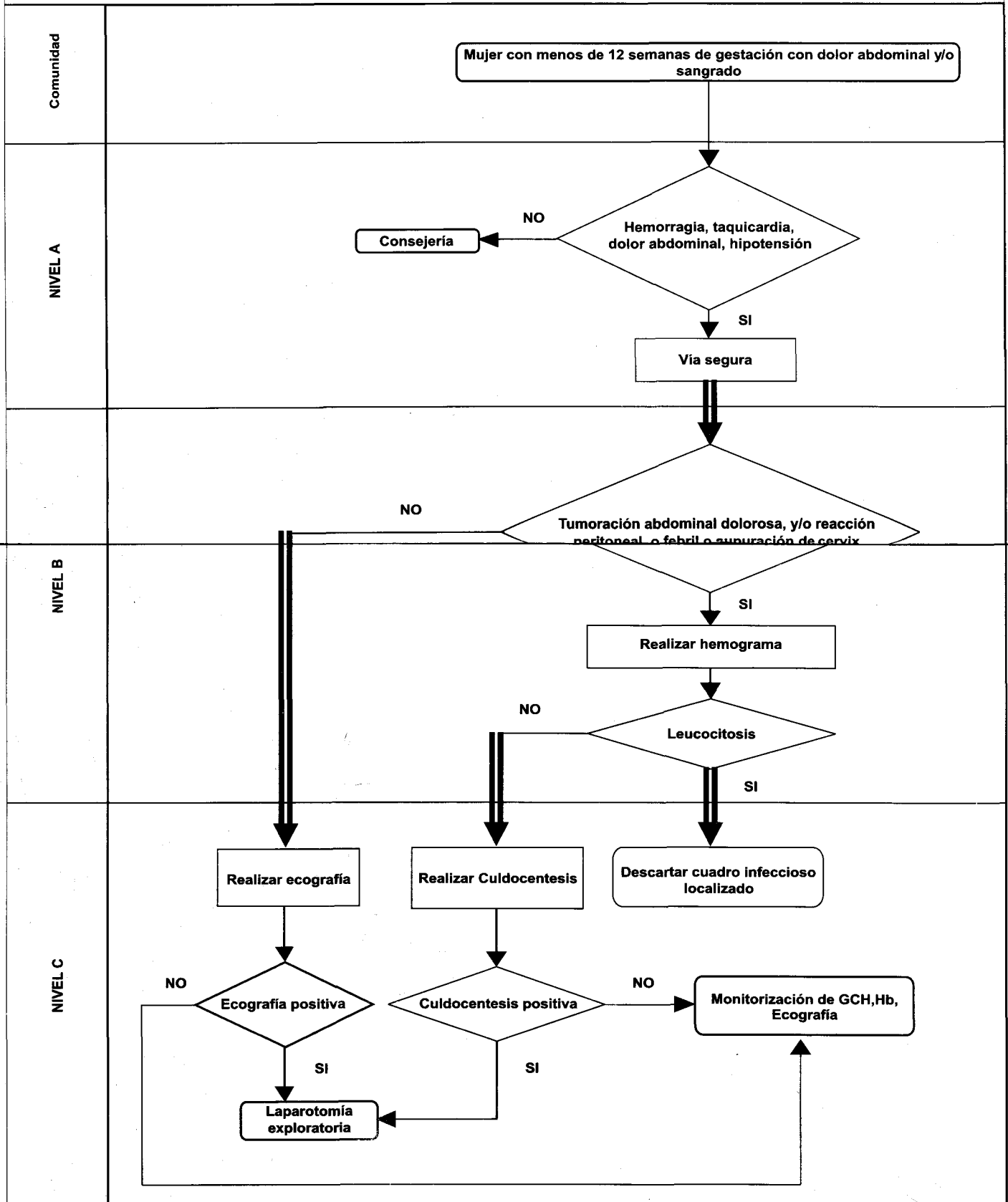
16. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

ACCIÓN	Embarazo ectópico complicado	Embarazo ectópico no complicado
INDICACIONES GENERALES		
Reposo en cama	Si	Si
Aplicar vía sgura	Si	Si
Expansores plasmáticos	Si	No
MEDIDAS ESPECÍFICAS		
Sangre	De ser necesario	No
Antibióticos	De ser necesario	No
Culdocentesis	Positiva	Negativa
MEDIDAS QUIRÚRGICAS		
Legrado o AMEU diagnóstico	Si	Si
Laparotomía	Si	Si
Histerectomía	No (solo si es cornual o cervical)	No

17. MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

- ✓ Poligelina (expansores plasmáticos)
- ✓ ClNa 9%°

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO ECTOPICO



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1. NOMBRES: Ruptura Prematura de Membranas (O42.0, O42.1)

2. DEFINICIÓN: Solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica con salida de líquido amniótico después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto

3. FRECUENCIA: En promedio el 10% de las gestaciones

4. ETIOLOGÍA:

- ✓ Traumatismos y complicaciones de procedimientos invasivos
- ✓ Estiramiento: incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple
- ✓ Infección local por Trichomoniasis, estreptococo grupo B, Clamydia, Ureaplasma
- ✓ Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de vitamina C, cobre o zinc o consecuencia de procedimientos invasivos

5. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Embarazo múltiple y polihidramnios
- ✓ Infección cervico vaginal
- ✓ Infección intraamniótica
- ✓ Presentaciones podálica y transversa
- ✓ Antecedente de RPM y Parto Pretermino
- ✓ Infección de tracto urinario

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Pérdida de líquido por vía vaginal; claro, verdoso o sanguinolento
- ✓ Fiebre
- ✓ Disminución de los movimientos fetales.

7. COMPLICACIONES:

- ✓ Corioamnionitis
- ✓ Endometritis puerperal
- ✓ Sepsis y Shock séptico

- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta
- ✓ Muerte materna

SECUELAS: Infertilidad

8. COMPLICACIONES Y SECUELAS PERINATALES:

- ✓ Prematuridad
- ✓ Infección neonatal
- ✓ Asfixia perinatal
- ✓ Hipoplasia pulmonar
- ✓ Muerte en período neonatal
- ✓ Prolapso de cordón o miembros fetales

SECUELAS: Deformidades ortopédicas y aquellas derivadas de las infecciones

9. CUADRO CLÍNICO:

- ✓ Gestación mayor de 22 semanas
- ✓ Paciente refiere pérdida de líquido por vía vaginal, en diferentes cantidades con olor a lejía, de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal
- ✓ Visualización del líquido emergiendo por el cervix al examen con especulo, espontáneamente o con maniobras de compresión uterina
- ✓ Al tacto vaginal no se tocan las membranas ovulares

10. HALLAZGOS DE LABORATORIO:

- ✓ Determinación del pH alcalino del líquido amniótico con el papel de Nitrazina que vira del amarillo al azul
- ✓ Observación al microscopio de una gota del líquido que toma aspecto de hojas de helecho al ser desecado por 5 minutos
- ✓ La ecografía determina disminución de la cantidad de líquido amniótico
- ✓ Test de Laneta: Positivo a la observación de halo blanquecino en el portaobjeto calentado
- ✓ Hemograma y PCR/VSG seriadas para monitoreo y detección de infección

11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Flujo vaginal
- ✓ Incontinencia urinaria

- ✓ Eliminación de tapón mucoso

12. CLASIFICACIÓN:

- ✓ Ruptura prematura de membranas mayor de 6 h.
- ✓ Ruptura prematura de membranas menor de 6 h.

13. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Manejo hospitalario para monitoreo materno fetal
- ✓ Reposo en cama y control de pérdida de líquido con paño perineal
- ✓ Detectar signos de infección uterina
- ✓ Evitar los tactos vaginales a repetición
- ✓ Determinar la edad gestacional
- ✓ Si gestación menor de 35 semanas iniciar maduración pulmonar
- ✓ Si la RPM es mayor de 6 horas dar profilaxis antibiótica
- ✓ En gestaciones de 35 o más semanas, o en presencia de signos infecciosos interrumpir el embarazo
- ✓ En gestaciones menores de 35 semanas sin signos infecciosos, expectación

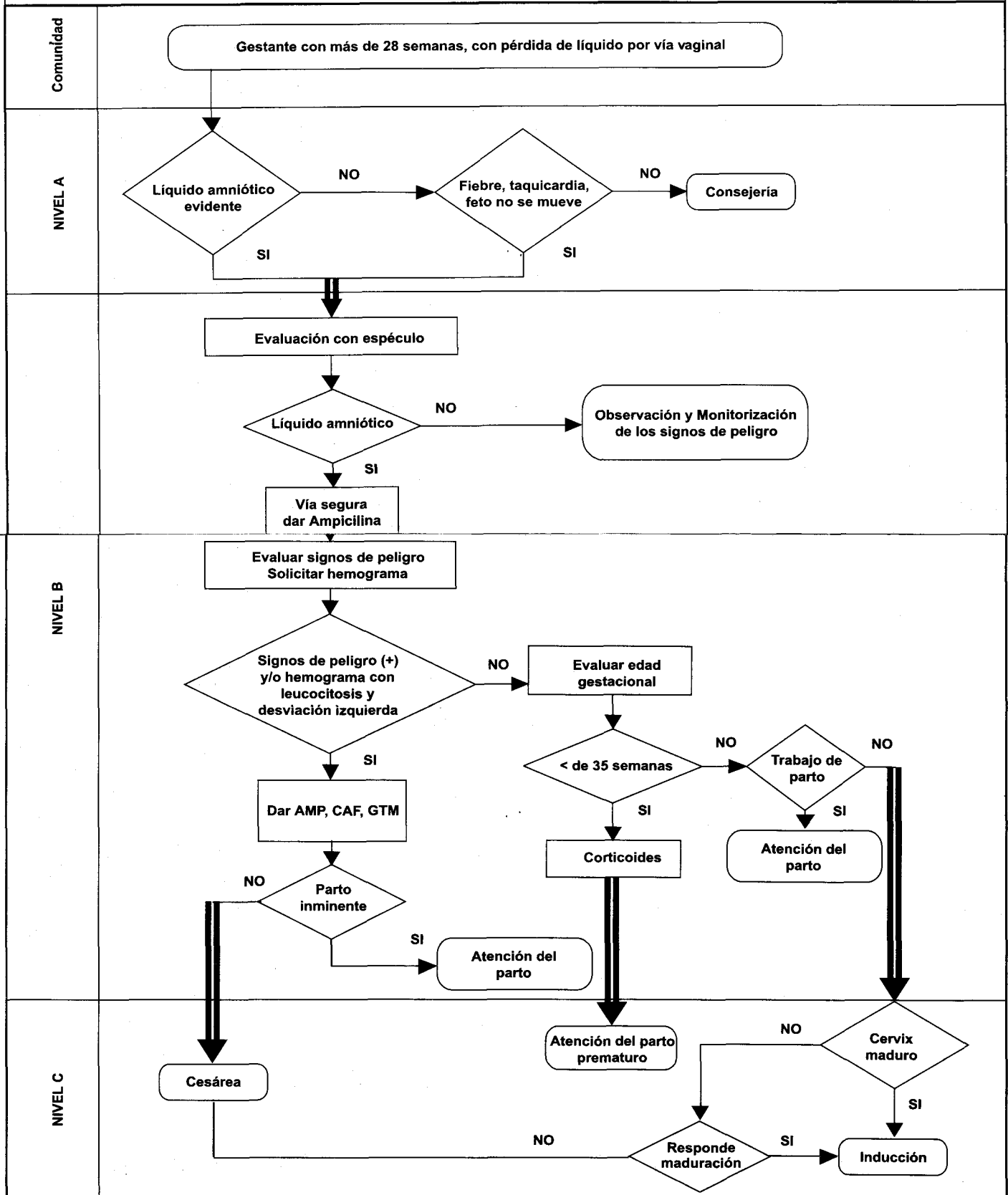
14. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD *:

ACCIÓN	RPM menor de 6 hs		RPM de 6 o más hs	
	< 35 sem.	> 35 sem	< 35 sem.	> 35 sem
INDICACIONES GENERALES				
Reposo en cama	Si	Si	Si	Si
Aplicar vía segura	Si	Si	Si	Si
Monitoreo clínico y de laboratorio	Si	Si	Si	Si
Monitoreo con PCR	Si	No	Si	No
MEDIDAS ESPECÍFICAS				
Antibióticos	Si	No	Si	Si
Posición Trendelenburg	Si	No	Si	No

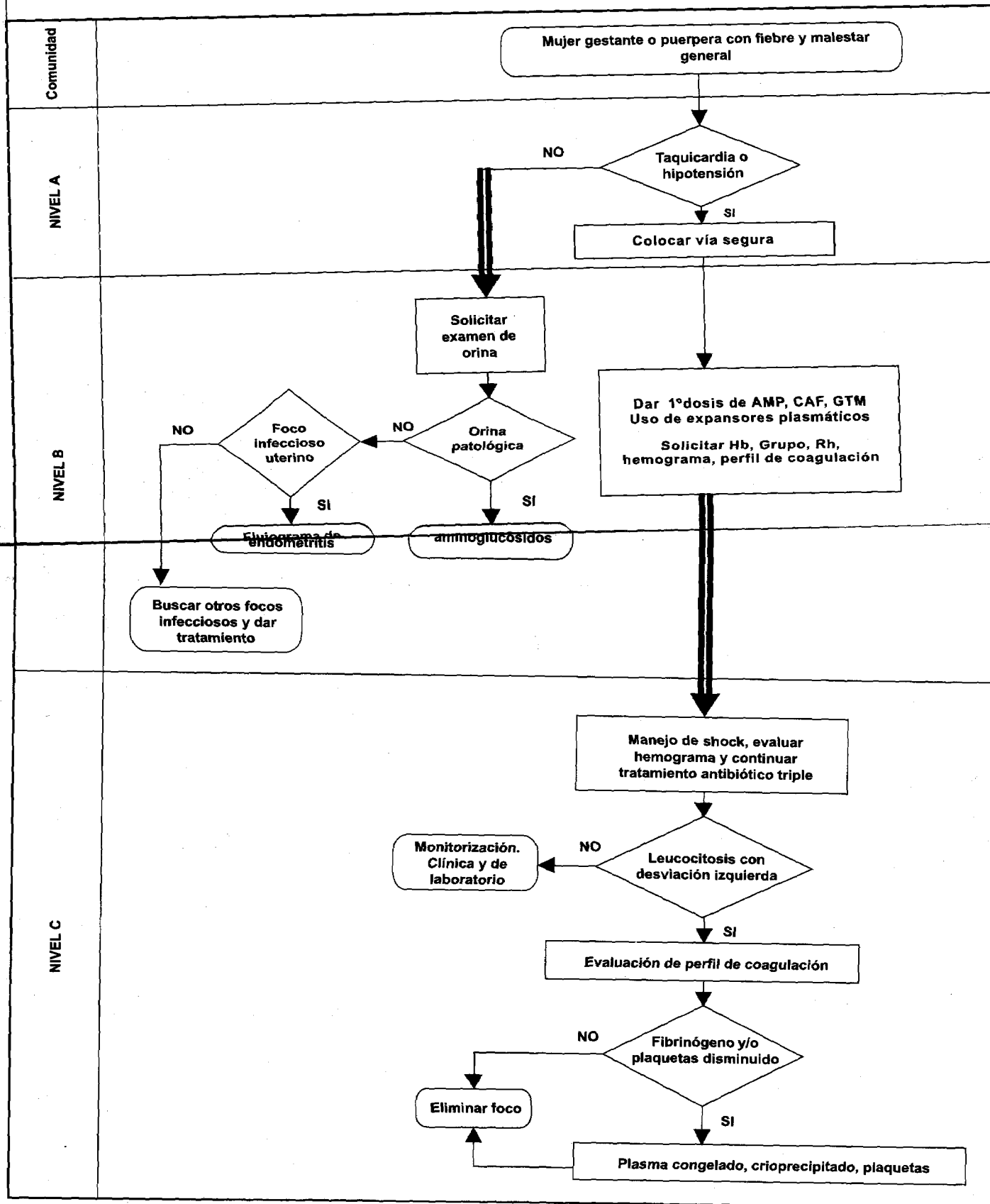
15. MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS:

- ✓ Ampicilina
- ✓ Gentamicina
- ✓ Cloranfenicol
- ✓ Betametasona
- ✓ Dexametasona

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE SEPSIS Y SHOCK SEPTICO



HEMORRAGIA EN GESTACIÓN MAYOR DE 22 SEMANAS

1. NOMBRE: Conocidas como Hemorragias del tercer trimestre (HTT), Placenta previa (PP) sin sangrado (O44.0), PP con sangrado (O44.1), Desprendimiento prematuro de placenta identificada (DPP) (O45.9), DPP con trastorno de la coagulación (O46.0), Ruptura uterina (RU) durante el parto (O71.1)

2. DEFINICIÓN: Sangrado vaginal en gestación mayor de 22 semanas siendo el factor causal principal las entidades mencionadas.

3. FRECUENCIA: Menos de 2% del total de embarazos.

- ✓ Placenta previa: Del 0.9% al 1.2%
- ✓ DPP Del 0.7% al 0.8%
- ✓ Ruptura uterina 0.2%

4. ETIOLOGIA:

PP	DPP	RU
-Demora en la implantación por deficiencia de la capacidad histiolítica del trofoblasto -Vascularización defectuosa por miomas, cicatrices -Placenta grande, placenta anormal	-Ruptura vascular en la decidua basal -Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso	-Espontánea: En zonas de cicatrices por el tejido poco elástico de la cicatrización -Traumática por parto obstruido, yatrogenia obstétrica

5. FACTORES ASOCIADOS

PP	DPP	RU
-Multiparidad >4 partos -Mayor de 35 años -Antecedente de legrados múltiples, cesáreas, miomectomias -Período Inter-genésico corto -Endometritis	-Antecedente de DPP -Pre eclampsia -Embarazo múltiple -Polihidramnios -Deficiencia de Acido fólico -Multiparidad >4 -Yatrogenia -Traumatismo abdominal	-Cirugía uterina previa -ICP -Multiparidad mayor de 4 -Endometritis -Mala actividad o situación -Anomalía congénita -Feto muerto -Mal uso de ocitocina -Parto precipitado - Parto instrumentado -Malas maniobras obstétricas -Acretismo placentario

6. COMPLICACIONES:

- ✓ Anemia aguda Shock hipovolémico
- ✓ CID Insuficiencia renal
- ✓ Panhipopituitarismo (Síndrome. Sheehan)
- ✓ Muerte Materna

SECUELA: Pérdida de la capacidad reproductiva

7. COMPLICACIONES Y SECUELAS PERINATALES

- ✓ Prematuridad
- ✓ Obito fetal
- ✓ Muerte perinatal

8. CUADRO CLÍNICO

Clínica	Placenta Previa	DPP	Rotura uterina
Dolor	No	Si	Si
Sangrado Genita	Rojo	Rojo Oscuro, puede no presentarlo (DPP oculto)	Rojo Oscuro escaso
Tono Uterino	Blando	Aumentado de tono, irritable o tetánico DPP Inicial Utero irritable: Hiperdinamia uterina que no coincide con dilatación cervical. Aumento de la altura uterina	Cese de contracciones uterinas. Se tacta fácilmente partes fetales INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA Contracciones uterinas hipertónicas y frecuentes Dolor abdominal intenso. Anillo de retracción
Latidos cardíacos fetales	Variables o ausentes según el sangrado vigente	Variables o ausentes según el sangrado vigente	Variables o ausentes según el sangrado vigente
Cambios hemodinámicos	Según pérdida sanguínea	Según pérdida sanguínea	Según pérdida sanguínea

9. HALLAZGOS DE LABORATORIO:

- ✓ Disminución de la hemoglobina o hematocrito
- ✓ Consumo de factores de la coagulación, disminución plaquetas, fibrinógeno
- ✓ Compromiso de la función renal. Aumento de urea, creatinina

10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Placenta Previa
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta
- ✓ Rotura uterina

- ✓ Lesión del canal del parto
- ✓ Trastorno hematológicos de coagulación
- ✓ Patología y/o lesión del canal del parto (Ca, pólipo, etc.)

11. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Palidez marcada, cianosis, alteraciones del sensorio (síntomas de shock hipovolémico)
- ✓ Taquicardia materna
- ✓ Hipotensión arterial
- ✓ Taquipnea
- ✓ Test de Winner positivo (sangre no coagula en 20 minutos en tubo)

12. CONDICIONES ESPECIALES ASOCIADAS:

- ✓ CID en casos de DPP.
- ✓ Síndrome Sheehan

13. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Detección de pacientes con factores asociados para sangrado en gestación mayor de 22 semanas y referencia al nivel de resolución
- ✓ Hospitalización en toda gestante mayor de 22 semanas que presente sangrado vaginal
- ✓ Reposo absoluto
- ✓ Interrupción oportuna de la gestación

14. MANEJO TRATAMIENTO

Nivel A y B: Deben conocer los signos de alarma, factores asociados, realizar diagnóstico y referencia oportuna

- ✓ Aplicar vía segura con ClNa 0.9% con catéter endovenoso N° 18 y mantener volumen circulante de preferencia 2 vías permeables de ser necesario
- ✓ Monitoreo de los signos de alarma
- ✓ Referir en forma adecuada
- ✓ Acompañado por profesional capacitado en atención de partos y manejo de shock

NIVEL C: Deben realizar todo lo anterior y solicitar exámenes de laboratorio como Hb., Hto., Grupo y Rh., perfil de coagulación
Estabilizar a la paciente y poder terminar el parto por cesárea si el caso lo amerita

PP

Determinar edad gestacional, magnitud del sangrado y localización de la placenta

a) Por magnitud del sangrado:

- Hemorragia Severa: Sangrado abundante mayor de 500 cc. por hora (2 tazas); cesárea inmediata independientemente de la edad gestacional (menor de 1000 cc de pérdida sanguínea colocar cristaloideos; mayor de 1000 cc colocar poligelina)
- Hemorragia leve: sangrado menor de 100 cc por hora, gestación pretermino: FETO MADURO terminar la gestación por la vía más apropiada; si el FETO es INMADURO dar corticoides y terminar la gestación

b) Por localización de la placenta:

- Placenta previa centro total o parcial: Cesárea
- Placenta previa marginal o de inserción baja: Parto vaginal monitorizado el sangrado vaginal y condiciones del trabajo de parto

DPP inicial

- Mayor de 35 semanas terminar la gestación por cesárea,
- Menor de 35 semanas, paciente estable y latidos cardiacos fetales estables realizar maduración pulmonar y luego terminar la gestación

DPP moderado a severo

- Terminar la gestación por cesárea
- Si esta en trabajo de parto y con dilatación mayor de 8 cm. darle chance de parto vaginal con soporte hemodinámico
- Estar preparado para Histerectomía por atonía uterina por infiltración del útero

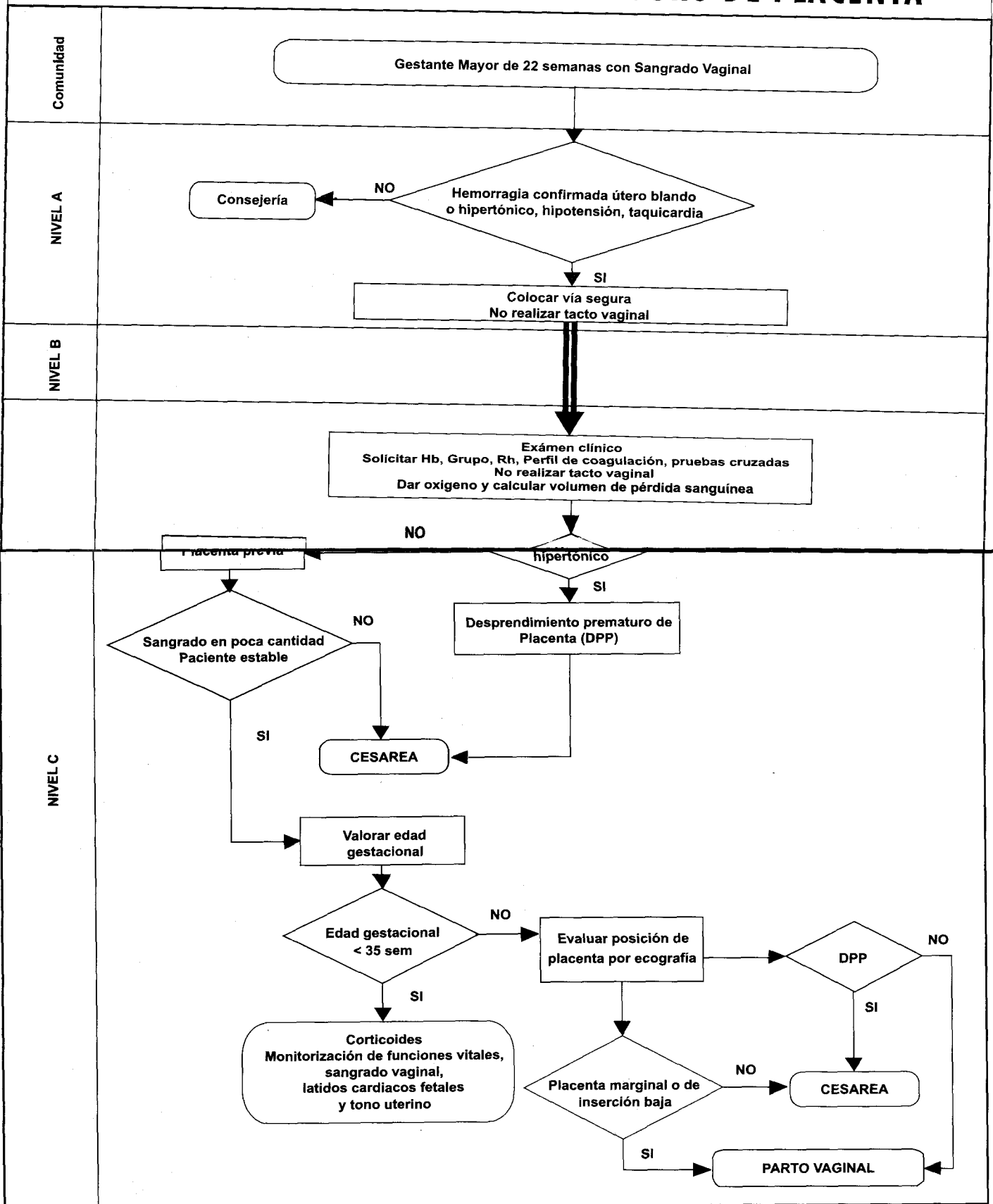
RU

- Soporte de fluidos
- Laparotomía exploratoria, proceder según hallazgos y paridad de la paciente
- Proceder a reparo de la rotura o Histerectomía
- Usar triple terapia antibiótica

Inminencia de RU

- Colocar vía con C1Na 0.9% y otra vía con tratamiento tocolítico con 10 ampollas de 10 mg. de isoxuprina en 500 cc de dextrosa al 5%, inicio 15 gotas x min
- Si cuenta con oxígeno administrar a 4 litros por minuto
- Posición en decúbito lateral izquierdo
- Acompañar por profesional capacitado en atención de parto
- Terminar la gestación por cesárea

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE HEMORRAGIA POR PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA



SHOCK HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO

1. DEFINICIÓN: Trastorno de la circulación por disminución del volumen sanguíneo debido a la pérdida de sangre, que da como resultado una perfusión inadecuada de los tejidos vitales y una variedad de efectos colaterales

2. INCIDENCIA:

- ✓ 1 de cada 200 - 700 embarazos
- ✓ Mortalidad materna de 2% y fetal del 65%

3. ETIOLOGIA:

- ✓ Embarazo Ectópico
- ✓ Aborto
- ✓ Atonía uterina
- ✓ Placenta previa
- ✓ DPP
- ✓ Placenta acreta
- ✓ Placenta retenida
- ✓ Rotura uterina
- ✓ Inversión uterina
- ✓ Otros

4. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Aborto provocado
- ✓ Mala atención del parto
- ✓ Falta de control prenatal
- ✓ Parto domiciliario
- ✓ Manejo de las complicaciones del Embarazo

5. SIGNOS DE PELIGRO

- ✓ Hemorragia
- ✓ Taquicardia
- ✓ Taquipnea

- ✓ Hipotensión
- ✓ Palidez
- ✓ Alteraciones de la conciencia
- ✓ Diaforesis
- ✓ Cianosis

6. CUADRO CLÍNICO

Clínica	Shock		
	Temprano	Tardío	Irreversible
Conciencia	Alerta y ansiosa	Desorientada	Obnubilada, coma
Piel	Adecuada	Fría, pálida, cianosis	Cianótica, fría
Taquipnea	20 o 30 por minuto	30-40 por minuto	> 40 por minuto
Presión Sistólica	Normal, < 80 mm Hg.	< de 60 mm. Hg.	Ausente
Presión Arterial	Hipotensión Ortostática	Hipotensión supina	Presión diastólica no medible
Frec. Cardíaca	> 100 por 1'	> 120 po 1'	140 por 1'
Llenado Capilar	De 1 a 2 segundos	De 2 a 3 segundos	> de 3 segundos
Diuresis	20-30 ml/hora	< 30 ml/hora	Anuria
% Pérdida de Sangre	15-30 % 750-1500 cc.	30-40 % 1500-2000 cc.	> 40 % + de 2000 cc.
Acidosis Meta.	No	Si	Si

7. MANEJO Y TRATAMIENTO:

Regla de reposición de fluidos según pérdida

Si se va a utilizar:

- ✓ Paquete globular: se repone el mismo volumen perdido (1x1)
- ✓ Coloide: se repone el mismo volumen perdido (1x1)
- ✓ Cristaloides: se repone 3 veces el volumen perdido (3x1)

Indicaciones para transfusión de componentes sanguíneos:

Componente	Indicación
Paquete de glóbulos Rojos	Hb < 6 gr %
Plaquetas	Plaquetas < 50,000 pmc
Plasma fresco congelado	TP y TTP más de 1,5 veces el tiempo normal
Criocepitado	Fibrinógeno < 100mg/dl.

NIVEL A

- ✓ Colocar vía segura con CINA 0.9%
- ✓ Trasladar en cuanto sea posible a la paciente al siguiente nivel de complejidad

NIVEL B

- ✓ Establecer una vía aérea permeable
- ✓ Hacer el diagnóstico de shock hipovolémico
- ✓ Monitorear Presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, diuresis y sensorio
- ✓ Permeabilizar 2 vías venosas periféricas con catéteres cortos de ser necesario
- ✓ Calcular el déficit de volumen sanguíneo
- ✓ Pedir exámenes de laboratorio (Hb, Grupo y Rh, Perfil de coagulación, Pruebas cruzadas)
- ✓ Transfundir 1 a 2 litros de solución de cloruro de sodio al 0.9 ‰ en forma rápida hasta lograr la estabilización de la presión arterial (si es necesario administrar expansores plasmáticos)

NIVEL C

- ✓ Transfundir un paquete globular solo si el déficit de volumen sanguíneo es mayor del 30%. Realizar si es posible una prueba cruzada previamente
- ✓ La transfusión de plaquetas, plasma fresco congelado o crioprecipitado se reserva para los casos de alteraciones de la coagulación
- ✓ Administrar 1 ampolla de Gluconato de calcio por cada 4 unidades de sangre transfundidas
- ✓ Medir diuresis y presión venosa central para administrar fluidos en forma apropiada
- ✓ Eliminar la fuente del sangrado
- ✓ No usar medicamentos vasopresores en shock hipovolémico

8. MEDICAMENTOS UTILIZADOS

- ✓ Gluconato de calcio
- ✓ Cloruro de sodio al 0.9 ‰
- ✓ Poligelina

HEMORRAGIA POST PARTO

1. NOMBRES: Hemorragia post parto (HPP) (O72), HPP del tercer periodo del parto (O72.0), HPP debido a otras causas (O72.1)

2. DEFINICIÓN:

- ✓ Es el Sangrado mayor de 500 cc producido inmediatamente después del parto y hasta las primeras 24 horas
- ✓ Sangrado post parto con cambios hemodinamicos que requiere la transfusión de sangre
- ✓ Diferencia del hematocrito en más del 10% respecto al ingreso

3. FRECUENCIA: Hasta el 10% del total de partos

4. ETIOLOGIA:

Atonía uterina	Retención placentaria y/o restos	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Incapacidad del músculo uterino para contraerse por diversas causas	Por adherencia anormal de la placenta, por cierre prematuro del cérvix o por espasmos musculares	Por deficiencia en la atención del expulsivo produciendo desgarramientos cervicales, vaginales o perineales. Feto grande o pelvis blanda contraída	Generalmente por manejo inadecuado del parto, o por acretismo placentario

5. FACTORES ASOCIADOS:

Clinica	Atonía Uterina	Retención placentaria y/o restos	Inversión uterina	Lesión del canal del parto
Antecedentes	Multiparidad >4 Gestaciones Gestante > 35 años	Antecedente de cesárea, legrado uterino	Inversión uterina previa	Cirugía vagina previa
Características Especiales	Sobredistensión uterina: Macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple DPP Parto prolongado, parto precipitado. Fibromatosis uterina más gestación	Fibromatosis uterina Adherencia anormal de la placenta Lóbulo placentario aberrante	Placenta adherente	Feto macrosómico Parto precipitado. Parto instrumentado Extracción podálica Periné corto, fibroso.
Intervención del proveedor de servicios	Mal uso de o citóticos	Mala conducción del parto, mal manejo del alumbramiento	Mala técnica de atención del alumbramiento Mala técnica de extracción manual de placenta	Mala técnica de la atención del expulsivo

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Taquicardia
- ✓ Hipotensión arterial
- ✓ Taquipnea
- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Test Winner positivo (No coagula sangre en 20 minutos en tubo)

7. COMPLICACIONES

- ✓ Anemia aguda
- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ CID
- ✓ Insuficiencia renal
- ✓ Panhipopituitarismo (Síndrome de Sheehan)
- ✓ Muerte Materna

SECUELA: Pérdida de capacidad reproductiva por amputación genital

8. CUADRO CLÍNICO:

En general estos cuadros clínicos cursan con sangrado vaginal, taquicardia materna, hipotensión arterial, palidez, shock hipovolémico y pueden llegar a causar la muerte materna

Factor	Atonía uterina	Retención placentaria	Lesión del canal del parto	Inversión uterina
Útero	Flácido	Blando	Contraído	No se palpa
Sangrado Vaginal	Abundante	Variable	Variable según vaso sanguíneo comprometido	Ausente o en poca cantidad
Expulso de Placenta	Si	No en 30 minutos	Si	No en desprendimiento parcial
Dolor agudo en hipogastrio	No	No	No	Si
Shock hipovolémico	Frecuente	Frecuente	A veces	Frecuente shock vagal

9. HALLAZGOS DE LABORATORIO

- ✓ Disminución de la hemoglobina o hematocrito
- ✓ Consumo de factores de la coagulación, disminución plaquetas, fibrinógeno
- ✓ Compromiso de la función renal. Aumento de urea y creatinina

10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Atonía uterina
- ✓ Lesión del canal del parto
- ✓ Trastornos de la coagulación

11. CONDICIONES ESPECIALES ASOCIADAS

- ✓ CID en casos DPP, sangrado masivo
- ✓ Síndrome Sheehan

12. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO

- ✓ Canalizar 2 vías venosas de buen calibre
- ✓ Monitoreo de funciones vitales y sangrado vaginal
- ✓ Identificación de la causa de sangrado
- ✓ Solicitar pruebas de laboratorio
- ✓ Tener sangre disponible o accesible

13. MANEJO ESPECIFICO POR NIVELES

NIVEL A

Para todos los casos deben conocer los signos de peligro factores asociados, realizar diagnostico y referencia oportuna.

- ✓ Aplicar vía segura con C1Na 0.9 % con ocitocina y catéter endovenoso N° 18 y mantener volumen circulante
- ✓ Masaje uterino externo
- ✓ Monitoreo de los signos de peligro
- ✓ Referir en forma adecuada, acompañado por profesional capacitado en atención de partos y manejo de shock

NIVEL B

Pedir examen de laboratorio, Hb, Grupo y Rh, Perfil de coagulación, Pruebas cruzadas y referir de inmediato

Atonía uterina

NIVEL B:

- Realizar todo lo anterior
- Aplicar 30 UI ocitocina al CINA 0.9 % 60 gotas x min.
- Evacuación vesical
- Compresión bimanual externa
- Uso de ergonovina o metilergonovina 1 amp. IM repetir a los 15 minutos si no hay efecto (No usar en preeclampsia)
- Uso de misoprostol 4 a 6 tabletas de 200 mcg. por vía rectal
- Compresión bimanual combinada
- Solicitar exámenes de laboratorio como Hb., Hto., Grupo y Rh, perfil de coagulación.
- Si no remite referir oportunamente

NIVEL C:

- Todo lo anterior
- Revisión del canal del parto
- Si no remite el cuadro pasar a Laparotomía exploratoria y proceder según capacitación (Ligadura de Hipogástricas o Histerectomía) conservando los ovarios
- Referir los pacientes con cuadros de CID a hospitales con UCI

Retención Placentaria

NIVEL B:

- CINA 9 % 1000 cc con 30 UI ocitocina
- Evacuar vejiga
- Determinar localización de la placenta
- Evaluar signos de desprendimiento placentario (Descenso del cordón umbilical, maniobra del pescador, etc.)
- Si la placenta presenta signos de desprendimiento realizar la maniobra de Brandt Andrews de alumbramiento dirigido por tracción constante del cordón umbilical y fijación del útero
- Si no se produce la salida de la placenta y presenta sangrado profuso, estabilizar a la paciente y proceder a extracción manual de placenta por personal capacitado, en caso contrario proceder a la referencia

NIVEL C:

- Realizar todo lo anterior
- Tomar muestras de sangre para posible transfusión de sangre
- Proceder a extracción manual de placenta de preferencia con anestesia general
- Revisar canal del parto al término de la extracción de la placenta
- Iniciar triple terapia antibiótica
- Si no se puede extraer la placenta por adherencia anormal (acretismo placentario) proceder a Histerectomía

Lesión del canal del parto

NIVEL B:

- Estabilizar hemodinamicamente a la paciente con ClNa o Poligelina
- Determinar lugar del sangrado
- Repara desgarras perineales y vaginales de I y II grado
- Hacer hemostasia del desgarro cervical (pinzar con pinzas de anillo el ángulo sangrante de cérvix) si está capacitado proceder a suturar el desgarro cervical

NIVEL C:

- Repara desgarro cervical
- Repara desgarras perineales de III y IV grado
- Debridar hematomas y realizar hemostasia

Inversión uterina

NIVEL A Y B:

- Colocar vía de ClNa 0.9 ‰ y referir

NIVEL C:

- Estabilizar a la paciente con ClNa 0.9 ‰ o poligelina
- Reposición Manual del Utero empujando con la punta de los dedos de la mano derecha con la palma hacia arriba, este procedimiento se realiza con anestesia general
- Si no puede reponer el útero se procede a Histerectomía

14. MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS

Permanece en el intravascular 2 horas en promedio:

- ✓ Cloruro de Sodio al 0.9%
- ✓ Dextrosa al 5% más 2 ampollas de Hipersodio

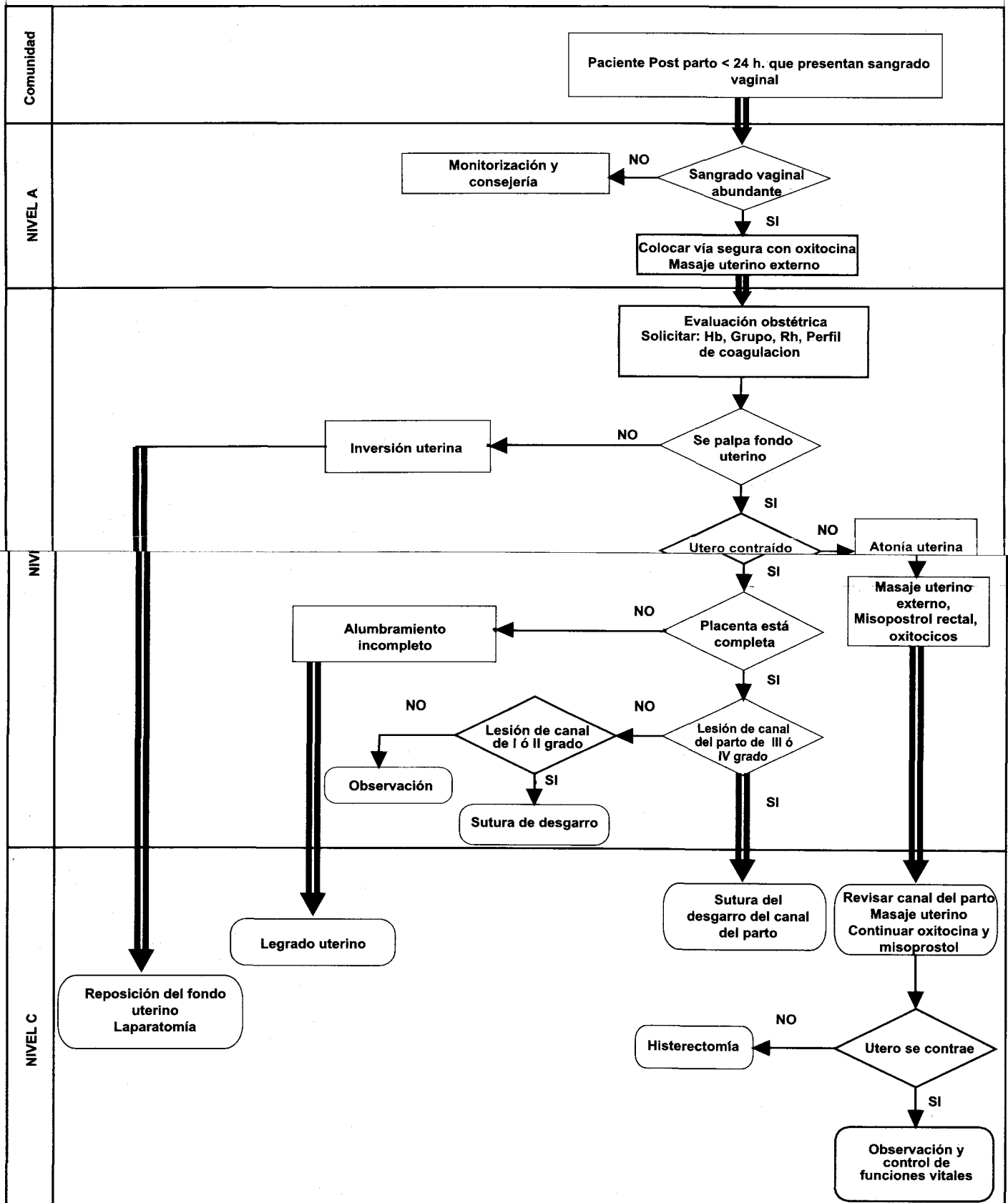
Permanecen en el intravascular en promedio 4 a 6 horas:

- ✓ Solución polielectrolítica
- ✓ Dextrosa al 5% más 4 ampollas de lactato Ringer

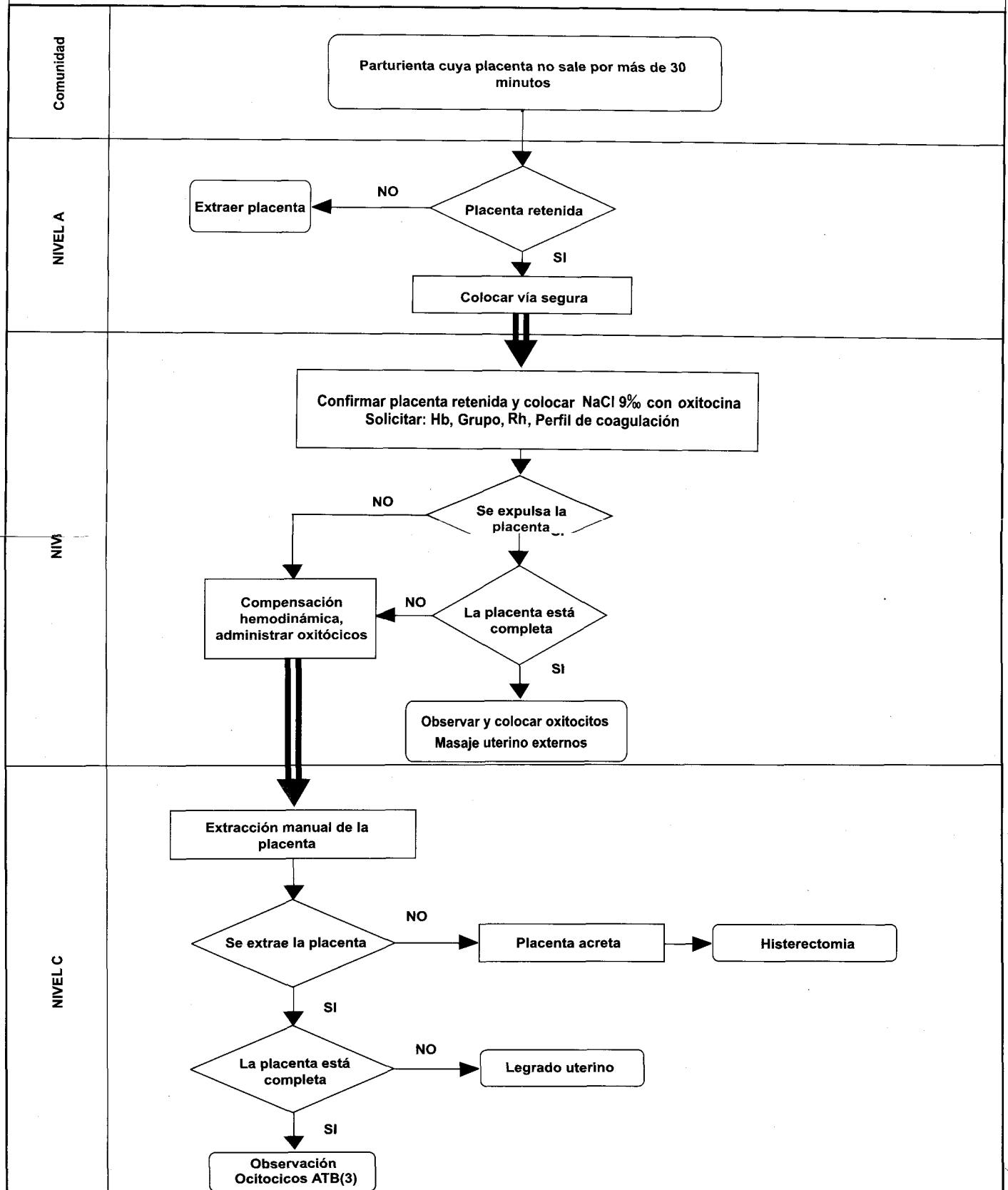
Permanecen en el intravascular en promedio más de 6 horas:

- ✓ Poligelina, para usar este producto se debe pasar primero 500 cc de ClNa 0.9% y luego por cada 100 cc de poligelina pasar 300 cc de ClNa 0.9% en vías separadas

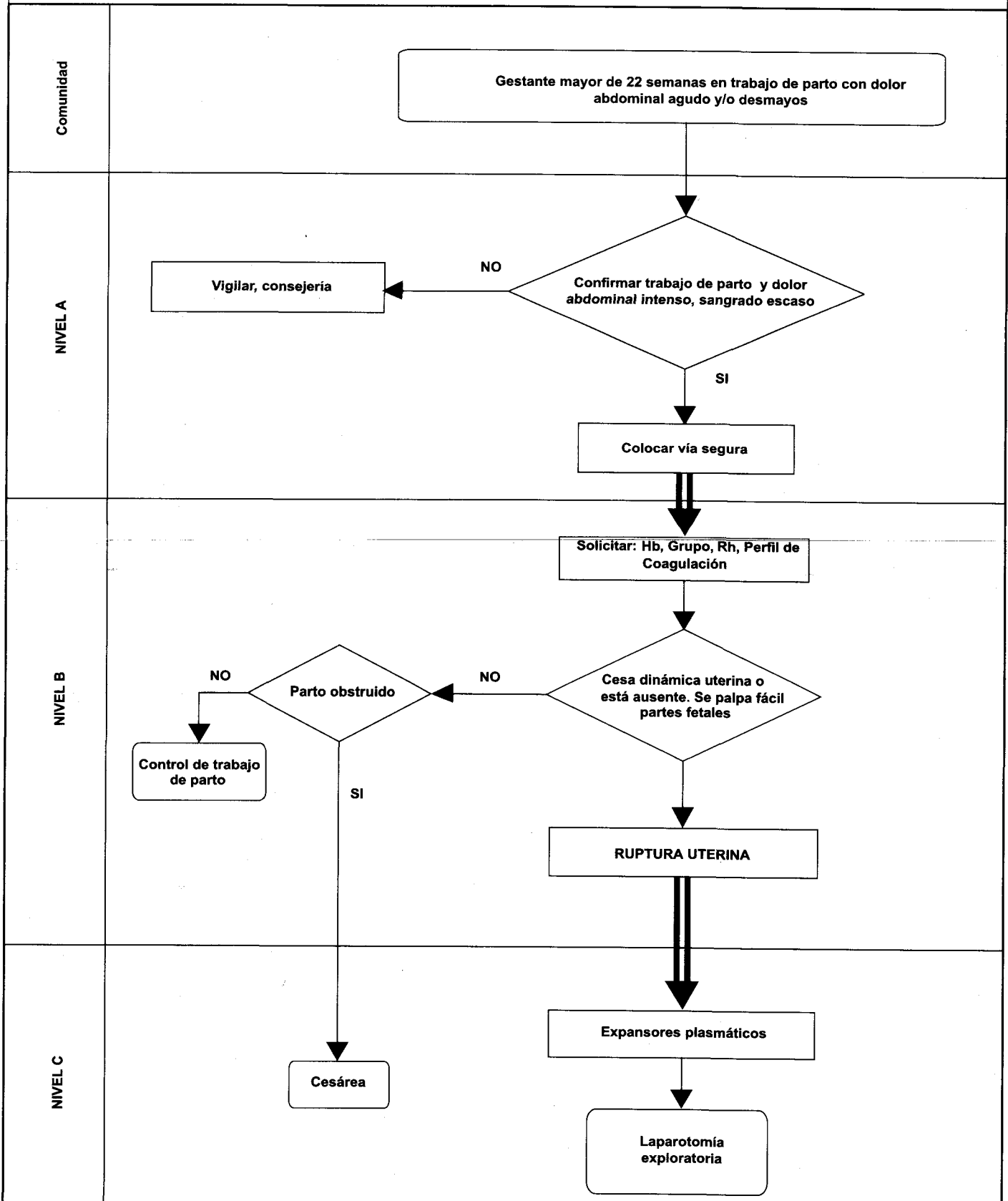
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE HEMORRAGIA POST PARTO



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE RETENCIÓN PLACENTARIA



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE RUPTURA UTERINA



TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

FASE LATENTE Y FASE ACTIVA PROLONGADA

1. NOMBRES: Trabajo de parto prolongado o detenido (O63.0, O63.1, O63.9)

2. DEFINICIÓN: Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas. Se puede generalizar para los fines del trabajo práctico, en todos los casos una duración del trabajo de parto mayor de 12 horas o pasa a la zona de alerta en el partograma

Fase del parto	Duración en nulíparas	Duración en multiparas
Fase latente prolongada (dilatación menor de 4	Mas de 20 horas	Mas de 12 horas
Fase activa prolongada	Mas de 12 horas	Mas de 8 horas
Fase expulsiva prolongada	Mas de 2 horas	Mas de una hora

3. FRECUENCIA: 0.33 al 1.5 % de los partos

4. CLASIFICACIÓN:

- ✓ Fase latente prolongada
- ✓ Fase activa prolongada
- ✓ Fase expulsiva prolongada

5. ETIOLOGÍA

- ✓ Incompatibilidad feto pélvica
- ✓ Mala presentación o situación fetal
- ✓ Uso de sedantes uterinos
- ✓ Ayuno prolongado
- ✓ Distocias cervicales y de contracción

6. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Gestantes adolescentes de 15 años o menos
- ✓ Gestantes añosas mayores de 35 años
- ✓ Gestantes obesas o desnutridas
- ✓ Talla corta menores de 1.45 mt.

- ✓ Abdomen péndulo
- ✓ Intervalo intergenésico prolongado
- ✓ Cesareadas anteriores
- ✓ Parto no institucionalizado

7. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ La curva de la dilatación en el trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana
- ✓ Detención de la intensidad, frecuencia o duración de las contracciones uterinas evidenciado en el monitoreo clínico
- ✓ Detención de la dilatación y el descenso
- ✓ Formación de un anillo de contracción doloroso que se puede evidenciar al examen clínico
- ✓ Duración del parto mayor a 12 horas

8. COMPLICACIONES:

- ✓ Hemorragias por desgarros cervicales, ruptura uterina o lesión de las partes blandas
- ✓ Muerte materna por hemorragia

SECUELAS: Distopias genitales, infertilidad

9. REPERCUSIONES PERINATALES:

- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Asfixia
- ✓ Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas
- ✓ Muerte perinatal

SECUELAS: Las de la asfixia y dependientes del tipo de trauma

10. CUADRO CLÍNICO O HALLAZGOS CLÍNICOS:

- ✓ Duración prolongada del trabajo de parto
- ✓ La curva de la dilatación en el trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana
- ✓ Monitoreo clínico del trabajo de parto alterado

11. EXÁMENES AUXILIARES:

- ✓ Monitoreo electrónico - cuando este está disponible - muestra alteraciones en las contracciones uterinas

12. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ No trabajo de parto o falso trabajo de parto

13. CONDICIONES ESPECIALES O ASOCIADAS:

- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Agotamiento materno

14. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Hacer monitoreo clínico del trabajo de parto (materno - fetal)
- ✓ Utilizar el partograma con curvas de alerta del CLAP
- ✓ Identificar etiología de parto prolongado
- ✓ Tener capacidad resolutive. en caso de necesitarse la interrupción del embarazo con urgencia

15. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

Nivel	Fase latente prolongada	Fase activa prolongada	Fase expulsiva prolongada
INDICACIONES GENERALES			
Reposo en cama	Si	Si	Si
Aplicar vía segura (CfNa)	Si	Si	Si
Bebidas azucaradas	Si	Si	Si
Hidratación	Si	Si	Si
Evaluación por personal capacitado	Si (en caso de no progresar)	Si (en caso de no progresar)	Si (en caso de no progresar)
MEDIDAS ESPECÍFICAS			
Ocitocina	Según evaluación individual		
Sedación			
MEDIDAS QUIRÚRGICAS			
Cesárea	Según evaluación individual		

16. MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

- ✓ Ocitocina: Produce contracción del músculo uterino, puede usarse para la inducción del parto y para el control de la hemorragia pos parto, en especial en caso de desprendimiento prematuro de placenta con

Infiltración uterina que produce hipotonía. Para la inducción su dosis es de 10 UI en 1 lt de cloruro de sodio con goteo controlado, de tal manera que se pasen 8 gotas por minuto, aumentando 4 mUI por min (8 gotas) cada 30 minutos hasta conseguir contracciones uterinas efectivas, similares a las del trabajo de parto, no sobrepasar 20 mUI por min (40 gotas por min.)

✓ Petidina

INCOMPATIBILIDAD FETO PÉLVICA Y ESTRECHEZ PÉLVICA

1. NOMBRES: Incompatibilidad cefalo pélvica (ICP) (O65.4), pelvis estrecha (anormalidad de pelvis materna (O65.9)

2. DEFINICIÓN: Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del bebe que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal del parto. Alteraciones de la pelvis materna que impiden el pasaje fetal por el canal pélvico.

3. FRECUENCIA: Hasta el 8% de todas las cesáreas en el Perú

4. ETIOLOGÍA:

- ✓ Malformaciones congénitas fetales
- ✓ Desnutrición materna
- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas
- ✓ Diabetes

5. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Gestantes adolescentes
- ✓ Gestantes añosas
- ✓ Altura uterina mayor de 35 cm
- ✓ Distocias en los partos anteriores

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Presentación del anillo de contracción uterino
- ✓ Hiperdinamia uterina
- ✓ Trabajo de parto prolongado

7. COMPLICACIONES MATERNAS:

- ✓ Hemorragias por desgarros cervicales, ruptura uterina o lesión a las partes blandas
- ✓ Muerte materna por hemorragia

SECUELAS: Distopias genitales, infertilidad

8. REPERCUSIONES NEONATALES:

- ✓ Asfixia

- ✓ Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas
- ✓ Muerte perinatal

SECUELAS: Las de la asfixia y según el tipo de trauma

9. CUADRO CLÍNICO:

- ✓ Alteración detectable al examen obstétrico
- ✓ Falta de descenso de la presentación dentro de las 4 últimas semanas para las primerizas

10. EXÁMENES AUXILIARES:

- ✓ Radio o ecopelvimetría

11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Compatibilidad feto pélvica

12. CLASIFICACIÓN:

- ✓ Absoluta y relativa

13. CONDICIONES ESPECIALES O ASOCIADAS:

- ✓ Mala historia obstétrica

14. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Ante la sospecha solicitar una segunda opinión
- ✓ Ante la duda referir a la paciente o realizar cesárea
- ✓ Si se decide atender el parto, hacerlo en un centro con capacidad resolutive quirúrgica

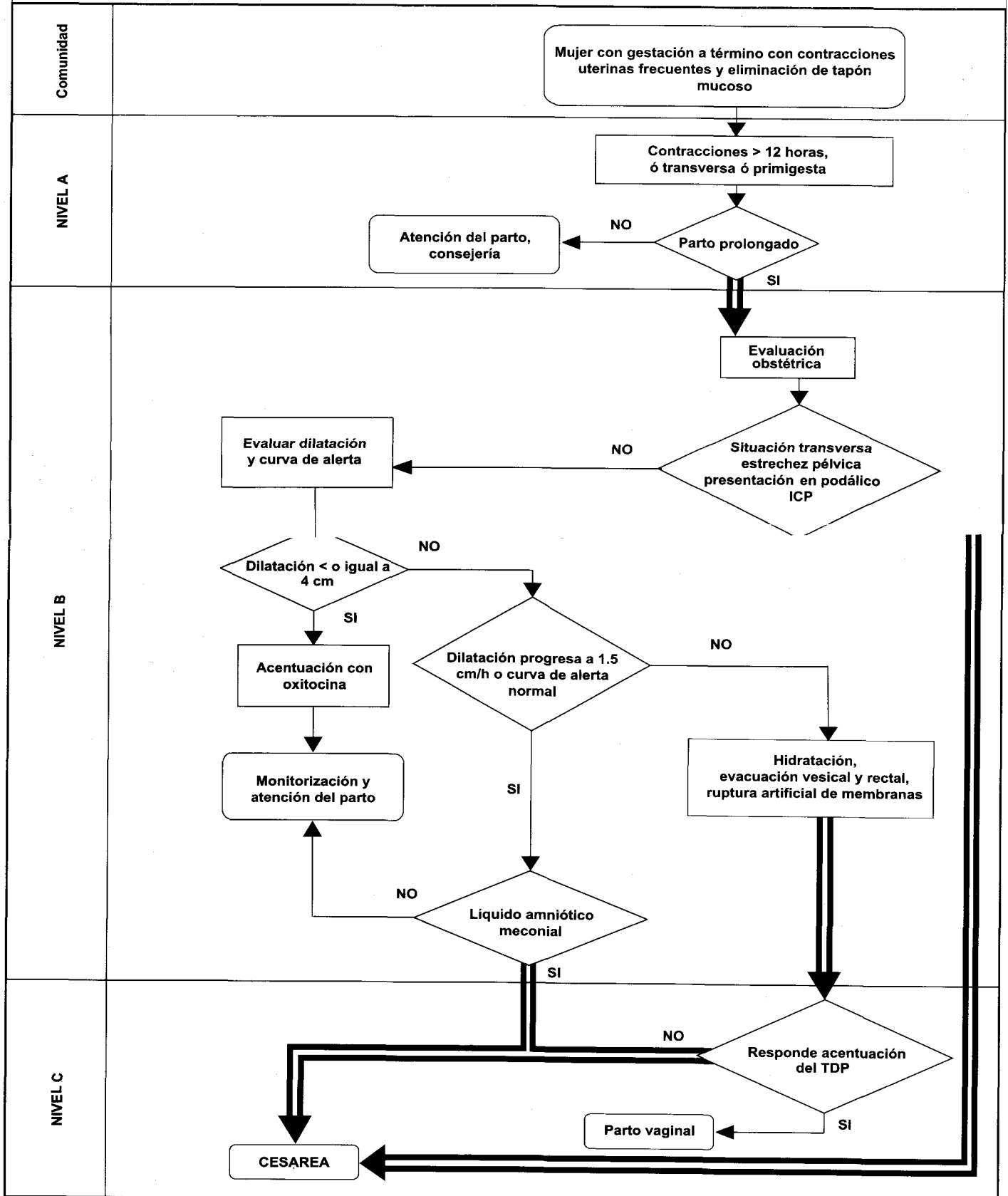
15. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

NIVEL	Actividades
NIVEL A	Establecer la situación de trabajo de parto Determinar la presencia de factores de riesgo y signos de alarma
NIVEL B	Confirmar el trabajo de parto Determinar la situación posición y presentación Medir la altura uterina Establecer las características de la pelvis y ponderar el peso fetal Aplicar vía endovenosa segura
NIVEL C	Realizar cesárea en caso de incompatibilidad feto pélvica o de estrechez pélvica

16. MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DE LA INCOMPATIBILIDAD FETO PÉLVICA O LA ESTRECHEZ PELVICA:

- ✓ Solución de cloruro de sodio al 0.9 ‰
- ✓ Ocitocina

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE PARTO OBSTRUIDO



PRESENTACIONES ANORMALES

1. NOMBRES: Presentación inestable (O32.0), presentación de nalgas (O32.1), presentación oblicua y transversa (O32.2)

2. DEFINICIÓN: Alteraciones de la presentación y situación fetal frente a la pelvis, lo cual determina dificultad para la progresión del feto por el canal del parto, con peligro evidente para la madre y el bebe

3. FRECUENCIA: 0.5 al 4% de los partos

4. ETIOLOGÍA:

- ✓ Prematuridad
- ✓ Placenta previa
- ✓ Estrechez pélvica
- ✓ Anomalías y tumores uterinos
- ✓ Cordón corto
- ✓ Malformaciones congénitas fetales

5. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Gestantes adolescentes
- ✓ Gestantes añosas
- ✓ Grandes múltiparas
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Abdomen péndulo

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Detención del trabajo de parto

7. COMPLICACIONES MATERNAS:

- ✓ Hemorragias por desgarros cervicales, ruptura uterina o lesión a las partes blandas
- ✓ Prolapso de un miembro o del cordón

SECUELAS:

- Muerte materna por hemorragia
- Distopias genitales
- Infertilidad

8. REPERCUSIONES Y SECUELAS PERINATALES:

- ✓ Asfixia
- ✓ Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas
- ✓ Muerte perinatal

SECUELAS: Las de la asfixia y el tipo de trauma

9. CUADRO CLÍNICO:

- ✓ Alteración detectable al examen abdominal (Leopold)
- ✓ Detección de latidos fetales por encima de la cicatriz umbilical
- ✓ Radiografía o ecografía
- ✓ No se palpa polo de presentación o este es una parte menuda fetal

10. EXÁMENES AUXILIARES:

- ✓ Ecografía o radiografía

11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Otras presentaciones

12. CLASIFICACIÓN:

- ✓ Podálica variedad pies, variedad completa, nalgas puras, incompleta
- ✓ Transversa dorso hacia arriba o dorso hacia abajo

13. CONDICIONES ESPECIALES O ASOCIADAS:

- ✓ Algunas veces alteraciones de la localización placentaria
- ✓ Prolapso de un miembro o del cordón

14. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ En situación transversa con feto vivo siempre realizar cesárea
- ✓ En presentación podálica primeriza realizar cesárea
- ✓ En presentación podálica multipara atender el parto vaginal solo si el peso ponderado es menor de 3500 gr., el diámetro biparietal es menor de 9.5 cm y se trata de un feto a término, mas aun si la mujer ha tenido otros podálicos o cefálicos de mayor peso con éxito, y no existe otra condición de riesgo

15. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

NIVEL	Actividades
NIVEL A	Establecer la situación de trabajo de parto Eterminar la presencia de factores de riesgo y signos de alarma
NIVEL B	Confirmar el trabajo de parto Determinar la situación, posición y presentación Medir la altura uterina Establecer las características de la pelvis y ponderar el peso fetal Aplicar vía endovenosa segura Atender el parto podálico solo si no es posible su referencia a un centro de mayor complejidad. Derivar los casos de situación transversa al nivel resolutivo
NIVEL C	Realizar cesárea en caso de presentación podálica en primerizas o las de mayor riesgo por su tamaño y variedad de presentación. Realizar cesárea en las situaciones transversas



ENDOMETRITIS PUERPERAL



1. NOMBRES: Fiebre puerperal (O85)

2. DEFINICIÓN: Infección de la superficie interna del útero luego del parto

3. FRECUENCIA: 5 al 15% de todos los partos

4. ETIOLOGÍA: Invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina luego del parto, comprendiendo la decidua, con posibilidad de invadir la capa muscular. La infección puede favorecerse si existe retención de restos placentarios

5. FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Mujeres anémicas y con estado nutricional deficitario
- ✓ Parto no institucionalizado
- ✓ Parto traumático
- ✓ Cesárea en condiciones de riesgo

6. SIGNOS DE PELIGRO:

- ✓ Fiebre alta pos parto o pos cesárea
- ✓ Dolor uterino intenso
- ✓ Loquios malolientes

7. COMPLICACIONES MATERNAS:

- ✓ Shock séptico
- ✓ Pelvipertonitis
- ✓ Muerte

SECUELAS: Infertilidad, y otras derivadas de la cirugía de urgencia

8. CUADRO CLÍNICO O HALLAZGOS CLÍNICOS:

- ✓ Presentación de RPM prolongado y Corioamnionitis previas
- ✓ Parto atendido en condiciones desfavorables, o infecciones de órganos vecinos o de carácter sistémico concomitantes
- ✓ Fiebre mayor de 38.5° C generalmente a partir de las 48 h. del parto

- ✓ Subinvolución uterina, movilización uterina dolorosa, loquios purulentos y malolientes

9. HALLAZGOS DE LABORATORIO:

- ✓ Leucocitosis mayor de 12,000 leucocitos/mm³ con desviación izquierda mayor del 10 %
- ✓ La ecografía revela útero subinvolucionado, algunas veces con retención de restos placentarios
- ✓ La ecografía puede dar evidencias de la existencia de un absceso pélvico

10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ✓ Infección urinaria, mastitis u otras infecciones sistémicas
- ✓ Absceso pélvico

11. CUADRO EVOLUTIVO:

- ✓ Endometritis focalizada
- ✓ Endometritis con tromboflebitis pélvica
- ✓ Endometritis con absceso pélvico

12. CONDICIONES ESPECIALES O ASOCIADAS:

- ✓ Absceso pélvico
- ✓ Tromboflebitis pélvica

13. CRITERIOS GENERALES DE MANEJO:

- ✓ Aplicar antibióticos de amplio espectro en forma empírica (tres antibióticos)
- ✓ Utilizar ocitócicos para ayudar a la expulsión de material purulento de la cavidad uterina y permeabilizar el cérvix para su drenaje
- ✓ Retirar los restos placentarios que hubieran quedado
- ✓ Drenaje quirúrgico en caso de absceso pélvico no resuelto con el tratamiento antibiótico
- ✓ En caso de tromboflebitis: antibioterapia, heparinización y tratamiento quirúrgico si estas medidas fallan

14. MANEJO Y TRATAMIENTO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

Nivel A: Detectar el cuadro infeccioso mediante la toma de la temperatura y evaluación del estado general de la paciente

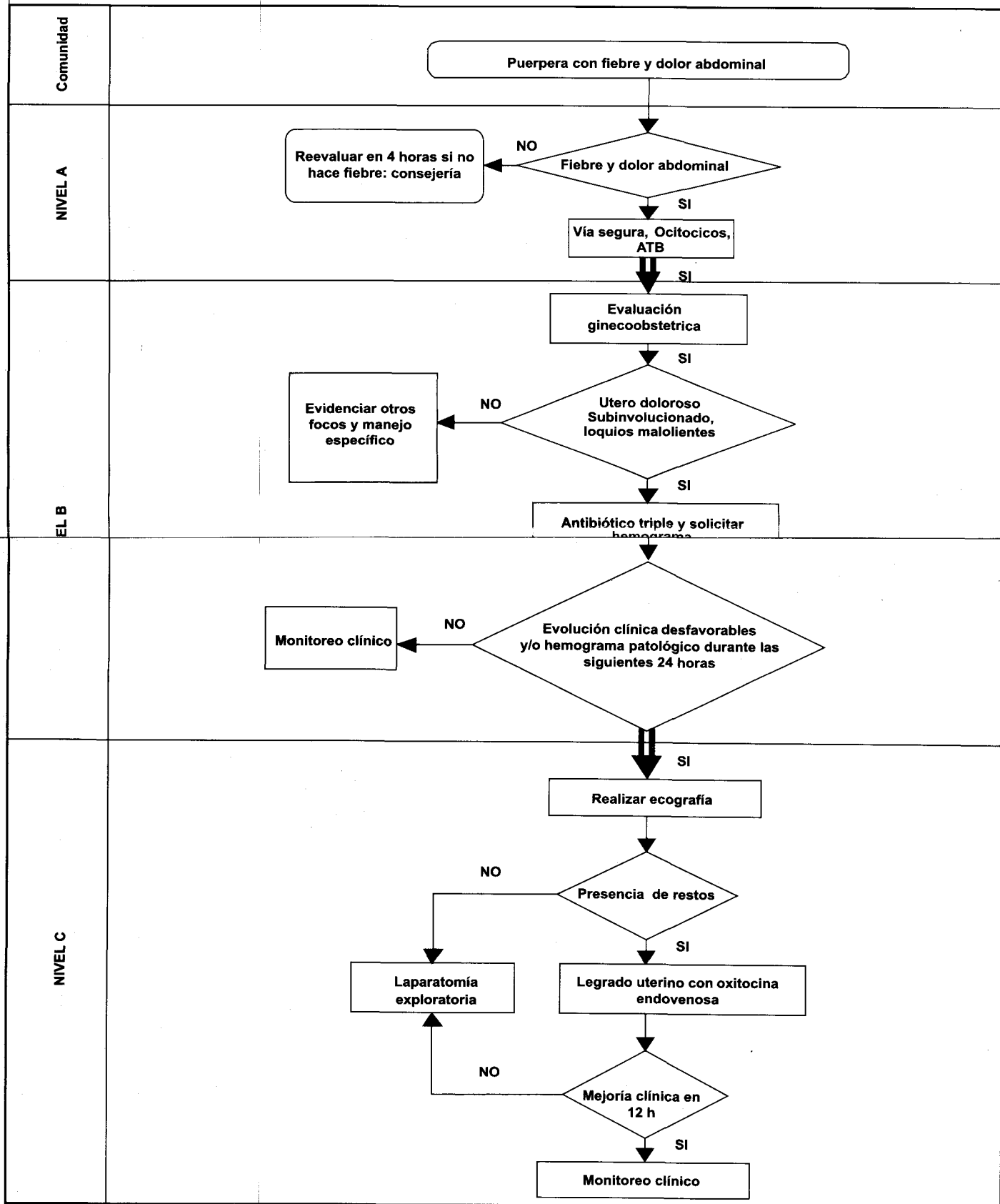
Nivel B: Aplicar el tratamiento antibiótico triple en cuanto se detecte el foco uterino. Realizar el diagnóstico diferencial con otros cuadros como infección urinaria, mastitis puerperal y otras infecciones sistémicas, utilizando la clínica y el laboratorio

Nivel C: Recibir los cuadros cuya resolución no responde al tratamiento luego de 3 días, o cuando presenta deterioro de las funciones vitales, o el estado general se ve comprometido. Además deben poder realizar exploración de la cavidad uterina o legrado, Laparotomía exploratoria cuando sea pertinente

15. MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DE LA ENDOMETRITIS PUERPERAL

- ✓ Poligelina
- ✓ Derivados del cornezuelo de centeno
- ✓ Ocitocina
- ✓ Cloruro de sodio al 0.9‰
- ✓ Ampicilina
- ✓ Cloranfenicol
- ✓ Gentamicina
- ✓ Heparina

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE ENDOMETRITIS



PROCEDIMIENTOS

GUIA PARA LA COLOCACIÓN DE CATETER ENDOVENOSO

1. DEFINICIÓN: La colocación de un catéter dentro de vena es un acto de emergencia que el profesional o técnico realizan para aplicar grandes cantidades de soluciones, expansores plasmáticos, sangre y medicamentos a fin de manejar adecuadamente las emergencias obstétricas

2. INDICACIONES: Todas las emergencias obstétricas

3. CONTRAINDICACIONES: Ninguna

4. COMPLICACIONES: Se pueden originar cuadros de flebitis debido al tipo de soluciones inyectadas o al ingreso de gérmenes a los vasos venosos

5. PROCEDIMIENTO:

Información y comunicación las usuarias, si están conscientes deben saber el procedimiento que se realiza y qué es lo que ellas van a percibir al momento de realizarlo para poder colaborar convenientemente
Consentimiento; siendo un procedimiento simple y dada la situación de emergencia el consentimiento es implícito al acto de la atención médica de urgencia, sea por personal profesional o técnico

Preparación del personal:

- Para esta actividad el lavado de manos es imprescindible, eliminando la posibilidad de contaminación de la paciente por el personal
- Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales y medicinas se encuentren disponibles, siguiendo las medidas de bioseguridad correspondientes
- El personal que coloca el catéter constantemente estará conversando con la paciente y vigilando sus reacciones

6. ACTIVIDADES PREVIAS:

Preparación del material; que consiste en tener disponible:

- Antisépticos; alcohol yodado o puro

- Algodón limpio
- Catéter endovenoso
- Solución a ser aplicada
- Equipo de venoclisis
- Ligadura
- Tiras de esparadrapo
- Soporte para colocar la solución
- Agua limpia
- Jabón
- Toalla limpia

Zonas de aplicación:

- Venas Cefálica accesoria, mediana antebraquial y cubital en el 1/3 superior y medio del antebrazo
- En el dorso de la mano, vena cubital superficial, radial superficial, y dorsales del metacarpo

Procedimiento inicial:

- Examine las zonas de probable punción, eligiendo aquellas donde no existan huellas de punción previa, ni lesiones de la piel
- Elija la vena más visible en cualquiera de los brazos
- Haga que todo el miembro se coloque en un plano declive invitando de ser posible a que la paciente abra y cierre el puño con firmeza para poder ingurgitar las venas
- Aplique la ligadura en el segmento proximal a la vena a ser canalizada.
- Con un algodón humedecido en alcohol o alcohol yodado restriegue la piel firmemente haciendo movimientos circulares, del centro hacia fuera, sobre la superficie a ser punzada en un área de unos 4 x 4 cm. Deje que el antiséptico seque solo, no sople
- Si la piel está sucia lávela previamente con agua y jabón y enjuáguela con agua limpia

Inserción del catéter:

- Previamente a la inserción comprobar la suavidad de desprendimiento del catéter de su funda metálica. Tomar el catéter con la mano diestra, habiendo inmovilizado la vena con la otra mano, conservando el catéter de plástico en su funda de metal y proyectarlos hacia la vena incidiéndola en su línea media con una inclinación menor a un ángulo de 15 grados. Se percibirá - al avanzar la aguja - el momento en que la vena es perforada en una de sus paredes, es más, la aguja se llenará de sangre; en ese momento retirar la aguja unos pocos milímetros e impulsar

el catéter de plástico para que avance dentro de la luz del vaso venoso introduciéndolo un mínimo de 3 cm.

- Antes de fijar la vía abrirla para constatar el pasaje rápido y a chorro del fluido a transfundir, llevando a su paso los rasgos de sangre que se encontraban en la base del catéter
- Luego fijar la vía a la piel con un esparadrapo que incluya parte del catéter que se encuentra por fuera de la piel, y con otro esparadrapo rodear al catéter por su extremo alado para adherirlo a la piel. Con otro esparadrapo fijar todo este conjunto a la piel
- Luego de la inserción del catéter vigilar el goteo, preguntar por molestias a la paciente y palpar la zona buscando relieves o dolor, lo cual podría ser indicativo de extravasación. De encontrarse signos de extravasación proceder a retirar la vía, e intentar una nueva punción

GUÍA PARA LA EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA

1. DEFINICIÓN: La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional realiza para manejar la hemorragia post parto y prevenir la muerte materna

2. INDICACIONES: Retención de la placenta por más de 30 minutos luego de producido el nacimiento

3. CONTRAINDICACIONES:

- ✓ Acretismo placentario definido
- ✓ Falta de capacitación para realizar el procedimiento

4. COMPLICACIONES:

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

5. PROCEDIMIENTO:

Información y comunicación; debido a que en ocasiones el procedimiento se realiza en condiciones de analgesia profunda la mujer puede estar consciente y por lo tanto percibir dolor y molestia, por lo cual es importante explicarle como se realizará el procedimiento, y especialmente, cuales van a ser las molestias que percibirá

Consentimiento; dadas las de emergencia en que se realiza el procedimiento, muchas veces es imposible obtener el consentimiento de la paciente por escrito. Al menos, los familiares deben estar informados de lo que ocurre, y si es posible firmar un consentimiento escrito a nombre de su familiar

Preparación del personal

- ✓ Deben intervenir un mínimo de dos personas, por lo menos una de ellas capacitada en la técnica
- ✓ El personal de apoyo constantemente estará conversando con la paciente y vigilando sus funciones vitales y reacciones
- ✓ Antes del procedimiento se debe revisar que todos los materiales y

medicamentos se encuentren disponibles, y seguir las medidas de bioseguridad correspondientes a todo acto quirúrgico

6. ACTIVIDADES PREVIAS:

Preparación del material que consiste en tener el equipo que consta, además de los medicamentos, de:

- ✓ Insumos para flebocclisis
- ✓ Analgésicos o anestésicos
- ✓ Guantes estériles o desinfectados a alto nivel
- ✓ Lubricante antiséptico
- ✓ Ropa de atención del parto
- ✓ Jabón y agua

Precauciones:

- ✓ Durante este procedimiento proteja su piel de salpicaduras de sangre
- ✓ Use una bata con mangas largas si es posible
- ✓ Si no tiene una bata protectora use una bolsa de plástico limpia, común y corriente
- ✓ Pase su mano a través del fondo de la bolsa y el codo en la apertura para que le proteja los brazos. Sobre ésta póngase sus guantes estériles o desinfectados a alto nivel, cubriendo los puños de su ropa

Procedimiento inicial:

- ✓ Observe si hay signos de shock
- ✓ Mientras hace la preparación, pida a su asistente que haga un masaje externo o que sostenga el útero
- ✓ Empiece una flebocclisis con suero fisiológico (cloruro de sodio al 9‰) o cualquier suero disponible. El suero reemplaza a algunos de los fluidos perdidos por el sangrado. Esto ayudará a prevenir el shock

Administración de la analgesia:

- ✓ Administre un analgésico como Petidina 50 mg. ó Ketorolaco 60 mg, por vía endovenosa
- ✓ Un sedante intramuscular como Diazepan 10 mg con Atropina 0.5 mg
- ✓ Si estos medicamentos no están disponibles, continúe con la extracción manual de la placenta
- ✓ La mujer no podrá relajarse y estará muy incómoda, pero usted puede salvar su vida

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- ✓ Explique a la mujer que usted va a poner la mano en su vagina para extraer la placenta que con eso dejará de sangrar
- ✓ Ayude a la mujer a acostarse de espaldas con las rodillas dobladas Limpie la zona genital con jabón y agua
- ✓ Evacuar vejiga, si no puede orinar cateterice y vacíe la vejiga. Una vejiga llena puede impedir la extracción de la placenta
- ✓ Masajee suavemente el útero para estimular una contracción
- ✓ Intente sacar la placenta con una tracción firme y continua del cordón
- ✓ Mientras sostiene el útero contraído. Ponga una mano arriba de la sínfisis pubiana y presione sobre la parte más baja del útero. (Maniobra de Brandt-Andrews) No traccione brusca o fuertemente. Si esto falla continúe con el paso siguiente
- ✓ Con guantes estériles determine la localización de la placenta, si está en vagina, cuello uterino o fondo uterino
- ✓ Con la otra mano sostenga el cordón umbilical firmemente
- ✓ Coloque la mano examinadora, con el dedo pulgar en la palma de la mano, en la vagina
- ✓ Siga el cordón hasta llegar a la placenta
- ✓ Una vez que su mano está dentro del útero, no saque la mano hasta que haya separado la placenta de la pared del útero
- ✓ No meta y saque su mano del útero, porque esto aumenta el trauma
- ✓ Suelte el cordón, sujete con la mano que está afuera el fondo uterino firmemente para prevenir que el útero se suba, además de facilitar la contracción
- ✓ Palpe la placenta para determinar donde está localizada (posición exacta). Localice el borde de la placenta
- ✓ Deslice los dedos de su mano entre el borde de la placenta y la pared del útero
- ✓ Con la palma de la mano frente a la placenta, haga un movimiento cercenante de lado a lado para separar delicadamente la placenta del útero
- ✓ Nunca la agarre con la punta de sus dedos porque la placenta puede romperse
- ✓ Usted palpará un tejido esponjoso (como arena) a medida que se va despegando la placenta

- ✓ Cuando la placenta está separada y en la palma de su mano, estimule una contracción con su otra mano
- ✓ Delicadamente extraiga la placenta con su mano durante la contracción
- ✓ No tire solamente de un pedazo de la placenta ya que se podría desgarrarla del resto de la placenta. Las membranas deben jalarse lenta y cuidadosamente hacia afuera, de la misma forma utilizada para la extracción de la placenta

8. ACTIVIDADES LUEGO DE LA EXTRACCIÓN:

- ✓ Dé masaje al útero para estar seguro(a) que está contraído
- ✓ Administre un ocitócico IM o IV para favorecer la contracción y retracción uterina. Si no tiene ocitócico inyectable, puede utilizar una tableta oral
- ✓ Ponga al bebé al pecho
- ✓ Examine la placenta cuidadosamente. Si usted cree que falta parte de la placenta o membranas, refiera a la mujer a un hospital. Ella podría necesitar un legrado para remover los restos retenidos
- ✓ Administre a la mujer antibiótico de amplio espectro tal como Ampicilina 1 gr. EV, más Cloranfenicol 1 gr. EV y Gentamicina 80 mg EV, pasar luego de 48 horas a vía oral o intramuscular por 5 días más
- ✓ Examine el sangrado vaginal, contracción uterina, y signos vitales cada hora hasta que estén normales. Entonces continúe evaluando el sangrado vaginal 3 veces al día por 3 días
- ✓ Enséñele a la madre como mantener su útero contraído
- ✓ Administre un total de 3 litros de suero intravenoso en 24 horas para reponer los fluidos perdidos en el sangrado y prevenir shock
- ✓ Retire el suero después de 24 horas si la mujer esta comiendo y bebiendo normalmente
- ✓ Con cierta frecuencia es necesario realizar complementariamente una limpieza de la cavidad uterina con pinzas de anillo, ante la eventualidad de retención de restos placentarios

CONDICIONES DE REFERENCIA

Para realizar una referencia a otros establecimientos de mayor complejidad hay que tener en consideración las condiciones en que se envía a las pacientes, tratando de salvaguardar su seguridad y prevenir cualquier contingencia durante el traslado, y estar prevenido para afrontarla

1. COORDINACIONES PREVIAS

- ✓ Coordinación previa de la referencia con el establecimiento receptor, si esto es factible
- ✓ Hoja de referencia con los datos más importantes
- ✓ Autorización firmada por la paciente y/o el familiar mas próximo

2. CONDICIONES DEL TRASLADO

- ✓ Traslado en compañía de familiar que esté en condiciones de prestar apoyo, y mejor aún que tenga posibilidades donar sangre, si esto fuera necesario, durante el traslado o al llegar al centro de referencia.
- ✓ Vía endovenosa segura (NaCl 9‰ 1 lt. a través de bránula N° 18), y si se trata de hemorragia es ideal canalizar dos vías
- ✓ De preferencia la mujer en decúbito lateral izquierdo
- ✓ En condiciones especiales como de hemorragia aguda por placenta previa, se debe procurar conservar la posición de Trendelenburg para evitar que la presentación ejerza presión sobre la placenta y la desprenda o desgarre
- ✓ Si se presentan convulsiones debe sujetarse fuertemente a la paciente para evitar que se golpee
- ✓ Se pueden acomodar almohadas a su alrededor, en especial protegiendo la cabeza
- ✓ Además, para evitar la mordedura de la lengua y el atragantamiento, debe colocarse en la boca un tubo de Mayo o un bajalenguas forrado con tela
- ✓ Se debe contemplar siempre la posibilidad de afrontar un paro cardíaco para lo cual el personal debe estar preparado, manteniendo la vía aérea libre, la infusión de fluidos, y la aplicación oportuna de cardiotónicos

3. IMPLEMENTOS Y EQUIPOS

- ✓ Tensiómetro, estetoscopio biauricular, termómetro
- ✓ Guantes para examen o atención de parto
- ✓ Fetoscopio, martillo de reflejos, tubo de Mayo o bajalenguas envuelto en tela
- ✓ Equipo de atención de parto
- ✓ Reloj y linterna
- ✓ Expansores plasmáticos, varios frascos de solución de cloruro de sodio al 9‰
- ✓ En lo posible tener disponible oxígeno para administrar en caso de sufrimiento fetal, shock o paro cardíaco
- ✓ Llevar agujas y bránulas, equipos de venoclisis, algodón, alcohol, adrenalina, atropina, corticoides, nifedipino, fenobarbital, diazepam, sulfato de magnesio, misoprostol

BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Normas y Procedimientos en la Atención Obstétrica Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima 1995
- ❑ Manual de Organización y Procedimientos en Neonatología - Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima 1998
- ❑ Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus Tercera Edición España
- ❑ Propuesta Normativa Perinatal Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación República Argentina 1993
- ❑ Modulo de Capacitación en Prevención y Tratamiento de Hemorragias Obstétricas
- ❑ Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas - Lima 2000
- ❑ The Alan Guttmacher Instituto: Aborto clandestino una realidad Latinoamericana - 1994 Nueva York
- ❑ Manual de Emergencias Obstétricas y Neonatales - Dirección General de Salud de las Personas - Lima 2000
- ❑ Guía Práctica para la Aspiración Manual Endouterina IPAS 1995
- ❑ Ministerio de Salud- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 Lima - Perú
- ❑ Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud CIE 10 Compendio Ginecoobstétrico Ministerio de Salud - Lima 2000
- ❑ Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo - Octubre 1999
- ❑ Manual de Emergencias Obstétricas y Perinatales Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima Junio 2000
- ❑ Empleo de Misoprostol en Aborto Médico, Aborto Incompleto y Embarazo Anembrionado: Revisión Bibliográfica - Comunicación Personal Ralph Parrado M.D.
- ❑ Módulos de Sensibilización y Capacitación - Ministerio de Salud UNICEF Iniciativa : Diez pasos para un parto seguro
- ❑ Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM 1999