

**CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES QUE
PRESENTARON COMPLICACIONES: RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS, AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO Y/O PREECLAMPSIA EN LA CLINICA VILLA
PILAR E.S.E RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO
MANIZALES, CALDAS**

SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2006

AUTORES

**LEIDY JOHANA LOAIZA MAYA
ELIZABETH COLORADO CRUZ
CLAUDIA MARCELA SIERRA HENAO
JEFFERI CAROLINA TAMAYO ROJAS**

ASESORES

ASESORA METODOLOGICA

**Miryan González R. Enfermera.
Especialista en Promoción de la Salud.
Mg. En Desarrollo Educativo.**

ASESORA TEMATICA

**Ángela María Mejía U. Enfermera.
Especialista en Administración de
Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**Manizales
2006**

**CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES QUE
PRESENTARON COMPLICACIONES: RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS, AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO Y/O PREECLAMPSIA EN LA CLINICA VILLA
PILAR E.S.E RITA ARNGO ALVAREZ DEL PINO
MANIZALES, CALDAS
SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2006**

AUTORES

**LEIDY JOHANA LOAIZA MAYA
ELIZABETH COLORADO CRUZ
CLAUDIA MARCELA SIERRA HENAO
JEFFERI CAROLINA TAMAYO ROJAS**

**UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**Manizales
2006**

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	6
2. SUMMARY	7
3. INTRODUCCION	10
4. TITULO	11
5. PROBLEMA	12
6. REFERENTE TEORICO	14
6.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL CLINICA VILLAPILAR E.S.E RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO	14
6.1.2 Surgimiento	
6.1.3 Objeto social y funciones	
6.1.4 Misión	
6.1.5 Visión	
6.1.6 Valores	
6.2 GESTACION	16
6.2.1 Definición	
6.2.2 Primeros síntomas del embarazo	
6.2.3 Factores de riesgo	
6.2.4 Cambios que se producen durante la gestación	
6.2.5 cuidados durante la gestación	
6.3 NORMA TECNICA PARA LA DETECCION TEMPRANA PARA LA DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	19
6.4 NORMA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO	19
6.5 GUIA DE ATENCION DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO	19
6.6 COMPLICACIONES EN LA GESTACION	19
6.7 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	19
6.7.1 Definición	
6.7.2 Clasificación	
6.7.3 Etiopatogenia	
6.7.4 Causas desencadenantes	
6.7.5 Fisiopatología	

6.7.6 Cuadro clínico	
6.7.7 Diagnostico	
6.7.8 Complicaciones	
6.7.9 Tratamiento	
6.8 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	23
6.8.1 Definición	
6.8.2 Síntomas	
6.8.3 Etiología	
6.8.4 Diagnostico precoz de parto pretermino	
6.8.5 Tratamiento antenatal de la amenaza de parto pretermino	
6.8.6 Tratamiento	
6.9 PREECLAMPSIA	26
6.9.1 Definición	
6.9.2 Factores de riesgo	
6.9.3 Síntomas	
6.9.4 Signos y exámenes	
6.9.5 Tratamiento	
6.9.6 Consecuencias sobre el bebé	
6.9.7 Síndrome de hellp	
7. DISEÑO	29
8. RESULTADOS	30
8.1 ANALISIS BIVARIADO	
8.1.1 CARACTERIZACION	
8.2 ANALISIS DE CORRESPONDENCIAS MULTIPLES	
8.2.1 CARACTERIZACION	
9. DISCUSION	38
10. CONCLUSIONES	40
11. RECOMENDACIONES	41
12. ANEXOS	42
BIBLIOGRAFIA	68

**CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES QUE
PRESENTARON COMPLICACIONES: RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS, AMENAZA DE PARTO
PRETERMINO Y/O PREECLAMPSIA EN LA CLINICA
VILLA PILAR E.S.E RITA ARNGO ALVAREZ DEL PINO
MANIZALES, CALDAS**

SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2006

AUTORES

LEIDY JOHANA LOAIZA MAYA

ELIZABETH COLORADO CRUZ

CLAUDIA MARCELA SIERRA HENAO

JEFFERI CAROLINA TAMAYO ROJAS

ASESORES

**Miryan González R. Enfermera.
Especialista en Promoción de la Salud.
Mg. En Desarrollo Educativo.**

**Ángela María Mejía U. Enfermera.
Especialista en Administración de
Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD..DE..CALDAS..
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
PROGRAMA..DE..ENFERMERÍA.
Manizales**

1.RESUMEN

El presente estudio se realizo a través del un método descriptivo, retrospectivo, con la población de gestantes que presentaron preeclampsia, amenaza de parto pretérmino (APP), ruptura prematura de membranas (RPM), que consultaron entre abril y junio del 2006, en la Clínica Villa pilar ESE Rita Arango Álvarez del Pino, en el Municipio de Manizales, departamento de Caldas, Colombia.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una guía para la revisión de 101 historias clínicas de las usuarias diagnosticadas con las patologías antes mencionadas.

La guía se constituyo con las siguientes variables: edad, procedencia, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, paridad, periodo intergenésico, antecedentes obstétricos, familiares y personales; asistencia a controles prenatales, edad gestacional al momento del parto, vía del parto, personal que atendió el parto.

Palabras claves: caracterización, gestante, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, factores de riesgo.

SUMMARY

The present study I am made through a descriptive, retrospective method, with the population of embarrassed that presented/displayed preeclampsia, childbirth threat preterm (APP), premature membrane rupture (RPM), that consulted between April and June of the 2006, in the Villa Pilar Clinic SSE Rita Arango Alvarez of the Pine, in the Municipality of Manizales, department of Caldas, Colombia.

The data collection was made by means of the application of a guide for the revision of 101 clinical histories of the users diagnosed with the pathologies before mentioned.

The guide I constitute myself with the following variables: age, origin, schooling, socioeconomic level, civil state, occupation, parity, intergenetic period, obstetrical, familiar and personal antecedents; attendance to prenatal controls, gestacional age at the time of the childbirth, via of the childbirth, personnel whom the childbirth took care of.

Key words: premature membrane characterization, embarrassed, rupture, threat of childbirth preterm, preeclampsia, factors of risk.

*«Los niños son el futuro de la sociedad,
y sus madres son las guardianas de ese futuro.
Sin embargo, este año, casi 11 millones de niños
menores de cinco años morirán
por causas en gran medida prevenibles,
y entre ellos hay 4 millones
que fallecerán durante el primer mes de vida.
A eso hay que añadir 3,3 millones de niños nacidos muertos.
Al mismo tiempo, aproximadamente medio millón de mujeres
morirán durante el embarazo o el parto,
o poco después».*

OMS

2. AGRADECIMIENTOS

Miryan Gonzáles R. Asesora metodológica

Ángela María Mejía U. Asesora temática

Clínica Villa pilar E.S.E Rita Arango Álvarez del Pino

Dr. Nelson Barco. Coordinador de información y registro

Empleados de la Clínica que colaboraron

Héctor Chica. Ingeniero Agrónomo, Magíster en Estadística

Diana Patricia Grisales. Enfermera

3. INTRODUCCION

Durante nuestra experiencia como estudiantes de enfermería en el servicio de ginecobstetricia surgieron múltiples interrogantes que explicaran la alta incidencia de la ruptura prematura de membranas (RPM), amenaza de parto pretérmino (APP) y preeclampsia.

De acuerdo a lo anterior se decidió realizar la presente investigación para establecer la relación entre las variables con el fin de determinar factores de riesgo que contribuyan a disminuir la morbilidad materno - perinatal

Teniendo en cuenta que una de las metas de un país es lograr el desarrollo de sus comunidades como su principal responsabilidad, la participación de los funcionarios del área de la salud es fundamental para plantear y facilitar la ejecución de estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población por lo tanto se hace necesario buscar explicaciones a la incidencia de muertes maternas por diferentes causas.

La mortalidad derivada de la maternidad es elevada: 700 defunciones al año. Por cada 100 mil nacidos vivos, mueren cerca de 105 mujeres cada año, por causas relacionadas con su maternidad, siendo la mayoría de las muertes evitables. (Situación actual de la salud sexual y reproductiva en Colombia- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA).

Para el año 2005 se encontró en 529.000 defunciones al año, que supone una razón mundial de 400 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos al año. (Informe sobre la salud en el mundo - OMS)

Los tópicos que fundamentan el Marco teórico son: proceso gestacional, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, norma técnica para la detección temprana de las alteraciones en el embarazo, guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo, reseña histórica de la Clínica, mortalidad y morbilidad materna.

4. TITULO

CARACTERIZACION DE LAS GESTANTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y/O PREECLAMPSIA EN LA CLINICA VILLA PILAR E.S.E RITA ARANGO ALVAREZ DEL PINO MANIZALES, CALDAS.

SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2006

5.-PROBLEMA

Teriando en cuenta que uno de las metas de un país es lograr el desarrollo de sus comunidades como su principal responsabilidad. La participación de los funcionarios del área de la salud será fundamental para plantear y facilitar la ejecución de estrategias que contribuirán a mejorar la calidad de vida de la población por lo tanto se hace necesario buscar explicaciones a la incidencia de muertes maternas por diferentes causas.

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población y, en consecuencia, la Organización Mundial de la Salud, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas, un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

Como causas globales de mortalidad materna en el año 2004 se enumeran las siguientes, la hemorragia con un 24.8%, la infección con 14.9%, la eclampsia y el aborto en condiciones de riesgo con un 12.9% respectivamente y el parto obstruido con 6.9% (como va la salud en Caldas, segundo trimestre de 2005.

Dirección territorial de salud de Caldas). Para el año 2005 se encontró en 529.000 defunciones al año, que supone una razón mundial de 400 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos al año, de las cuales entre el 11 y el 17% de las defunciones maternas se producen durante el parto, y entre el 50 y 71% durante el puerperio (Informe sobre la salud en el mundo - OMS). Según datos de las Naciones Unidas, de cada cien mil mujeres que dan a luz, sólo 20 mueren en los países desarrollados, mientras que en las naciones en desarrollo son 440 el número de víctimas.

En Colombia la mortalidad derivada de la maternidad es elevada: 700 defunciones al año. Por cada 100 mil nacidos vivos, mueren cerca de 105 mujeres cada año, por causas relacionadas con su maternidad, siendo la mayoría de las muertes evitables. (Situación actual de la salud sexual y reproductiva en Colombia- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA).

De acuerdo al análisis de mortalidad materna Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA -1994-2001, entre 1995-2000, excluyendo 1996 cuando no se recolectó información, se notificó un total de 1.192 muertes maternas en el país al SIVIGILA. En Colombia entre las primeras 3 causas de muerte en mujeres en edad fértil, esta en primer lugar las muertes violentas (8.878 casos) para una tasa de 12,9 por 100.000 MEF, seguida por los accidentes de tránsito (805 casos) con una tasa de 8 por 100.000 MEF y las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (722 casos) para una tasa de 7,1 por 100.000 MEF.

En CALDAS la tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos en 1995 fue de 6.8, en 1997 de 74.0, en 1998 de 44.6, en 1999 de 40.1 y en el 2000 de 62.8. Para el año 2003-2004 entre las causas más frecuentes de mortalidad materna se encontraron, la hemorragia con 30.40%, la eclampsia con 34.80%, la infección con 13%, causas indirectas con 17.40% y el parto obstruido con 4.40%. (Cómo va la salud en Caldas, segundo trimestre de 2005. Dirección territorial de salud de Caldas).

No obstante, un amplio espectro de actores sociales continúa comprometido con la búsqueda de respuestas preferentemente integrales pero, en su caso, también progresivas, a este grave problema de salud y justicia social que se expresa en una tasa de morbilidad materna superior a la prevista, según revelan los últimos registros del Ministerio de Salud Pública.

De acuerdo a los anteriores datos es de nuestro interés caracterizar las gestantes atendidas en la Clínica Villa Pilar E.S.E Rita Arango Álvarez del Pino que presentaron Ruptura prematura de membranas, Preeclampsia y Amenaza de parto pretérmino con el fin de lograr la meta de reducir la morbilidad materna, por medio de la aplicación de las guías de atención prenatales durante la atención integral de la mujer en su proceso gestacional.

6. REFERENTE TEORICO

6.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL E.S.E RITA ARANGO ÁLVAREZ DEL PINO

6.1.2 Surgimiento

La Empresa Social del Estado, E.S.E. Rita Arango Álvarez del Pino fue creada mediante el decreto presidencial 1750 del 26 de junio de 2003 “Por el cual se escinde el instituto de Seguros Sociales ISS y la creación de siete empresas sociales del estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada de nivel nacional, con la personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al ministerio de la protección social.

Estamos entonces en una empresa muy joven, que si bien es de carácter público, debe operar con criterios y eficiencia, transparencia y rentabilidad, que garanticen su desarrollo y aporte al mejoramiento de las condiciones que afectan la calidad de vida del pueblo colombiano, y en especial de la región del eje cafetero.

6.1.3 Objeto social y funciones

“Prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del estado o como parte del servicio público de la seguridad social, en los términos del artículo 194 de la ley 100 de 1993.”

Igualmente común funciones generales de las ESES, el decreto presidencial que ordena la escisión, les fija las siguientes:

1. “Prestar los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad dentro de los parámetros y principios señalados en la ley 100 de 1993, y demás disposiciones legales y reglamentarias que la modifiquen o adicionen.
2. Prestar servicios de salud eficiente y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación vigente.
3. Celebrar los contratos que requiera la entidad para la prestación eficiente y efectiva y los servicios de salud.
4. Prestar en forma oportuna los servicios de consulta, urgencias, hospitalización, procedimientos quirúrgicos, programas de promoción y mantenimiento de la salud a los usuarios.

5. Asociarse para la compra de insumos y servicios, vender los servicios o paquetes de servicios de salud.
6. Contratar con las personas jurídicas constituidas por sus ex funcionarios o en las que éstos hagan parte que hubieren salido como consecuencia de procesos y reestructuración en la entidad, para permitir la correcta prestación del servicio de salud, de conformidad con los parámetros fijados por la junta directiva.
7. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa social del estado.
8. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos en las disposiciones legales vigentes.
9. Proveer la información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios respecto de sus deberes y derechos en lo concerniente a la prestación de servicios de salud.
10. Las demás que de acuerdo con su naturaleza y funciones y le sean asignadas conforme a las normas legales.

6.1.4 Misión: prestamos servicios de salud en la región del cafetero; con principios de calidad y oportunidad, buscando siempre la autosostenibilidad social y financiera; apoyados en un talento humano de altas cualidades y competencias, una amplia red de servicios y recursos tecnológicos que garantice la calidad. Buscamos el beneficio y satisfacción de los usuarios y estamos comprometidos en la conservación del medio ambiente.

6.1.5 Visión: En el año 2009 seremos la mejor empresa prestadora servicios de salud en la región del cafetero con los mejores índices de cobertura, calidad, impacto y pertenencias; logrando la fidelidad de nuestros usuarios y el reconocimiento y posicionamiento de la empresa social del estado Rita Arango Álvarez del pino; apoyados en la adecuada utilización y optimización de nuestros talento humano y recursos tecnológicos; comprometidos con la preservación y conservación del medio ambiente para las generaciones actuales y futuras.

6.1.6 VALORES

- 1 Calidad
- 2 Eficiencia: niveles óptimos de productividad
- 3 Honestidad: Es un valor que manifestamos con actitudes correctas, transparentes y éticas.
- 4 Responsabilidad con el medio ambiente.

6.2–GESTACION

6.2.1 --Definición

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se considera que el embarazo comienza una vez que el óvulo, es fecundado por el espermatozoide. Termina con el parto, en el que nace el bebé. En los seres humanos dura 40 semanas a partir del fin de la última regla o 38 semanas a partir del día de la fecundación (se asocia a 9 meses).

Dentro del útero, el bebé está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el niño están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja. Mientras permanece dentro, el feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al bebé por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido.

6.2.2 Primeros síntomas del embarazo

Cansancio, pérdida del periodo menstrual, mareos matutinos, aumento de la sensibilidad de las mamas, fatiga, náuseas, sensibilidad a los olores, somnolencia, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor, aumento de peso, gustos y antojos

6.2.3 Factores de riesgo

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo, éstos varían de acuerdo al grupo étnico humano en particular.

Algunos de ellos son:

- 1 Edad menor a 18 años o mayor a 35 años;
- 2 Peso corporal menor de 45 Kg. o mayor a 90 Kg. (varia de acuerdo a talla);
- 3 Talla menor a 140 cm.
- 4 Escolaridad realmente es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información, etc.

6.2.4 Cambios que se producen durante la gestación

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

Primer trimestre: Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos. Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegando a crear un estado de desnutrición. La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período. La glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello. Las probabilidades de abortar son mayores, con lo que es importante tomar ciertas precauciones.

Segundo trimestre: El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación, estreñimiento, aumento del peso (unos 4 Kg.)

Tercer trimestre: El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremano el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso.

La piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Desaparecen por sí solos después del parto.

A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes, es decir, en la profilaxis. También deben

tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina.

6.2.5 Cuidados durante la gestación

Higiene física: Es muy importante que durante toda la gestación la mujer mantenga la piel muy limpia, ya que las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma muy notoria.

Es particularmente recomendable la higiene de los órganos genitales; hacia la mitad del embarazo, hay que cuidar los pezones, ya que comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua y jabón; higiene dental rigurosa después de cada comida; en algunos casos, también suele aparecer la caída del cabello, que parece mucho más frágil durante el embarazo, por lo que se debe lavar adecuadamente con un champú suave, evitando los tintes y las permanentes enérgicas. Higiene mental : actitud psicológica positiva, esperanzada y optimista ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando conscientemente en todos los aspectos del mismo hasta llegar al parto.

Visitas médicas: a fin de mantener un control estricto sobre la viabilidad del niño, las dificultades que éste pueda presentar al nacer, la salud de las madres, etc.

Alimentación: debe ser completa y variada para conservar la salud y la del niño. A lo largo del embarazo el peso aumentará entre 9 y 13 K. Es recomendable Los requerimientos en proteínas aumentan, Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de minerales debe ser más alta, sobre todo la del hierro. Las necesidades de calcio también aumentan, Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces, resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras.

Vestido y calzado : Utilizar vestidos cómodos y holgados, el zapato debe ser confortable, evitando el tacón alto as como el excesivo plano, la faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su empleo, las medias y calcetines que produzcan compresión local de la pierna pueda favorecer el desarrollo de várices, por lo que no son aconsejables.

Relaciones sexuales : Si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestas para la madre. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultarle molesto; si es así, puede adoptar posiciones que sean más cómodas. Deben evitarse las relaciones sexuales cuando existe hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o

rotura de las bolsas de las aguas. Se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 2 o 3 últimas semanas del embarazo.

Cuando acudir a consulta: Además de las consultas periódicas recomendadas se debe poner en conocimiento del médico cualquier anómala, especialmente: Vómitos intensos y persistentes, diarrea, dolor al orinar, dolor de cabeza no habitual, hinchazón en zonas distintas a los pies y tobillos por la tarde.

Cuando acudir a urgencias: Se deberá acudir inmediatamente al médico si se observa: Hemorragia por los genitales, pérdida de líquidos por los genitales, dolor abdominal intenso o contracciones uterinas dolorosas. Fiebre elevada.

6.3 NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

6.4 NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

6.5 GUIA DE ATENCION DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

VER ANEXO

6.6 COMPLICACIONES EN LA GESTACION

Los principales problemas del parto tienen que ver con el tiempo y el orden que requiere cada fase.

Puede que el parto no comience cuando las membranas que contienen al feto se rompen (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pretérmino) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo postérmino). Así mismo, pueden ser problemas añadidos los trastornos médicos de la madre o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto.

Otros signos de peligro incluyen una excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto. Los problemas graves son relativamente raros y, a menudo, pueden preverse, pero algunos pueden aparecer de forma inesperada y repentina.

Preferentemente, deben detectarse con antelación para poder indicar el tratamiento más apropiado y así asegurar un buen final.

6.7--RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

6.7.1 --Definición

Es la disolución de la continuidad de las membranas ovulares, acompañada de emisión transvaginal de líquido amniótico antes de inicio del trabajo de parto en un embarazo mayor de 20 semanas de gestación.

Periodo de latencia: tiempo transcurrido desde el momento en que se rompen las membranas hasta el momento en que se inicia el trabajo de parto. El 80% tiene un periodo de latencia de máximo 72 hrs. En pacientes con ruptura prematura de membranas se ha observado que el periodo de latencia es mas corto y hay mayor riesgo de desarrollar corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal.

Ruptura precoz: La que se presenta durante el primer periodo de trabajo de parto.

6.7.2 --Clasificación:

Oportuna: la que sucede al término del primer periodo de trabajo de parto e inicio del segundo (dilatación completa).

Artificial: procedimiento realizado bajo la indicación precisa de manera instrumental y durante el primer periodo de trabajo de parto.

Retardada: aquella que no se presenta después de 30 minutos de alcanzada la dilatación completa.

También puede clasificarse así: Espontánea, Alta (cuando se realiza por arriba del orificio cervical interno), Baja (cuando se realiza en la luz del orificio cervical interno).

Completa cuando tanto el amnios como el corion se rompen en el mismo sitio. Incompleta si el amnios se rompe por arriba del orificio interno y el corion en la luz del mismo

6.7.3 --Etiopatogenia

Causas predisponentes :Infección materna , infección intrauterina, hidramnios, deficiencia nutricional, desarrollo inadecuado de membranas, corioamnionitis local, infiltración sanguínea corioamniótica por sangrado interno , multiparidad, edad de embarazo cerca del término, incompetencia del istmo cervical, anomalías

congénitas uterinas y cervicales, polihidramnios, embarazo múltiple, aumento en la síntesis de prostaglandinas con acción uterotrópica y favorecida por microorganismos, parto pretérmino previo, sangrado transvaginal durante el embarazo y tabaquismo.

6.7.4 Causas desencadenantes

Hipertonía uterina por desprendimiento prematura de placenta normoinserta o administración errónea de oxitócicos, contracciones de Braxton-Hicks intensas, movilidad brusca de los miembros en las presentaciones pélvicas y situaciones transversas, etc.

6.7.5 Fisiopatología

Un fenómeno inflamatorio por infección local ocasiona, por un lado, disminución de la elasticidad y resistencia de las membranas y, por el otro, un incremento de la síntesis de ácido araquidónico, precursor de las prostaglandinas de acción uterotrópica, que aumentan el número e intensidad de las contracciones uterinas. Ejerciendo presión sobre las membranas con elasticidad disminuida. La invasión microbiana de la cavidad amniótica esta asociada con un aumento significativo de la inmuno-reactividad a MMP-9 en el líquido amniótico. Los microorganismos liberan proteasas y fosfolipasas que predisponen a la ruptura prematura de membranas mediante la disminución en la capacidad de distensión de las membranas.

6.7.6 Cuadro clínico

Salida de líquido por vulva de forma brusca sin causa aparente, indolora, continua, en cantidad variable que aumenta con el ortostatismo, deambulación, cambios de posición, contracciones uterinas y con el rechazamiento y desplazamiento lateral de la presentación, la sensación de humedad perineal continua hace el diagnóstico en más del 90% de los casos.

El líquido amniótico puede ser translúcido, opalescente, a veces lechoso, en ocasiones con vérmix caseoso, lanugo o meconio.

Al examen físico evitar el tacto vaginal pues este aumenta dramáticamente el riesgo de infección y disminuye el periodo de latencia. Solo existe una justificación para realizar el tacto y es evaluar las condiciones del cérvix en pacientes con trabajo de parto o embarazo de término.

6.7.7--Diagnóstico

Historia clínica completa:

1 Disminución del tamaño del fondo uterino y aumento de la prominencia del feto a la palpación.

2 Al tacto vaginal se sospecha al no tocar el colchón hídrico entre la presentación y los dedos del explorador o al tocar el cuero cabelludo, miembros o el cordón umbilical.

3 Colección de líquido en los fondos de saco.

4 Especuloscopia vaginal que evidencie líquido amniótico en fondo de saco posterior. Salida de líquido amniótico con la maniobra de Tarnier (exploración ginecológica con espejo vaginal, donde se corrobora la salida de líquido amniótico por el canal cervical, si no sucede, se desplaza lateralmente la presentación para facilitar la salida de líquido).

5 Prueba de cristalografía: El líquido amniótico formará un patrón de cristalización similar a las hojas de helecho.

6 PH del líquido amniótico en papel de nitracina. En presencia de líquido amniótico, este papel se torna azul, lo que muestra un pH alcalino

7 Muestras de secreciones cervicales para cultivo.

8-Biometría hemática: leucocitosis

9-EGO

10-Prueba de la flama positiva.

11-Ultrasonografía: somatometría fetal e índice de líquido amniótico.

Diagnóstico-diferencial

1 Hidrorrea gravídica

2 Vaginitis

3 Aumento de secreción de líquido vaginal e incontinencia urinaria.

6.7.8-Complicaciones

1 Causa importante de trabajo de parto prematuro.

2 Desprendimiento prematuro de placenta

3 Corioamnionitis en un 11% de los casos (0.7-29.5%) en el puerperio

4 Endometritis.

5 Sepsis-puerperal.

Complicación fetal más frecuente: Prematurez, hipoplasia pulmonar, muerte neonatal, hipertensión pulmonar, neumotórax, distocias de contracción, trabajo de parto prolongado, prolapso de cordón y trauma obstétrico.

6.7.9 Tratamiento

El objetivo del manejo de la paciente con RPM es disminuir la mortalidad materna-perinatal secundaria a infección y prematurez. La evaluación inicial de la paciente requiere confirmar el diagnóstico, establecer edad gestacional, peso y presentación del feto, buscar datos de infección, madurez pulmonar y establecer el bienestar fetal.

Manejo según edad gestacional

Edad gestacional de >36SDG y peso fetal de >2500 gr: se lleva a cabo inducción de trabajo de parto con oxitocina IV.

Edad gestacional de 34-36SDG y peso fetal de 2000-3000 grs: inducción del trabajo de parto o espera 24-48hrs.

Tratamiento conservador

Interrupción del embarazo por medio de inducción del trabajo de parto con oxitocina intravenosa y maduración fetal con betametasona en dosis única en embarazos de 28 – 34 semanas de gestación. En embarazos de menos de 28 semanas de gestación se induce trabajo de parto con pérdida de 100%. Se inician antibióticos de amplio espectro para tratar la infección o prevenirla.

6.8 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

6.8.1 Definición

Se denomina parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las 28 y 37 semanas de gestación o menos de 259 días. aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto con pocas modificaciones del cuello uterino.

La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es imprescindible para instituir un tratamiento adecuado y así poder entregar al pediatra productos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia. El parto pretérmino aparece en el 5 – 10 % de todos los embarazos.

Parto Inmaduro: Es el parto que ocurre entre las 20 semanas y las 28 semanas de embarazo. Antes de las 20 semanas hablamos de aborto y no de parto.

6.8.2-Síntomas

Contracciones uterinas regulares, con o sin dolor.

Sensación de presión pelviana

Dolor de espalda o en las caderas y vientre tipo menstruación.

Cambios en la secreción vaginal.

Cólicos abdominales (con o sin ganas de pujar).

6.8.3 Etiología

Las principales causas y que están fuertemente asociadas a factores ambientales,

socioeconómicos y educacionales son:

Factores-ambientales

- 1 Condición socioeconómica deficiente, relacionada con desnutrición.
- 2 Falta de asistencia prenatal especializada.
- 3 Trabajo profesional fatigante o de esfuerzos importantes.
- 4 Embarazo no deseado
- 5 Madre soltera.

Factores-maternos

- 1 Edad de la madre (menores de 20 y mayores de 30 años).
- 2 Talla materna; talla menor de 1.50 m.
- 3 Paridad: más frecuente en primigestantes.
- 4 Desnutrición (Materno-fetal):
- 5 Intervalo intergenésico: menores de dos años.
- 6 Peso menor antes del embarazo: menor de 45 Kg.
- 7 Hábito-alcohólico y tabaquismo
- 8 Partos-prematuros repetidos
- 9 Enfermedades maternas: padecimientos que complican la gestación.
- 10 Enfermedades de tipo crónico como Lupus Eritematoso Sistémico, enfermedad renal, preeclampsia, eclampsia.
- 11 Complicaciones no obstétricas como apendicitis y colecistitis, los traumatismos y la drogadicción.
- 12 Infección (materna, ovular, fetal, neonatal).
- 13 Embarazo múltiple.
- 14 Rotura prematura de las membranas.
- 15 Prematurez iatrogénica por inducción o por cesárea anticipada.
- 16 Hidramnios.
- 17 Esfuerzo físico y el estrés psíquico.

Factores uterinos

- 1 Incompetencia cervical.
- 2 Miomatosis.
- 3 Malformaciones congénitas.
- 4 Placenta previa.
- 5 RCIU (restricción del crecimiento intrauterino)

6.8.4 Diagnóstico precoz de parto pretérmino

Se basa en tres pilares: la edad del embarazo, las características de las contracciones y el estado del cuello uterino. Cuando estos signos y síntomas no son del todo evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de factores que elevan el riesgo de prematurez (partos previos pretérmino, infección urinaria,

rotura prematura de membranas, etc.)

La edad del embarazo oscila entre las 20 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen la edad gestacional.

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa.

6.8.5 Tratamiento antenatal de la amenaza o del parto pretérmino

A base de fármacos y hormonas, que actúan como útero inhibidores y otros como inductores de la madures pulmonar fetal.

Tocolisis

Efectos Uterinos: Estos agentes beta estimulantes poseen la propiedad de inhibir la contractilidad uterina de la mujer grávida.

Para establecer si una paciente requiere de uteroinhibición, primero se debe confirmar la edad gestacional, documentar la actividad uterina y evaluar las condiciones cervicales. Además, siempre deben considerarse si existen condiciones maternas o fetales que contraindiquen la tocolisis. Cada caso debe ser individualizado, valorando el riesgo beneficio de continuar con el embarazo.

Criterios para uteroinhibición

- Feto vivo.
- No presencia de infección ovular.
- Dilatación cervical menor de 4 cm.
- Borramiento menor del 50%
- Tratar la patología asociada.

Los principales medicamentos utilizados son: sulfato de magnesio, terbutalina, nifedipina, indometacina.

Fármacos antiprostaglandinas.

Efectos uterinos: la administración de la indometacina a la madre reduce significativamente la contractilidad uterina y detiene el parto pretérmino.

Maduración pulmonar: La síntesis de agente surfactante es el hecho de mayor importancia en la maduración pulmonar fetal.

MANEJO

Depende de cómo se presenta clínicamente la paciente, al momento en que se diagnostica el problema. Habitualmente debe pertenecer a uno de los siguientes grupos:

- Pacientes con alto riesgo de desarrollar PP.
- Pacientes con síntomas sugestivos o APP.
- Pacientes con trabajo de parto establecido.

6.8.6 Tratamiento

Tratamiento de ataque

- 1 Reposo absoluto en cama.
- 2 Uteroinhibidor de rápida instalación
- 3 Uteroinhibidor de lenta evolución pero de efecto sostenido

La finalización del tratamiento de ataque será cuando la contractilidad uterina haya decrecido a menos de 2-3 contracciones/hora; la contractilidad no disminuya luego de 8 horas de infusión, y el parto progrese superando los cuatro de dilatación.

Tratamiento de sostén

- 1 Reposo absoluto en cama las primeras 48 horas.
- 2 Restricción de exámenes vaginales.
- 3 Indometacina por vía bucal, 25 mg c/6 hrs durante tres días
- 4 Betametasona 12 mg IM. a las 24 hrs. de la primera dosis. Se repetirá cada 7 días si el embarazo no alcanzó las 32 semanas.

Tratamiento ambulatorio.

- 1 Retorno gradual a sus actividades hasta la semana 36.
- 2 Betametasona 12 mg IM cada 7 días de comenzando el tratamiento si el embarazo no alcanzó las 32 semanas.
- 3 Control prenatal. El primero al cuarto día del alta, los siguientes cada 7 días.

6.9 PREECLAMPSIA

6.9.1 Definición

Preeclampsia leve: Gestante que, después de las 20 semanas de gestación presenta una TA diastólica igual o superior a 90 mm Hg o sistólica igual o superior a 140 mm Hg; o bien un incremento de la primera 15 mm Hg, o de la segunda de

30 mm Hg sobre la basal; al menos en dos ocasiones, con un intervalo de 6 horas y con la mujer en reposo.

Preeclampsia grave: Toda gestante que presente, después de la semana 20 una TA diastólica igual o superior a 110 mm Hg o sistólica igual o superior a 160 mm Hg; al menos en dos ocasiones, con un intervalo de 6 horas y con la mujer en reposo.

La causa exacta de la preeclampsia no se conoce. Sin embargo, existen numerosas teorías no comprobadas que comprenden factores genéticos, alimenticios, vasculares (vasos sanguíneos) y autoinmunes.

La preeclampsia se presenta en aproximadamente un 8% del total de los embarazos y hay un incremento en el riesgo asociado con casos de primer embarazo, embarazos múltiples, madres de avanzada edad, mujeres afroamericanas y antecedentes previos de diabetes, hipertensión o enfermedad renal.

6.9.2 Factores de riesgo

Las adolescentes, primer embarazo después de los treinta años, el sobrepeso o el antecedente de hipertensión arterial. Igualmente, las mujeres con diabetes y las que tienen embarazo múltiple (gemelos o trillizos) están en riesgo de padecer preeclampsia o eclampsia.

6.9.3 Síntomas

Edema, aumento de peso, más de 1 kg (2 libras) por semana, súbito en un período de 1 a 2 días, dolores de cabeza

Nota: es normal que se presente algo de hinchazón en los pies y los tobillos durante el embarazo.

Síntomas adicionales que pueden estar asociados con la enfermedad son:

- 1 Disminución del gasto urinario
- 2 Náuseas y vómitos
- 3 Inflamación facial
- 4 Presión sanguínea alta
- 5 Agitación
- 6 Cambios en la visión (luces chispeantes en los ojos)
- 7 Dolor abdominal

6.9.4 Signos y exámenes

- 1 Aumento de peso documentado
- 2 Hinchazón en la parte superior del cuerpo
- 3 Presión sanguínea alta
- 4 Proteinuria
- 5 Trombocitopenia
- 6 Pruebas de función hepática elevadas

6.9.5 Tratamiento

El único tratamiento conocido actualmente para la preeclampsia es el parto. Sin embargo, si éste pudiera ser muy prematuro, la enfermedad se puede manejar con reposo en cama, control exhaustivo y realizar el parto tan pronto como el bebé tenga buenas probabilidades de sobrevivir fuera del útero.

Las pacientes con este problema generalmente se hospitalizan, pero a veces se pueden tratar en forma ambulatoria con un cuidadoso control de la presión sanguínea y del peso, además de exámenes de proteína en la orina.

El parto se puede inducir si se presentan algunos de los siguientes síntomas:

Presión sanguínea diastólica superior a 100 milímetros de mercurio de forma sistemática por un período de 24 horas o si hay una lectura confirmada de más de:

- 1 10 mmHg
- 2 Dolor de cabeza persistente o fuerte
- 3 Dolor abdominal
- 4 Pruebas de la función hepática anormales
- 5 Aumento de la creatinina en el suero
- 6 Síndrome HELLP
- 7 Edema pulmonar
- 8 Eclampsia
- 9 Trombocitopenia
- 10 Señales inquietantes en el monitoreo fetal
- 11 Insuficiente crecimiento fetal que se descubre en el ultrasonido
- 12 Perfil biofísico anormal

6.9.6 Consecuencias sobre el bebé

- 1 Retraso del crecimiento fetal
- 2 Bajo peso al nacer

- 3 Predisposición a infecciones
- 4 Complicaciones respiratorias graves

6.9.7 Síndrome de HELLP

Otra complicación que puede surgir si no se trata la preeclampsia es una condición poco común y muy peligrosa llamada eclampsia, que puede llevar a convulsiones y coma. Además, aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres con preeclampsia grave desarrolla un trastorno llamado síndrome HELLP. (HELLP son las siglas en inglés de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas). Los síntomas del síndrome HELLP incluyen náuseas y vómitos, dolores de cabeza y dolor en la zona abdominal superior derecha. Las mujeres también pueden desarrollar el síndrome HELLP sin preeclampsia entre 2 y 7 días antes del parto.

El tratamiento incluye medicamentos para controlar la presión arterial y evitar las convulsiones y, a menudo, transfusiones de plaquetas. Al igual que con la preeclampsia y la eclampsia, el parto del bebé es la única "cura" real para el síndrome HELLP.

7.-DISEÑO

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo

Población: 317

El estudio se hizo sobre la totalidad de las Historias que abarcaban los diagnósticos en estudio durante el segundo trimestre del año 2006; por lo tanto no se utilizó ninguna fórmula para selección de muestra.

Muestra: 101 historias clínicas que presentaban las patologías en estudio (ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia).

8.-RESULTADOS

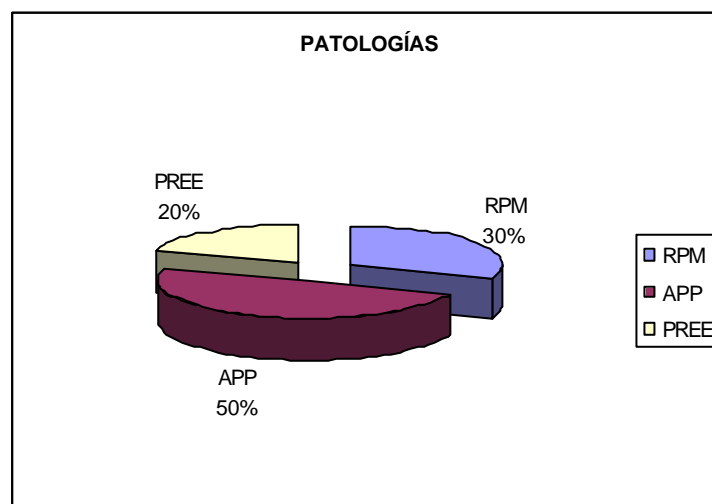
El análisis de los resultados presentados se realizó mediante dos técnicas estadísticas: análisis bivariado y análisis de correspondencias múltiples

8.1 ANÁLISIS BIVARIADO:

Diseña tablas con categorías con tabulaciones cruzadas, es decir, categorías de una variable se cruzan con categorías de una segunda variable. Se les conoce como tablas de contingencia. Los requisitos que deben cumplir son:

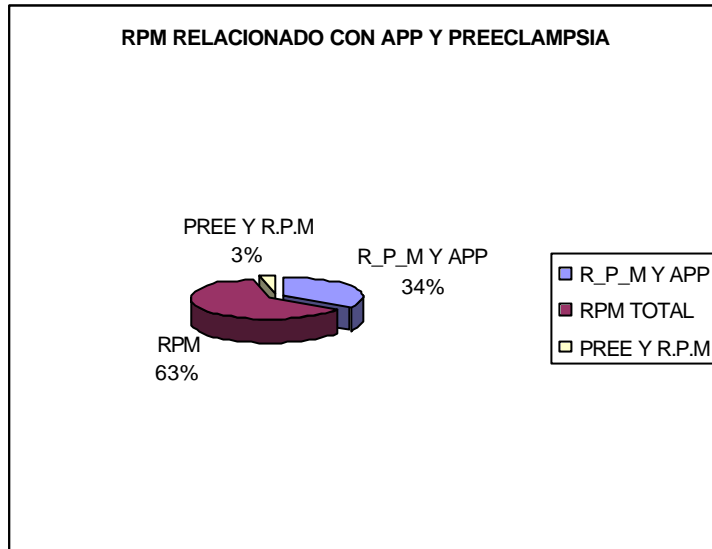
- 1 El título debe reflejar la información que contiene la tabla.
- 2 Incluir un subtítulo para cada columna y subcolumna que se integre a la tabla.
- 3 Indicar el 100 % cuando la tabla se exprese en términos porcentuales.
- 4 Indicar al final de cada columna el número total de casos o categorías que comprende.

GRAFICA 1



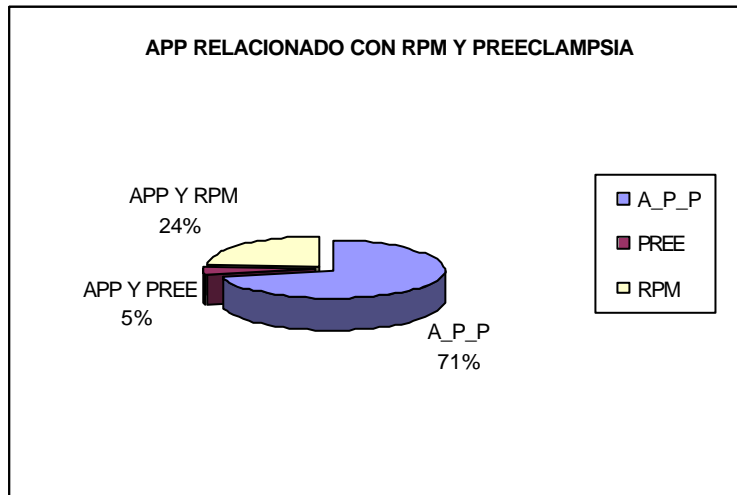
Se observa que el 50 % de la población presenta A.P.P, en segundo lugar se encuentra la R.P.M. 30% y en tercer lugar la preeclampsia 20%

GRAFICO 2



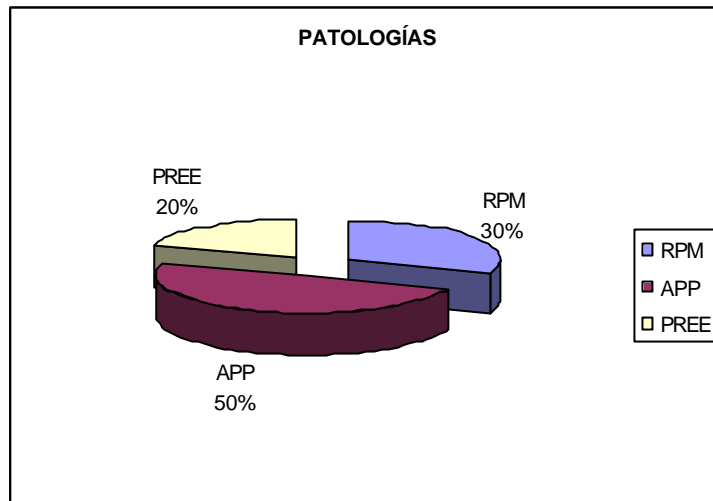
La grafica muestra la relación existente entre la RPM y las otras dos patologías, en los hallazgos se observa que el 34 % de la totalidad de la población que presento RPM y APP, y un 3% RPM y preeclampsia.

GRAFICO 3



La grafica muestra la relación existente entre APP y las otras dos patologías, en los hallazgos se observa que el 5 % de la totalidad de la población que presento APP y preeclampsia, y un 24% APP y RPM

GRAFICO 4



La grafica muestra la relación existente entre preeclampsia y las otras dos patologías, en los hallazgos se observa que el 13 % de la totalidad de la población que presento preeclampsia y APP, y un 6% preeclampsia y RPM.

8.1.1 CARACTERIZACION

En la siguiente tabla se sintetizan los porcentajes más altos de las variables para cada grupo poblacional por patología.

VARIABLE	RPM	APP	PREECLAMPSIA
ESCOLARIDAD	Secundaria	Secundaria	Secundaria
SEGURIDAD SOCIAL	Subsidiado	Vinculado	Vinculado
ESTADO CIVIL	Unión libre	Unión libre	Casada
RESIDENCIA	Rural	Rural	Rural
OCUPACION	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa
EDAD	Adulto joven	Adulto joven	Adulto joven
PARIDAD	Multigestante	Multigestante	Multigestante
PERIODO INTERGENÉSICO	No tiene Largo	No tiene Largo	No tiene
TALLA	Normal	Normal	Normal
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Aborto	Aborto	Preeclampsia
I.M.C	Normal	Normal	Normal
ASISTENCIA A C.P	Si	Si	Si
EDAD GEST. INICIO C.P	Segundo trimestre	Primer trimestre	Primer trimestre
N° C.P	Suficiente	Suficiente	Suficiente
VIA DEL PARTO	Vaginal	Vaginal	Cesárea
ATENDIDO POR	Médico	Médico	Médico
ANTECEDENTES PERSONALES	I.V.U - H.T.A	ASMA - I.V.U	H.T.A - I.V.U
ANTECEDENTES FAMILIARES	H.T.A	DIABETES - H.T.A	DIABETES - H.T.A

C.P: Control prenatal.
H.T.A: Hipertensión arterial.
I.V.U: Infección de vías urinarias

CRITERIOS PARA RANGOS

CICLO VITAL SEGÚN ERIKSON:

- ? Adolescencia media: 14-16 años
- ? Adolescencia final: 17-20 años.
- ? Adulto joven: 21-34 años.
- ? Adultez media: 35-50 años.

PERIODO INTERGENÉSICO:

- ? Corto: 0-2 años.
- ? Adecuado: 2-5 años.
- ? Largo: mayor de 5 años.

TALLA:

- ? Menor de 1.55 mt: Baja estatura.
- ? Mayor de 1.55 mt: Estatura normal.

I.M.C: Índice de masa corporal.

- ? Menor de 18.5: Bajo peso.
- ? De 18.5-24.9: Normal.
- ? De 25-29.9: Sobrepeso.
- ? De 30-34.9: Obesidad Grado I
- ? De 35-40: Obesidad grado II

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO:

- ? Menor de 37 semanas: Pretérmino.
- ? De 37-41 semanas: A término.
- ? Mayor de 41 semanas: Postérmino.

EDAD GESTACIONAL AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL :

- ? Primer trimestre: De 1 - 13 semanas de gestación.
- ? Segundo trimestre: De 14 – 27 semanas de gestación.
- ? Tercer trimestre: Mayor de 28 semanas de gestación.

8.2 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES (ACM)

Se aplica al análisis de tablas de contingencia y construye un diagrama cartesiano basado en la asociación entre las variables cruzadas.

Cada variable se toma como un punto independiente y se busca el nivel de asociación que tenga con otras variables; el grupo de variables que se encuentre más correlacionado, va formando perfiles, y estos a su vez aportan la información más relevante que resulta del cruce de los datos.

Entre más variables aporten significa más correlación, por tanto si el número de variables es insuficiente, no será hallada una correlación importante que pueda ser analizada.

8.2.1 CARACTERIZACIÓN

El presente estudio arroja cuatro cruces, cada uno con varios perfiles; de la siguiente manera:

CRUCE 1 Patología VS Factores sociales	Perfil 1: Agrupa el 35.64% de la población estudiada Corresponde a individuos con ruptura prematura de membranas, pertenecientes al régimen subsidiado, estado civil: unión libre, de residencia rural y de escolaridad primaria.
	Perfil 2: Agrupa el 16.83% de la población estudiada. Corresponde a individuos que no presentaron preeclampsia, de régimen contributivo, residencia urbana, escolaridad secundaria.

CRUCE 2 Patología VS Factores Biológicos	Perfil 1: Representa el 34.65% de la población Individuos en edad gestacional pretérmino, diabetes gestacional (14.29%), Sin ruptura prematura de membranas, si asistieron a control prenatal. El número de controles prenatales fue suficiente (mas de 4 controles), iniciaron su asistencia a estos en el primer trimestre de gestación.
	Perfil 2: Representa un 22.77% de la población Individuos que presentaron ruptura prematura de membranas, si asistieron a control prenatal, iniciado en el segundo trimestre de gestación, Número de controles prenatales fue insuficiente (mas de 4 controles), parto por vía vaginal.
	Perfil 3: Representa el 8.9 % de la población Individuos que si presentaron preeclampsia (55.56%), de las cuales, el 88.89% tenían antecedentes de preeclampsia, no presentaron Amenaza de Parto Pretérmino. Vía del parto cesárea, con antecedentes de la misma. Gestación a término.
	Perfil 4: Representa el 12.87% de la población Individuos con ruptura prematura de membranas, parto por vía vaginal. No registra asistencia a control prenatal.

CRUCE 3 Patologías VS Ant. Familiares	Perfil 1: Representa el 72.28 de la Población Individuos que no presentaron preeclampsia, sin antecedentes de hipertensión, con ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino.
	Perfil 2: Con un 27.72% de la población Individuos que si presentaron preeclampsia, con antecedentes de hipertensión, No presentaron amenaza de parto pretérmino ni ruptura prematura de membranas.

CRUCE 4 Patologías VS Antecedentes Familiares	Perfil 1: Represente un 67.33% de la población. Individuos que no presentaron preeclampsia, si presentaron amenaza de parto pretérmino, si ruptura prematura de membranas. Sin antecedentes de cardiopatías ni cáncer
--	--

9.DISCUSION

De la población estudiada el mayor porcentaje presenta APP y al relacionar este resultado con la bibliografía encuentra que ésta patología se relaciona con la RPM. De las pacientes que presentaron RPM, el 34% también presentaron APP. Se observa un alto porcentaje de pacientes que presentaron ambas patologías. Encontrándose una mayor relación entre la RPM y APP; lo que significa que es más probable que el padecer la primera sea un factor predisponente para padecer la segunda y viceversa.

Por el contrario en el estudio no se encuentra asociación significativa entre la preeclampsia y las otras dos patologías (RPM y APP),

Gran parte de la población estudiada coincide con un nivel de escolaridad: secundaria; indicador indirecto pues se asocia a niveles de vida, ocupación, acceso a información, etc.

Las pacientes con RPM son multigestantes y tienen antecedentes personales de I.V.U; siendo estas características, factores de riesgo para padecer RPM según. (*Programa de prevención del parto prematuro para embarazadas. Erich Saling, Jürgen lüthje, Monika, schreiber. 2003*), Infección durante el embarazo como factor causal de RPM y parto pretermino. Lucía Yáñez, Rodolfo Gatica, Jesús Luís Salinas, Juan Cortés, Paula Figueroa, Ernesto Calderón

En el estudio realizado en el año 1999 acerca de los factores prenatales relacionados con la prematuridad se encontró que el período intergenésico largo- más de 5 años- aporta resultados significativos para el nacimiento de pretérminos; lo cuál se relaciona con los resultados del estudio en donde el porcentaje para periodo intergenésico largo ocupa el segundo lugar y una edad gestacional al momento del parto: pretérmino. (*Revista cubana pediatría. Dr. Guillermo Arias, Dra Mirka Rosa Torres, Dr. Noel Perez Valdes, Dra Miriam Milián*).

Las pacientes estudiadas con preeclampsia presentan antecedentes obstétricos, personales y familiares de hipertensión arterial, la vía del parto es cesárea y con antecedente de la misma.

Por el contrario los antecedentes personales y familiares de hipertensión arterial no se consideran como factores predisponentes para la presentación de APP y RPM.

El 35.64% de la población estudiada que presenta RPM pertenecen al régimen subsidiado, con unión libre, escolaridad primaria y residencia rural (factores

sociales); a pesar de que no se encuentran relaciones entre estos factores con la RPM, con base en nuestra experiencia clínica y en los resultados arrojados por el estudio podemos inferir que la residencia rural puede afectar de manera considerable el proceso gestacional puesto que hay dificultades para el desplazamiento por estar en zonas de difícil acceso, lugares distantes, pobreza; igualmente la escolaridad primaria considerada como bajo nivel educativo puede interferir en un proceso de concientización para asistir a los controles prenatales, al curso sicoprofiláctico, ofertados por NORMA TECNICA PARA LA DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO, NORMA TECNICA DE ATENCION DEL PARTO, GUIA PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO, a través de los cuales se brinda la educación e información necesarias para un buen proceso de gestación y prevenir las complicaciones.

Por el contrario los resultados del estudio muestran que las pacientes que no presentaron preeclampsia pertenecen al régimen contributivo, residencia urbana y escolaridad secundaria, el nivel educativo es medio, lo que facilita la comprensión de la información y educación que se le brinde.

El pertenecer al régimen contributivo y estar ubicados en el área urbana, permite a la gestante una mayor accesibilidad a los programas de promoción y prevención contemplados en la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo y el seguimiento de su proceso gestacional.

La asistencia al control prenatal en una edad temprana de la gestación (primer trimestre); en forma regular y adecuada, se considera factor protector para la no presencia de RPM. Por el contrario el inicio del control prenatal en edad gestacional tardía, (segundo trimestre) y de manera insuficiente (menos de 4 controles durante toda la gestación) se relaciona con el diagnóstico de RPM.

En el estudio se puede observar también que los antecedentes familiares de cardiopatías y cáncer no son considerados factores de riesgo para las patologías en estudio.

10.CONCLUSIONES

Las pacientes con las patologías estudiadas presentan características en común, tales como: escolaridad secundaria, residencia rural, ocupación ama de casa, adulto joven, multigestantes, talla normal.

La asistencia a control prenatal y número de controles prenatales fueron suficientes (mas de 4), edad gestacional al parto: pretérmino, parto atendido por médico, antecedentes personales de infección de vías urinarias y familiares de hipertensión arterial.

La RPM y la APP se observan en el estudio como patologías íntimamente asociadas y por el contrario la preeclampsia no se relaciona con las dos anteriores.

La asistencia al control prenatal es considerada como un factor protector, dado que permite el seguimiento de la evolución del proceso gestacional para prevenir y controlar a tiempo los factores de riesgo que inciden en este proceso, detectar complicaciones y determinar un tratamiento oportuno, además brindar la educación correspondiente a la gestante y a su pareja cumpliéndose a su vez los objetivos contemplados en la NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO (ver anexos).

Un alto porcentaje (39.60%) de la población estudiada pertenece al régimen vinculado lo que representa una alta vulnerabilidad de este grupo a presentar complicaciones, lo cual requiere realizar intervenciones preventivas.

En el análisis de los datos recolectados, se identifico que en las historias clínicas revisadas, hay un alto porcentaje de información no registrada: nivel educativo, estado civil, ocupación, intervalos intergenésicos, asistencia a control prenatal, peso, talla, edad gestacional al inicio de los controles prenatales, entre otros.

Los datos antes mencionados son requeridos para el cumplimiento: de la NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO, NORMA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO y la GUIA PARA EL MANEJO DE ENFERMERDADES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO, expedidas por el Ministerio de Salud , dirección general de promoción y prevención.

11.RECOMENDACIONES

Prestar especial atención a las gestantes provenientes del área rural, dado que dicha población presenta el mayor índice de complicaciones.

Implementar planes de educación y seguimiento iniciados durante la hospitalización por una de las complicaciones estudiadas, lo cual permitirá a la gestante identificar tempranamente el reinicio de la complicación u otras, durante su proceso gestacional.

Establecer procesos de educación permanente acerca de la importancia de la asistencia a los controles prenatales mientras termina la gestación en caso de APP o en futuras gestaciones.

Recolectar completamente la información que las normas técnicas y guía de atención exigen incluir dentro de la historia clínica, para dar cumplimiento a estas, hacer un análisis mas completo de la condición clínica de la paciente ya que no se obviarían posibles factores de riesgo y facilitaría futuras investigaciones en esta área.

Establecer un sistema de seguimiento para estas patologías teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación que permita establecer un plan de atención que contribuya en la disminución de las tasas de morbilidad materna – perinatal.

Utilizar la Historia Clínica Materno – Perinatal – CLAP – OPS/OMS para la recolección completa de los datos de importancia clínica, de igual manera diligenciar el partograma.

Prestar mayor atención a las pacientes: provenientes del área rural, multigestantes, con antecedentes personales de infección de vías urinarias, con antecedentes familiares de hipertensión arterial, que no hayan asistido a controles prenatales o sean insuficientes, las pertenecientes al régimen vinculado y las amas de casa. Población esta mas susceptible de presentar las complicaciones estudiadas RPM, APP y preeclampsia

12.ANEXOS

NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Hace parte de la RESOLUCIÓN NÚMERO 00412 DE 2000

3.1 Justificación

La tasa de mortalidad materna en Colombia para 1994 fue de 78.2 por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de estas muertes son evitables.

Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

3.2 Definición

Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

3.3 Objetivos

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

3.4 Población objeto

Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes afiliadas a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3.5 Características del servicio

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutoria y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos.

3.6 Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

Este proceso implica:

- Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal.
- Informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.

3.7 Consulta de primera vez por medicina general (89.0.2.01)

En la primera consulta prenatal buscar evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles.

3.7.1 Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo:

3.7.1.1 Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono.

3.7.1.2 Anamnesis:

Antecedentes personales:

Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicoalérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias

psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

Antecedentes obstétricos:

Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupcio, ruptura prematura de membranas, polidramnios, oligodramnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

Partos: Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el postparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad

Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado.

Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

3.7.2 Examen físico

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.
- Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes
- Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo.
- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal
- Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

3.7.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma: hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índice eritrocitario, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios.
- Hemoclasificación.
- Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR)
- Uroanálisis (Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria.
- Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41) para detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras 90.3.5.48).
- Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal 88.1.4.31)
- Ofrecer consejería (Consulta de Primera Vez por citología 89.02.08) y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos 90.6.1.66) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie 90.6.1.35)
- Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro (Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra 90.1.1.04)
- Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina 89.9.2.00)

3.7.4 Administración de Toxoides tetánico y diftérico

La aplicación de estos biológicos, debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.

3.7.5 Formulación de micronutrientes

Se deberá formular suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de ácido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6º mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.

Educación individual a la madre, compañero y familia

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades:

- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Importancia de la estimulación del feto
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional.

3.7.6 Remisión a consulta odontológica general

Con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.

3.7.7 Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso.

En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

El equipo de salud, deberá intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales encontrados. En caso de encontrar riesgos que implique manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión, se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de salud.

3.8 Consultas de seguimiento y control

Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

3.8.1 Control prenatal por médico (consulta de control o seguimiento de programa por medicina general.

El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.

Los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados por médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.

La consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:

- Anamnesis. Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.
- Examen físico completo
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los

lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.

Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.

En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.

- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media.
- Formulación de micronutrientes de acuerdo con lo descrito en el punto 5.2.5.
- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se debe dar instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

3.8.2 Control prenatal por enfermera (consulta de control o seguimiento de programa por enfermería).

Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

El control por Enfermera debe incluir:

- Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas de complicaciones.
- Realizar examen físico completo

- Analizar las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media.
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.

- Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.

En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.

- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media
- Formulación de micronutrientes.
- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control con enfermera se debe dar instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
- Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, ó si los exámenes paraclínicos reportan anomalías.

4. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

4.1 Justificación

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

4.2 Definición

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

4.3 Objetivos

4.3.1 General

Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

4.3.2 Específicos

Disminuir las tasas de morbilidad maternas y peri natales.

Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas.

Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto.

Prevenir la hemorragia postparto

4.4 Población objeto

Las beneficiarias de ésta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

4.5 Características del servicio

La codificación de éste procedimiento en la Resolución 365 CUPS corresponde al Parto asistido manualmente 73.5.

4.6 Admisión de la gestante en trabajo de parto:

- Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.
- Elaboración de la Historia Clínica completa
- Identificación
- Motivo de consulta y anamnesis.
- Fecha probable del parto
- Iniciación de las contracciones
- Percepción de movimientos fetales
- Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
- Sangrado.
- Antecedentes:
 - **Personales:** Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.
 - **Familiares.**

4.6.1 Exámen físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación
- Toma de signos vitales
- Revisión completa por sistemas
- Valoración del estado emocional
- Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.
- Fetocardia
- Tamaño del feto
- Número de fetos
- Estado de las membranas
- Pelvimetría

4.6.2 Solicitud de exámenes paraclínicos

VDRL; Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.

4.6.3 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

4.6.3.1 Biológicos:

- Primigestante adolescente (<16 años)
- Primigestante mayor (>35 años)

- Gran múltipara (Mas de 4 partos)
- Historia obstétrica adversa
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- Edad gestacional no confiable o no confirmada
- Ausencia de control prenatal
- Edad gestacional pretérmino o prolongado
- Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Fiebre
- Hipertensión arterial

Edema o Anasarca

- Disnea
- Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Obstrucciones del canal del parto
- Presencia de condiloma
- Sangrado genital
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado

4.6.3.2 Psico-sociales

- Inicio tardío del control prenatal
- Falta de apoyo social, familiar o del compañero
- Tensión emocional
- Alteraciones de la esfera mental.
- Dificultades para el acceso a los servicios de salud.

La presencia de factores de riesgo condicionarán la necesidad de una remisión a un centro de mayor complejidad, si el momento del trabajo de parto lo permite. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si por el contrario, se halla aún en el parto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según

criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.

4.7 Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento).

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el partograma.
- Evaluar la Fetocardia en reposo y postcontracción y registrarlas en el partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.

Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

La amniotomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto.

Cuando la curva de alerta registrada en el partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

Distocia mecánica: en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción cefalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción cefalo-pélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad

Distocia dinámica: En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación cefalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación y Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

4.8 Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la Fetocardia.

Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones.

Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico.

La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido.

En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomopatológico.

4.8.1 Pinzamiento del cordón umbilical.

- **HABITUAL**
- **INMEDIATO**
- **PRECOZ**
- **DIFERIDO**

Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento habitual del cordón son:

- Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.

Satisfactoria perfusión de la piel.

Realizar entre 1 y 2 minutos después del nacimiento.

Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento inmediato del cordón son:

- Placenta previa o abrupcio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido.

Realizar inmediatamente.

Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento precoz del cordón son:

- Recién nacidos hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia.

- Isoinmunización materno-fetal.

- Miastenia gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos.

Realizar entre los 30 segundos y 1 minuto después del nacimiento.

Las condiciones clínicas que indican el pinzamiento diferido del cordón son:

- Prolapso y prociencia del cordón.
- Parto en presentación de pelvis.
- Ruptura prolongada de membranas.

Realizar con posterioridad a los dos minutos después del nacimiento.

4.9 Atención del alumbramiento

Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende:

Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traccionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.
- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.

- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa.

Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente.

Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V de 5-10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloides para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

Aplicar el DIU postparto si la madre lo ha elegido. Éste debe aplicarse antes de la episiorrafia o de la sutura de un desgarró perineal; si no es posible se hará dentro de las primeras 48 horas del postparto.

Suturar desgarró de cuello y/o perineales y episiorrafia en forma anatómica por planos, con materiales sintéticos absorbibles, y sin dejar espacios muertos o hemorragia activa.

El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno

4.10 Atención del puerperio inmediato

Este período comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutive de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

4.11 Atención durante el puerperio mediato

Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

4.12 Atención para la salida de la madre y su neonato.

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y

- desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
 - Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata

La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

5. GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

Hace parte de la RESOLUCIÓN NUMERO 00412 DE 2000)

5.1 Justificación

Las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbilidad materna y perinatal. Además es una entidad de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. Sin embargo, el pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano.

La Preeclampsia es la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, siendo ésta una enfermedad de gran complejidad, de múltiples etiologías, para la cual se requiere un manejo de alto nivel de recurso técnico y humano.

5.2 Definición

Para efectos de clasificación y agrupación de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo se expone la desarrollada por el "Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras,1972."

5.2.1 Preeclampsia: Cuadro clínico propio del embarazo, que aparece después de la semana 24 y se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial acompañada de proteinuria o de edemas patológicos. Este síndrome antecede al desarrollo de la eclampsia.

5.2.2 Eclampsia: Cuadro clínico que se caracteriza por la aparición de un síndrome convulsivo generalizado y complejo durante la segunda mitad del embarazo ó las primeras 48 horas del puerperio, en una paciente con signos de preeclampsia.

5.2.3 Hipertensión Crónica: Es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la semana 20 del embarazo, o detectada en la segunda mitad de la gestación pero que persiste después de la sexta semana postparto.

5.2.4 Hipertensión Crónica más Preeclampsia sobreagregada: Cuando el cuadro clínico anterior se acompaña de aumento de las cifras tensionales, o aparición de anasarca o proteinuria.

5.2.5 Hipertensión Transitoria: Hipertensión arterial que aparece durante el tercer trimestre de la gestación, el trabajo de parto o durante las primeras 24 horas del puerperio y desaparece antes del décimo día del puerperio. No se acompaña de proteinuria.

5.3 Objetivo

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo.

5.4 Población objeto

Las beneficiarias de esta guía son todas las mujeres afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado que presenten cualquier complicación hipertensiva durante su embarazo o parto

5.5 Características de la atención

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas mínimas que deben tener en cuenta las instituciones responsables del control prenatal y atención del parto, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, a todas las mujeres que presenten cualquier complicación hipertensiva durante su embarazo o parto.

El equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso, que les permita tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de la complicación hipertensiva.

5.6 Atención prenatal básica

La preeclampsia es más probable en las pacientes con los siguientes

antecedentes:

- Primigestantes adolescentes (< 16 años- 14%)
- Primigestantes mayores (> de 35 años 35%)
- Multigestantes con primipaternidad (24%)
- Secundigestantes con antecedente de preeclampsia (27%)
- Primigestantes de cualquier edad con antecedentes familiares de preeclampsia, en las hermanas o la madre (24-38%)
- Embarazo múltiple (35%)
- Molas gigantes (nivel uterino supraumbilical - 80%)

Cuando se conjugan estos parámetros con alto riesgo psicosocial 1, se deben realizar las siguientes medidas durante el control prenatal:

- Cuantificar el ácido úrico en la primera consulta prenatal o periconcepcional, para asignar valor patológico a cualquier elevación mayor del 30% que aparezca durante el tercer trimestre.
- Comparar las cifras de Hemoglobina y Hematocrito desde la primera mitad del embarazo con las cifras del tercer trimestre, para vigilar un descenso fisiológico de estos valores hasta en un 17%. Si esto no se presenta, probablemente exista hemoconcentración.
- Realizar prueba de Gant o Roll over test 2 entre la semana 28-32. Si es positiva, cuantificar la Presión arterial media, con la paciente sentada, si ésta es mayor de 85mm Hg, considerar la prueba como verdadera positiva, la cual tiene una sensibilidad del 70%.
- Recomendar períodos de reposo mínimo de 2 horas durante el día y 8 horas nocturnas desde la semana 24.
- Formular suplementos nutricionales de ácido fólico (1mg diario) y calcio (1.2 g. diarios) durante todo el embarazo.
- Control prenatal por médico general que debe remitir a especialista en caso del primer indicio patológico.

Las pacientes con riesgo de preeclampsia sobreagregada son:

- Las mujeres con hipertensión crónica.
- Las mujeres con glomerulonefritis autoinmune o vasculítica.
- Las mujeres con diabetes tipo I ó II.
- Las mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- Las mujeres obesas.

En este grupo de pacientes se recomienda tomar las siguientes medidas durante el control prenatal:

- Realizar las intervenciones necesarias para mantener controlada la enfermedad de base.

- Ordenar recolección de orina de 24 horas, para cuantificar depuración de creatinina, proteinuria cuantitativa, durante la primera mitad del embarazo, la semana 28 y la semana 34.
- Ordenar Calciuria en muestra aislada durante la primera orina del día durante la semana 20-24. Se considera patológica una concentración menor de 12 mg/dl.
- Hacer curva de crecimiento fetal.
- Hacer manejo profiláctico a través de la formulación de Calcio 600 mg./día, asociado a 450 mg/día de ácido Linoléico durante todo el embarazo ó Calcio 2 g/día, durante todo el embarazo.
- Brindar soporte psicosocial y nutricional durante todo el embarazo
- Realizar control prenatal en consulta especializada de Alto Riesgo Obstétrico.
- Maduración pulmonar desde la semana 28 hasta la semana 34.

5.7 Manejo hospitalario

5.7.1 Preeclampsia

5.7.1.1 Diagnóstico:

Se confirma el diagnóstico cuando se encuentran los criterios clínicos en pacientes con factores de riesgo epidemiológicos. El 80% de las pacientes con preeclampsia conjugan estos dos elementos.

5.7.1.2 Criterios Epidemiológicos

- Primigestante adolescente o mayor
- Nuevo compañero sexual
- Antecedente personal de preeclampsia
- Antecedente familiar de preeclampsia
- Obesidad, es decir mujeres con índice de masa corporal mayor de 26.
- Embarazo múltiple
- Hipertensión crónica.
- Vasculitis autoinmune
- Hipotiroidismo.
- Migraña clásica
- Prolapso de la válvula mitral
- Neurofibromatosis.
- Hidropesía fetal
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

5.7.1.3 Criterios Clínicos

Aparición de hipertensión arterial acompañada de proteinuria y/o edemas patológicos.

El diagnóstico de preeclampsia no severa se realiza cuando las pacientes durante su control hospitalario no presenten ningún criterio de severidad. Se debe recordar que la preeclampsia es una entidad potencialmente mortal, de curso impredecible y que un porcentaje de pacientes eclámpticas (25%), han sido registradas antes de la convulsión en los servicios de maternidad con el diagnóstico de preeclampsia leve.

El diagnóstico de preeclampsia severa corresponde a un cuadro clínico caracterizado por la presencia de cualquier signo de disfunción o falla orgánica en pacientes con hipertensión.

En el siguiente cuadro se resumen las principales disfunciones que ocurren en la preeclampsia severa:

Síntomas y signos asociados al compromiso del sistema nervioso central: cefalea pulsátil, fosfenos, tinitus, visión borrosa, hiperreflexia, clonus patelares.

Usualmente una reducción durante 24 horas en un 50% de la filtración glomerular, que se acompaña de elevación en los nitrogenados o una creatinina sérica para una embarazada mayor de 1,2 mg /dl.

Recuento plaquetario menor de 150.000/mL.

5.7.1.4 Tratamiento

No existe una medida terapéutica que revierta la evolución del síndrome preeclámptico. De acuerdo con esto, el principal objetivo terapéutico es encontrar el momento oportuno para terminar el embarazo.

5.7.1.5 Medidas Generales

Hospitalización de todas las pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Durante las primeras 24 horas de hospitalización calificar el compromiso materno y fetal, para clasificar la entidad. Además precisar la edad gestacional, estabilizar las variables hemodinámicas y en muchas ocasiones terminar el embarazo.

La paciente hospitalizada debe ser vigilada de la siguiente manera: tensión

arterial cada 4 horas, proteinuria cualitativa diaria, proteinuria cuantitativa semanal, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados. Además de solicitar los siguientes paraclínicos: Hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, transaminasas, bilirrubinas, ácido úrico, BUN, Creatinina, Deshidrogenasa láctica, frotis de sangre periférica, depuración de creatinina, ecografía obstétrica, perfil biofísico y monitoría fetal. Administrar 24 mg en 24 horas de dexametasona para maduración pulmonar fetal en embarazos entre 26 y 34 semanas. Están contraindicados cuando el compromiso fetal es significativo.

Las indicaciones para terminar el embarazo son:

Preeclampsia en pacientes con embarazos menores de 26 semanas o mayores de 36 semanas.

Pacientes con dos o más criterios de severidad sin interesar la edad gestacional.

Pacientes con preeclampsia severa en embarazos mayores de 34 semanas.

Entre las semanas 26 y 34, la terminación del embarazo debe decidirse por un grupo multidisciplinario con experiencia en el área, de acuerdo al recurso humano disponible. Los parámetros tenidos en cuenta para esta decisión probablemente son el curso clínico con tendencia progresiva, el empeoramiento de los datos de laboratorio y la presencia de hallazgos patológicos en la vigilancia fetal.

Está contraindicada la inhibición uterina de la paciente toxémica.

5.7.1.6 Medidas Específicas

Ordenar dieta normosódica e hiperproteíca.

Administrar en forma sistemática cristaloides en todas las pacientes con preeclampsia severa, para optimizar la perfusión tisular. Este Parámetro se mide indirectamente con gastos urinarios ideales, mayores de 1 cc/kg/hora. Generalmente las pacientes ameritan un promedio de 150 a 200 cc/h de cristaloides.

Las pacientes que requieren un mayor aporte de líquidos son:

- ? Las pacientes oligúricas previa valoración de la función cardiovascular (RX de tórax, presión venosa central, gases arteriovenosos y oximetría de pulso)
- ? Las pacientes hemoconcentradas.
- ? Las pacientes con presiones arteriales severas y convergentes (predominio la elevación de la diastólica).

- ? Utilizar Sulfato de Magnesio en todos los casos de Preeclampsia Severa. En los casos de preeclampsia no severa utilizar solamente durante el trabajo de parto. Siempre que este indicado el magnesio utilizarlo mínimo en las primeras 24 horas de puerperio, ó 24 horas después de controlada la sintomatología neurológica. La dosis recomendada es 6 gramos de sulfato de magnesio como bolo inicial y continuar con la administración de 2 gramos hora, hasta lograr disminuir los reflejos osteotendinosos a ++, siempre y cuando la diuresis horaria sea mayor de 60cc. No utilizar el bolo de impregnación en casos de preeclampsia no severa.

Antihipertensivos: Utilizar fármacos en aquellas pacientes que después de una adecuada hidratación, reposo y administración de Magnesio, persistan con cifras de presión arterial diastólica mayor de 100 mm de Hg, registradas en decúbito lateral izquierdo. Los medicamentos utilizados se clasifican en cuatro grupos:

- ? Simpaticolíticos de acción central: Alfa metil dopa y clonidina.
- ? Calcio antagonistas: Nifedipina, nifedipina y amlodipino.
- ? Betabloqueadores: labetalol, atenolol, metoprolol.
- ? Vasodilatadores periféricos: Prazosin.

Durante el embarazo están contraindicados de manera relativa los inhibidores ECA y los diuréticos. Los primeros se pueden utilizar durante el puerperio.

Generalmente se recomienda utilizar monoterapia, iniciando como primera elección con nifedipina (entre 40-60 mg día), segunda elección donidina o labetalol y tercera elección prazosin.

Cuando las cifras tensionales están en rangos severos es conveniente utilizar dos medicamentos de grupos diferentes, lo mismo cuando la monoterapia en dosis máxima ha fracasado.

En las pacientes que presentan emergencias hipertensivas: Encefalopatía, disfunción ventricular izquierda, o nefropatía, las cifras tensionales deben manejarse con fármacos parenterales de acción rápida: Hidralazina (primera elección, pero de difícil consecución en nuestro medio), Labetalol, Nitroprusiato, Clorpromazina.

Soporte Inotrópico: Está Indicado cuando hay signos de disfunción ventricular sistólica la cual debe sospecharse en pacientes con: taquicardia con ritmo de galope, Estertores basales, Cardiomegalia y derrames pleurales, Presión venosa central o capilar pulmonar elevada, Oxímetria de pulso menor de 90%, Oliguria persistente. En estos casos se recomiendan los digitálicos y los adrenérgicos: Dopamina, Dobutamina o Adrenalina. Estas pacientes ameritan

monitoreo hemodinámico invasivo.

Fármacos Contraindicados

- ? Heparina a dosis anticoagulante.
- ? Diuréticos de asa en pacientes con volumen circulante efectivo disminuido.
- ? Soluciones hipertónicas y coloides.
- ? Antiinflamatorios no esteroideos.
- ? Bromocriptina.
- ? Metil- ergonovina.

5.7.1.7 Manejo Periparto

La inducción del trabajo de parto con oxitocina, está indicada en pacientes con embarazo mayor de 34 semanas, cifras tensionales controladas, sin alteración del sistema nervioso central, y con puntajes de maduración cervical mayores o iguales a 6/13.

Cuando el cuello es desfavorable y el compromiso materno no es severo puede utilizarse dinoprostona. Si el compromiso materno es severo se debe estabilizar hemodinámica y neurológicamente para terminar el embarazo entre 6 y 24 horas, mediante operación cesárea.

Las indicaciones absolutas de cesárea son:

- ? Preeclampsia severa
- ? Preeclampsia leve con cuello desfavorable.
- ? Compromiso fetal severo.
- ? Sospecha de abrupcio de placenta.
- ? Inminencia de ruptura o ruptura de hematoma subcapsular hepático.
- ? Fetos pretérminos entre 28 a 34 semanas.

Las pacientes con preeclampsia severa y complicada ameritan reserva de por lo menos 2 unidades de sangre total o glóbulos rojos empaquetados.

5.7.1.8 Manejo postparto

Estas pacientes ameritan una vigilancia estrecha durante las primeras 72 horas de puerperio. Este período es crítico por la frecuente aparición de complicaciones: Edema pulmonar, Eclampsia puerperal y Sepsis.

Debe vigilarse la redistribución de líquidos, que se manifiesta por una fase de poliuria acuosa, con disminución progresiva de los edemas patológicos.

Las cifras de tensión arterial permanecen elevadas durante las primeras 6 semanas y se deben controlar estrechamente ajustando periódicamente la

dosis de los medicamentos. En pacientes con proteinuria severa, esta debe mejorar ostensiblemente durante las primeras 4 semanas, cuando esto no ocurre probablemente exista una nefropatía asociada.

Los paraclínicos deben normalizarse en 72 horas. Es importante recordar siempre que las plaquetas disminuyen hasta en un 50% durante las primeras 24 horas de puerperio.

5.7.2 Eclampsia

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de convulsiones, coma o amaurosis súbita en pacientes con preeclampsia. La eclampsia puede presentarse en los períodos Anteparto, Intraparto, Postparto y Tardía postparto.

5.7.2.1 Diagnóstico: De acuerdo con el curso clínico y la severidad del compromiso neurológico existen tres categorías:

5.7.2.1.1 Eclampsia Típica: Convulsiones tónicoclónicas, generalizadas y complejas, Autolimitadas por la recuperación del estado de conciencia en las siguientes dos horas de la crisis.

5.7.2.1.2 Eclampsia Atípica: Cuadro neurológico que aparece antes de la semana 24 del embarazo, o después de 48 horas postparto, sin signos de inminencia previos a la crisis.

5.7.2.1.3 Eclampsia Complicada: Cuando los cuadros clínicos anteriores se acompañan de accidente cerebrovascular, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Estas pacientes presentan un compromiso neurológico persistente, manifestado por focalizaciones, estado ecláptico (3 o más convulsiones), coma prolongado.

El estudio de imágenes neurodiagnósticas está indicado en los casos de eclampsia complicada y tardía postparto Se debe realizar tomografía axial computarizada o resonancia nuclear magnética.

En los cuadros clínicos de eclampsia atípica debe descartarse la presencia de:

- ? Hemorragia subaracnoidea.
- ? Trombosis de senos subdurales.
- ? Intoxicación hídrica.
- ? Epilepsia
- ? Neurosis conversiva.

5.7.2.2 Tratamiento

Durante la convulsión, se debe colocar a la paciente en decúbito lateral, evitar la mordedura lingual, aspirar secreciones y administrar oxígeno.

Inmediatamente después de la convulsión se debe iniciar la impregnación con 6 gramos de sulfato de magnesio, administrados durante 20 minutos. No es indicado yugular el primer episodio convulsivo con benzodiazepinas, por el riesgo de depresión respiratoria materna y neonatal.

Se debe recordar que durante el estado postictal el compromiso fetal es muy importante por el periodo transitorio de apnea materna. Preferiblemente el feto debe ser reanimado in útero.

Durante el período de impregnación con magnesio, no deben realizarse estímulos dolorosos a la paciente tales como venoclisis, toma de laboratorios, colocación de catéter vesical. También está contraindicado el traslado de la paciente en este momento.

Posteriormente la paciente debe continuar el goteo de mantenimiento de 2 gramos por hora de sulfato de magnesio, la hidratación con cristaloides, la estabilización de las cifras tensionales y el traslado a una institución de tercer nivel.

Después de realizar la reanimación intrauterina, es necesario definir el bienestar fetal y descartar la presencia coincidente de abrupcio placentae, que indicaría la terminación inmediata del embarazo mediante cesárea. Sin embargo, el momento ideal para terminar el embarazo, es posterior a la recuperación del estado de conciencia materno y la estabilización de las cifras tensionales. Se debe recordar que la cesárea es un trauma quirúrgico sin propiedades anticonvulsionantes, salvo el momento de la aplicación del tiopental sódico durante la inducción de la anestesia general, cuando está indicada.

Frente a los casos de compromiso neurológico persistente y progresivo probablemente sea necesaria la administración coadyuvante de un segundo anticonvulsivante como Difenilhidantoína, diazepam, barbitúricos.

No olvidar, que salvo casos excepcionales, la eclampsia es multisistémica y debe siempre valorarse el compromiso hemodinámico, hematológico y hepatorenal.

BIBLIOGRAFÍA

- BOTERO, Jaime. JUBIZ H. Alfonso, HENAO Guillermo. Obstetricia y Ginecología. 6ta Edición. 2000. Pág. 280, 287, 197, 209, 216.
- DECHERNEY, Alan; PERNOLL, Martín. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. 7ma edición. 1997. México. Editorial. El Manual Moderno. Pág. 412, 415, 470, 480.
- AHUED A. Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos. BAILÓN, René. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 2da edición. 2003. México. Editorial El Manual Moderno. Pág. 226, 259, 268.
- REEDER, Sharon. MARTÍN, Leonde. KONIAK, Deborah. Enfermería Materno – Infantil. 17ava edición. 1995. México Editorial Interamericana – Mc Graw – Hill. Pág. 818, 842.
- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001.
- www.factor digital.com
- www.latin salud.com/articulos/00564.asp
- www.puritan.com/vf/healthnotes/HN75_Spanish/Es-Concern/Preeclampsia.htm
- www.childrenscentralcal.org/content.asp?id=3371&parent=1&groupid=G0137
- http://www.obgyn.net/women/women.asp?page=/jr/Review21_es
- http://www.btnx.com.mx/?gclid=CNzqi_Li04cCFQ23WAod9mJ3JQ
- <http://www.ivic.ve/bis/bis119/index.html>
- www.nacersano.org