



Gobierno
de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

PROTOCOLO MANEJO DE URGENCIAS
GINECOBSTÉTRICAS EN LOS HOSPITALES
BAJA COMPLEJIDAD SSVQ

2016 - 2019

Elaborado Por:	Revisado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. Ronnie Martínez B. Médico Gineco-obstetra Asesor Programa Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer DSSVQ</p> <p>Dr. Sebastián Peirano G. Médico Encargado Servicio de Maternidad Hospital La Calera</p>	<p>Grupo de Trabajo de Curso de Emergencias Obstétricas SSVQ Octubre 2015</p>	<p>Dr. Fernando Donoso Hospital San Martín de Quillota</p> <p>Dr. Gabriel Anwandter Hospital Dr. G. Fricke Viña del Mar</p>	<p>Dr. Jorge Ramos Vargas DIRECTOR (T/P) SSVQ</p> 



DIRECCION SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR -QUILLOTA

**PROTOCOLO DE MANEJO DE
URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN
LOS HBC SSVQ**

Código:
Edición: Primera
Fecha: 01 JULIO 2016
Página 2 de 31

Vigencia: 01 de Junio 2019

INDICE

TEMA	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS:	3
3. ALCANCE	3
4. RESPONSABLES	3
5. TERMINOLOGIA	4
6. FUNDAMENTOS	5
7. FLUJOS	5
8. PATOLOGIAS Y MANEJO	6
8.1. PARTO PREMATURO	6
8.2. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	7
8.3 PRE ECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA	9
8.4 METRORRAGIA GINECO - OBSTETRICA	11
8.5 ANORMALIDADES DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO	14
8.6 RETENCION DE HOMBROS	18
8.7 PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL	19
8.8 PATOLOGIA DEL PUERPERIO INMEDIATO	20
8.9 PARO CARDIORESPIRATORIO EN LA EMBARAZADA	22
ANEXO N° 1 MONITOREO FETAL INTRAPARTO	24
ANEXO N° 2 INTERPRETACION REGISTRO FCF	25
ANEXO N° 3 RESUCITACION INTRAUTERINA	26
ANEXO N° 4 TOCOLISIS DE URGENCIA	26
ANEXO N° 5 TRASLADO DE MADRE EMBARAZADA	27
ANEXO N° 6 INDICACIONES DE TRASLADO INMEDIATO	28
9. CONFECCION DE DOCUMENTO DE TRASLADO	29
10. INDICADORES	29
11. BIBLIOGRAFIA	29

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 3 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

1. INTRODUCCIÓN:

En los hospitales de baja complejidad de nuestra red de salud, la atención de urgencias Gineco-Obstétricas es efectuada por Matrón(a) y Médico General debiendo identificar el cuadro clínico, plantear manejo inicial, evaluar el grado de urgencia y si las características de este cuadro clínico recomienda su traslado a centro de mayor complejidad.

Por lo anterior es necesario contar con protocolos claros, aplicables, evaluables y corregibles con el fin de estandarizar y facilitar la labor de estos profesionales y otorgar la mejor calidad en la atención a nuestros usuarios.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

- Disminuir el riesgo de morbimortalidad asociada a toma de decisiones en relación a manejo y oportunidad de traslado de pacientes Gineco-Obstétricas por parte del médico/Matrón(a) de turno.

2.2 Objetivos Específicos:

- Definir y estandarizar el manejo de las urgencias Gineco-Obstétricas más frecuentes.
- Definir criterios y condiciones de traslado de las pacientes.

3. ALCANCE:

Esta norma de manejo debe ser aplicada en el Servicio de Maternidad y Unidad de Emergencia de los Hospitales de menor complejidad del SSVQ.

4. RESPONSABLES:

4.1 De la supervisión y cumplimiento del protocolo:

Medico Subdirector de Gestión Asistencial de la DSSVQ

Director Hospital

Médico Asignado coordinador o Jefe Unidad Maternal

Matrón/a Jefe Unidad Maternal

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 4 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

4.2 De la Aplicación del Protocolo:

El Médico de guardia será responsable del cumplimiento de cada uno de los protocolos específicos en lo referente a indicaciones clínicas y decisión del traslado.

Matrón/a de turno deberá cumplir las indicaciones médicas y el manejo de "matronería" asociado a estas emergencias.

4.3 La Unidad de Farmacia:

Deberá velar por la disponibilidad de fármacos mencionados y utilizados en este protocolo.

5.- TERMINOLOGIA:

5.1.- **UFP:** Unidad Fetoplacentaria; integración del feto y la placenta, como una unidad dinámica y de cuya indemnidad depende el estado nutricional y oxigenativo fetal.

5.2.- **RBNS:** Registro basal no estresante; monitoreo electrónico con registro de la Frecuencia Cardíaca Fetal y los Movimientos Fetales, desde cuyo análisis se puede concluir el status de la UFP.

5.3.- **MFIP (Monitoreo fetal intraparto):** monitoreo electrónico de la FCF realizado en el parto en pacientes en Trabajo de Parto y cuyo análisis evalúa la tolerancia del feto a las contracciones uterinas.

5.4.- **DPPNI:** Desprendimiento prematuro de placenta normoinserata.

5.5 - **RPM:** Ruptura prematura de membranas. Ruptura ovular previa al inicio del trabajo de parto.

5.6 - **FCF:** Frecuencia cardíaca fetal.

5.7 - **VVP:** Vía Venosa Periférica.

5.8 - **CSV:** Control de Signos Vitales.

5.9 - **HBC:** Hospitales de Baja Complejidad

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 5 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

6. - FUNDAMENTO:

El manejo inicial, estabilización y la derivación de pacientes, al centro de referencia de mayor complejidad, tiene como objetivo resolver la situación de salud de aquellos que requieran un manejo especializado en un establecimiento asistencial que cuente con los medios adecuados para resolver su patología. La derivación se realiza tras la indicación del médico de turno de acuerdo a la priorización de los pacientes en espera de traslado.

7.- FLUJOS

Las pacientes que se trasladan, provienen de:

- Salas de Maternidad
- UEGO
- Sala de Reanimación de la Unidad de Emergencia

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 6 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

8. PATOLOGÍAS Y MANEJO

8.1. PARTO PREMATURO

Es la causa más importante de morbilidad perinatal, en particular cuando ocurre antes de las 32 semanas de gestación. Su manejo está garantizado por ley en el GES.

DIAGNÓSTICO:

Trabajo de parto que se presente entre las 22 y las 37 semanas de gestación, objetivado con los siguientes criterios:

- Contracciones uterinas: 3 en 30 minutos u 8 en 60 min.
- Cambios cervicales:
 - Borramiento de un 50%
 - Dilatación de mayor o igual a 1 cm.

MANEJO INICIAL:

- Via venosa periférica (Bránula N° 18)
- Suero Fisiológico 1000 cc goteo rápido
- Profilaxis de SGB: Penicilina Sódica 5.000.000 EV o Ampicilina 2 gr EV. En caso de alergia a PNC, Clindamicina 300 mg EV c/ 8.
- CSV maternos y monitoreo fetal (trazado de 20 minutos).

EN EMBARAZOS DE EDAD GESTACIONAL ENTRE 30 Y 34 SEMANAS:

- Tocólisis vía oral con NIFEDIPINO 20 mg cada 20 min vía oral por 3 veces. (ver Anexo Tocolisis de Urgencia).
- Inducción de Madurez pulmonar administrando Betametasona 12 I.M

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 7 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

- **EN EMBARAZOS DE EDAD GESTACIONAL MENOR DE 32 SEM Y MAYORES DE 24:**
- Iniciar neuroprotección con infusión de SULFATO DE MAGNESIO dosis carga 2 gr en 30 min y luego 1 gr/ hora.
- Traslado a centro de referencia de nivel terciario (Hospital Gustavo Fricke) con el médico o matrón/a de turno, y TENS de turno. En caso de dilatación mayor a 4 cm. incluir traslado accesorio de incubadora de transporte y concurrencia obligatoria de médico o matrón/a de turno.

En el caso de producirse el parto, realizar traslado del recién nacido en la incubadora de transporte, previa administración de profilaxis con Vitamina K por vía IM, y coordinación con centro de referencia. Si es menor de 34 semanas directamente al Hospital Gustavo Fricke, si es de 34 semanas o más al hospital de referencia de su microrred (Hospital de Quillota, Hospital de Quilpué u Hospital Gustavo Fricke)

En caso de parto prematuro inminente en que no se disponga de médico o matrón/a para acompañar el traslado deberá verificarse el parto en el establecimiento y proceder al traslado del RN posteriormente a haber recibido la primera atención, de la misma manera como se señala en el párrafo anterior.

8.2 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Diagnóstico

Pérdida de líquido amniótico por el OCE, antes del inicio del trabajo de parto.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 8 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

Traslado inmediato en:

- **Pacientes sin trabajo de parto independiente de la edad gestacional.**
- Sospecha de infección intramniótica, (fiebre, flujo mal olor, exámenes alterados (PCR, Recuento de Leucocitos)).
- Oligoamnios,
- Cesárea anterior.
- Patología obstétrica asociada.
- Monitoreo fetal alterado.

MANEJO:

- Reposo absoluto.
- Via Venosa Periférica con Bránula N° 18 (1)
- Suero Fisiológico 1000 cc..
- Administrar: Penicilina Sódica 5.000.000 ui EV o Ampicilina 2 grs / EV continuando con PNC o AMPI según norma hasta que se produzca el parto en caso de embarazo de termino que ingresa en Trabajo de Parto con RPO > 6 hrs, y en todos los casos de edad gestacional menor a 37 semanas independiente de la latencia.

EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS Y MAYORES DE 24
administrar Betametasona 12 mg IM (1° dosis)

Traslado a centro de referencia con el matrn/a de turno y /o TENS de turno, previa coordinaci3n con el establecimiento receptor.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 9 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

En caso de no existir condiciones que requieran de traslado inmediato, si la paciente es recepcionada en la madrugada, se sugiere trasladar a las 8:00hrs. del día siguiente con el propósito de mejorar las condiciones de traslado y de recepción en el Centro de referencia.

8.3 PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA

Elementos clínicos:

- PA > 160/110 en 2 tomas separadas por 15 minutos y/o
- PA > 140/90 en 2 tomas asociado a:
- Alteraciones neurosensoriales
- Coma
- Hiperreflexia
- Ictericia
- Alteración de la coagulación.
- Edema severo generalizado.

Manejo previo al traslado:

- Reposo absoluto.
- Régimen 0
- Control de signos vitales maternos cada 10 minutos y vigilancia estricta vía aérea.
- Auscultación de LCF cada 10 minutos o monitoreo fetal continuo.
- Vía Venosa permeable con Bránula N° 18 + Sonda vesical a permanencia (Foley N° 12).

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 10 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

- Iniciar profilaxis anticonvulsivante con dosis de carga de 5 gramos de Sulfato de magnesio EV: 4 ampollas (20 cc) al 25%, deben pasarse lento en a lo menos 20 min de manera directa o diluida en infusión durante 30 a 60 min.
- Continuar profilaxis con Suero Glucosado 5% (o Ringer Lactato) 500 cc + Sulfato de Magnesio 8 ampollas (10 grs) a 50 ml/hr. por BIC.(1 gr/ hora)
- Vigilar reflejo patelar, débito urinario y frecuencia respiratoria. En caso de intoxicación por Sulfato de Magnesio (arreflexia, depresión respiratoria). administrar Gluconato de Calcio 1 gr EV en 2 min
- En pacientes con edad gestacional entre 24 y 34 semanas, Betametasona 12 mg IM (1° dosis).
- En caso de Crisis Hipertensiva, Nifedipino 20 mg vo. cada 20 min. por 3 veces (las dosis que se alcancen hasta la llegada al centro de referencia).
- En caso de convulsión: Proteger a la paciente, asegurar vía aérea permeable y ventilación, oxígeno 2 lts. por naricera.

*** Se indicará Diazepam 1 amp EV lenta como opción de 2° línea, solamente frente a la persistencia del cuadro convulsivo tras la carga de Sulfato de Magnesio y su suero de mantención. Debe vigilarse estrictamente el esfuerzo respiratorio**

- **Traslado inmediato de la paciente al centro de referencia, al encontrarse estable acompañada de matró(a) de turno y/o médico de acuerdo a gravedad**
- **En caso de “Parto Inminente” o de haber sucedido el parto, mantener a la madre con supervisión estricta y con infusión de Sulfato de Magnesio, e instalar al neonato en incubadora transitoria con vigilancia y asistencia según necesidad.**

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 11 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	---

- La madre debe ser trasladada una vez estabilizada y habiendo realizado sus cuidados de puerperio inmediato.

8.4. METRORRAGIAS SEVERAS GINECO-OBSTETRICAS

METRORRAGIAS OBSTÉTRICAS

METRORRAGIAS DEL I TRIMESTRE

DIAGNÓSTICO:

Sangrado por OCE, en mujer en edad fértil con amenorrea, que presenta test de embarazo positivo o confirmación ecográfica de embarazo que puede o no asociarse con dolor pelviano.

Es importante obtener el antecedente de embarazos ectópicos previos, cirugía tubaria, tratamiento infertilidad o uso de DIU que pudiesen hacer pensar en la posibilidad de embarazo ectópico. Su confirmación es preferentemente ecográfica en centro especializado.

MANEJO INICIAL:

- Reposo Absoluto.
- Régimen 0
- Vía venosa (Bránula N° 18).
- Suero Fisiológico 1000 cc (o Ringer Lactato) goteo rápido
- CSV c/ 10 min o monitorización hemodinámica continua.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 12 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

- Evaluación ecográfica según disponibilidad de ecografista capacitado;

NO ATRASAR TRASLADO POR ECOGRAFÍA.

Traslado inmediato, con las indicaciones previas en curso.

En cualquier situación de atraso del traslado, llamar a SAMU para coordinar ambulancia, monitorizar a la paciente en la Sala de Reanimación de la Unidad de Emergencias.

METRORRAGIAS DEL II Y III TRIMESTRE

DIAGNÓSTICO:

Sangrado por OCE, en mujer embarazada de EG > a 24 semanas.

CAUSAS:

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI).

PLACENTA PREVIA.

ROTURA UTERINA.

ROTURA DE VASA PREVIA.

MANEJO:

- Reposo Absoluto en Decúbito lateral izquierdo
- Régimen 0
- Via venosa con bránula N° 18 (1 o 2 vías)
- Suero Fisiológico O SOLUCION RINGER 1000 cc
- Control signos vitales cada 10 min como minimo.

	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 13 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

- Evaluación clínica por médico de turno y matron/a sin tacto vaginal a menos que se hubiese descartado la presencia de placenta previa. La intención de este examen es verificar que no se encuentre con dilatación avanzada.
- Evaluación ecográfica según disponibilidad de ecografista capacitado;
NO ATRASAR TRASLADO POR ECOGRAFÍA.
- Monitoreo fetal CONTINUO o auscultación fetal cada 5 minutos.
- Traslado inmediato, con las indicaciones previas en curso, si es menor a 34 semanas trasladar a centro de referencia terciario (Hospital Gustavo Fricke).
- Dar aviso telefónico a Servicio de Maternidad del hospital de referencia, indicando cuadro clínico, hipótesis diagnóstica y medidas tomadas en la derivación.
- El traslado se efectuará con matron(a) y/o médico de turno según compromiso materno.

En cualquier situación de atraso del traslado, llamar a SAMU para coordinar ambulancia, monitorizar a la paciente en el BOX de urgencias de la Maternidad.

MENOMETRORRAGIAS GINECOLÓGICAS

DIAGNÓSTICO:

Sangrado por OCE en mujer no embarazada de cuantía tal que pudiese repercutir desde el punto de vista hemodinámico,

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 14 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

MANEJO INICIAL:

- Reposo absoluto
- Régimen 0
- Vía venosa con bránula N° 18 (1 o 2)
- Suero Fisiológico 1000 cc (o Ringer Lactato)

Traslado inmediato, con las indicaciones previas en curso.

En cualquier situación de atraso del traslado, llamar a SAMU para coordinar ambulancia, monitorizar a la paciente en la Sala de Reanimación de la Unidad de Emergencias.

8.5 ANORMALIDADES DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

8.5.1- ALTERACIONES DE LA FASE LATENTE.

Fase latente prolongada

La incidencia de esta patología oscila entre 0,3 y 4,2 % de las pacientes. Lo más importante al efectuar este diagnóstico es descartar un falso trabajo de parto.

Se reconoce como mujeres con dinámica uterina irregular o de baja intensidad con cuellos inmaduros con progresión lenta de la dilatación o el grado de borramiento. Generalmente son cuellos con dilatación menor a 3 cm. En multíparas mayor de 14 hrs. y en primíparas mayor de 20 hrs.

Recomendación de manejo:

- Acompañamiento
- Antiespasmódicos
- Favorecer el descanso de la madre.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 15 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

- Registro de FC Fetal de a lo menos 20 min al ingreso.
(VER ANEXO MONITORIZACION FETAL INTRAPARTO)

No debe realizarse amniotomía ni aceleración oxiótica y si persiste en fase latente, especialmente en primigestas con sospecha de macrosomía derivar a centro que cuente con obstetra y anestesista de turno.

La derivación debe ser en ambulancia con control previo al traslado de la frecuencia cardiaca fetal. De ser normal no amerita oxígeno ni vía venosa. A pesar de la poca probabilidad de parto durante el traslado debe ser acompañada por matrona o paramédico y disponer de material para parto de urgencia .

8.5.2- ALTERACIONES DE LA FASE ACTIVA:

La frecuencia de esta anomalía es del 2 a 4 %. En la mayoría de los casos está combinada con una fase latente prolongada o con detención del descenso o dilatación.

Es definida principalmente por enlentecimientos y detenciones durante el trabajo de parto franco.

Las causas más frecuentes son:

- Contracciones uterinas de baja intensidad o de baja frecuencia.
- Distocia de posición (occípito transversa u occípito posterior).
- Desproporción céfalo pelviana (DCP).

A -Fase activa prolongada o retardada

Se caracteriza por un enlentecimiento de la velocidad de progresión de la dilatación cervical.

Nulípara < 1.0 cm/hora

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 16 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

Múltipara < 1.5 cm/hora

Se sugiere:

- Estimular la deambulaci3n.
- Realizar amniotomía con dilataci3n sobre 4 cm y evaluar progresi3n.

Debe derivarse si no se logra progresi3n mayor de 2 cm en dos horas de haber iniciado el manejo (en caso de sospechar macrosomía o distocia de posici3n este plazo puede ser menor) .

Debe evaluarse la unidad feto placentaria durante esta prueba de progresi3n con monitorizaci3n continua y/o trazados de 20 minutos cada hora o, si no se dispone de monitor , auscultaci3n intermitente intra y post contracci3n en periodos de a lo menos 4 contracciones repitiendo cada 30 min.

En caso de alteraciones sospechosas de LCF debe procederse a su Derivaci3n.

B- Detenci3n de la dilataci3n.

Se considera detenci3n de la dilataci3n la no progresi3n de la dilataci3n cervical en un plazo de dos horas en paciente en fase activa del trabajo de parto (dilataci3n mayor de 4 cm.).

Manejo sugerido:

1.- Realizar amniotomía con el fin de lograr mejoría en la dinámica uterina de a lo menos 3 contracciones en 10 min de buena intensidad.

2.- De acuerdo a la situaci3n local es posible plantear el traslado inmediato de la paciente en caso de presentarse una situaci3n de urgencia calificada por el médico de turno.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 17 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

En el primer caso, si no se logra progresión mayor a 1 cm en la siguiente hora debe derivarse a centro especializado siguiendo guía de **TRASLADO DE MADRE EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO**.

En caso de que las membranas ya estuviesen rotas debe procederse a su derivación inmediata. No está autorizado el uso de oxitocina como acelerador del parto.

8.5.3 - PROLONGACIÓN Y DETENCIÓN DEL EXPULSIVO

- Se considerara para efectos de manejo como una sola patología , definida como el no nacimiento del feto después de **30 minutos en multíparas y una hora en primíparas** habiendo logrado dilatación completa , con adecuada dinámica uterina y asociada a pujos maternos.
- Deberá consignarse claramente la hora en que se registra dilatación completa y la hora de ingreso a sala de partos.
- Durante este periodo debe realizarse auscultación intermitente cada 5 minutos o Monitorización continua.
- La evaluación médica debe realizarse, en caso de pacientes primíparas, a los 30 minutos de expulsivo y a los 15 minutos en caso de multípara.
- El médico deberá, de acuerdo a las condiciones obstétricas encontradas (posición fetal y descenso de la presentación), así como de la cooperación materna y el estado fetal, decidir si continúa en espera de los plazos establecidos o indica el traslado urgente.
- En caso de detención o alteración de los latidos cardíofetales durante el expulsivo debe procederse al traslado de inmediato como urgencia extrema.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 18 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

- Debe trasladarse previa tocolisis de urgencia (VER ANEXOS 3 y 4) y con acompañamiento de médico o matron(a) preparada para parto en el trayecto.
- Se debe dar aviso inmediato del traslado en curso al hospital de referencia.

8. 6: RETENCIÓN DE HOMBROS:

Incapacidad de extraer los hombros luego de la rotación externa cefálica, habiendo aplicado tracción prudente para asomar hombro anterior.

Manejo:

- Solicitar presencia de médico de turno en partos e iniciar conteo de minutos.
- Episiotomía amplia.
- No pujar, no traccionar la cabeza fetal, no realizar maniobra de Kristeller.
- Llevar a la parturienta a una posición horizontal.
- Hiperflexionar ambas piernas sobre el abdomen (Maniobra de Mc Roberts).
- Desimpactar hombro anterior con presión suprapúbica.
- Si no se ha resuelto el cuadro intentar maniobras de rotación y extracción:
 - Aducción del hombro anterior, presionando la parte posterior de éste con 2 dedos, por vía vaginal intentando llevarlo a posterior.
 - Abducción del hombro posterior, presionando la parte anterior de éste con 2 dedos, por vía vaginal, exclusivamente.
 - Lo anterior permitiría que el brazo posterior cayera a la excavación y pudiese intentarse su extracción reduciendo así diámetros.
 - Extracción del brazo posterior.
- Fracturar la clavícula como última maniobra.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 19 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

Lográndose la salida del feto, realizar una revisión acuciosa de éste y de la madre (canal del parto), evaluando la necesidad del traslado de ambos a centro de referencia, con neonato en incubadora de traslado, y madre con Matrona o TENS de acuerdo a condiciones de esta.

8.7 PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

Ubicación física del cordón umbilical previo a la presentación fetal en el canal del parto. Se presenta como procidencia, laterocidencia o procúbito de cordón (este último con membranas intactas).

MANEJO:

- Reposicione a la paciente en trendelemburg o rodilla-pecho
- Elevar la presentación (desencajarla), introduciendo toda su mano en la vagina, hasta la resolución del caso; el profesional que efectúe la maniobra deberá mantenerse así durante el traslado hasta el centro de referencia, sala de partos y/o pabellón.
- **NO INTENTAR REESTABLECER EL CORDÓN UMBILICAL.**
- Si presenta dinámica uterina activa iniciar tocolisis de urgencia.
- Traslado inmediato a centro de referencia, con matrn y/o médico de turno quien debe mantener elevada la presentación para evitar la compresión del cordón umbilical.

De presentarse como parto inminente (dilatación completa y descenso en espinas +1 o más), prepararse para reanimación neonatal y traslado posterior urgente.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 20 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

8. 8 PATOLOGÍAS DEL PUERPERIO INMEDIATO.

8.8.1- ALUMBRAMIENTO DETENIDO (RETENCION DE PLACENTA).

Duración mayor a 30 minutos de la expulsión de placenta y anexos ovulares., lo anterior independiente de la paridad materna.

MANEJO:

- Solicitar la presencia del médico de turno en sala de partos.
- No traccionar el cordón umbilical, prevenir inversión uterina con presión suprapúbica.
- Intentar maniobra de Credé combinada, elevando el fondo uterino por sobre el pubis mediante la compresión supra púbrica del segmento, todo esto asociado a tracción suave verificando con la mano abdominal la permanencia del fondo en el hipogastrio materno.

Frente a fracaso de esta maniobra o ante cualquier duda en su realización debe realizarse traslado al centro de referencia con matron/a.

Trasladar con vía venosa adecuada (Branula N°18) pasando soluciones cristaloides a goteo rápido y con vigilancia estricta hemodinámica materna.

8.8.2- HEMORRAGIA POSTPARTO:

Definida como pérdida sanguínea abundante (mayor de 500 ml) después de un parto vaginal susceptible de producir compromiso hemodinámico materno. Las causas más probables son:

- Inercia uterina
- Alumbramiento incompleto (restos de placenta o anexos ovulares)
- Lesiones del canal del parto.

Manejo:

- Solicitar la presencia del médico de turno en Sala de Partos.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 21 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	---

- Asegurar vía venosa adecuada (incluso duplicar acceso venoso si es necesario).
- Administración en infusión rápida de soluciones cristaloides.
- Revisión prolija del canal del parto y sutura de desgarros.
- Masaje uterino continuo.
- Administrar Oxitocina 5 ui EV (en bolo) y continuar con infusión continua con 20 de oxitocina en 500 ml de suero fisiológico a goteo rápido (250 ml/hora aprox.)
- Methergin 0,2 mg IM en paciente no hipertensa.
- Misotrol 2 comp. vía oral y 2 comp. Endorrectales.
- Iniciar profilaxis de infección con Cefazolina 1 gr EV.

Si cuadro de sangrado abundante cede, habiendo además descartado la presencia de restos placentarios y/o lesiones severas de canal blando, la paciente debe quedar en observación estricta por a lo menos dos horas con vigilancia hemodinámica y evaluación del sangrado vaginal cada 10 min.

En caso de persistir sangrado o sospecha de restos intrauterinos y/o lesiones de canal sangrantes dificultosas de suturar debe procederse al traslado con médico o matron/a de turno a centro de referencia.

Es posible plantearse packing vaginal de compresas en caso de lesiones hemorrágicas severas de canal blando.

La mantención de infusión apropiada de fluidos endovenosos así como el control hemodinámico debe ser prioritario.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 22 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

→ En cualquier situación de atraso del traslado, llamar a SAMU para coordinar ambulancia, y monitorizar a la paciente en la Sala de Partos, con las indicaciones previas en curso.

ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO:

Administración de 5 U de oxitocina EV o 10 U por vía IM durante el primer minuto post expulsivo. La evidencia apoya su uso al mostrar una disminución de hemorragia post parto inmediata.

Se recomienda su uso habitual post parto inmediato especialmente en madres con:

- Sobredistensión uterina (macrosomía fetal, polihidroamnios)
- Trabajo de parto prolongado
- Antecedentes de inercia o metrorragia post parto en embarazos anteriores.

8.9: PARO CARDIORRESPIRATORIO EN LA EMBARAZADA

DIAGNÓSTICO:

Ausencia de pulso en mujer embarazada.

MANEJO:

- Resucitación en el lugar
- Activar clave azul o timbre de paro, según donde se encuentre la paciente.
- Compresiones torácicas en ritmo 30:2 hasta verificar ritmo cardíaco.
- Lateralización del útero a izquierda
- Verificación de ritmo y desfibrilación según resultado
- Manejo avanzado de vía aérea precoz

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA .</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 23 de 31 Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	---

- Vías venosas (2) de grueso calibre
- Suero Fisiológico a chorro en cada vía
- Seguir el protocolo de RCP avanzado según ACLS*
- De recuperarse el paro, traslado a centro de referencia con médico de turno

En cualquier situación de atraso del traslado, llamar a SAMU para coordinar ambulancia, y monitorizar a la paciente en la Sala de Reanimación de la UE, con las indicaciones previas en curso.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 24 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

ANEXO 1:

MONITOREO FETAL INTRAPARTO Y EXPULSIVO

Se efectuará en toda embarazada que ingresa en trabajo de parto.

Registro de ingreso:

- Trazado con monitor cardiot fetal de a lo menos 20 minutos donde deberán consignarse: frecuencia cardiaca fetal basal; presencia o ausencia de desaceleraciones o aceleraciones en relación a la basal; dinámica uterina e impresión de la variabilidad latido-latido.
- **Registro en fase activa:**
 - Con dinámica uterina instalada y cada 2 horas deberá realizarse registro de a lo menos 20 minutos evaluando principalmente el comportamiento de la FCF en relaciona contracciones uterinas.
- **Auscultación intermitente:**
 - Cada 15 minutos y **posterior a una contracción uterina** deberá auscultarse la FCF y ser anotada en la evolución clínica.
- **Monitorización continua en expulsivo:**
 - En caso de algún elemento sospechoso en el registro de la FCF previo al ingreso a sala de partos.
- **Auscultación en expulsivo:**
 - Debe realizarse cada 5 minutos durante la contracción y posterior a ella.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: . Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 25 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

ANEXO 2:

INTERPRETACION REGISTROS DE FCF:

- MONITOREO NORMAL:

- Frecuencia cardiaca fetal entre 110 Y 160, con o sin aceleraciones
- Presencia de desaceleraciones variables simples esporádicas.
- Patrón de desaceleraciones precoces de morfología evidente.
- Variabilidad latido-latido normal.

- MONITOREO SOSPECHOSO:

- Patrón de desaceleraciones variables complejas esporádicas.
- Desaceleraciones precoces de dudosa interpretación.
- Taquicardia de base sobre 160 LCF por min.
- Sospecha de componente tardío en la desaceleración.

- MONITOREO OMINOSO:

- Bradicardia mantenida (sobre 2 minutos) que no recupera.
- Desaceleraciones tardías o variables complejas persistentes.
- Variabilidad disminuida o ausente.
- Patrón de registro sinusoidal.

**** Todos los registros de la frecuencia cardiaca fetal (monitoreos) deben ser evaluados y firmados por médico. Debe consignarse en el documento nombre de paciente, hora de inicio, identificación clara de la matrona que lo realiza y del médico que lo evalúa, hora de evaluación e interpretación clínica.**

Las pacientes con trazados sospechosos u ominosos deben ser trasladadas para evaluación por especialista (ver anexos Resucitación intrauterina, Traslado madre embarazada).

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 26 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

ANEXO 3:

RESUCITACIÓN INTRAUTERINA.

Concepto que incluye medidas tendientes a optimizar la oxigenación y perfusión fetal intrauterina.

Su indicación es en aquellos casos en que se sospecha sufrimiento fetal y la madre debe ser trasladada.

- Lateralizar.
- Infundir volúmenes altos de cristaloides (1 a 1.5 lt. de sol. fisiológica.)
- Frenar dinámica uterina con tocolisis urgencia administrando 20 mg de Nifedipino sublingual o VO.
- Oxigenación materna con mascarilla a flujo alto.

ANEXO 4:

TOCOLISIS DE URGENCIA.

Definida como la necesidad de disminuir la contractilidad uterina para evitar progresión del trabajo de parto y/o mejoría de la perfusión sanguínea fetal en caso de existir elementos sugerentes o categóricos de alteración de la UFP con repercusión en la oxigenación fetal.

- VIA VENOSA PERMEABLE (trocar 18)
- EXPANSION DE VOLUMEN CON CRISTALOIDES (SF, RINGER)
- NIFEDIPINO 10 mg, 2 cápsulas blandas v/o cada 20 minutos por 3 veces. A los 10 minutos de la administración del fármaco se controlará DU en 10 minutos, si persiste se administrará la siguiente cápsula hasta un máximo de 3.

	<p style="text-align: center;">DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 27 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
---	--	--

- En caso de no disponer de Nifedipino plantearse el uso de Sulfato de Magnesio como alternativa de segunda línea.

ANEXO 5:

TRASLADO DE MADRE EMBARAZADA

Considerar que el traslado significan dos pacientes, la madre y el feto, siendo este último altamente dependiente de la perfusión uterina.

Asimismo considerar que la madre embarazada presenta tendencia a la hipotensión de decúbito por compresión de cava inferior por útero grávido.

RECOMENDACIONES:

- Traslado en **decúbito lateral**.
- Vía venosa (Bránula N° 18).
- Administración de soluciones cristaloides (Ringer, suero fisiológico.)
- Control de Presión Arterial cada 15 minutos y control de LCF cada 5 minutos.
- En caso de elementos sugerentes de alteración de la Unidad Fetoplacentaria administración de oxígeno por mascarilla de alto flujo.
- Durante el traslado debe ser acompañada de médico o matrona y disponer de material estéril para la eventual atención de parto de urgencia.
- El traslado debe ser informado a médico de hospital de derivación con tiempo estimado de llegada para la adecuada recepción de esta madre y el equipo de salud que la acompaña.

Llamar a SAMU para coordinar ambulancia

En cualquier situación de atraso del traslado, mantener a la paciente monitorizada en el BOX de urgencias de la Maternidad o Sala de Partos.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 28 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

ANEXO 6

INDICACIONES DE TRASLADO INMEDIATO

Dado las limitaciones del nivel de resolutivez que se reconoce a las maternidades de los hospitales de baja complejidad de la Red, existe un grupo de patologías y situaciones clínicas obstétricas que recomiendan su manejo en hospitales de mayor complejidad que cuenten con el recurso obstetra, anestesista y pabellón quirúrgico.

Dichas condiciones se señalan a continuación:

- Embarazo con patología obstétrica o médica asociada que pudiese influir en el normal desarrollo del trabajo de parto independiente de Edad gestacional.
- Rotura prematura ovular sin trabajo de parto independiente de Edad gestacional.
- Embarazo con edad gestacional menor de 37 semanas.
- Polihidroamnios.
- Malformación fetal.
- Cicatriz de cesárea anterior o cirugía uterina previa.
- Metrorragia del tercer trimestre.
- Distocia de presentación.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal (definido como sospecha de feto sobre 4.000 gr.).
- Detenciones o enlentecimientos en la progresión del trabajo de parto.
- Meconio ante e intraparto.
- Monitoreo fetal sospechoso u ominoso o cualquier elemento auscultatorio de sospecha de sufrimiento fetal.
- Solicitud de anestesia materna.
- Primigesta menor de 15 años.



DIRECCION SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR -QUILLOTA
**PROTOCOLO DE MANEJO DE
URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN
LOS HBC SSVQ**

Código:
Edición: Primera
Fecha: 01 JULIO 2016
Página 29 de 31
Vigencia: 01 de Junio 2019

- Antecedente inercia uterina parto anterior.

9 - : CONFECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE TRASLADO

El médico de turno deberá realizar los documentos de traslado, previo aviso al médico obstetra receptor del centro de referencia o matrona de turno en su ausencia.

10.- INDICADORES:

INDICADOR 1	% de pacientes que son derivados según protocolo
TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA	$\frac{\text{Nº de pacientes derivados según protocolo}}{\text{Total de pacientes derivados}} \times 100$
UMBRAL	85%
FUENTE DE INFORMACIÓN	Documento de Traslado, ficha clínica.
PERIODICIDAD	Trimestral
RESPONSABLE	Matron Jefe de la UMI

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Guía Perinatal, CEDIP; 2003
- 2.-Guía Perinatal, SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES, DEPTO. CICLO VITAL, PROGRAMA SALUD DE LA MUJER, en revisión; 2013
- 3.- Guías de Manejo de patologías Ginecobstétricas, Dr Ronnie Martínez, V Región, CHILE.
- 4.- Manual de Alto Riesgo Obstétrico, E. Oyarzún; Edición HTML.
- 5.- Manual OBSTETRICIA, Hospital Clínico U. de Chile; 2005
- 6.- www.cedip.cl; Artículos destacados, boletín perinatal y documentos.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>DIRECCION SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA</p> <p>PROTOCOLO DE MANEJO DE URGENCIAS GINECOOBSTÉTRICAS EN LOS HBC SSVQ</p>	<p>Código: Edición: Primera Fecha: 01 JULIO 2016 Página 30 de 31</p> <p>Vigencia: 01 de Junio 2019</p>
--	--	--

HOJA DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO

