



Santa Fe

PROVINCIA

URGENCIAS EN GINECO-
OBSTETRCIA

DRA GISELLE PEREZ en
colaboración con la DRA
SANDRA FORMIA

URGENCIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Objetivos del módulo

Que quienes cursan el módulo adquieran los conocimientos básicos para:

- **Detectar tempranamente las situaciones de riesgo** en ginecología y obstetricia para su tratamiento y referencia oportuna.
- Proporcionar las **medidas básicas para el tratamiento inicial de la emergencia y urgencia** en ginecología y obstetricia (la “hora de oro”)
- Brindar atención de las situaciones de **violencia sexual** en base a las guías clínicas y buenas prácticas.
- Comprender la importancia de la **comunicación adecuada** como **componente clave** de la resolución de la emergencia.
- Asegurar los **recursos e insumos necesarios** para la atención de la emergencia en ginecología y obstetricia.

CUADRO 40: MUERTES MATERNAS Y RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGUN GRUPO DE CAUSAS Y EDAD DE LAS FALLECIDAS, POR 10.000 NACIDOS VIVOS. REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2022

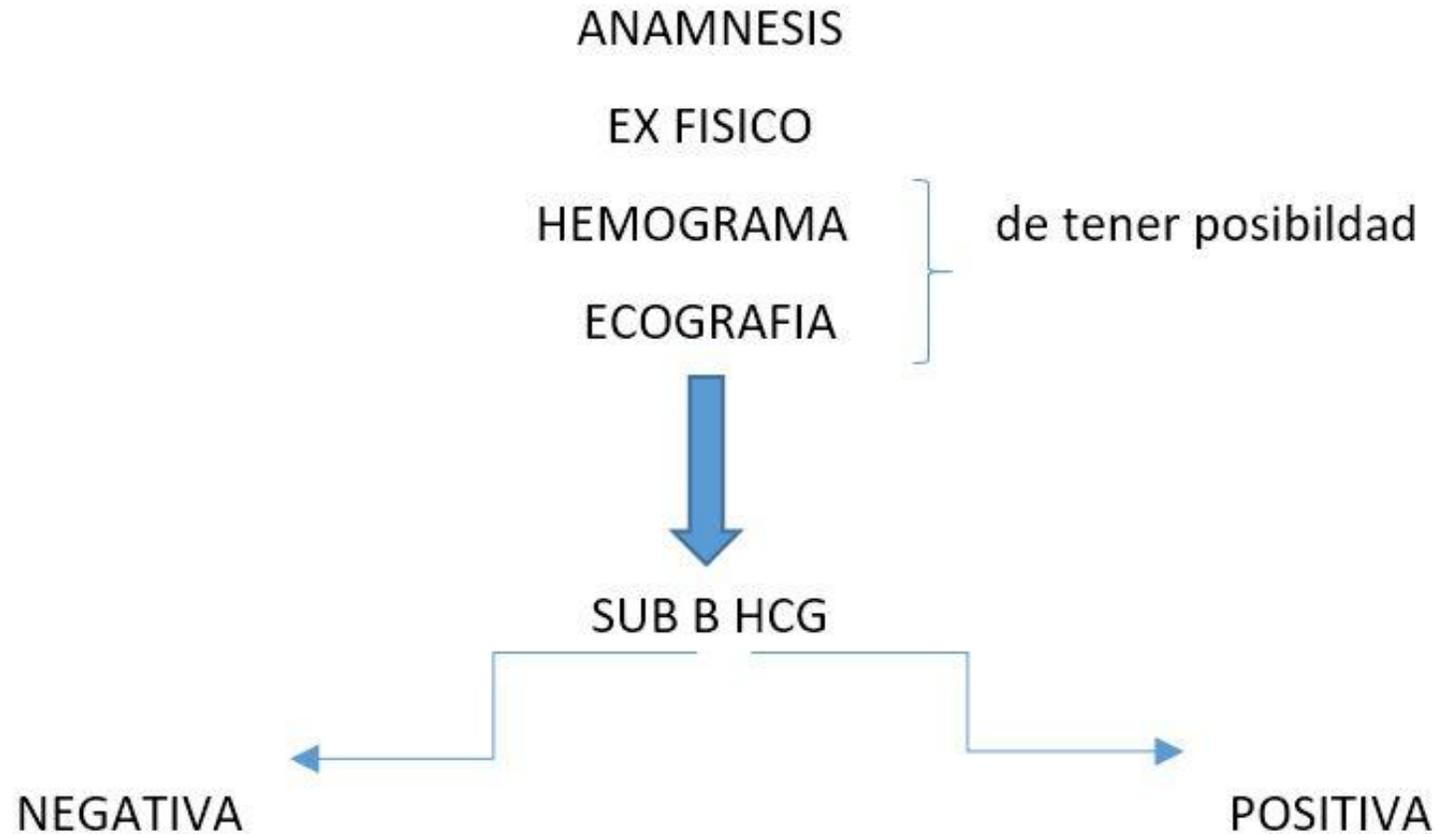
GRUPO DE CAUSAS DE DEFUNCION	TOTAL MUERTES MATERNAS	RAZON DE MORTALIDAD MATERNA	GRUPO DE EDAD							
			Menor de 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 y más
TODAS LAS CAUSAS	170	3,43	0	17	33	37	42	34	7	0
Embarazo terminado en aborto	18	0,36	0	1	2	4	6	5	0	0
Causas obstétricas directas	107	2,16	0	13	19	21	29	21	4	0
Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio	41	0,83	0	7	10	8	9	5	2	0
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto	6	0,12	0	0	1	1	3	1	0	0
Hemorragia postparto	15	0,30	0	1	3	1	7	3	0	0
Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	18	0,36	0	3	2	5	4	4	0	0
Muerte obstétrica de causa no especificada	9	0,18	0	0	2	3	1	2	1	0
Otras causas directas	18	0,36	0	2	1	3	5	6	1	0

Fuente: DEIS, Estadísticas Vitales Información Básica Argentina - Año 2022

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_66_anuario_vitales_2022_3.pdf

1. EVALUACIÓN DE LA PACIENTE CON GINECORRAGIA

PACIENTE CON GINECORRAGIA



PACIENTE CON GINECORRAGIA

Durante la evaluación en consultorio objetivar la ginecorragia en unos minutos:

- Llena menos de un tercio de espéculo: **leve**
- Llena medio espéculo: **moderada**
- Llena más de la mitad: **severa.**

En caso de sangrado crónico, interrogar sobre sme anémico, síncope o caídas inexplicables en los últimos días.

TAPONAJE (en lesiones cervicales o vaginales): colocar espéculo y con la ayuda de una pinza colocar una tira de gasa llenando el mismo. Ir retirando el espéculo a medida que empujamos la gasa con la pinza hacia el interior de la vagina.



Ver especialista en las próximas 48 hs

Podemos sugerir ac tranexámico o si manejamos

Tto hormonal (medroxiprogesterona, ACO)

PACIENTE CON GINECORRAGIA



Síntomas clásicos:

- Dolor (90 – 100%)
- Ginecorragia (50 – 80%)
- Amenorrea (75 – 90%)
- Mareos
- Síntomas de embarazo

TRÍADA CLÁSICA

Exámen físico:

- Irritación en región anexial (75 – 90%)
- Presencia de masa anexial (50%) el 20% se encuentra del lado opuesto correspondiendo a un cuerpo lúteo quístico.
- Agrandamiento uterino

SUB B
HCG
POSITIVA

EVALUACION DE EMBARAZO
TRAE ECO O SE REALIZA Y SE
CONFIRMA GESTACION
INTRAUTERINA

NO

DESCARTAR

EMBARAZO ECTÓPICO

DERIVAR

SI

EVALUAR:

TACTO

SEVERIDAD

RESTOS

SANGRADO ACTIVO

NO

Ver especialista en las próximas 48 hs

Sugerir reposo y pautas de alarma

PACIENTE CON GINECORRAGIA

Realizar una **evaluación inicial rápida** para **detectar precozmente complicaciones graves**

La **inestabilidad hemodinámica** es el cuadro clave y se caracteriza por hipotensión arterial, taquicardia e hipoperfusión tisular periférica, con o sin alteraciones del sensorio.

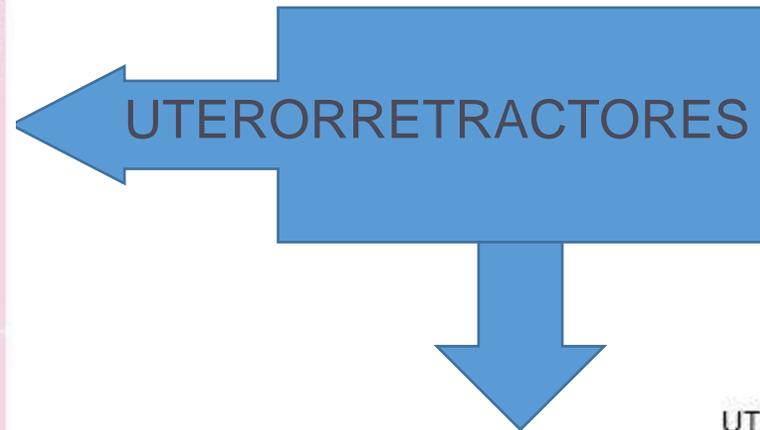
Manejo inicial de la emergencia



PACIENTE CON GINECORRAGIA

Drogas uterorretractoras utilizadas

	Ocitocina	Ergonovina /	Carbetocina	Misoprostol*
Dosis y vía de administración	IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 60 gotas por minuto IM: 10 a 20 unidades Hemorragia Postparto 20 a 40 unidades	IM o IV (lentamente): 0,2 mg	IV 100 mcg una sola vez (administrar en bolo, en un lapso de 1 minuto)	400-600 mcg. (vía oral o Sublingual) 800-1.000 mcg vía rectal
Dosis continua	IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 40 gotas por minuto	Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos Si se requiere, administre 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas	No administrar	Única dosis

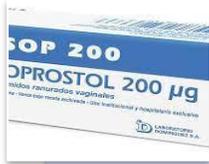


Dosis máxima	No más de 3 L de líquidos IV que contengan ocitocina	5 dosis (un total de 1,0 mg)	100 mcg (Una ampolla de 1 ml).	600 mcg (vía oral o Sublingual)
Precauciones / contraindicaciones	No administre en bolo IV	Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía. No administre en bolo IV.	Hipertensión crónica, insuficiencia coronaria	Asma

*Se utilizaría sólo cuando no se encuentren disponibles otras drogas.



PACIENTE CON GINECORRAGIA



- **Misoprostol** recomendado para el aborto incompleto **menor de 13 semanas es de 400 mg sublingual** o en ausencia de sangrado puede ser vaginal. En ambas vías como **dosis única**



- **Misoprostol** recomendado para el aborto incompleto **mayor de 13 semanas es de 400 mg sublingual** o en ausencia de sangrado puede ser vaginal. **Cada tres horas hasta la expulsión de los restos**

UTERORRETRACTORES



PACIENTE CON GINECORRAGIA Y EMBARAZO 2°/3° TRIMESTRE

DESPRENDIMIENTO
DE PLACENTA
NORMOINSERTA

PLACENTA PREVIA:

- OCLUSIVA TOTAL
- OCLUSIVA PARCIAL
- MARGINAL
- LATERAL O BAJA

ROTURA
UTERINA

HEMORRAGIA Y EMBARAZO SIEMPRE ES MOTIVO DE EVALUACION POR ESPECIALISTA

PACIENTE CON GINECORRAGIA Y EMBARAZO 2°/3° TRIMESTRE

	DPNI	PLACENTA PREVIA	ROTURA UTERINA
INICIO	BRUSCO	LENTO, PROGRESIVO	BRUSCO
SANGRADO	ESCASO, OSCURO (puede faltar)	ROJA, ABUNDANTE, INTERMITENTE	HEMORRAGIA VAGINAL VARIABLE HEMOPERITONEO
ESTADO GENERAL MATERNO	BUENO	MALO	MUY MALO
ESTADO GENERAL FETAL	AFECTADO	POCO AFECTADO	MUY AFECTADO
DOLOR	SI	NO	SI
TONO UTERINO	HIPERTONÍA UTERINA	NORMAL	ATONÍA
ASOCIACIONES	PREECLAMPSIA – POLIHIDRAMNIOS- MULTIPARIDAD- EDAD AVANZADA	EMB M{ULTIPLE – CICATRIZ UTERINA- MULTIPARIDAD- EDAD AVANZADA	CICATRIZ UTERINA

PACIENTE CON GINECORRAGIA Y EMBARAZO 2°/3° TRIMESTRE

Sangrado abundante que amenaza la vida

Remitir a nivel IV en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que realice:

1. Canalizar dos venas con catéter 16 o 18 para iniciar cristaloides en bolos para mantener presión arterial sistólica \geq 90 mmHg; tomar muestra de sangre para hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, hemoclasificación, tiempos de coagulación y creatinina.
2. Evaluar tempranamente la necesidad de paquete de transfusión de emergencia 2 U glóbulos rojos O (-).
3. Reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hipovolémico severo con glóbulos rojos 6 unidades (incluidas 2 unidades O-), plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas.
4. Colocar sonda vesical para evaluación de gasto urinario.
5. Monitorizar durante el transporte signos vitales maternos y en caso indicado: fetocardia cada 15 minutos.
6. Remitir a institución con posibilidad de laparotomía/ laparoscopia (primer trimestre), legrado (primer trimestre) y cesárea de emergencia (segundo trimestre)..

PACIENTE CON GINECORRAGIA: HEMORRAGIA POSPARTO O POSABORTO

4 Ts

- ✓ TONO
- ✓ TRAUMA
- ✓ TEJIDOS
- ✓ TROMBINA

Es la pérdida de 1000ml o más de sangre y/o signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 hs posteriores al nacimiento

Medicamentos

Ac. Tranexámico 1 g/10 ml lento,
se puede repetir en 30 min
Oxitocina 80-160/mU/min
Ergometrina 0.2 mg i.m.
Misoprostol 800 mcg SL/rectal

Balón de Bakri
o sustituto
Entrenamiento
periódico del
equipo en
simulacro de
emergencia
obstétrica

PACIENTE CON GINECORRAGIA: REPERCUSIÓN HEMODINAMICA

DIAGNÓSTICO
Y
CLASIFICACIÓN
DEL GRADO DE
CHOQUE
HIPOVOLÉMICO

Perdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg)	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Ausente
16-25% 1001-1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000 mL	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	Severo

Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención de las principales emergencias obstétricas. Washington, D.C.: OPS; 2024.

PACIENTE CON GINECORRAGIA: REPERCUSIÓN HEMODINAMICA

SE RECOMIENDA LA INFUSIÓN DE CRISTALOIDES CALIENTES EN BOLOS DE 300 A 500 CC EVALUANDO LA RESPUESTA CON VARIABLES CLÍNICAS

Metas

Sensorio normal (Alerta)
Llenado capilar > 3 seg
TAS > 90 mmHg
SatO2 >= 95%
IC < 0.9
T > 35°C
Lactato < 2 mmol/L
Fibrinógeno > 200 mg/dL



Respuesta rápida	Respuesta transitoria	No respuesta
Retorna a lo normal	Hipotensión recurrente (PA < 90 mmHg); sensorio comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
10-25% ó 500- 1500mL (choque compensado o leve)	26-40% ó 1500-2000 mL (choque moderado)	>40% ó 2000 mL (choque severo)
Transfusión improbable	Probable paquete globular de emergencia: 2 UGRE	Paquete transfusional de emergencia 4U GRE/6U PFC / 6U PLT, ABO compatibles
Sangre tipo compatible con pruebas cruzadas (45- 60 min)	Paquete globular de emergencia tipo específica sin pruebas cruzadas (15 minutos). En caso de no disponibilidad, O-u O+	Inmediato paquete globular O- (u O+) PFC O- (u O-), PLT O Rh compatibles

2. ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

Dolor abdominal + compromiso del estado general donde la patología asienta en los órganos genitales. Más frecuente en edad reproductiva

ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO: CAUSAS

INFECCIOSO	HEMORRAGICO	MECÁNICO	HORMONAL	TRAUMÁTICA
<ul style="list-style-type: none">• EPI• NECROBIOSISMIOMA	<ul style="list-style-type: none">• EMBARAZO ECTÓPICO• FOLÍCULO O CUERPO LUTEO SANGRANTE• ENDOMETRIOSIS• SANGRADO POSQUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none">• TORSIÓN ANEXIAL• MIOMA PEDICULADO SUBSEROZO TORSIONADO	<ul style="list-style-type: none">• HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA• ETG	<ul style="list-style-type: none">• POSABORTO EVACUADOR• POSLEGRADO BIOPSICO• PERFORACIÓN

RECORDAR REALIZAR D/D CON CAUSAS MÉDICAS Y EXTRAGINECOLÓGICAS: APENDICITIS, DIVERTICULITIS, PNF, ETC

ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO: DIAGNÓSTICO

- ANAMNESIS
 - EXAMEN FISICO
 - HEMOGRAMA
 - ECOGRAFIA
 - SUB B-HCG
- DE SER
POSIBLE

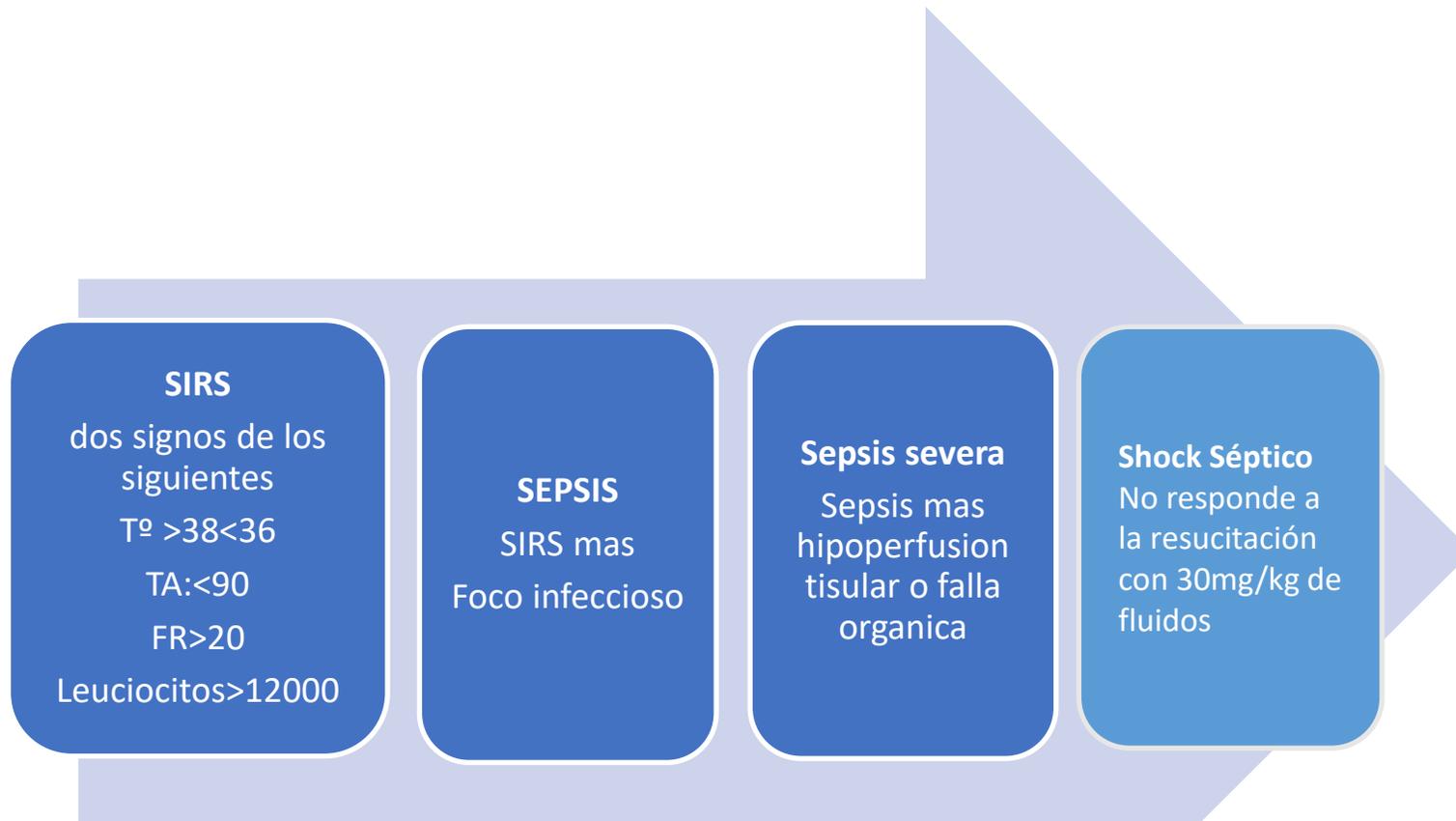
ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

- ✓ Solicitar **sub B- HCG** ante cualquier consulta por dolor abdominal y/o ginecorragia en mujeres.
- ✓ Ante un diagnóstico de **abdomen agudo (y/o consulta repetida por dolor abdominal), colocar hidratación parenteral, indicar ayuno y solicitar interconsulta con especialista y derivar a institución de mayor complejidad** **PRUDENCIA** al indicar **analgésicos/antipiréticos!!** Evaluar correctamente a la paciente y una vez llegado al diagnóstico presuntivo administrar de preferencia un opiáceo leve, salvo que haya fiebre, para poder aguardar la resolución en el nosocomio al cual sea trasladada.
- ✓ El Tramadol suele ser una buena opción. Es bien tolerado con escasos efectos adversos a comparación de otros opioides y vida media corta
- ✓ Si la paciente **retorna a su hogar con pautas de alarma (darlas por escrito)** y que sepa **dónde consultar**, indicar SIEMPRE control con médico de cabecera a las 24/48 hs
- ✓ Evaluar siempre **COMPROMISO HEMODINÁMICO** (signos vitales y determinación de hematocrito y Hb)

3. SEPSIS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define sepsis materna como una condición que amenaza la vida, definida como disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo, el nacimiento, el período post-aborto o el período post-parto

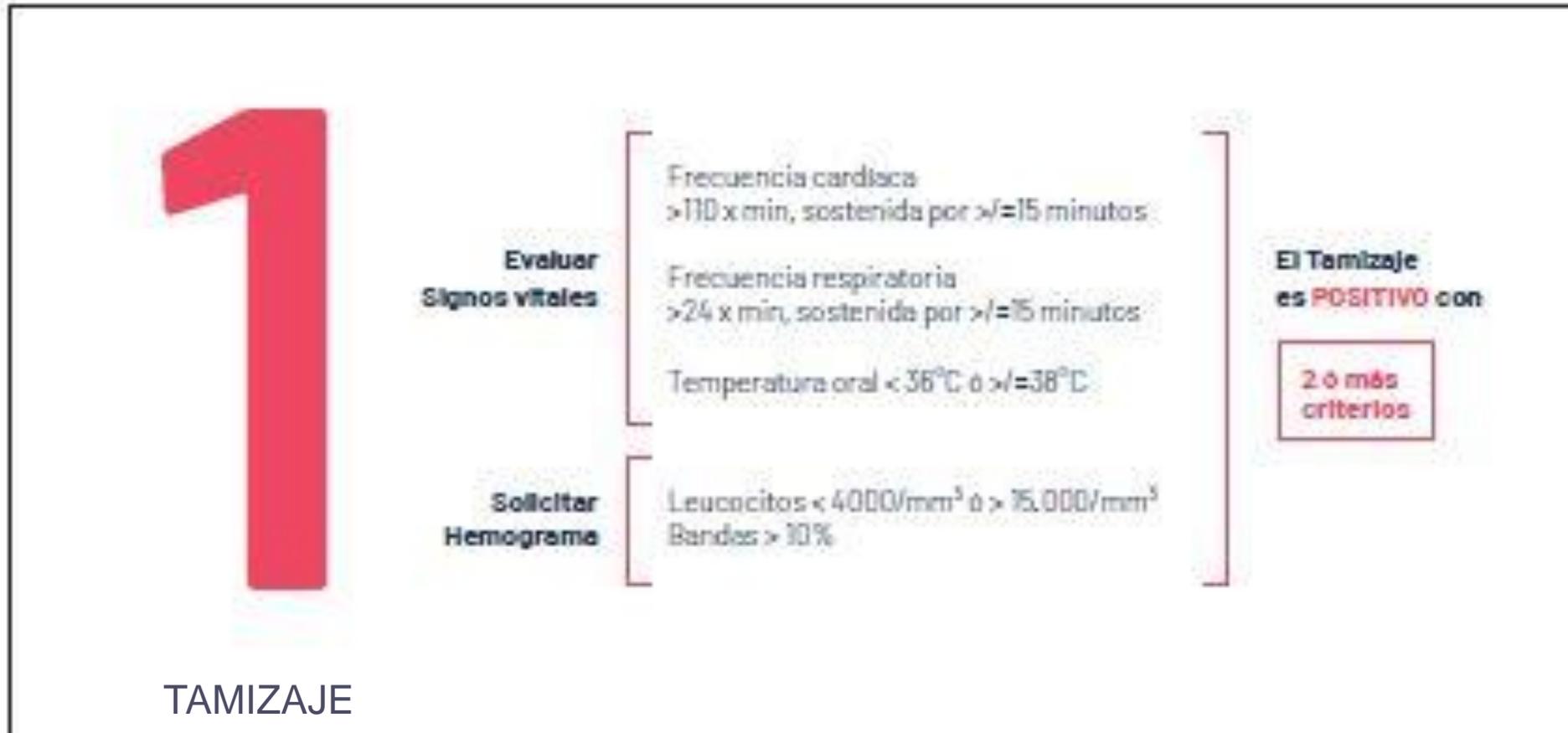
SEPSIS GINECO OBSTETRICIA:



SEPSIS GINECO OBSTETRICIA: CAUSAS Y Dx diferencial

Sepsis de Origen	Momento de presentación		
	Anteparto	Intraparto	Postparto
Obstétrico	Infección intra-amniótica	Infección intra-amniótica	Endometritis
	Aborto séptico		Mastitis
No obstétrico	ITU/pielonefritis	ITU/pielonefritis	ITU/pielonefritis
	Apendicitis	Infección de sitio operatorio	Infección de sitio operatorio
	Infecciones respiratorias (neumonía, COVID-19, influenza,...)	Infecciones respiratorias (neumonía, COVID-19, influenza,...)	Infecciones respiratorias (neumonía, COVID-19, influenza,...)

SEPSIS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: DIAGNÓSTICO EN 2 PASOS



SEPSIS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: DIAGNÓSTICO EN 2 PASOS

CONFIRMACIÓN

2

Evaluar
lesión de órgano
blanco

-  Evaluación paraclínica
Hemograma completo
Pruebas de coagulación (PT, INR, PPT)
Panel metabólico (Bbs, Cr)
Ácido láctico venoso
-  Evaluación clínica
Diuresis (colocar catéter Foley)
Pulsioximetría
Evaluación del estado mental

Respiratorio

- Falla respiratoria aguda (VMNI o VMI)
- $PaO_2/FiO_2 < 300$

Hepático

- Bb > 2 mg/dl

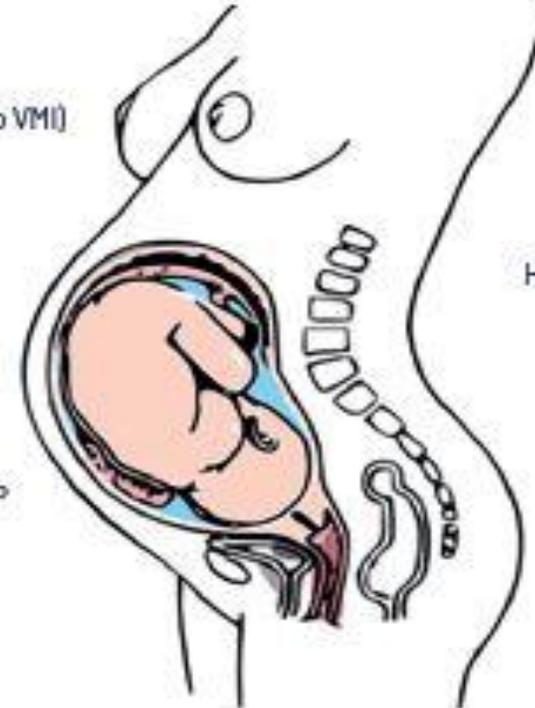
Coagulación

- Plaquetas < 100000 , ó
- INR > 1.5 , ó
- PTT > 60 seg

Acido láctico

- 2 mmol/L en ausencia de T de P

**1 solo criterio es suficiente
para el diagnóstico**



Neurológico

- Agitación
- Confusión
- No respuesta

Cardiovascular

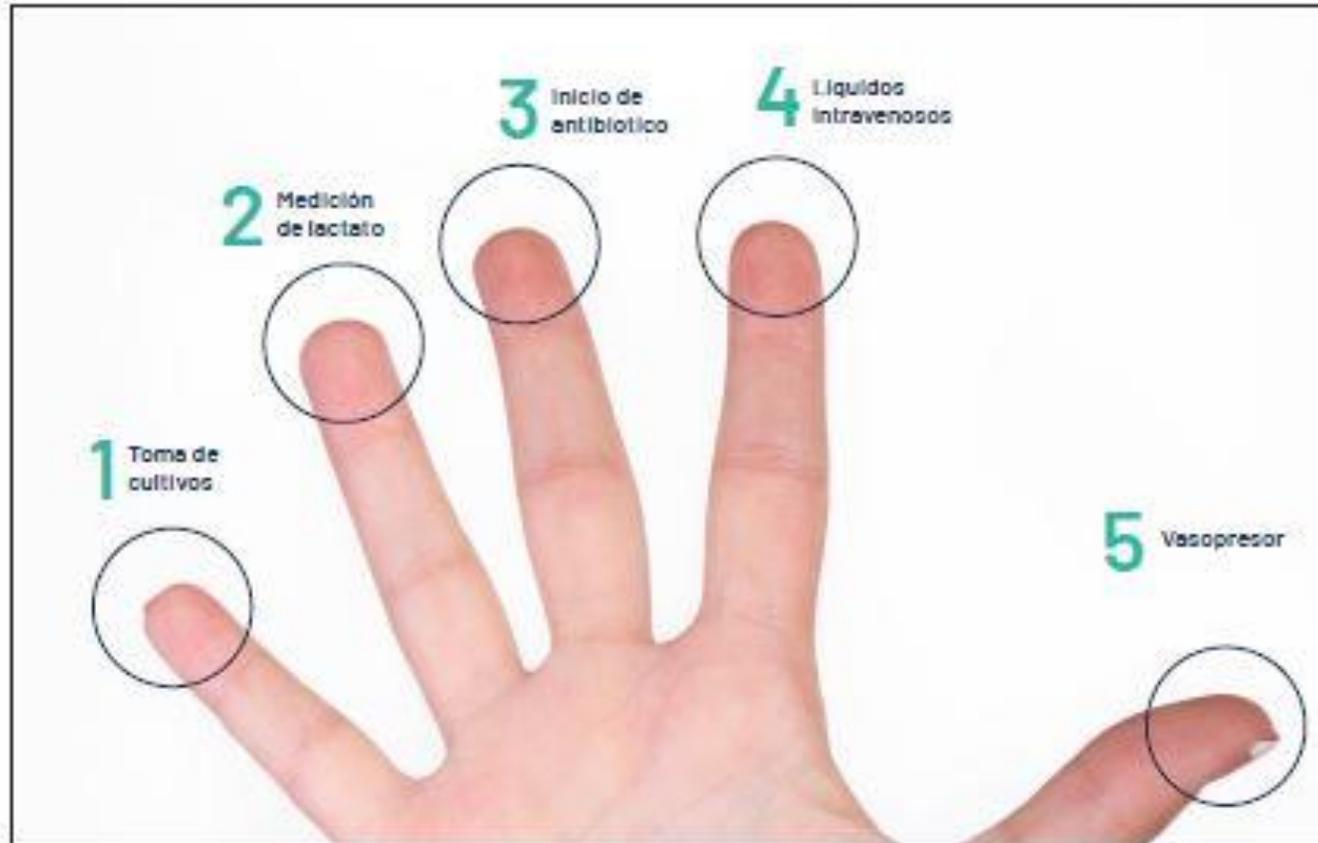
- Hipotensión persistente después LIV
- PAS < 85 mmHg, ó
- PAM < 65 mmHg, ó
- Disminución > 40 mmHg en PAS

Renal

- Cr sérica > 1.2 mg/dl, ó
- Duplicación Cr, ó
- GU < 0.5 ml/kg/h (por 2 horas)

Fuente: Adaptado de (3). Abreviaturas: VMNI: Ventilación mecánica no invasiva, VMI: Ventilación mecánica invasiva, PaO_2/FiO_2 : Presión arterial de oxígeno/Fracción inspirada de oxígeno, Bb: Bilirrubina, INR: Índice internacional normalizado, PTT: Tiempo parcial de tromboplastina, T de P: Trabajo de parto, LIV: Líquidas intravenosas, PAS: Presión arterial sistólica, PAM: Presión arterial media, Cr: Creatinina, GU: Gasto urinario.

SEPSIS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: MANEJO



ANTIBIÓTICOS EMPÍRICOS DIRIGIDOS A MICROORGANISMOS PREVALENTES: ESTREPTO A Y B, ENTEROCOCO, E COLI, BACTEROIDES, STAFILOCOCO.

- Tratamiento inicial 0 a 6 horas: Concepto de "La hora de oro"
- Esquemas Antibióticos intravenosos:
 - o Ceftriaxona + Clindamicina + Ampicilina
 - o Betalactámicos + Aminoglucósidos
 - o Clindamicina + Aminoglucósidos o Quinolonas
 - o Betalactámicos + Aminoglucósidos + Metronidazol
 - o Cefalosporinas 3ra Generación + Quinolona
 - o Carbapenem + Vancomicina

Fuente: Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. www.ccmjournal.org. 2021 [internet] Vol. 49. 2021

4. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Hipertensión inducida por el embarazo

Preeclampsia

Hipertensión crónica/ Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada

Eclampsia/ HELLP

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO

EMBARAZADA HIPERTENSA

- PAS: MAYOR O IGUAL 140 mmHg
- PAD: MAYOR O IGUAL A 90 mmHg

CRISIS HIPERTENSIVA

- PAS: MAYOR O IGUAL 160 mmHg
- PAD: MAYOR O IGUAL 110 mmHg

Los estados hipertensivos del embarazo constituyen en 2022 la principal **causa de mortalidad materna en la Argentina (25% de las muertes)**.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: TRATAMIENTO

ESQUEMA DE ACCIÓN:

- ✓ TOMA DE TA
- ✓ DETECCIÓN DE LATIDOS CARDIACOS FETALES
- ✓ CRISIS HTA: INICIAR MEDICACION, MgSO4 Y COMENZAR DERIVACION
- ✓ HIPERTENSION: DERIVACIÓN

TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA	
DROGA	DOSIS Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN
LABETALOL Amp. de 4ml = 20mg Recomendación I-A	INFUSIÓN EV INTERMITENTE: 20 mg (1 ampolla diluida en 100 ml sol. dextrosada 5%) IV lento, a pasar en 10-15 min. Efecto máximo: a partir de los 5 minutos. Si no desciende la TA a los 15 minutos, duplicar la dosis: 40 mg (2 ampollas); si no desciende la TA, duplicar la dosis: 80 mg (4 ampollas). Si persiste la HTA, a los 15 minutos repetir dosis anterior: 80 mg (4 ampollas). Dosis máxima EV total: 220-300 mg y 80 mg diluidos por bolo lento. INFUSIÓN CONTINUA (BOMBA DE INFUSIÓN): 40 ml = 10 ampollas en 160 ml Sol Dextrosa 5% (200 ml); pasar en 1 a 2 ml/min. = 1 a 2 mg/min. Efecto materno: Cefalea, Bradicardia. Contraindicada en asma bronquial, ICC, Bloqueo A-V. Efecto fetal: bradicardia leve.
NIFEDIPINA Comp. de 10 y 20 mg, liberación lenta Recomendación I-A	10 mg. VO cada 30 ó 40 minutos según respuesta. La dosis máxima es de 40 mg. Sólo se administrará con paciente consciente. Efecto materno: Cefalea, tuforadas. Contraindicada en ≥ 45 años, Diabetes > 10 años de evolución. Efecto fetal: taquicardia.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

MgSO4
PREVENCIÓN
ECLAMPSIA

1
El MgSO4 es considerado un medicamento de alto riesgo.

Consideraciones de
Etiquetar como medicamento de alto riesgo (color rojo).
Comunicación aséptica cerrada y ordenada.
Administración por bomba de infusión.
Disponer de gluconato de calcio.
Monitorización clínica.
Al discontinuar, cambiar el sitio de administración.

Dosis de MgSO4
Presentación: vial 20% (2 g/10 ml)
Compatibilidad mezcla: SSN09% - Lactato Ringer
Bolo: 4-6* g (* si IMC > 35), en 20-30 minutos
Infusión: 1 g/h por bomba de infusión!!

Manejo del medicamento

Consideraciones de

Monitorización clínica de MgSO4
Evaluación ascendente.
Alteración del sensorio (somnolencia, confusión,...)
Dolor pecho, hipotensión, depresión respiratoria, Fr < 12/min, cambios ECG (disminución PR, aumento QRS).
Ausencia reflejos cutáneos abdominales superficiales, gasto urinario.
Ausencia de ROT patelar.

Niveles de MgSO4
SOLO en condiciones especiales (insuficiencia renal, ausencia de ROT profundos), ya que el nivel terapéutico es desconocido.
4.8-8.4 mg/dL (4-7 mEq/L): niveles recomendados
9.6-12 mg/dL (> 7 mEq/L): ausencia ROT profundos
12-18 mg/dL (> 10 mEq/L): depresión respiratoria
24-30 mg/dL (> 25 mEq/L): paro cardíaco

Ante intoxicación por MgSO4
Suspender infusión de MgSO4
Gluconato de calcio
1 g iv en 2-5 min

Consideraciones de sulfato de magnesio (MgSO4) por Virna Patricia Medina-Palmezano se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Manejo del medicamento | **Monitorización**

Organización Panamericana de la Salud.
Recomendaciones para la atención de las principales emergencias obstétricas.
Washington, D.C.: OPS; 2024.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: ECLAMPSIA

ESTABILIZAR A LA PACIENTE Y DERIVAR EN CÓDIGO ROJO

Objetivo	Actividad
1. No intentar abolir el cuadro	Solicite ayuda
2. Prevenir la injuria materna: Aspiración Traumatismo	<ul style="list-style-type: none"> • Tubo de Mayo-mordillo • Lateralizar la cabeza • Aspirar secreciones • Barras elevadas y protegidas • Sujeción
3. Soporte respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Máscara con O₂ al 8-10% • Oximetría de pulso • Asegurar permeabilidad de la vía aérea
4. Prevención de Recurrencia	SO4 Mg : Carga: 5 gr, iv lento Mantenimiento: 1gr/h por 24 hs.
5. Manejo de la HTA	Labetalol iv. Hidralazina iv. Nifedipina (sólo con sensorio normal)
6. Vigilancia fetal	Auscultación –Monitoreo continuo
7. Control de diuresis	Colocar sonda Foley y registro/hora
8. Control del medio interno: gases en sangre	Corrección de la acidemia
9. Realizar laboratorio seriado	Evaluar complicación con Síndr Hellp, falla renal o coagulopatía
10. Finalización del embarazo	Una vez estabilizado el estado de la madre y el feto

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594 Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR 2012

5. ATENCIÓN DEL PARTO EN EXPULSIVO/ AMENAZA PARTO PREMATURO

Ante la inminencia de un parto nos sumergimos en una enorme cantidad de sensaciones no agradables como temor, ansiedad, angustia. La responsabilidad que nos atañe nos atraviesa en lo más profundo. Nuestra conciencia de la inexperiencia en esta área puede jugaros una mala pasada.

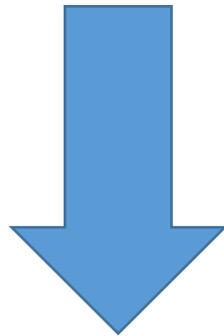
En este apartado trataremos de brindar las herramientas necesarias para poder asistir correctamente un parto cuando no somos especialistas en el tema.

ATENCIÓN DEL PARTO EN EXPULSIVO

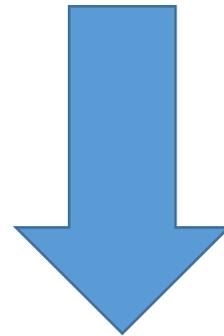
Al recibir el llamado de una paciente o un familiar de la misma totalmente colapsado pidiendo ayuda por sospechar un parto inminente lo primero que debemos hacer es calmar al que se encuentra del otro lado del teléfono diciéndole que la ayuda está en camino.

Al llegar al domicilio podemos tener 2 escenarios posibles:

Llegar y encontrar una mujer con facie de dolor con sensación de pujo o “ganas de hacer de cuerpo”



Llegar y encontrar la paciente cursando un puerperio inmediato



ATENCIÓN DEL PARTO EN EXPULSIVO

Lo primero es **calmar el ambiente**, tranquilizar a la embarazada y a los familiares que puedan estar acompañándola. También es muy importante no culpabilizar a la mujer ni cuestionar el porque “no aviso antes” ya que no logramos nada y sólo haremos que quede una huella negativa en su memoria de este momento que tiene que ser único y feliz, así no haya sido el lugar planificado para que suceda.

Llevarla a un lugar cómodo, sacar la ropa para observar el periné.

Tanto si observamos la cabeza fetal como si la paciente adopta alguna posición tipo en cuclillas o acostada haciendo fuerza y refiere no poder moverse nos indicará que no hay tiempo para traslado y atenderemos el parto en el lugar. Indicaremos a alguien que inicie **los llamados para el traslado**.

Si **el bebé llora** estamos frente a un bebé vigoroso. Lo único que debemos hacer es ponerlo en el pecho materno descubierto y taparlos a ambos juntos. (**COPAP**: Contacto Piel a Piel). Iniciar los **llamados para el traslado** de esta manera aún sin haber clampeado el cordón. Mientras la placenta este en el útero no es necesario. Si esta ya se desprendió entonces si tomaremos una pinza hemostasia, un clamp o un hilo y lo cortaremos.

Si **el bebé no llora**, **estimularlo** con secado vigoroso sobre el pecho materno. Prestarle especial atención al tono y no tanto al color, ya puede nacer un poco azulado pero si el tono es normal no es para preocuparse.

Una buena maniobra es palpar el cordón para ver la frecuencia cardíaca fetal. (100/120 lat x min)

ATENCIÓN DEL PARTO EN EXPULSIVO

Al contrario de todo lo que imaginamos que debemos hacer la idea es QUE NO HAGAMOS NADA, SOLO ACOMPAÑAR EL PROCESO DEL PARTO APELANDO A LA FISIOLOGÍA DE LA NATURALEZA...

No preocuparse por desgarros, sostener la cabeza fetal y el resto del cuerpo durante su expulsión.

Apenas completa el desprendimiento colocarlo en el pecho materno y taparlo.

Si no tiene buen tono, no llora o notamos la frecuencia cardiaca baja colocarle máscara de O2 sobre el pecho materno (mejor lugar para que mantenga el calor) y trasladarlo inmediatamente.

Realizar maniobras inoportunas sólo calma la ansiedad de quien las ejecuta para pensar que está haciendo ALGO.....

ATENCIÓN DEL PARTO EN EXPULSIVO

- Intentar NO encender sirenas durante el traslado ya que esto puede resultar estresante para el niño y la madre.
- Es una buena compañía que nos asista alguien que ya haya pasado por un parto alguna vez en su vida, ya sea personal de salud o familiar de la misma.
- Si completó alumbramiento y hay sangrado que impresiona abundante se puede dar Misoprostol yugal 400 mg. Aclarar en hoja de derivación si se realiza. NO de rutina por efectos secundarios (fiebre!)
- No es necesario administrar antibióticos
- También es una buena idea tener previsto la asistencia telefónica de algún especialista o algún efector del 2° o 3° nivel a quien poder llamar para asistirnos en este momento.
- Colocar vía periférica sólo si el traslado es largo o se va a demorar
- No forzar alumbramiento, este puede ocurrir luego de 2 horas con la sensación, por parte de la mujer, de pujar nuevamente. Si no intervenimos seguramente se expulsará completa. “El útero se contrae sabiamente”
- No cortar cordón si se desconoce técnica o no se cuenta con el material necesario

ATENCIÓN DEL PARTO EN EXPULSIVO: CAJA DE PARTOS



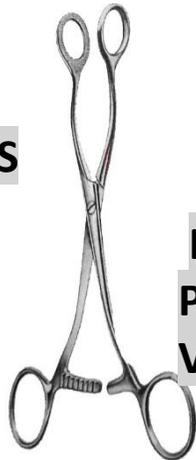
DISECCIÓN CON DIENTES



PORTA AGUJAS



**2 PINZAS KOCHER PARA
CLAMPEO CORDÓN**



**PINZA ARO O CUALQUIER OTRA
PINZA PARA LA ANTISEPSIA ZONA
VILVAR**



TIJERA METZENBAUM

ADEMÁS:
CAMPO ESTÉRIL
GUANTES ESTÉRILES
GASAS ESTÉRILES
SUTURA REABSORBIBLE
(CATGUT – VYCRIL)

AMENAZA PARTO PREMATURO

El nacimiento pretérmino representa el 10 – 15% de todos los nacimientos.

“Es la **primera causa** de morbi-mortalidad neonatal (SDR y HIV). Responsable del 70% de las muertes y del 50% de las secuelas neurológicas del RN.”



UNA CORRECTA
INTERVENCIÓN
PUEDE CAMBIAR EL
PRONÓSTICO FETAL

Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas – Ministerio de salud de la Nación – ed 2015

AMENAZA PARTO PREMATURO

Principales objetivos:

- ✓ Retrasar el nacimiento hasta lograr la maduración pulmonar
- ✓ Transferir a la embarazada a un centro de mayor complejidad

Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas – Ministerio de salud de la Nación – ed 2015

Contraindicaciones para la inhibición de la amenaza de parto prematuro	
ABSOLUTAS	RELATIVAS <i>(se tomará conducta de acuerdo a la clínica)</i>
Infección ovular	Metrorragia
Muerte fetal	Sufrimiento fetal
Malformación fetal incompatible con la vida (por ejemplo: anencefalia)	Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)
Enfermedad materna (Situaciones hiperdinámicas-infecciosas). DPN	Madurez pulmonar fetal comprobada. HTA severa

AMENAZA PARTO PREMATURO: TRATAMIENTO

NIFEDIPINA	Bloqueante de los canales de Calcio con disminución del Calcio iónico intracelular.	Dosis: Inicio: 10-20 mg vía oral. De ser necesario, reiterar a los 20 minutos, sin superar 60 mg en la 1ª hora. Mantenimiento: 10-20 mg/4-6 u 8 horas, espaciando las tomas de acuerdo al cese de las contracciones uterinas Dosis máxima: 160 mg/día Duración máxima del tratamiento: 48 horas. (NO administrar por vía sublingual).
-------------------	---	--

INDOMETACINA	Inhibidor de síntesis de prostaglandinas, por inhibición de enzimas ciclooxigenasas (COX's).	Dosis: 50 a 100 mg por vía oral o rectal, seguida por 25 mg cada 4 a 6 horas. Duración máxima del tratamiento: 48 horas.
---------------------	--	---

DE ELECCIÓN
EN MAYORES
DE 32 SEM



ISOXUPRINA	β 2 adrenérgico receptor agonista simpático-mimético en miometrio. Disminuye el calcio iónico intracelular.	Dosis: 100 a 400 mcgr/min Preparación de infusión EV: 10 ampollas (10 mg c/u) = 100 mg, diluidas en 500 cc de solución Dextrosa al 5% o solución fisiológica a goteo EV inicial de 10 gotas/min = 100 mcg/min. Con bomba de infusión: 21 gotas/min. Aumento de dosis: hasta 400 mcg/min, de acuerdo a respuesta. Ajustar según pulso < 120 x min, TA >90/50 y FCF hasta 160 x min Duración de la infusión: 12 horas (máximo 24 hs).
-------------------	---	---

DE ELECCIÓN
EN MENORES
DE 32 SEM



2° ELECCIÓN
A CUALQUIER
EG



AMENAZA PARTO PREMATURO: TRATAMIENTO

- MADURACION PULMONAR

BETAMETASONA: 12 mg
c/24 hs x 2 dosis

DEXAMETASONA: 6 mg
c/12 hs x 4 dosis

Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas – Ministerio de salud de la Nación – ed 2015

- NEUROPROTECCIÓN

La evidencia actual ha demostrado que la administración antenatal de Sulfato de Mg (SM) en mujeres en riesgo inminente de PP, resulta una intervención segura y de costo/beneficio. Con el uso de SM poco antes del parto se reduce el riesgo de PC y se protege la función motora gruesa en los niños nacidos prematuramente. Además, los efectos de su utilización pueden ser mayores, a menor edad gestacional y no se observaron asociaciones con resultados desfavorables a largo plazo, maternos ni fetales¹²⁸.

CRITERIOS PARA ADMINISTRAR SM COMO NEUROPROTECTOR EN EDAD GESTACIONAL DE 24 A 31,6 SEMANAS

Trabajo de Parto activo con ≥ 4 cm de dilatación cervical, con membranas íntegras o rotas.
Nacimiento prematuro programado por indicación fetal y/o materna.

CUMPLE CRITERIOS: Administrar SM

- Dosis de carga: de 5 g en infusión EV de 30 min.
- Dosis de mantenimiento: 1g/hora EV hasta el parto o un máximo de 12 hs
- En caso de Cesárea Programada: comenzar la administración (idealmente) 4 hs antes de la intervención
- Control horario de parámetros clínicos: TA, FC, reflejos rotulianos, frecuencia respiratoria y diuresis.
- Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal.
- Administrar glucocorticoides para la maduración pulmonar fetal (si aún no se han administrado).

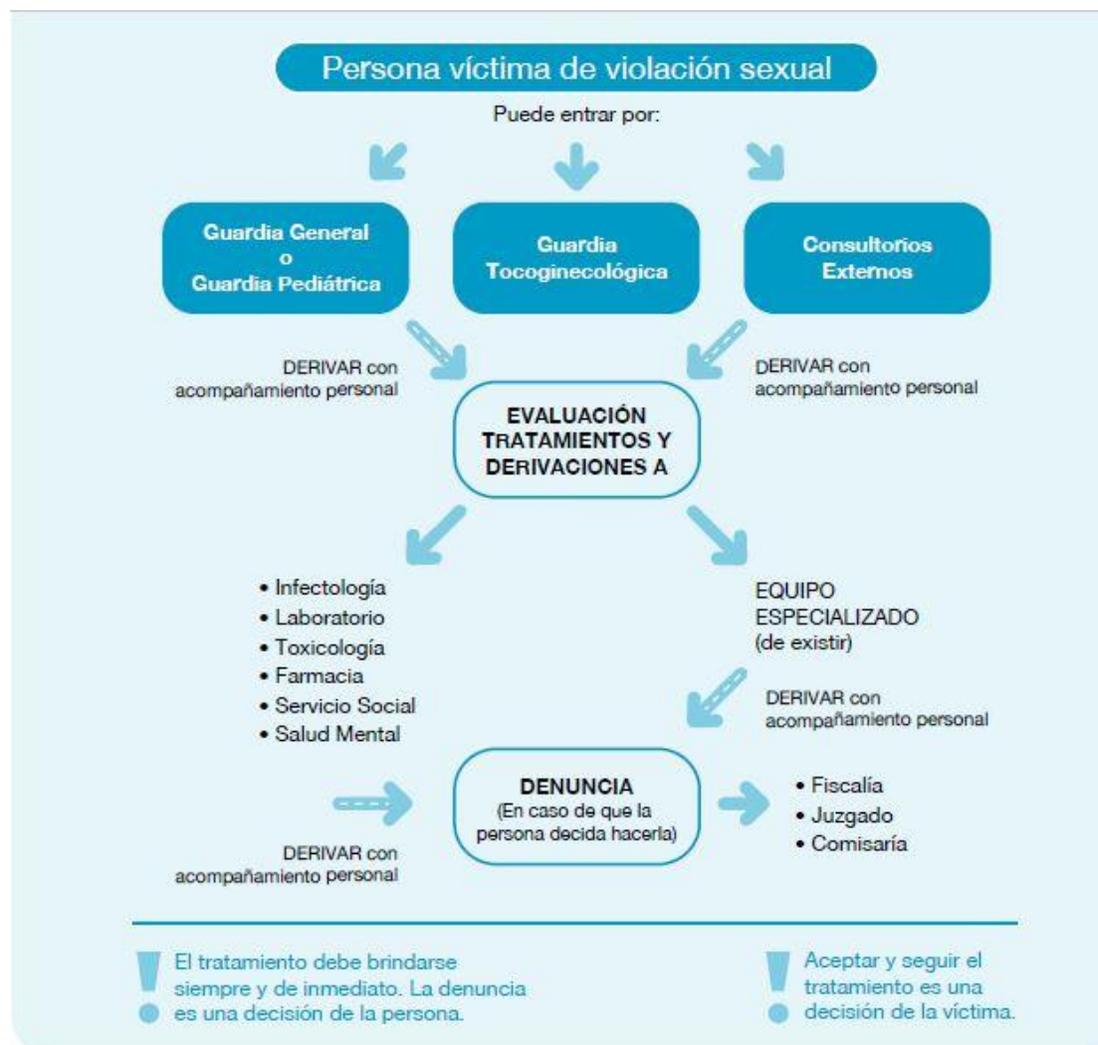
NO CUMPLE CRITERIOS

No administrar SM.

6. MANEJO INICIAL ANTE ABUSO SEXUAL

La violación es un ataque al cuerpo, a la sexualidad, a la persona en su integridad, dignidad y libertad. Su atención inmediata y reparación es responsabilidad pública.

MANEJO INICIAL ANTE UN ABUSO SEXUAL



Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales : actualización 2021 /Silvia Chejter ; contribuciones de Analía Messina ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021

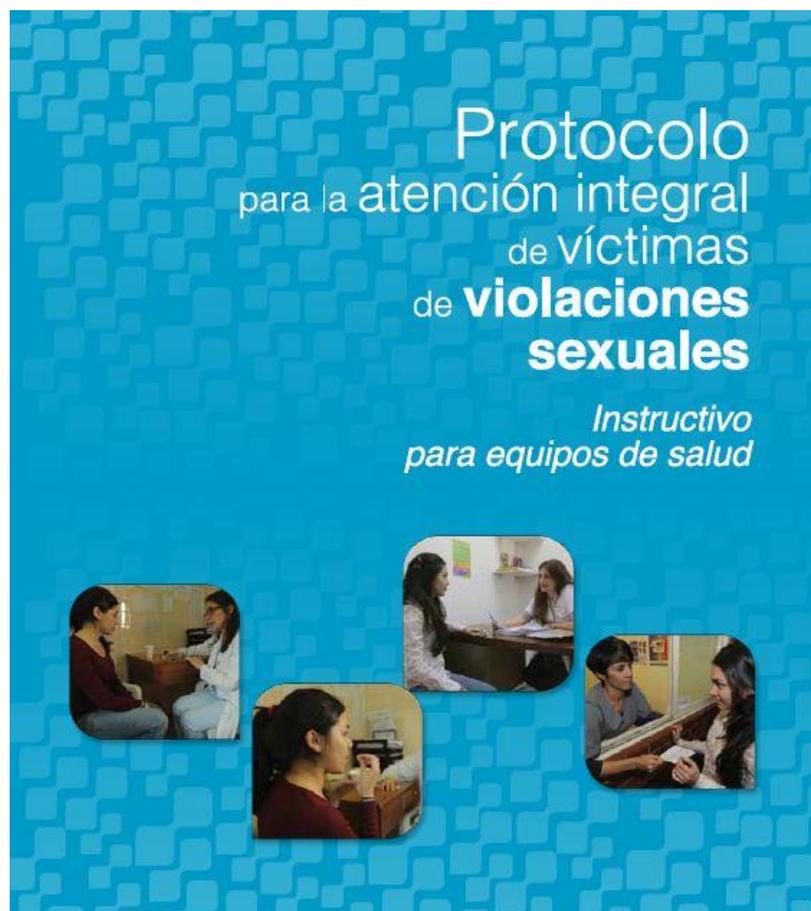
MANEJO INICIAL ANTE UN ABUSO SEXUAL

- El equipo de salud será responsable de preservar las evidencias hasta la llegada del equipo de investigación y/o médico legista: Esto implica no higienizar a la víctima, y reservar la ropa interior u otras prendas que puedan contener muestras biológicas del victimario.
- Si la condición del paciente requiere intervención inmediata que pueda comprometer la preservación de evidencia (ej sutura, ingreso a quirófano, etc), el médico asistencial deberá tomar las muestras biológicas que correspondan (anal/vaginal/oral), confeccionar el formulario de Cadena de Custodia y dar inmediato aviso al Fiscal. De lo contrario, notificará al Fiscal, y aguardará la llegada del médico de Policía de Investigación/Forens
- Es ideal realizar la toma de muestra y el examen físico genito-anal en el mismo procedimiento, a fin de evitar exposiciones reiteradas de la víctima.

MANEJO INICIAL ANTE UN ABUSO SEXUAL

- Garantizar un ambiente de privacidad y tener en cuenta el estado emocional de la persona.
- Creer en su palabra, sin culpabilizar, revictimizar ni influenciar en sus decisiones
- Evitar que tenga que repetir lo ocurrido: unificar el registro de datos en la HC.
- Explicar que es su derecho denunciar lo que le ocurrió, para que la Justicia investigue y como una forma de reparación.
- Dejar en claro que realizar la denuncia es una decisión personal para que se castigue al agresor, pero que no condiciona ninguna práctica médica.
- Explicar la diferencia entre la denuncia en el fuero civil, para que se tome una medida de protección que impida el acercamiento del agresor, de una denuncia penal por la violación.

MANEJO INICIAL ANTE UN ABUSO SEXUAL



7. SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN OBSTETRICIA

Es una herramienta potencial para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, basados en la identificación de signos clínicos anormales (signos de alarma) para generar una respuesta médica rápida y efectiva.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN OBSTETRICIA

- **Importante!!** La clave del éxito en la implementación de los equipos de respuesta rápida como estrategia para el mejoramiento de indicadores de calidad de la atención en salud, radica en la efectividad de la activación, constituida por el tiempo transcurrido entre la identificación del signo de alerta y el llamado; para lo cual se debe contar con unos criterios adecuadamente establecidos y conocidos por el personal de salud, que junto con las estrategias de comunicación conforman su componente aferente; adicionalmente, se debe obtener un componente eferente eficaz el cual es de vital importancia para la obtención de resultados favorables, y esto se logra a partir de una conformación óptima de un equipo con personal idóneo y calificado

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN OBSTETRICIA

Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg	< 80	80-90		90-139	140-149	150-159	≥ 160
Presión Arterial Diastólica (PAD) mmHg				< 90	90-99	100-109	≥ 110
Frecuencia respiratoria (FR) minutos	< 10			10-17	18-24	25-29	≥ 30
Frecuencia cardíaca (FC) minutos	< 60			60-110		111-149	≥ 150
%O ₂ requerido para mantener una saturación > 95%				Aire ambiente	24-39%		≥ 40%
Temperatura °C	< 34.0		34.0-35.0	35.1-37.9	38.0-38.9		≥ 39
Estado de consciencia				Alerta*			No alerta**

Puntuación (sumatoria)	Grado de respuesta
0	RUTINA OBSERVACIÓN - Mínimo cada 12 horas de observación
1-3 (Sumatoria)	RIESGO BAJO OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs. LLAMADO - Enfermera a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o SUMATORIA de 4 o 5	RIESGO INTERMEDIO OBSERVACIÓN - mínimo cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda.
≥ 6 (Sumatoria)	RIESGO ALTO OBSERVACIÓN - Monitoreo continuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico

PUNTOS CLAVE Y CONCLUSIONES

1. Descartar siempre una gestación en una persona con útero y hemorragia genital (subunidad beta)
2. Pedir ayuda (presencial o virtual) ante la duda o la emergencia
3. Iniciar rápidamente las medidas de reanimación y la referencia oportuna (código rojo: no puede rechazarse).
4. Mantener una comunicación clara, repetitiva y continua con la usuaria/paciente y su familia
5. Establecer previamente:
 - Circuitos de comunicación oportuna y adecuada entre y dentro de los equipos (cada uno sabe exactamente lo que debe hacer).
 - Algoritmos de pared
 - Materiales necesarios para el manejo de la emergencia obstétrica (ácido tranexámico, uterotónicos, balón intrauterino o sustitutos, antihipertensivos, sistemas de referencia adecuados).
 - Es ideal el entrenamiento periódico y sistemático con simulacros en emergencia dentro del equipo.

DUDAS O CONSULTAS

Dirección de Salud Sexual Integral, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

Delegación Santa Fe

- Bv. Galvez 1563, 1º Piso, Of. 2, ciudad de Santa Fe
- Tel : 0342 4573726/2507 (Int. 311)

Delegación Rosario

- Rioja 825, Rosario
- Tel.: [0341 472-1109](tel:03414721109)

saludsexualintegral@santafe.gov.ar

GRACIAS POR SU ATENCIÓN!!



BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA

- Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención de las principales emergencias obstétricas. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328514>
- Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales : actualización 2021 /Silvia Chejter ; contribuciones de Analía Messina ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/Protocolo_VVS_2021.pdf

BIBLIOGRAFÍA ACCESORIA

- EMBARAZO ECTÓPICO. OBSTETRICIA, REPRODUCCION Y GINECOLOGÍA BÁSICAS. - Bonilla – Pellicer 2008 Ed Panamericana
- HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DE EMBARAZO. OBSTETRICIA, REPRODUCCION Y GINECOLOGÍA BÁSICAS. - Bonilla – Pellicer 2008 Ed Panamericana
- Manual breve para la práctica clínica en Emergencia Obstétrica.. Edición 2015
<https://www.fasgo.org.ar/images/Manual-Breve-Emergencia-Obstetrica.pdf>
- GUÍAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PRINCIPALES EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594 Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR 2012
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf>
- Guía práctica para el manejo del dolor abdominal agudo ginecológico. Dra M. Geller- Intramed. Oct 2004
<https://www.intramed.net/52750/Dolor-abdominal-agudo-en-los-adultos#:~:text=En%20las%20mujeres%2C%20el%20dolor,embarazo%20ect%C3%B3pico%20y%20el%20aborto>
- Manejo farmacológico de la HTA en el embarazo - Dra. Ana María Castillo Cañadas .Tipo de Sesión: Guías clínicas – Complejo hospitalario universitario de Albacete – Marzo 2014 -
https://www.chospab.es/web/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/revisionGuiasClinicas/2013-2014/sesion20140319_1.pdf

BIBLIOGRAFÍA ACCESORIA

- Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Protocolos y guías. <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia/materiales-para-equipos-de-trabajo/protocolos-y-guias>
- Taponaje vaginal, Bertan Camila, Universidad Nacional de Chile, 2016. <https://sintesis.med.uchile.cl/procedimientos-diagnosticos-y-terapeuticos/procedimientos-obstetricia-y-ginecologia/12344-taponaje-vaginal>
- Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas – Ministerio de Salud de la Nación – Ed 2015 <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-amenaza-de-parto-pretermino>



Santa Fe
PROVINCIA



Ministerio
de Salud