
	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL

Elaborado Por: Dra. Renata Piderit Jefa Unidad de Apoyo Anestesia y Pabellón Quirúrgico	Revisado Por: Dr. Julio Matute Subdirector Médico	Aprobado Por: Ing. Patricio Vera Mutizabal Director Hospital y CRS El Pino
Dr. Hector Eliash Jefe Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital y CRS El Pino.	MT. Mariluz Alfaro Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital y CRS El Pino.	
Fecha: 08 de Mayo del 2017	Fecha: 17 de Mayo del 2017	Fecha: 30 de Mayo del 2017

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

1. Objetivo:

Establecer manejo de paciente obstétrica de alto Riesgo en unidad que se pesquise, con el fin mejorar la calidad de atención y prevenir la morbilidad materna.

2. Alcance:

- CR Obstetricia y Ginecología, CR Pabellón Quirúrgico, CR UPC.
- Médicos, enfermeras y técnicos tanto de la recuperación central como de la maternidad y UPC.


3. Responsables de la ejecución:

Supervisión:

- **Sub Director Médico:** Será responsables que este protocolo se cumpla.
- **Jefe Médico de la Maternidad:** Será responsable de la vigilancia, elaboración y cumplimiento de los planes de mejora que sean necesarios implementar como Servicio.

Ejecución:

- **Jefes Médicos de Pabellón, ginecología y UPC,** Evaluarán cumplimiento de este Protocolo, Implementaran estrategias de prevención de complicaciones maternas y neonatales.
- **Médico Gineco-obstetra al que le ocurre el evento:**
 1. El médico tratante de la paciente obstétrica que se complica es el responsable del seguimiento de todas las etapas de recuperación de ésta, independientemente que esté hospitalizada en otro CCRR Ej.: Pabellón o UPC.
 2. Es responsable de realizar la convocatoria inmediatamente de Médico Anestesta, Médico de la UPC para evaluar en conjunto la situación del evento ocurrido.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		


3. Solicitar las interconsultas médicas necesarias para el manejo de la paciente que permanece en unidad de Recuperación. Solicitar cupo en UPC del Hospital o del extra sistema si es que no hay posibilidad intrahospitalaria.
4. Responsable de enfatizar la situación en la Entrega de turno para facilitar la continuidad y oportunidades de tratamiento de la paciente.

- **Médico Gineco-obstetra de turno:**
Médico tratante de turno será responsable de continuar con las gestiones realizadas del médico Gineco-Obstetra al que le ocurre el evento.
- **Médico Anestesiólogo de Turno:** es responsables del manejo intensivo de la paciente obstétrica de alto riesgo que permanece en la unidad de recuperación mientras se concreta traslado a unidad crítica.
- **Médico Residente UPC,** es responsable de evaluar criterios de ingreso de paciente obstétrica de alto riesgo a UPC, informar disponibilidad de cupo y registrar valoración en Ficha Clínica.
- **Enfermera de Recuperación:** son responsables de coordinar y cumplir las indicaciones médicas del manejo de la paciente obstétrica de alto riesgo. Solicitar a matronas cada 4 horas o según necesidad control cardio fetal en pacientes gestantes.
- **Técnicos de Enfermería de recuperación:** asistir labor médica, de enfermería o matonería en el manejo de la paciente obstétrica de alto riesgo.

4. Definiciones:

Paciente obstétrica de alto riesgo: Corresponde al gestante o puérpera que presentan patologías previas o complicaciones en los cambios propios del proceso de parto y posparto. Con el objetivo de disminuir la morbilidad materna. Este tipo de paciente requiere de mayor control y vigilancia de su evolución.

Muerte materna: es aquélla que se produce durante el embarazo y hasta un año después del parto, y que es consecuencia de éste.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

Hemorragia post parto es una de las complicaciones más frecuentes del período del alumbramiento y puerperio inmediato

- No operacional Pérdida de 500 ml después de un parto vaginal o 1 Litro después de una cesárea, con una reducción de un 10% del hematocrito.
- Operacional Sangrado genital excesivo después del parto con aparición de signos y síntomas que traducen Hipovolemia e inestabilidad hemodinámica.


Preeclampsia (PE) Enfermedad propia del embarazo de etiología no completamente conocida. Se caracteriza por el alza en las cifras tensionales en la segunda mitad del embarazo y/o puerperio, asociado a proteinuria. El tratamiento definitivo de esta enfermedad consiste en la interrupción del embarazo. Existen distintos tipos según la gravedad del cuadro:

- PE moderada (PEM) Las cifras tensionales no superan los 160/110, no existe evidencia de excitación neurosensorial, tampoco de alteración importante de la función renal, hepática, ni hematológica y el edema de la paciente nunca llega a constituir una anasarca.
- PE severa (PES) Las cifras tensionales han sido iguales o superiores a 160/110 (crisis hipertensiva) y/o la paciente presenta signos de excitación neurosensorial y/o evidencias de deterioro importante de la función renal, hepática o hematológica y/o presenta edema generalizado (anasarca).

Síndrome de HELLP: Una variante grave de la PE, denominado así por el anacronismo en inglés de Hemólisis, Enzimas hepáticas (Liver) elevadas y bajo (Low) recuento Plaquetario.

Eclampsia: Paciente cursando cuadro de preeclampsia que presenta convulsiones generalizadas tónico-clónicas y/o compromiso de conciencia sin otra causa que explique su compromiso neurológico.

La Eclampsia y el síndrome de HELLP son de las complicaciones más graves de la PE. No es infrecuente que la crisis ocurra en el puerperio (generalmente en la primera semana)

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

5. DESARROLLO:

A. INTRODUCCIÓN:

La muerte materna corresponde al mayor riesgo al que se someten las pacientes que se encuentran en algún periodo de su gestación y por lo tanto, corresponde a uno de los indicadores más sensibles de evaluación de la calidad de los procesos de atención en salud obstétrica y perinatal.

La tasa de mortalidad en Chile a pesar de ser una de las más bajas del Caribe y Latino América, también manifiesta una tendencia al estancamiento en los últimos años, alejándonos de la posibilidad de lograr el compromiso adquirido en la Cumbre del Milenio de disminuir la tasa de mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes y alcanzar valores de 9.9/100000 nacidos vivos hacia el 2015.

Se ha definido una muerte materna como aquella que se produce durante el embarazo y hasta un año después del parto, y que es consecuencia de éste.

Principales causas de muerte materna


- Directa: aquella ocurrida por complicaciones relacionadas con el embarazo y puerperio, por causa de una intervención, omisión y tratamiento incorrecto.
- Indirecta: la que resulta por el agravamiento de enfermedades preexistentes durante los cambios fisiológicos del embarazo.
- Fortuita: muerte por causa no relacionada con el embarazo o el puerperio

B. ANTECEDENTES

Dotación de la unidad de recuperación central

- Recurso Humano
 - 1 enfermera, dos técnicos, un auxiliar de servicio
 - 2 anestesiólogos en turno, que reparten sus funciones entre el pabellón central y la maternidad.
- Equipamiento
 - 1 unidad de paciente crítico ventilación mecánica invasiva
 - 7 camas de cuidados intermedios con monitor multiparámetros , que permite monitorización invasiva

En el caso de existir un paciente complejo, puede demandar la atención de todo el personal, la jefatura coordinará refuerzo del personal.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

C. MANEJO CLINICO DE LA PACIENTE OBSTETRICA DE ALTO RIESGO

Las pacientes obstétricas de alto riesgo más frecuentes que ingresan a la Unidad de Recuperación de anestesia de manera transitoria son aquellas pacientes que han presentado hemorragias importantes, cuyo estado clínico va desde una anemia aguda recuperable hasta un shock hipovolémico establecido, el otro grupo de pacientes lo constituye el del síndrome hipertensión del embarazo grave, complicado.

De lo anteriormente descrito es que la oportunidad en la atención y la expertiz de los médicos que evalúan a esta paciente deben contar con profesionales Multidisciplinario.

Frente a un evento se deben ejecutar 3 etapas para asegurar la recuperación de este tipo de pacientes:

C-1 ETAPA DE ACTIVACIÓN Y COORDINACIÓN INTERNA FRENTE A UN EVENTO:


Conducta Preventiva:

Muchos de estos pacientes tienen síntoma o signos predictivos de un comportamiento de alto riesgo por lo que la convocatoria al equipo multidisciplinario debe ser realizada Preventivamente, es decir antes que suceda la complicación. Para que esto ocurra el Ginecólogo que pesquisa en cualquier Unidad una situación de riesgo debe: convocar inmediatamente a Médico Anestesta de Turno, Médico de la UPC y Cirujano de turno para informar del caso.

Conducta expectante:

Esta debe ser liderada por **Médico Gineco-obstetra al que le ocurre el evento.**

Este médico debe realizar la convocatoria inmediatamente al Médico Anestesta de Turno, Médico de la UPC y Cirujano de turno para que realicen la evaluación de la paciente, definir conducta inicial y ejecución de esta, siendo este último el que tienen información de la disponibilidad del Pabellón de Urgencia.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

Las actividades más relevantes del Equipo participantes son:

- Valoración clínica
- Controlar hemorragia si procede, manejo conservador o quirúrgico con la Regla de oro : salvar la vida, no la fertilidad
- Asegurar cupo UPC si la condición de la paciente lo amerita, ya sea en el hospital o extra sistema.
- Evaluar paciente continuamente hasta estabilizar cuadro clínico de gravedad, luego visitar cada 6 horas.
- Acudir a la brevedad en caso de complicación.
- Solicitar imágenes de apoyo diagnóstico y evaluarlo
- Realizar entrega de turno con toda la información necesaria dando énfasis en la situación ocurrida y de esta manera asegurar la continuidad y oportunidad de la atención de las pacientes.


C-2 DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN ROLES:

Médico tratante Gineco-obstetra de turno:

- Dar continuidad en la Atención a la paciente complicada según información entregada en la entrega de turno sigue siendo su médico tratante.
- Valoración clínica
- Controlar hemorragia si procede
- Evaluar paciente continuamente signos y sintomatología relacionados con el cuadro clínico del paciente que sufre un evento.
- Acudir a la brevedad en caso de complicación.
- Solicitar imágenes de apoyo diagnóstico y evaluarlo
- Independientemente que se realice la entrega de turno en el la unidad, el médico de turno tiene la responsabilidad de conocer estas situaciones que ocurren durante la jornada.
- Toda paciente que ingrese a la maternidad debe ser conocida por los médicos de turno y al menos contar con una evaluación médica.

Médico Anestesiista

- Responsable del manejo intensivo de la paciente mientras permanece en recuperación.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		


- Concurrir activación del código para conocer y analizar el caso de esta paciente.
- Valoración Hemodinámica de la paciente
- Mantener vigilancia del estado general y signos vitales
- Indicar Volemización y reposición de Hemoderivados según corresponda
- Establecer parámetros objetivos de hemodinamia
- Indicar e instalar dispositivos invasivos
- Solicitar exámenes y valorarlos
- Indicar tratamiento farmacológico según corresponda.
- Valorar uso de drogas vasoactivas
- Indicar oxígeno-terapia de acuerdo a necesidades de la paciente.
- Solicitar imágenes de apoyo diagnóstico y evaluarlos.
- Acudir a la brevedad en caso de complicación.

Médico residente UPC

- Concurrir activación del código para conocer y analizar el caso de esta paciente.
- Evaluar paciente cada vez que sea requerido, y consignarlo en la ficha clínica.
- Informar condiciones del paciente al Médico tratante (Gineco-obstétricas).
- Informar apenas tenga disponibilidad de cama en UPC
- Informar si no existe posibilidad de cupo UPC para derivar al extra sistema. Esta paciente es la que tiene prioridad para entrar a UPC.

Enfermera de Recuperación

- Mantener vigilancia del estado general y signos vitales, informar signos y síntomas de alerta.
- Ejecutar Volemización y reposición de Hemoderivados según indicación medica
- Instalar dispositivos invasivos de acuerdo a su competencia
- Toma de exámenes y rescate de informes.
- Administrar tratamiento farmacológico según corresponda.
- Manejo de drogas vasoactivas.
- Administrar oxígeno-terapia de acuerdo a necesidades de la paciente y ejecutar cuidados de enfermería según corresponda

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

- Coordinar imágenes de apoyo diagnóstico e informar disponibilidad de resultados.
- Solicitar a matronas cada 4 horas o según necesidad control cardio fetal en pacientes gestantes

Técnico Recuperación

- El registro de signos vitales es cada 15 minutos por la primera hora, luego cada treinta minutos en la segunda hora y continua cada una hora en la hoja enfermería de paciente crítico institucional.
- Preparar insumos y equipamiento según su competencia.
- Asistir procedimientos médicos y de enfermería
- Administrar fluido terapia según indicación médica
- Medición y registro diuresis
- Ejecutar Cuidados de enfermería indicados (cambios de posición, aseo y confort, prevención de caídas etc.)

Auxiliar de Recuperación

- Traslado de muestras de laboratorio
- Traslado de paciente
- Asistencia en cambios de posición de paciente en Ventilación Mecánica
- Colaboración en procedimientos y cuidados de enfermería según su competencia.


C-3 ETAPA DE SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE EN TODAS LAS ETAPAS DE RECUPERACIÓN.

El médico tratante de la paciente obstétrica que se complica es el responsable de ésta, independientemente que la deriven a otro CCRR Ej.: Pabellón, UPC, Alto riesgo Obstétrico, etc.

Esta etapa consiste en que el médico tratante de la paciente obstétrica que se complica maneje la información integral de la evolución de esta paciente y al mismo tiempo mantenga informado al Médico jefe de CCRR GO.

También debe coordinar con su jefatura la entrega de información oficial tanto a la familia, OIRS del Hospital y SDM.

Reportar evento adverso a jefatura.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		


D. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS PARA SEGUIMIENTOS E IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORA:

- Notificar en forma inmediata por Sistema Informático interno, todo incidente, evento adverso
- La unidad de calidad es la encargada de revisar y cerrar los casos en conjunto con las jefaturas correspondientes e informar a la Dirección los eventos Centinelas.

E. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR DE LA JEFATURA MÉDICA DE MATERNIDAD.

El médico Jefe de la Maternidad debe determinar cuáles de las estrategias sugeridas va a implementar para disminuir la casuística de los eventos ocurridos:

- Reuniones Clínicas para análisis sistemáticos de los casos y definir e implementar medidas de mejoras permanentes enfocados en la seguridad de la paciente.
- Análisis y respuestas de los reclamos presentados por el paciente o familiar, referidos al periodo de su hospitalización.
- Difundir este protocolo en la orientación del personal Médico nuevo.
- Incentivar la notificación voluntaria, responsable, confidencial, no punitiva, anónima de los Eventos Adversos.
- Realizar Rondas de seguridad para conocer el estado de pacientes en las diferentes unidades del servicio de Gineco-obstetricia.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

6. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.

- Orientación técnica para la atención integral en el posparto 2014, ministerio de salud Subsecretaría de salud pública Departamento de ciclo vital , programa nacional salud de la mujer
- ALARM (2008). Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá
- Paruk F, Moodley J. Severe obstetric morbidity. Curr Opin Obstet Gynecol 2001;13:563-8
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá. FIGO. Programa Alerta Internacional. 2008 4º edición.
- CLAP/OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico. http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
- Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28:202-207
- OMS/OPS 2002. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto
- Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud
- Ministerio de Salud Chile. Norma general técnica sobre calidad de la atención: Reporte de eventos adversos y eventos centinela

7. Distribución


- CCRR Pabellón Quirúrgico y Anestesia, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Pensionado, Urología, CRS

8. Flujograma.

- No aplica.

9. Control cambio documento.

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en
0	30/05/2017	Edición	CC

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

10. Anexos :

Anexo 1 : INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

ANEXO 1: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

(Orientación técnica para la atención integral en el posparto 2014, ministerio de salud Subsecretaría de salud pública Departamento de ciclo vital, programa nacional salud de la mujer)

Factores predictores

Existen predictores de morbilidad materna severa que son importantes de destacar, debido a que se ha establecido que por cada caso de muerte puede haber hasta 30 casos de morbilidad. Tales factores son la edad mayor de 35 años, raza no blanca, exclusión social, historia previa de hemorragia posparto, embarazo múltiple, hipertensión, diabetes mellitus, cesárea de emergencia y anemia.

Antecedentes epidemiológicos


Las muertes maternas y neonatales, constituyen la expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, constituyendo un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC).

A través de intervenciones apropiadas y eficaces, con una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, se puede reducir la mortalidad y morbilidad, contribuyendo a una mejor salud, calidad de vida y equidad.

Entre 1990 y 2010, la Razón de Mortalidad Materna, en América Latina y el Caribe, ha descendido de 125 a 75 por 100.000 nacidos vivos. Según momento de la ocurrencia, el 50% de las muertes maternas ocurre las primeras 24 horas posparto; 25% durante el embarazo; 20% entre el 2º y 7º día posparto; 5% entre la 2ª y 7ª semana.

Enfermedad materna y riesgo perinatal

Siempre que hablemos de morbimortalidad materna debemos desarrollar el tema de mortalidad perinatal. Un manejo adecuado de la gestante de alto riesgo se debe traducir en menor morbimortalidad perinatal. La mortalidad perinatal es un término que incluye las muertes fetales desde la semana 22 de gestación en para la OMS. Toda enfermedad o evento que ponga en riesgo la vida de la madre es potencialmente mortal para el feto o el neonato. Hay factores de riesgo materno

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

que aumentan la mortalidad perinatal, entre los que se citan: edad materna avanzada (> 35 años), fumar, nulípara, multíparas (> 4) y bajo nivel socioeconómico

La Razón de Mortalidad Materna en Chile, se ha mantenido estable entre los años 2000 y 2011, con 18,7(49 defunciones) y 18,5(46 defunciones) respectivamente por 100.000 nacidos vivos.

Según causa, en el mismo período, la tasa más alta se presenta por hipertensión arterial, con 4,6 (12 defunciones) y 5,6 (14 defunciones) respectivamente, por 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad materna por complicaciones relacionadas por el puerperio, se ha mantenido con tasas de 1,5 (4 defunciones) y 1,2 (3 defunciones) entre 2000 y 2011 respectivamente. Incorpora las complicaciones venosas, dehiscencia de sutura de cesárea.


La tasa de mortalidad por sepsis puerperal y otras infecciones puerperales, es 0,4 (1 defunción) el 2000, para aumentar los años siguientes a 1,5 (4 defunciones) y 1,2 (3 defunciones) el 2001 y 2003, presentando variaciones los años siguientes. El 2001, no se presentan defunciones por esta causa.

No se presentan muertes maternas debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de una año del parto, entre el 2000 y 2004; el 2005 alcanza una tasa de 1,2 (3 defunciones). Entre el 2006 y 2009, no se presentan defunciones por esta causa. El 2010 y 2011 la tasa aumenta de 0,4 (1 defunción) a 2,4 (6 defunciones) por 100.000 nacidos vivos. Incorpora las enfermedades maternas infecciosas y parasitarias y otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y puerperio.

Atención en unidad de cuidados intensivos

Por la complejidad de los cuadros clínicos y la comorbilidad de las pacientes gestantes y posparto, es necesario que los tratamientos se continúen en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

La alta dependencia Obstétrica busca impactar en la morbilidad materna mediante el manejo adecuado y precoz de las gestantes y puérperas críticamente enfermas cuando no se dispone de una cama de cuidados intensivos se hace necesario mantenerlas en lugares que le puedan proporcionar monitorización invasiva o no estricta, soporte ventilatorio y manejo de falla de uno o más órganos. Las unidades de recuperación de anestesia pueden entregar estos requerimientos como primera línea de salva taje. Por la complejidad de las pacientes y de los tratamientos que se derivan, se debe disponer de una proporción alta de enfermeras profesionales y médicos especialistas durante las 24 horas del día. Además, con independencia del diagnóstico que origine el

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

ingreso a estas unidades, lo que determina el pronóstico de la paciente es la calidad del cuidado (monitorización y personal adecuado).

Causas de ingreso


Las causas principales de ingreso a las unidades de cuidados intensivos son: preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, hemorragia obstétrica, hipertensión, postoperatorio de cesárea, enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares y procesos infecciosos. En algunos estudios se determinan otros factores tales como edad, edad gestacional, cirugías diferentes a cesárea, transfusiones, raza, estado civil y escolaridad, pero tienen una repercusión menor.

Las principales causas de ingreso debido a preeclampsia son la necesidad de monitoreo hemodinámico invasivo (hipertensión severa y balance hídrico), ventilación mecánica (síndrome de dificultad respiratoria aguda, edema pulmonar, aspiración), protección de la vía aérea (convulsiones, edema de vía aérea superior), coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP, falla renal aguda, neurológicas (convulsiones y accidente cerebro vascular). El trauma obstétrico es otra causa importante de ingreso a UCI y es una de las principales causas de mortalidad materna no obstétrica. Entre las lesiones que puede sufrir la gestante están: ruptura prematura de membranas ovulares, ruptura uterina y trauma fetal. A medida que avanza la gestación, se pueden presentar otros traumas asociados, tales como lesión visceral, Desprendimiento prematuro de placenta, lesión vesical y un mayor riesgo de ruptura uterina

Indicaciones de ventilación mecánica y monitoreo invasivo

Las indicaciones más comunes para el uso de ventilación mecánica son protección de la vía aérea, manejo de secreciones, manejo de hipoxia y falla respiratoria. Otra indicación de ventilación mecánica es la convulsión recurrente a pesar del manejo adecuado, las cuales son más comunes en las pacientes con eclampsia y en las primeras 24 horas posparto

El monitoreo hemodinámico invasivo está indicado principalmente para el manejo de la hipertensión severa y el balance de líquidos. Es el método ideal para este propósito y está indicado en pacientes con oliguria, edema pulmonar, hipertensión resistente, shock hipovolémico, disfunción o enfermedad cardíaca descompensada, cardiomiopatía con fracción de eyección menor del 40%, disfunción pulmonar y disfunción renal

	HOSPITAL Y CRS EL PINO CCRR PABELLON QUIRURGICO Y ANESTESIA	Característica: N/A Complementario : Auditoria-EA
		Código: HATPQ-22
		Fecha de Aprobación: 30 de Mayo del 2017
		Fecha de Vigencia: 30 de Mayo del 2022
		Revisión 00
PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTE OBSTETRICA CON RIEGO PESQUISADAS EN CUALQUIER CCRR DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL		

La medición invasiva de la presión arterial tiene las mismas indicaciones del catéter de arteria pulmonar. El catéter de arteria pulmonar mide la presión venosa central, presiones sistólica y diastólica de dicha arteria, y la presión capilar pulmonar; además del cálculo de otras variables, como el gasto cardíaco, resistencias vasculares sistémica y pulmonar y otros parámetros hemodinámicos.

Abordaje del problema y sugerencias

Cuando las gestantes esperan la disponibilidad de cama en cuidado intensivo se pierden horas valiosas del manejo inicial, que contribuyen a la disfunción de múltiples órganos, a la estancia prolongada posterior en UCI y, pueden contribuir a la muerte de la gestante y el feto.

El definir el manejo y los cuidados de pacientes obstétricas de alto riesgo en la unidad de recuperación, permitirían manejar las primeras horas impactando favorablemente en la disminución de la morbilidad materna y perinatal.

Nuestros equipos multidisciplinarios de manejo obstétrico se deben entrenar para el manejo de pacientes obstétricas alto riesgo, en especial manejo de emergencias y tratamiento inicial en las fases tempranas de descompensación.

Es necesario dejar en claro, que la sala de recuperación de anestesia es una unidad de tránsito de pacientes y no una unidad de paciente hospitalizado.