

GUÍAS CLÍNICAS DERIVACIÓN UNIDAD MATERNO FETAL

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
NIVEL PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO
UNIDAD MATERNO FETAL HOSPITAL DE PUERTO MONTT



GUÍAS CLÍNICAS DERIVACIÓN UNIDAD MATERNO FETAL

SERVICIO DE SALUD RELONCAVÍ
HOSPITAL DE PUERTO MONTT
UNIDAD MATERNO FETAL

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA NIVEL PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO



Estas guías clínicas de derivación constituyen una pauta para los profesionales, médicos y matronas que se desarrollan en la atención primaria y que son usuarios de la unidad materno fetal de nuestro hospital.

En ningún caso intentan abordar la totalidad de los cuadros clínicos o situaciones que pueden afectar a la mujer en estado grávido pero intentamos tocar los casos que con mayor frecuencia se presentan en la práctica diaria. Destacamos a este respecto que la comunicación telefónica con la unidad esta disponible para toda el área de derivación.

Así mismo constituyen un esfuerzo para mejorar la coordinacion de la red asintencial y los diferentes niveles de atencion, abordar en forma oportuna los problemas de salud que afectan a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio

MAYO DE 2017

PARTICIPANTES

DR. FERNANDO URZUA VARGAS
MEDICO GINECO OBSTETRA
JEFE UNIDAD MATERNO FETAL HPM
PRESIDENTE COMITÉ PERINATAL

DR. JOSE CARO MIRANDA
MEDICO GINECO OBSTETRA
JEFE UNIDAD DE ESTADISTICAS Y
EPIDEMIOLOGIA
HPM

DR. JEAN PIERE FREZ
MEDICO GINECO OBSTETRA
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA
HPM

DRA. CECILIA IBAÑEZ LEIVA
MEDICO GINECO OBSTETRA
UNIDAD MATERNO FETAL HPM

DR. PABLO MOORE ROSS
MEDICO GINECO OBSTETRA
UNIDAD MATERNO FETAL Y ECOGRSFIGIA HPM

DRA. RAQUEL OSORIO NAVARRO
MEDICO GINECO OBSTETRA
UNIDAD MATERNO FETAL HPM

DR. JUAN ORDENES PALMA
MEDICO GINECO OBSTETRA UNIDAD MATERNO
FETAL Y ECOGRAFIA HPM

DR. MARCELO SANDOVAL AÑAZCO
MEDICO GINECO OBSTETRA
UNIDAD MATERNO FETAL HPM



RECOMENDACIONES GENERALES

Educación sobre la condición de gestante realizando especial énfasis en la duración del embarazo el cual tiene una duración **normal entre 38 a 42 semanas**, fijar la FPP a las 40 semanas.

Realizar profilaxis de malformaciones del tubo neural administrando Ac. Fólico 1 mg. por día pre y periconcepcional y hasta las 14 semanas de gestación, con especial énfasis en adolescentes, alcohólicas, fumadoras, drogadictas y aquellas pacientes con embarazos múltiples. A las pacientes con antecedentes de malformaciones del tubo neural, labio leporino, malformaciones cardíacas o terapia anticonvulsivante indicar 5 mg. día en igual período.

Realizar terapia profiláctica con hierro a todas las pacientes con especial énfasis en aquellas con bajo peso o desnutrición (sulfato ferroso 200 mg por día)

Aplicar screening de diabetes gestacional desde el primer control de embarazo según norma actual vigente, además de hacer hincapié en una dieta con restricción de hidratos de carbono, idealmente consulta con nutricionista de su centro y derivación en forma inmediata a la nutricionista del HPM.

Solicitar en primer control prenatal TSH y T4 total. Derivar a toda paciente con TSH mayor a 2,5 con tratamiento de levotiroxina 50ug día alejado de las comidas.

Solicitar VDRL en primer, segundo y tercer trimestre del embarazo.

Realizar tratamiento de todas las leucorreas en pacientes embarazadas con especial hincapié en aquellas de origen bacteriano y micótico, las cuales se asocian a parto prematuro. (En segundo y tercer trimestre metronidazol 250 mg cada 8 horas por 7 días, en primer trimestre del embarazo utilizar óvulos vaginales de 500 mg por día por 10 días para vaginosis. En el caso de las micosis óvulos de clotrimazol de 100 mg por 10 días o 500 mg dosis única).

No suspender terapias anticonvulsivantes en pacientes epilépticas en forma empírica, realizar derivación a unidad materno fetal para realizar coordinación con neurología, de tal forma de disminuir riesgo de status convulsivos.

Solicitar a la totalidad de las embarazadas al ingreso a control prenatal, ecografía precoz (antes de las 12 semanas) y otra entre las 22 y 24 semanas de gestación en nivel secundario.

Registrar los exámenes, ecografías, controles y cualquier hecho relevante pesquisado al realizar el control prenatal.

EL CONTROL EN LA UNIDAD MATERNO FETAL NO SIGNIFICA QUE LAS PACIENTES NO CONTINUEN CONTROLES HABITUALES EN SU CENTRO PRIMARIO

PARTO PREMATURO

El objetivo es contar con una guía actualizada de manejo del parto prematuro, basada en factores de riesgo, que permitan realizar las acciones preventivas ajustadas a las características de cada paciente, fortalecer el trabajo en red y en los diferentes niveles de atención. Se basa en crear conciencia en todos los involucrados en la atención de la importancia del problema, lograr que cada integrante aporte con su esfuerzo en la prevención, manejo y atención de este grupo de gestantes.

DEFINICIÓN: El parto prematuro es en la actualidad el problema materno perinatal de mayor relevancia que enfrenta la salud pública tanto a nivel nacional como internacional. Genera un importante impacto en el núcleo de la familia ya que resulta en una importante mortalidad y morbilidad neonatal.

Se han implementado en el tiempo algunas estrategias para disminuir su ocurrencia pero la multifactorialidad del problema ha generado que las cifras se incrementen cada año en los diferentes centros.

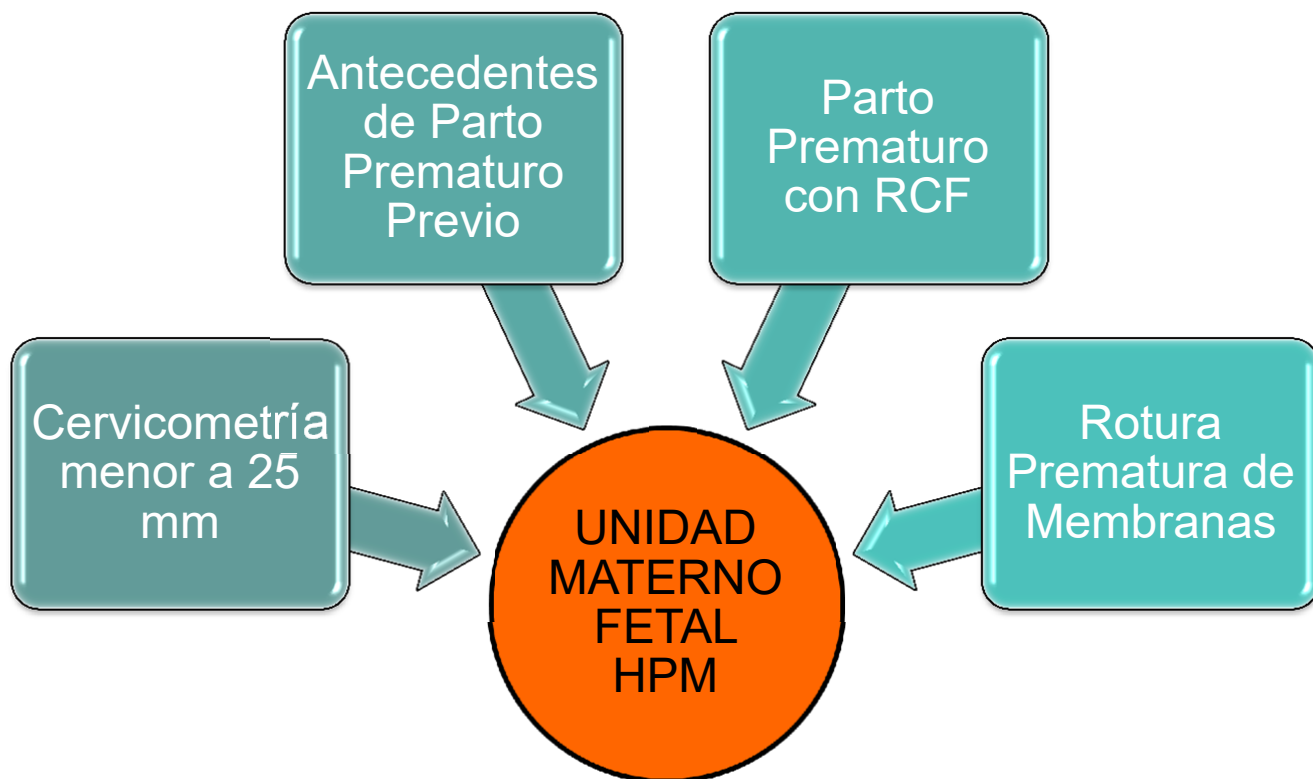
El parto prematuro es todo aquel que ocurre entre las 22 semanas y/o 500 gramos de peso de nacimiento y bajo las 37 semanas de gestación.

DESARROLLO:

- **Inicio:** se implementará en todo el servicio de Salud Reloncaví a contar de la fecha de distribución y se revisará cada 3 años su vigencia y pertinencia.
- **Desarrollo:** el que se produzca un parto prematuro es un intrincado problema que no responde solo a una causa efecto, sino que a una serie de factores que desencadenan una vía final común y que determinan la ocurrencia de este evento. Por este motivo cobra una mayor relevancia los antecedentes, historia clínica y familiar de cada paciente.
- Los consensos en la actualidad tienden a promover medidas de prevención de tal forma de retrasar el cuadro clínico, ya que cuando tenemos un trabajo de parto prematuro no existen medidas terapéuticas eficaces para tratarlo.
- Basados en lo anterior toda paciente con factores de riesgo de parto prematuro donde consideraremos cuello corto, (lo que corresponde a una medición de Cervicometría bajo los 25 mm entre 22 a 24 semanas como screening y en cualquier momento de la gestación como diagnóstico), antecedentes de parto prematuro previo ya sea espontaneo o terapéutico (se incluyen rotura prematura de membranas y restricción de crecimiento fetal) que se pesquise en la atención primaria deberá ser enviado a la unidad materno fetal mediante interconsulta al momento de la pesquisa, para determinar si corresponde la realización de seguimiento, tratamiento y /o estudio, de tal forma de intentar adelantarnos y retrasar la ocurrencia de su parto.



FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN PARTO PREMATURO



Pacientes evaluados en la unidad materno fetal que se descarte riesgo de prematuridad bajo los protocolos de atención de esta unidad, serán devueltos a atención primaria para que continúen su control en dichos centros. Así como podrá ser requerido en determinada edad gestacional su nuevo envío a la unidad.

HIPOTIROIDISMO

La patología tiroídea es frecuente de encontrar en población femenina en edad fértil, por lo tanto afecta a un número no menor de pacientes durante el embarazo, sus cifras de prevalencia varían dependiendo de las poblaciones estudiadas y aún no se llega a un consenso en cuanto a solicitar el examen como screening al comienzo del embarazo.

Estudios recientes muestran prevalencias que llegan hasta un 35% de hipotiroidismo con una tendencia y algún grado de asociación entre los niveles de TSH en rango de hipotiroidismo sub clínico y score de desarrollo psicomotor, siendo menores al esperado al compararlos con población control. No existe una relación de causalidad clara por el momento, siendo incluso controversial tratarlos.

HIPOTIROIDISMO: Es la patología tiroidea más frecuente en la población femenina, pudiendo llegar a prevalencias que van de un 0,3 a un 2,5%, se reconocen 2 entidades diferentes desde un punto de vista clínico:

HIPOTIROIDISMO CLÍNICO: (TSH ELEVADA Y T4 TOTAL BAJA), la principal causa es de tipo autoinmune (tiroiditis de Hashimoto) en países que no adolecen de yodo, como es el caso de Chile, que utiliza la sal enriquecida con yodo. Las principales complicaciones durante el embarazo son riesgo de aborto, parto prematuro, HTA, muerte fetal, bajo peso de nacimiento, DPPNI.

HIPOTIROIDISMO SUB CLÍNICO: (TSH ELEVADA Y T4 TOTAL NORMAL O TSH NORMAL Y T4 TOTAL DISMINUIDA), en nuestro país un alto número de embarazadas presentan hipotiroidismo sub clínico llegando a ser reportadas cifras hasta de un 35%, su origen sería el mismo, de causa autoinmune. Se han descrito en estas pacientes asociaciones con aborto y parto prematuro, sin embargo no hay datos categóricos sobre algún efecto deletéreo en el desarrollo cerebral del feto, pero si asociaciones descritas por diferentes autores.



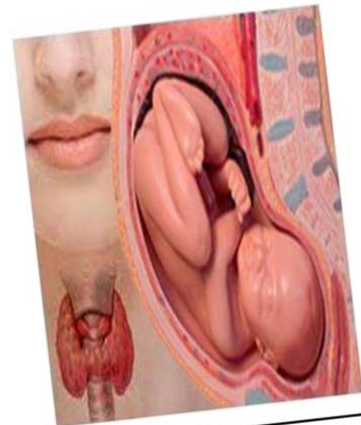
DIAGNÓSTICO: El perfil tiroideo de laboratorio adquiere su mayor relevancia para detectar de manera segura y confiable a las pacientes con enfermedad tiroidea.

La TSH se considera el Gold estándar para el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento por su alta sensibilidad (99%) considerando que más del 90% de los casos son de origen primario y no central, por otro lado la valoración cuantitativa de la T4 libre se considera un excelente marcador que evalúa el comportamiento y biodisponibilidad en los tejidos periféricos, pero durante el embarazo y debido a la posibilidad de realización del examen a nivel primario se considera un mejor examen la **T4 TOTAL**

RECOMENDACIÓN: Pacientes con hipotiroidismo clínico (TSH elevada con T4 TOTAL baja) deberán ser derivadas al momento del diagnóstico a la unidad Materno Fetal del Hospital de Puerto Montt, (pacientes dependientes del Alto Riesgo de Calbuco a su Unidad de derivación local), esto debido a los potenciales riesgos para la gestación. (Desde la unidad de alto riesgo se procede a derivación a la unidad de endocrinología)

Pacientes con hipotiroidismo sub clínico (TSH elevada con T4 TOTAL normal o TSH normal con T4 TOTAL baja) comenzarán con una dosis estándar de 50mcg / día de levotiroxina, alejada de las comidas y del aporte de hierro. Posterior a esta indicación serán enviadas a la unidad de Alto Riesgo que corresponda su derivación, donde la matrona de dicha unidad les solicitará control de exámenes TSH y T4 total en un plazo de 4 a 6 semanas de iniciada la suplementación con levotiroxina.

En la Unidad Materno Fetal se realizará el ajuste de dosis y se remitirá a nivel primario para continuar por el resto del embarazo con la suplementación correspondiente de levotiroxina en los casos de hipotiroidismo sub clínico, en los casos de hipotiroidismo clínico se realizará el estudio con anticuerpos tiroideos (anti microsomales, anti tiroglobulina o anti receptor de TSH), imágenes y clasificación etiológica según corresponda conjuntamente con evaluación por Endocrinología.

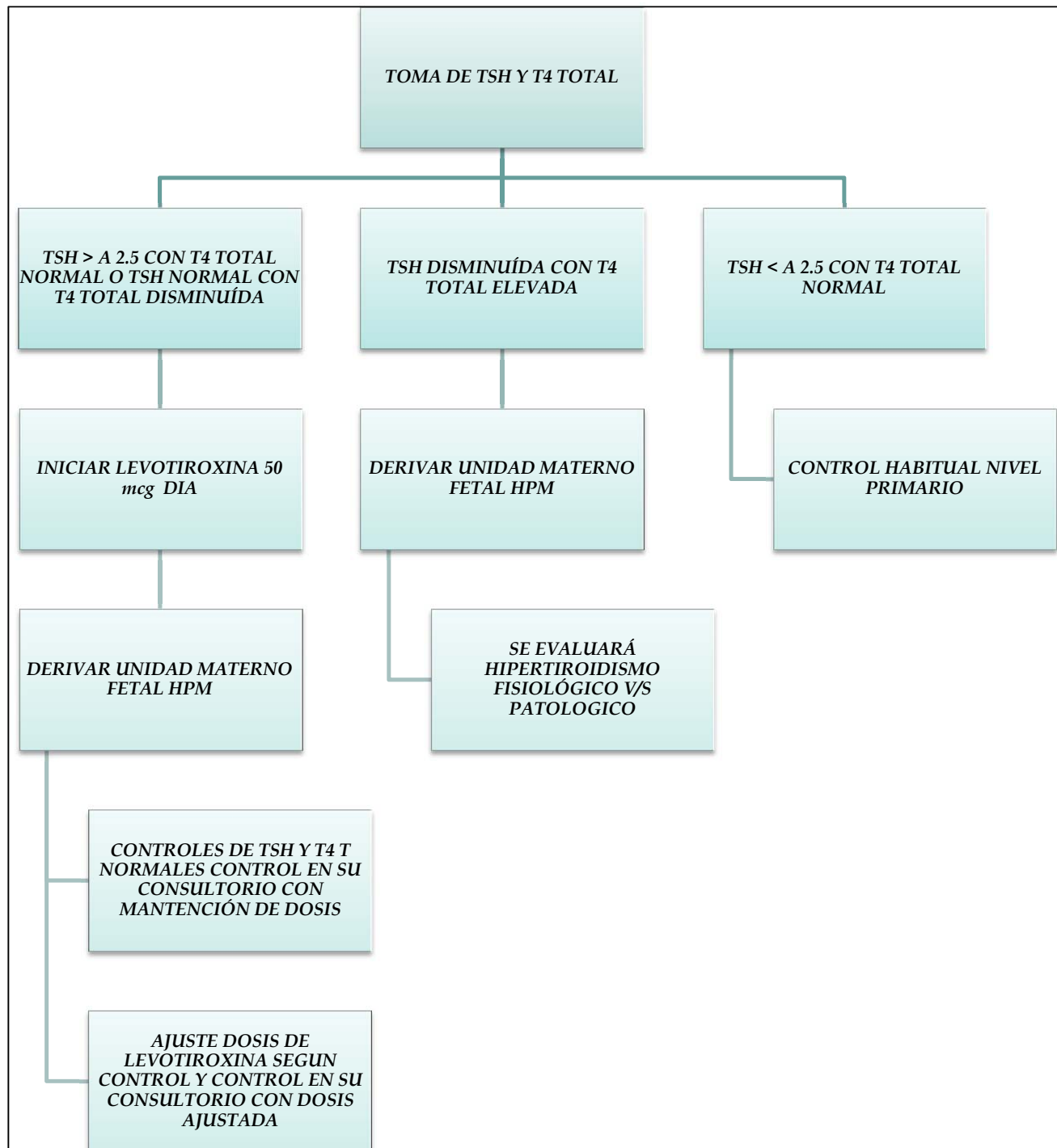


HIPOTIROIDISMO Y EMBARAZO

EMBARAZO
HIPOTIROIDISMO



FLUJOGRAMA DE PESQUISA Y DERIVACIÓN DE HIPOTIROIDISMO



SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHIE) continúa siendo la principal causa de mortalidad materna en forma directa o asociada entre nuestras pacientes, así como un importante factor en la prematuridad de los recién nacidos. Su prevalencia varía entre un 7 a un 10% de nuestra población gestante.

Reconocemos cuatro entidades clínicas, la HTA inducida por el embarazo (pre-eclampsia y eclampsia), la HTA crónica, HTA crónica + pre-eclampsia sobreagregada y la HTA gestacional o transitoria sin proteinuria asociada.

Derivación nivel secundario Unidad Materno Fetal:

- Toda paciente con diagnóstico de HTA al ingreso a control prenatal
- Toda paciente en la que se pesquise una presión arterial mayor o igual a 140/90 en 2 tomas sucesivas previo a un reposo de 20 minutos en cualquier momento de la gestación.
- Toda paciente que presente como antecedente un cuadro HTA en el embarazo previo, al momento del ingreso a control prenatal

Derivación a Nivel Terciario:

- Toda paciente con cifras tensionales mayores a 150/100 en cualquier momento



de la gestación

- Pacientes sintomáticas (fotopsias, tinitus, epigastralgia, exaltación de reflejos, cefalea persistente) asociada a elevación de la presión arterial $\geq 140/90$.
- Pacientes con proteinuria positiva +++
- Pacientes con proteinuria positiva de 24 horas mayores a 300 mg en 24 horas

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes una enfermedad que progresiva e implacablemente aumenta su frecuencia conforme los hábitos de nuestra población se hacen más sedentarios y aumenta el consumo de alimentos procesados; nuestras mujeres en edad reproductiva no escapan de ello y vemos con preocupación como aumentan nuestras embarazadas con este cuadro.

Es conocido que la mujer que presenta Diabetes Mellitus ya sea tipo I o II y se embaraza presenta mayor riesgo de malformaciones fetales y un resultado perinatal adverso, lo que se encuentra asociado en forma directa a su nivel de compensación glicémico al momento de la fecundación.

Por otra parte la diabetes gestacional presenta una fuerte asociación con mayor morbilidad materna y fetal que asociado a la obesidad dan cuenta del incremento de la HTA del embarazo, macrosomía fetal, mayor número de cesáreas, infección y dehiscencia de herida operatoria, endometritis puerperal etc.

Derivar a unidad materno fetal HPM:

- Toda paciente con diagnóstico de diabetes

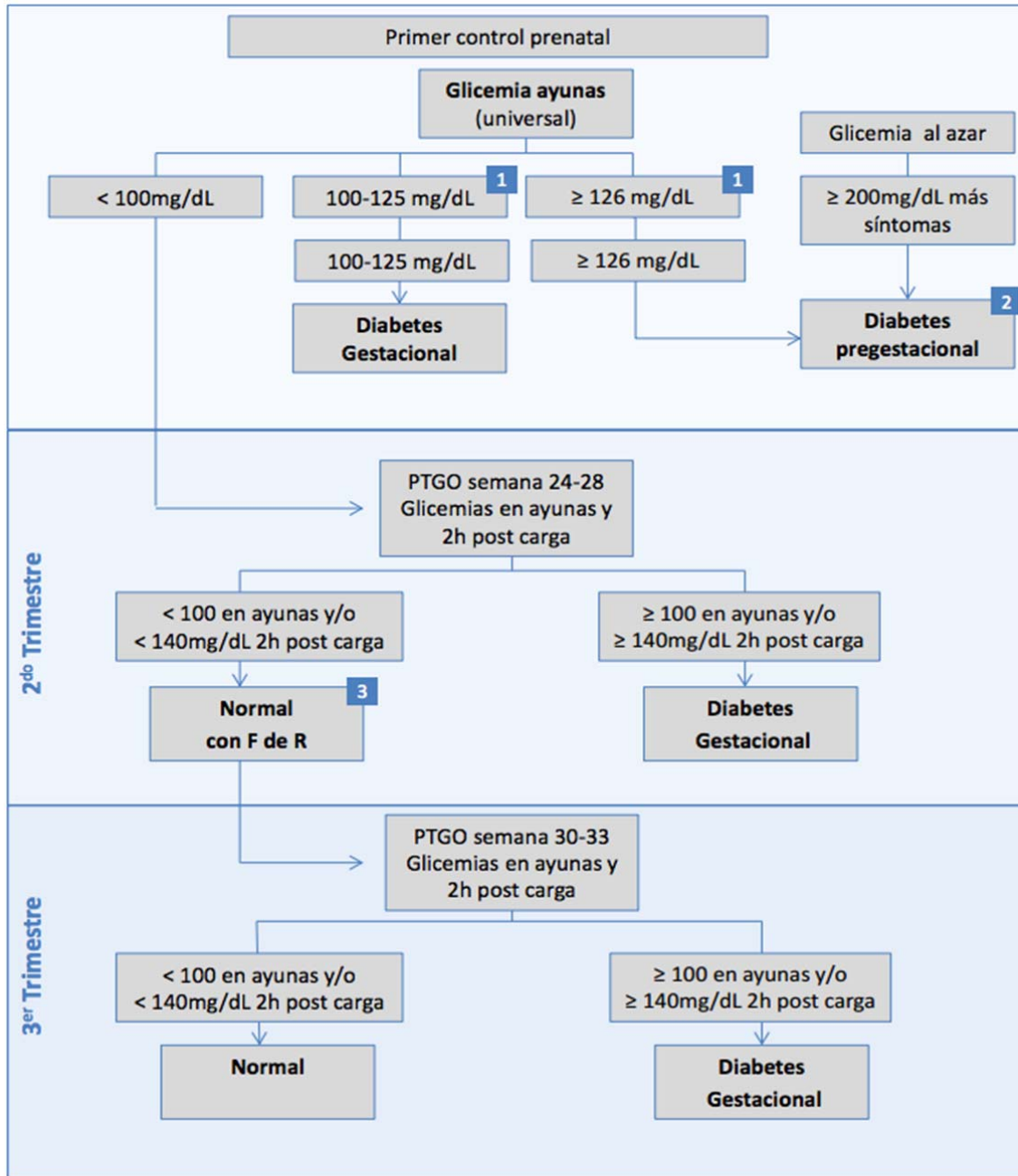


pregestacional al ingreso al control prenatal

- Toda paciente que presente una segunda glicemia en ayunas mayor a 100 mg/dl
- Toda embarazada cuya primera glicemia en ayunas sea mayor o igual a 200 mg/dl
- Toda mujer que presente un PTGO alterado (glicemia de ayunas $> 0 = a$ 100 mg/dl y/o glicemia post carga $> 0 = a$ 140 mg/dl realizado entre las 24 y 28 semanas de gestación
- Toda embarazada con factores de riesgo que se le realice un segundo PTGO a las 30 – 33 semanas y se presente alterado (según definición previa).

DIABETES GESTACIONAL

GUÍA PERINATAL 2015



1. Repetir glicemia sin restricción alimentaria en un plazo máximo de 7 días
2. Toda diabetes diagnosticada en 1º trimestre se considera pregestacional
3. Factores de riesgo: polihidramnios, macrosomía fetal y aumento de peso mayor a 2 DS o cambio de curva Gráfica Atalah.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

La infección del tracto urinario (ITU), es la infección más frecuente que se presenta en la gestación y puede afectar hasta un 30% de nuestras pacientes. Dentro de los motivos específicos por los cuales deben diagnosticarse y tratarse durante el embarazo radica en su asociación a parto prematuro y restricción de crecimiento fetal entre otras.

Se reconocen 3 entidades clínicas

- Bacteriuria asintomática (ITU asintomática con urocultivo mayor a 100.000 colonias)
- ITU baja o cistitis (ITU sintomática, localizada en el tracto urinario bajo, con poliaquiuria, tenesmo, poliuria, nicturia, etc. Asociada a cultivo positivo, sin compromiso sistémico)
- ITU alta o pielonefritis aguda (presenta compromiso sistémico, fiebre, dolor lumbar, puño percusión positiva, compromiso del estado general, asociado o no a sintomatología urinaria)

La bacteriuria asintomática y la itu baja deben ser



La infección del tracto urinario es una infección causada por bacterias que se presenta en la vejiga, los riñones y en la uretra

que se presenta en la vejiga, los riñones y en la uretra
La infección del tracto urinario es una infección causada por bacterias

tratadas en su lugar de origen por parte de la matrona o el médico a cargo, documentando con exámenes cada evento. El tratamiento propuesto como primera línea es una cefalosporina de primera generación (cefadroxilo) por 7 a 10 días y/o según antibiograma, requiriendo urocultivo de control post tratamiento.

Se encuentran contraindicados tratamientos con quinolonas y tetraciclinas.

Serán derivadas a unidad materno fetal todas las bacteriurias asintomáticas y/o itu bajas en tercer episodio durante un mismo embarazo y/o que luego de un segundo tratamiento antibiótico presenten persistencia de la infección.

Serán derivadas a nivel terciario (urgencia maternal) todas las infecciones urinarias altas o pielonefritis aguda al momento del diagnóstico.

Las pacientes que requieran antibioprolaxis serán derivadas a su centro de origen con la indicación del antibiótico pertinente para continuar sus controles habituales.

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL

La restricción de crecimiento intrauterino se ha definido como la incapacidad de lograr un crecimiento intrauterino óptimo dado por su potencial genético. En forma operacional se considera que todo feto bajo el percentil 10 de crecimiento como una RCF; dentro de este grupo de debe diferenciar aquellos fetos PEG (fetos genéticamente pequeños y que no presentan patología asociada), de los fetos con RCIU los cuales son el resultado de una patología.

Son factores de riesgo conocidos y de relevancia la RCF y el SHIE en embarazos previos, por lo que en ambas condiciones se requerirá el envío a unidad materno fetal al momento de realizar el diagnóstico idealmente lo más precozmente posible.

Otro aspecto de gran importancia es el diagnóstico de edad gestacional, donde la ecografía de primer trimestre cobra mucha relevancia y nos permite abordar el manejo y el seguimiento en forma oportuna .

Ante la sospecha clínica de una RCF objetivada por una altura uterina significativamente menor a la esperada, estacionaria o con una progresión inadecuada para la edad gestacional se debe solicitar

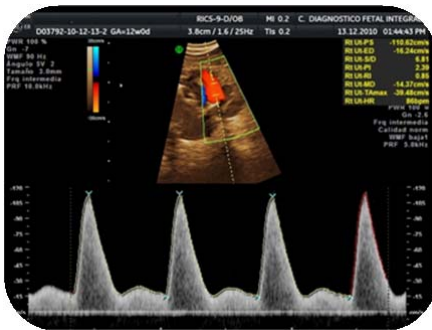


una evaluación ecográfica del feto, de no contar con este recurso se debe derivar a la paciente a la unidad de Materno fetal del HPM.

Pacientes con diagnóstico ecográfico de RCF lo cual considera a todos aquellos pesos fetales menores o iguales a percentil 10 en la evaluación ecográfica

utilizando tablas de peso de Hadlock, deben ser derivadas a la unidad materno fetal mediante interconsulta vía sistema informático dejando explícito en ella el motivo de la derivación y el resultado de la ecografía.

Ante la sospecha de RCF asociado a oligohidroamnios la paciente debe ser derivada al servicio de urgencia maternal el mismo día de la sospecha diagnóstica, así como aquellas que presenten doppler fetal alterado en dicho examen.



EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACION

El Embarazo prolongado o de post término (42 o más semanas) se asocia a un aumento de la incidencia de morbi-morbilidad perinatal en comparación a embarazos de término.

El manejo de los embarazos prolongados y en vías de prolongación requiere de una edad gestacional segura y de una conducta coordinada en los diferentes niveles de atención, siendo los principales problemas en esta población la macrosomía fetal, el oligohidroamnios, la presencia de meconio y el sd. de post madurez.

Debemos considerar que se denomina embarazo en vías de prolongación a todo aquel embarazo que con edad gestacional segura esté entre 41+1 y 42 semanas. Nuestra unidad considera que entre las 40 y 41 semanas se debe realizar una evaluación de bienestar fetal la cual consta de un RBNS y/o una evaluación de líquido amniótico ecográfico.

Posterior a las 41 semanas se procede a la hospitalización y eventual interrupción del embarazo según evaluación obstétrica.

La conducta en este importante grupo de pacientes es:

Derivar con 41 semanas con edad gestacional segura,



si las 41 semanas las cumple durante fin de semana o festivo derivar el día hábil previo. Se recomienda realizar un RBNS entre las 40 a 41 semanas de gestación al igual que medición de líquido amniótico (índice de líquido amniótico ILA). De no ser posible a nivel local realizar estos procedimientos derivar a unidad materno fetal a las 40 semanas.

COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO



La CIE corresponde a una patología de alta prevalencia en Chile, que pasa por periodos de baja frecuencia como por otros de alta; en la actualidad se encuentra en un periodo de regresión con escaso número de pacientes con presentación de la forma grave (ictérica).

Dependiendo del periodo epidemiológico en el cual nos encontramos se tiende a ser más agresivo en su manejo con el fin de evitar la muerte fetal in útero, por una parte y por otra evitar las complicaciones propias de la prematuridad.

Las guías clínicas actualmente vigentes dejan gran libertad de acción, por lo cual como unidad materno fetal decidimos aplicar los flujogramas que se adjuntan a este documento como una forma de unificar criterios de acción frente a esta patología.

Cabe recordar que el diagnóstico de colestasia intrahepática del embarazo es de exclusión y se realiza en forma clínica, con la presencia de prurito palmo plantar de predominio nocturno o generalizado de más de una semana de evolución, asociado o no a alteración de las pruebas hepáticas coluria o ictericia, durante la segunda mitad del embarazo y que cede con el parto.

Existe una serie de interrogantes acerca de cual es el manejo más acertado para esta condición y los flujogramas que se presentan no

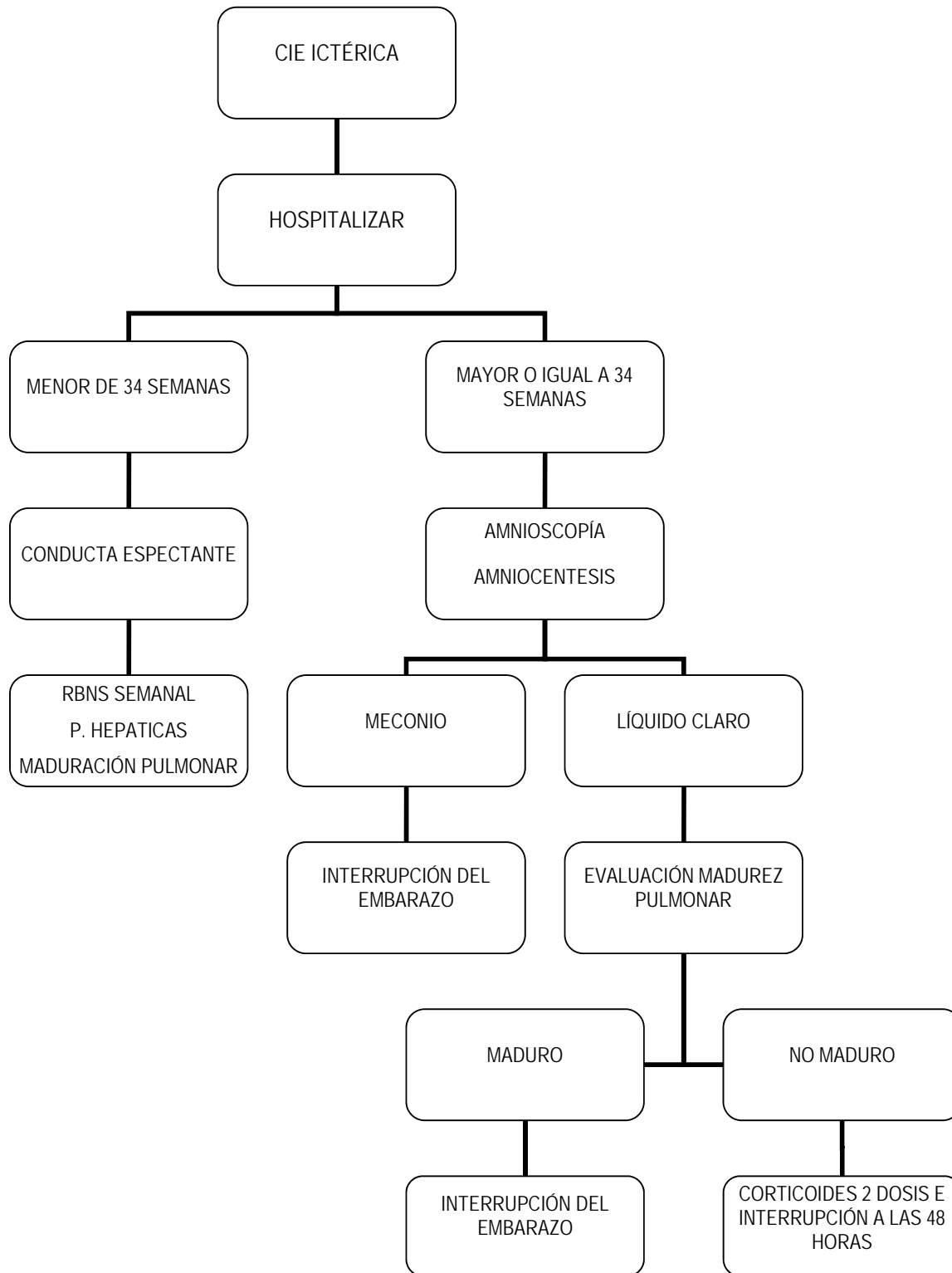
pretenden ser la última palabra en cuanto al manejo, pero corresponden a los criterios consensuados de nuestra unidad, donde se complementan criterios de interrupción oportuna y criterios de prematuridad.

La derivación es a la Unidad Materno Fetal con diagnóstico clínico acompañada de pruebas hepáticas, sedimento urinario y urocultivo. En caso de tener pruebas hepáticas con una bilirrubina total mayor a 1.2 se debe enviar a urgencia maternal al momento del diagnóstico.



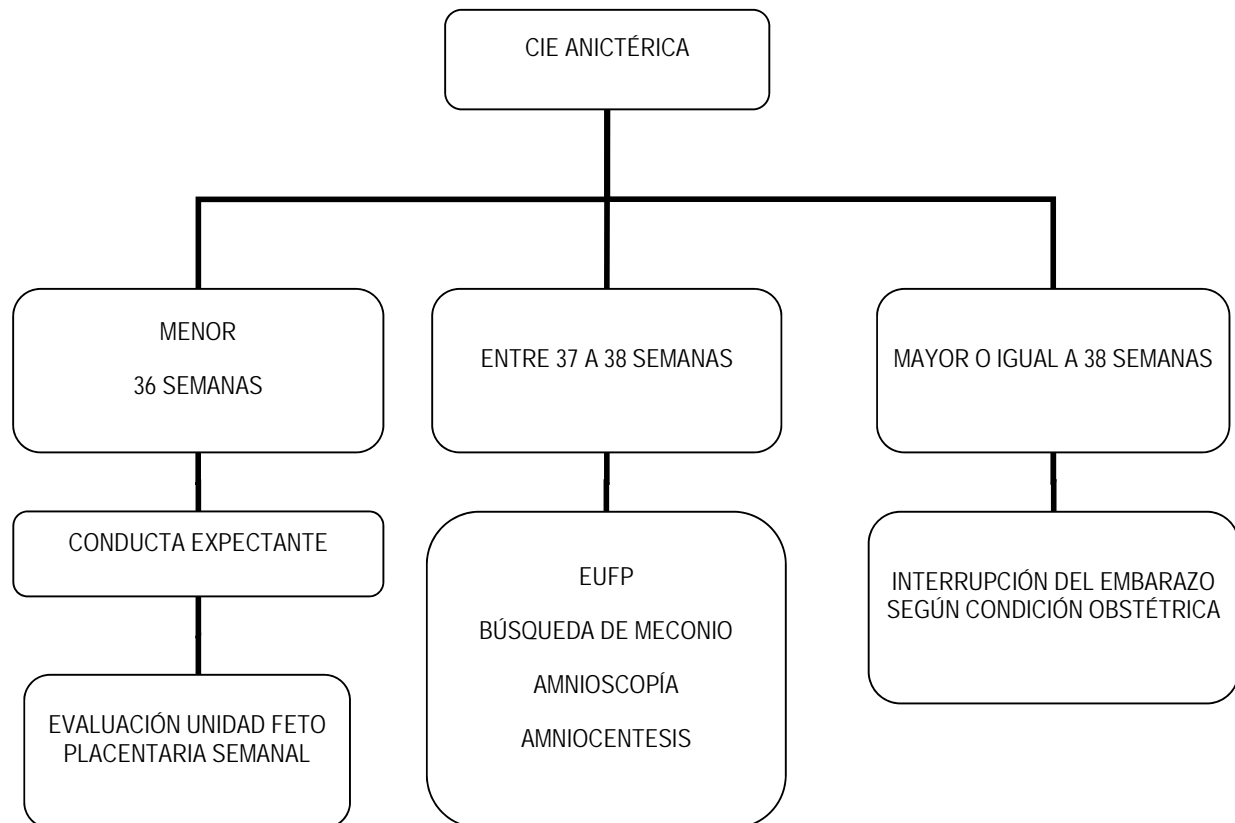
COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO

FLUJOGRAMA DE MANEJO



COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO

FLUJOGRAMA DE MANEJO



CICATRIZ DE CESAREA ANTERIOR

La cicatriz de cesárea anterior plantea la necesidad de una segunda cesárea versus un parto vaginal, actualmente nuestra conducta es determinar si la causa de la cesárea anterior fue por un problema permanente de la paciente o se debió a un cuadro que no se repetirá necesariamente en este segundo embarazo, todas aquellas cesáreas de causa no permanente se mantienen en control hasta las 40 semanas esperando trabajo de parto y aquellas de causa permanente se les programa interrupción por vía alta alrededor de las 39 semanas.

Se derivarán todas aquellas pacientes con cicatriz de cesárea anterior entre las 37 a 38 semanas a la Unidad Materno Fetal para evaluación de esta condición.

Todas las pacientes con más de una cicatriz uterina serán derivadas a las 36 semanas de gestación. Toda paciente con sospecha de acretismo placentario o con la placenta en relación a la cicatriz uterina se derivará al momento del diagnóstico.



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



La RPM corresponde a la ruptura de las membranas ovulares desde las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, debe ser derivada a la unidad de urgencia maternal al momento del diagnóstico o de su sospecha ya que puede ser el síntoma de inicio de un trabajo de parto prematuro o una consecuencia de un cuadro infeccioso materno neonatal, es de gran relevancia evaluar el bienestar fetal y comenzar un manejo que permita realizar el traslado con seguridad tanto para la madre como para el feto, se debe considerar la utilización de vía venosa, utilización de corticoides, sulfato de magnesio, antibióticos y tocolíticos (solo en casos justificados y con asesoría del especialista de turno en HPM)

EMBARAZO GEMELAR Y/O MULTIPLE

El embarazo gemelar mono corial o bicorial al igual que toda gestación múltiple debe ser derivada al momento del diagnóstico a la unidad materno fetal del HPM.

La placenta previa en pacientes con cicatriz uterina

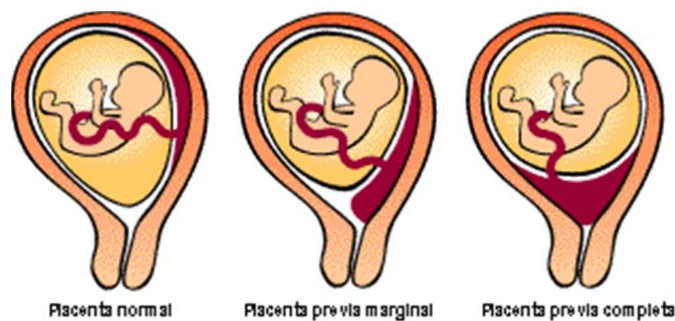
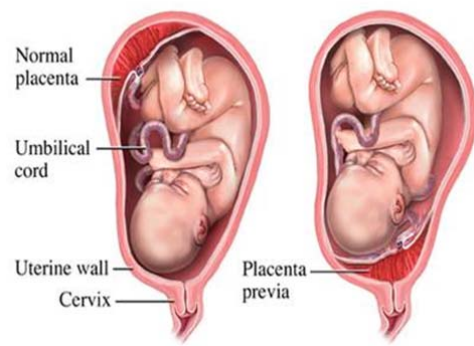


PLACENTA PREVIA

previa debe derivarse en el momento del diagnóstico a la Unidad Materno Fetal del HPM.

La placenta previa oclusiva asintomática se debe derivar a las 30 semanas de gestación, la no oclusiva a las 34 semanas de gestación a la Unidad Materno Fetal del HPM

Toda placenta previa oclusiva o no oclusiva que se encuentra sintomática (metrorragia) debe ser derivada a la unidad de urgencia obstétrica con las medidas de traslado que requiera cada caso.



ABORTO HABITUAL Y MALA HISTORIA OBSTÉTRICA

Se derivara a la Unidad Materno Fetal toda paciente con 3 o más abortos al momento del ingreso a control prenatal.

Se derivará a toda paciente que presente una mala historia obstétrica (óbito fetal, mortinato, mortineonato, perdida reproductiva en segundo trimestre de causa no precisada) a la Unidad Materno Fetal del HPM al momento del diagnóstico (ingreso al control prenatal)



ANEMIA Y EMBARAZO

La anemia en el embarazo es un cuadro que se presenta con alta frecuencia, los consensos actuales refieren que se debe considerar anemia en una embarazada cuando en primer trimestre presenta una hemoglobina menor a 11 g/dl, en segundo trimestre menor a 10,5 g/dl y en tercer trimestre menor a 11 g/dl, estas variaciones responden a los cambios fisiológicos que se producen en la gestación y reflejan principalmente la hemodilución de la gestante.

Derivar a la unidad Materno fetal del HPM a toda paciente que curse en la gestación con anemia moderada a severa considerando tanto el hematocrito como la hemoglobina

Derivar con hematocrito menor o igual a 28 % y hemoglobina menor o igual a 9 g/dl.



OBESIDAD O MAL NUTRICIÓN POR EXCESO

Para muchos autores en la actualidad, la obesidad es considerada la primera epidemia de origen no infeccioso en la historia de la humanidad, se le atribuyen alrededor de 400.000 muertes anuales en América y Europa cuando se asocia al sedentarismo .

En el embarazo la obesidad también se ha incrementado de manera exponencial, su definición se realiza en base al índice de masa corporal (IMC), cuando supera el valor de 30 kg/m², siendo mórbida con valores mayores o iguales a 40 kg/m².

Se reconocen complicaciones inherentes a esta condición como las limitaciones diagnósticas, malformaciones congénitas, alteraciones del crecimiento fetal, prematuridad, aumento de la morbi-mortalidad fetal y perinatal, SHIE, diabetes gestacional y complicaciones respiratorias con apnea obstructiva del sueño.

El impacto de la obesidad en el parto también influye en forma negativa generando mayor incidencia de

distocia de hombros y macrosomía, dificultades en la monitorización fetal y materna de dinámica uterina, aumenta la incidencia de inducción de parto y la tasa de cesáreas, presenta complicaciones en la anestesia obstétrica y aumenta la incidencia de tromboembolia.

Considerando esta condición y reconociendo las limitaciones del sistema para abordar en forma integral el problema, como unidad materno fetal hemos considerado que toda gestante que ingrese a control prenatal con un IMC mayor de 40 se enviará a nuestra unidad con dicho diagnóstico.



Tabla 3. Riesgos maternos y fetales en gestantes con IMC >30 en comparación con las gestantes de peso normal.

Riesgo	Odds ratio (IC 95%)
Diabetes gestacional	2.4 (2.2-2.7)
Trastornos hipertensivos	3.3 (2.7-3.9)
Tromboembolismo venoso	9.7 (3.1-30.8)
Dilatación lenta (4-10 cm)	7 vs 5.4 horas (p<0.001)
Cesárea	2.1 (1.9-2.3)
Cesárea urgente	2.0 (1.2-3.5)
Hemorragia posparto	2.3 (2.1-2.6)
Infección de la herida	2.2 (1.9-2.6)
Malformaciones congénitas	1.6 (1.0-2.5)
Prematuridad	1.2 (1.1-1.4)
Macrosomía	2.4 (2.2-2.5)
Distocia de hombros	2.9 (1.4-5.8)
Ingreso neonatal	1.5 (1.1-2.3)
Mortalidad anteparto	2.1 (1.5-2.7)
Mortalidad neonatal	2.6 (1.2-5.8)

Modificado de: CMACE/RCOG Joint Guideline. Management of women with obesity in pregnancy. March 2010.

Modified from: CMACE/RCOG Joint Guideline. Management of women with

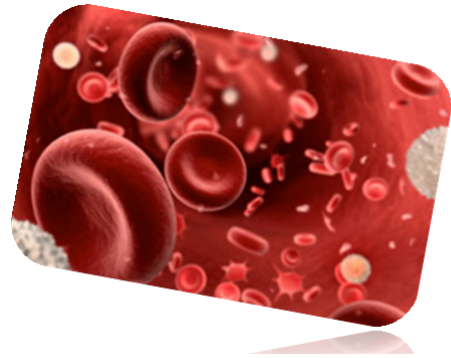
obesity in pregnancy. March 2010. 21

ENFERMADAD HEMOLÍTICA PERINATAL

La enfermedad hemolítica perinatal ha evolucionado en el tiempo, en la actualidad gracias a la eficacia de la vacuna Rogham (anticuerpos anti Rh) cada vez es menos frecuente encontrarse con una embarazada Rh (-) sensibilizada, por otra parte debido a la disminución de su incidencia ha tomado valor la sensibilización a anticuerpos irregulares que si bien son mucho menos agresivos para el feto en gestación, algunos de ellos pueden causar la enfermedad hemolítica fetal y generar anemia severa secundaria en el feto.

Anticuerpos asociados a afectación fetal severa:

Sistema	Ac
Rhesus	D, c
Kell	Kell (k1)



Anticuerpos raramente asociados a afectación fetal severa:

Sistema	Ac
Colton	Coa, Co3
Diego	ELO, Dia, Dib, Wra, Wrb
Duffy	Fya
Kell	Jsa, Jsb, k (K2), kpa, kpb, K11, K22, Ku, Ula
Kidd	Jka
MNS	Ena, Far, Hil, Hut, M, Mia, Mit, Mta, MUT, Mur, Mv, s, sD, S, U, Vw
Rhesus	Bea, C, Ce, Cw, Cx, ce, Dw, E, Ew, Evans, e, G, Goa7, Hr, Hro, JAL, HOFM, LOCR, Riv, Rh29, Rh32, Rh42, Rh46, STEM, Tar
Otros	HJK, JFV, JONES, Kg, MAM, REIT, Rd

Anticuerpos no asociados a afectación fetal severa:

Sistema	Ac
Dombrock	Doa, Gya, Hy, Joa
Duffy	Fyb, Fy3
Gerbich	Ge2, Ge3, Ge4, Lsa
Kidd	Jkb, Jk3
Scianna	Sc2
Otros	Vel, Lan, Ata, Jra

Todos estos anticuerpos pertenecen al glóbulo rojo, motivo por el cual un test de coombs indirecto podría aportar en su diagnóstico a toda mujer embarazada, tanto para las Rh (-) como si es Rh (+).

Primer control prenatal Grupo Rh y test de coombs indirecto, si Rh negativa solicitar grupo al padre, si Rh del padre (-), control habitual.

Si grupo padre Rh (+) test de coombs por trimestre, si alguno positivo derivar Unidad Materno Fetal al momento del diagnóstico.

Si test de coombs (+) en cualquier embarazada derivar (tanto Rh positiva o negativa) a unidad materno fetal al momento del diagnóstico.

PRIMIGESTA PRECOZ Y GESTANTE TARDÍA

La unidad Materno Fetal del Hospital de Puerto Montt ha definido como pacientes de mayor riesgo y que requieren una supervisión en nivel secundario de su embarazo a las gestantes menores de 15 años y a las mayores de 40, considerando que estos grupos se asocian a complicaciones que pueden ser prevenibles en forma precoz de la gestación es que solicitamos nos sean derivadas al momento del ingreso a su control prenatal. Consideramos para ambos grupos fundamental el mantener sus controles a nivel primario de tal forma reciban el apoyo y asesoría que amerite cada caso en particular.



EPILEPSIA Y EMBARAZO



La epilepsia es una enfermedad frecuente de encontrar en pacientes jóvenes y en edad reproductiva, por lo general lo óptimo en dichas mujeres es que acudan a una consulta preconcepcional y realicen los cambios necesarios antes de comenzar la gestación. En nuestra realidad esta situación es poco frecuente y nos encontramos con una gestante utilizando sus farmacos habituales. En estas condiciones muchas de ellas han suspendido su terapia por temor al daño fetal y otras las han mantenido.

Las pacientes que han suspendido por decisión propia sus medicamentos aconsejamos reiniciarlos; las pacientes que se encuentren tomando sus medicamentos aconsejamos mantenerlos (alto riesgo de status convulsivo al suspenderlo), en ambos casos se debe derivar a la unidad materno fetal donde se coordinará con el servicio de neurología la conducta más apropiada para cada caso.

DISTOCIA DE PRESENTACIÓN



Todas las presentaciones diferentes a la cefálica se deben derivar a las 37 semanas de gestación a la Unidad Materno Fetal del HPM.



MACROSOMÍA FETAL

Derivar a las 39 semanas toda gestación con feto mayor a 4000 gramos ecográficos o con una altura uterina mayor a percentil 90 para la edad gestacional en embarazos

mayores a 35 semanas con resultado de segundo PTGO a la unidad Materno Fetal del HPM.



VIH - SÍFILIS



Todas las gestantes que presenten test de Elisa positivo y/o vdrl positivo a cualquier título deben derivarse en el momento del diagnóstico a la Unidad Materno Fetal del HPM.

ABUSO DE SUSTANCIAS

Derivar a gestantes con abuso de sustancias, alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, etc. en el momento de realizar el diagnóstico



ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A LA GESTACIÓN

Todas las enfermedades sistémicas que afectan a la madre pueden ser nocivas para la gestación y el feto en desarrollo por tal motivo requerimos que sean derivadas oportunamente a nuestra unidad, dentro de las más frecuentes se encuentran las nefropatías, el lupus eritematoso sistémico, las trombofilias, las cardiopatías maternas, enfermedades reumatológicas, hematológicas, pulmonares etc.

El momento más oportuno para realizar la derivación es al ingreso a control prenatal ya que dependiendo de la afección materna se podrá planificar e intervenir de mejor forma durante la gestación.

Mención especial requiere las madres con antecedentes de cardiopatías en embarazos previos, en las cuáles se debe realizar un ecocardio fetal entre las 22 y 25 semanas de gestación ya que presentan un elevado riesgo de presentar una nueva cardiopatía fetal

LOS DIFERENTES LUGARES QUE DERIVAN A LA UNIDAD MATERNO FETAL DEL HPM SE ENCUENTRAN EN LIBERTAD PARA COMUNICARSE TELEFONICAMENTE CON NUESTRA MATRONA PARA FACILITAR LA ATENCIÓN DE LAS PACIENTES A SU CARGO. (TEL: red minsal 650239; desde teléfonos externos 362239 mail: aro2@ssdr.gob.cl)

LAS PRESENTES GUÍAS SON SUSCEPTIBLES DE MODIFICARSE EN EL TIEMPO DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES QUE SE PRESENTEN.

SE SOLICITA QUE LAS INTERCONSULTAS SEAN CLARAS EN CUANTO AL MOTIVO DE LA DERIVACIÓN, DEL MISMO MODO DEBEN CONSIDERAR QUE LA PRIORIDAD EN DACIÓN DE HORAS PARA LA UNIDAD DEPENDERÁ DIRECTAMENTE DE LOS DIAGNÓSTICOS EN ELLAS EXPRESADAS.

DEL MISMO MODO ES DE GRAN IMPORTANCIA LA IDENTIFICACIÓN CLARA DE LA PERSONA QUE DERIVA LO CUAL APORTA EN LAS AUDITORIAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y LA CONTRAREFERENCIA EN LOS CASOS QUE ASÍ LO AMERITAN.

LAS PACIENTES DERIVADAS A LA UNIDAD MATERNO FETAL DEBEN ACUDIR CON EL TOTAL DE EXAMENES, ECOGRAFIAS, CANET MATERNAL Y CUALQUIER DOCUMENTO QUE APORTE EN SU MANEJO.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE AQUELLAS PACIENTES EN CONTROL EN LA UNIDAD DEBEN MANTENER SUS CONTROLES HABITUALES EN SUS RESPECTIVOS CENTROS

