

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO
DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**

**SARA RUIZ MONTOYA
KELLY VALENCIA OSORIO
MARILYN DÍAZ DÍAZ
TATIANA LONDOÑO ZAPATA**

**TECNOLOGIA ATENCION PREHOSPITALARIA
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO SEMESTRE**

**UNIVERSIDAD CES
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
HUMANIDADES
MEDELLIN
2011**

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



TABLA DE CONTENIDO		PAG
1.	FORMULACION DEL PROBLEMA	2
	1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2-3
	1.2 JUSTIFICACION	4
	1.3 PREGUNTA PROBLEMATIZADORA	5
2.	MARCO TEORICO	6
	2.1 REFERENTE TEORICO	6
	2.2 REFERENTE CONCEPTUAL	7-29
3.	OBJETIVOS	30
	3.1 OBJETIVO GENERAL	30
	3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	30
4.	METODOLOGIA	31
	4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	31
	4.2 TIPO DE ESTUDIO	31
	4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
	4.4 DESCRIPCION DE VARIABLES	31-32
	4.4.1 DIAGRAMA DE VARIABLES	33
	4.4.2 TABLA DE VARIABLES	34-39
	4.5 INFORMACIÓN	39
	4.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	39-40
	4.5.2 INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40-42
	4.5.3 PROCESOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
5.	ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS	44-45
6.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	45
	6.1 CRONOGRAMA	45-46
7.	RESULTADOS	47-55
8.	CONCLUSIONES	56
9.	BIBLIOGRAFÍA	57
10.	ANEXOS	58

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La **mortalidad materna** o **muerte materna** es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo.

Las Naciones Unidas estimaron que la mortalidad materna global era de 529.000—representando aproximadamente 1 defunción materna cada minuto de los cuales menos del 1% ocurrieron en países desarrollados. Sin embargo, un estudio de The Lancet señala que la cifra ha descendido continuamente desde 526.300 en 1980 hasta 342.900 en 2008. Y que, en este último año, habrían sido 281.500. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas, por razón de que los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan en todo el mundo desde los años 1950.

Desde otro punto de vista en Antioquia se estimó que la mortalidad materna también aporta cifras impactantes con una distribución en diferentes áreas del país en el 2004 se dieron 56 casos en el 2005 se dieron 64 casos y el 2006 se dieron 60 casos podemos ver que en vez de mejorar cada vez las cifras aumentan.

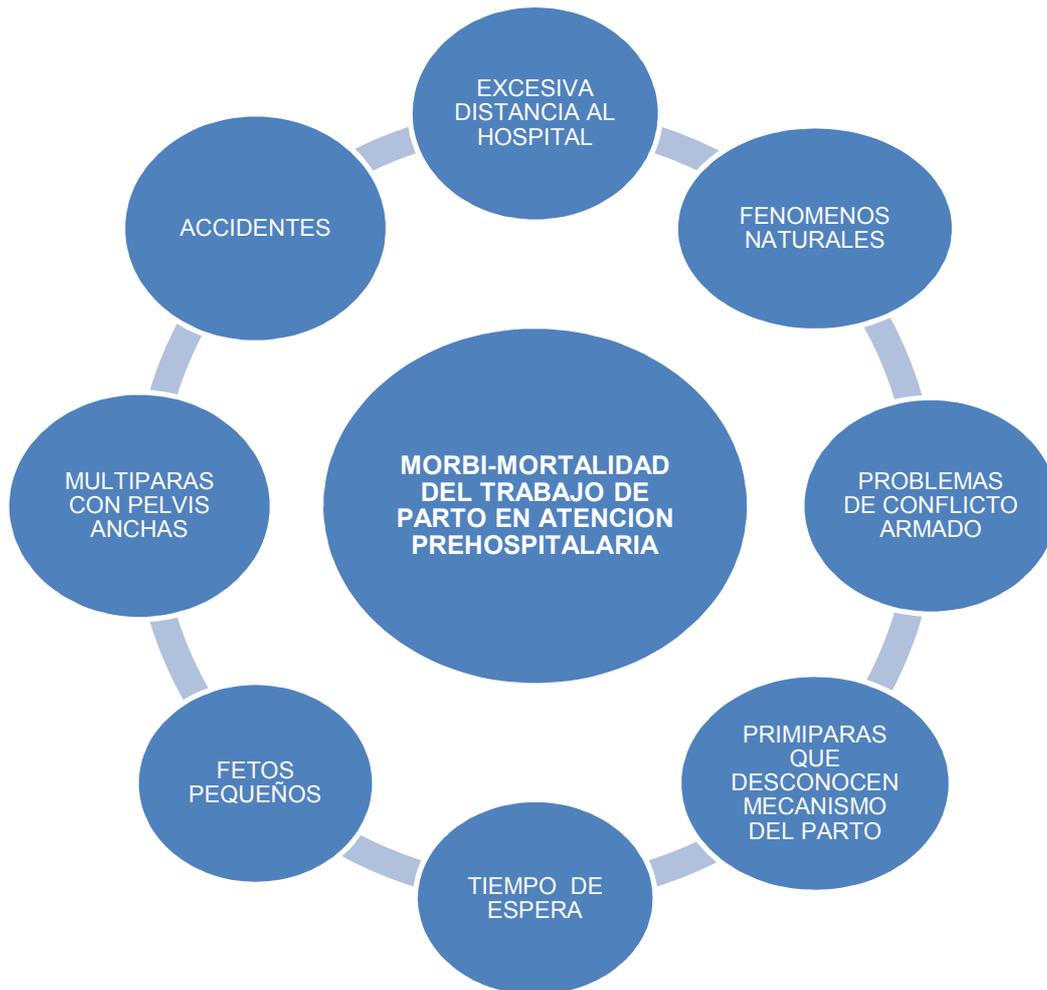
La magnitud de este problema se ve más afectada en los sectores con mayor índice de pobreza y con niveles más bajos de educación tales como el norte de Antioquia, Urabá, y el Bajo Cauca.

Los factores que influyen para la mortalidad materna son los índice de pobreza y miseria, la edad, los embarazos no deseados, poca escolaridad, otra de las causas pero que juegan un papel importante son las razones por cual las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materno-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.

Aunque parece que no le diéramos mucha importancia podemos ver que este factor también nos aporta una variedad de momentos que influyen en la muerte de las maternas y que nos dan una cantidad de cifras importantes una de ellas nos muestra que en el 2004 un 14.2 % murieron durante el traslado en el 2005 un

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.

4.6% y en el 2006 un 8.9 % y desafortunadamente durante el 2005 y 2006 un 1.7% y en el 2006 5.1%maternas murieron en la vía pública por falta de una asistencia oportuna



MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



1.2 JUSTIFICACION

En Colombia el embarazo se ha convertido en un problema epidemiológico por sus altos índices de maternidad en menores de edad, en poblaciones de bajos recursos y de poca escolaridad que no tienen ingreso a los controles prenatales y no tienen como movilizarse a los centros de salud y en ocasiones tienen un parto en lugares no indicados y que se convierten en un potente factor de riesgo para una mortalidad materna.

Hay muchos factores que influyen para que una materna no se movilice hacia un centro asistencial y tengan un parto domiciliario

¿Pero qué tan seguro es un parto domiciliario?

Un parto domiciliario podría ser una opción para algunas maternas que se encuentran en óptimo estado de salud y no tienen factores de riesgos médico-obstétricos pero las pacientes de bajos recursos no logran ir a los controles prenatales y no conocen los riesgos que pueden tener durante el parto. Sin embargo, el parto domiciliario no es aconsejable para todas las mamás. Las mujeres que son más propensas a padecer complicaciones durante el parto o postparto deberían dar a luz en un hospital, más aun si nunca han ido a los controles prenatales.

Además el traslado también puede ser uno de los factores de mortalidad materna en Colombia durante el 2004 se dio 14.2 % de muerte de maternas durante el traslado y no tan lejos durante el 2006 se dio un 8.6 % la dirección seccional de Antioquia nos muestra que durante el periodo del 2004 y 2006 se dieron muertes maternas en las vías públicas en un 5.1 % son cifras altas que nos hacen pensar ¿Qué tipo de personas están laborando en nuestro medio? ¿Qué tanto conocimiento tiene el personal encargado del traslado? ¿Qué tan capacitados están los primeros respondientes a un llamado de urgencias?

Es importante conocer que está pasando para poder buscar una solución y estrategias que pueda mejorar la calidad de atención de un parto con las medidas de seguridad adecuadas y que disminuyamos la tasa de mortalidad mejorando la calidad de vida de la materna y el neonato así no tenga una asistencia médica oportuna pero que garantice un traslado exitoso.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



1.3 PREGUNTA PROBLEMATIZADORA

¿Cuál es la morbi- mortalidad materno- infantil presentada en la atención Prehospitalaria del trabajo de parto?

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



2. MARCO TEORICO

2.1 REFERENTE TEORICO

En el mundo, cada minuto muere una mujer a consecuencia de una complicación en su proceso reproductivo, que significa 536000 mujeres por año. La hemorragia obstétrica es la causa principal y el 99,9% de ellas ocurren en los países pobres, con deficiencias sistemáticas en los sistemas de salud, inequidad, mayor vulnerabilidad hacia la mujer por razones sociales, económicas y de diferencia de género, entre otras. (1, 2). El 85%-90% de estas muertes pueden ser evitadas, y la oportunidad de crianza de los hijos nacidos de estas mujeres podría ser mayor, si se tomaran medidas adecuadas y oportunas que contribuyan en el control de “tropiezos” logísticos y técnicos acumulados en el sistema, y que se suman al rápido y progresivo deterioro funcional presente en una situación de hipoperfusión y choque hipovolémico.

La gestación humana puede estar amenazada por diferentes causas inherentes al proceso reproductivo, o por enfermedades y/o situaciones particulares que se agregan a este proceso. Así, hasta el 40% de las mujeres pueden presentar problemas asociados a la gestación, el 15% pueden tener complicaciones graves con secuelas o riesgo de morir, entre las cuales, la hemorragia obstétrica durante el traslado

Siempre que se defina el traslado, se debe garantizar:

Transporte adecuado, de preferencia en ambulancia medicada, con el equipo humano acompañante, entrenado en código rojo y que continúe durante el desplazamiento con la aplicación del código, con énfasis en el masaje uterino activo, las maniobras de reanimación, reemplazo de volumen y administración de medicamentos (goteo de oxitocina en caso de atonía). Debe disponerse en la ambulancia del equipo de reanimación cardiopulmonar, medicamentos, infusores de líquidos y oxígeno. Acompañamiento a la familia con explicación clara y objetiva que proceda de quién asume el proceso de coordinación del Código Rojo.

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



2.2 REFERENTE CONCEPTUAL

¿Qué es el parto de emergencia?

El parto de emergencia es aquel que se realiza sin la ayuda de asistencia médica profesional. Son más frecuentes en mujeres que ya han tenido partos rápidos con anterioridad, que han tenido varios partos previos o bien en mujeres que han iniciado prematuramente el parto. Pero afortunadamente la mayoría de los partos domiciliarios de "sorpresa" ocurren en las películas o en televisión. En la vida real, la mayoría de los partos se realizan en el hospital que la pareja eligió con anticipación. Especialmente "el primer parto", se produce después de dar muchos signos de alarma previos. Muy pocas veces, una madre primeriza tiene la "suerte" de no sentir ningún dolor durante el trabajo de parto, y sentir de repente grandes ganas de pujar. Generalmente cree que debe evacuar sus intestinos y en realidad es la cabecita del bebé. Si perteneces a los primeros respondientes (Bomberos, Policías, Rescatistas etc.) que son sorprendidos por el parto, debes tener en cuenta algunas cosas al respecto, pero no te preocupes de antemano ya que es una posibilidad muy remota.

¿Cuáles son los síntomas?

Para identificar un parto de emergencia deben presentarse los siguientes síntomas:

- **Contracciones regulares:** Con menos de dos minutos de separación, contadas a partir del comienzo de la primera contracción hasta el comienzo de la segunda
- **Necesidad de evacuar:** Por la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre el recto.
- **Fuerte necesidad de pujar:** La madre anuncia que el bebé está por llegar y que desea pujar.
- **Abertura vaginal protuberante:** Incluso puede verse la cabeza del bebé durante las contracciones, la cual vuelve a introducirse en la vagina entre cada contracción.
- **Pujos y esfuerzo por parte de la madre:** La madre no puede evitar el instinto natural de parir.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



¿Cómo se debe realizar el parto de emergencia?

- Tratar de mantener la calma.
- Como primera medida se debe llamar al servicio de emergencias local 123.
- Si hay tiempo se debe higienizar con agua y jabón la zona vaginal y las manos de la persona que ayude para el parto. Si es posible utiliza además guantes de látex estériles.
- La madre debe colocarse en una posición cómoda, acostada y boca arriba en algún lugar con buena iluminación y temperatura cálida. Durante todo el proceso debe sentirse tranquila y contenida por el entorno. En lo posible se debe colocar a la madre sobre el borde de una cama o al borde de una mesa cubierta con una sábana o con toallas limpias.
- Quitar cualquier prenda de vestir de la madre que sea incómoda y apoyar su cabeza y espalda sobre almohadas. La madre deberá acostarse de lado hasta que el bebé esté casi listo para nacer, momento en el cual se acostará sobre su espalda con las rodillas dobladas y las piernas separadas. De ser posible, colocar una toalla o manta doblada por debajo de la cadera derecha de la madre para evitar que quede totalmente plana sobre su espalda.
- La madre debe sujetar sus muslos con las manos desde la parte externa para ayudar a pujar. Si no hay tiempo de colocar a la madre sobre una cama o sobre una mesa, coloca las nalgas maternas sobre toallas para ayudar en el momento de la salida de los hombros del bebé.
- En lo posible coloca un balde para recibir el líquido amniótico y la sangre que se elimina en el parto.
- Pedir a la madre que respire despacio y profundo, sobre todo durante las contracciones.
- En el momento que aparece la cabecita del bebé se debe advertir a la madre que no puje, en cambio debe soplar o jadear para evitar una expulsión muy brusca que desgarrar los músculos del periné.
- Una vez que el bebé asome la cabeza, pedir a la madre que aguante la respiración y que puje. Colocar una mano contra el área que está debajo de la abertura vaginal y aplicar una presión suave durante cada contracción, para ayudar a que el bebé no salga demasiado rápido. La otra mano, colocada contra la apertura vaginal y sobre la cabeza del bebé, ayuda a controlar la velocidad de salida de la cabeza por dicha abertura.
- Sostener la cabeza del bebé con ambas manos a medida que sale, pues ésta

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



girará hacia un lado de forma natural.

- Limpiar la boca y nariz del bebé con una toalla seca, aunque es indispensable usar una pera de succión.
- Si el bebé tiene el cordón umbilical enrollado alrededor del cuello durante el parto, tomar el cordón con el dedo índice y pasarlo suave pero rápidamente por sobre la cabeza del bebé. No se debe cortar. Si el cordón no pasa por la cabeza, se lo debe dejar y continuar tratando de sacar el resto del cuerpo del bebé.
- Una vez que ha salido la cabeza, el cuerpo del bebé suele salir rápidamente. Sostener la cabeza y hombros del bebé cuando está saliendo, recordando que los recién nacidos son resbalosos, por lo que se debe usar una toalla.
- Si el bebé parece quedarse atorado en los hombros, se debe pedir a la madre que puje con fuerza y empujar hacia la espalda de la madre con las manos colocadas en el área justo por encima del vello púbico de la madre. También se puede tratar de levantar las piernas de la madre hacia su pecho, manteniendo las rodillas dobladas y separadas.
- Una vez nacido el bebé, sostenerlo con la cabeza hacia abajo y los pies por encima de la cabeza para drenar los líquidos. Después que el bebé comience a llorar, limpiar de nuevo la boca y la nariz con un trozo limpio de tela. Es posible que éste cianótico, pero el color rosado retorne a los pocos minutos si su respiración es normal.
- Si el bebé no respira, se debe estimular rápidamente al bebé, frotándole suavemente la espalda. Si el bebé no comienza a respirar, se le debe asistir la respiración. También de forma suave, se vuelve a succionar la nariz y boca para limpiar las secreciones, la sangre y el moco.
- Si el bebé está respirando o llorando, secarlo y envolverlo en toallas secas. No se debe lavar la cabeza ni el cuerpo del bebé. Colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre, asegurándose de no tirar del cordón umbilical. No se debe intentar tirar del cordón umbilical para que se desprenda la placenta.
- Motivar a la madre a amamantar al bebé, lo que estimula las contracciones del útero necesarias para expulsar la placenta.
- Atar con un cordón de zapato limpio o una cuerda limpia y gruesa alrededor del cordón umbilical a unos 10 cm. (4 pulgadas) del ombligo; no se debe usar hilo, pues éste corta el cordón. No se debe cortar ni tirar del cordón. Es necesario atar el cordón para evitar que la sangre del bebé continúe circulando hacia la placenta.
- La madre continuará con las contracciones hasta que haya expulsado la placenta. Unos masajes en el abdomen de la madre la ayudarán con la expulsión,

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



pues contraen el útero. Una vez fuera, envolver la placenta en una bolsa plástica roja y colocar a un nivel superior al del bebé. Es necesario asegurarse que ésta llegue al hospital con la madre y el bebé.

- Si la madre presenta una hemorragia fuera de la vagina tras haberse rasgado la piel, presionar directo en la piel con una compresa de gasa estéril, un trozo de tela o una toalla sanitaria limpia hasta que la hemorragia se detenga.
- Una vez expulsada la placenta, masajear el abdomen de la madre para estimular las contracciones uterinas a fin de controlar hemorragia del útero durante las primeras dos horas después del parto. Muchas veces, el útero se relaja tanto que las contracciones se detienen, por lo que el masaje ayuda a que continúen.
- Limpiar a la madre con agua y jabón. Tanto la madre como su bebé deben mantenerse calientes, pues la hipotermia es común en los neonatos. Es posible que la madre se sienta más cómoda si está recostada mientras amamanta al bebé. Es importante llevar a ambos al hospital para que los examinen tan pronto como sea posible.
- En circunstancias normales, no hay apuro en cortar el cordón umbilical, por lo que es preferible anudarlo y dejarlo que cortarlo con instrumentos que no estén limpios. No hay peligro si el bebé continúa pegado a la placenta, siempre y cuando madre e hijo reciban asistencia médica oportuna.

¿Y si no se puede conseguir asistencia médica?

Atención BOMBEROS: Si no se puede conseguir asistencia médica, se tiene que atar y cortar el cordón después de que el bebé haya nacido, para lo cual se seguirán los siguientes pasos.

1. Si ya se ató un nudo a unos 10 cm. (4 pulgadas) del ombligo del bebé, se ata otro nudo firme a unos 20 cm. (8 pulgadas) del ombligo. Si el primer nudo no está atado, debe atarse un nudo firme con un cordón de zapato limpio o con una cuerda gruesa y limpia a no menos de 10 cm. (4 pulgadas) del ombligo del bebé.
2. Atar otro nudo firme alrededor del cordón a unos 25 cm (9 pulgadas.) del ombligo del bebé.
3. Cortar el cordón entre ambos nudos con unas tijeras estériles. El ombligo suele sangrar uno minutos después del corte.
4. Cubrir los extremos del cordón con un trozo limpio de tela o con una gasa estéril.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



¿Qué es lo que se debe evitar durante el parto de emergencia?

Es muy importante evitar lo que detallamos a continuación ya que de otra forma se pondría en riesgo la salud de la mamá y el bebé.

- Tratar de retrasar el parto

No se debe retrasar el parto de ninguna manera, cruzando las piernas de la madre o empujando la cabeza del bebé dentro de la vagina, pues se puede lesionar al bebé gravemente.

- Permitir que la madre vaya al baño

Se le debe explicar que la sensación de ir al baño es indicativa de que viene el bebé.

- Dejar que la madre puje con fuerza hasta ver que la vagina se abulte por la cabeza del bebé

Si la madre puja antes de que el cuello uterino esté completamente dilatado, éste podría desgarrarse.

- Tirar al bebé fuera de la vagina

Esto podría lesionar severamente al bebé y a la madre.

- Tirar del cordón umbilical

Se fuerza el desprendimiento de la placenta produciendo hemorragias severas.

- Cortar el cordón umbilical

A menos que se lo indique un médico.

- Permitir que tosan o estornuden sobre el bebé o la madre

Las personas que tengan resfriados, las manos sin lavar o heridas abiertas deben mantenerse a distancia.

- Utilizar productos químicos o antisépticos alrededor de la madre o el bebé

Lo mejor es el agua y jabón, ya que otros productos podrían llegar a ser tóxicos.

¿Cómo puede prevenirse?

A medida que se acerca la fecha probable de parto, se debe empezar a pensar en todas las posibles situaciones que pueden presentarse a la hora de llevar a la madre al hospital para prevenir acontecimientos que podrían demorar la llegada de la parturienta al hospital.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



RECURSOS NECESARIOS

Elementos de bioseguridad: Guantes, lentes, tapaboca, delantal.

Kit obstétrico:

- Tijeras quirúrgicas.
- Pinzas hemostáticas del cordón umbilical.
- Cinta esterilizada para ajustar el cordón.
- Compresas, gasas estériles.
- Sábanas.
- Toallas sanitarias.
- Bolsas plásticas.

Aspirador:

- Sondas para aspiración.
- Perilla para aspiración.

DESCRIPCIÓN DETALLADA O INTERROGATORIO

Cualquier paciente en embarazo o con sospecha de embarazo debe involucrar como norma general de abordaje un interrogatorio orientado a precisar varios puntos:

- ¿Existe algún dolor en el momento de la emergencia? ¿Calidad y características del dolor?
- ¿Ha existido sangrado vaginal?
- ¿Se ha presentado salida de líquido por vagina?
- ¿Se ha tenido control prenatal?
- ¿Se están tomando algunas drogas?
- ¿Hay alguna enfermedad de base?
- ¿Hay alergia a algún medicamento o sustancia?
- ¿Cuál fue la fecha de la última menstruación?

Si la embarazada presenta un trauma, se aplicará el ABCDE del trauma y se procederá al traslado al lugar adecuado, en el vehículo y con la tripulación adecuada.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



Si el caso no es de trauma, se determinará si la paciente está consciente o inconsciente. En una situación en donde el paciente está consciente se debe determinar si se trata de un cuadro crítico o de un cuadro estable.

Se define como crítica aquella paciente que tiene alteraciones respiratorias serias, alteraciones en ventilación, evidencia de hipoperfusión o alteraciones neurológicas.

Toda paciente crítica debe conducirse lo más pronto posible a una institución hospitalaria.

Las pacientes estables brindan más tiempo de evaluación, pero no es el personal prehospitalario el que toma la decisión final de la conducta, a no ser que haya presencia médica.

Algunas situaciones particulares:

Aborto o amenaza de aborto: el equipo de intervención va a encontrar una paciente cuya clínica puede ser muy variada: dolor abdominal hipogástrico, sangrado vaginal, salida de coágulos a nivel vaginal.

El equipo debe verificar una historia rápida que involucre preguntas como las anotadas anteriormente. Deben tomarse los signos vitales y se procede al traslado a una institución que puede ser de segundo nivel.

Sangrado vaginal: esta situación tiene diferentes implicaciones de acuerdo con la edad gestacional. Hacia el primer trimestre es compatible con amenaza de aborto. Hacia el último trimestre se asocia con situaciones como placenta previa y abrupción placentaria.

Una hemorragia vaginal configura situaciones que incluso pueden ser amenazantes para la vida. Deben determinarse rápidamente signos vitales, colocar una compresa o toalla vaginal de protección y proceder al traslado con soporte (administración de líquidos, monitorizar signos vitales en la madre y frecuencia cardíaca fetal).

La paciente debe ubicarse en decúbito lateral izquierdo todo el tiempo. En casos de abrupción placentaria es usual que la paciente presente hipertensión uterina con espasmos dolorosos abdominales y útero indurado a la palpación.

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



Trauma: la prioridad al atender a la mujer embarazada con trauma es siempre la madre, es decir, su adecuada reanimación va a permitir la reanimación del feto.

La secuencia es el ABCDE del trauma teniendo en cuenta varios puntos: la vía aérea de la mujer embarazada suele ser más difícil de abordar que la de la mujer no embarazada. Hay que tener precauciones pues suele haber edema y congestión en las mucosas que facilitan el sangrado durante las maniobras de intubación o manipulación. La ventilación se ve más comprometida pues la presión intra abdominal aumenta y el diafragma es desplazado hacia arriba. En el componente circulatorio hay que tener en cuenta que signos vitales normales no siempre indican que la paciente no ha perdido volumen significativo.

Se insiste siempre en el temprano traslado a institución hospitalaria en posición decúbito lateral izquierdo.

Parto: en términos generales, lo ideal es trasladar con prontitud a la paciente en trabajo de parto para que sea atendida en una entidad hospitalaria. En ocasiones se hace inevitable atender el parto en la escena por no tener disponibilidad de medio de transporte, condiciones ambientales muy difíciles, situación de desastre e inminencia de parto (expulsivo) o éste se precipita durante el traslado.

Hay algunas preguntas que pueden sugerir inminencia de parto o posibilidad de traslado:

- ¿Es el primer embarazo?
- ¿semanas de gestación?
- ¿Ha presentado sangrado vaginal o salida de líquido amniótico?
- ¿Hay contracciones o dolor presente?
- ¿Cuál es la frecuencia y duración de las contracciones?

¿Cuáles son las posibles complicaciones del parto?

HEMORRAGIA OBSTETRICA: es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



CLASIFICACIÓN

A) Hemorragia en el estado grávido

- _ Síndrome de aborto
- _ Embarazo ectópico
- _ Enfermedad trofoblástica gestacional
- _ Placenta previa
- _ Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta
- _ Ruptura uterina

B) Hemorragia puerperal

Causa uterina:

- ✓ Atonía uterina
- ✓ Inversión uterina
- ✓ Retención placentaria y de restos placentarios
- ✓ Acretismo placentario

Causa extrauterina:

- ✓ Desgarros o laceraciones del tacto genital
- ✓ Trastornos de la coagulación

C) Complicaciones de la hemorragia obstétrica

- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Coagulación intravascular diseminada.

HEMORRAGIA EN EL ESTADO GRAVIDO

❖ ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Diagnóstico en el primer nivel de atención

Datos clínicos sugestivos:

- ✓ Hemorragia en la primera mitad del embarazo
- ✓ Dolor en hipogastrio
- ✓ Toxemia antes de la semana 20 de la gestación
- ✓ Hiperémesis
- ✓ Útero mayor que la fecha de gestación
- ✓ Ausencia de latido cardíaco fetal y de partes fetales
- ✓ Quistes ováricos bilaterales

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



✓ **PLACENTA PREVIA**

Definición: Es la complicación obstétrica que se presenta cuando la implantación placentaria se realiza a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre el orificio cervical interno parcial o totalmente, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.

Prevención

Toda paciente con cualquiera de los siguientes factores de riesgo deberá referirse al segundo nivel de atención para valoración:

- Cicatrices uterinas previas (cesáreas, miomectomías, metroplastías) se sugiere realizar ultrasonido obstétrico en la semana 24-28 para ver sitio de inserción de la placenta.
- Multiparidad.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Tabaquismo.
- Anormalidades en la vascularización endometrial

Clasificación:

1. **Inserción baja:** el borde placentario se encuentra en el segmento inferior a menos 8 cm del orificio cervical interno.
 2. **Marginal:** el borde placentario alcanza márgenes del orificio cervical.
 3. **Central parcial:** la placenta cubre el orificio cervical interno cuando el cuello se encuentra cerrado, pero cuando hay una dilatación igual o mayor a 3 cm sólo cubre parcialmente el orificio cervical interno
 4. **Central total:** la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aún con dilatación avanzada
- Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica

Diagnóstico en el primer nivel de atención

- ✓ **Hemorragia transvaginal:** es de color rojo brillante, no se acompaña de dolor abdominal, su comienzo es súbito y pueden presentarse varios episodios de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, generalmente entre la semana 28 a 34. Su magnitud es variable y puede aumentar conforme avanza la edad gestacional o al iniciar la contractilidad uterina
- ✓ **El origen de la hemorragia:** parece ser secundario al desprendimiento mecánico de la placenta de su sitio de implantación, ya sea durante la formación del segmento uterino, durante el trabajo de parto o bien como consecuencia de exploraciones vaginales. Es frecuente que en las variedades de placenta previa

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



más bajas se presente un sangrado en cantidad mayor en etapas más tempranas (semana 20 a 24) de la gestación.

- ✓ **El tono uterino:** es habitualmente normal, las condiciones del feto son estables y puede acompañarse de presentaciones anormales del feto.
- ✓ **Esta implantación anómala de la placenta** favorece la presentación cefálica libre o situación fetal transversa, oblicua.
- ✓ **Estado fetal:** habitualmente no hay presencia de sufrimiento fetal, pero puede presentarse Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) y riesgo de prematuro.
- ✓ **Durante el trabajo de parto:** la hemorragia puede ser de magnitud considerable debido a la separación de la placenta del segmento y el feto puede ser afectado por la hipovolemia materna.

Primer nivel de atención:

Toda mujer embarazada, que presenta hemorragia transvaginal en la segunda mitad del embarazo, es obligado su traslado al segundo nivel de atención para su estudio y tratamiento.

En caso de que la paciente presente hemorragia activa, se debe realizar el traslado bajo las siguientes condiciones:

- ✓ Disponibilidad de dos venas permeables (de preferencia, con catéter No 18 para infusión rápida).
- ✓ Administrar carga rápida de solución Hartman de acuerdo a la cantidad de la hemorragia y reposición de acuerdo a la hemorragia (*ver apéndice de ATLS*).
- ✓ Signos vitales y Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) cada 15 minutos.
- ✓ Avisar del traslado a la unidad de atención del segundo o tercer nivel.
- ✓ Asistencia del médico tratante y enfermera.
- ✓ Mantener las vías aéreas permeables.
- ✓ Administrar oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales.
- ✓ Mantener en posición de decúbito lateral izquierdo.

❖ **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA**

Definición: Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, siempre que ocurra después de las 20 semanas de gestación y antes del tercer período del trabajo de parto. Su incidencia es de 0.49 al 1.29%, variando en algunas series de un caso por 75 a 120 partos. La mortalidad perinatal se reporta de un 20-35%. Se asocia a preeclampsia.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



Prevención: Tener siempre en cuenta los siguientes factores de riesgo, para poder realizar un diagnóstico oportuno:

- ✓ Trastornos hipertensivos en el embarazo
- ✓ Descompresión brusca del útero
- ✓ Edad materna mayor de 35 años
- ✓ Tabaquismo y alcoholismo
- ✓ Cordón umbilical corto.
- ✓ Traumatismo abdominal
- ✓ Tumoraciones uterinas
- ✓ Iatrogenia (uso inadecuado de oxitocina o prostaglandinas)
- ✓ Corioamnioitis
- ✓ Ruptura prematura de membranas (prolongada)
- ✓ Embarazo con dispositivo intrauterino

Diagnóstico en el primer nivel de atención

Los datos clínicos varían de acuerdo a la severidad y duración del desprendimiento.

Se menciona que el 50% de los casos de desprendimiento ocurren en el curso del trabajo de parto y la otra mitad antes de éste.

Es muy importante que se tengan presentes los factores de riesgo ya mencionados para valorar oportunamente su traslado al segundo nivel de atención.

Los datos clínicos que se presentan son los siguientes:

- _ Hemorragia genital obscura o líquido amniótico sanguinolento
- _ Dolor abdominal súbito y constante localizado en el útero
- _ Hipertonía y polisistolia uterina
- _ Datos de sufrimiento fetal agudo
- _ Hipovolemia y choque hemorrágico
- _ Coagulopatía secundaria y progresiva mientras el útero este ocupado

Tratamiento y referencia en el primer nivel de atención

- ✓ Constituye una emergencia obstétrica para el feto y la madre
- ✓ La terminación del embarazo debe ser casi inmediata
- ✓ El diagnóstico es esencialmente clínico (sangrado con dolor, hipertonía uterina y polisistolia uterina y alteraciones en el estado materno fetal)
- ✓ El riesgo de sufrimiento fetal agudo y muerte fetal es por la interrupción de la circulación materno- fetal
- ✓ Aún con feto muerto, la interrupción del embarazo debe ser urgente por el riesgo de provocar Coagulación Intravascular Diseminada (CID).

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



Toda paciente con diagnóstico probable de desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta se deberá trasladar a la brevedad posible y con los medios disponibles al segundo nivel de atención médica para su tratamiento con los siguientes requisitos:

- ✓ Mantener vías aéreas permeables
- ✓ Asegurar una oxigenación adecuada, preferentemente con oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales
- ✓ Se deberá instalar venoclisis con solución Hartman administrando carga rápida de 300 ml y 700 ml para pasar en 4 horas, continuar con la reposición de líquidos de acuerdo a la hemorragia
- ✓ Trasladar en posición decúbito lateral izquierdo
- ✓ Se recomienda el uso de sonda Foley para el control de diuresis
- ✓ Signos vitales cada 15 minutos

❖ RUPTURA UTERINA

Definición: Es la presencia de cualquier desgarro del útero, no se consideran como tales la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.)

Clasificación

Se clasifican de acuerdo a dos criterios: espontaneidad y grado de víscera involucrada.

- ✓ **Espontánea:** cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico.
- ✓ **Traumática:** en las que ha intervenido algún factor extrínseco (oxitócicos, parto pélvico, fórceps o versión interna)
- ✓ **Completa:** abarcan todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral.
- ✓ **Incompleta:** no incluyen el peritoneo visceral
- ✓ **Total:** involucran tanto el segmento como el cuerpo uterino
- ✓ **Parcial:** sólo involucran el segmento o el cuerpo del útero

Prevención

El conocer los factores predisponentes que pueden ocasionar la ruptura uterina durante el estado grávido y puerperal, es el aspecto más importante para lograr una prevención más completa, así como para la realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno de pacientes con esta patología obstétrica.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



Factores de riesgo

- ✓ Cicatriz uterina previa (cesárea, miomectomías, etc.)
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Maniobra de Kristeller
- ✓ Exceso en el uso de oxitocina, prostaglandinas

Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica

- ✓ Parto pélvico
- ✓ Múltiparas
- ✓ Presentaciones anómalas
- ✓ Infecciones uterinas
- ✓ Enfermedad trofoblástica gestacional
- ✓ Legrados uterinos repetidos
- ✓ Adenomatosis

Diagnóstico en los tres niveles de atención

La identificación de la ruptura uterina no es siempre fácil, ya que frecuentemente no aparece el cuadro clínico típico (dolor intenso y súbito, hemorragia, choque hipovolémico) o bien se encuentra oculta por la presencia de analgesia o anestesia.

Se deberá sospechar siempre que se presenten algunas de las siguientes circunstancias:

- ✓ Palpación de partes fetales en forma superficial o en zonas altas del abdomen
- ✓ Detención en el trabajo de parto
- ✓ Dolor supra púbico súbito e intenso
- ✓ Hemorragia transvaginal
- ✓ Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (frecuentemente ausencia de latido fetal)
- ✓ Anillo de retracción patológico de Bandl previo a la ruptura
- ✓ Taquicardia e hipotensión arterial no explicables
- ✓ Hematuria

Tratamiento en el primer nivel de atención

Está encaminado a establecer las medidas de soporte para evitar o revertir la hemorragia y el choque hipovolémico. Se deberá referir de urgencia al segundo nivel de atención ante la sospecha de ruptura uterina para su tratamiento quirúrgico y de acuerdo a las condiciones de traslado ya negociadas en el capítulo de placenta previa.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



HEMORRAGIA PUERPERAL

Es la pérdida sanguínea posparto mayor de 500 ml o pos cesárea mayor de 1 000 ml, o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como: hipotensión, Taquicardia, palidez de piel y mucosas.

CLASIFICACIÓN

• **CAUSA UTERINA**

A) Atonía uterina

Es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario.

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- _ Trabajo de parto prolongado
- _ Miomatosis uterina
- _ Macrosomía fetal
- _ Polihidramnios
- _ Embarazo múltiple
- _ Amnioitis
- _ Multiparidad
- _ Uso de oxitocina
- _ Antecedente de hemorragia posparto
- _ Uso de sulfato de magnesio
- _ Trabajo de parto precipitado
- _ Anestesia general
- _ Embolia de líquido amniótico

Prevención de la hemorragia posparto:

Manejo activo del alumbramiento

Estudios multicéntricos realizados en los últimos años y con los criterios de la medicina basada en la evidencia, recomienda el manejo activo del alumbramiento que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia posparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia posparto.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



Medicamentos:

- ✓ **Oxitocina:** se recomienda administrar oxitocina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior
- ✓ **Ergonovina:** se recomienda administrar una ampolleta de 0.2 mg IM o IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior
- ✓ **Prostaglandinas:** se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg (3 tabletas). En caso de no disponer de oxitocina o Ergonovina.

Maniobras en el primer nivel de atención:

- ✓ Masaje en el fondo uterino posterior al nacimiento del producto
- ✓ Pinzamiento precoz del cordón umbilical
- ✓ Tracción controlada del cordón umbilical
- ✓ Lactancia inmediata

Diagnóstico en los tres niveles de atención:

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina, ruptura uterina, entre las más Frecuentes.

Tratamiento en el primer nivel de atención:

• **Técnicas mecánicas**

Existen dos técnicas la manual y el taponamiento. La técnica manual consiste en la presión bimanual del útero una vez terminado el tercer período del parto previa verificación de que no existe retención de restos placentarios, acretismo, desgarros o laceraciones del cérvix, vagina y de vulva. (Se introduce la mano derecha en vagina, y con el puño de esa misma mano se ejerce presión contra la mano izquierda que está sobre el fondo uterino a través del abdomen.

La presión ejercida sobre el útero hipotónico ayuda a su contracción, además del masaje energético que se debe de realizar en forma simultánea.)

El taponamiento de la cavidad uterina es una técnica efectiva con una baja morbilidad. Se reduce la hemorragia hasta en un 50% de los casos y en muchas ocasiones es un método de gran ayuda, ya que ofrece tiempo (1 a 2 horas) para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo o para su traslado a otra unidad médica.

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



- **Tratamiento Médico:** La oxitocina puede utilizarse a dosis de 10 a 80 UI diluidas en 1000 ml de solución Hartman o solución salina para pasar en goteo rápido, sin exceder de 100 mil unidades por minuto. En algunas situaciones se pueden utilizar dosis mayores de oxitocina o utilizarse intramiometrio; sin embargo no se debe olvidar que altas concentraciones desencadenan una intoxicación hídrica.

La metilergonovina se utiliza a dosis de 0.2 mg por vía intramuscular o por vía intravenosa, su efecto es inmediato y se pueden utilizar dosis subsecuentes.

En caso de no contar con oxitocina y persista la hemorragia se podrá administrar la metilergonovina en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.)

Como ya se mencionó, se puede administrar misoprostol a dosis de 600 mcg. (3 tabletas) en caso de continuar con hemorragia.

❖ INVERSIÓN UTERINA

Es una complicación del puerperio inmediato, que consiste en la aproximación del fondo de la cavidad uterina a través de la vagina provocando hemorragia posparto de magnitud variable, por lo que su tratamiento debe ser inmediato. Se mencionan que debe haber dos condiciones para que se presente la inversión uterina, como son la dilatación cervical y la relajación uterina. La incidencia de la inversión uterina es de 1:2 000 nacimientos.

Existen los siguientes factores de riesgo que se asocian con la inversión uterina:

- ✓ Exceso de tracción del cordón umbilical
- ✓ Acretismo placentario
- ✓ Brevidad real de cordón
- ✓ Primigestas con implantación fúndica de la placenta
- ✓ Alteraciones de la contractilidad uterina
- ✓ Debilidad congénita del útero
- ✓ Inserción baja de placenta
- ✓ Uso anteparto de sulfato de magnesio u oxitocina
- ✓ Sobre distensión uterina (productos macrosómicos, polihidramnios)

Clasificación:

Se puede clasificar a la inversión uterina de acuerdo al tiempo en que se realiza el diagnóstico, por lo que puede ser aguda si se presenta dentro de las primeras 24 horas posparto y sub-aguda cuando se presenta después de las 24 horas posparto a las 4 semanas.

También se clasifica de acuerdo a la extensión de la inversión de la pared uterina con respecto al cérvix. En la **inversión incompleta:** el fondo uterino se ha

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



invertido pero sin llegar al cérvix y en la **inversión completa**: el fondo del útero rebasa a la vulva.

Diagnóstico en los tres niveles de atención:

- ✓ El signo principal inicial es la hemorragia, calculándose la pérdida sanguínea de 800 a 1 800 ml, y el 40% de las pacientes presentan choque hipovolémico.
- ✓ Palpación de masa ocupativa en toda la cavidad vaginal
- ✓ Ausencia de cuerpo uterino en mitad inferior del abdomen
- ✓ Presencia de choque neurogénico
- ✓ No existen estudios específicos para la confirmación diagnóstica; sin embargo, el ultrasonido pélvico puede ayudar a diferenciar de una inversión uterina sub-aguda a una miomatosis uterina o pólipo
- ✓ Son necesarias determinaciones de hemoglobina, hematocrito y pruebas de coagulación.

Tratamiento en el primer nivel de atención:

El tratamiento consiste en tres puntos importantes, como son el mantenimiento hemodinámico, reposición uterina y manejo post-reposición uterina.

Mantenimiento

Administración de líquidos y analgésicos.

La administración de líquidos dependerá de la pérdida sanguínea calculada de acuerdo a los apéndices 1, 2 de ATLS y con el empleo de analgésicos no esteroideos por vía intramuscular.

❖ **ACRETISMO PLACENTARIO**

Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales a la pared uterina. Su incidencia es aproximadamente de un caso en 1 500 y probablemente sea mayor en algunas instituciones por el mayor número de cesáreas.

Existen tres tipos de variedades de adherencia anormal de la placenta:

- ✓ **Placenta acreta:** es la adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina sin llegar al miometrio (80%)
- ✓ **Placenta increta:** es una variedad de acretismo en el cual las vellosidades alcanzan el miometrio (15%)
- ✓ **Placenta percreta:** es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero (5%)

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



Por su extensión se reconoce los siguientes tipos:

- ✓ **Focal:** sólo en pequeñas áreas
- ✓ **Parcial:** uno o más cotiledones se involucran en el proceso
- ✓ **Total:** toda la superficie está anormalmente adherida

Factores riesgo:

- ✓ Antecedente de legrado uterino
- ✓ Cirugía uterina previa
- ✓ Antecedente de placenta previa en embarazo anterior

Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica

- ✓ Multiparidad
- ✓ Infección uterina

Diagnóstico en los tres niveles de atención:

- ✓ Alumbramiento incompleto
- ✓ Imposibilidad de localizar un plano de despegamiento entre el útero y la placenta
- ✓ Aumento en la pérdida de sangre en tercer período de trabajo de parto.

El diagnóstico definitivo de la variedad de inserción anómala sólo será por estudio de anatomía patológica.

Tratamiento en el primer nivel de atención:

El tratamiento conservador constituye una opción válida, sin embargo, éste conlleva riesgos; la única excepción es cuando se trata de acretismo focal, en ausencia de hemorragia importante y con buena respuesta a oxitócicos.

El tapón uterino está justificado como medida temporal y previa al acto quirúrgico en el segundo o tercer niveles de atención. Cuando el alumbramiento es imposible y la placenta está anormalmente adherida, no deben intentarse procedimientos para desprenderla, tales como legrados digitales o instrumentales, ya que éstos pueden ocasionar mayor pérdida sanguínea, laceraciones o rupturas del miometrio conduciendo a la placenta a un estado crítico de hipovolemia. El traslado de la paciente deberá ser inmediatamente con las medidas generales de traslado y con la reposición de pérdidas hemáticas.

- **CAUSA EXTRAUTERINA**

DESGARROS O LACERACIONES DEL TRACTO GENITAL

Definición: Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto.

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Clasificación de los desgarros perineales:

- ✓ **Primer grado:** comprenden solamente la mucosa vaginal, la horquilla y la piel del periné
- ✓ **Segundo grado:** comprende el cuerpo perineal, lesionando el músculo transverso del periné y exponiendo el esfínter
- ✓ **Tercer grado:** abarca el cuerpo perineal, con lesión al esfínter rectal y los músculos perineales profundos. Si sólo lesionan el esfínter se les llama incompletos y si el recto se encuentra abierto se les considera completos

Los desgarros cervicales generalmente se presentan en las comisuras, y cuando éstos son extensos su trayectoria puede llegar hasta los fondos de saco, aumentando la cantidad de sangrado y la posibilidad de formación de hematomas e infección.

Factores de Riesgo

- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Atención de parto en presentación pélvica
- ✓ Aplicación de fórceps
- ✓ Parto precipitado

Prevención

- ✓ Descartar antecedentes obstétricos de riesgo (macrosomía)
- ✓ Valoración del incremento en el peso durante la gestación
- ✓ Ingreso de la paciente a sala de labor con condiciones cervicales favorables de acuerdo a sus antecedentes obstétricos

Diagnóstico:

El diagnóstico se hace por inspección directa de la zona afectada. Debe pensarse en esta posibilidad siempre que se haya presentado un parto difícil o una aplicación de fórceps, o bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante aunque sea en cantidad escasa.

Se requiere de una amplia exposición de la región vagino-perineal, mediante el empleo de valvas vaginales y el uso de pinzas de anillos especialmente para revisar el cérvix, así como también para la toma anal de las fibras del esfínter y su aponeurosis en caso necesario.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



Tratamiento en el primer nivel de atención:

El médico del primer nivel de atención deberá diagnosticar y reparar los desgarros vagino perineales de primer grado.

Los desgarros de primer grado se suturan por medio de puntos separados con catgut crómico a traumático 00 ó 000.

Los desgarros de segundo grado se suturan aproximando los músculos perineales profundos, por medio de puntos separados de catgut crómico a traumático 00.

Se deberán trasladar a las pacientes con presencia de desgarros de tercer grado y con desgarros de la pared lateral de vagina, previo taponamiento en vagina y medidas generales de traslado.

COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA OSBTETRICA

• **CHOQUE HIPOVOLÉMICO**

Definición: Es la insuficiencia circulatoria y datos de hipoperfusión tisular acompañados de hipoxia, utilización de vías del metabolismo anaerobio y acidosis.

Prevención: Identificar en el período prenatal y durante la gestación a pacientes con riesgo de presentar hemorragia obstétrica, mediante la elaboración de una historia clínica completa, exámenes de laboratorio y la administración de hierro y ácido fólico durante la gestación.

Anticiparse a la hemorragia en este grupo de pacientes, mediante la referencia a un segundo o tercer nivel de atención en forma oportuna.

Capacitar en forma constante y actualizada a ginecologistas, anestesiólogos, cirujanos generales, médicos familiares, médicos generales, así como enfermeras, en el manejo médico y quirúrgico de la hemorragia obstétrica y sus complicaciones.

Incrementar la cantidad y disponibilidad de soluciones parenterales, sangre y derivados, así como medicamentos específicos en caso de presentarse una hemorragia obstétrica.

Estructurar lineamientos técnicos actualizados y completos para un mejor tratamiento en este grupo de pacientes con hemorragia obstétrica, enfocado a un tratamiento ordenado, como es la reanimación, evaluación, alto a la hemorragia, interconsulta con especialistas y tratamiento de las complicaciones.

Diagnóstico

De acuerdo a la cantidad de hemorragia se manifiestan tres etapas con sus respectivos signos clínicos y que su tratamiento y pronóstico son diferentes para cada uno de ellos.

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



Tratamiento

La evaluación y manejo de una paciente que está sangrando y que puede desarrollar choque hipovolémico, es en forma simultánea, desde luego siempre con la finalidad de hacer una hemostasia adecuada para impedir mayor pérdida sanguínea.

Se recomiendan cinco puntos muy importantes para el tratamiento del choque hipovolémico, que forman parte de un esquema ordenado (REACT), estos puntos son: Reanimación, Evaluación, Alto a la hemorragia, Consulta a especialistas y Tratamiento de las complicaciones.

Reanimación

- ✓ Se debe realizar una valoración rápida del estado mental, presión arterial, pulso, temperatura
- ✓ El paso inicial es el aporte de oxígeno, con paciente consciente y respiración espontánea: se administrará oxígeno de 6-8 L/minuto al 100% mediante una mascarilla o puntas nasales
- ✓ Se tomará la decisión de intubar a la paciente de acuerdo al grado de insuficiencia respiratoria, para realizar ventilación mecánica, con cuantificación de gases sanguíneos arteriales
- ✓ Se elevarán las piernas 30 grados

Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica

CUADRO CLINICO EN DIVERSAS ETAPAS DEL SHOCK HIPOVOLEMICO			
SIGNOS CLINICOS	TEMPRANA	INTERMEDIA	IRREVERSIBLE
ESTADO MENTAL	Alerta, ansiosa	confundida	Extremadamente desorientada
ASPECTO GENERAL	Normal, afebril	Pálida, fría	Cianótica, fría.
PRESION ARTERIAL	Normal o ligeramente disminuida	hipotensión	Hipotensión intensa
RESPIRACION	Taquipnea leve	taquipnea	Disnea, cianosis
DIURESIS	30-60ml/hr.	30ml/hr.	anuria

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



CLASIFICACION DE SHOCK HIPOVOLEMICO Y REPOSICION DE LIQUIDOS Y SANGRE				
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
PERDIDA DE SANGRE (ml)	Hasta 750	750 - 1500	1550 – 2000	> 2000
PERDIDA DE SANGRE % VS	Hasta 15 %	15 – 30 %	30 – 40 %	> 40 %
FRECUENCIA CARDIACA	< 100	> 100	>120	>140
PRESION ARTERIAL	normal	normal	disminuida	Disminuida
FRECUENCIA RESPIRATORIA	14 - 20	20 - 30	30 - 40	>40
ESTADO MENTAL	Ligeramente ansiosa	Moderadamente ansiosa	Ansiosa, confundida	Confundida, letárgica
REEMPLAZO DE LIQUIDOS (regla 3:1)	cristaloide	cristaloide	Cristaloide y sangre	Cristaloide y sangre

*Tomado de Advanced Trauma Life Support 2

La regla de 3 a 1 consiste en administrar 300 ml. de solución cristaloide por cada 100 ml. de pérdida de sangre.

Las soluciones cristaloides más utilizadas son la solución Hartman y la solución fisiológica al 0.9%.

Las soluciones coloidales más utilizadas son la albúmina al 5%, solución de poligelatina (Haemaccel).

Administración inicial de líquidos:

Se administra un bolo inicial tan rápido como sea posible. La cantidad habitual es de uno a dos litros.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar las principales complicaciones que presentaron las maternas durante el trabajo de parto; entre el Segundo semestre del 2010 y el primer periodo del 2011 en el municipio de Medellín.

3.2 OBEJTIVO ESPECÍFICO:

- Recopilar la información brinda las historias clínicas de bomberos Medellín.
- Analizar las estadísticas de mortalidad materna que nos brinda las historias clínicas de bomberos Medellín.
- Cuantificar el índice de mortalidad materna.
- Desarrollar un plan de desarrollo que ayude a disminuir el índice de mortalidad materna; con el fin de garantizar una buena atención del parto domiciliario.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



4. ESTUDIO METODOLOGICO

4.1 ENFOQUE METODOLOGICO

Dada a las características que presenta el proyecto le daremos un enfoque cuantitativo.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Este proyecto se basa en un tipo de estudio observacional y descriptivo; donde contaremos con recursos humanos como el aporte de los tecnólogos en Atención Prehospitalaria del cuerpo de bomberos de Medellín, recursos técnicos como las historias clínicas diligenciadas durante el servicio de la institución.

Será un estudio longitudinal ya que nos basaremos en el tiempo determinado para el estudio, y prospectivo para observar la incidencia de los casos presentados en la ciudad de Medellín.

4.3 POBLACION DE REFERENCIA

- POBLACION N: mujeres embarazadas del área metropolitana de Medellín
- MUESTRA n: número de partos registrados en las historias clínicas de bomberos Medellín
- MUESTREO PROBABILÍSTICO: Maternas atendidas prehospitalariamente por bomberos Medellín en el periodo de estudio.

4.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Se estudiarán variables relacionadas con los datos de registro de atención en el cuerpo de Bomberos de Medellín, las características de la materna durante el tiempo del traslado.

- Edad
- Estado civil: (s) soltera (c) casada (u.l) unión libre (v) viuda

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



- Riesgo: (a) Alto
(b) Bajo
(n) Ninguno

- Tiempo de gestación: Primer trimestre (pt),
Segundo trimestre (st,)
Tercer trimestre (tt)

- Controles prenatales: si ___
No ___
No descrito___

- Complicaciones: Hemorragia (h)
Infección (i)
Placenta previa (pp.)
Infecciones del tracto urinario (Itu)
Preeclampsia (pcm)
Prematuro (p)
Ninguna (n)

- Régimen seguridad social en salud
Contributivo (ct)
Subsidiado (sb)
Vinculado (vn)

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



4.4.1 DIAGRAMA DE VARIABLES

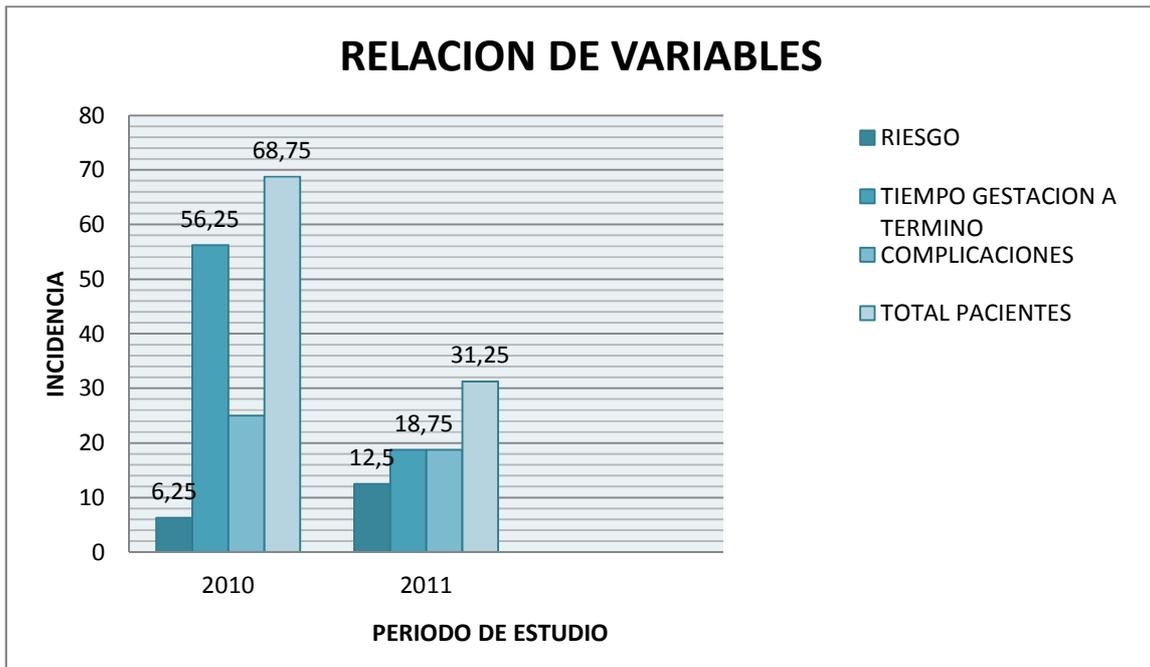


DIAGRAMA1: RELACION ENTRE FACTORES CAUSANTES DEPENDIENTES Y EFECTOS DEPENDIENTES

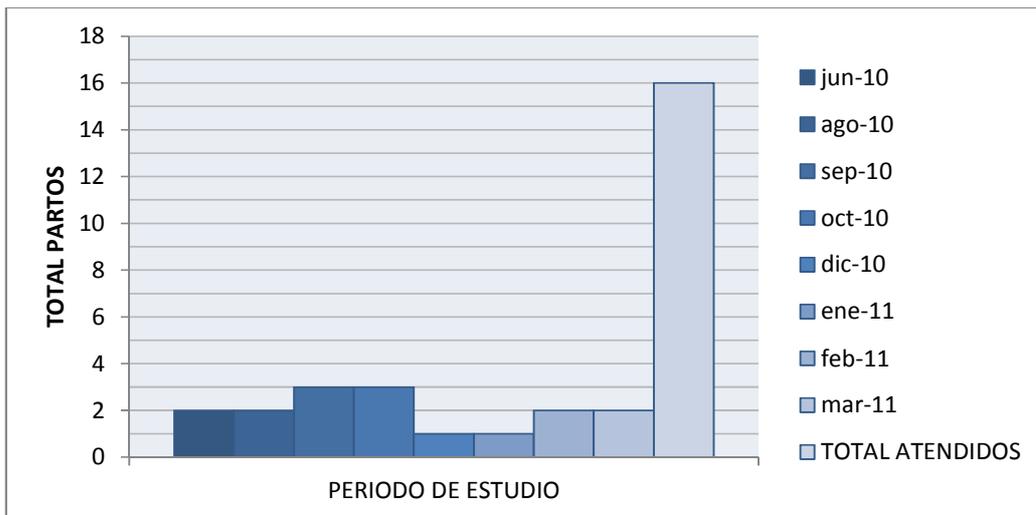


DIAGRAMA 2: TOTAL PARTOS ATENDIDOS DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



4.4.2 TABLA DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CODIFICACION			
EDAD	cuantitativa	razón				
ESTADO CIVIL	cualitativo	nominal	s	c	u.l	v
RIESGO	cualitativo	ordinal	a	b	n	
TIEMPO DE GESTACIÓN	cuantitativo	intervalo	pt	st	tt	
CONTROLES PRENATALES	cualitativo	nominal	si	no	No descrito	
COMPLICACIONES	cualitativo	nominal	h	i	pp	itu pcm p n
RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL	cualitativo	nominal	ct		sb	vn

Tabla 1: variables

EDAD	V/LOR	%
16–18 años	2	12,5%
19–22 años	4	25%
23–26 años	2	12,5%
27- 32 años	3	18,7%
31–41 años	4	25%
TOTAL	16	100%

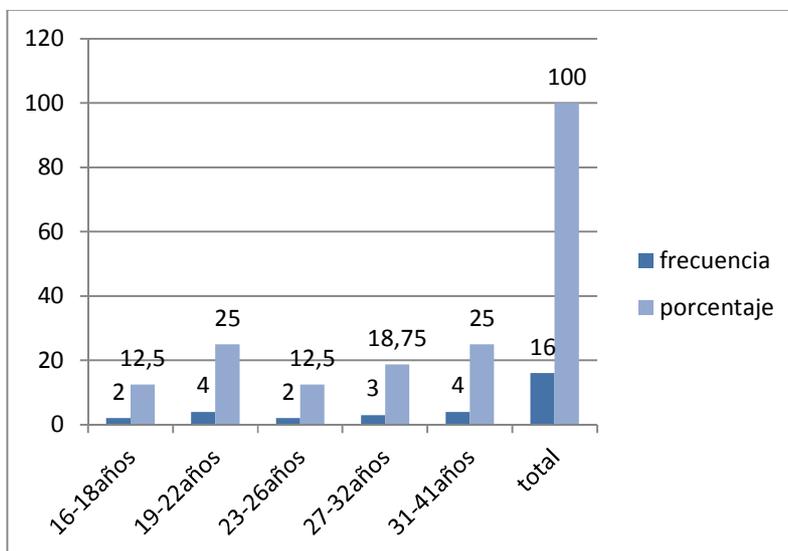


Tabla 2: variable edad

Durante el periodo de estudio el total de maternas atendidas fueron 16, de las cuales dos se encontraron entre 16 y 18 años equivale al 12,5% de la muestra; entre los 19 y 22 años 4 pacientes que equivalen al 25% de la muestra; entre los 23 y 26 años se encontraron 2 pacientes que equivalen al 12, 5% de la muestra;

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



entre los 31-41 años se presentaron 4 pacientes que equivalen al 25% de la muestra, para un total del 100%.

RIESGO	2010	2011	TOTAL	%
ALTO	1	2	3	18,7%
BAJO	5	1	6	37,5%
NINGUNO	5	2	7	43,7%
TOTAL	11	5	16	100%
PORCENTAJE	68,7%	31,2%		

Tabla 3: variable riesgo

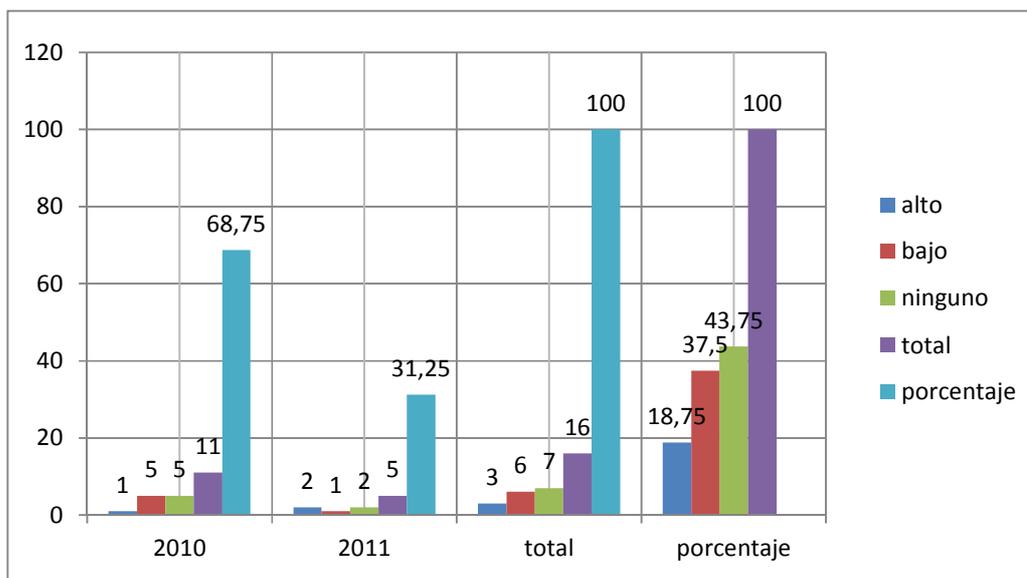


DIAGRAMA DE RIESGO

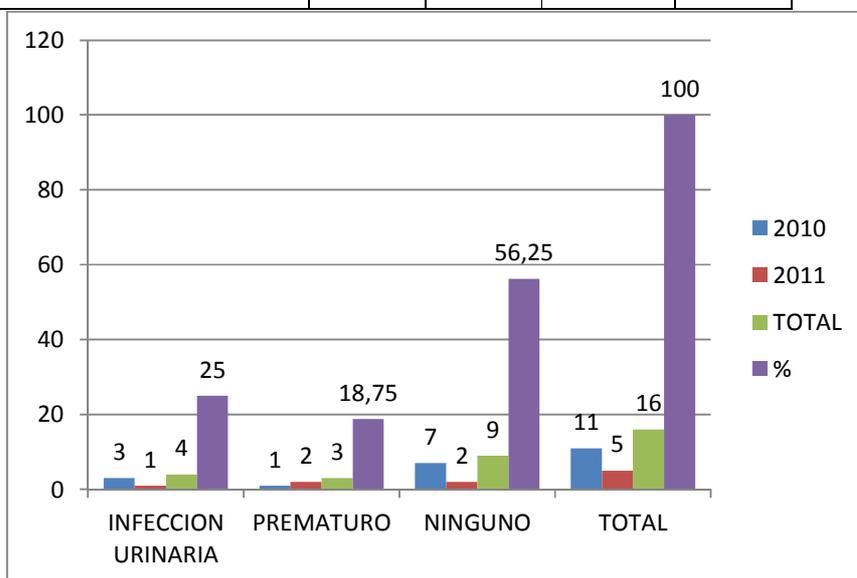
Dentro de periodo de estudio se presentaron 3 pacientes con riesgo alto (1 para el 2010, y 2 para el 2011) con un total de 18,75%; se presentaron 6 pacientes con riesgo bajo (5 para el 2010, y 1 para el 2011) con un porcentaje total de 37,5 %; se presentaron 7 pacientes que no tenían ningún riesgo (5 para el 2010, y 2 para el 2011) con un porcentaje del 43,75%; para un total del 100%.

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



COMPLICACIONES	2010	2011	TOTAL	%
Hemorragia	0	0	0	0%
Infección	0	0	0	0%
Placenta Previa	0	0	0	0%
Infección tracto urinario	3	1	4	25%
Prematuro	1	2	3	19%
Preeclámia	0	0	0	0%
ninguno	7	2	9	56%
TOTAL	11	5	16	100%

Tabla4: variable complicaciones



Las complicaciones presentadas durante el periodo de estudio: infección urinaria presento 4 casos (3 para 2010, y 1 para 2011) con un porcentaje del 25%; prematuros se presentaron 3 caso (1 para 2010, y 2 para 2011) con un porcentaje del 18,75%; los casos que no registraron complicaciones fueron 9 (7 para el

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



periodo 2010, y 2 para el periodo 2011) con un porcentaje del 56, 25%; para un porcentaje total del 100%.

2010	EDAD MADRE (AÑOS)	EDAD GESTACIONAL(SEMANAS)
JUNIO	23	38
	36	40
AGOSTO	18	39
	19	38
SEPTIEMBRE	18	39
	34	37
	41	38
OCTUBRE	19	39
	30	39
	34	22
DICIEMBRE	20	37
TOTAL	11	

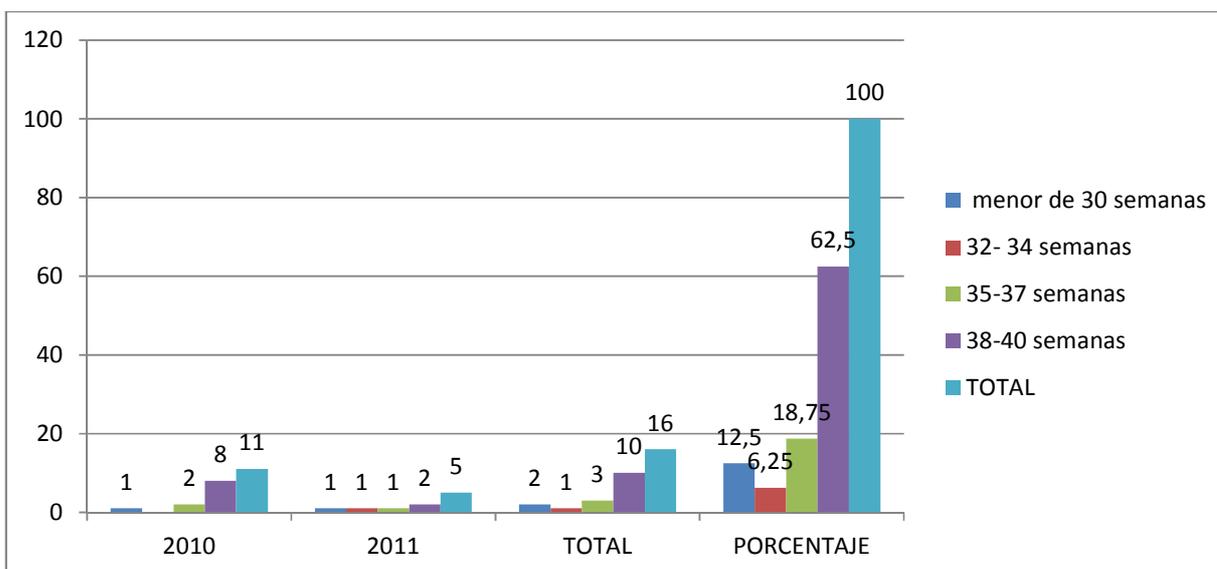
Tabla 5: edad gestacional en periodo 2010

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



2011	EDAD MADRE (AÑOS)	EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)
ENERO	22	23
FEBRERO	28	32
	28	37
MARZO	32	38
	25	40
TOTAL	5	

Tabla 6: edad gestacional periodo 2011



De los resultados analizados de la edad gestacional en el periodo de estudio se proporcionaron los siguientes datos: pacientes con menos de 30 semanas de gestación en total se presentaron 2 casos (1 para el periodo 2010 y otro para el periodo 2011) para un porcentaje de 12,5%, pacientes de 32 a 34 semanas de gestación en total se presentó 1 (para el periodo de 2011) para un porcentaje de 6,25%, pacientes entre las 35 a 37 semanas de gestación se presentaron 3 (2

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



para el periodo 2010 y 1 para el periodo de 2011) para un porcentaje total de 18,75 %, pacientes entre las 38 y 40 semanas de gestación se presentaron 10 (8 para el periodo 2010 y 2 para el periodo 2011) para un porcentaje total de 62,5 %.

4.5. INFORMACIÓN

4.5.1 Fuentes de información

HISTORIA CLINICA

A través de las historias clínicas diligenciadas por el personal del Cuerpo de Bomberos de Medellín de Atención Prehospitalaria, durante el manejo de los incidentes registrados como trabajo de parto, se realizó el análisis y recolección de datos de dichos casos.

PERIODO	FECHA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	ESTADO CIVIL
2010	16/06	23	38	soltera
	24/06	36	40	casada
	04/08	18	39	soltera
	29/08	19	38	Unión libre
	09/09	18	39	Unión libre
	18/09	34	37	casada
	27/09	41	38	casada
	15/10	19	39	soltera
	19/10	30	39	casada

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



	28/10	34	22	Unión libre
	06/12	20	37	soltera
TOTAL	11			

Tabla 7: datos historia clínica periodo 2010

PERIODO	FECHA	EDAD	EDAD GESTACIONAL	ESTADO CIVIL
2011	21/01	22	23	soltera
	11/02	28	32	Soltera
	13/02	28	37	Casada
	4/03	32	38	Casada
	20/03	25	40	Unión libre
TOTAL	5			

Tabla8: datos historia clínica periodo 2011

4.5.2 Instrumento de recolección de información

- ENCUESTA

MANEJO DE TRABAJO DE PARTO EN ATENCIONPREHOSPITALARIA

Esta encuesta es realizada por estudiantes de la **UNIVERSIDAD CES** de quinto semestre de la Tecnología en Atención Prehospitalaria, con el fin de recopilar información que permita la interpretación de datos que faciliten el avance de la investigación.

Marque con una X y responda cada punto honestamente, recuerde que la encuesta es **ANONIMA** y personal; lea detalladamente cada pregunta, y si tiene alguna inquietud diríjase al asesor.

- Edad en años cumplidos
De 15 a 20años _____

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



De 21 a 25 años _____
De 26 a 30 años _____
De 31 a 35 años _____
De 36 a 40 años _____

- Ocupación: Empleado _____
Desempleado _____
Independiente _____
Estudiante _____
Ama de casa _____

- EPS: Subsidiado _____
Contributivo _____
Vinculado _____

- Estado civil: Soltera _____
Casada _____
Viuda _____
Unión libre _____

- Lugar de residencia: Zona rural _____
Zona urbana _____

MARQUE CON UNA X LA OPCION QUE SE APROPIE A SU RESPUESTA

1. ¿Cuántos embarazos ha tenido?
 - a) 1 _____
 - b) 2 _____
 - c) 3 _____
 - d) Más de 3 ¿cuántos? _____

2. ¿cuántos partos ha tenido?
 - a) 0 _____
 - b) 1 _____
 - c) 2 _____
 - d) 3 _____
 - e) Más de 3 ¿cuántos? _____

3. ¿Cuántas cesarías ha tenido?
 - a. 0 _____

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



- b. 1 ____
 - c. 2 ____
 - d. 3 ____
 - e. más de 3 ¿cuántas? ____
4. ¿Cuántos abortos ha tenido?
- a. 0 ____
 - b. 1 ____
 - c. 2 ____
 - d. 3 ____
 - e. más de 3 ¿cuántos? ____
5. ¿ha tenido complicaciones en el embarazo?
- a. Hemorragia ____
 - b. Infección ____
 - c. Placenta previa ____
 - d. Infecciones del tracto urinario ____
 - e. Ninguna ____
6. ¿Ha asistido a controles prenatales?
- a. No tubo ____
 - b. 1 a 3 ____
 - c. 3 a 5 ____
 - d. Más de 5 ____
7. ¿Se ha realizado las ecografías?
- a. Ninguna ____
 - b. 1 a 3 ____
 - c. 4 a 5 ____
8. ¿Tiene fácil acceso al centro asistencial?
- a. Cerca ____
 - b. Relativamente cerca ____
 - c. Relativamente alejado ____
 - d. Alejado ____
9. ¿Puede transportarse fácilmente al centro asistencial?
- a. Carro particular ____
 - b. Transporte público ____
 - c. Ambulancia ____

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



4.5.3 PROCESO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La información del proyecto de investigación sobre la morbi- mortalidad del trabajo de parto en atención Prehospitalaria en la ciudad de Medellín desde al 1 de Junio de 2010 hasta el 31 de Marzo de 2011, se obtuvo a través de las historias clínicas diligenciadas en el cuerpo de Bomberos de Medellín durante el periodo de estudio de la investigación. Esta recolección fue realizada por estudiantes que cursan quinto semestre de la Tecnología en Atención Prehospitalaria de la Universidad Ces, con el fin académico de analizar y aportar datos actuales de la situación de atención Prehospitalaria del trabajo de parto en la ciudad.

El estudio se hizo durante tres meses en los cuales se hizo tres visitas a la institución, en base a la revisión de nueve mil (9000) historias clínicas tramitadas durante el periodo de estudio, de las cuales dieciséis (16) fueron incidentes de trabajo de parto, donde se tomaron datos de las maternas atendidas tales como: fecha, nombre, edad, estado civil, régimen de seguridad social, tiempo de gestación, riesgos asociados, complicaciones, entre otros.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



5. ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

Esta investigación está sujeta a prevalecer el criterio de respeto, dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar de todas las maternas que hagan parte de la investigación.

Además se contará con el Consentimiento Informado por escrito donde estipularemos los objetivos, beneficios y complicaciones que se pueden tener durante la atención el consentimiento informado estará sujeto de la investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la resolución.

Desde los tiempos antiguos, el personal de salud se han sentido profesionalmente obligados a conservar el secreto “de lo que puedan ver u oír en el transcurso de un tratamiento”. Hay dos conceptos entrelazados de confidencialidad y privacidad que son de importancia esencial en esta investigación; en el sensibilísimo terreno de las cuestiones que se consideran en el curso del tratamiento sanitario de la mujer. La privacidad tiene un marco conceptual más amplio, que comprende los aspectos de las decisiones, del físico y de la información. La privacidad de las decisiones afirma el derecho humano a elegir, especialmente en los tratamientos realizados durante el traslado.

La privacidad física afirma el derecho de la persona de conceder o negar permiso para su atención, pero incluso si el permiso se concede, sigue necesiéndose cuidadosa protección contra innecesarios contactos con la historia clínica de la materna.

La privacidad de información se centra en las cuestiones de confidencialidad del tratamiento y es la más importante entre todas estas obligaciones éticas, especialmente en ambientes donde puede haber acceso informático, al acceso a los antecedentes del paciente.

Las mujeres son particularmente vulnerables a daños personales o discriminación cuando se infringe la confidencialidad, especialmente en circunstancia de violencia doméstica, enfermedades de transmisión sexual o pruebas previas a la resolución. Por sus mayores riesgos por tales infracciones de confidencialidad, existe la obligación de los profesionales de la salud garantizarles en mayor medida. Ya se ha reconocido que los modernos principios de protección de los datos personales tienen importantes consecuencias para el debido almacenamiento, gestión y procesamiento de los datos personales.

Estos principios exigen lo siguiente:

- Que los datos sean precisos y estén al día
- Que los datos almacenados sean adecuados, pertinentes y escuetos
- Que los datos se muestren al paciente para que verifique su veracidad

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



- Que los datos se procesen equitativa y legalmente
- Que los datos no se almacenen durante más tiempo de lo que requieran los intereses del paciente
- La protección de los datos requiere lo siguiente:
Seguridad contra indebido acceso a ellos
Rápido acceso a ellos en interés del paciente

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.1 CRONOGRAMA

HORA	FECHA	ACTIVIDAD
3:00 PM	22/02/2011	asignan asesor de la investigación
7:00 PM	7:00 PM	se revisa bibliografía enviada por asesor
1:00 PM	03/03/2011	reunión del equipo de trabajo
12:30 PM	05/03/2011	búsqueda e información del tema
5:00 PM	06/03/2011	búsqueda e información del tema
2:00 PM	07/03/2011	reunión del equipo de trabajo
5:00 PM	08 /03/2011	reunión con asesor temático
4:00 PM	09/03/2011	búsqueda e información del tema
8:00 AM	10/03/2011	búsqueda e información del tema
4:00 PM	14/03/2011	recopilación de información
9:00 AM	16/03/2011	reunión con asesor temático
10:00 AM	17/03/2011	Solicitud para la búsqueda de registros
12:00 PM	01/04/2011	autorización para observación de registros en bomberos Medellín
11:00 PM	02/04/2011	reunión del equipo de trabajo

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



2:00 PM	05/04/2011	Reunión con asesor temático
4:00 PM	28/04/2011	Reunión con asesor metodológico
12:00 PM	02/05/2011	Visita a bomberos Medellín
9:00 AM	08/05/2011	recopilación de información y reunión del equipo de trabajo
8:00 AM	06/05/2011	visita a bomberos Medellín
3:00PM	15/05/2011	reunión del equipo de trabajo
12:00 PM	26/05/2011	visita bomberos Medellín
3:00 PM	13/05/2011	Reunión del quipo de trabajo
11:00 AM	16/05/2011	Análisis de información
2:30 PM	18/05/2011	análisis de información
10:00 AM	22/05/2011	tabulación de datos
3:00 pm	03/06/2011	entrega de el trabajo

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.

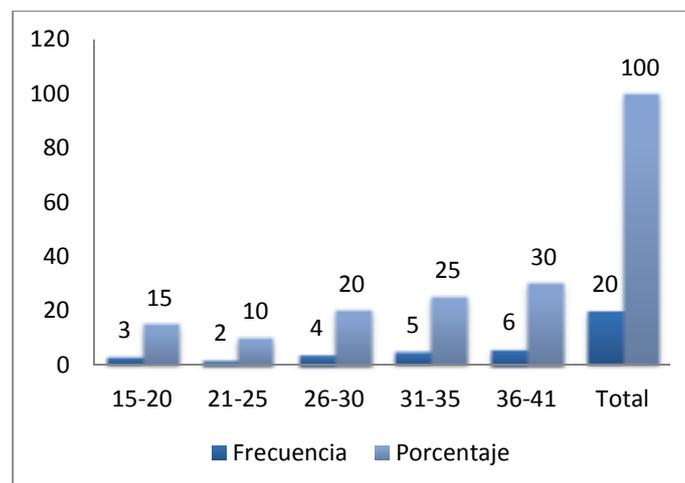


7. RESULTADOS

Los analices que se describen a continuación son los resultados de las encuestas realizadas a veinte (20) mujeres del área Metropolitana de la ciudad de Medellín, donde se representan cada variable por medio de tablas y gráficos.

EDAD

Variable edad	Valor	Porcentaje
15-20 años	3	15%
21-25 años	2	10%
26-30 años	4	20%
31-35 años	5	25%
36-41 años	6	30%
total	20	100%

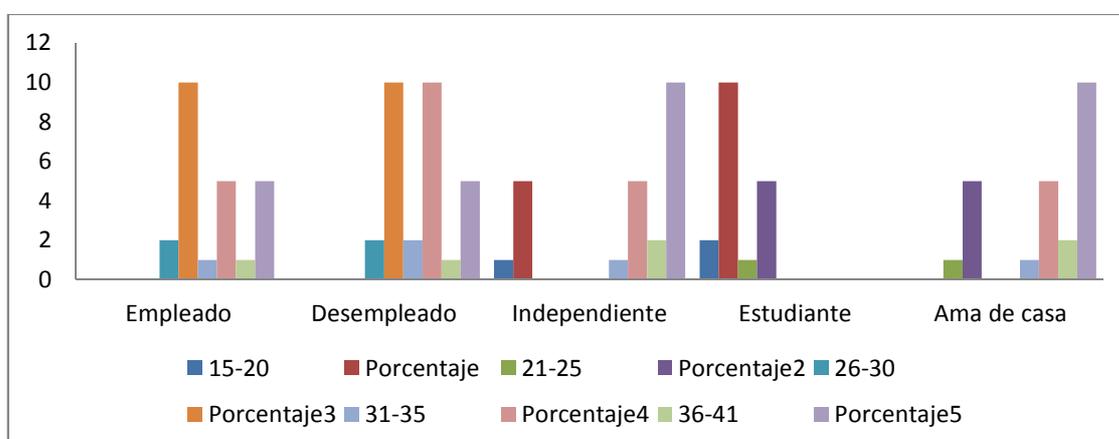


MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



OCUPACION

Variable Edad	Empleado	Desempleado	Independiente	Estudiante	Ama de casa	Total
15-20	0 0%	0 0%	1 5%	2 10%	0 0%	3 15%
21-25	0 0%	0 0%	0 0%	1 5%	1 5%	2 10%
26-30	2 10%	2 10%	0 0%	0 0%	0 0%	4 20%
31-35	1 5%	2 10%	1 5%	0 0%	1 5%	5 25%
36-41	1 5%	1 5%	2 10%	0 0%	2 10%	6 30%
Total	4 20%	5 25%	4 20%	3 15%	4 20%	20 100%

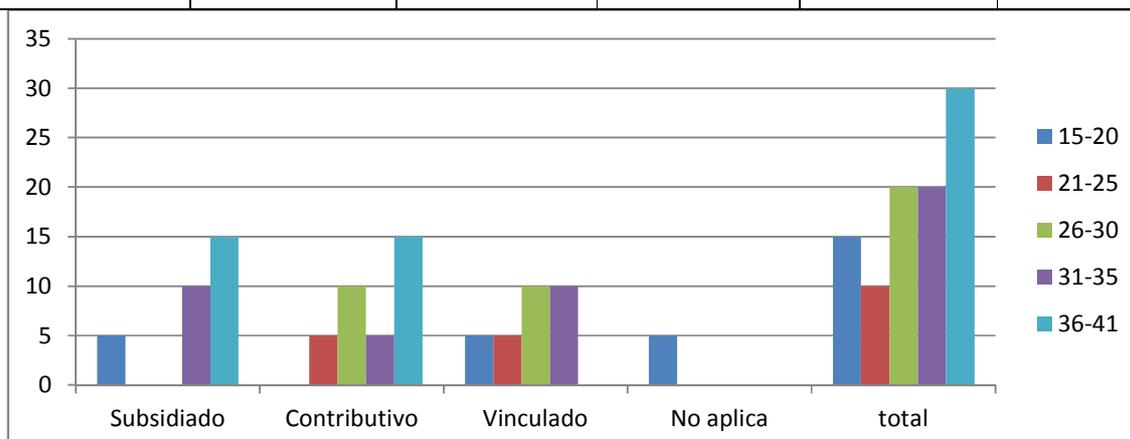


MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

Variable Edad	Subsidiado	Contributivo	Vinculado	No aplica	Total
15-20	1 5%	0 0%	1 5%	1 5%	3 15%
21-25	0 0%	1 5%	1 5%	0 0%	2 10%
26-30	0 0%	2 10%	2 10%	0 0%	4 20%
31-35	2 10%	1 5%	2 10%	0 0%	5 25%
36-41	3 15%	3 15%	0 0%	0 0%	6 30%
Total	6 30%	7 35%	6 30%	1 5%	20 100%

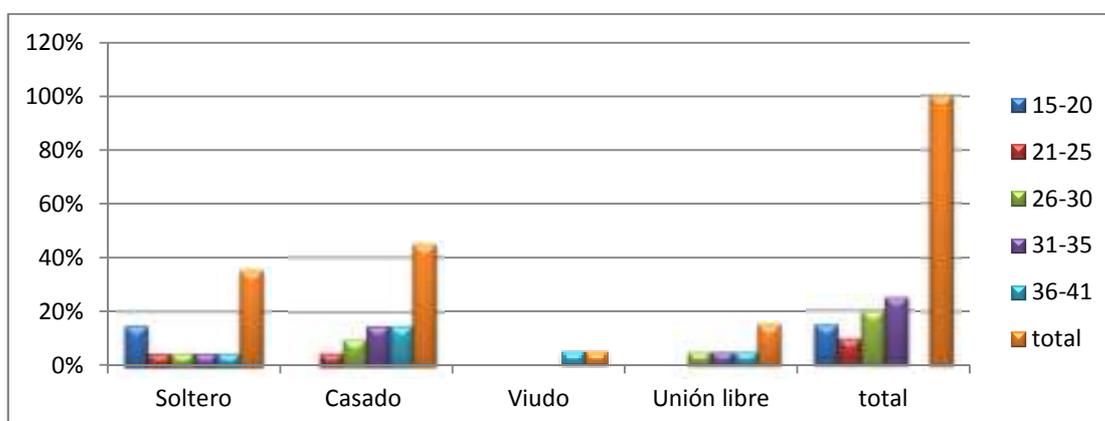


MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



ESTADO CIVIL

Edad	Soltero	Casado	Viudo	Unión libre	Total
15-20	3 15%	0 0%	0 0%	0 0%	3 15%
21-25	1 5%	1 5%	0 0%	0 0%	2 10%
26-30	1 5%	2 10%	0 0%	1 5%	4 20%
31-35	1 5%	3 15%	0 0%	1 5%	5 25%
36-41	1 5%	3 15%	1 5%	1 5%	6 30%
Total	7 35%	9 45%	1 5%	3 15%	20 100%

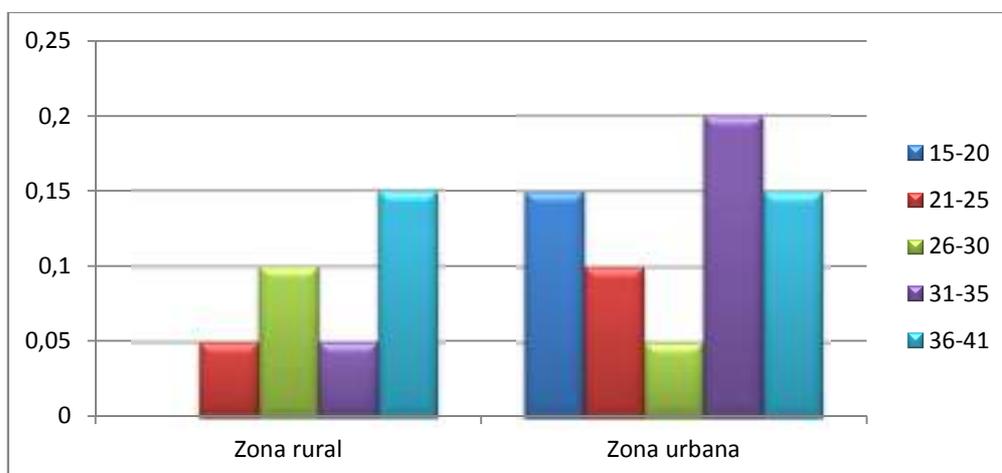


MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



LUGAR DE RESIDENCIA

Edad	Zona rural	Zona urbana	Total
15-20	0 0%	3 15%	3 15%
21-25	1 5%	1 5%	2 10%
26-30	2 10%	2 10%	4 20%
31-35	1 5%	4 20%	5 25%
36-41	3 15%	3 15%	6 30#
Total	7 35%	13 65%	20 100%

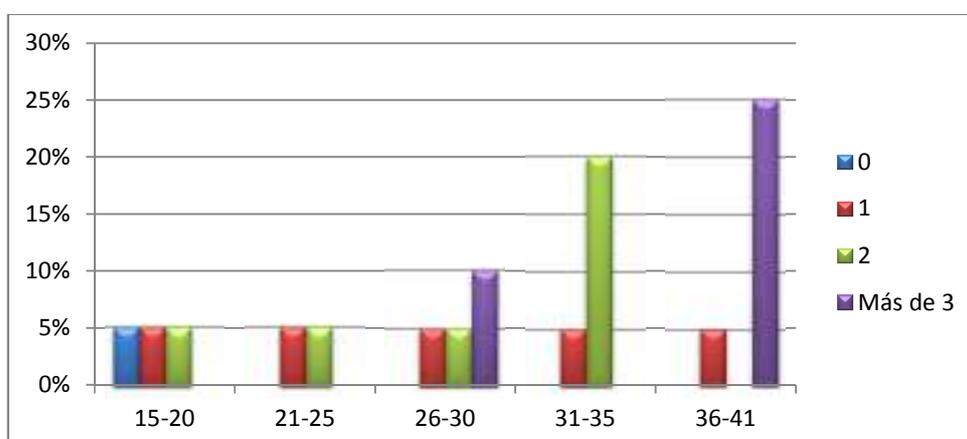


MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



NUMERO DE PARTOS

Variable Edad	0	1	2	Más de 3	total
15-20	1 5%	1 5%	1 5%	0 0%	3 15%
21-25	0 0%	1 5%	1 5%	0 0%	2 10%
26-30	0 0%	1 5%	1 5%	2 10%	4 20%
31-35	0 0%	1 5%	4 20%	0 0%	5 25%
36-41	0 0%	1 5%	0 0%	5 25%	6 30%
Total	1 5%	5 25%	7 35%	7 35%	20 100%

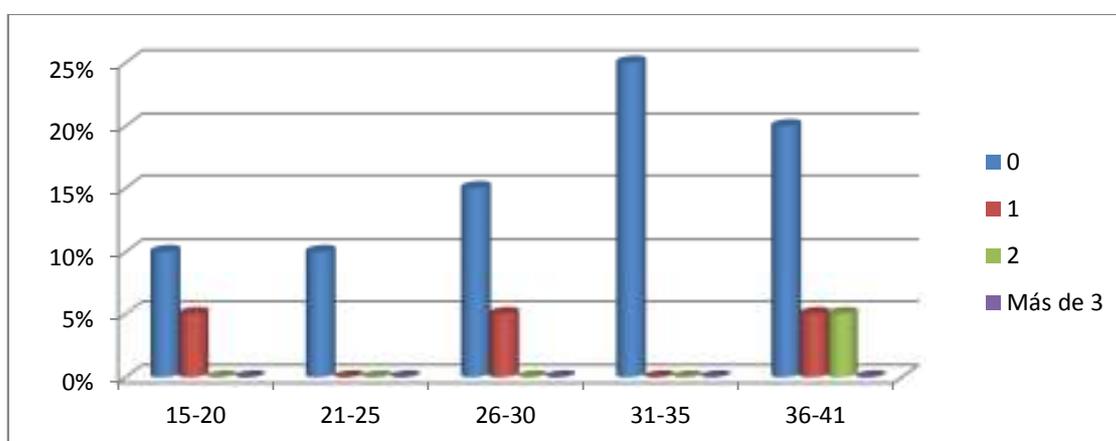


MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



NUMERO DE ABORTOS

Variable Edad	0	1	2	Más de 3	total
15-20	2 10%	1 5%	0 0%	0 0%	3 15%
21-25	2 10%	0 0%	0 0%	0 0%	2 10%
26-30	3 15%	1 5%	0 0%	0 0%	4 20%
31-35	5 25%	0 0%	0 0%	0 0%	5 25%
36-41	4 20%	1 5%	1 5%	0 0%	6 30%
Total	16 80%	3 15%	1 5%	0 0%	20 100%



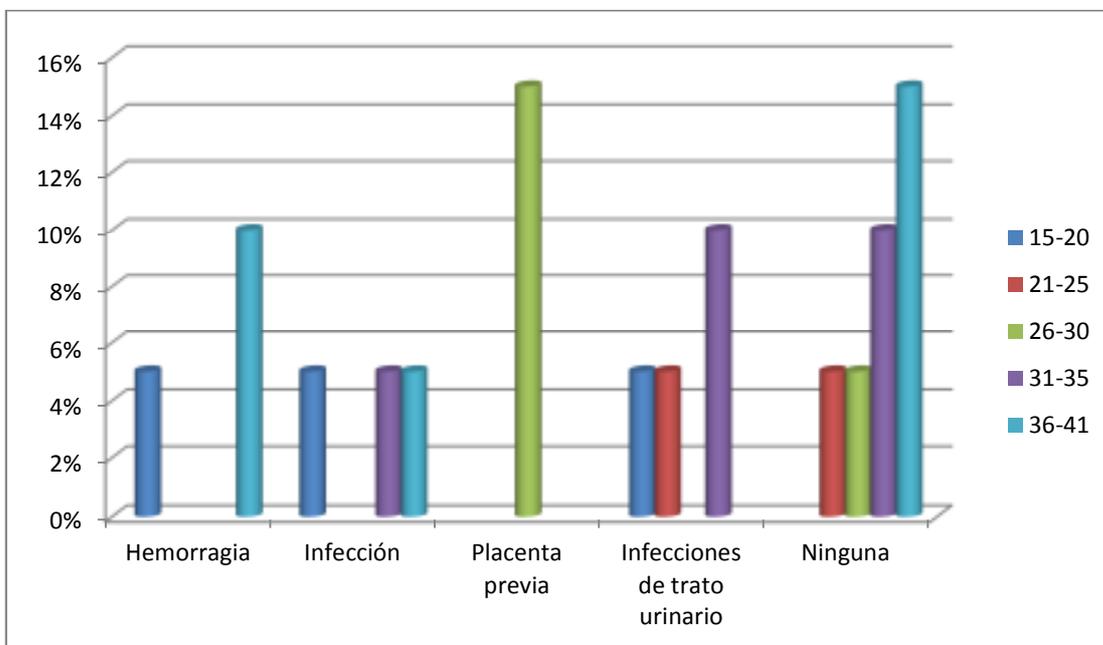
**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



COMPLICACIONES

Variable Edad	Hemorragia	Infección	Placenta previa	Infecciones de trato urinario	Ninguna	Total
15-20	1 5%	1 5%	0 0%	1 5%	0 0%	3 15%
21-25	0 0%	0 0%	0 0%	1 5%	1 5%	2 10%
26-30	0 0%	0 0%	3 15%	0 0%	1 5%	4 20%
31-35	0 0%	1 5%	0 0%	2 10%	2 10%	5 25%
36-41	2 10%	1 5%	0 0%	0 0%	3 15%	6 30%
Total	3 15%	3 15%	3 15%	4 20%	7 35%	20 100%

MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1 DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.



8. CONCLUSIONES

- Por medio de esta investigación pudimos observar el nivel de incidencia con el cual se presentan la atención de partos en forma Prehospitalaria, y la disponibilidad de recursos técnicos y humanos de las instituciones prestadoras de servicios como el cuerpo de Bomberos Medellín.
- Analizamos a través de la recolección de información de las historias clínicas diligenciadas en el servicio de atención Prehospitalaria del cuerpo de bomberos llevada a cabo por tecnólogos en atención Prehospitalaria los riesgos presentados durante la atención del trabajo de parto, y el tiempo de atención del respectivo caso.
- Se pudo concluir la importancia de la preparación profesional de las personas encargadas del servicio de atención Prehospitalaria para la aplicación de los conocimientos necesarios en el manejo del trabajo de parto y evitar posibles complicaciones.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



9. BIBLIOGRAFIA

- Nacer, salud sexual y reproductiva. (2008).En <http://www.nacer.udea.edu.co/>. Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Antioquia.
- Embarazo adolescente. en <http://www.nacer.udea.edu.co/documentos/dadolescentes.htm>. fondo de población de las naciones unidas UNFPA- Colombia.
- Cultura y salud en Uraba: retos para la reducción de la mortalidad materna .en <http://www.nacer.udea.edu.co/libros.htm>. dirección seccional de salud y protección social de Antioquia.
- Dilemas éticos en el asesoramiento genético del diagnostico prenatal. (enero-abril 2008).En <http://www.cbioetica.org/revista/81/811017.pdf>. yudiesly moreno Cidre
- La salud de las madres en Antioquia.(2007).en <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro3/all.pdf>. dirección seccional de salud y protección social de Antioquia.
- American College of Obstetricians and Gynecologist: Blood component therapy. (1994). Technical Bulletin. No 199.
- Arias F. (1995).Guía Práctica para el embarazo y el Parto de alto Riesgo. Editorial Mosby/Doyma.
- Advanced Trauma Life Support Student Manual. ATLS. (1994). American College of Surgeons. Second impression.

**MORBI-MORTALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO EN ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN DESDE EL 1
DE JULIO DEL 2010 HASTA 31 DE MARZO 2011.**



10. ANEXOS

A continuación se mostraran algunas de las encuestas realizadas a mujeres del área metropolitana de Medellín, con el fin de mostrar las complicaciones presentadas durante el embarazo y el trabajo de parto, la atención que ha tenido cada mujer desde el transporte hacia el centro de salud hasta la atención inicial.