

**Universidad del sureste carrera de medicina
humana, campus Comitán, Chiapas.**

Medicina Basada En Evidencias

**DOCENTE: Dra. Yaneth Del Roció Alfonso
Maldonado**

Resúmenes Unidad I

Grado: 8vo. Grupo: A.

Julio Cesar Hidalgo Albores

CLAP

El Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva (CLAP, SMR) es un centro y unidad técnica de la oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el sistema Informático perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas de la OPS para mejorar la calidad de la atención de madres y R/N.

objetivos del SIP:

- servir de base para planificar la atención.
- verificar y seguir la implementación de práctica basada en evi. d.
- unificar la recolección de datos adoptando normas
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles
- obtener localmente estadísticas confiables
- favorecer el cumplimiento de normas
- facilitar la capacitación del personal de salud
- registrar datos de interés legal
- facilitar la auditoría.
- caracterizar a la población asistida.
- evaluar la calidad de la atención.
- categorizar problemas.
- realizar investigaciones epidemiológicas operacionales.

Control Prenatal

Son todas las acciones y Procedimientos Sistemáticos o Periódicos, destinadas a la Prevención, dx, Tx de los factores que pueden condicionar la mortalidad y morbilidad materna Perinatal.

* Recomendaciones

- Todas las mujeres embarazadas deben asistir como mínimo a 5 consultas de control prenatal.
- Las consultas deben realizarse de acuerdo a la etapa de gestación.

* Antes de las 12 sdg

* A las 20 sdg.

* A las 32 sdg

* A las 36/38 SDG

* consulta posparto de la 1 SDG

- Programar las consultas adicionales que sean necesarias dependiendo de las condiciones necesidades e identificación de factores de riesgo
- Todas las pacientes deben contar con su carnet de control prenatal.

* 1er trimestre

Ultrasonido transvaginal (6-10 SDG)

- confirmar el embarazo
- Determinar la cantidad de embriones
- confirmar viabilidad fetal.
- Estimar edad gestacional.
- Latido cardíaco

* Ultrasonido especializado obstétrico (sem. 11-14)

- evaluación del riesgo de anomalías cromosómicas.
- Translucencia nuchal, hueso nasal, ducto venoso y flujo tricúspideo
- Valoración de placenta, útero y ovarios.

* 2do trimestre

Ultrasonido (SDG 20-24)

- conocer el sexo del bebé
- Valorar vitalidad fetal
- Evaluar biometría fetal (Diámetro biparetal, circunferencia cefálica, longitud del fémur, circunferencia abdominal, diámetro cerebeloso transverso, longitud renal, y longitud del pie.
- evaluación de la academia del bebé
- Líquido amniótico
- evaluación del riesgo de anomalías cromosómicas (SX de Down, de Turner, entre otros)
- Funcionamiento de la placenta

* 3er trimestre

Ultrasonido 3D y 4D (SDG 25-30)

- vitalidad y actitud fetal
- Placenta
- Líquido amniótico
- crecimiento fetal.
- se calcula el peso fetal estimado y el percentil según edad gestacional
- Anatomía fetal.
- Detectar malformaciones de tardía aparición.

Ultrasonidos durante el embarazo.

El USG es el procedimiento diagnóstico más valioso para el obstetra o ginecólogo ya que es una herramienta que le permite conocer el estatus del embarazo, el desarrollo intrauterino del bebé, estimar la edad gestacional, observar el estado de la placenta, útero y ovarios, evaluar el peso del bebé, detectar anomalías en el feto o malformaciones de tardía aparición.

*La Dra. Luisa María Galvez, Radóloga en el Centro de la Mujer de Tecuisecan comenta que la Sociedad Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología recomiendan 3 ultrasonidos

- Trimestres del embarazo

1er trimestre $\left\{ \begin{array}{l} \text{semana } 1-13 \\ \text{1-3 Meses} \end{array} \right.$

2do trimestre $\left\{ \begin{array}{l} \text{semana } 14-26 \\ \text{4-6 meses} \end{array} \right.$

3er trimestre $\left\{ \begin{array}{l} \text{semana } 27-40 \\ \text{7-9 meses} \end{array} \right.$

Exámenes de Laboratorio durante el embarazo

La realización de exámenes de laboratorio y otros estudios son para prevenir y tratar ONF. que pueden poner en peligro la salud de la madre o del bebé.

- Hemograma
- Glucemia
- VDRL (prueba sífilis)
- VIH
- AbSAG (prueba de Hep. B)
- Falcemia
- EGO
- Grupo y RH
- TOXOPLASMOISIS
- Sonografía

¿Para que sirven?

Para detectar problemas de salud al principio del embarazo, algunas afecciones pueden tratarse durante el embarazo para evitar complicaciones.

Estas pruebas también se pueden usar para orientar los Tx del bebé inmediatamente después del parto.

- Las pruebas se hacen en el primer trimestre del embarazo, a menudo en la primera cita prenatal.

D M A
Scribe

Código Mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO)

Código Mater o sistema de alerta.

Definición:

El código mater es la activación de un mecanismo de alerta o llamado al personal del equipo de respuesta inmediata obstétrica, para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

Es un proceso vital que debe ser simple, confiable, fácil de recordar, llegar a todos los espacios físicos de la unidad, no proporcionar errores en el llamado, especificar el lugar de donde se está dando la alerta y deberá funcionar en todos los turnos.

Objetivo =

Contar con un sistema de llamado de alerta, simple, estandarizado, continuo y único ante una emergencia obstétrica.

Ámbito de aplicación =

La implementación del código mater, es de observancia en todas las unidades médicas de segundo y tercer nivel del sector salud en las que se brinde atención obstétrica.

Recursos para la implementación del código Mater

Equipo de "voceo" alerta sonora y alerta luminosa. debe permitir la comunicación de la emergencia en un solo evento y a todo el equipo multidisciplinario.

Procedimiento para la activación

Cada unidad establecerá el protocolo de llamado de acuerdo a las características estructurales y a los recursos con los que cuente, estando obligados a difundir entre todos el personal el procedimiento establecido.

El responsable de la activación de alerta o código mater es cualquier médica o médico, enfermera o enfermero que detecte datos de alarma en pacientes obstétricas clasificados como código rojo no importando el área de la unidad en donde se encuentre la paciente.

Monitoreo y evaluación

- porcentaje de activaciones de código mater
- porcentaje de activaciones de código mater por área de atención obstétrica.

Gasometría arterial.

- Técnica de monitorización respiratoria invasiva
- Permite, en muestra de sangre arterial, determinar pH , PO_2 y PCO_2

Evalúa

- Estado del equilibrio ácido-base
- Función respiratoria
- Estado hemodinámico

* Técnica

1° Asepsia y antisepsia

2° Mano en posición neutra o ligera extensión

3° Localizar arteria elegida, realizar ligera presión con dedo índice percibir el pulso con claridad

4° Punzonar arteria con aguja en dirección cefalica e inclinación de $35-45^\circ$

5° Produce atención y aparición de sangre pulsátil sin necesidad de realizar aspiración

6° Se retira aguja y comprime zona de punción

* Principales parámetros.

- pH : situación del equilibrio ácido base
- PaCO_2 : estrecha la relación con ventilación celular CO_2 . baja significa hiperventilación y elevada hipoventilación.
- PaO_2 : evalúa oxigenación. baja significa hipotemia y elevada hiperoxia
- HCO_3^- : componente básico del equilibrio ácido-base
Proceso es agudo o crónico.

* Valores Normales.

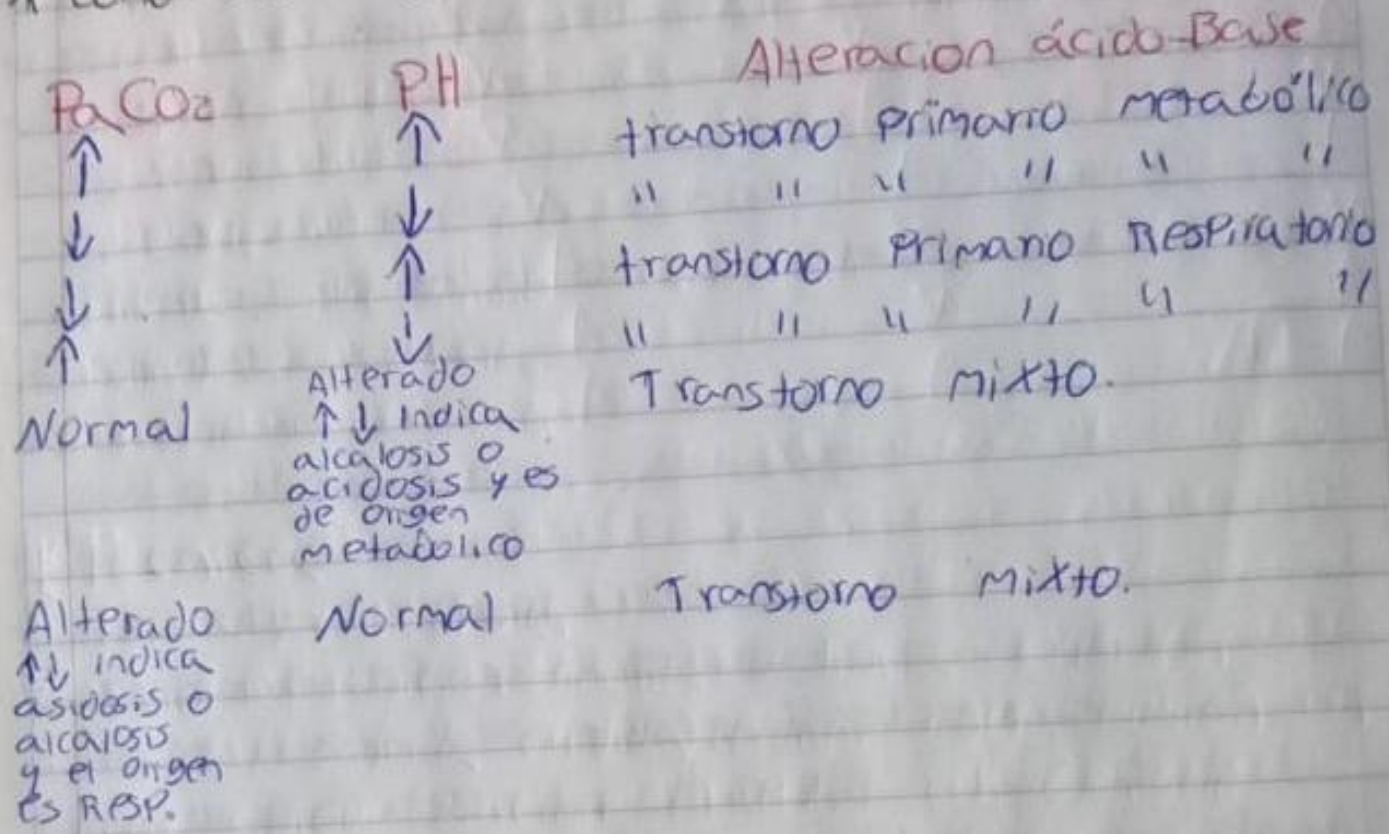
- PH = 7.35 - 7.45
- PaCO₂ = 35 - 45 mmHg
- PaO₂: 80 - 100 mmHg (según edad)
- HCO₃: 22 - 26 meq/L

* Interpretación

TX Acido-Base (básicos)

	Alteración Primaria	PH	Alteración compensatoria	CB
Acidosis Metabólica	HCO ₃ ↓	↓	PCO ₂ ↓	↓
Acidosis Resp.	PCO ₂ ↑	↓	HCO ₃ ↑	↑
Alcalosis Metabólica	HCO ₃ ↑	↑	PCO ₂ ↑	↑
Alcalosis Resp.	PCO ₂ ↓	↑	HCO ₃ ↓	↓

* como se dx el trastorno Primario



Triángulo de evaluación PEDIATRICA

Scribe

- Permite valorar:
- Estimar la gravedad del PX
- Determinar la prontitud y lugar para el TX adecuado
- No establece un DX específico
- Dirige el TX para restaurar la homeostasis
- Prevenir progresión a insuficiencia resp. o choque
- No precisa pruebas

Evaluación Inicial / TEP

- Impresión general: DX fisiopatológico
- Prioridades iniciales
- Evaluación Primaria: ABCDE

- Exploración física y constantes
- Impresión general: Prioridades y TX inicial

Evaluación Secundaria: SAMPLE

- Anamnesis dirigida y completar Exploración física
- Impresión general: Prioridades y TX inicial.

Evaluación Terciana:

Exploraciones complementarias.

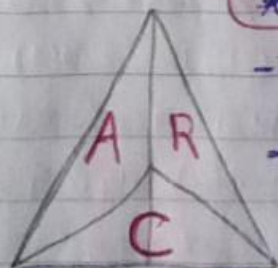
Monitorización y reevaluación continuada

DX específico.

* Aspecto

- Tono
- reactividad
- consolabilidad
- mirada
- llanto/lenguaje

valora SNC
(oxigenación y perfusión cerebral)



- color de piel
- palidez
- livideces
- cianosis
- cutis marmorata

valoración función cardíaca y perfusión de órganos

* Respiración

- trabajo RESP. retracción o tiraje aleteo, taquipnea.
- Ruidos RESP. anormales estridor, quejido, disfonía sibilancias, ronquido.

* Circulación

Hemorragia obstétrica.

Es una emergencia obstétrica que complica entre el 1% y el 10% de los partos.

* se define como sangrado cuantificado de más de 500 mL para partos vaginales y más de 1000 mL para partos por cesárea que ocurre dentro de las 24 hrs del parto.

* cambio de la definición a pérdida de sangre mayor o igual a 1000 mL, o pérdida de sangre acompañada de signos y síntomas de hipovolemia que ocurre dentro de las 24 hrs. posteriores al nacimiento independientemente del modo de entrega.

* Factores de riesgo.

- 1: Tono: atonía uterina = 30% de los casos
- 2: Trauma: del trato genital
- 3: Tejido: productos retenidos de la concepción
- 4: Trombina: coagulopatía.

Fisiopatología:

Tras el alumbramiento, el sangrado uterino se controla mediante 2 mecanismos hemostáticos

- 1= contracción miométrial con compresión de los vasos espirales, eliminando en hemostasia mecánica
- 2= mediante factores hemostáticos liberados en la decidua, tales como el factor tisular, el inhibidor del activador del plasminógeno-1 y factores

de la coagulación sistémica. El proceso fisiopatológico más comúnmente asociado a la hemorragia primaria se da por perturbación de uno o ambos mecanismos. No obstante, el resto de los casos se asocian a pérdida de vasculatura íntacta, como el trauma intraparto.

Dx

Los valores de hemoglobina y hematocrito son indicadores pobres de pérdida hemática aguda y pueden no mostrar alteraciones inicialmente, sin embargo, niveles disminuidos de fibrinógeno ($< 200 \text{ mg/dL}$) se considera predictivos de hemorragia severa. Por lo tanto es vital la valoración del volumen hemorrágico para su evolución y manejo.

Manejo

El dx pronto es imprescindible, ya que el 90% de las muertes suceden en las primeras 4 horas. Las metas terapéuticas corresponden a restaurar o mantener el volumen circulante para prevenir hipoperfusión, restaurar o mantener adecuada oxigenación, prevenir o prevenir coagulopatía y eliminar la causa obstétrica del sangrado. Una vez identificada la sospecha de hemorragia hay que iniciar medidas de cuantificación objetiva de la pérdida sanguínea.

Tratamiento es expectante y se basa en
reposo absoluto y mantenimiento del estado
general de la paciente. En el momento del
parto se realiza aminorresus y transfusión
de hemoderivados en caso de ser necesario.

Triaje obstétrico

Es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura.

Objetivo General.

Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de Urgencias obstétricas o de admisión de la Unidad de Torock al clasificar mediante la escala del triaje obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención

Objetivos específicos

- Mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las usuarias.
- Establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial de acuerdo al nivel de gravedad y riesgos identificados
- Establecer criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta.
- Contribuir a agilizar la atención efectiva en caso de emergencia obstétrica.
- Contribuir a agilizar la atención efectiva en caso de emergencia.

Clasificación

Se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo.

Este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.

*Elementos de evaluación.

- observación de la paciente
- Interrogatorio
- Signos vitales.

Estenosis Pílorica

Es una hipertrofia del músculo pílorico que conduce a la obstrucción de mismo, dificultando el vaciamiento gástrico, produciendo un cuadro característico de vómito

Epidemiología

Ocurre en los 2 primeros meses de vida con una media de presentación entre 2-8 semanas. afecta más al género masculino

Factores de riesgo

Puede presentarse en aproximadamente, el 20% de los descendientes de sexo masculino y el 10% de los descendientes de sexo femenino de madres que tuvieron esta afección

- Fumar durante el embarazo
- uso temprano de antibióticos

La estenosis pílorica puede ocasionar retraso en el crecimiento y el desarrollo, deshidratación, los vómitos pueden ocasionar deshidratación y un desequilibrio de minerales

La estenosis no se nace con ella sino que el progresivo engrosamiento del píloro tiene lugar después de nacer

Síntomas.

- Vomitos después de comer
- Hambre constante
- Contracciones del estómago
- Deshidratación
- Cambios en las evacuaciones
- Problemas de peso

Clinica

- El cuadro se presenta en un bebé en las primeras 2-12 semanas de vida con vomitos no biliosos en proyectil después de comer
- La ictericia ocurre en aprox. el 2% de los RN con EHP secundarias los defectos de la actividad pilonica

Dx.

USG Abdominal.

Tx.

Hidratación y la corrección de las alteraciones electrolíticas

Neumonía

Es una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y Parénquima.

Es una infección del parénquima pulmonar consecuencia de la proliferación de microorganismos a nivel alveolar contra ellos desencadenada por el Hospedador.

Epidemiología

En cuanto a su mortalidad

La global está aprox. entre el 5 y 10%

La mortalidad hospitalaria 10 y 15%

La mortalidad de ptes por la vía 20 y 30%

Clasificación

- Intra-hospitalarias o nosocomiales. adquiridas tras más de 48 hrs. de ingreso en un Hospital o residencia.
- Neumonías adquiridas en la comunidad.

Grupo 1

Manejo ambulatorio en principio no requieren exámenes adicionales a una RX torax

Grupo 2

- Exámenes laboratorio: Bun, Creatinina, glucemia, hemoleuco
- Oximetría
- Tinción de gram y cultivo de esputo
- Basioscopia
- Estudios de esputo
- hemocultivo

Etiología

El agente más frecuente y que provoca mayor mortalidad en la neumonía es *Streptococcus pneumoniae*

Factor de riesgo

- Tabaquismo - Alcoholismo - EPOC
- Insuficiencia cardiaca - Hepatopatía
- Insuficiencia renal - Diabetes.

Manifestaciones clínicas:

Fiebre $> 38^{\circ}C$

signos de ocupación del espacio alveolar

Síndrome de Dandy-Walker.

Es una condición de anomalías cerebrales, en el que el cerebro y cerebelo, la parte del cerebro responsable de la coordinación de movimientos está malformada. Normalmente la parte central del cerebelo, llamado vermis está ausente o no se desarrolla completamente

El dx se puede llevar a cabo durante la etapa prenatal, mediante un usg de forma clínica además a estudios de imagen tales como tomografía computarizada y resonancia magnética

Triada pediátrica

consta en 3 factores interrelacionados, desorden por déficit de ejercicio, dismetría pediátrica y analfabetismo motor.

