

CRITERIOS DE INGRESO EN LA SALA CUIDADOS ESPECIALES PERINATALES.

Hospital General Docente materno infantil "E. Cabrera" La Habana Cuba

Es el área donde se mantiene una estrecha vigilancia al binomio materno-fetal durante las 24 horas del día, esto se lleva a cabo por el personal más calificado y con los mejores medios tecnológicos que se tengan disponibles.

Objetivo del ingreso en C.E.P:

Disminución De la morbilidad materna y perinatal.

CRITERIOS DE INGRESO EN C.E.P

Criterios Generales:

1. Gestantes con riesgo de morbilidad materna.
2. Gestantes con riesgos de daño fetal y neonatal.
3. Gestantes con riesgo de morbilidad materna y perinatal.

Criterios Específicos:

Riesgos para la madre:

- * Gestorragias de la segunda mitad.
- * Trastornos hipertensivos graves.
- * Diabetes.
- * Asma bronquial.
- * Cardiopatías descompensadas o con posibilidad de descompensación.
- * Preeclampsia grave.
- * Puérperas con trastornos graves.
- * Insuficiencia Renal crónica.

Riesgos de asfixia, bajo peso y de infección neonatal:

- ◆ Rotura prematura de membranas en gestaciones a término.
- ◆ C.I.U.R severo.
- ◆ Embarazo prolongado confirmado.
- ◆ Rh negativo sensibilizado.

- ◆ Pródromos del parto con riesgos de asfixia.
- ◆ Preeclampsia grave o eclampsia.
- ◆ Diabetes y embarazo a término.

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS EN LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS

Sangramientos de la Segunda mitad de la gestación

1-Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Es cuando existe una disincerción total o parcial de la placenta después de las 20 semanas de la gestación, y antes del tercer período del parto lo que tiene un mal pronóstico para la madre y para el feto.

Forma leve.

- (Hemorragia externa escasa.
- (Útero de consistencia normal, con ligera hipertonía o polisistolía.
- (Tono cardíacos fetales normales o taquicárdicos

Forma Moderada.

- (Hemorragia vaginal discreta o ausente.
- (Dolor abdominal moderado.
- (Hipertonía uterina moderada.
- (Cambios en la frecuencia cardíaca fetal que sugieren hipoxia.

Forma Grave.

- (La hemorragia externa no guarda relación con el estado general de la pte
- (Dolor espontáneo en el abdomen y a la palpación del mismo.
- (Útero de consistencia leñosa.
- (La altura uterina está en desproporción con la edad gestacional(signo de más).
- (Ausencia de foco fetal.
- (Shock materno, con o sin trastornos de la hemostasia.

Nota: En cualquiera de las modalidades del desprendimiento de placenta están presentes los antecedentes de enfermedad hipertensiva gravídica o crónica.

TRATAMIENTO

Medidas Generales:

- 1) Ingreso en centros con posibilidades quirúrgicas.

- 2) Examen del abdomen para determinar la sensibilidad y tamaño del útero.
- 3) US para determinar el grado de desprendimiento, además de los latidos cardiacos y los movimientos fetales, de esta manera se puede conocer la cuantía del hematoma.
- 4) Canalizar una o dos venas con trocar gruesos.
- 5) Extracción de sangre para el conocimiento del grupo y del factor, además de la Hb, Hto, y coagulograma.
- 6) Examen de la orina.
- 7) Medir la diuresis horaria.
- 8) Administración inmediata de volumen, fundamentalmente cristaloides y hemoderivados, corregir si existiesen trastornos de la coagulación.
- 9) Tomar los signos vitales c/30 mtos.
- 10) O2 por catéter o tienda.

TRATAMIENTO OBSTÉTRICO

Tratamiento con feto vivo no viable:

- a. Todas las medidas generales antes mencionadas.
- b. Inducción del parto para poder realizar el parto por vía transpélvica, en los casos que aparezcan trastorno de la coagulación o las condiciones de la madre empeoren, o el cérvix este totalmente desfavorable, se procederá a la cesárea.
- c. Sedación de la pte.
- d. Amniotomía siempre que el cuello lo permita.

Tratamiento con feto viable:

- a. Todas las medidas generales.
- b. Amniotomía si las condiciones del cuello son favorables.

Se realizara cesárea hemostática en los casos que existiese:

- a) Sufrimiento fetal.
- b) Condiciones desfavorables para el parto vaginal.
- c) Desprendimiento severo con sangramiento importante.
- d) Falta de progreso en el trabajo de parto.
- e) Otras circunstancias maternas o fetales que agraven el cuadro clínico.

Se realizara parto transpélvico si existieran las siguientes condiciones:

- a) El parto se producirá en un breve tiempo.
- b) El grado de la dilatación está adelantado.
- c) No existe sufrimiento fetal.
- d) No existen trastornos de la coagulación, ni el sangramiento es de una cuantía importante. Lo que requiere de una monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal.

Tratamiento con feto muerto:

- a. Medidas generales anteriores.
- b. Amniotomía en dependencia del estado del cuello del útero.
- c. Sedación de la pte en los casos de excitación fundamentalmente con meperidina 50mg + prometazina 25mg por vía IM o EV.
- d. De existir trastornos de la coagulación se deben tratar los mismos de forma urgente.

2- Rotura uterina:

Es toda la solución de continuidad en el útero que no es quirúrgica, siempre que cumpla los siguientes requisitos:

1. Que la lesión este por encima del cuello.
2. Que está lesión aparezca después de alcanzada la viabilidad fetal.

Factores predisponentes de las roturas del útero:

- Multiparidad.
- Deformaciones del útero.
- Tumores del útero.
- Legrados.
- Cicatrices anteriores.
- Embarazos múltiples.
- Seguimiento inadecuado del trabajo de parto.
- Uso exagerado de oxitocina.
- Subvaloración del peso del feto y de su tamaño(DCP).
- Cesáreas anteriores.

Síndrome inminente de la rotura uterina.

Generalmente se trata de una gestante múltipara que está intranquila, excitada, que se está quejando constantemente de molestias en el bajo vientre.

Contracciones uterinas muy enérgicas sin progreso de la presentación.

A la palpación se puede determinar en ocasiones un surco entre el cuerpo del útero y el segmento inferior.

Distensión excesiva del segmento inferior.

Puede haber hematuria.

TV: El cuello esta ceñido a la presentación, engrosado y en ocasiones existe una bolsa serosanguínea que puede llegar hasta el periné estando la cabeza en el estrecho superior.

Síndrome de rotura consumada:

En el momento máximo de la contracción la pte experimenta un fuerte dolor en b/v.

El segmento inferior se hace más sensible.

Cesan las contracciones y la pte pasa a un estado de constante alivio.

Los movimientos fetales en un inicio son muy activos hasta que posteriormente estos dejan de existir.

Se palpan las partes fetales por las cubiertas del abdomen.

En los casos de roturas traumáticas está el antecedente del golpe en el abdomen.

TRATAMIENTO de la inminencia de la rotura uterina:

Paralización de toda la actividad uterina.

En algunos casos aplicación de anestesia general.

Contraindicadas todas las maniobras obstétricas y las instrumentaciones.

TRATAMIENTO de la rotura uterina consumada:

Canalizar vena y administración de electrolitos y sangre.

Laparotomía urgente.

Histerorrafia, en los casos de pequeños desgarros.

Histerectomía total y subtotal.

3 Placenta previa:

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior.

Variedades de la placenta previa:

- I. Placenta previa Lateral (inserción baja)
- II. Placenta previa marginal.
- III. Placenta previa oclusiva (total o parcial).

Factores predisponentes de la placenta previa:

- Multiparidad.
- Alteraciones del endometrio, como la endometritis crónica, legrados a repetición, miomas uterinos.
- Cesárea anterior.

Síntomas y signos de la placenta previa:

1- Sangramiento: Es rojo, indoloro, que no está relacionado con el trabajo de parto o aborto, este sangramiento es de forma intermitente y progresivo, además el estado de la pte corresponde con la cantidad de sangre que se pierde.

2- Palpación: Útero de tamaño normal que corresponde con la edad gestacional de la pte, en la mayoría de los casos se encuentran presentaciones altas o viciosas.

3- Auscultación: La frecuencia cardíaca generalmente siempre está presente.

4- Examen con espéculo: Se observa de donde sale el sangramiento.

5- Tacto Vaginal: Esta contraindicado por el peligro de provocar sangramiento o infección.

Tratamiento en el hospital:

Colocar a la pte en reposo absoluto y vigilancia constante del bienestar materno-fetal.

Determinación continuada de la cuantía de las pérdidas mediante la toma de los signos vitales y los valores de la Hb y el Hto.

Reposición de la sangre perdida.

Evitar las contracciones uterinas.

En los casos de que no exista maduración del pulmón se inducirá la misma. En los casos que cese el sangramiento se tomara conducta expectante para poder tratar de prolongar la gestación hasta la maduración del pulmón fetal, en los casos que el sangramiento no pare se realizara la cesárea hemostática.

En los casos de que la gestación este a término y la placenta sea oclusiva total y aparezca un sangramiento importante sin estar la pte en trabajo de parto se debe interrumpir la gestación mediante cesárea.

En los casos de que la placenta no sea oclusiva total y la pte este en trabajo de parto se debe realizar amniotomía para que la presentación apoye sobre la placenta lo que puede hacer que disminuya el sangramiento, se estimulara la dinámica uterina con la administración de oxitocina y se tratara de lograra un parto por vía vaginal. En los casos que estas medidas no sean eficaces se procederá a la realización de una cesárea hemostática.

RESUMEN DEL TTO QUIRÚRGICO EN LA PLACENTA PREVIA

La cesárea se debe practicar en: Todos los casos que exista sangramiento abundante, en las variedades oclusivas, sufrimiento fetal, presentación anormal, falta de progreso en el trabajo de parto, en los casos de placenta anterior se realizara **histerotomía segmento corpórea**.

La histerectomía debe realizarse en los casos de acretismo placentario, además de los casos de atonía uterina mantenida.

4- HIPERTENSIÓN ARTERIAL GRAVE:

Clasificación:

1-Trastornos hipertensivos dependientes de la gestación:

Preeclampsia.

Eclampsia.

- 2-Hipertension crónica sea cual sea la causa.
- 3-Hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobreañadida.
- 4-Hipertensión arterial transitoria o tardía.

Preeclampsia - Eclampsia:

Es una enfermedad propia de la gestación, que tiene su aparición sobre las 20 semanas, durante el parto y en los primeros días del puerperio, esto ocurre en una mujer aparentemente sana, teniendo diferentes grados de gravedad. **Preeclampsia grava y preeclampsia leve.**

Signos de agravamiento de la preeclampsia:

- TA: 160/110 o más, pero también con incremento de 60-30 mm/Hg.
- Proteinuria de 2 gramos o más.
- Escotomas.
- Dolor en epigastrio.
- Edema del pulmón y dolor en barra en el epigastrio.
- Oliguria.
- Ácido úrico en 7 mg/l.
- Plaquetopenia.
- Aparición de CIUR.
- Aparición de oligohidramnios.

Elementos de riesgo de la preeclampsia(riesgos de hipertensión)

- Antecedentes familiares de hipertensión arterial.
- Multiparidad.
- Obesidad.
- Antecedentes de hipertensión en embarazos anteriores.
- Pielonefritis crónica y diabetes.
- Aumento exagerado de peso durante la gestación.
- Tensión arterial media de 90 ó más.

Riesgos de preeclampsia –eclampsia:

- Nuliparidad.
- Antecedentes de la madre o la hermana con Preeclampsia –eclampsia.
- Aumento exagerado de peso entre las semanas 28 y 32.
- Prueba de cambio postural positiva entre las 28 y las 32 semanas.

Tratamiento de la preeclampsia leve:

- ☞ Reposo en decúbito lateral izquierdo.

- ☞ Dieta normosódica.
- ☞ Signos vitales c/8 horas.
- ☞ Anotar peso y la diuresis diaria.
- ☞ Aspirina 60 mg por día.

Exámenes Complementarios.

- Hemograma.
- Creatinina y aclaramiento de creatinina.
- Ácido úrico.
- Proteinuria de 24 horas,
- Coagulograma completo.
- Hepatograma.
- Urocultivo al ingreso.
- Proteínas totales.
- Fibronectina.

Tratamiento medicamentoso:

Este tto se administrara cuando la mínima este en 95 ó más.

Atenolol 50-150 mg/día.

Nifedipina 30-120 mg/día.

Metildopa 750-mg a 2gramos x día.

Hidralazina 25 mg 1 a 4 v/día.

Tratamiento obstétrico:

Vigilancia obstétrica habitual diaria.

Valorar el estado feto placentario por los medios que se dispongan.

Si la TA se mantiene en los limites normales valorar la interrupción de la gestación a las 41 semanas.

La pte se debe mantener ingresada en el hospital hasta el termino de la gestación y en otros momento estará atendida por consulta especializada.

PRECLAMPSIA GRAVE:

Síntomas y signos:

Trastornos neurológicos(cefalea), nauseas, somnolencia, cambios en la frecuencia respiratoria y cardiaca, hiperreflexia con clono zumbido en los oídos, alteraciones del olfato y del gusto, trastornos de la visión como visión doble y borrosa.

Síntomas y signos gastrointestinales, dolor en barra en el epigastrio, náuseas, vómitos, hematemesis, ictericia.

Síntomas y signos genitourinario, oliguria, hematuria y excepcionalmente hemoglobinuria.

Examen clínico de la pte: Ocasionalmente es una pte que está inquieta, irritable o abotagada, o con somnolencia, que tiene el antecedente de haber aumentado mucho de peso, o presenta marcados edemas.

Examen cardiovascular: Realmente no existen alteraciones cardiacas por que el tiempo de evolución de la pte es muy corto para que aparezcan lesiones cardiovasculares.

Examen oftalmológico: Aproximadamente el 60% de los casos, se encuentran espasmos vasculares, y en el 20% edemas de la retina, y en otros 20% el examen es totalmente normal.

Tratamiento de la preeclampsia grave:

En estos casos el reposo es más estricto y la alimentación será por vía parenteral.

Signos vitales c/1 hora hasta que se establezca la TA, y posteriormente c/4 horas.

Balace hidromineral y evaluación c/4 horas.

Diuresis horaria y peso diario.

F.O diario o en días alternos.

E.C.G al ingreso.

Radiografía de tórax.

P.V.C de ser necesario.

Exámenes complementarios igual que en la preeclampsia leve lo que se repetirán c/24 horas.

Tratamiento medicamentoso en la preeclampsia grave:

Si la presión diastólica es de 110 o más se administraran los siguientes medicamentos:

A- Hidralazina por vía endovenosa:

Se administran 5 mg en 10 cc de suero fisiológico, en bolo y se repite c/30 mtos(se administran 2,5 cc).

También se usa otro método, que es la administración continua en bolo de la siguiente forma, 75 mg en 500 c de suero fisiológico a un goteo que se pueda obtener una respuesta adecuada, y con la precaución de que la TA no descienda más de un 20% de su valor inicial. Cuando se inicia este tto no se debe asociar con otro medicamento para evitar la polimedicación.

Nifedipina: 10 a 20 mg triturados por vía sublingual, repitiendo la dosis c/30 mtos o 1 hora hasta un total de 3 dosis.

Diuréticos: Estos solo se emplearan cuando exista un edema agudo del pulmón, en este caso se empleara la Furosemida. Es muy importante la valoración en los casos graves de la P.V.C.

Tratamiento obstétrico de la preeclampsia grave:

La evacuación del útero es el único tto causal, el momento de la inducción del parto se determina por la gravedad materna y en segundo lugar por el síndrome de insuficiencia placentaria que repercute en la vida del feto.

En los casos de CIUR, y si se compromete la vida del feto hay que evacuar el útero sin tener en cuenta la edad gestacional.

La maduración pulmonar es una opción en algunos casos, siempre que no exista inminencia de una eclampsia, por otro lado la hipertensión es un factor que acelera la maduración del pulmón fetal.

El parto vaginal es la opción de predilección siempre tomando en cuenta el estado del cuello y la urgencia del caso, en los casos que el cuello no está maduro y las cifras tensionales no mejoran a pesar de la medicación se realizara cesárea.

Después del parto se debe mantener la vigilancia de 48 horas en la sala de CEP.

Eclampsia:

Podemos decir que estamos ante una eclampsia cuando a los síntomas anteriores (proteinuria, edemas y hipertensión arterial) se le suman las convulsiones o coma.

Tratamiento de la Eclampsia: (el tto es de carácter intensivo).

Reposo en DLI, con los pies ligeramente elevados.

Protección contra los traumatismos.

Catéter para determinar la PVC.

Oxigenación y catéter venoso central.

Alimentación por la vía parenteral.

FO c/12 horas.

Examen físico para buscar signos de insuficiencia cardiaca y bronconeumonía.

Tratamiento Medicamentoso:

Sulfato de Magnesio: Método de Zuspan se administran 6 gramos en una solución al 10% por vía EV lentamente durante un tiempo de 3 a 5 mts, posteriormente se puede administrar 1 ó 2 gramos por hora preferiblemente en la bomba de infusión.

Cuando se utiliza este medicamento se deben vigilar los signos vitales fundamentalmente el pulso, la frecuencia respiratoria y los reflejos osteotendinosos, además de la diuresis. En los casos de una posible intoxicación se administra gluconato de calcio 1 amp de 2 gramos por vía EV.

2-Thiopental Sódico: Este medicamento se administra en los casos de convulsiones que no se puedan controlar.

3-Succinil Colina: Este medicamento es un relajante de la fibra muscular, para su administración es necesario que la pte este entubada.

Tratamiento obstétrico:

Es el vaciamiento inmediato del útero pero suele ser peligroso durante la crisis por lo que es necesario que se atenúe la misma para poder tomar la conducta adecuada que es la extracción del feto por la vía abdominal. Excepto que la pte este en trabajo de parto o que el parto tenga lugar de forma rápida.

5- DIABETES Y EMBARAZO:

La diabetes gestacional, no es más que una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono con una severidad que puede ser variable y que se identifica fundamentalmente en el embarazo.

Diagnostico:

Dos o más glicemias en ayunas de 140 mmol/l(7,7mmol/L).

Glicemias normales en ayunas y prueba de tolerancia de la glucosa anormales como:

Valores plásticos límites:

Ayunas: 105 mmol/Ld (5,7 mmol)

1 hora: 190 mmol/Ld (10,4 mmol)

2 horas: 165 mmol/Ld (9,1 mmol)

3 horas: 145 mmol/Ld (7,9 mmol)

Detección de la diabetes gestacional:

En todas las gestantes con los factores de riesgo se les indicará una glicemia al comienzo de la gestación y otra a las 24 semanas, además de una prueba de tolerancia de la glucosa a las 28 y a las 32 semanas. En los casos que las glicemias sean mayores de 4,4 mmol se indicará en ese momento una PTG.

Factores de riesgo o predisponentes:

Antecedentes genéticos(familiares de primera línea).

Antecedentes obstétricos.

Mortalidad perinatal inexplicable.

Polihidramnios.

Hallazgos en las necropsias de fetos con hipertrofia de los islotes de Langerhan.
macrosomía fetal (fetos con más de 4500gramos).

Malformaciones congénitas.

Obesidad, con IM más de 27.

Diabetes gestacional en embarazos anteriores.

Glucosuria en la mañana.

Edad materna de 30 años o más.

Tratamiento y seguimiento de la gestante y del bienestar fetal:

Ingresos:

1-El primero se realizará , cuando se haga el diagnostico de la diabetes gestacional.

El segundo ingreso a las 24 semanas que se puede no ingresar a la pte en los casos de que las glicemias estén normales.

El tercer ingreso a las 34 semanas.

Control de obstetricia:

El control será de forma mensual hasta las 28 semanas y posteriormente c/15 días, este control es fundamentalmente para conocer el desarrollo fetal, y se realiza de la siguiente forma:

1-Medición de la altura uterina en cada visita.

2-Monitoreo de los movimientos fetales en las ptes con insulinoterapia después de las 32 semanas

3-Ultrasonografía, se realizara en las ptes que se controlan con la dieta a las 34 y las 36 semanas, en los casos de las que se controlan con insulina el control será de forma mensual.

4-Control de la frecuencia cardiaca fetal en cada consulta.

6-CTG, este se realizará de forma semanal después de las 32 semanas En los casos de monitoreo normal se realizara perfil biofísico y se actuara en concordancia con el resultado del mismo.

Terminación de la Gestación:

1-Lo ideal es la prolongación de la gestación hasta que la pte este de forma espontáneamente en trabajo de parto, esto es cuando todos los exámenes de bienestar fetal y los factores maternos estén normales, pero está indicado que la gestación no se prolongue más de las 40 semanas.

2- En los casos que exista mal control del metabolismo, macrosomía fetal, u otra complicación se debe planificar la interrupción de la gestación, siempre tomando en consideración la maduración pulmonar, y buscando la interrupción lo más cercano al termino de la gestación.

3- En los casos que se interrumpa antes de las 38 semanas está indicado conocer la maduración pulmonar con fosfatidilglicerol, en los casos que n exista maduración pulmonar y

los riesgos de la madre y el feto sean importantes se deben valorar los mismos antes de la interrupción.

4-La maduración se puede acelerar con corticoides entre las 28 y las 34 semanas, manteniendo un estricto control metabólico.

Vía de interrupción de la gestación:

El parto por la vía vaginal es el de elección siempre que la salud fetal y las condiciones obstétricas sean favorables, y no existan contraindicaciones para la aplicación de los diferentes métodos de inducción. Cuando los métodos de inducción fracasan y existe sufrimiento fetal, o macrosomía fetal clínica se realizara cesárea, con previa administración de antimicrobianos.

Trabajo de parto espontáneo o inducido:

Las glicemias se deben mantener entre 60 y 120 mmol/Ld.

En las gestantes que se tratan con dieta se administrara dextrosa al 5% a 42 gotas por mto y control de las glicemias c/2ó4 horas.

Control del bienestar fetal en las gestantes con diabetes:

Control metabólico intraparto:

En los casos de ser una inducción, se administrara 2/3 de la dosis de insulina que habitualmente se administra la pte.

Mantenimiento de la glicemia entre las cifras de 80 y 150 mg/dl.

Administrar glucosa e insulina rápida en forma de infusión continua:

Glucosa: 10 a 12 gramos /hora.

Insulina cristalina: 1 a 3 U/hora siempre considerando el valor previo de la glicemia.

Monitoreo de la glicemia de forma horaria para el ajuste de las dosis de insulina.

Después de nacido el niño se suspende la infusión de la insulina.

En los casos de no contar con la infusión de la insulina se administra la misma según el resultado de las glicemias, por las dosis normadas.

Se continua durante el puerperio inmediato(12 horas), con la administración de suero de glucosa 125 200 ml/hora, para posteriormente pasar a régimen blando de 50 ó 60 gramos de carbohidratos c/6 horas.

Control metabólico durante la cesárea:

Cesárea Electiva:

Se programa en las primeras horas de la mañana.

Se suspende la dosis de la insulina y se administra la mitad de la dosis habitual en forma de insulina cristalizada.

Se debe realizar la anestesia epidural en los casos que no existan complicaciones.

Mantener los valores de la glicemia entre los valores de 80 y 105 mg/dl.

Mantener la administración de glucosa y insulina durante la operación en la siguiente forma:

Glucosa: 5 a 6 gramos/hora.

Insulina Cristalizada: 0,5 a 1 U/hora.

Después del nacimiento del niño se suspende la administración de la insulina y se mantiene una infusión de dextrosa al 5% a la dosis de 125ml/hora, durante las primeras 24 horas.

Control metabólico durante el puerperio.

Nota: Pasadas las primeras 24 horas.

Dieta: Se administraran 500calorias que se fraccionan según el esquema de la insulina.

Comenzar con insulina simple a una dosis similar que las que se administraron durante los principios del embarazo

Las gestantes que se controlaban la glicemia solo con la dieta, se mantendrán de está misma forma, pero con un estricto control de las glicemias, en los casos que exista descompensación metabólica se administrará insulina según los esquemas de tratamiento, tomando como referencia las cifras de las glicemias.

Atención del Recién Nacido de Madre Diabética:

Se realiza un control estricto por parte de Neonatólogo para descubrirlos siguientes factores e riesgo:

Anomalía Congénitas.

Alteraciones Metabólicas.

Menos Edad Gestacional.

Clasificación del Recién Nacido:

Según su peso y su edad gestacional.

Según la presencia de los factores de riesgos.

Embarazo controlado o mal controlado.

Depresión neonatal.

Prematuridad.

Peso inadecuado.

Trauma Obstétrico.

Síndrome de dificultad respiratoria.

Malformaciones congénitas.

Diagnóstico y tto de las complicaciones del recién nacido:

1-Hipotermia, es la complicación más frecuente de estos recién nacidos y se mide por los niveles de la glicemia:

Glicemia menos de 25 mg/dl(prematuros).

Glicemia menos de 35 mg/dl(a término).

El mayor riesgo de hipoglicemia se observa pasada las 2 ó 3 primeras horas después del parto, además que se puede presentar hasta las primeras 72 horas después del nacimiento.

En los casos de las glicemias menor de 40 mg/dl se comienza el tto con suero glucosado al 10%, 60 ó 70 ml/kg/día. Y control de las glicemias c/3 ó 6 horas para el ajuste de las dosis.

2-Hipomagnesemia: Cuando el magnesio plasmático es menos de 1.6 mg/dl, habitualmente se acompaña de hipocalsemia, cuando se instaura el tto para la hipomagnesemia se corrige de forma automática los niveles de calcio.

AUTORES.

Dr.José Jaime Miranda Albert

Dr.Francisco Montero Torres

Dra. Hortensia Gonzalez

Dra. Carmen Rosa Fuentes Paisan.

Especialistas I grado Ginecología Obstetricia y Perinatología.