



versión digital
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com



NuevoHospital

Vol. IV - Nº 33 - Año 2004 - Nº edición: 91

Publicado el 17 de diciembre de 2004

Sumario

Protocolos de Ginecología - Obstetricia:

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA
Coordinación: J.L. Castaño Almendral

1- Protocolo de Alta en el Servicio.- Casos no complicados. Grds más frecuentes	2
2- PROTOCOLO DE CRIBAJE ECOGRAFICO en el 1 ^{er} trimestre de la gestación para detección de aneuploidías y otros defectos congénitos.	3
3- PROTOCOLO DE ANALOGOS DE Gn-RH EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA, ENDOMETRIOSIS Y PREMENOPAUSIA	
4- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (R.A.M.)	8
5- PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN TUBARICA (E.T.)	10

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

SERVICIO DE TOCOGINECOLOGIAProtocolo de Alta en el Servicio.- Casos no complicados. Grds más frecuentes

Hace algo más de 2 años y en el objetivo de optimizar nuestra asistencia, reduciendo estancias y tratando de mejorar el IEMA de nuestro grupo de hospitales, se dieron unas normas de altas precoces del Servicio, de introducción progresiva, para casos no complicados, en el que se debían valorar la clínica junto con los caracteres sociales, culturales y geográficos de nuestro entorno.

Transcurrido éste tiempo y con la estrecha colaboración de los facultativos de hospitalización a domicilio, hemos constatado unos magníficos resultados. Datos proporcionados por la Dra. Garrote hablan de un 0% de reingresos de pacientes intervenidas ginecológicamente en los 6 primeros meses del año y < 1% obstétricas mayores (1 caso de Cesárea entre 114 Cesáreas).

Por ello creemos que se debe intentar reducir las estancias, algo que demandan la mayor parte de nuestras pacientes, primando siempre, como no puede ser de otra forma, la seguridad de nuestras enfermas.

Partos normales (eutócicos)	2 días (2 noches).
Legrados obstétricos	Al día siguiente.(Casos especiales C.M.A).
Cerclajes	Al día siguiente.
Cesáreas	3º día (3 noches) Zamora/ 3-4 (de fuera).
Esterilización post- parto	2º día de la esterilización.
Legrados ginecológicos	Al día siguiente. (Programados CMA).
Histerectomías abdominales	3º-4º día las de Zamora.- 4-5 las de fuera.
Histerectomías ampliadas	4º-5º día las de Zamora.- 6-7 de fuera.
Histerectomías vaginales	3º- día las de Zamora.- 3-4 las de fuera.
Colpohisterectomias	3º-4º día las de Zamora.- 4-5 las de fuera.
Plastias vaginales	2º-3º día.
Laparoscopia diagnostica	(CMA). Sino 1 día.
Laparotomías(Ectópicos, quiste simples, roturas foliculares, etc.)	2º-3º día las de Zamora. 3º 4º.- las de fuera.
Mastectomía radical	5º-6º día las de Zamora. 6º 8º las de fuera.
Tumorectomía/mastectomía segmentaria/cuadrantectomía+linfadenectomia axilar	3º-5º día. Según sean de Zamora o de la provincia.
Nódulos de mama	(CMA), 1 día si drenaje y no son de Zamora.
Laparoscopias quirúrgicas(Según intervención realizada)	Esterilización,pequeños quistes etc. CMA , sino 1 día. Histectomía asistida 1-2 días. Histerectomía ampliada 2-3 días.
Histeroscopias quirúrgicas	(CMA)
Drenajes/Marsupialización Bartholinos	(CMA)

Las pacientes de Zamora se enviarán a hospitalización a Domicilio.- Las del medio rural que se envíen con puntos se los retirarán en el Centro de Salud como ya lo están haciendo.

Todos los días incluidos fines de semana y festivos se darán altas. Este protocolo de actuación substituye al realizado con anterioridad.

Zamora, Julio de 2.004.

PROTOCOLO DE CRIBAJE ECOGRAFICO en el 1^{er} trimestre de la gestación para detección de aneuploidías y otros defectos congénitos.

Introducción

Los métodos para detección de cromosomopatías precisan de procedimientos invasivos no exentos de riesgos.

Los métodos clásicos de alto riesgo de aneuploidías:

- Edad superior a 35 años.
- Cromosomopatía parental (generalmente una traslocación equilibrada).
- Cromosomopatías en gestación previa.

Detectaban solo una cuarta parte de las trisomías 21.

La introducción del “Triple Screening” junto a los riesgos clásicos referidos, ha supuesto un considerable aumento en la detección del S. de Down prenatal.

El cribaje ecografico basado en el diagnóstico de malformaciones fetales ha tenido un bajo rendimiento dado que la aneuploidía más frecuente, la trisomía 21, presenta pocas malformaciones detectadas ecograficamente.

Por ello se han tratado de buscar signos o marcadores ecograficos, no malformaciones propiamente dichas, que se asocien a aneuploidías. De los numerosos marcadores ecográficos descritos, en el 1^{er} trimestre, el engrosamiento del tejido subcutáneo a nivel de la nuca, denominado translucencia nucal, se ha considerado el de mayor relevancia (TN), un marcador mayor de cromosomopatías. Cuando su grosor es superior a 3 mm., se ha puesto en relación no solo con cromosomopatías (21, 18 y 13, monosomía X y la triploidía) Si no con otras defectos congénitos: cardiopatías, displasias esqueléticas, hernias diafragmáticas severas y varios síndromes de origen cromogénico.

Por todo ello se hace necesario introducirlo en nuestro medio para mejora de nuestro nivel de detección de aneuploidías en gestantes de menos de 35 años. De acuerdo con la FMF (Fetal Medicine Foundation), la sistemática para medir la TN:

- Ecógrafo de alta resolución con calipers que permitan una exactitud de medición de 0.1 mm. (+video-hoop función).
- Ecografista con un cierto nivel, capaz de medir correctamente el CRL y de obtener un corte sagital del feto.
- Tiempo estimado del estudio 10 minutos.
- Período optimo para realizarlo: semana 11-13⁶, el CRL debe medir de 45 mm a 84 mm., con lo que se obtienen más tasas de medición próximas al 100% en manos expertas.
- La imagen debe de ampliarse hasta que la distancia de medida entre calipers sea de 0.1 mm. (el feto debe ocupar las $\frac{3}{4}$ partes de la pantalla) y obtener una correcta sección sagital del mismo.
- Debe distinguirse claramente la piel fetal del amnios, ya que a esa edad gestacional ambas estructuras se visualizan como una membrana fina. Ello se consigue esperando un movimiento fetal que la separe de la membrana amniótica.
- Los calipers se colocarán de forma que incluyan el máximo grosor de la translucencia subcutánea “on-anol-on”. Durante el examen deben tomarse varias medidas, siendo la máxima la válida.
- El feto debe estar en posición indiferente, ni en hiperextensión ni en hiperflexión.
- El cordón umbilical alrededor del cuello puede dar falsas imágenes de TN aumentada.
- La calidad de las mediciones aumenta con la experiencia del observador, considerándose que los resultados son buenos tras 100 mediciones (20-25 días de consulta = 6meses).

Los facultativos del Servicio tienen experiencia ecográfica suficiente como para realizar sin dificultades éstas y otras mediciones, si bien se considera el tiempo de aprendizaje de 6 meses. Transcurrido ese período se introducirá como marcador, junto con otros ya en uso (cribaje combinado bioquímico-ecográfico).

Cuando la TN sea ≥ 3 mm. inicialmente será refrendada por otro ecografista con más experiencia y si se confirma y solo así se le propondrá a la gestante la práctica de una amniocentesis.

Con fecha 15 de agosto de 2004 he enviado a atención primaria un escrito para que a partir del 1º de Octubre nos envíen las pacientes, salvo patología entre la semana 11 y 13⁶.

Zamora septiembre de 2.004

**PROTOCOLO DE ANALOGOS DE Gn-RH EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA, ENDOMETRIOSIS Y
PREMENOPAUSIA****SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)****HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA:**

En miomas submucosos y pólipo endometriales para provocar atrofia endometrial y facilitar la intervención con disminución del sangrado (mujeres menstruantes).

- Aplicación de 2 inyecciones I.M. (Ej.: Decapeptyl 3,75 mg/mes) previas a la intervención en mujeres que tienen menstruaciones.

HISTERECTOMÍA O MIOMECTOMIA:

Para reducir el tamaño del útero miomatoso y la pérdida hemática o mejorar la anemia importante si existiera, junto con la feroterapia.

INDICACIONES:

- 1) Utero miomatoso o miomas **voluminosos**. Mujeres propuestas para histerectomía.
- 2) Utero miomatoso o miomas **grandes** propuestos para miomectomía/s
- 3) **Anemia** importante (Hb 10-11 g/dL.) previa a la intervención.

Aplicación de **3 inyecciones** I.M. (1/mes) previa a la cirugía + feroterapia si anemia.

ENDOMETRIOSIS:

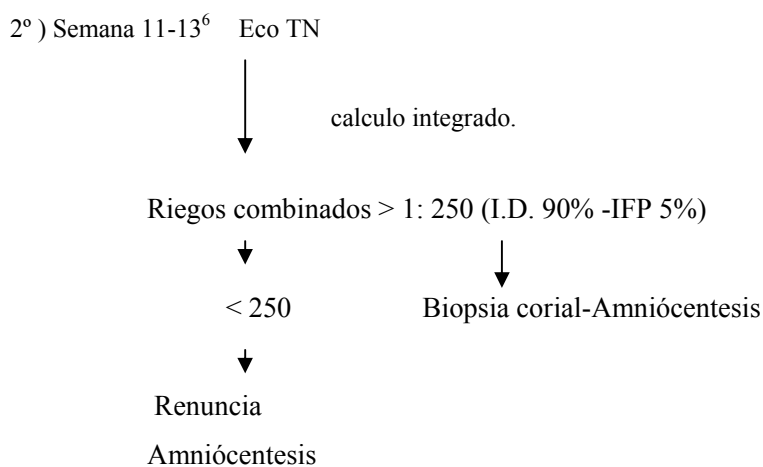
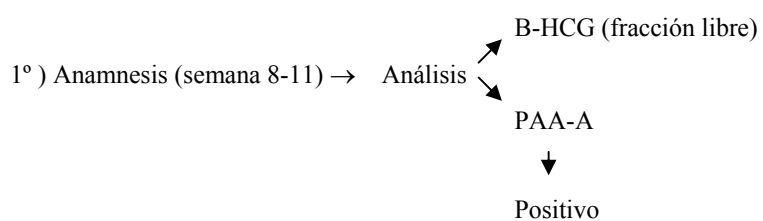
1. Tratamiento postquirúrgico tanto abdominal como endoscópico; 1 inyectable mensual, 6 meses.

NO DAR ANÁLOGOS PREVIOS A LA CIRUGÍA POR LA FIBROSIS QUE SE PRODUCE, CREANDO MAS DIFICULTADES PARA DESPEJAR LOS PLANOS.

PREMENOPAUSICA

En mujeres perimenopausica con miomas no voluminosos y/o alteraciones menstruales, alto riesgo, no deseo de intervención, etc...

- Podría ensayarse una aplicación durante 6 meses (una inyección I.M/ mes) + (THS a dosis bajas).
- Ampliar si es preciso (realizando ventanas).
- Si se prolonga mas el tratamiento, añadir THS a dosis bajas para evitar la osteoporosis.

ALGORITMO DE CRIBADO EN EL 1^{ER} TRIMESTRE.

Fdo.: Dr. J.L. Castaño Almendral
Jefe de Servicio

Este algoritmo entraría en funcionamiento en el 2º trimestre del 2.005.

PROTOCOLO DE ANALOGOS DE Gn-RH EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA, ENDOMETRIOSIS Y PREMENOPAUSIA

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)

HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA:

En miomas submucosos y pólipo endometriales para provocar atrofia endometrial y facilitar la intervención con disminución del sangrado (mujeres menstruantes).

- Aplicación de 2 inyecciones I.M. (Ej.: Decapeptyl 3,75 mg/mes) previas a la intervención en mujeres que tienen menstruaciones.

HISTERECTOMÍA O MIOMECTOMIA:

Para reducir el tamaño del útero miomatoso y la pérdida hemática o mejorar la anemia importante si existiera, junto con la ferroterapia.

INDICACIONES:

- 4) Utero miomatoso o miomas **voluminosos**. Mujeres propuestas para histerectomía.
- 5) Utero miomatoso o miomas **grandes** propuestos para miomectomía/s
- 6) **Anemia** importante (Hb 10-11 g/dl.) previa a la intervención.

Aplicación de **3 inyecciones** I.M. (1/mes) previa a la cirugía + ferroterapia si anemia.

ENDOMETRIOSIS:

2. Tratamiento postquirúrgico tanto abdominal como endoscópico; 1 inyectable mensual, 6 meses.

NO DAR ANÁLOGOS PREVIOS A LA CIRUGÍA POR LA FIBROSIS QUE SE PRODUCE, CREANDO MAS DIFICULTADES PARA DESPEJAR LOS PLANOS.

PREMENOPAUSICA

En mujeres perimenopausica con miomas no voluminosos y/o alteraciones menstruales, alto riesgo, no deseo de intervención, etc...

- Podría ensayarse una aplicación durante 6 meses (una inyección I.M/ mes) + (THS a dosis bajas).
- Ampliar si es preciso (realizando ventanas).
- Si se prolonga mas el tratamiento, añadir THS a dosis bajas para evitar la osteoporosis.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (R.A.M.)

La rotura prematura de membranas (R.A.M.) es la rotura del corioamnios antes de que se inicie la dinámica de parto.

La principal complicación de la R.A.M. es la infección, particularmente la corioamnionitis, que no siempre implica infección fetal.

Diagnóstico de la R.A.M.

Debe tratarse de confirmar la rotura: visualización del cervix con espéculo y verificar si sale líquido.

Otras pruebas: pH vaginal (muestra de fondo de saco vaginal posterior).

Cristalización del moco cervical.

Test de Fluoresceína. Paño verde.

Amnioscopia: solo si la gestación es avanzada, riesgo de infección ascendente.

Conducta ante la R.A.M.: al ingreso

Descartar infección:

- Temperatura materna.
- Recuento y fórmula.
- Cultivo vaginal.

Descartar:

- Compromiso fetal.
- M.B.N.E. Bienestar fetal.

Verificar edad gestacional:

- F.U.R. Primeros movimientos fetales. Coitos fecundantes.
- Ecografías previas y al ingreso.

- Si es superior a 34 semanas terminar la gestación (ver después).

- Si es inferior a esa edad gestacional, tratamiento expectante, ingreso en planta para un control:

Diario: Temperatura cada 6-12 horas.

M.B.N.E.

Recuento fórmula, V.S.C. y P.C.R. (espaciar si es normal/48/72horas).

Semanal: Hemograma completo, sedimento (urocultivo). Cultivo endocervical.

Ecografía (biometría y volumen L.A. ILA).

Amniocentesis para estudio madurez pulmonar y/o amnionitis (cultivo L.A.).

Conducta terapéutica:

- Evitar exploraciones genitales (tactos).
- Reposo en cama absoluto (valorar heparina profiláctica).
- Úterointubación: Ritodrine, Atosiban.
- Corticoides (Betametasona): 12 mgr/12 h al día (¿luego semanal?).

(¡ojo! Corticoides producen leucocitosis, pero sin desviación izquierda.

- Antibióticos: Ampicilina 2 gr. i.v. /6 h. seguido de Amoxicilina/Clavulánico: 1 gr./8 h. durante 5 días (puede producir enterocolitis necrotizante en gestaciones de menos de 34 semanas). En estos casos valorar ampicilina + gentamicina que usábamos antes.

Finalización del embarazo:

- Al llegar a las 34 semanas cumplidas de gestación.
- Si aparecen signos de infección o sufrimiento fetal, por vía vaginal en el primer caso, si no hay contraindicaciones (nalgas) o cesárea electiva en el segundo caso.
- Deben hacerse cultivos del R.N. (Pediatras) y de líquido amniótico, placenta y membranas (remitir además éstas a A.P.).

Sospecha de amnionitis:

- Temperatura > 38°.
- Leucocitosis > 15.000 con desviación izquierda (¡ojo – corticoides!).
- Incrementos de leucocitos en hemogramas seriados con progresivo aumento de la desviación izquierda.
- Líquido amniótico purulento y/o fétido.
- Presencia de gérmenes en tinción con el GRAM.
- Taquicardia fetal con o sin disminución de la variabilidad (no es válido si están administrándose betamiméticos).

En estos casos en que aparezcan signos o sospecha de amnionitis, acabar con la gestación.

- 2 gr. Ampicilina intravenosa + 120 mgr. Gentamicina.

Pasadas dos horas practicar una cesárea (tiempo de paso del antibiótico al territorio fetal) o parto vaginal si las condiciones lo permiten.

- Si la gestación fuera muy inmadura < 28 semanas, traslado a Centro de Referencia.

PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN TUBARICA (E.T.)

Los médicos del Servicio de Tocoginecología, en sesión clínica de fecha 31 de Octubre de 2002 aprueban el presente protocolo de E.T. por unanimidad o mayoría absoluta.

Somos conscientes de las grandes dificultades de realizar una norma de éste tipo por la cantidad de variables que inciden en cada caso, por lo que resulta imprescindible, no solo valorar cada caso, sino también asesorar de las distintas posibilidades anticonceptivas y de sus consecuencias.

Porque no podemos olvidar, como nos recuerda la Federación Mundial para la Contracepción quirúrgica que "elegir ser esterilizadas es un gran paso" y que "un tercio de las mujeres que fueron esterilizadas en un momento de sus vidas rechazan esta decisión más tarde, particularmente si tenían menos de 30 años cuando fueron sometidas a la intervención quirúrgica".

Para que una paciente pueda entrar en el protocolo, además de SOLICITARLO y tras ser asesorada, requerira:

- Más de 3 hijos vivos, cualquiera que sea la edad de la paciente.
- Más de 2 hijos vivos, si al solicitarlo tuviera más de 30 años .
- 2 hijos vivos, si en el momento de pedirlo hubiera cumplido 35 años .

Si la paciente lo solicita durante la gestación y sea deseable practicarle la E.T. pos-parto, los criterios de inclusión serán similares.

- 3 o más hijos vivos, más el actual, cualquiera que sea la edad de la paciente.
- 2 hijos más el actual vivos, si en el momento del parto más de 30 años.
- 1 hijos vivo mas el actual sano, si al parir tuviera mas 35 años.

En el caso de Cesarea, actuaríamos así:

- 3ª Cesarea, independientemente del número de hijos (Mínimo 1 vivo)
- 2ª Cesarea, si el anterior está vivo y el actual sano: Más de 35 años
- 2ª Cesarea, si además tiene 2 hijos previos sanos (gemelares, 1 parto vaginal previo etc.) y el actual sano, a partir de 30 años.
- 1ª Cesarea en múltipara, se seguirá el mismo protocolo que si el parto fuera por vía vaginal

En el momento que la gestación actual fuera gemelar o múltiple, pudiera reducirse el número de hijos en 1-2 ... tanto en partos vaginales como en cesareas, valorando cuidadosamente el estado de los fetos, prematuridad etc.

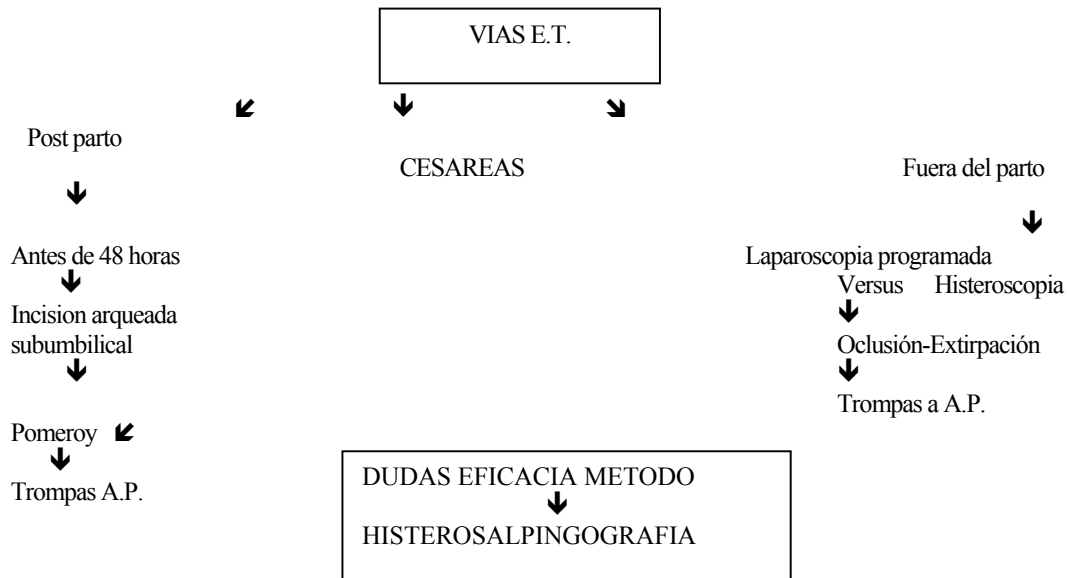
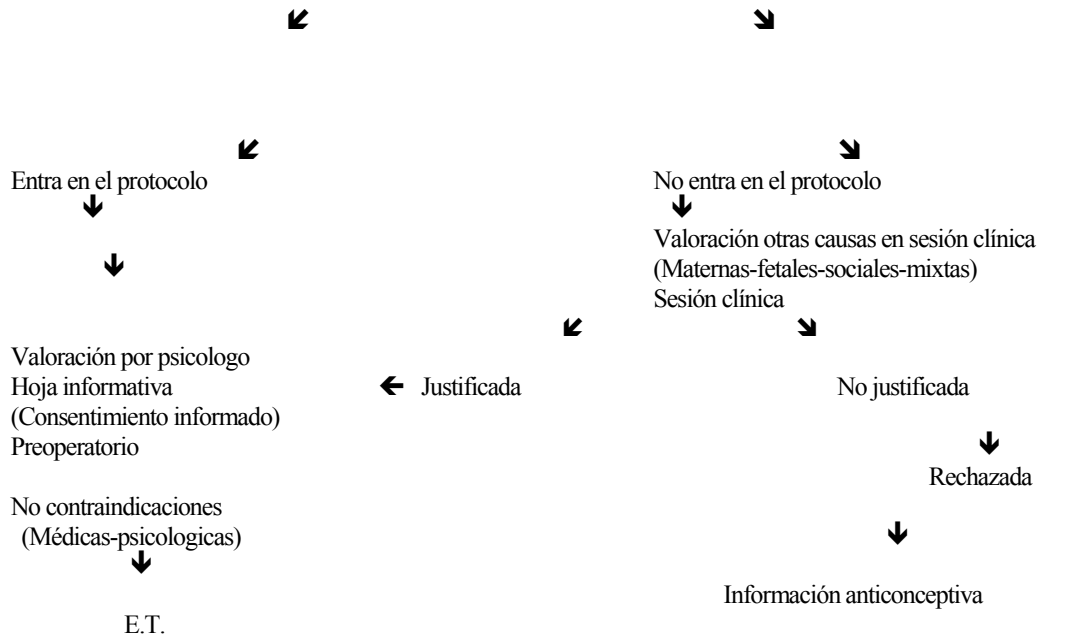
Estos protocolos generales pueden variar siempre que los médicos del Servicio, en sesión clínica, así lo consideren:

- Por enfermedades maternas: Diabetes, hipertensión, oligofrenia, psicópatas, drogadicción, VIH positivas etc., previo informe clínico del Servicio correspondiente proponiéndolo o aconsejándolo.
- Por enfermedades o malformaciones fetales previas, con asesoramiento genético y/o pediátrico
- Por problemas sociales: escasez de recursos, drogadicción etc. fundamentados en datos objetivos (informe de la Asistente Social).
- Otras causas: Intolerancia o contraindicación de otra anticoncepción.
- Mixtas.

El modo de actuación se especifica en el algoritmo que se adjunta.

.

SOLICITUD DE E.T.





NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.

- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).

- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título

- Autor/es

- Área - servicio ó unidad

- Función o cargo que desempeña/n

- RESUMEN

- Introducción (motivación, justificación, objetivos)

- Texto: según el tema que se trate

- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión

- Conclusiones

- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)

- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**

- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)

- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)

- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

- Modo de envío de los trabajos:

- por **correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- **depositándolos directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista del Hospital)
- por **correo electrónico:** ucalid@hvcn.sacyl.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)

