

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

# Guías de Práctica Clínica (GPC)

## Embarazo, parto y puerperio. ITSs - EPI

### Jornadas de Socialización



Gobierno  
de COLOMBIA

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Con el apoyo de la  
Federación Colombiana  
de Obstetricia y  
Ginecología, FECOLSOG



Gobierno  
de COLOMBIA

PROSPERIDAD  
PARA TODOS



ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

# Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio



Gobierno  
de **COLOMBIA**

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

# Guías de Práctica Clínica

1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo
2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo
3. Infecciones en el embarazo: Ruptura Prematura de Membranas (RPM)
4. Infecciones en el embarazo: Toxoplasmosis
5. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico
6. Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto)
7. Guía de práctica clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual y otras infecciones del tracto genital

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

# Sección 1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo



Gobierno  
de COLOMBIA

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

# Control Prenatal

- ¿Quién lo debe realizar?

- Profesional?
- Médico?
- Enfermera: con o sin entrenamiento específico?
- Técnico o auxiliar?
- Cuando Gineco-Obstetra? Siempre?

# Control Prenatal: ¿Quién?

A	Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno –perinatal.
A	La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.
A	Se recomienda que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el período prenatal.
√	Se recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por gineco-obstetras cuando se identifiquen riesgos durante el control prenatal.

# Control Prenatal

- ¿Características?

- Duración:

- Consulta Inicial : 30 minutos D
- Consultas siguientes: 20 minutos D
- Consulta Inicial Tardía: 40 minutos Y

# Control Prenatal

- ¿Detección del Riesgo?

- Cual es su utilidad?
- El riesgo Psico-social debemos evaluarlo?
- Cual sería el objetivo?

# Control Prenatal: detección del riesgo?

A	Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control.
B	Se recomienda en cada trimestre del embarazo evaluar en la gestante, el estrés materno crónico, la ansiedad, los trastornos del sueño y el pobre apoyo de la red social.
B	Se recomienda identificar la depresión materna mediante un tamizaje trimestral durante el control prenatal porque las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer.
B	Se recomienda evaluar el riesgo biológico y psicosocial a todas las gestantes mediante la escala de Herrera & Hurtado con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario.

# Control Prenatal

- Antecedente de cesárea

- Cual debe ser el enfoque en el control prenatal
- Que debemos informar a la paciente?

# Control Prenatal: antecedente de cesárea

B	Se recomienda que las mujeres con antecedente de una cesárea discutan con el equipo de salud a cargo de su control prenatal, los riesgos y beneficios que conlleva para ella y el recién nacido el parto vaginal comparado con la cesárea electiva.
A	Se recomienda informar a las mujeres que opten por una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa, que la probabilidad de parto vaginal es de 74%.
D	Se recomienda que el control prenatal de una mujer embarazada con antecedente de una cesárea sin otros factores de riesgo se realice en una institución de baja complejidad; en la semana 32 debe ser remitida para valoración por gineco-obstetras para definir la vía del parto, la cual debe ser concertada con la gestante antes de la semana 36 y debe quedar documentada en la historia clínica.

# Control Prenatal

- Ecografías en la gestación

- Cual debe ser el enfoque recomendado?
- Desde cuando?
- Cada cuanto?

# Control Prenatal: ecografías

A



Se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de:

1. Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal.
2. Detectar precozmente los embarazos múltiples.
3. Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación.

✓

Se recomienda que las gestantes con antecedentes de embarazo ectópico, recanalización de trompas de Falopio, dispositivo intrauterino (DIU) in situ o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se les realice una ecografía transvaginal tempranamente para confirmar la localización del embarazo y ayudar a clasificar el riesgo.

# Control Prenatal

- Ecografías en la gestación

- Cual debe ser el enfoque recomendado?
- Desde cuando?
- Cada cuanto?

# Control Prenatal: ecografías

A



Se recomienda realizar una ecografía entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de:

1. Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal.
2. Detectar precozmente los embarazos múltiples.
3. Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación.

✓

Se recomienda que las gestantes con antecedentes de embarazo ectópico, recanalización de trompas de Falopio, dispositivo intrauterino (DIU) in situ o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se les realice una ecografía transvaginal tempranamente para confirmar la localización del embarazo y ayudar a clasificar el riesgo.

de cero  
a Siempre

# TRANSLUCENCIA NUCAL



de COLOMBIA

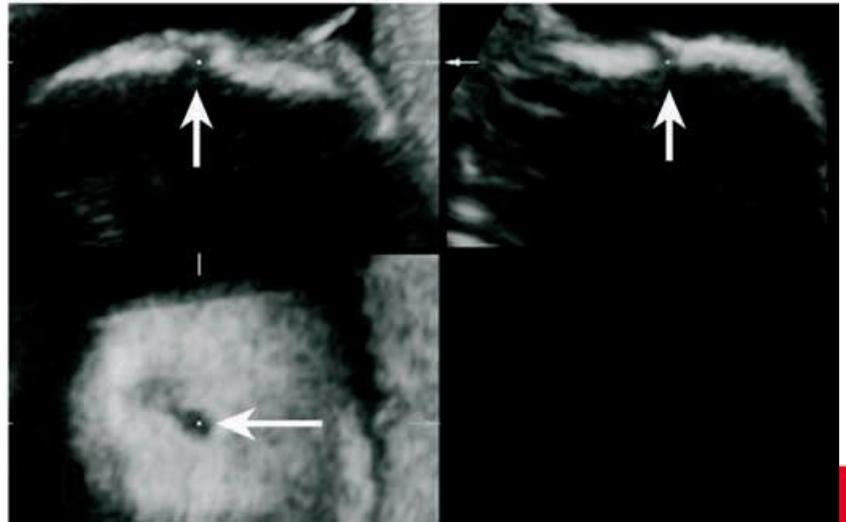
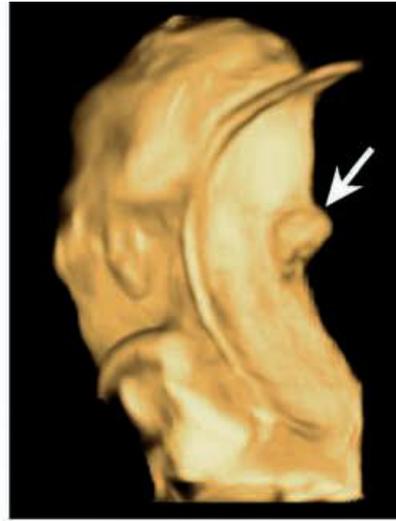
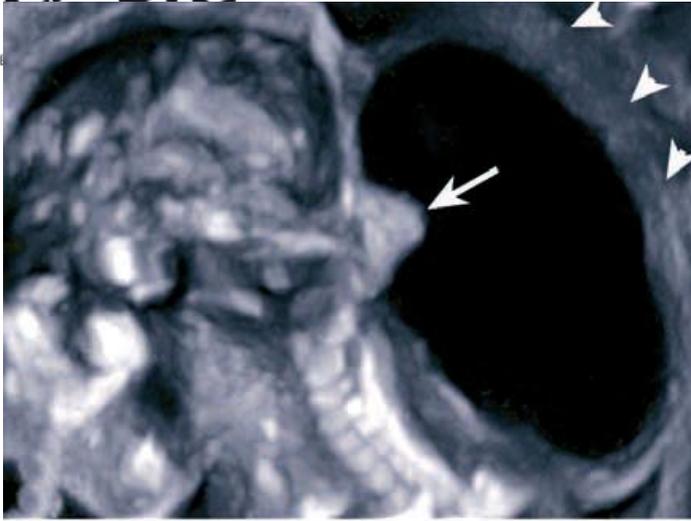
PARA TODOS

AD

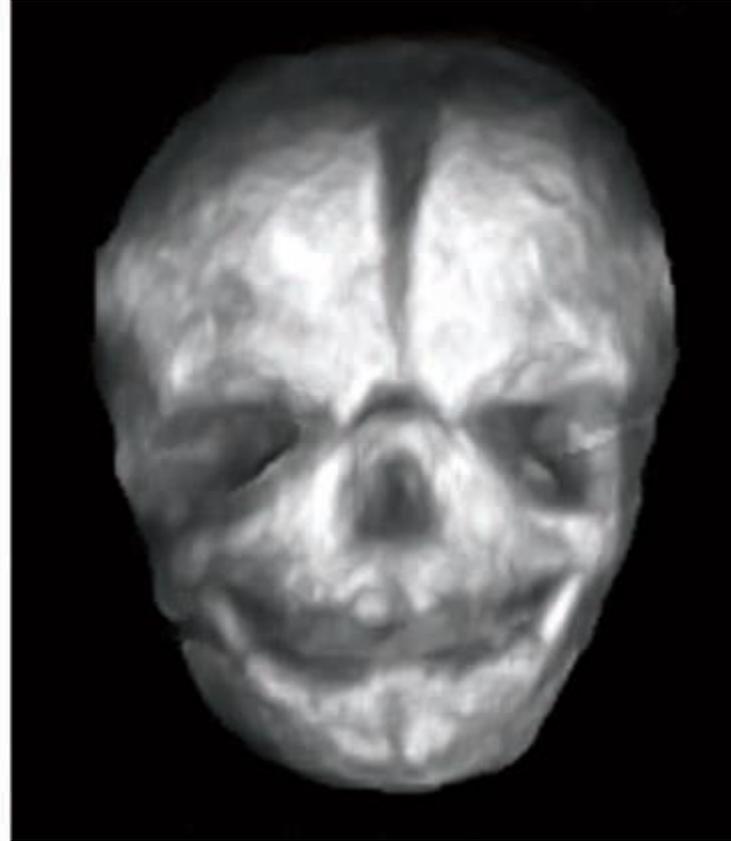


# Control Prenatal: ecografías

<b>A</b> 	Se recomienda realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.
<b>B</b>	Se recomienda que las mujeres sean informadas de las limitaciones de la ecografía de rutina, con énfasis en las variaciones en las tasas de detección según el tipo de anomalía fetal, el índice de masa corporal de la mujer y la posición del feto en el momento de la exploración.
<b>B</b> 	No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos de curso normal, pues no hay evidencia que la ecografía de rutina en el tercer trimestre de la gestación mejore los resultados perinatales y puede por el contrario aumentar el número de cesáreas no indicadas.







# Control Prenatal: ecografías

<b>A</b> 	Se recomienda realizar rutinariamente una ecografía de detalle, por profesionales con entrenamiento y certificación, entre la semana 18 y semana 23+6 días para la detección de anomalías estructurales.
<b>B</b>	Se recomienda que las mujeres sean informadas de las limitaciones de la ecografía de rutina, con énfasis en las variaciones en las tasas de detección según el tipo de anomalía fetal, el índice de masa corporal de la mujer y la posición del feto en el momento de la exploración.
<b>B</b> 	No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos de curso normal, pues no hay evidencia que la ecografía de rutina en el tercer trimestre de la gestación mejore los resultados perinatales y puede por el contrario aumentar el número de cesáreas no indicadas.

# Control Prenatal

- Pruebas de bienestar fetal

- Control de movimientos fetales
- Monitoria fetal electrónica
- Doppler
- Perfil biofísico

# Control Prenatal: pruebas de bienestar fetal

A	No se recomienda que el personal de salud instruya, a la gestante con embarazo de curso normal, monitorizar los movimientos fetales de rutina utilizando límites de alarma específicos, ya que esto no mejora los resultados perinatales y se asocia con un incremento de la ansiedad materna.
C	Si la gestante percibe que el patrón de movimientos fetales ha disminuido después de la semana 28 de gestación, se recomienda instruirla en guardar reposo en decúbito lateral y concentrarse en los movimientos fetales por 2 horas; si no percibe 10 o más movimientos discretos en este periodo de tiempo, la gestante debe contactar inmediatamente al servicio de salud.

# Control Prenatal: pruebas de bienestar fetal

<b>B</b>	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal sin estrés en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
<b>B</b>	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria umbilical sólo o en combinación con el Doppler de arteria uterina en gestantes con embarazo de curso normal, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
<b>C</b>	No se recomienda el uso rutinario del Perfil Biofísico Fetal (PFB) en pacientes con embarazo de curso normal, pues no se ha demostrado ningún beneficio materno o fetal asociado.

# Control Prenatal

- Suplementos nutricionales

- Acido fólico: 400 mcg/día (pre – semana 12) A
- Hierro +Ac Fólico rutina (No si Hb>14) Y
- Carbonato de calcio: 1200 mg/día (sem 14) A
- No cambiar Hierro-Ac fólico por multivitaminas A
- No vitamina D en bajo riesgo B
- No vitamina A en bajo riesgo B
- Ingesta separada de Hierro y calcio, lejos de las comidas y sin leche Y

# Control Prenatal

- Lactancia materna

- Es necesario promover la lactancia materna

# Control Prenatal: lactancia materna

<b>B</b> 	Se recomienda ofrecer educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna, tal como se detalla en la “Iniciativa Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia” del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Ministerio de la Salud y Protección Social.
<b>B</b> 	Se recomienda incluir en las estrategias de educación en lactancia materna al personal de salud, a la familia y a otros miembros de la comunidad (pares sociales).
<b>C</b> 	Durante todo el control prenatal y postparto se recomienda la educación en lactancia materna mediante talleres y consejerías específicas para aquellas mujeres quienes expresan su decisión de lactar a sus hijos y para las que aún no han decidido el tipo de alimentación que les ofrecerán.
✓	Se recomienda preguntar a la gestante: ¿Qué conoce de la lactancia materna? en vez de ¿Planea Ud. lactar a su bebé o darle biberón?, como oportunidad de iniciar la educación en lactancia materna.

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

## Sección 2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo



Gobierno  
de COLOMBIA

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

# Complicaciones Hipertensivas

## Factores de riesgo

**B**

Se recomienda tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado estar asociadas a la aparición de preeclampsia:

Factores de riesgo moderado:

- Primer embarazo.
- Edad mayor o igual a 40 años.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
- IMC mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente familiar de preeclampsia.

Factores de alto riesgo:

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos.
- Diabetes tipo 1 y 2.
- Hipertensión crónica.

# Complicaciones Hipertensivas

## Prevención

- ASA 75 – 100 mg/día – Semana 12 al parto

- Alto riesgo 1 factor

A

- Moderado riesgo 2 factores

A

- Primer embarazo.
- Edad de 40 años o más.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
- Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> en la primera visita.
- Antecedentes familiares de preeclampsia.
- Embarazo múltiple.

# Complicaciones Hipertensivas

## Prevención

- Carbonato de calcio 1200 mg/día – Semana 14  
Todas las gestantes **A**
- No se recomiendan suplementos: magnesio, ácido fólico, Vitaminas C y E, aceites de pescado o algas, ajo, licopeno, Coenzima Q10 **A**
- Vitamina D **D**
- No se recomiendan medicamentos: donantes de óxido nítrico, progesterona, diuréticos, heparinas bajo peso molecular **A**

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia no severa – Manejo clínico

D	Se recomienda que el manejo de las mujeres con preeclampsia sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda la hospitalización y el tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100 mmHg se recomienda manejo con labetalol o nifedipina oral como primera línea con los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lograr presión diastólica igual o menor de 90 mmHg.</li><li>• Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.</li></ul>
C	Se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia en quienes se contraíndique el uso de labetalol, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa o nifedipino.

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia severa – Manejo clínico

- *Anticonvulsivantes*

**A** Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a todas las mujeres con preeclampsia severa, con el fin de prevenir episodios eclámpticos.

**A** Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso como anticonvulsivante de elección a todas las mujeres con episodios eclámpticos.

**A** Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a mujeres con preeclampsia severa si se planea el parto en las siguientes 24 horas.

**A** Se recomienda usar la administración de sulfato de magnesio acorde con las siguientes indicaciones:

- Dosis de carga de 4 gramos (g) intravenoso en 10 a 15 minutos, seguido de una infusión de 1 g/hora durante 24 horas.
- Para convulsiones recurrentes, estas deben ser tratadas con dosis adicional de 2-4 g en 5 minutos.

**A** No se recomienda el uso de diazepam, fenitoína o coctel lítico en mujeres con eclampsia.

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia severa – Manejo clínico

- *Antihipertensivo*

<b>A</b>	Se recomienda tratar mujeres con hipertensión severa, durante el embarazo o inmediatamente después del parto con uno de los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Labetalol (oral o intravenoso).</li><li>• Hidralazina (intravenoso).</li><li>• Nifedipino (oral).</li></ul>
<b>D</b>	En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento: <ul style="list-style-type: none"><li>• Para asegurar que la presión arterial baje.</li><li>• Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto.</li><li>• Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.</li></ul>
<b>B</b>	Se recomienda considerar el uso de cristaloides o expansores de volumen antenatalmente, antes o al mismo momento de la primera dosis de hidralazina intravenosa si este fue el antihipertensivo de elección.
<b>D</b>	En mujeres con hipertensión severa, se recomienda como objetivo tener por debajo de 140 mmHg la presión sistólica y por debajo de 90 mmHg la presión diastólica.

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia severa – Manejo clínico

- *Expansores de volumen*

<b>B</b>	No se recomienda la expansión rutinaria (cargas o bolos) de volumen con líquidos intravenosos en mujeres con preeclampsia severa.
<b>B</b>	Se recomienda en mujeres con preeclampsia, individualizar el volumen a infundir de líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/hora.

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia severa – Manejo clínico

- *Corticosteroides*

A	<p>En mujeres con preeclampsia severa o hipertensión severa se recomienda: Dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a las mujeres entre las semanas 24 y 34 de gestación.</p>
D	<p>En situaciones donde exista duda sobre la madurez pulmonar por encima de la semana 34, puede considerarse dar dos dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas) a las mujeres entre las semanas 35 y 36+6 días de gestación.</p>

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia severa – Manejo clínico

- *Parto*

**C**

Se recomienda escoger la vía de parto, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales.

**D**

Se recomienda preferir la vía vaginal para mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa o eclampsia si no existe indicación de cesárea.

# Complicaciones Hipertensivas

## Preeclampsia severa – Manejo clínico

- *Medición de la Tensión Arterial*

D

Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario hasta asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 12 en 24 horas en pacientes con preeclampsia severa.

# Complicaciones Hipertensivas

## Hipertensión antes de la sem 20– Manejo clínico

- |   |  |
|---|--|
| D | <p>Se recomienda informar a las mujeres que toman inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y/o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El mayor riesgo de anomalías congénitas si estos medicamentos se toman durante el embarazo.</li><li>• La importancia consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo en la planeación del embarazo.</li><li>• La necesidad de detener la ingesta del tratamiento antihipertensivo idealmente dentro de los dos días siguientes a la notificación del embarazo y la necesidad de elegir alternativas terapéuticas.</li></ul> |
| D | <p>En mujeres que toman diuréticos clorotiazídicos se recomienda que sean advertidas en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informar a la mujer embarazada que puede haber un mayor riesgo de anomalías congénitas y complicaciones neonatales, si estos medicamentos se toman durante el embarazo.</li><li>• Si planea un embarazo, se recomienda consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo.</li></ul>   |

# Complicaciones Hipertensivas

## Hipertensión antes de la sem 20 – Manejo clínico

D	Se recomienda informar a las mujeres que toman tratamientos antihipertensivos diferentes a IECAs, ARA-II o diuréticos clorotiazídicos, que existe poca evidencia disponible sobre estos tratamientos y que no han demostrado relación con la presentación de malformaciones congénitas.
A	En mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 150/100 mmHg.
A	No se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 80 mmHg a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada.
D	Se recomienda remitir a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica secundaria, a un especialista en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
D	Se recomienda ofrecer a mujeres con hipertensión crónica, tratamientos antihipertensivos existentes dependiendo de los perfiles de efectos adversos y teratogenicidad.

# Complicaciones Hipertensivas

## Hipertensión gestacional – Manejo clínico

<b>D</b>	Se recomienda que el manejo de la mujer con hipertensión gestacional sea liderado por un especialista en ginecología y obstetricia, preferiblemente con experiencia en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
<b>D</b>	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mmHg y 149/99 mmHg, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar el monitoreo con pruebas diagnósticas recomendado en la sección de control prenatal para mujeres de bajo riesgo.</li><li>• Realizar una consulta médica semanal a control prenatal para seguimiento de presión arterial y evaluación de proteinuria.</li><li>• No utilizar ningún tratamiento antihipertensivo.</li></ul>
<b>B</b>	En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mmHg y 149/99 mmHg, se recomienda monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.

# Complicaciones Hipertensivas

## Hipertensión gestacional – Manejo clínico

D

En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 150/100 mmHg y 159/109 mmHg, se recomienda:

- Monitorizar una sola vez con función renal, electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
- Realizar dos consultas médicas semanales a control.
- Monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.
- No realizar monitoreos adicionales, si no se documenta proteinuria en las visitas posteriores.
- Tratamiento antihipertensivo con labetalol o nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos:
  - Lograr presión diastólica igual o menor a 90 mmHg.
  - Lograr presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.

Se recomienda la hospitalización sólo si no se puede garantizar el tratamiento y seguimiento indicados.

# Complicaciones Hipertensivas

## Hipertensión gestacional – Manejo clínico

- |          |   |
|----------|---|
| <b>D</b> | Se recomienda ofrecer a las mujeres con hipertensión gestacional en quienes se contraindique el uso de labetalol y nifedipino, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido, alternativas como metildopa. |
| <b>D</b> | Se recomienda que la paciente registre diariamente su presión arterial y que dichas mediciones sean verificadas por el profesional de la salud en cada visita.  |

# Complicaciones Hipertensivas

## Parto

A

En general se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia (severa o no severa) un manejo conservador (es decir, no planear la interrupción de la gestación) antes de la semana 34.

A

El equipo obstétrico debe definir umbrales o límites para la madre y el hijo (con resultados bioquímicos, hematológicos y clínicos), para ofrecer parto electivo antes de la semana 34, mediante la escritura de un plan de manejo.

# Complicaciones Hipertensivas

## Parto

A	<p>En mujeres con preeclampsia antes de la semana 34 se recomienda ofrecer el parto, previo esquema de corticosteroides, y notificación al equipo neonatal y de anestesia, en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensión severa refractaria al tratamiento, o</li><li>• Indicaciones maternas o fetales de acuerdo al plan descrito anteriormente.</li></ul>
A	<p>En mujeres con preeclampsia severa después de la semana 34, se recomienda el parto cuando la presión arterial esté controlada y se complete un esquema de corticosteroides (si se consideró su uso) para maduración pulmonar fetal.</p>
A	<p>Se recomienda ofrecer el parto a las mujeres con preeclampsia no severa en la semana 37, o antes, dependiendo de las condiciones maternas y fetales (criterios de severidad) y la disponibilidad de una unidad de cuidado intensivo neonatal.</p>

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

## Sección 3. Infecciones en el embarazo: Ruptura Prematura de Membranas



Gobierno  
de COLOMBIA

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

# Diagnóstico de Ruptura prematura de membranas: ha cambiado?

- El enfoque debe tener en cuenta:

- ❖ Diagnóstico clínico
- ❖ Ayudas diagnósticas
- ❖ Diagnóstico de Corioamnionitis

# Ruptura prematura de membranas: *Diagnóstico clínico?*

B

Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior.

# Ruptura prematura de membranas: *Ayudas Diagnósticas? (nivel B evidencia)*

**B**

Si la sospecha clínica de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda realizar las siguientes pruebas complementarias: cristalización, medición de pH, medición del índice de líquido amniótico por ecografía, amniocentesis o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.

# Ruptura prematura de membranas: *Corioamnionitis* – *Diagnóstico clínico?*

B	Se recomienda que las mujeres sean vigiladas para detectar los signos de corioamnionitis clínica: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis.
B	No se recomienda realizar el hisopado o cultivo de secreción vaginal alta cada semana como parte del manejo de la RPM.
B	No se recomienda el cuadro hemático y la proteína C reactiva de rutina para el seguimiento de las gestantes con RPM, ya que no han demostrado utilidad por su baja sensibilidad para el diagnóstico de corioamnionitis.
B	Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de corioamnionitis clínica.
B	El perfil biofísico fetal puede ser usado siempre y cuando se tenga en cuenta que tiene un valor limitado para predecir infección fetal.

# Ruptura prematura de membranas: *amniocentesis?*

- Uso para Corioamnionitis subclínica o valorar madurez pulmonar fetal entre semanas 32 y 34

<b>B</b>	Se sugiere para el diagnóstico de corioamnionitis en una muestra de líquido amniótico tener en cuenta la combinación de diferentes hallazgos anormales: cultivo positivo, presencia de más de 6 bacterias o leucocitos en la tinción de gram, recuento de leucocitos mayores de 30/ml en líquido amniótico, glucosa menor de 15 mgs/dl, niveles de interleucina-6 (mayor de 2.6 ng/ml) o presencia de metaloproteinasa-8 (positiva=mayor de 10 ng/ml).
<b>A</b>	No se recomienda el uso de proteína C reactiva en líquido amniótico para el diagnóstico de corioamnionitis.

# Ruptura prematura de membranas: *corticoides?*

A	Se recomienda un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pretérmino por ruptura prematura de membranas. Los esquemas recomendados de corticoides son: betametasona (12 mg) por vía intramuscular con 24 horas de diferencia por dos dosis o dexametasona (6 mg) por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.
B	Los beneficios neonatales del uso de corticoides se observan aún en niños nacidos en presencia de corioamnionitis.

# Ruptura prematura de membranas: *corticoides* – *Dosis de rescate?*

A



En pacientes con ruptura de membranas, se recomienda una dosis única de rescate de corticosteroides prenatales si la paciente recibió un ciclo completo de corticoides para maduración pulmonar hace más de una semana y la edad gestacional actual es menor a 34 semanas.

# Ruptura prematura de membranas: *antibioticoterapia*

- Embarazo Pretérmino

A

Se sugiere que en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, se administre desde el momento del diagnóstico uno de los siguientes esquemas: eritromicina oral sola por 10 días o ampicilina + eritromicina en régimen parenteral y oral combinado por 7 días.

# Ruptura prematura de membranas: *antibioticoterapia*

- Corioamnionitis

✓	Una vez hecho el diagnóstico de corioamnionitis se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico inmediatamente con clindamicina 600 mg IV cada 6 horas + gentamicina 240 mg IV cada 24 horas y desembarazar.
A	Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica.

# Ruptura prematura de membranas: *manejo*

A 	No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.
B	Se recomienda considerar la inducción del parto desde la semana 34 de gestación. Cuando se indique el manejo expectante, las gestantes deben ser informadas de un riesgo mayor de corioamnionitis y la disminución del riesgo de problemas respiratorios en el neonato.
✓	En gestaciones entre 32 y 34 semanas y a falta de disponibilidad de amniocentesis para determinar maduración pulmonar, se recomienda el manejo expectante activo con un ciclo completo de corticoides, el uso del esquema antibiótico definido y desembarazar electivamente.

# Ruptura prematura de membranas: *manejo*

✓	Para las gestaciones desde la semana 26 hasta la 32, se recomienda realizar manejo expectante con maduración pulmonar, el uso de esquema antibiótico definido y vigilancia estricta hasta encontrar compromiso de la salud materna, signos de infección intrauterina, compromiso del bienestar fetal o confirmación de la madurez pulmonar.
C	En mujeres con ruptura prematura de membranas entre las semanas 24 a 26 de gestación, se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, el tiempo de latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.

# Ruptura prematura de membranas: *manejo*

✓

Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales e institucionales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido. El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 24 a 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevida entre 13 a 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a dos años.

✓

Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 24 a 26 y el pronóstico fetal, deben ser discutidas con la gestante y su familia.

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

## Sección 4. Infecciones en el embarazo: Toxoplasmosis



Gobierno  
de COLOMBIA

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

# ¿Cuáles son los factores de riesgo para la transmisión de la Toxoplasmosis durante el embarazo?

1. Beber agua tratada
2. Convivir con gatos alimentados solo con cuido
3. Area de residencia sin acueducto
4. Comer verduras

# ¿Cuáles son las recomendaciones para la prevención primaria de la infección por toxoplasma durante el embarazo?

1. Expulsar todos los animales de la casa
2. Carnes para consumir bien cocinadas
3. Con el uso de guantes en jardinería es suficiente
4. Agua de ríos cristalinos se puede tomar sin tratar

# ¿Cuál es el seguimiento recomendado de una mujer embarazada seronegativa? ¿Cómo debe monitorizarse?

1. Ecografía cada 4 semanas
2. Ig G cada 4 semanas
3. Ig M cada 4 semanas
4. Coprológico al gato ó al animal doméstico de la casa cada trimestre

# ¿Cuál es el esquema de prevención secundaria (prevención de la transmisión fetal) recomendado en mujeres con diagnóstico de infección adquirida durante el embarazo?

1. Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
2. Clindamicina 900 mg cada 8 horas por un mes
3. Vacuna para la toxoplasmosis
4. En caso de confirmación de la transmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a sulfadiazina más ácido fólico

# ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para establecer el diagnóstico de infección congénita en el recién nacido?

1. Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por Toxoplasma en el recién nacido.
2. Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma.
3. Neurosonografía y resonancia nuclear magnética cerebral al recién nacido
4. A y B son ciertas

## 1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para la transmisión de la Toxoplasmosis durante el embarazo?

La toxoplasmosis es una enfermedad altamente prevenible. Los estudios sobre factores de riesgo de la infección durante el embarazo han logrado identificar variables asociadas a su adquisición. Existen factores sociodemográficos (edad, género, area de residencia), biológicos y ligados al estilo de vida (beber agua no tratada, estar expuesta a gatos y consumir alimentos contaminados). El conocimiento de estos factores de riesgo permite sugerir recomendaciones para la prevención de la infección y para programas de educación.

## 2. ¿Cuáles son las recomendaciones para la prevención primaria de la infección por toxoplasma durante el embarazo?

B

Dentro del control prenatal se recomienda realizar recomendaciones a las pacientes respecto a: consumo de carnes bien cocinadas, consumo de agua potable y manejo higiénico de los alimentos, lavado de manos posterior a actividades de jardinería, manipulación de animales (gatos), para prevenir la infección por toxoplasma.

## 3. ¿Cuál es el seguimiento recomendado de una mujer embarazada seronegativa? ¿Cómo debe monitorizarse?

B



Se recomienda tamizar a las gestantes seronegativas con una periodicidad mensual con una prueba de inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma.

## 4. ¿Cuáles son las pruebas de detección de anticuerpos contra toxoplasma que se deben solicitar en primer lugar?

A

En los casos en que no se conozca el estatus de infección, se recomienda realizar pruebas de IgG e IgM a la mujer embarazada en su primer control prenatal para determinar la presencia de la infección por toxoplasma.

A



Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM positiva se realicen prueba de avidez para confirmar la antigüedad de la infección si el embarazo es menor a 16 semanas, e IgA si mayor a 16 semanas.

## 4. ¿Cuáles son las pruebas de detección de anticuerpos contra toxoplasma que se deben solicitar en primer lugar?

B 	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM negativas sean seguidas mensualmente en los términos establecidos por esta guía.
√	Se recomienda que las mujeres con IgG negativo e IgM positivo se realicen repetición de IgG en dos semanas para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
√	Se recomienda que una mujer que considere embarazarse se realice una prueba de IgG contra toxoplasma para identificar su estatus de infección previa con el parásito.

## 5. ¿Cuáles son las pruebas confirmatorias recomendadas para toxoplasmosis?

B	Se sugiere ofrecer como alternativa el diagnóstico de infección fetal a través de amniocentesis y realización de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en segundo trimestre de gestación. La decisión final debe ser consensuada y consignada en la historia clínica. Un resultado negativo no descarta la infección congénita.
A	No se recomienda el uso de la cordocentesis como prueba confirmatoria para infección por toxoplasmosis.
√	Se recomienda realizar controles de calidad a los centros que realizan las diferentes pruebas para diagnóstico basado en líquido amniótico para la infección por toxoplasma.

## 6. ¿Se recomienda el uso de la ecografía para determinar la severidad del compromiso del feto con pruebas positivas para infección por toxoplasma?

A Se recomienda el seguimiento de la gestante con ecografía de morfología fetal para definir la severidad y compromiso del feto en presencia de pruebas positivas para infección por toxoplasma.

√ Se recomienda que la ecografía de seguimiento para estas pacientes sea realizada por personal especializado y entrenado para la identificación del riesgo asociado a toxoplasma.

## 7. ¿Cuál es el esquema de prevención secundaria (prevención de la transmisión fetal) recomendado en mujeres con diagnóstico de infección adquirida durante el embarazo?

B  


Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.

✓

En caso de confirmación de la transmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a pirimetamina más sulfadiazina más ácido folínico.

## 8. ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para establecer el diagnóstico de infección congénita en el recién nacido?

A 	Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por Toxoplasma en el recién nacido.
A	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma.
√	Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en las tres pruebas (IgM, IgA y Western Blot), se recomienda el seguimiento del recién nacido mensualmente durante seis meses y luego cada tres meses hasta el año con IgG para descartar seroconversión.

## 9. ¿Cuál es el medicamento recomendado para los recién nacidos con diagnóstico de infección congénita?

- ✓ Se debe tratar a todos los niños con diagnóstico de infección congénita por toxoplasma (sintomáticos o asintomáticos) con pirimetamina + sulfadiazina (1 mg/kg/día y 100mg/kg/día, respectivamente, una vez al día durante un año) más ácido folínico.
- ✓ En caso de efectos adversos y/o limitaciones al tratamiento de primera elección, y a juicio del médico, se puede usar como alternativa clindamicina, sulfadoxina o azitromicina en conjunto con pirimetamina más ácido folínico.

# ¿Cuáles son los factores de riesgo para la transmisión de la Toxoplasmosis durante el embarazo?

1. Beber agua tratada
2. Convivir con gatos alimentados solo con cuido
3. Area de residencia sin acueducto
4. Comer verduras

# ¿Cuáles son las recomendaciones para la prevención primaria de la infección por toxoplasma durante el embarazo?

1. Expulsar todos los animales de la casa
2. Carnes para consumir bien cocinadas
3. Con el uso de guantes en jardinería es suficiente
4. Agua de ríos cristalinos se puede tomar sin tratar

# ¿Cuál es el seguimiento recomendado de una mujer embarazada seronegativa? ¿Cómo debe monitorizarse?

1. Ecografía cada 4 semanas
2. Ig G cada 4 semanas
3. Ig M cada 4 semanas
4. Coprológico al gato ó al animal doméstico de la casa cada trimestre

# ¿Cuál es el esquema de prevención secundaria (prevención de la transmisión fetal) recomendado en mujeres con diagnóstico de infección adquirida durante el embarazo?

1. Se recomienda tratamiento farmacológico con espiramicina (3 g/día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
2. Clindamicina 900 mg cada 8 horas por un mes
3. Vacuna para la toxoplasmosis
4. En caso de confirmación de la transmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a sulfadiazina más ácido fólico

# ¿Cuáles son las pruebas recomendadas para establecer el diagnóstico de infección congénita en el recién nacido?

1. Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por Toxoplasma en el recién nacido.
2. Ante resultado de IgG positivo y resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma
3. Neurosonografía y resonancia nuclear magnética cerebral al recién nacido
4. A y B son ciertas

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

## Sección 5. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico



Gobierno  
de COLOMBIA

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

- Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto esta reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente guía de atención integral

# ¿Cuál es el principal factor que debe determinar el nivel de atención del parto?

1. Por la Entidad Prestadora de salud a la que esté afiliada la gestante
2. Por los factores de riesgo que presenta la gestante
3. Por el sitio de vivienda habitual de la gestante
4. Por la presencia de un Ginecólogo en la institución
5. Por solicitud imperativa de la paciente

# ¿Cuál es el principal factor que debe determinar el nivel de atención del parto?

D

Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):

Cualquier enfermedad cardíaca confirmada.

Cualquier trastorno hipertensivo.

Asma bronquial no controlada.

Fibrosis quística.

Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:

Anemia: hemoglobina menor de 11,0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.

Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.

Antecedentes de trastornos tromboembólicos.

La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.

Enfermedad de von Willebrand.

Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.

Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.

Hepatitis B / C .

Portador de / infección por el VIH.

Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.

Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer o el bebé.

Tuberculosis.

Lupus eritematoso sistémico inmune.

Esclerodermia.

Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.

Hipotiroidismo no controlado.

Hipertiroidismo.

Diabetes.

Pacientes con función renal anormal.

Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.

Epilepsia.

Miastenia gravis.

Accidente cerebrovascular previo.

Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.

Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.

Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.

Uso de drogas psicoactivas.

Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.

Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.

Multiparidad mayor de 4 partos.

Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.

Ausencia de control prenatal.

Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.

Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación).

Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m<sup>2</sup>.

Embarazo múltiple.

Placenta previa.

Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.

Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.

Desprendimiento de placenta.

Muerte intrauterina confirmada.

Inducción del parto.

Diabetes gestacional.

Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).

Hemorragia anteparto recurrente.

Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).

Frecuencia cardíaca fetal (FCF) anormal / Doppler anormal.

Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.

Antecedente de complicaciones como:

Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.

Muerte fetal inexplicable / muerte neonatal o la anterior en relación con dificultad intraparto.

Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.

Bebé con encefalopatía neonatal.

Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.

Preeclampsia.

Eclampsia.

Ruptura uterina.

Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.

Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.

Cesárea previa.

Distocia de hombros.

Historia de laceración vaginal amplia, desgarró cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.

Antecedente de cirugía ginecológica mayor.

Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.

Presencia de miomas o fibromas uterinos.

Antecedente de miomectomía.

Antecedente de histerotomía.

# ¿Cómo se define la fase latente del trabajo de parto?

1. Desde el inicio de amniorreza y 5 cm de dilatación
2. Desde del inicio clínico del trabajo de parto y 4 cm de dilatación
3. Desde el inicio de contracciones regulares hasta los 10 cm de dilatación
4. Desde 4 cm de dilatación hasta dilatación completa

# ¿Cómo se definen la fase latente y la fase activa del trabajo de parto?

D



Se recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación.

Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm. y se acompaña de dinámica regular.

# ¿Duración de las fase activa (Evidencia C)?

Variable según paridad

La progresión no es necesariamente lineal

- Primipara: promedio 8 hrs – Improbable que dure más de 18 hrs
- Multipara: promedio 5 hrs, improbable que dure más de 12 hrs

# ¿Fase expulsiva?

- Período expulsivo: desde dilatación completa hasta expulsión fetal
- Tiene dos fases:
  - **Período expulsivo pasivo**: desde dilatación completa hasta inicio de contracciones involuntarias de expulsivo
    - Nulípara: hasta 2 hrs con o sin anestesia
    - Multípara: 1 hr sin anestesia  
2 hrs con anestesia
  - **Período expulsivo activo**: dilatación completa y contracciones de expulsivo o pujo materno
    - Nulípara: hasta 1 hrs sin y 2 hrs con anestesia
    - Multípara: 1 hr con o sin anestesia

# ¿De las siguientes, cual es el método más recomendado para vigilancia fetal en trabajo de parto de bajo riesgo?

1. Perfil biofísico modificado
2. Medición del segmento ST del ECG fetal
3. Monitoría fetal continua
4. Estimulación vibroacústica

# Vigilancia fetal en trabajo de parto de bajo riesgo

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultación intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
✓	La auscultación intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.
A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.

# Vigilancia fetal en trabajo de parto de bajo riesgo

B	En las instituciones hospitalarias donde el análisis del segmento ST del ECG fetal está disponible, se recomienda su utilización sólo en mujeres con cardiotocografía (CTG) anormal.
C	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
D	Se recomienda la utilización de la clasificación del American College of Obstetricians and Gynecologists para la interpretación de la monitoría fetal electrónica.
✓	El tiempo que se destina a exámenes pélvicos más frecuentes de lo recomendado, puede destinarse a la auscultación fetal intermitente con la frecuencia y duración recomendadas en la presente guía.

# Acompañamiento en el parto (evidencia A)

- La mujer en trabajo de parto debe estar acompañada de manera individual y continua con la persona que ella elija
- Mujer en fase activa debe contar atención por parte de personal de salud en forma permanente, excepto en cortos períodos de tiempo o cuando ella lo solicite

# ¿De las siguientes, cual medida ha demostrado su utilidad y beneficio, usada rutinariamente?

1. Enema
2. Rasurado
3. Analgesia neuroaxial
4. Episiotomía

# Rasurado y enema

Λ	Se recomienda no usar rutinariamente enemas durante el trabajo de parto.
√	No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

# Dieta

A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis.
✓	Se recomienda informar a las gestantes que falta evidencia sobre el riesgo de la ingesta de alimentos para presentar bronco-aspiración en caso de complicaciones que requieran uso de anestesia.
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas (hidratantes) son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

# ¿La recomendación más adecuada, respecto al uso rutinario del partograma en el control del trabajo de parto, es:?

1. Se debe utilizar siempre
2. Su uso se limita a las pacientes de alto riesgo
3. Con las historias electrónicas, ya no tiene utilidad
4. Se debe usar solo en caso de sospecha de DCP

# Partograma

**A** Se recomienda el partograma de líneas de alerta del Centro Latinoamericano Perinatología (CLAP). En ausencia de este, se sugiere usar partogramas con una línea de acción de 4 horas.

# Amniotomía

A	Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal.
✓	Se sugiere el uso de la amniotomía cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado.

# Episiorrafia (evidencia A)

- No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo

# Posición materna

	<p>Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.</p>
	<p>Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.</p>

# Analgesia

**D**



Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.

**D**



Contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto:

- Rechazo de la madre.
- Coagulopatía.
- Infección local o sistémica.
- Hipovolemia no corregida.

**Sección 6. Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto)**

# ¿Cuál es la intervención más efectiva para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

1. Manejo fisiológico del alumbramiento.
2. Infusión de oxitocina 20 UI en 500 ml por 24 horas.
3. Administración de misoprostol rectal 600 mcg el momento de la expulsión fetal.
4. Administración de 5 UI intramuscular o en infusión lenta de tres minutos.

# ¿Cuál es el orden de la estrategia para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica?

1. Comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.
2. Investigación de la causa y control del sangrado, resucitación, comunicación, monitoreo.
3. Monitoreo, investigación de la causa y control del sangrado, comunicación, resucitación.
4. Resucitación, monitoreo, investigación de la causa y control del sangrado y comunicación.

# ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la recuperación del volumen sanguíneo en el manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica?

1. Infusión de bolos de 500 mL de cristaloides a 39° C, titulando cada 5 minutos la respuesta según los signos de choque.
2. Infusión inicial con 2000 mL de cristaloides a 39° C y continuar a 150–34.00 mL /hora.
3. Infusión inicial con 2000 mL de coloides y continuar a 150–200 mL /hora.
4. Reposición 3:1 según las pérdidas estimadas por el grado de shock.

# ¿Cuál es la primera intervención recomendada para el control de la hemorragia posparto por atonía uterina sin respuesta al manejo médico?

1. El manejo quirúrgico con histerectomía.
2. El taponamiento uterino con balón hidrostático (incluyendo el condón).
3. El uso de suturas hemostáticas uterinas (B-Lynch o sutura compresiva modificada).
4. La embolización arterial selectiva.

# ¿Cuál es el tratamiento médico recomendado para la hemorragia posparto secundaria a atonía uterina luego de la administración de oxitocina y metil ergonovina?

1. Ácido tranexámico 1 gr endovenoso.
2. Carboprost endovenoso.
3. Misoprostol 800 mcg intrarectal.
4. Misoprostol 800 mcg sublingual.

# ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
A (↑)	Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.
A	Se recomienda utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.
A	Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
v	Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 mL de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.

# ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
A	Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
A	No se recomienda el uso de ácido tranexámico para la prevención de la hemorragia posparto.
A	Se recomienda ligar y cortar el cordón umbilical entre el segundo y el tercer minuto después del nacimiento en todos los recién nacidos de término y pretérmino que nazcan vigorosos.

# ¿Cuál es la intervención más efectiva para prevenir la hemorragia posparto en una paciente sometida a cesárea?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, la administración de un bolo de 5 UI de oxitocina diluidas en cristaloides por vía IV en un tiempo no inferior a 3 minutos, inmediatamente se extraiga el bebé.
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de oxitocina.

# ¿Cuál es la intervención más efectiva para prevenir la hemorragia posparto en una paciente sometida a cesárea?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, la administración de un bolo de 5 UI de oxitocina diluidas en cristaloides por vía IV en un tiempo no inferior a 3 minutos, inmediatamente se extraiga el bebé.
A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de oxitocina.

# ¿Cuáles son las intervenciones necesarias para disminuir el riesgo de hemorragia grave y complicaciones en mujeres con diagnóstico prenatal de acretismo placentario?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
D	En pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario, se recomienda realizar un ultrasonido con Doppler placentario por personal calificado para identificar la localización y el grado de inserción de la placenta.
√	Se recomienda que el ultrasonido con Doppler se realice a una edad gestacional por encima del límite de viabilidad fetal.

# ¿Cuáles son las intervenciones necesarias para disminuir el riesgo de hemorragia grave y complicaciones en mujeres con diagnóstico prenatal de acretismo placentario?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
D	Si se diagnostica acretismo placentario, se recomienda planear la atención del parto por un equipo multidisciplinario apropiado para el manejo de la condición específica de la paciente, en una institución que cuente con las ayudas diagnósticas pertinentes, con disponibilidad de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y crioprecipitado, y el acceso a una unidad de cuidados intensivos.
D	No existe evidencia suficiente para recomendar o rechazar la oclusión profiláctica con balones de insuflación en las arterias hipogástricas en pacientes con acretismo placentario.

# ¿Cuál es la intervención más efectiva para tratar la retención placentaria sin sangrado, después de manejo activo del alumbramiento?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
D	Si después de 30 minutos de haber realizado el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se expulsa de forma espontánea, se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical.
	Se recomienda una única tracción luego de la administración de esta dosis de oxitocina.
V	Si la atención de la mujer se está realizando en un primer nivel de atención y la placenta no se desprende con el manejo anterior, se recomienda iniciar la infusión de 20 UI de oxitocina en 500 mL de cristaloides a 60 mL/hora (40 miliunidades/min) y remitirla.

# Cuál es la intervención más efectiva para tratar la retención placentaria sin sangrado, después de manejo activo del alumbramiento?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
B	Si la atención de la mujer se está realizando en instituciones de segundo y tercer nivel y la placenta no se desprende en 30 minutos después de administrar la segunda dosis de oxitocina, se recomienda como alternativa a métodos invasivos, la inyección en la vena umbilical con técnica aséptica de 800 mcg de misoprostol disueltos en 30 c.c. de solución salina.
A	No se recomienda la inyección de oxitocina o solución salina por vena umbilical para el manejo de la placenta retenida.
v	Si después de la realización de las maniobras antes descritas para el manejo de la placenta retenida sin sangrado, no hay respuesta, se recomienda hacer la extracción manual teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo.

## ¿Se recomienda el uso profiláctico de antibióticos cuando se realiza revisión manual de la cavidad uterina?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
D	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de iniciar la extracción manual de la placenta.
v	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
v	En las instituciones que cuenten con perfil microbiológico, se recomienda elegir el antibiótico de acuerdo con dicho perfil.

# ¿Cuáles son los criterios que determinan el inicio del manejo del choque hipovolémico?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
D	Se recomienda para la identificación del grado del choque, la evaluación de los siguientes parámetros clínicos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Sensorio (estado de conciencia).</li><li>• Perfusión (color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar).</li><li>• Pulso.</li><li>• Presión arterial.</li></ul>
D	Se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado.

# ¿Cuáles son los criterios que determinan el inicio del manejo del choque hipovolémico?

Perdida de volumen (%) y mm para una mujer entre 50 y 70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica mmHg	Grado del choque
10 - 15% 500 - 1.000 ml	Normal	Normal	60-90	> 90	Compensado
16 - 25% 1.001 - 1.500 ml	Normal o Agitada	Palidez y frialdad	91-100	80-90	Leve
26 - 35% 1.501 - 2.000 ml	Agitada	Palidez, frialdad y más sudoración	101-120	70-79	Moderado
> 35% > 2.000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo

*\* El grado del choque lo define el peor parámetro encontrado.*  
**Ante signos iniciales de choque y/o sangrado mayor de 1.000 ml:**  
**ACTIVE EL CÓDIGO ROJO**

Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila JG, Zuleta-Tobón JJ. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006; 57:147-155 RCOG Green-top Guideline No. 52. Nov. 2009

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la hemorragia posparto?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
C (↑)	Se recomienda que cuando se diagnostique hemorragia posparto con cualquier grado de choque, se active el protocolo de código rojo obstétrico que incluya simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: <b>comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.</b>
v	En la hemorragia posparto con signos de choque, se recomiendan las siguientes medidas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico.</li><li>• Asignar a un miembro del equipo, el registro de los procedimientos realizados, la administración de líquidos, medicamentos y signos vitales; idealmente en formato preestablecido.</li><li>• Garantizar la disponibilidad de hemoderivados, alertar al laboratorio y activar el sistema de referencia.</li><li>• Evaluar sistema respiratorio.</li></ul>

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la hemorragia posparto?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
V	<ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar oxígeno suplementario con máscara con bolsa reservorio mínimo a 10 litros por minuto. En ausencia de máscara, suministrar oxígeno con cánula nasal a 3 litros por minuto o sistema venturi 35-50%.</li><li>• Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%.</li><li>• Garantizar al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter N° 14 o N° 16.</li><li>• Realizar la toma de muestra de sangre para hemograma completo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación incluido fibrinógeno, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y gases arteriales.</li></ul>

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la hemorragia posparto?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
v	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciar y continuar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y llenado capilar &lt; 5 seg con bolos de 500 mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.</li><li>• Inserción de sonda Foley para monitorear volumen urinario.</li><li>• Mantener caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina.</li><li>• Valoración y registro cada 15 minutos del pulso, presión arterial y frecuencia respiratorio una vez estabilizada la paciente.</li><li>• Una vez estabilizada la paciente, remitir a un nivel de mayor complejidad que garantice la atención adecuada.</li><li>• Documentación de los procedimientos, balance de líquidos y hemoderivados transfundidos.</li></ul>

# ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la recuperación del volumen sanguíneo en el manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica?

Nivel de Evidencia	Recomendación clínica
V	Se recomienda iniciar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, llenado capilar < 5 seg, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg con bolos de 500 mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
V	Se recomienda utilizar soporte vasopresor si la paciente continúa con inestabilidad hemodinámica después de la reposición de volumen y control del sitio de sangrado. La selección del vasopresor dependerá de los medicamentos y la vía de acceso disponibles.

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia por atonía uterina?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
B	Para el control de hemorragia por atonía uterina se recomienda excluir otras causas de hemorragia posparto como retención de fragmentos de placenta o membranas, laceraciones o hematomas vaginales o cervicales, ruptura uterina, hematomas de ligamentos, sangrado extragenital, inversión uterina o coagulopatía.
V	Se recomienda utilizar la nemotecnia de las 4 “T”: Tono, Trauma, Tejido y Trombina (coagulopatía).

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia por atonía uterina?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
B	<p>Si la causa de la hemorragia es la atonía uterina, se recomienda implementar las siguientes medidas hasta que cese el sangrado o se defina la necesidad de otra intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga.</li><li>• Compresión uterina bimanual.</li><li>• Administrar 5 UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas.</li><li>• Ergometrina 0,2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0,2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas (contraindicada en mujeres con hipertensión).</li></ul>
B	<p>Se recomienda utilizar misoprostol 800 mcg por vía sublingual solo si, no se cuenta con oxitocina o maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.</p>

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia por atonía uterina?

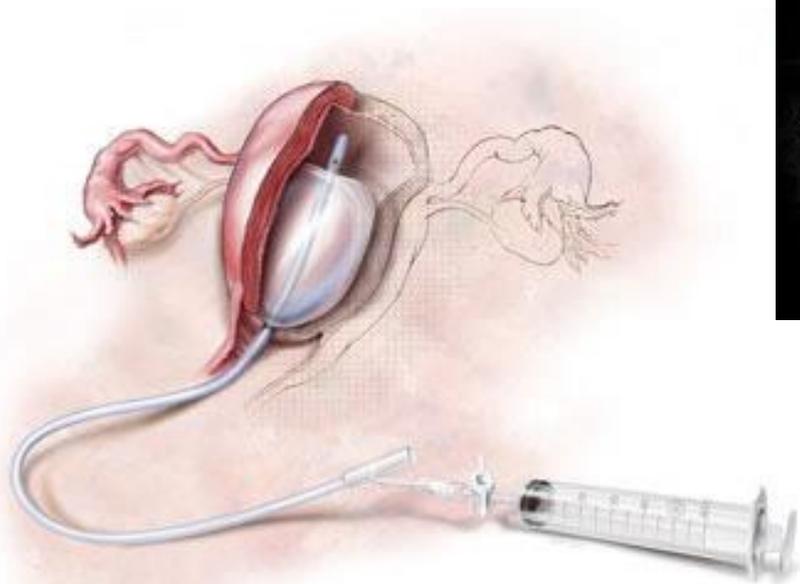
Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
D	El ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV, se puede ofrecer como un tratamiento para la hemorragia posparto si: la administración de la oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado (desgarros del canal del parto).
D	No se recomienda el uso de carboprost para el tratamiento de las mujeres con hemorragia posparto.

# ¿Cuál es el mejor tipo de histerectomía indicada para el manejo de la hemorragia posparto?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
D	Se recomienda que el obstetra de acuerdo a su experticia, la condición clínica particular de cada mujer y las condiciones técnicas del sitio operatorio, defina el tipo de histerectomía a realizar.

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por atonía uterina sin respuesta al manejo médico?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
C	Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla. Se recomienda que este tiempo no supere nunca los 20 minutos.
C (↑)	Se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluye condón), como la primera opción quirúrgica para las mujeres con atonía uterina.
v	Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de insertar el balón.
v	En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.
v	Se recomienda dejar una infusión de oxitocina de 30 UI diluidas en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas.
v	Se recomienda dejar el balón por un tiempo máximo de 24 horas y retirar en sitio donde se cuente con recurso humano calificado, hemoderivados y quirófano.
C	No se recomienda realizar taponamiento uterino con gasa.



Imágenes tomadas de  
[www.google.com.co/search?num=10&hl=es&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1280&bih=642&q=bakri+postpartum+balloon&oq=bakri+&gs\\_l=img.3.1.0j0i24.83.6961.0.8873.9.9.0.0.0.0.0.](http://www.google.com.co/search?num=10&hl=es&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1280&bih=642&q=bakri+postpartum+balloon&oq=bakri+&gs_l=img.3.1.0j0i24.83.6961.0.8873.9.9.0.0.0.0.)

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por atonía uterina sin respuesta al manejo médico?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
C	<p>Se recomienda aplicar las siguientes medidas quirúrgicas conservadoras dependiendo de las circunstancias clínicas y la experticia de quien atiende a la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suturas hemostáticas uterina (B-Lynch o sutura compresiva modificada).</li><li>• Ligadura bilateral de arterias uterinas.</li><li>• Ligadura bilateral de arterias iliacas internas.</li><li>• Embolización arterial selectiva.</li></ul>
C	<p>Se recomienda recurrir a la histerectomía prontamente, cuando las medidas anteriores fallen o las circunstancias clínicas lo indiquen desde el inicio (ejemplo: estallido uterino).</p>

# ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el control de la hemorragia posparto por acretismo placentario?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
D	Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutive. El manejo médico o la histerectomía con placenta in situ están asociados con menor pérdida sanguínea que tratar de separarla.
D	Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda que la porción desprendida sea extraída y la hemorragia que se presente, manejarla de acuerdo a las recomendaciones planteadas. Las porciones que no se desprenden pueden ser dejadas en su lugar, pero la pérdida de sangre en tales circunstancias puede ser mayor y requiere el manejo de una hemorragia masiva de manera oportuna.

# ¿Cuál es la intervención más efectiva para el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
V	Se recomienda que el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta se realice en un nivel de alta complejidad, búsqueda y tratamiento activo de la coagulopatía (considerar protocolo de transfusión masiva) y soporte vital avanzado.

# ¿Cuáles son las recomendaciones generales para el uso de hemoderivados en el tratamiento de la mujer con hemorragia obstétrica?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
C	Se recomienda realizar pruebas cruzadas en hemorragia posparto.
C (↑)	En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo "O negativo" y/o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
v	Se recomienda en caso de choque hemorrágico grave, abrupcio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, aplicar un protocolo de transfusión masiva para servicios obstétricos.
v	En aquellos sitios que tengan disponibilidad, se recomienda reponer glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1.
v	En los sitios con limitación de recursos, se puede reponer glóbulos rojos y plasma fresco congelado en una relación 1,5:1.

# ¿Cuáles son las recomendaciones generales para el uso de hemoderivados en el tratamiento de la mujer con hemorragia obstétrica?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
C	Se recomienda administrar concentrado de plaquetas si el conteo es menor de 50.000.
C	Se recomienda administrar crioprecipitado si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.
C	No se recomienda utilizar algún filtro especial de sangre porque disminuye la velocidad de infusión.
B	No existe evidencia en hemorragia obstétrica para recomendar o rechazar el uso de factor VII recombinante.

# ¿Cuál es la indicación más efectiva para transfundir en ausencia de sangre "o negativo"?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
C	En ausencia de glóbulos rojos "O negativo", se recomienda iniciar con glóbulos rojos "O positivo".

[Imagen tomada de   
http://galomambro.blogspot.com/2012/06/donacion-de-sangre.html](http://galomambro.blogspot.com/2012/06/donacion-de-sangre.html)



# ¿Cuáles son los aspectos logísticos a tener en cuenta en el manejo del choque hipovolémico por causa obstétrica?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
D	Se recomienda que las instituciones de salud que atienden partos cuenten con un protocolo y/o guía para el manejo de la hemorragia posparto.
D	Se recomienda que las instituciones de salud de primer y segundo nivel que atienden partos cuenten con un protocolo formal para la referencia de las mujeres a un nivel de mayor complejidad.

# Cuál es la estrategia más efectiva para mejorar las habilidades del personal de salud en el manejo de la hemorragia obstétrica?

Nivel de evidencia	Recomendación Clínica
A	Se recomienda entrenamiento en el manejo de la hemorragia posparto a todo el personal que atiende partos.
A (↑)	Se recomienda que el entrenamiento para el manejo de la hemorragia posparto se haga bajo la estrategia de simulación.

**HORA DE ORO**

Porcentaje de supervivencia vs TIEMPO



NIVEL I-II-III

60%



**ANTE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA MAYOR A 1000 mL  
Y/O SIGNOS DE CHOQUE \***

**¡PIDA AYUDA! ACTIVE EL CÓDIGO ROJO**

Asuma las funciones previamente definidas.  
Alerta: banco de sangre, transporte, laboratorio y mensajero

**Diagnostique y trate la causa**

- Utilice nemotecnia de 4T's en los casos de hemorragia posparto (HPP).  
Tono: uterotónicos + masaje.  
Trauma: desgarros, ruptura uterina.  
Tejido: retención de restos.  
Trombina: alteración de la coagulación.

**Estabilice y decida**

- Suministre oxígeno por máscara con bolsa reservorio a 10 litros por minuto. Si no hay máscara utilice Ventury al 35-50%.
- Canalice dos venas con catéter # 14 ó 16.
- Tome muestras para exámenes.
- Inicie la infusión de cristaloides precalentados a 39°C con el sistema que tenga disponible.
- Aplique bolos de 500 mL cada 5 minutos previa evaluación de los parámetros clínicos.
- En los casos de choque grave se recomienda iniciar la transfusión de glóbulos rojos "O negativo" y/o sangre específica sin pruebas cruzadas, hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas, este disponible.
- Inserte una sonda vesical par monitorear el gasto urinario.
- Registre cada 15 minutos datos de sensorio, pulso, presión arterial, eliminación urinaria, frecuencia respiratoria y temperatura.

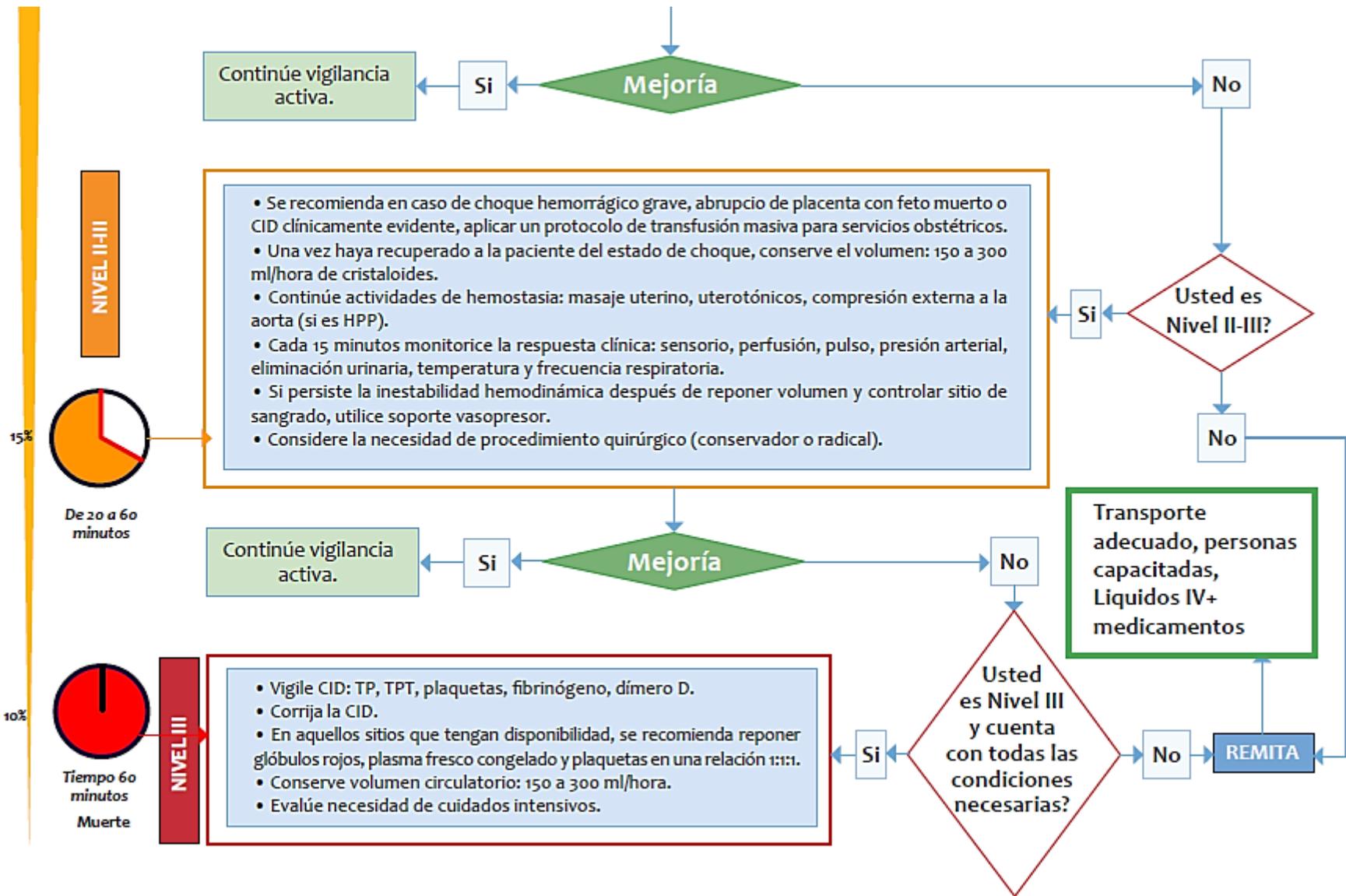
**PRECAUCIÓN:**  
evite la reposición rápida y/o de grandes volúmenes en pacientes con preeclampsia, anemia y cardiopatías

Continúe vigilancia activa.

Si

Mejoría

No



# ¿Cuál es la intervención más efectiva para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

1. Manejo fisiológico del alumbramiento.
2. Infusión de oxitocina 20 UI en 500 ml por 24 horas.
3. Administración de misoprostol rectal 600 mcg el momento de la expulsión fetal.
4. Administración de 5 UI intramuscular o en infusión lenta de tres minutos.

# ¿Cuál es el orden de la estrategia para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica?

1. Comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.
2. Investigación de la causa y control del sangrado, resucitación, comunicación, monitoreo.
3. Monitoreo, investigación de la causa y control del sangrado, comunicación, resucitación.
4. Resucitación, monitoreo, investigación de la causa y control del sangrado y comunicación.

# ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la recuperación del volumen sanguíneo en el manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica?

1. Infusión de bolos de 500 mL de cristaloides a 39° C, titulando cada 5 minutos la respuesta según los signos de choque.
2. Infusión inicial con 2000 mL de cristaloides a 39° C y continuar a 150–34.00 mL /hora.
3. Infusión inicial con 2000 mL de coloides y continuar a 150–200 mL /hora.
4. Reposición 3:1 según las pérdidas estimadas por el grado de shock.

# ¿Cuál es la primera intervención recomendada para el control de la hemorragia posparto por atonía uterina sin respuesta al manejo médico?

1. El manejo quirúrgico con histerectomía.
2. El taponamiento uterino con balón hidrostático (incluyendo el condón).
3. El uso de suturas hemostáticas uterinas (B-Lynch o sutura compresiva modificada).
4. La embolización arterial selectiva.

# ¿Cuál es el tratamiento médico recomendado para la hemorragia posparto secundaria a atonía uterina luego de la administración de oxitocina y metil ergonovina?

1. Ácido tranexámico 1 gr endovenoso.
2. Carboprost endovenoso.
3. Misoprostol 800 mcg intrarectal.
4. Misoprostol 800 mcg sublingual.

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

**Guía de atención integral  
para el abordaje sindrómico  
del diagnóstico y tratamiento  
de los pacientes con  
infecciones de transmisión  
sexual (ITS)  
y otras infecciones del tracto  
genital (ITG)**



**Gobierno  
de COLOMBIA**

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

## De las siguientes afirmaciones sobre realización de exámenes de laboratorio en el manejo sintomático de las infecciones del tracto genital (ITG), cual afirmación es cierta

1. No se deben solicitar en ningún síndrome.
2. Se deben solicitar en todos los síndromes.
3. Se deben solicitar en pacientes de alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) para descartar cervicitis.
4. Se deben solicitar en síndrome de úlcera genital para descartar sífilis.
5. No sé, vine a aprender.

# Todas las afirmaciones sobre el manejo de los síndromes de infección del tracto genital (ITG) son ciertas, excepto

1. El síndrome de flujo vaginal se debe tratar con una dosis de Tinidazol más fluconazol una sola dosis.
2. El síndrome de cervicitis se debe tratar con una dosis de Azitromicina más ceftriaxona una sola dosis.
3. El síndrome de ulcera genital se debe tratar con una dosis de penicilina benzatínica más azitromicina.
4. El síndrome de ulcera genital se debe tratar con de penicilina benzatínica más aciclovir una sola dosis.
5. No sé, vine a aprender.

## De las siguientes afirmaciones sobre el manejo del compañero (a) del (la) paciente con abordaje sindrómico de ITG, cual afirmación es cierta

1. El compañero debe ser siempre citado a consulta con el médico para definir si requiere tratamiento.
2. El tratamiento para el compañero debe ser enviado con la (el) paciente índice.
3. El (los) compañero (s) no se deben tratar.
4. El tratamiento para el compañero nunca debe ser enviado con la (el) paciente índice.

# Objetivos

- Fundamentos del manejo Sindrómico.
- Intervenciones para la prevención de ITS.
- Tratamiento basado en mono dosis y adherencia.
- Tratamiento del compañero (s) sexual (es).
- Consultas en salud sexual.

# Infecciones del tracto genital

- **Infecciones endógenas:** Vaginosis bacteriana (VB), Candidiasis vaginal (CV).
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS):** *N. gonorrhoeae* (NG), *C. trachomatis* (CT), Sífilis, *T. vaginalis* (TV ), Virus Herpes simple (VHS), Virus del papiloma Humano (VPH), Hepatitis B, VIH.
- **Infecciones iatrogénicas:** Pos-aborto, pos-parto, pos-instrumentación.

# Los síndromes que se incluyen en esta guía:

Síndrome de flujo vaginal

Síndrome de infección cervical

Síndrome de descarga uretral (hombres)

Síndrome de úlcera genital

Síndrome de inflamación escrotal

Síndrome de bubón inguinal

Síndrome de dolor pélvico agudo (mujeres)

# Carga de las Enfermedades de Transmisión Sexual

## Quinta causa de carga de enfermedad a nivel global

Virus del papiloma Humano (VPH).	Cáncer de cuello uterino.
Virus de la hepatitis B.	Cáncer de hígado.
<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> .	Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y Prostatitis.
Sífilis.	Aborto, óbito fetal, sífilis congénita.
E.P.I.	Infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico.

# Enfoque de las ITS

<b>Clínico</b>	<b>Etiológico</b>	<b>Sindrómico</b>
Baja sensibilidad	Costoso	Menos costoso
Baja especificidad	Demorado	Inmediato
Requiere experiencia y conocimiento	No siempre disponible y baja sensibilidad	Disponible
No se cubren todos los microorganismos	No se buscan todos los microorganismos	Cubre todos los microorganismos

Holmes 2008, WHO 2005

# Manejo Sindrómico

- Síndromes clínicos que son causados por grupos de agentes etiológicos específicos.
- Este agrupamiento en síndromes permite hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento el mismo día de la consulta.
- No requiere acceso a servicios de laboratorio.

# Cuál aproximación se debe dar al manejo de pacientes con alto riesgo o sospecha de tener una ITG / ITS?

*Recomendación  
fuerte a favor*

Las infecciones del tracto genital se abordarán bajo una aproximación sindrómica. Se busca que el paciente reciba un diagnóstico con base en: los síntomas que refiere, la valoración del riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) y los signos que identifica el trabajador de la salud que atiende el caso, para recibir en esa misma consulta el tratamiento orientado a los gérmenes que causan el síndrome que presenta el paciente.

# Evidencia de la efectividad abordaje Sindrómico

## Grosskurth 1995 ECA

- Reducción la incidencia de VIH (RR= 0,58; IC 95%: 0,42-0,79)

## Kamali 2003 ECA

- Reduce la incidencia de sífilis activa (RR= 0,58; IC 95%: 0,35 - 0,96)
- Reduce la prevalencia de infecciones por NG (RR= 0,28; IC 95%: 0,11–0,70)
- *C. trachomatis* NS (RR= 0,99; IC 95%:0,71–1,39)

# ¿Cuáles son las estrategias poblacionales más efectivas para la prevención de las ITS/ITG?

- Se realizará una consejería comportamental (adolescentes, sujetos con comportamientos de riesgo, planificación), con orientación sobre el síndrome que presenta, prácticas sexuales seguras y modificación de prácticas inseguras. *Recomendación fuerte a favor*
- Se recomienda el uso de condones masculinos o femeninos de látex o poliuretano/poliestireno (en pacientes alérgicos al látex) para la prevención de las ITS. *Recomendación fuerte a favor*

# ¿Cuáles son las estrategias poblacionales más efectivas para la prevención de las ITS/ITG?

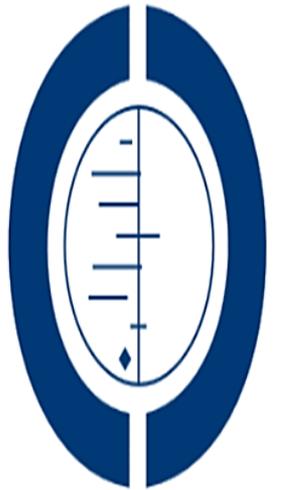
- No se recomienda el uso de condones de membrana natural para la prevención de las ITS. Ni el uso de Nonoxinol-9.  
*Recomendación fuerte en contra*
- No se recomienda el uso de anticoncepción diferente al condón femenino y masculino para la prevención de ITS.  
*Recomendación fuerte en contra*

# ¿Cuáles son las estrategias poblacionales más efectivas para la prevención de las ITS/ITG?

- En pacientes con ITS, se deberá dar tratamiento farmacológico a los contactos sexuales con base en los gérmenes que causan los diferentes síndromes. *Recomendación fuerte a favor*
- Se realizarán estrategias educativas de reducción en la conducta sexual de riesgo, como una herramienta útil en alcanzar una reducción en la prevalencia de cualquier tipo de ITS. *Recomendación débil a favor*

## Population-based biomedical sexually transmitted infection control interventions for reducing HIV infection (Review)

Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

- Compararon
- Tratamiento de toda la población
- Uso de condón
- Manejo Sintomático
- Consejería para ITS
  
- Reducción en la: Prevalencia de sífilis (RR= 0,88; IC 95%: 0,80 - 0,96), de NG (RR= 0,49; IC 95%: 0,31 - 0,77) de TV (RR= 0,64; IC 95%: 0,54 - 0,77). No para CT
- Incremento en la frecuencia del uso del condón (RR= 1,18; IC 95% 1,04 - 1,33) y en la consulta en búsqueda de tratamiento por ITS (RR=1,22; IC 95% 1,13 - 1,32)
- Efecto adverso: incremento en el número de compañeros sexuales RR= 1,07 (IC 95% 1,01 - 1,13)

# ¿Cómo tratar al paciente con ITG ?

*Recomendación  
fuerte a favor*

Se utilizará una sola dosis para tratar la (el) paciente, la cual será administrada en el centro de atención donde acude, el mismo día de la consulta, para asegurar que el o la paciente reciben el tratamiento indicado de manera oportuna. Cuando esté indicado se enviará el tratamiento a la pareja.

# Tratamiento de los diferentes síndromes con unidosis

- **Síndrome de Infección cervical:** (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*)

Ceftriaxona 500 mg IM más azitromicina 1 gr VO una dosis



- **Síndrome de ulcera genital** ( *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *K.granulomatis*

Penicilina benzatinica 2'400.000 Unidades IM más azitromicina

(Si se sospecha infección por VHS : 200 mg vía oral 5 veces al día por 6 días).



# Tratamiento de los síndromes con unidosis

- **Síndrome de flujo vaginal:** vaginosis bacteriana, *T. vaginalis* y *C. albicans*  
Tinidazol 2.0 gr VO dosis única más fluconazol 150 mg VO dosis única.



Figura 1. Vulvovaginitis candidiástica.

- **Síndrome de uretritis:** *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*.  
Ceftriaxona 500 mg IM más azitromicina 1 gr VO una dosis  
más tinidazol 12 gr VO dosis unica.



# Tratamiento de otros síndromes

- **Síndrome de dolor pélvico agudo:** Enfermedad Pélvica Inflamatoria: *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* más anaerobios

Ceftriaxona IM de 500 mg dosis única más azitromicina 1g vía oral por semana durante dos semanas más metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días

# Tratamiento de otros síndromes

- **Síndrome de inflamación escrotal** responsables: *C. trachomatis*, *N.gonorrhoeae*

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días más ceftriaxona 500 mg intramuscular dosis única

- **Síndrome de Bubón Inguinal** responsables: *C. trachomatis* *H. ducreyi*

Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días más azitromicina 1 gramo vía oral dosis única

# Tratamiento del compañero

<p><i>Recomendación fuerte a favor</i></p>	<p>En pacientes con ITS se dará el tratamiento expedito a los contactos sexuales de los últimos 60 días y éste se acompañará de una consulta a estos contactos.</p>
<p><i>Recomendación débil a favor</i></p>	<p>Se sugiere que el tratamiento expedito se acompañe de un folleto informativo sobre la ITS.</p>

## Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV

### Review information

Review number: FA120

### Authors

Acel Ferreira<sup>1</sup>, Taryn Young<sup>2,3</sup>, Catherine Mathews<sup>4</sup>, Moleen Zunza<sup>5</sup>, Nicola Lov<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, Cape Town, South Africa

<sup>2</sup>Centre for Evidence-based Health Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, Tygerberg, South Africa

<sup>3</sup>South African Cochrane Centre, South African Medical Research Council, Tygerberg, South Africa

<sup>4</sup>School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

<sup>5</sup>Department of Paediatrics and Child Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, Tygerberg, South Africa

<sup>6</sup>Division of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Switzerland

Citation example: Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Lov N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD002843. DOI: 10.1002/14651858.CD002843.

Se comparó

- Notificación por el compañero (NC) (simple, mejorado o con contrato)
- Tratamiento expedito (TE)
- Notificación por el proveedor (NP)

Mayor número de compañeros tratados con el TE que con la NC en pacientes con cualquier síndrome causado por ITS (diferencia de medias = 0,5; IC95%: 0,34-0,67).

Menor tasa de reinfección en pacientes con cervicitis el TE que la NC. (6 ECA; RR= 0,71; IC95%: 0,56-0,89; I<sup>2</sup>=39%).

En pacientes con sífilis notificación por contrato localizó más compañeros que el método de notificación por el proveedor (diferencia de medias= 2,2; IC 95%: 1,95-2,45),

**(Nivel de evidencia moderado).**

# Tratamiento compañero

- **Paciente con cervicitis.** azitromicina 1 gr VO más cefixime 400 mg VO dosis única.

Se recomienda el tratamiento expedito de los contactos sexuales de los últimos 60 días y que se acompañe de una consulta a estos contactos.

- **Paciente con úlcera genital:** penicilina G benzatínica 2,400,000 UI, dosis única para el tratamiento de la sífilis más azitromicina 1g vía oral dosis única cubrimiento de *H. ducreyi*

En pacientes con síndrome de úlcera genital se recomienda la notificación por el proveedor de los contactos sexuales de los últimos 90 días para tratar con el esquema recomendado para el paciente índice.

# Tratamiento compañero paciente con flujo vaginal

<i>Recomendación fuerte a favor</i>	Para el tratamiento del compañero sexual de la paciente con sospecha de infección por <i>Trichomonas vaginalis</i> se utilizará el tratamiento simultáneo con Tinidazol 2g vía oral dosis única. En casos de no disponer de tinidazol se utilizará como segunda opción el tratamiento simultáneo con metronidazol 2g s vía oral dosis única.
<i>Recomendación fuerte en contra</i>	No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con candidiasis vaginal.
<i>Recomendación fuerte en contra</i>	No se recomienda el tratamiento del compañero sexual de la paciente con vaginosis bacteriana.

- **Tratamiento compañero paciente con E.P.I.**

Se utilizará azitromicina\_1gr vía oral dosis única más cefixime 400 mg vía oral dosis única. Contactos últimos 60 días

- **Tratamiento compañero paciente con uretritis**

Azitromicina 1gr vía oral dosis única más cefixime 400mg vía oral dosis única más tinidazol 2.0 gr dosis única. Contactos últimos 60 días

- **Tratamiento compañera paciente con inflamación escrotal**

Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única más cefixime 400 mg vía oral dosis única. Contactos últimos 60 días

*Recomendación  
débil a favor*

Se sugiere la implementación de consultas de salud sexual y reproductiva. No obstante, el diagnóstico y tratamiento se deben iniciar al primer contacto con el caso índice.

# Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Diagnóstico?

## RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR

RECOMENDACIÓN 113. El diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria se hará con un umbral de sospecha bajo, con el objetivo de iniciar el tratamiento lo mas temprano posible y reducir el riesgo de secuelas(13). (Nivel de Evidencia Baja).

# Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Diagnóstico?

- Uno de estos:
  - Dolor Abdominal bajo
  - Dolor a la palpación anexial
  - Dolor a la movilización cervical
- Mas uno de estos:
  - Secreción endocervical purulenta
  - Flujo vaginal o dolor abdominal de rebote
  - Fiebre ( $>38^{\circ}$  C)
  - Leucocitos  $> 10.500$
  - Neutrófilos  $>80\%$

**Nivel de  
evidencia  
baja**

# Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Diagnóstico?

## RECOMENDACIÓN DÉBIL EN CONTRA

RECOMENDACIÓN 115. No se recomienda el uso rutinario de laparoscopia, ultrasonido vaginal, la tomografía computarizada o la Resonancia nuclear magnética en el diagnóstico de la EPI(83, 84, 87-93). (Nivel de Evidencia Baja).

# Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Diagnóstico?

## RECOMENDACIÓN FUERTE A FAVOR.

**RECOMENDACIÓN 116.** Se recomienda dar tratamiento empírico de la EPI ante la presencia de mínimos signos y/o síntomas sugestivos de EPI, lo más pronto posible, debido a la falta de criterios diagnósticos clínicos definitivos y a las potenciales consecuencias de no tratarla. En casos severos se recomienda remitir para manejo hospitalario y para la realización de pruebas diagnósticas adicionales(94-96). (Nivel de Evidencia Moderada).

## De las siguientes afirmaciones sobre realización de exámenes de laboratorio en el manejo sintromico de las infecciones del tracto genital (ITG), cual afirmación es cierta

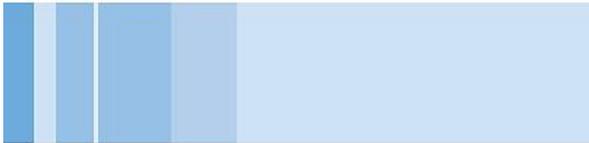
1. No se deben solicitar en ningun sindrome.
2. Se deben solicitar en todos los sindromes.
3. Se deben solicitar en pacientes de alto riesgo de infecciones de transmision sexual (ITS) para descartar cervicitis.
4. Se deben solicitar en sindrome de ulcera genital para descartar sifilis.
5. No sé, vine a aprender.

# Todas las afirmaciones sobre el manejo de los síndromes de infección del tracto genital (ITG) son ciertas, excepto

1. El síndrome de flujo vaginal se debe tratar con una dosis de Tinidazol más fluconazol una sola dosis.
2. El síndrome de cervicitis se debe tratar con una dosis de Azitromicina más ceftriaxona una sola dosis.
3. El síndrome de úlcera genital se debe tratar con una dosis de penicilina benzatínica más azitromicina.
4. El síndrome de úlcera genital se debe tratar con de penicilina benzatínica más aciclovir una sola dosis.
5. No sé, vine a aprender.

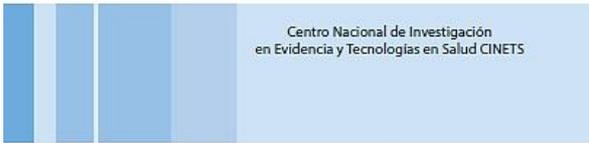
## De las siguientes afirmaciones sobre el manejo del compañero (a) del (la) paciente con abordaje sintromico de ITG, cual afirmacion es cierta

1. El compaero debe ser siempre citado a consulta con el medico para definir si requiere tratamiento.
2. El tratamiento para el compaero debe ser enviado con la (el) paciente indice.
3. El (los) compaero (s) no se deben tratar.
4. El tratamiento para el compaero nunca debe ser enviado con la (el) paciente indice.



**Guías de Práctica Clínica**  
 .....  
 para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio

Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15



Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS



SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARTICIPANTES:



Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (FECOLGOG).  
 Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).  
 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE). Comité de anestesia obstétrica.

