



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Colciencias

República de Colombia

Libertad y Orden



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA**



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

GRUPO DESARROLLADOR

LIDER DE LA GUIA

Pio Iván Gómez Sánchez

Coordinadora Epidemiología Clínica

Ingrid Arévalo Rodríguez

Coordinadora Investigación Cualitativa

Constanza Collazos

Experta Psicología

Maribel Ariza Burgos

Experta Enfermería

Yulieth Gonzalez

Representantes de pacientes en el GDG

María Fernanda Lara Díaz, Nancy Rocha, Andrés Toro, Gina Huérano

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

- Jairo Amaya Guío, Arturo Cardona, Luz Amparo Díaz Cruz, Diana Rodríguez, Dimelza Osorio, Alexander Barrera.

Sección 2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo

- Giancarlo Buitrago Gutiérrez, Alejandro Castro Sanguino, Rodrigo Cifuentes Borrero, Martha Patricia Ospino Guzmán.

Sección 3-4. Infecciones del embarazo y el puerperio (RPM y toxoplasmosis)

- (Sección Toxoplasma): Jorge cortés, Jorge Enrique Gómez Marín, Pedro Ignacio Silva, Leonardo Arévalo
- (Sección RPM): Jorge Andrés Rubio, Jairo Amaya, Jhon Henry Osorio, Giancarlo Buitrago, Francisco Edna, Leonardo Arévalo.

Sección 5. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto,

- Jorge Andrés Rubio Romero, Ariel Iván Ruiz Parra, Fernando Martínez, Juliana Muñoz, Luis Muñoz

Sección 6. Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo

- John Henry Osorio, Joaquín Gómez, Juan Guillermo Londoño, Jesús Velázquez Penagos, Gladys Adriana Vélez, Jhon Jairo Zuleta.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Objetivos Generales



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

- Desarrollar de manera sistemática guías de atención integral y parámetros de práctica de atención en salud para la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio. Las guías a desarrollar estarán basadas en la mejor evidencia disponible, con recomendaciones jerarquizadas según nivel de evidencia y grado de recomendación, suplementadas con evaluaciones económicas cuando estas resulten pertinentes, con el propósito de que no solo sirvan como base para orientar la práctica clínica sino que también permitan diseñar, desarrollar e implementar actividades de aseguramiento de la calidad de atención (indicadores de implementación y adherencia).



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Antecedentes



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

El Ministerio de la Protección Social ha encargado la Universidad Nacional de Colombia como parte del Consorcio Centro de Investigación y Evaluación de Tecnologías, el desarrollo de una guía clínica sobre Atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

La disponibilidad de una guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado prenatal, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Aspectos Clínicos abordados por la Guía



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

La guía hará referencia a la atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Abordará los siguientes aspectos del manejo clínico:

- Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.
- Infecciones del embarazo y el puerperio (Ruptura prematura de membranas y Toxoplasmosis).
- Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distóxico.
- Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (Hemorragia postparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto).



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE RECOMENDACIONES



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



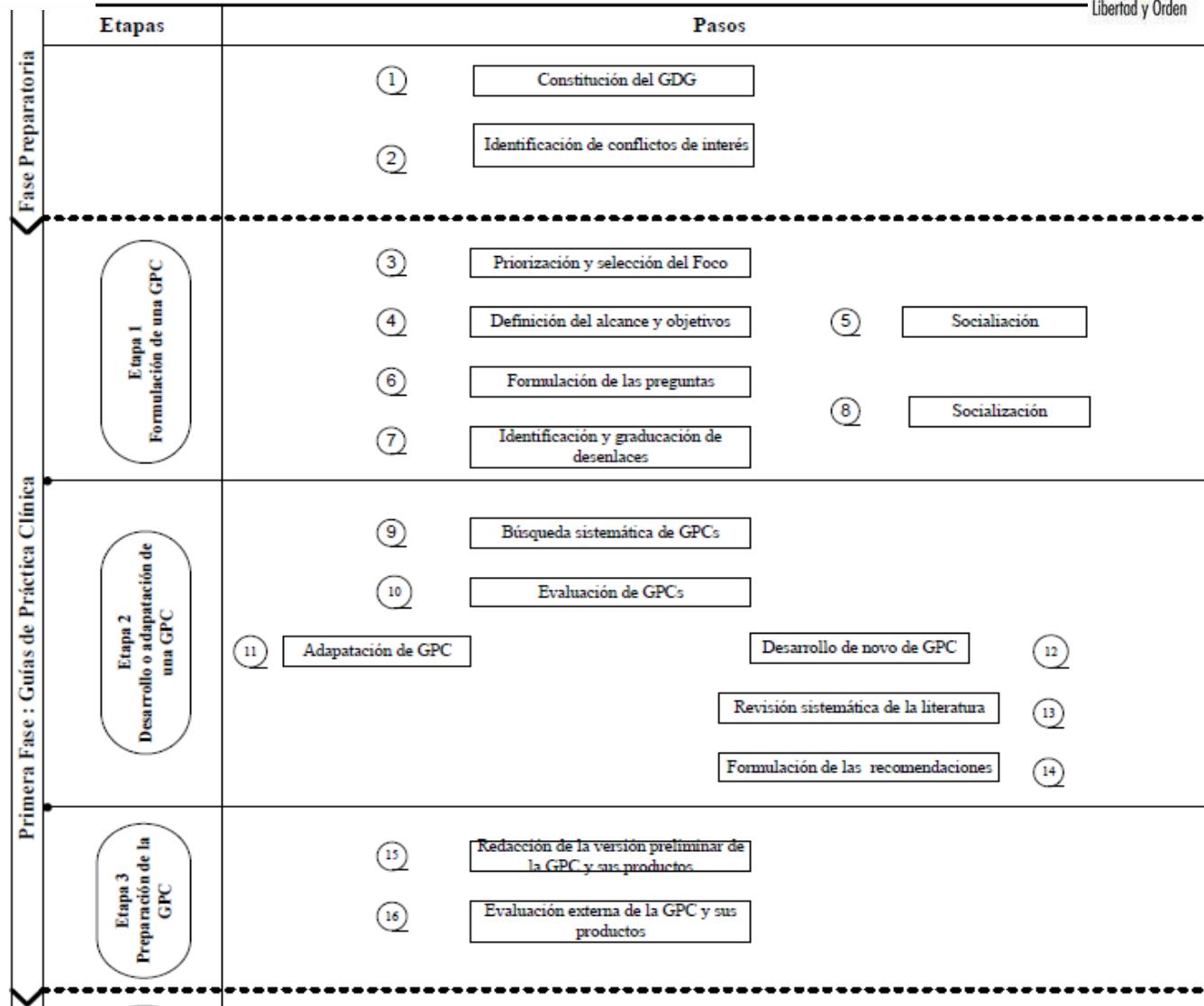
UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de ColombiaDepartamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Desarrollo de Guias de Atención Integral en Salud





Libertad y Orden

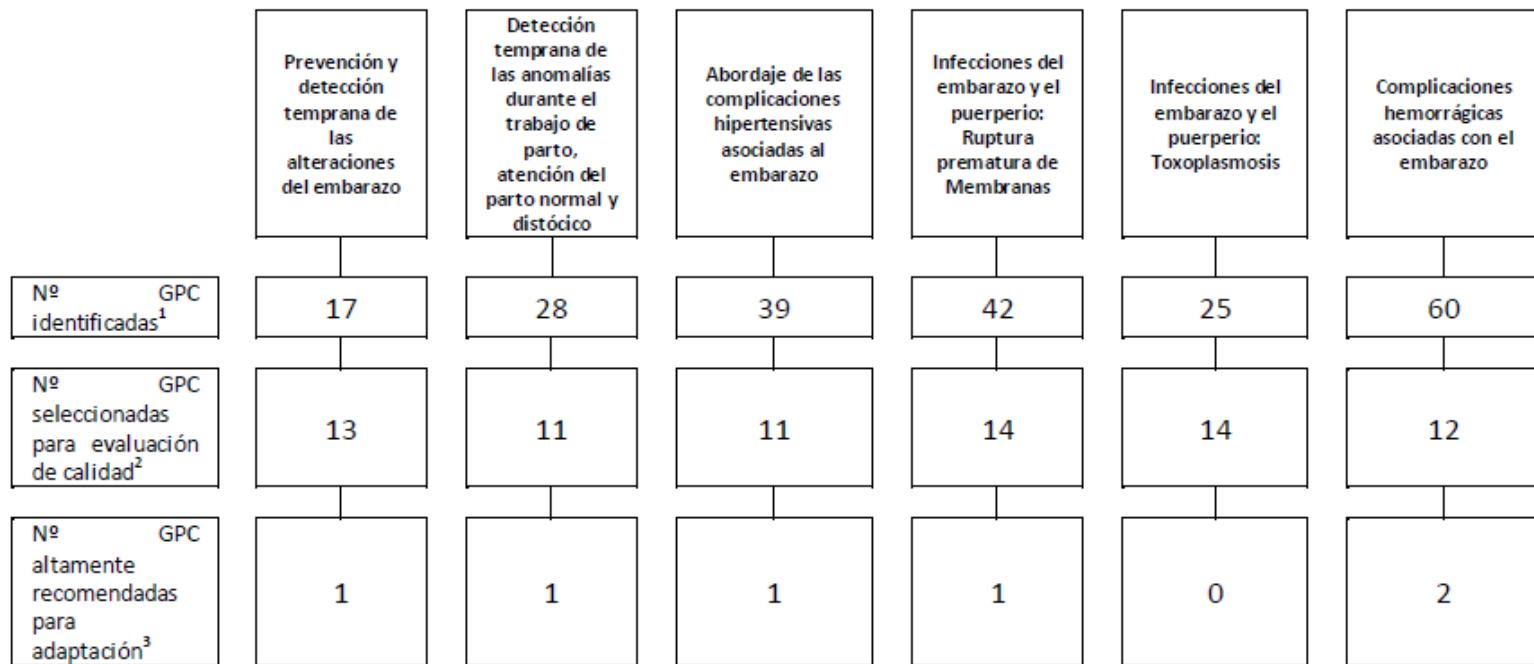
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Desarrollo de la GAI- Adaptación de GPC



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Figura 1. Revisión sistemática de GPC-Evaluación de Calidad- Pasos 9 a 12 GM.



¹ Identificadas y consolidadas en todas las fuentes de información con exclusión de duplicados.

² Posterior a la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

³ Altamente recomendadas = 3 ó más dominios del DELBI superiores al 60%

Antenatal care

routine care for the
healthy pregnant woman

Clinical Guideline
March 2008
Funded to produce guidelines for the NHS by NICE

Setting standards to improve women's health

PRETERM PRELABOUR RUPTURE OF MEMBRANES

This is the first edition of the guideline.

1. Purpose and scope

The purpose of this guideline is to make recommendations relating to the diagnosis, investigation and management of women with preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM). The guideline evaluates various antenatal tests in helping to predict the fetus at risk from intrauterine infection. The role of prophylactic antibiotics, steroids and tocolytic agents and the optimum gestation to deliver women with pregnancies complicated by PPROM is examined and recommendations are provided based on published evidence.

2. Background

PPROM complicates only 2% of pregnancies but is associated with 40% of preterm deliveries and can result in significant maternal and foetal morbidity and mortality. The rate of perinatal death associated with PPROM are primarily sepsis and pulmonary hypoplasia. Women with intrauterine infection deliver earlier than non-infected women and infants born with sepsis have a mortality rate four times higher than those without sepsis.¹ In addition, there are maternal risks associated with chorioamnionitis.

There is evidence demonstrating an association between ascending infection from the lower genital tract and PPROM. In women with PPROM about one-third of pregnancies have positive amniotic fluid cultures^{2,3} and studies have shown that bacteria have the ability to cross intact membranes.⁴

3. Identification and assessment of evidence.

This RCOG guideline was developed in accordance with standard methodology for producing RCOG Green-top Guidelines. The Cochrane Library (including the Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE and EMBASE), TRIP Medicine and PubMed (electronic databases) were searched for relevant randomised controlled trials, systematic reviews and meta-analyses. The search was restricted to articles published between 1966 and 2005. The search terms used were 'preterm prelabour rupture of membranes' and 'preterm birth'. This search was combined with a keyword search. Search words included 'preterm prelabour rupture of membranes', 'amnioinfusion', 'sealing amniotic membranes', 'intraamniotic infection', 'Nitazaine', 'fetal fibronectin', 'antiseptics', 'antimicrobial corticosteroids', and 'toccolysis' and the search limited to humans and English language. The National Library for Health and the National Guidelines Clearing House were also searched for relevant guidelines and reviews.

Setting standards to improve women's health

PREVENTION AND MANAGEMENT OF POSTPARTUM HAEMORRHAGE

This is the first edition of this guideline.

1. Purpose and scope

Primary postpartum haemorrhage (PPH) is the most common form of major obstetric haemorrhage. The traditional definition of primary PPH is the loss of 500 ml or more of blood from the genital tract within 24 hours of the birth of a baby.⁵ PPH can be minor (500–1000 ml) or major (more than 1000 ml). Major could be divided into moderate (2000–2500 ml) or severe (more than 2000 ml). The recommendations in this guideline apply to prevent excessive bleeding in the first 24 hours of life. Secondary PPH is defined as abnormal or excessive bleeding from the birth canal between 24 hours and 12 weeks postnatally.⁶ This guideline also includes recommendations specific to the management of major secondary PPH. Women with pre-existing bleeding disorders such as haemophilia and women taking therapeutic anticoagulants are at increased risk of PPH; this guideline does not include specific recommendations for the management of such situations.⁷ There is a lack of evidence to inform recommendations on these topics. Further information is available from other sources.^{8,9} The guideline has been developed primarily for clinicians working in consolidated obstetric units in the UK; recommendations may be less appropriate for other settings where facilities, resources and routine practice differ.

2. Introduction and background

Obstetric haemorrhage remains one of the major causes of maternal death in both developed and developing countries. In the 2003–2005 report of the UK Confidential Enquiries into Maternal Deaths, haemorrhage was the third highest direct cause of maternal death (6.6 deaths/million deliveries) with a rate similar to the previous decade.¹⁰ The rate of PPH in the UK is approximately 10%.¹¹ Primary PPH is considered preventable, with 10 of 17 (58%) cases in the 2003–2005 estimates judged to have received major substandard care.¹² Haemorrhage emerges as the major cause of severe maternal morbidity in almost all 'near miss' audits in both developed and developing countries.¹³ In Scotland, the rate of life-threatening haemorrhage (blood loss 2.5 litres or more) or women who received more than 5 units of blood transfusion or women who received treatment for coagulopathy after an acute event) is estimated at 5.7/1000 maternities.¹⁴

Because of its importance as a leading cause of maternal mortality and morbidity, and because of evidence of substandard care in the majority of fatal cases, obstetric haemorrhage must be considered as a priority topic for national guideline development. Obstetric haemorrhage encompasses both antepartum and postpartum blood loss. This guideline will focus primarily on the management of postpartum haemorrhage (PPH). Nevertheless, antepartum haemorrhage is often associated with subsequent PPH and the content of this guideline will have relevance for the care of these women.

Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy

August 2010

NICE Clinical Guideline



National Collaborating Centre for
Women's and Children's Health

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



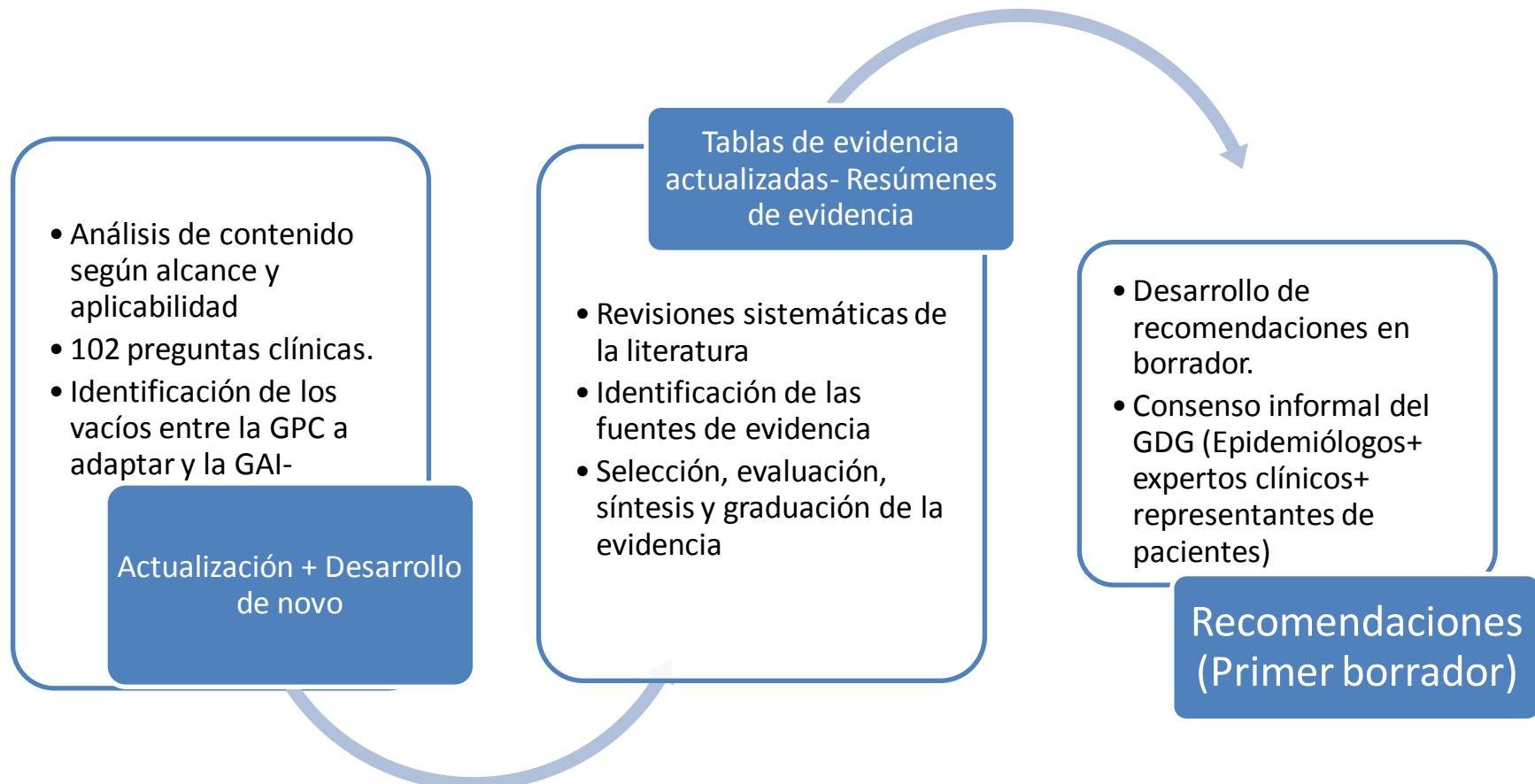
WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage





Desarrollo recomendaciones-

Paso 1



Criterios para formulación de recomendaciones (Primer borrador)

- Volumen y calidad de la evidencia.
- Aplicabilidad de la información recolectada.
- Validez externa.
- Consistencia de la evidencia.
- Incertidumbre sobre el balance daño-beneficio.
- Incertidumbre o diferencias en los valores.
- Necesidad de recursos.



Grupo Temático # 1: Guías de Atención Integral para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio

FORMULARIO PARA DESARROLLO DE RECOMENDACIONES

Realizado por:

Jorge Enrique Gómez, Jorge Cortés, Andrés Toro, Leonardo Arévalo, Ingrid Arévalo.

Numero-Pregunta clínica de la GAI	Pregunta 4: <u>¿Cuáles son las pruebas de detección de anticuerpos contra toxoplasma que se deben pedir en primer lugar? Cuál es su utilidad y su rendimiento diagnóstico?</u>
	1. Volumen de la Evidencia: Comente cualquier cuestión referente a la cantidad de evidencia disponible para el tópico y su calidad metodológica (sobre todo si existe evidencia de baja calidad). El volumen de evidencia es variado e incluye desde ausencia de evidencia hasta evidencia de estudios de alta calidad.
	2. Aplicabilidad: Comente si la evidencia encontrada es directamente aplicable al Sistema de Salud Colombiano En Colombia ya se realizan las pruebas descritas; se deben estandarizar los puntos de corte los cuales son más altos en nuestra población.
	3. Validez Externa: Comente si es adecuado generalizar los resultados de los estudios identificados a la población a la que se dirige la guía. Es válido pero es necesario que las casas farmacéuticas proporcionen los puntos de corte de las diferentes pruebas.
	4. Consistencia: Comente el grado de consistencia de la evidencia disponible. Si existen discrepancias, indique como estas afectan la recomendación.
	La evidencia es consistente.
	5. Incertidumbre sobre el balance daño-beneficio: Comente si hay dudas referentes a la utilidad de los beneficios vs. Las consecuencias indeseables de las conductas sugeridas por la evidencia.
	No se presenta incertidumbre.
	6. Incertidumbre o diferencias en los valores: Comente si se presentan diferencias en los valores por parte de los pacientes o usuarios de la posible recomendación de la guía. Los pacientes se verían beneficiados por el conocimiento de los resultados de la prueba.
	7. Necesidad de recursos: Comente si se requiere un costo considerable para la adopción completa de las conductas sugeridas por la evidencia.



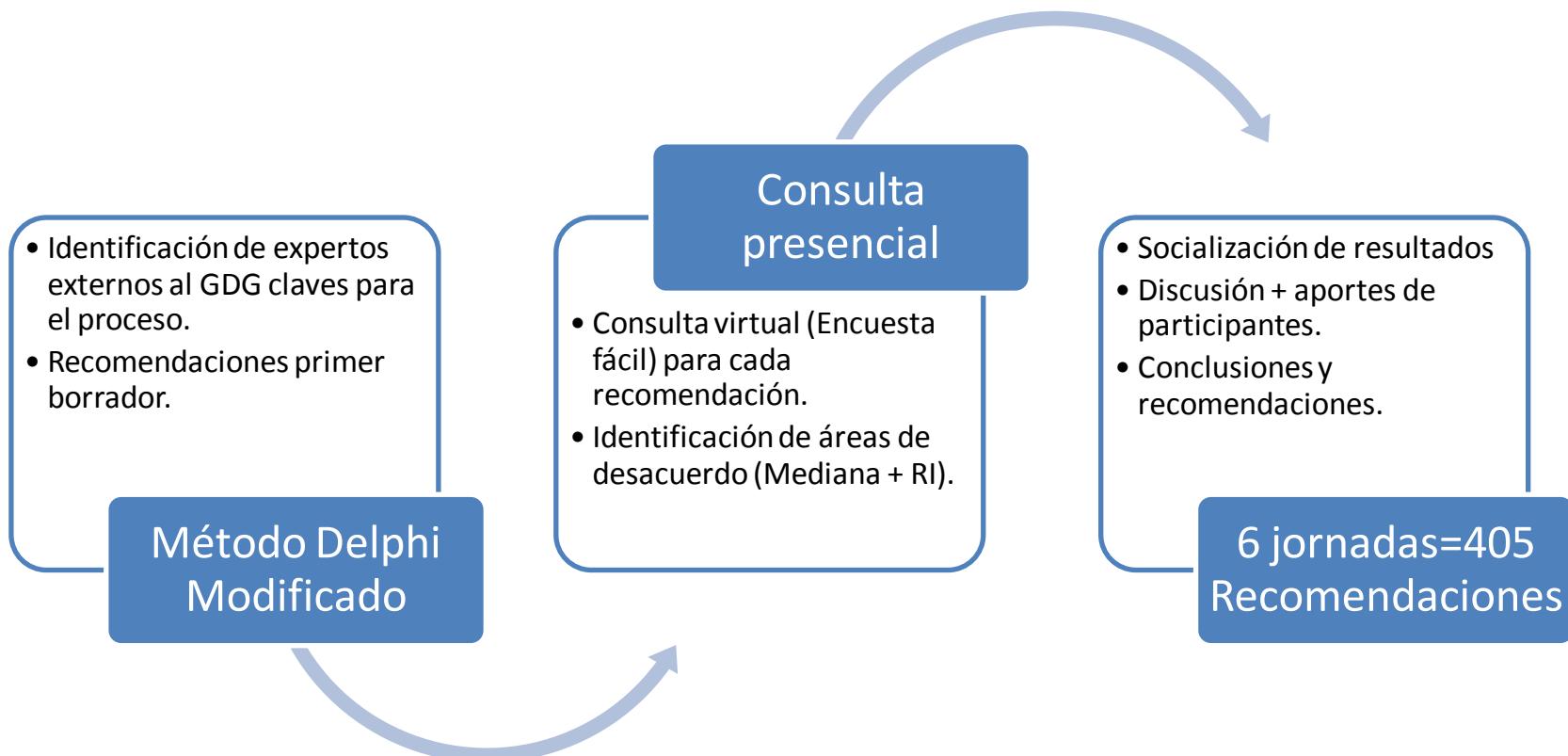
Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Desarrollo de recomendaciones- Paso 2



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

USUARIOS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN CONSENSOS Y SOCIALIZACIONES



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Asociación Boyacense de Ginecología y Obstetricia (Boyacá)	Vilma Castilla Puentes	Ginecóloga y Obstetra.
Asociación Colombiana de Enfermería.	Rosalba Bernal Prieto	Enfermera
Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología.	Jimmy Castañeda Castañeda	Ginecólogo y Obstetra
Asociación Colombiana de Infectología	Sandra Beltrán	Infectóloga Pediatra
Asociación Colombiana de Infectología	Martha Álvarez	Infectóloga Pediatra
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Meta (Meta)	Liliana Logreira Nivia	Ginecóloga y Obstetra
Asociación Santandereana de Ginecología y Obstetricia (Norte de Santander)	Mónica Beltrán	Ginecóloga y Obstetra.
CAFAM IPS (Bogotá)	Pablo Alberto Castiblanco	Ginecólogo y Obstetra
CAFAM IPS (Bogotá)	Jacqueline Ramírez	Ginecóloga y Obstetra
CAFAM IPS (Bogotá)	Diego Benavides Valderrama	Médico especialista en PEP.
Centro Médico Imbanaco (Cali)	Gustavo Adolfo Vásquez	Ginecólogo y Obstetra
Clínica de Occidente (Bogotá)	Germán Ruiz	Ginecólogo y Obstetra
Clínica del Norte (Cúcuta)	Sergio E. Urbina	Ginecólogo y Obstetra/Intensivista
Clínica El Rosario (Medellín)	Germán Monsalve Mejía	Anestesiólogo.
Clínica Materno Infantil Farallones (Cali) -	Jorge Ricardo Paredes	Ginecólogo y Obstetra/Perinatólogo
Cooperativa SOGOS (Medellín)	Ana María Ángel de la Cuesta	Ginecóloga y Obstetra
Fundación Cardioinfantil (Bogotá)	Ivohne Corrales Cobos	Pediatra/ Neonatóloga
Fundación GRICIO (Cartagena)	José Antonio Rojas	Internista
Fundación SantaFé (Bogotá)	Diego Portilla Quevedo	Ginecólogo y Obstetra
Fundación Valle de Lili (Cali)	Fernando Rosso Suarez	Infectólogo
Hospital Militar (Bogotá)	Ivonne Díaz Yamal	Ginecóloga y Obstetra.
Hospital San José (Bogotá)	José Luis Rojas Arias	Ginecólogo y Obstetra
Hospital San José (Bogotá)	Edgar Acuña Rojas	Ginecólogo y Obstetra
Hospital Simón Bolívar(Bogotá)	Jorge Augusto Rodríguez	Ginecólogo y Obstetra
Hospital Universitario del Valle (Cali)	Javier A. Carvajal	Ginecólogo y Obstetra / Intensivista.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud	Liliana Jazmín Cortés Cortés	Profesional especializado-Grupo de Parasitología
Instituto Nacional de Salud	Liliana Cuevas	Profesional especializado Grupo Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud	Sara García	Profesional especializado Maternidad Segura
Instituto Nacional de Salud	Martha Lucía Londoño	Profesional especializado Grupo no transmisibles
Instituto Nacional de Salud	Yomar González	Profesional especializado
Instituto Nacional de Salud	Amparo Sabogal	Profesional especializado
Instituto Nacional de Salud	Isabel Peña	Profesional especializado
Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá)	Ana María Bertolotto Cepeda	Neonatóloga Pediatra
Universidad de Antioquia (Medellín)	Luz Mariela Manjarrés	Nutricionista
Universidad de Antioquia (Medellín)	Sandra Restrepo	Nutricionista
Universidad Libre (Cali)	Dario Santa Cruz	Ginecólogo y Obstetra
Universidad del Norte (Barranquilla)	Carlos Malabett Santoro	Ginecólogo y Obstetra
Universidad Nacional de Colombia (Bogotá)	Edith Ángel Muller	Ginecóloga y Obstetra.
Universidad Nacional de Colombia (Bogotá)	Gabriel Lonngi	Neonatólogo Pediatra
Universidad Nacional de Colombia (Bogotá)	Santiago Currea Guerrero	Neonatólogo Pediatra
Universidad Surcolombiana (Neiva)	Sandra Olaya Garay	Ginecóloga y Obstetra/ Intensivista
Sociedad Colombiana de Anestesiología	Mauricio Vasco Ramírez	Anestesiólogo

Desarrollo de recomendaciones- Paso 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

ALIANZA CINETS

INICIO GUÍAS ATENCIÓN INTEGRAL PROYECTO GAI PRESENTACIONES MULTIMEDIA CORREO RECOMENDACIONES CONTÁCTENOS

Consulte el Borrador de Recomendaciones

Nombres y Apellidos:
E-mail:
Teléfono:
Entidad donde Labora:

Su opinión es importante para nosotros

ALIANZA CINETS

Guías de Atención Integral

Actualizada 01/05/2012

Actualizada 02/05/2012

Actualizada 04/05/2012

Inscripciones Grupos de Interés GAI

Grupos de Interés

09:16 p.m.
15/05/2012

125%



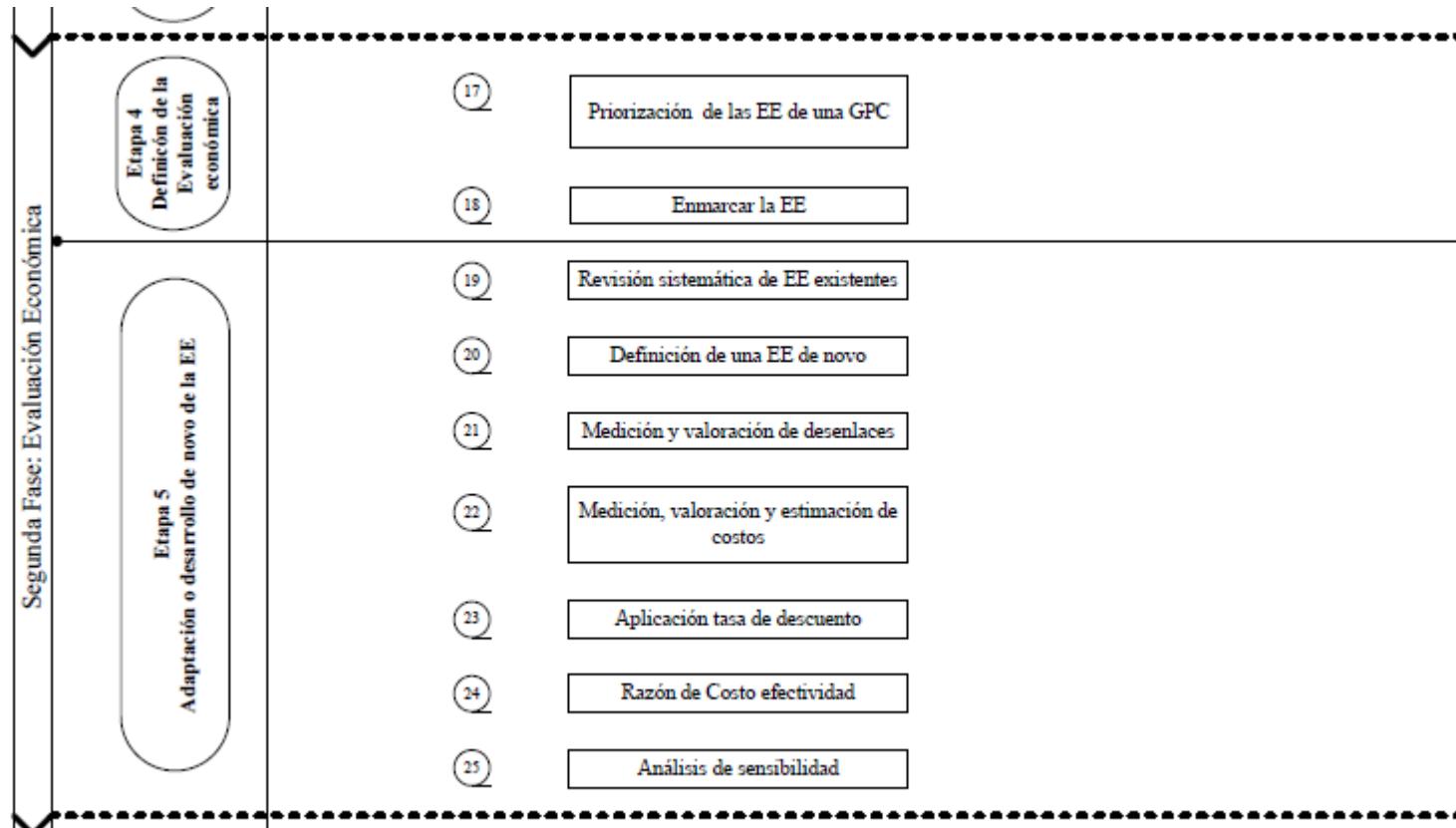
Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Desarrollo de la GAI- Evaluaciones económicas

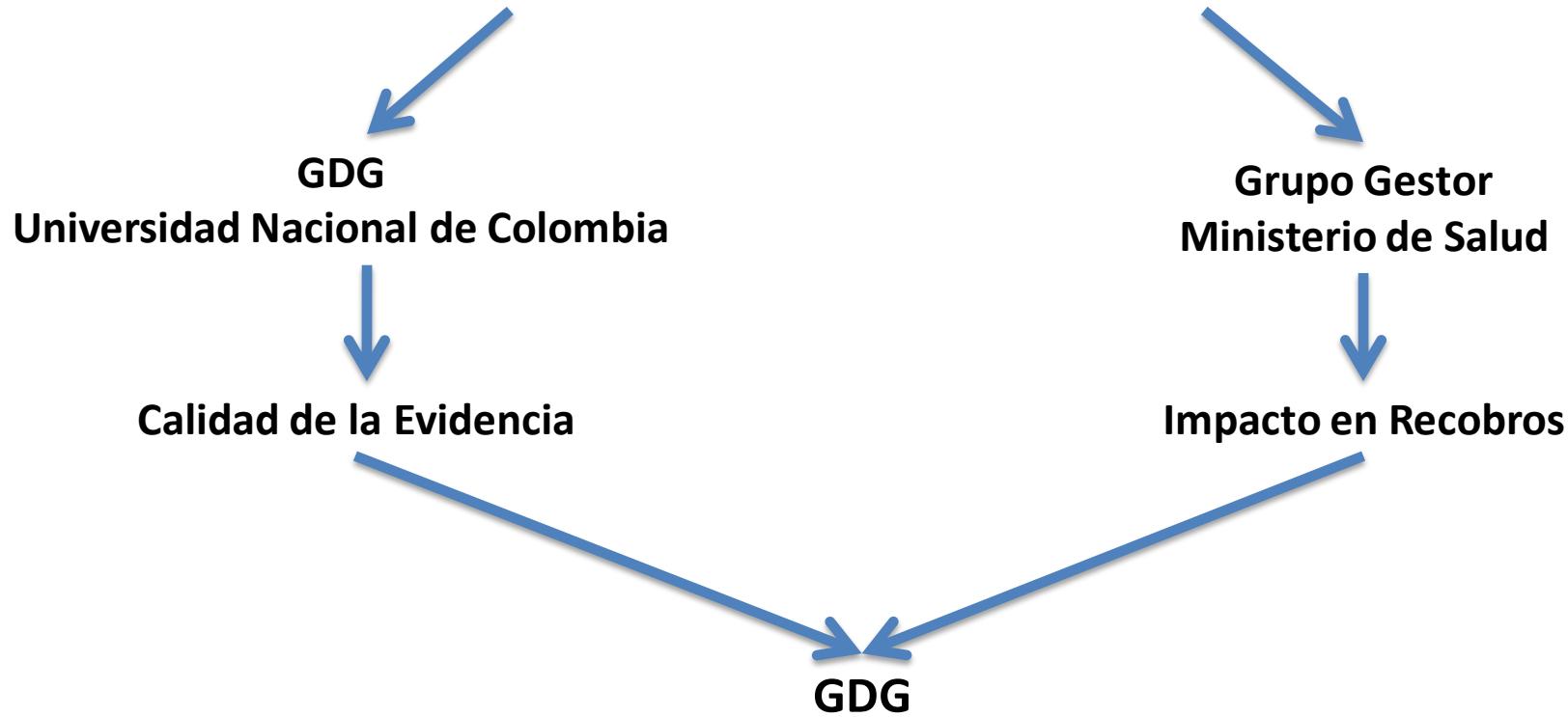


Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia



Priorización Evaluaciones Económicas

Recomendaciones Clínicas



Establece las EE a realizar teniendo en cuenta:

- Relevancia de la EE
- Existencia y evidencia de calidad de las alternativas
- Diferencias apreciables en costos y efectividad



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Evaluaciones económicas



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

- ✓ Costo-efectividad del suplemento de calcio para reducir la mortalidad materna asociada a la preeclampsia.
- ✓ Costo-efectividad de la tamización serológica para toxoplasma a gestantes.
- ✓ Costo-efectividad de diferentes estrategias diagnósticas para detección de toxoplasmosis congénita en el recién nacido.
- ✓ Costo-efectividad del urocultivo, la tinción de Gram o el parcial de orina solos, comparados con el urocultivo confirmatorio, luego del parcial de orina en la tamización de bacteriuria asintomática durante la gestación

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

PREGUNTAS SOBRE INTERVENCIONES

1++	Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y en el consenso del equipo redactor

PREGUNTAS SOBRE DIAGNÓSTICO

Adaptación del NICE de los niveles de Evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination.

Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1
II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de nivel 1	Cumplen: <ul style="list-style-type: none"> Comparación enmascarada con una prueba de referencia (patrón de oro) válida. Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: <ul style="list-style-type: none"> Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). Comparación con el patrón de referencia (patrón de oro) inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón de oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón de oro). Comparación no enmascarada. Estudios casos-control.
Estudios de nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

SECCION 1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué profesional debe llevar a cabo el control prenatal?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

A	Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo sin complicaciones modelos de control prenatal dirigido por profesionales de enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno –perinatal o medicina general.
A	La participación rutinaria de Ginecobstetras en la atención de mujeres con un embarazo sin complicaciones no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales en comparación con su participación como apoyo cuando se detectan complicaciones.
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.
A	Se recomienda garantizar que las gestantes de bajo riesgo reciban una valoración por obstetra en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36.
✓	Se recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por ginecobstetras cuando se identifiquen riesgos.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál debe ser la duración de una consulta de control prenatal?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

✓	Se recomienda realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación.
✓	Se recomienda que la cita de inscripción al control prenatal y la primera cita de control prenatal tengan una duración de 30 minutos. Para los siguientes controles se recomienda una duración de 20 minutos.
✓	Cuando una gestante comience tarde su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos así como aquéllas que corresponden a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la frecuencia y número de citas de control prenatal que debe recibir una gestante de bajo riesgo?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

B	No se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal
B	Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo sin complicaciones, se recomienda un programa de diez citas, Para una mujer multípara con un embarazo sin complicaciones se recomienda un programa de siete citas.
D	Se recomienda que las mujeres al principio del embarazo reciban información adecuada y por escrito sobre el número probable de citas, su duración y el contenido explicando las diferentes opciones de atención y dando la oportunidad de discutir este plan.
D	Se recomienda que cada cita de control prenatal debe estar estructurada con un contenido definido que permita una evaluación integral. Estas citas deben incorporar pruebas de rutina e investigaciones orientadas a minimizar las complicaciones.
V	En circunstancias especiales, en área urbana y en pacientes seleccionadas donde se pueda garantizar una estrecha vigilancia del bienestar materno y fetal, se podría optar por un programa reducido de citas de control.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué registros documentales se deben diligenciar durante las citas de control prenatal?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	Se recomienda realizar una Historia Clínica de control prenatal con registros estructurados de maternidad y que incluya una lista de chequeo.
A	Se recomienda que los servicios de obstetricia ofrezcan un sistema que garantice que las gestantes porten los datos de su control prenatal (carné materno), el cuál esté disponible y actualizado en cada cita.
V	Se recomienda desarrollar un registro nacional estandarizado con unos datos mínimos que permita a los proveedores de salud orientar recomendaciones para el control prenatal basadas en la evidencia.



¿Cuál es la utilidad de la detección de riesgo en el control prenatal de bajo 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 por parte del grupo a cargo del control prenatal. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control.
B	Se recomienda identificar en la gestante, en cada trimestre del embarazo, el estrés materno crónico, la ansiedad, los trastornos del sueño y el pobre apoyo de la red social ya que se asocian a un resultado adverso del embarazo incluyendo la depresión posparto.
B	Se recomienda identificar la depresión materna mediante un tamizaje rutinario 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el manejo recomendado de las mujeres con antecedente de una cesárea durante el control prenatal?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	Se recomienda ofrecer prueba de trabajo de parto a aquellas mujeres con antecedente de una cesárea previa sin contraindicación de parto vaginal, con incisión segmentaria transversa y con periodo intergenésico mayor a 18 meses.
B	Se recomienda que las mujeres que opten por parto vaginal discutan con el equipo de salud 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%.
V	Se recomienda que el control prenatal de una mujer embarazada con una cesárea anterior sin otros factores de riesgo se realice en una institución de baja complejidad; en la semana 32 debe ser remitida para valoración por Ginecoobstetricia 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. La gestante debe ser remitida a una IPS que le garantice UCI neonatal y adultos.



¿Qué información debe proporcionarse por parte del personal de salud a la gestante durante los controles prenatales y cómo debe ser proporcionada?



B

Se recomienda proporcionar a las mujeres embarazadas la siguiente información durante los controles prenatales:

• **Durante la inscripción al control prenatal (Idealmente antes de la semana 10):**

- Consejería sobre nutrición y dieta.
- El tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico.
- Curso de preparación para el embarazo, el parto y puerperio.
- Problemas de salud mental.
- Detección de violencia Intrafamiliar.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino

En el primer contacto con un profesional de la salud:

- Consejería sobre estilos de vida, incluyendo intervenciones sobre cesación de tabaquismo, y las implicaciones del uso de drogas adictivas y el consumo de alcohol en el embarazo.

• **Antes o a la semana 36:**

- La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto.
- Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Auto-cuidado postnatal.

• **A las 38 semanas:**

- Opciones para el manejo del embarazo prolongado.

Esta información puede ser complementada con la “GAI de Embarazo y Parto: Versión para pacientes”, así como con el uso de otros recursos tales como publicaciones nacionales y locales, folletos y videos e información interactiva vía WEB.

La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje, y para las mujeres embarazadas que no hablen o lean español.

En cada cita de control prenatal, el profesional de la salud debe ofrecer información coherente, explicaciones claras y dar a las gestantes la oportunidad de discutir sus dudas y hacer preguntas.

A las mujeres embarazadas se les debe ofrecer la oportunidad de asistir como participante activa a las clases prenatales, incluyendo talleres de lactancia materna.

Las decisiones de las mujeres deben ser respetadas, aun cuando éstas sean contrarias a las de los profesionales de la salud. Así mismo, las mujeres embarazadas deben ser informadas sobre el propósito de cada examen antes de su realización. El profesional de la salud debe asegurarse que la mujer haya comprendido la información dada y que tuvo suficiente tiempo para tomar una decisión. El derecho de una mujer de aceptar o rechazar una prueba debe quedar claro.

La información sobre el tamizaje prenatal se debe dar siempre en un ambiente donde la discusión se facilite, bien sea en grupo o individualmente.



¿Cuáles son las actividades rutinarias recomendadas en el control prenatal de bajo riesgo?



B	<p>Se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en éste establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo a los siguientes parámetros:</p> <p>IMC < 20 kg/m² ganancia entre 12 a 18 Kg</p> <p>IMC entre 20 y 24,9 kg/m² ganancia entre 10 a 13 Kg</p> <p>IMC entre 25 y 29,9 kg/m² ganancia entre 7 a 10 Kg</p> <p>IMC > 30 kg/m² ganancia entre 6 a 7 Kg</p>
B	Se recomienda remitir a la gestante con IMC <20 kg/m ² a consejería nutricional y considerarla como de alto riesgo de parto pretérmino.
B	Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.
B	Se recomienda realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales; la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
✓	No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante la gestación, pues estas se asocian con desenlaces adversos en el recién nacido.
B	Se recomienda la medición y registro de la Presión Arterial Media (PAM) en todos los controles prenatales por su capacidad para predecir la preeclampsia.
✓	Se recomienda medir la presión arterial tal como se indica a continuación: <ul style="list-style-type: none">• Quite la ropa apretada, asegúrese que el brazo está relajado y con apoyo a nivel del corazón.• Use un manguito de tamaño apropiado.• Inflé el brazalete hasta 20-30 mmHg por encima de la presión arterial sistólica palpada.• La Columna debe bajar lentamente a razón de 2 mmHg por segundo por latido.• Mida la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos (fase V).
A	No se recomienda el examen prenatal rutinario de las mamas porque no hay evidencia que sea efectivo en la promoción de la lactancia materna, la detección de cáncer de mama o en la satisfacción materna con la atención en el control prenatal.



¿Cuáles son las actividades rutinarias recomendadas en el control prenatal de bajo riesgo?



A	En ausencia de indicación clínica, no se recomienda la evaluación cervical digital repetida (Tacto Vaginal) para reducir la prevalencia del parto pretérmino.
D	Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar; las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se sientan seguras.
B	<p>Se recomienda, como parte del tamizaje de violencia doméstica, que a la mujer embarazada se les pregunte:</p> <ol style="list-style-type: none">¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera ?¿DESDE QUE ESTÄ EMBARAZADA, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales? <p>Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.</p>
C	Se recomienda que en todos los controles (incluyendo la consulta inicial), los profesionales de la salud indaguen por antecedentes relevantes de trastornos mentales. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave se debe garantizar su atención en un servicio especializado en salud mental.
B	Se recomienda el tamizaje rutinario para depresión de la materna durante el control prenatal debido a su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacer.
C	<p>Se recomienda que en el primer control prenatal, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión posparto mediante dos preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?• Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? <p>Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas iniciales.</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Siente que necesita ayuda?
A	En las pacientes en que se detecte alto riesgo de depresión posparto se recomienda garantizar una intervención en el posparto inmediato, dado que las intervenciones anteparto no han demostrado ser efectivas.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la náusea y el vómito en la primera mitad del embarazo?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	<p>Se recomienda que las mujeres sean informadas que la mayoría de los casos de náuseas y vómitos en el embarazo se resuelven espontáneamente antes de la semana 16 a 20 de gestación, y que las náuseas y los vómitos no suelen estar asociados con un resultado adverso del embarazo.</p> <p>En caso de requerir tratamiento, las intervenciones recomendadas para la reducción de los síntomas son el jengibre y los antihistamínicos.</p>
V	<p>Se recomienda proporcionar a la gestante información acerca de todas las formas de auto-ayuda y de los tratamientos útiles en el manejo de las náuseas y el vómito .</p>



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del reflujo/epigastralgia durante el embarazo?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

V	Se recomienda ofrecer información a las gestantes que presentan síntomas de pirosis en cuanto a cambios en su estilo de vida y modificación de la dieta.
C	Se sugiere el uso de antiácidos en aquellas gestantes en quienes la pirosis sigue siendo un problema a pesar de modificaciones en su estilo de vida y dieta.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del estreñimiento en la mujer embarazada?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A

Se recomienda que a las mujeres que presentan estreñimiento en el embarazo se les prescriba una dieta rica en fibra. Si no se obtiene mejoría se puede considerar el uso de laxantes, considerando sus posibles efectos secundarios.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de las hemorroides en la mujer embarazada?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	Se recomienda ofrecer a las gestantes información relacionada con la modificación de la dieta en presencia de síntomas de hemorroides. Si los síntomas clínicos siguen siendo molestos, se puede considerar el uso de cremas anti hemorroidales.
B	No se recomienda el uso de rutósidos durante el embarazo para mejorar los síntomas de hemorroides porque no hay suficiente evidencia sobre su seguridad en el embarazo.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del síndrome varicoso en la mujer embarazada?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A

Se recomienda informar a las mujeres gestantes que las várices son comunes en el embarazo, que no causan ningún daño y que las medias de compresión pueden mejorar los síntomas, pero no previenen las venas varicosas emergentes.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del dolor lumbar en la mujer embarazada?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A

Se recomienda que las mujeres sean informadas que el ejercicio en el agua, la fisioterapia y las clases individuales o en grupo orientadas al cuidado de la espalda pueden ayudar a aliviar el dolor lumbar durante el embarazo.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento de la pubalgia en la mujer embarazada?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

V	Es necesaria más investigación sobre los tratamientos eficaces para la disfunción sínfisis del pubis.
A	Se sugiere la remisión a fisioterapia durante el control prenatal para disminuir la pubalgia asociada al embarazo.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el tratamiento del síndrome de túnel del carpo en la mujer embarazada?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

✓

Es necesaria más investigación que evalúe las intervenciones eficaces para el tratamiento del síndrome del túnel carpiano en la mujer embarazada



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué vacunas deben aplicarse en el embarazo?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

A	Se recomienda la vacunación contra la influenza estacional con virus inactivos durante la gestación, ya que hay evidencia que disminuye la morbilidad por afecciones respiratorias en las mujeres y en los recién nacidos.
A	Se recomienda que, para garantizar la protección contra el tétanos materno y neonatal, las mujeres embarazadas que nunca han sido vacunadas contra el tétanos reciban tres dosis de Td con el esquema 0, 4 semanas y 6 a 12 meses. Después de la semana 20 se recomienda sustituir una dosis de Td por una dosis Tdap.
A	No se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la hepatitis B para prevenir la infección en el recién nacido.
D	Dado que los efectos adversos de los virus vivos atenuados no han sido suficientemente estudiados, no se recomienda que las mujeres embarazadas sean vacunadas contra la varicela. .
D	La seguridad de la vacunación contra la fiebre amarilla durante el embarazo no ha sido bien establecida y la vacuna puede ser administrada sólo si se va a viajar a áreas endémicas.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las pruebas recomendadas para determinar el crecimiento fetal durante el control prenatal?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

B	Se recomienda la medición rutinaria de altura uterina en todas las consultas de control prenatal, preferiblemente por el mismo profesional de la salud para disminuir la variación interobservador. Después de la semana 24 se recomienda su registro en una gráfica de comportamiento.
B	No se recomienda la ecografía rutinaria para detección de alteraciones del crecimiento fetal; sólo se recomienda selectivamente cuando hay sospecha de alteración del crecimiento fetal por variación en la curva de la altura uterina.
B	Dado que la altura uterina y al ecografía por sí solas no son una herramienta útil en la predicción de alteraciones de crecimiento fetal, se recomienda que haga parte conjuntamente de un sistema integrado de tamizaje, de tal forma que si la altura uterina es menor del percentil 10 o mayor del percentil 90 se debe realizar la ecografía para documentar las alteraciones del crecimiento.
B	Se recomienda que para calcular el peso fetal por ecografía se utilice la formula de Hadlock 4 (DBP, CC, AC y LF) incluida en el software de los equipos de Ultrasonido.
A	No se recomienda el Doppler de arterias umbilicales para la detección de alteraciones del crecimiento fetal en embarazo de bajo riesgo.
B	No se recomienda la detección de alteraciones del crecimiento fetal por medio de la palpación abdominal (Maniobras de Leopold) en embarazos de bajo riesgo.



¿Está recomendada la ecografía durante el embarazo para el diagnóstico de las alteraciones feto-placentarias?



A	<p>Se recomienda realizar un ultrasonido entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas+ 6 días con el fin de:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Mejorar la evaluación de la edad gestacional utilizando la longitud céfalo-caudal fetal. Si la longitud cráneo- caudal está por encima de 84 mm, la edad gestacional debe ser estimada usando la circunferencia cefálica.(2) Detectar precozmente los embarazos múltiples. <p>Detectar algunas malformaciones fetales mediante la translucencia nucal, la cual debe ser medida por profesionales con entrenamiento y certificación. Una medición de la translucencia nucal mayor al percentil 95 en un feto sin aneuploidía, puede ser utilizada como un indicador de referencia para ecocardiografía fetal en el segundo trimestre.</p>
V	<p>Se recomienda que a las gestantes con antecedentes de embarazo ectópico, recanalización de trompas de Falopio, dispositivo intrauterino (DIU) in situ o enfermedad Pélvica Inflamatoria se les realice una ecografía transvaginal tempranamente para confirmar la localización del embarazo y ayudar a clasificar el riesgo.</p>
A	<p>Se recomienda realizar una Ecografía de detalle entre la semana 18 y semana 23+6 para la detección de anomalías estructurales.</p>
B	<p>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.</p>
B	<p>No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de bajo riesgo, 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 las tasas de cesárea.</p>



¿Cuáles pruebas y en qué momento se deben utilizar para monitorear el bienestar fetal durante el control prenatal de bajo riesgo?



A	No se recomienda el conteo formal de movimientos fetales de rutina utilizando límites de alarma específicos.
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.
B	No se recomienda que el personal de salud instruya a la gestante de bajo riesgo para monitorizar los movimientos fetales de rutina, ya que esto se asocia con un incremento de la ansiedad materna.
B	No se recomienda el uso rutinario de la monitoría fetal sin estrés en pacientes de bajo riesgo, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
B	No se recomienda el uso rutinario del Doppler de arteria umbilical sólo o en combinación con el Doppler de arteria uterina en pacientes de bajo riesgo, pues no se ha encontrado ningún beneficio materno o fetal asociado.
C	No se recomienda el uso rutinario del Perfil Biofísico Fetal en pacientes de bajo riesgo, pues no se ha evidenciado ningún beneficio materno o fetal asociado.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las recomendaciones generales para las gestantes cuando viajan en avión o en automóvil?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	Se recomienda que las mujeres embarazadas sean informadas sobre el uso correcto del cinturón de seguridad en la gestación.
B	Aunque en la actualidad no es claro si hay o no un riesgo adicional, se recomienda informar a las mujeres embarazadas que los viajes aéreos de larga distancia podrían asociarse con un aumento de riesgo de trombosis venosa. El mejor momento para viajar es entre la semana 14 y 28 de gestación, tomando algunas medidas que eviten la deshidratación y garanticen la movilidad corporal.
✓	Se recomienda que el personal de salud informe a las gestantes los riesgos de viajar en automóvil o en avión y tome las decisiones en conjunto.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué actividad laboral está contraindicada en el embarazo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

C	Se recomienda que las mujeres gestantes sean informadas que no está contraindicado continuar con su actividad laboral durante el embarazo.
D	Se recomienda evaluar individualmente la ocupación de la mujer durante el embarazo para identificar a aquellas en mayor riesgo.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuándo está recomendada la consejería nutricional durante la gestación?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	Se recomienda que la gestante sea referida para valoración por Nutrición al momento de la inscripción al control prenatal con el fin de establecer el diagnóstico nutricional de la gestante y definir un plan de manejo.
A	Durante el control prenatal se recomienda el desarrollo rutinario de intervenciones basadas en actividad física y asesoría nutricional, combinada con la supervisión adicional de la ganancia de peso para evitar la ganancia excesiva de peso en el embarazo.
A	No se recomienda la prescripción rutinaria de complementos nutricionales hiperprotéicos o una dieta isocalórica con base en sólo proteínas, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y puede causar daño fetal.
A	No se recomiendan dietas hipocalóricas en las gestantes que cursan con exceso de peso o que presentan una ganancia excesiva durante el embarazo, ya que no se ha encontrado ningún efecto benéfico en la materna y puede causar daño fetal.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles suplementos nutricionales están recomendados en el embarazo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	Se recomienda la suplementación con 400 microgramos / día de ácido fólico desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo para reducir el riesgo de tener un recién nacido con defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).
V	A pesar de la evidencia actual, se recomienda el suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las gestantes de bajo riesgo. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/L no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.
A	Se recomienda la suplementación con carbonato de calcio 1200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
V	Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos hora entre ellos, dos horas antes o después de las comidas principales y no consumirse con leche.
A	No se recomienda el reemplazo del Hierro + ácido fólico por Multivitaminas durante el control prenatal de bajo riesgo.
B	No se recomienda la suplementación con Vitamina D en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.
B	No se recomienda la suplementación con Vitamina A en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuándo está recomendado el control odontológico durante el embarazo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda que al momento de la inscripción al control prenatal, la gestante sea referida para valoración por Odontología con el fin de recibir asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y definir un plan de manejo.
A	No se recomienda el tratamiento rutinario de la enfermedad periodontal como medida para disminuir la incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento o ruptura prematura de membranas.
A	No se recomienda el tratamiento odontológico invasivo debido a que la respuesta inflamatoria desencadenada se relaciona con bajo peso al nacer y parto pretérmino.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las estrategias más efectivas para promover y apoyar la lactancia materna?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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' de la UNICEF y del Ministerio de la Salud y Protección Social.
V	Se recomienda preguntar a la gestante: ¿Que conoce de la Lactancia Materna? en vez de ¿Planea Ud. lactar a su bebe o darle biberón?, como oportunidad de iniciar la educación en lactancia materna.
C	Durante todo el control prenatal y posparto 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.
B	Se recomienda incluir en las estrategias de educación en Lactancia Materna a la familia y a otros miembros de la comunidad (pares sociales).



¿Qué infecciones se recomienda tamizar durante el control prenatal de bajo riesgo?



A	Se recomienda ofrecer a las gestantes tamizaje de Bacteriuria Asintomática por medio de Urocultivo y antibiograma, idealmente antes de la semana 16 de gestación o cuando la paciente ingrese al control prenatal.
A	Se recomienda el tratamiento de la bacteriuria asintomática con un esquema de siete días de acuerdo al perfil de resistencia y sensibilidad reportadas.
✓	Se recomienda realizar seguimiento con urocultivo a las pacientes que reciben tratamiento para Bacteriuria Asintomática
B	No se recomienda continuar el tamizaje de Bacteriuria asintomática en las gestantes con un primer urocultivo negativo.
✓	En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria asintomática, se recomienda que la paciente sea referida a continuar su control por Obstetricia.
A	No se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas tamizaje rutinario de vaginosis bacteriana, ya que la evidencia muestra que en embarazos de bajo riesgo no hay efectos benéficos del tratamiento sobre el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas pretérmino ni otros resultados adversos en el embarazo.
B	No se recomienda ofrecer un programa de tamizaje de Chlamydia como parte del control prenatal de rutina.
B	En mujeres embarazadas de bajo riesgo no se recomienda ofrecer tamizaje rutinario para citomegalovirus.
C	<p>Se recomienda dar consejería sobre las medidas para prevenir la infección por citomegalovirus durante el embarazo, tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suponga que todos los niños menores de 3 años que tiene a su cuidado tienen citomegalovirus en la orina y la saliva. 2. Lávese bien las manos con jabón y agua después: <ul style="list-style-type: none"> • De cambiar los pañales y manipular la ropa sucia de alimentos del niño. • De limpiarle la nariz o la saliva. • De manipular los juguetes, chupos o cepillos de dientes que estuvieron en contacto con saliva. 3. No: <ul style="list-style-type: none"> • Compartir vasos, platos, utensilios, cepillos de dientes o alimentos. • Besar a su hijo en o cerca de la boca. • Compartir toallas o paños con su hijo. • Dormir en la misma cama con su hijo.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué infecciones se recomienda tamizar durante el control prenatal de bajo riesgo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	Se recomienda realizar tamizaje rutinario para infección por VIH a las gestantes en la cita de inscripción al control prenatal, ya que una intervención oportuna y adecuada puede reducir la transmisión de madre a hijo.
A	Se recomienda que el tamizaje para VIH se realice con ELISA Un Resultado reactivo requiere confirmación por Western Blot.
D	Se recomienda que cada centro de atención disponga de un sistema de referencia adecuado que garantice que las mujeres diagnosticadas con la infección por VIH sean atendidas por un equipo de especialistas adecuado.
C	Se recomienda que las mujeres que se nieguen al tamizaje de VIH sigan recibiendo una óptima atención prenatal y sus argumentos deben quedar documentados en la historia clínica
B	A las mujeres con un resultado inicial negativo para la infección por VIH, que continúen con conductas de alto riesgo, se recomienda ofrecerles tamizaje en cada trimestre del embarazo.
A	A las mujeres sin control prenatal o sin serología previa para VIH al momento de ingresar para parto, se recomienda ofrecerles una Prueba Rápida para VIH.
A	En gestantes de zonas endémicas de malaria con fácil acceso a los servicios de salud, se recomienda el tamizaje de rutina para malaria con gota gruesa.
B	Para zonas endémicas de malaria con difícil acceso a los servicios de salud, se recomienda tratamiento intermitente con 3 dosis de Sulfadoxina + Pirimetamina a las semanas 26, 32 y cerca a la semana 36.
B	Desde el comienzo del embarazo y hasta el puerperio se recomienda tomar medidas preventivas específicas para prevenir la infección por malaria como los mosquiteros medicados, entre otras,
B	No se recomienda el tamizaje rutinario de parasitismo intestinal en gestantes asintomáticas.



¿Qué infecciones se recomienda tamizar durante el control prenatal de bajo riesgo?



A	Se recomienda que el tamizaje para rubeola sea ofrecido dentro de la consulta rutinaria preconcepcional; durante el embarazo no se recomienda porque no ha mostrado ningún beneficio materno o fetal
B	Se recomienda ofrecer el Tamizaje para sífilis a todas las gestantes desde la inscripción al control prenatal, ya que el tratamiento de la sífilis es beneficioso tanto para la madre como para el feto.
B	Se recomienda el tamizaje de rutina para la sífilis con pruebas serológicas en cada trimestre del embarazo. Se recomienda realizar prueba confirmatorias, mediante una prueba treponémica específica para las mujeres embarazadas con resultados positivos.
A	Se recomienda el tratamiento parenteral con penicilina G Benzatínica para las mujeres embarazadas a quienes se les ha confirmado la sífilis.
V	Se recomienda el reporte y seguimiento de las mujeres embarazadas a quienes se les diagnostique sífilis de acuerdo a las directrices del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
A	Se recomienda ofrecer a las gestantes el Tamizaje serológico para el virus de la hepatitis B, a fin de garantizar en el puerperio una intervención adecuada para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Se recomienda la tamización del Estreptococo B en el control prenatal de bajo riesgo?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	Se recomienda realizar tamizaje de rutina para Estreptococo del Grupo B durante las semanas 35 a 37 de gestación con cultivo rectal y vaginal.
B	Si se detecta presencia de Estreptococo del Grupo B en un Urocultivo tomado en el último trimestre, se recomienda dar tratamiento sin necesidad de realizar tamizaje con cultivo rectal y vaginal.



¿Cuáles son los síntomas que deben considerarse como indicadores de alarma de patologías médicas que pueden complicar el embarazo?



B	<p>Se recomienda advertir a todas las gestantes la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o Síndrome Hellp:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cefalea severa.• Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfeno.• Dolor epigástrico.• Vómito.• Hinchazón de cara, manos o pies.
B	<p>Se recomienda advertir a las embarazadas que deben consultar por urgencias si se presenta sangrado en la segunda mitad del embarazo, ya que se asocia con resultados adversos como placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino, muerte fetal in útero y anomalías congénitas.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a las embarazadas que el dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda o a la cara anterior de los muslos, el aumento de las contracciones uterinas en comparación con el patrón anterior, el cambio en el color del moco vaginal, la pérdida de líquido claro, manchado o sangrado y la sensación de que el bebé ha descendido se asocian con aborto o parto pretérmino, por lo cual debe consultar por urgencias.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a las gestantes que síntomas tales como debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo se pueden asociar con anemia, por lo cual debe consultar a su servicio de salud.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a la gestante que si presenta fiebre, dificultad respiratoria y tos, debe consultar al servicio de salud, ya que puede estar asociado a enfermedad viral.</p>
✓	<p>Se recomienda advertir a la gestante que síntomas como ardor al orinar aumento en la frecuencia urinaria y orina con sangre se asocian a infección de vías urinarias la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar al servicio de salud.</p>



Cuáles son las pruebas recomendadas para la identificación de gestantes con riesgo de desarrollar patologías que complican el embarazo?



B	Se recomienda que todas las gestantes de bajo riesgo sean tamizadas para anemia con Hemoglobina y Hematocrito en el momento de la inscripción al control prenatal, así como en la semana 28 de gestación con el fin de disponer de tiempo suficiente para el tratamiento de la anemia.
A	Se recomienda que los niveles de hemoglobina con niveles inferiores a 10 g/L (o su equivalente ajustado a la altura sobre el nivel del mar) sean objeto de investigación y tratamiento con suplemento de hierro.
A	En gestantes con embarazos de curso normal no se recomienda el tamizaje rutinario para parto pretérmino. Pruebas como la Gonadotrofina coriónica en suero materno, la proteína C reactiva sérica, los niveles cervicovaginales de fibronectina fetal y la cervicometria por ecografía transvaginal no han demostrado ser efectivas en predecir el riesgo de parto pretérmino en este tipo de gestantes.
B	No se recomienda la evaluación cervical digital repetida en ausencia de indicación clínica, para reducir la prevalencia del parto prematuro.
B	Se recomienda que a todas las gestantes se les realice una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa con 75 Gr de Glucosa entre la semana 24 y 28 de gestación, teniendo en cuenta que los valores normales son: Basal: < 92 mg/dL, 1Hora: < 180 mg/dL 2Horas: <153 mg/dL.
V	Con el fin de que la gestante tome decisiones acerca de la prueba para descartar diabetes gestacional, se recomienda que ésta sea advertida que: <ul style="list-style-type: none">• En muchas mujeres, la diabetes gestacional responde a cambios en la dieta y el ejercicio.• Algunas mujeres (entre 10% y 20%) necesitarán hipoglicemiantes orales o insulina si la dieta y el ejercicio no son efectivos en el control de la diabetes gestacional.• Si la diabetes gestacional no es detectada y controlada hay un pequeño riesgo de complicaciones durante el parto como la distocia de hombros.• Un diagnóstico de diabetes gestacional obliga a incrementar la monitorización e intervenciones durante el embarazo y el parto.
B	No se recomienda el tamizaje de diabetes gestacional usando glicemia basal ni uroanálisis para la detección de glucosa.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

SECCIÓN 2. COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los factores de riesgo a tener en cuenta para la aparición de complicaciones hipertensivas durante el embarazo?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

B

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

Asociación moderada:

- Primer embarazo.
- Edad mayor o igual a 40 años.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
- IMC mayor o igual a 35 kg/m² en la primera consulta.
- Embarazo múltiple
- Antecedente familiar de preeclampsia

Alta asociación:

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



¿Qué intervenciones están recomendadas para la reducción de la incidencia de preeclampsia?

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	<p>Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia, teniendo en cuenta que dicho alto riesgo se asocia con alguna de las siguientes características maternas:</p> <ul style="list-style-type: none">– Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos.– Enfermedad renal crónica.– Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido.– Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2– Hipertensión crónica.
A	<p>Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia como:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Primer embarazo.2. Edad de 40 años o más.3. Intervalo intergenésico mayor a 10 años.4. Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m² en la primera visita.5. Antecedentes familiares de preeclampsia.6. Embarazo múltiple.
A	<p>Se recomienda la ingesta de calcio en dosis de 1200 mg por día a mujeres embarazadas a partir de la semana 14 de gestación.</p>
A	<p>No se recomienda el consumo de los siguientes suplementos, cuando se utilizan únicamente con el objetivo de prevenir hipertensión durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none">– Magnesio.– Ácido fólico.– Vitaminas C y E.– Aceites de pescado o aceites de algas.– Ajo.– Licopeno.– Coenzima Q10.
C	<p>– Vitamina D.</p>
A	<p>No se recomienda el uso de ninguno de los siguientes medicamentos para la prevención de hipertensión durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none">– Donantes de óxido nítrico.– Progesterona.– Diuréticos.– Heparinas de bajo peso molecular.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las recomendaciones para la adecuada medición de la proteinuria en el diagnóstico de preeclampsia?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

B	Se recomienda la medición de la proteinuria con tiras reactivas de lectura automatizada o usando la relación proteinuria - creatinuria en una muestra aislada en mujeres embarazadas con factores de riesgo para preeclampsia y/o con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg,
B	Si se utilizan tiras reactivas de lectura automatizada para la detección de proteinuria significativa, y se obtiene un resultado de 1+ o superior, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa con la estimación de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada, o con la recolección de orina en 24 horas.
B	Se recomienda tener en cuenta que la proteinuria significativa se confirma si el valor de la relación proteinuria – creatinuria en muestra aislada es mayor de 30 mg/mmol o si el resultado de proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.
A	Si se utiliza recolección de orina en 24 horas como método diagnóstico de proteinuria significativa, se recomienda establecer un protocolo que asegure que la muestra sí es de 24 horas en el lugar donde se realiza la prueba.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Están recomendadas las pruebas serológicas de tirosin kinasa-1 fms-like soluble (sFlt-1), factor de crecimiento placentario (PIGF), Factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), Endoglina Soluble (EGs) y Serpina para la predicción de preeclampsia?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B

No se recomienda el uso rutinario de las siguientes pruebas serológicas: factor de crecimiento placentario (PIGF), Inhibina A (IA), tirosine kinase fms-like soluble (sFlt-1), Factor endotelial de crecimiento vascular (VEGF), Endoglina Soluble (EGs) y Serpina, como pruebas predictoras de preeclampsia.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Está recomendado el uso del Doppler en la predicción de preeclampsia en primer y segundo trimestre de la gestación?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B

No se recomienda el uso rutinario del doppler de arteria uterina durante la gestación como predictor de preeclampsia en mujeres sin factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué pruebas diagnósticas deben realizarse para realizar el seguimiento de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda monitorizar al menos dos veces por semana con función renal, LDH, electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
A	En mujeres con preeclampsia no severa, no se recomienda repetir cuantificación de proteinuria.
D	Se recomienda medir la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario para asegurar un adecuado control de la misma. En todo caso, el número de mediciones no debe ser inferior a 6 en 24 horas en pacientes con preeclampsia no severa.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el manejo clínico recomendado para las mujeres con preeclampsia no severa?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

D	<p>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.</p>
A	<p>En mujeres con preeclampsia no severa, se recomienda la hospitalización junto con tratamiento antihipertensivo. En mujeres con cifras tensionales superiores a 150/100 mm Hg se recomienda este manejo con labetalol o nifedipina oral como primera línea con los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">– Presión diastólica igual o menor de 90 mmHg.– Presión sistólica igual o menor a 140 mmHg.
C	<p>Se recomienda ofrecer a las mujeres con preeclampsia, algún tratamiento antihipertensivo diferente a labetalol, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido. Las alternativas incluyen metildopa o nifedipino.</p>



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



¿Está recomendado el manejo expectante versus el manejo agresivo para el momento del parto en mujeres con pre eclampsia?



A	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	Se recomienda que el equipo obstétrico defina 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. En mujeres con pre eclampsia 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: <ul style="list-style-type: none">– Hipertensión severa refractaria al tratamiento, o– Indicaciones maternas o fetales de acuerdo al plan descrito anteriormente.
A	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.
A	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.



¿Cuál es el manejo clínico recomendado para las mujeres con diagnóstico de hipertensión en el embarazo antes de la semana 20?



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">- El riesgo mayor riesgo de anomalías congénitas si estos medicamentos se toman durante el embarazo.- La importancia consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo en la planeación del embarazo.- La necesidad de detener la ingesta del tratamiento antihipertensivo idealmente dentro de los 2 días siguientes a la notificación del embarazo y la necesidad de elegir alternativas terapéuticas.
D	<p>En mujeres que toman diuréticos clorotiazídicos se recomienda que sean advertidas en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.- Si planea un embarazo, se recomienda consultar con el médico tratante para discutir otro tratamiento antihipertensivo.
D	<p>Se recomienda informar a las mujeres que toman tratamientos antihipertensivos diferentes a IECAs, ARA-II o diuréticos clorotiazídicos, respecto a la poca evidencia disponible sobre estos otros tratamientos y que éstos no han demostrado relación con la presentación de malformaciones congénitas.</p>
A	<p>En mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 150/100 mmHg.</p>
A	<p>No se recomienda reducir la presión arterial diastólica por debajo de 80 mmHg a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica no complicada.</p>
D	<p>Se recomienda remitir a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica secundaria, a un especialista en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.</p>
D	<p>Se recomienda ofrecer a mujeres con hipertensión crónica, tratamientos antihipertensivos existentes dependiendo de los perfiles de efectos adversos y teratogenicidad.</p>



¿Cuál es el manejo clínico recomendado de las mujeres con hipertensión gestacional?



D	<p>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.</p>
D	<p>En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mm Hg y 149/99 mm Hg, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none">– Realizar el monitoreo con pruebas diagnósticas recomendado en la subguía de control prenatal para mujeres de bajo riesgo.– Realizar una consulta médica semanal a control prenatal– No utilizar ningún tratamiento antihipertensivo.
B	<p>En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 140/90 mm Hg y 149/99 mm Hg, se recomienda monitorizar en cada visita el valor de proteinuria con tiras reactivas leídas por un sistema automatizado o la relación proteinuria - creatinuria.</p>
D	<p>En mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial entre 150/100 mm Hg y 159/109 mm Hg, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none">– 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 extra, si no se documenta proteinuria en las visitas posteriores.– Tratamiento antihipertensivo con Labetalol o nifedipino oral como primera línea con los siguientes objetivos:<ul style="list-style-type: none">✓ Presión diastólica igual o menor a 90 mmHg.✓ Presión sistólica igual o menor a 140 mmHg. <p>Se recomienda la hospitalización sólo si no se puede garantizar el tratamiento y seguimiento indicados.</p>
D	<p>Se recomienda ofrecer a las mujeres con hipertensión gestacional, algún tratamiento antihipertensivo diferente a Labetalol o nifedipino, después de considerar perfiles de efectos adversos para la madre, feto o recién nacido. Las alternativas incluyen metildopa.</p>
V	<p>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.</p>



¿Cuál es el manejo clínico recomendado de las gestantes con preeclampsia severa anteparto e intraparto?

Tratamiento anticonvulsivante	
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso a todas las mujeres con pre eclampsia severa, con el fin de prevenir episodios eclámpicos.
A	Se recomienda administrar sulfato de magnesio intravenoso como anticonvulsivante de elección a todas las mujeres con episodios eclámpicos.
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: <ul style="list-style-type: none"> – Dosis de carga de 4 g intravenoso en 10 a 15 minutos, seguido de una infusión de 1 g/hr 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.
Tratamiento antihipertensivo	
A	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"> – Labetalol (oral o intravenoso). – Hidralazina (intravenoso). – Nifedipino (oral)
V	En mujeres con hipertensión severa, se debe monitorizar la respuesta al tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Para asegurar que la presión arterial baje. – Para identificar efectos adversos tanto de la madre como del feto. – Para modificar el tratamiento de acuerdo con la respuesta.
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.
D	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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el manejo clínico recomendado de las gestantes con preeclampsia severa anteparto e intraparto?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Utilización de líquidos o expansores de volumen

B	No se recomienda la expansión rutinaria (cargas o bolos) de volumen con líquidos intravenosos en mujeres con preeclampsia severa.
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.

Corticosteroides para maduración pulmonar fetal

A	En mujeres con pre eclampsia severa o hipertensión severa se recomienda administrar 2 dosis de betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas), a mujeres entre las semanas 24 y 34 de gestación.
D	En mujeres con pre eclampsia severa o hipertensión severa entre las semanas 35 y 36+6 de gestación, donde existe duda sobre la madurez pulmonar por encima de la semana 34, se sugiere considerar la administración de 2 dosis de betametasona (12 mg intramuscular, cada 24 horas)

Parto vaginal o por cesárea

C	Se recomienda escoger la vía de parto, de acuerdo con las circunstancias clínicas individuales.
V	Se recomienda preferir la vía vaginal para mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa o eclampsia si no existe indicación de cesárea.

Medición de presión arterial

D	Se recomienda la medición de la presión arterial en las pacientes con preeclampsia tantas veces como sea necesario para 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.
----------	---



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el manejo clínico recomendado para las mujeres con síndrome HELLP?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A

No se recomienda utilizar dexametasona o betametasona en mujeres con síndrome HELLP.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el tratamiento recomendado para las mujeres embarazadas con hipertensión arterial, cifras tensionales menores a 160/110 y compromiso de órgano blanco?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

D

En mujeres embarazadas con cifras tensionales menores a 160/110 y compromiso de órgano blanco, se recomienda utilizar el mismo manejo antihipertensivo recomendado para el tratamiento de mujeres con hipertensión severa o preeclampsia severa.



¿Cuál es el monitoreo fetal recomendado en mujeres con algún trastorno hipertensivo del embarazo?



D	<p>Se recomienda realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico entre las semanas 28 y 30 de gestación (o al menos 2 semanas antes del diagnóstico del trastorno hipertensivo del embarazo previo, si éste fue realizado antes de la semana 28) y repetir cada 4 semanas en mujeres con antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Preeclampsia previa.- Preeclampsia que requirió parto antes de la semana 34.- Preeclampsia con hijo que nació con un peso menor al percentil 10.- Muerte intrauterina.- Abrupcio de placenta. <p>En caso de alteración del crecimiento fetal se recomienda realizar doppler feto placentario.</p>
B	<p>En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.</p>
B	<p>En mujeres con hipertensión crónica, se recomienda realizar monitoria electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.</p>
B	<p>En mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda realizar ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico, si el diagnóstico es confirmado antes de la semana 34. Si los resultados son normales, repetir hasta después de la semana 34 a menos que alguna condición clínica lo indique antes.</p>
B	<p>En mujeres con hipertensión gestacional, realizar monitoria electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.</p>
B	<p>Se recomienda realizar monitoreo fetal en el momento del diagnóstico de hipertensión gestacional severa o preeclampsia.</p>
B	<p>Si se planea un manejo conservador de la hipertensión gestacional severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none">– Ecografía fetal para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico– Doppler fetoplacentario.
D	<p>Si se planea un manejo conservador de la hipertensión gestacional severa o preeclampsia, se recomienda realizar periódicamente una monitoria electrónica fetal.</p>
D	<p>Se recomienda desarrollar un plan de manejo para las mujeres con hipertensión gestacional severa o preeclampsia que incluya lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">– Momento y naturaleza de futuros monitoreos fetales.– Indicaciones fetales para la programación del parto y el uso de corticosteroides.– Cuándo discutir el caso con el equipo de neonatólogos, obstetras y anestesiólogos.
B	<p>En mujeres con alto riesgo de preeclampsia, realizar monitoria electrónica fetal únicamente si hay disminución de movimientos fetales.</p>



¿Cuál medicamento está contraindicado para el tratamiento de la hipertensión en mujeres en el período posparto que se encuentren lactando?



D	En mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, se recomienda evitar el tratamiento con diuréticos si la mujer está alimentando a su hijo con leche materna.
D	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, que no se conocen efectos adversos sobre el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos antihipertensivos: <ul style="list-style-type: none">- Labetalol.- Nifedipino.- Enalapril.- Captopril.- Atenolol.- Metoprolol.
D	Se recomienda informar a las mujeres que aún necesitan tratamiento antihipertensivo en el período postnatal, que hay insuficiente evidencia sobre la seguridad en el recién nacido que recibe leche materna con los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none">- ARA II.- Amlodipino.- IECA's diferentes a enalapril o captopril
D	Se recomienda evaluar el bienestar del recién nacido, al menos una vez al día por los primeros 2 días después del nacimiento.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

SECCION 3. INFECCIONES EN EL EMBARAZO: TOXOPLASMOSIS



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B

Se recomienda tamizar a mujeres seronegativas con una periodicidad mensual con una prueba de IgM para toxoplasma.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

¿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 y 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
B	Se recomienda que las mujeres con IgG e IgM negativas sean seguidas mensualmente en los términos establecidos por ésta 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.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las pruebas confirmatorias recomendadas para toxoplasmosis?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

B	Se sugiere ofrecer como alternativa el diagnóstico de infección fetal a través de amniocentesis y realización de 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.
B	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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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 <i>Toxoplasma</i> .



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

B	Se recomienda tratamiento farmacológico con Espiramicina (3 gm. día por el resto del embarazo) para la infección confirmada por toxoplasma en la gestante.
V	En caso de confirmación de la trasmisión fetal de toxoplasmosis (pruebas de PCR o ecografías que sugieren compromiso neurológico), se recomienda el cambio a pirimetamina mas sulfadiazina mas ácido folínico.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda el uso de IgG, IgM e IgA conjuntamente para el diagnóstico de infección congénita por <i>Toxoplasma</i> en el recién nacido.
A	Ante resultados negativos en el IgA y el IgM, se recomienda la confirmación por Western Blot para infección por toxoplasma.
V	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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

✓	Se debe tratar a todos los niños sintomáticos y asintomáticos por infección por toxoplasma con pirimetamina/sulfadiazina (1 mg/kg/día más 100mg/kg/día, una vez al día durante un año) mas 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

SECCION 4. INFECCIONES EN EL EMBARAZO:RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cómo se realiza el diagnóstico clínico de ruptura prematura de membranas?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

B

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



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué ayudas diagnósticas están recomendadas para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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, amnioinfusión o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los criterios clínicos recomendados para el diagnóstico de corioamnionitis?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	Se recomienda que las mujeres sean vigiladas ante signos de corioamnionitis clínica como fiebre (Temperatura mayor de) y al menos uno de los siguientes criterios: taquicardia materna o fetal, dolor uterino, líquido amniótico purulento o leucocitosis.
B	No se recomienda realizar Hisopado de secreción vaginal alta semanal.
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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Está recomendado el uso de la amniocentesis en gestantes con ruptura prematura de membranas?



Libertad y Orden

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B

No se recomienda el uso de la amniocentesis de manera rutinaria. La amniocentesis podría ser usada para documentar infección intra-amniótica subclínica o confirmar la madurez pulmonar en fetos entre las semanas 34.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los criterios recomendados para el diagnóstico de infección intraamniótica en una muestra de líquido amniótico?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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 por ml en líquido amniótico, glucosa menor de 15 mgs/dl, niveles de interleukina- 6 (mayor de 2.6 ng/ml) o presencia de metaloproteinasa-8: positiva (mayor de 10 ng/ml).
A	No se recomienda el uso de proteína C reactiva en líquido amniótico para el diagnóstico de corioamnionitis.



¿Cual edad gestacional ha sido establecida como punto de corte de viabilidad fetal?



C	En ruptura prematura de membranas entre las semanas 26 se sugiere el manejo individualizado de la gestación teniendo en cuenta factores pronósticos como: la edad gestacional al momento de la ruptura, la latencia, el peso fetal estimado y la presencia de signos de infección materna o fetal.
V	Se sugiere el desarrollo de estadísticas locales para establecer el pronóstico de estas gestaciones según el manejo establecido. El manejo expectante de las gestaciones entre las semanas 26 en presencia de RPM tiene estimaciones de sobrevida entre 56% y hasta un 50% de riesgo de morbilidad neonatal severa a 2 años.
V	Las opciones de manejo de las pacientes con RPM entre las semanas 26 y el pronóstico fetal deben ser discutidas con la gestante y su familia.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿En qué grupo de pacientes está recomendada la utilización de corticoides en rpm?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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	Se sugiere tener en cuenta que los beneficios neonatales del uso de corticoides se mantienen aún en presencia de corioamnionitis.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿En qué casos se encuentra indicada la dosis de corticoide de rescate en RPM?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A

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



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el esquema antibiótico y el tiempo de duración recomendado para profilaxis de infección intraamniótica en RPM?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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.
---	---



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el esquema antibiótico recomendado para tratamiento de corioamnionitis en el escenario de una RPM?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

✓	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 dosis única día, y desembarazar.
A	Se recomienda la administración de gentamicina en esquemas de dosis única diaria para el tratamiento de la corioamnionitis clínica.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué medicamento está recomendado para la inducción del parto en manejo no expectante de paciente con RPM sin trabajo de parto?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol oral a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal.
V	No se recomienda el misoprostol vaginal para la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿En qué grupo de pacientes se encuentra recomendada la amnioinfusión?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B

No se recomienda la amnioinfusión rutinaria en mujeres con ruptura prematura de membranas.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál debe ser el manejo recomendado de la RPM acorde con la edad gestacional?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

B	Se recomienda considerar el inicio 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.
V	En gestaciones entre 32 y 34 semanas y falta de disponibilidad de amniocentesis para determinar maduración pulmonar, se recomienda el manejo expectante activo con un ciclo completo de corticoides, el uso de esquema antibiótico definido y desembarazar electivamente.
V	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 maduración pulmonar comprobada.
A	No se recomienda la administración de tocolíticos en mujeres con RPM en ninguna semana gestacional.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las recomendaciones para la profilaxis del Estreptococo del grupo B?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

D	Se recomienda administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM que hayan iniciado el trabajo de parto, excepto a aquellas con cultivos negativos para EGB en las 5 semanas previas.
D	Se recomienda realizar cultivos y administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres con RPM pretérmino que no tengan resultados de tamización.
B	Se recomienda administrar Penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2.5-3.000.000 unidades IV cada 4 horas hasta el parto o Ampicilina IV dosis inicial, seguida por IV cada 4 horas hasta el parto en pacientes portadoras de EGB.
C	En casos de alergia documentada a la penicilina sin reacciones severas se recomienda cefazolin , IV dosis inicial, seguida de IV cada 8 horas hasta el parto.
C	En pacientes con reacciones severas de alergia a la penicilina o cefalosporinas (historial de anafilaxis, angioedema, depresión respiratoria o urticaria severa) se recomienda Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas hasta el parto previo estudio de sensibilidad; en caso de resistencia del EGB a la clindamicina, se recomienda Vancomicina IV cada 12 horas hasta el parto.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Está recomendado el esquema de sulfato de magnesio para neuroprotección en parto pretérmino asociado a rpm?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

A

Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal en mujeres con alto riesgo de parto pretérmino menor a 32 semanas de gestación.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

SECCION 5. DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ANOMALÍAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL Y DISTÓCICO



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿En qué consiste el parto humanizado?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la 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 un unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II o superior):



¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?

D	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 conlleven 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

D	Tuberculosis.
	Lupus sistémico eritematoso 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.
	Enfermedades gastrointestinales la como 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



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

D	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. Condiciones obstétricas de la gestación actual: Embarazo actual: hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación). Índice de masa corporal en la admisión superior a $30 \text{ kg} / \text{m}^2$. 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.
----------	---



¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?

D	Diabetes gestacional.
	Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
	Hemorragia anteparto recurrente.
	Indicaciones fetales:
	Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
	Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
	Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios
	Antecedente de complicaciones como:
	Historia de bebé anterior 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

D	Pre-eclampsia.
	Eclampsia.
	Ruptura uterina.
	Hemorragia posparto primaria que requirió un tratamiento adicional o transfusión.
	Placenta retenida que requirió la extracción manual.
	Cesárea previa.
	Distocia de hombros.
	Historia de laceración vaginal amplia, desgarro 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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

✓	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.
✓	Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no están en fase activa del trabajo de parto.
✓	Se recomienda valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplen con los criterios de admisión en el trabajo de parto.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

- | |
|--|
| <p>✓ Se recomienda que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.</p> <p>✓ Se recomienda que las gestantes que no estén en fase activa del trabajo de parto reciban información sobre signos y síntomas de alarma, así como indicaciones precisas de regresar al hospital cuando ocurran los siguientes cambios: inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes por el personal de salud.</p> |
|--|



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los exámenes paraclínicos que deben ser solicitados al momento de la admisión de la gestante?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

A	No se recomienda el uso rutinario de la monitoria fetal electrónica ni la medición del índice de líquido amniótico en la admisión de pacientes con embarazo de bajo riesgo.
V	Se recomienda evaluar las pruebas realizadas durante el control prenatal para reevaluar aquellos con resultados anormales, realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y sífilis.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Se recomienda el enema rutinario y el rasurado al momento de la admisión de la gestante?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación borramiento, y del expulsivo)?

V	<p>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.</p> <p>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.</p>
C	<p>Se sugiere adoptar las siguientes definiciones: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.</p> <ul style="list-style-type: none">• En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas. Es improbable que dure más de 18 horas.• En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas. Es improbable que dure más de 12 horas.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación borramiento, y del expulsivo)?

v

La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración del mismo.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación borramiento, y del expulsivo)?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Se sugiere adoptar las siguientes definiciones:

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:

✓

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa ó pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

¿Cuál es la definición de trabajo de parto y la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto (dilatación borramiento, y del expulsivo)?

- ✓ La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 2 horas tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
- ✓ La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de 2 horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
- ✓ La duración normal de la fase activa del expulsivo en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen analgesia neuroaxial y de hasta 2 horas si la tienen. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.
- ✓ La duración normal de la fase activa del expulsivo en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál (es) método(s) de vigilancia fetal mejora(n) los resultados perinatales?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
L Libertad y Orden

B	Tanto la monitoria electrónica fetal continua (MEFC) como la Auscultación Intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
V	La Auscultación Intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio (Anexo).
A	Tanto la monitoria electrónica fetal continua (MEFC) como la Monitoria 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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál (es) método(s) de vigilancia fetal mejora(n) los resultados perinatales?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal.
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.
✓	Se recomienda la estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico.
✓	Se recomienda la utilización de la clasificación del American College of Obstetricians and Gynecologists (22) para la interpretación de la monitoria fetal electrónica (Anexo).
✓	El tiempo destinado 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es el impacto de la compañía del familiar durante el trabajo de parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias

República de Colombia

Libertad y Orden

A	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
A	Se recomienda que las mujeres en fase activa de parto cuenten con atención por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la mejor vía para garantizar el aporte calórico durante el trabajo de parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la Cetosis.
V	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.
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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el período de dilatación, borramiento y atención del parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Colciencias

República de Colombia

Libertad y Orden

✓	Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.
✓	La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.
✓	Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (Lactato de Ringer, Solución de Ringer y Solución Salina Normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el período de dilatación, borramiento y atención del parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Colciencias

República de Colombia

Libertad y Orden

✓	Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.
✓	La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.
✓	Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (Lactato de Ringer, Solución de Ringer y Solución Salina Normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.



¿Con qué frecuencia se deben vigilar los signos vitales maternos durante el trabajo de parto?



D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda: Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria. Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura. Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga. Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.
D	Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda: Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones. Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Comprobar el vaciado de la vejiga.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la frecuencia indicada para el examen pélvico obstétrico durante el trabajo de parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

✓	Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas.
✓	Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.
✓	Antes de practicar un tacto vaginal, se recomienda: <ul style="list-style-type: none">• Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones.• Ser consciente que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección.• Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.• Explicar la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados, con delicadeza, sobre todo si no son los esperados por la mujer.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Se deben emplear antisépticos cuando se hace el examen obstétrico durante el trabajo de parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

A

Se recomienda utilizar agua corriente para el lavado genital antes de un examen vaginal no siendo necesario el uso de antisépticos.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿El partograma mejora los resultados perinatales?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Colciencias

República de Colombia

Libertad y Orden

¿En qué casos está indicada la analgesia durante el trabajo de parto?

<input checked="" type="checkbox"/>	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	Contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none">• Rechazo de la madre.• Coagulopatía.• Infección local o sistémica.• Hipovolemia no corregida.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la mejor analgesia durante el período de dilatación y de borramiento o durante el período expulsivo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

V	Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y de las demás formas de alivio del dolor.
A	Se recomienda cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada.
A	Se recomienda la utilización de técnica combinada (epidural-intradural) si se precisa un establecimiento rápido de la analgesia.
A	Se recomienda informar que los opioides parenterales como método analgésico tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos.
A	Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opioides intravenosos o intramusculares.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la mejor analgesia durante el período de dilatación y de borramiento o durante el período expulsivo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	Se recomienda monitorizar la Saturación de Oxígeno (SaO ₂) materna y administrar oxígeno suplementario a las mujeres que reciban opioides parenterales durante el trabajo de parto.
B	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodos del parto.
V	Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma pueden ser animadas a hacerlo para buscar posturas más cómodas.
B	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.
A	No se recomienda el método TENS como método de analgesia para las mujeres en trabajo de parto establecido.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las recomendaciones relacionadas con el uso de la amniotomía?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitocina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal.
V	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.



¿Cómo se definen y detectan las disfunciones dinámicas (hiposistolia, hipodinamia, hipersistolia, bradisistolia, taquisistolia)?



<p>✓ Las alteraciones dinámicas del trabajo de parto pueden identificarse mediante el examen clínico con la técnica y frecuencia descritas para evaluar los signos vitales de la gestante y durante la auscultación intermitente o mediante el uso del tococinamómetro externo durante la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>✓ Se recomienda adoptar las siguientes definiciones para el diagnóstico de las disfunciones dinámicas del trabajo de parto:</p> <p>Dinámica uterina normal: durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inicien en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino.</p> <p>La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos. Clínicamente, las partes fetales deben ser palpables y el útero es depresible entre cada contracción. Durante el pico de la contracción, al alcanzar la intensidad de 50 mmHg, esta es dolorosa, el útero no es depresible y no es posible la palpación de las partes fetales.</p>
--



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cómo se definen y detectan las disfunciones dinámicas (hiposistolia, hipodinamia, hipersistolia, bradisistolia, taquisistolia)?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Alteraciones de la dinámica uterina:</p> <p>Bradisistolia (disminución de la frecuencia): de dos o menos contracciones en 10 minutos .</p> <p>Taquisistolia (aumento de la frecuencia): 6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.</p> <p>Hiposistolia: disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal pero con intensidad menor de 30 mmHg.</p> <p>Hipersistolia: aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción.</p> <p>Hipertonía: incremento del tono uterino basal por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aun en ausencia de contracción y hay dolor.</p> <p>También se define como una contracción que dura más de 2 minutos.</p> <p>Incoordinación uterina: alteración del triple gradiente descendente.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Se recomienda para la evaluación clínica de la contractilidad uterina la siguiente técnica: Con la mano extendida sobre el abdomen materno, palpar suavemente sin estimular el cuerpo uterino, por periodos no menores de 10 minutos.</p>



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las consecuencias materno-perinatales de las alteraciones de la duración del trabajo de parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

B	Se recomienda tener en cuenta que la prolongación del trabajo de parto se puede asociar con algunos desenlaces maternos y perinatales adversos.
✓	Se recomienda adoptar las definiciones establecidas en la pregunta sobre la duración de los diferentes períodos del trabajo de parto.
✓	Se recomienda el uso de partograma para la identificación de las alteraciones de la duración del trabajo de parto.
✓	La detección de las alteraciones de la duración del trabajo de parto indica la aplicación de medidas terapéuticas de acuerdo con la capacidad resolutiva del lugar de atención.
✓	La decisión de intervenir o remitir ante una prolongación del trabajo de parto debe ser tomada en función del progreso de la dilatación, el descenso, de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración de cada periodo del parto.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las medidas más efectivas para el manejo de las alteraciones de la duración del primer período del trabajo de parto?



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	No se recomienda el uso de oxitocina en fase latente del trabajo de parto ni su utilización a dosis altas.
✓	Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda: <ul style="list-style-type: none">• Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método apropiado y efectivo para el control del dolor.• Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía.• Exploración vaginal 2 horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.• Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se ofrecerá la estimulación con oxitocina o se remitirá a una unidad obstétrica de nivel II o superior donde haya las condiciones para ofrecer esta alternativa.• Se practicará monitorización fetal continua y se ofrecerá anestesia neuroaxial antes del uso de la oxitocina.• Se procederá a un nuevo tacto vaginal 4 horas después de iniciada la perfusión de oxitocina. Si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.



¿Cuándo se debe sospechar y cómo se hace el diagnóstico de la desproporción céfalo pélvica?



A	No se recomienda realizar pelvimetría imagenológica como predictor de desproporción céfalopélvica (DCP) ya que incrementa la tasa de cesáreas sin mejorar los desenlaces perinatales.
B	Se recomienda para el diagnóstico de DCP tener en cuenta la historia clínica obstétrica, la evaluación clínica, la talla materna, la altura uterina, el cálculo del peso fetal y la progresión anormal del trabajo de parto.
V	Se sugiere la remisión temprana a una unidad de atención obstétrica de nivel II o superior ante la sospecha de DCP.



Liberdad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los criterios para remisión a una institución de mediana o alta complejidad?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Liberdad y Orden

D	<p>Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para la remisión de gestantes a instituciones de nivel II o superior durante el trabajo de parto (anexo 5):</p> <p>Indicaciones para la monitorización fetal electrónica (EFM), incluyendo la identificación de anomalías de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a la auscultación intermitente.</p> <p>Prolongación del primer o segundo periodos del parto.</p> <p>Líquido amniótico teñido con meconio.</p> <p>Solicitud de la madre para el alivio del dolor con analgesia neuroaxial.</p> <p>Emergencia obstétrica: hemorragia previa al parto, presentación o prolapsus del cordón, hemorragia posparto, colapso materno o la necesidad de reanimación neonatal avanzada.</p> <p>Retención de la placenta.</p>
----------	--



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los criterios para remisión a una institución de mediana o alta complejidad?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

D	<p>Fiebre materna en el trabajo de parto ($38,0^{\circ}\text{C}$ una vez o $37,5^{\circ}\text{C}$ en dos ocasiones con 2 horas de diferencia).</p> <p>Distocias de presentación o presentación de pelvis diagnosticada en el trabajo de parto teniendo en cuenta la inminencia del nacimiento.</p> <p>Presión arterial elevada o diastólica (mayor de 90 mmHg) o aumento de la presión arterial sistólica (Mayor de 140 mmHg) en dos lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia.</p> <p>Incertidumbre sobre la presencia de latidos del corazón fetal o la vitalidad fetal.</p> <p>Desgarro perineal de tercero o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que requiere sutura.</p> <p>Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía fetal o desproporción céfalo pélvica.</p>
----------	--



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la posición recomendada para la gestante durante el período dilatante y el parto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	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 período de dilatación y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
A	Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuál es la frecuencia indicada para la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

- v Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros:
- El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5 – 15 minutos en el periodo expulsivo.
 - La auscultación se llevará a cabo durante 30 – 60 segundos, como mínimo, después de una contracción.
 - El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardiaco fetal.



¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?



A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda el pujo espontáneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
A	No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no puje durante la extensión y desprendimiento.
✓	Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal.
✓	Antes de llevar a cabo una episiotomía se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.
✓	La episiotomía no debe recomendarse de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
A	No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Qué clase de suturas deben usarse para la episiorrafia y la sutura de desgarros perineales?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

A	Se recomienda la utilización de material sintético de absorción estándar para la reparación de la herida perineal.
✓	Se recomienda realizar un examen rectal después de completar la reparación para garantizar que el material de sutura no se ha insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

En gestantes en quienes no exista indicación para pinzamiento inmediato ¿cuál es el momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.
B	Se sugiere el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical.
V	<p>Se recomienda adoptar los siguientes criterios clínicos para pinzamiento del cordón:</p> <p>Interrupción del latido del cordón umbilical.</p> <p>Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.</p> <p>Satisfactoria perfusión de la piel.</p> <p>Realizar entre 2 y 3 minutos después del nacimiento.</p>
V	<p>Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato:</p> <p>Desprendimiento de placenta</p> <p>Placenta previa</p> <p>Ruptura uterina</p> <p>Desgarro del cordón.</p> <p>Paro cardíaco materno.</p> <p>Los demás criterios recomendados en la Guía de Atención Integral de Recién Nacidos.</p>



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son los beneficios del contacto piel a piel de la madre y el recién nacido?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

A	Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.
✓	Para mantener caliente al bebé, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel a piel con la madre.
✓	Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que este haya finalizado su primera lactada. Durante este periodo se recomienda una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible con la relación entre la madre y el recién nacido con registro de signos vitales de los recién nacidos (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardiaca) y la vigilancia del tono uterino y registro de signos vitales maternos alertando al médico sobre cualquier cambio.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las intervenciones recomendadas para el manejo del expulsivo prolongado?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

B	En casos de estado fetal insatisfactorio durante el expulsivo, el uso de tocolisis de emergencia podría mejorar las condiciones fetales y dar tiempo para iniciar otras intervenciones o remitir la paciente.
✓	Se sugiere manejar el expulsivo prolongado con la instrumentación (aplicación de fórceps, espátulas o vacuum) según las condiciones clínicas de la gestante, la disponibilidad en el sitio de atención y la capacitación y experiencia de quien aplica estos instrumentos.
✓	Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos según la presencia de otros factores de riesgo ante e intraparto para infección puerperal.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cómo se diagnostica la distocia de hombro?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

B	Se recomienda adoptar la siguiente definición para el diagnóstico de la distocia de hombros: una demora mayor o igual a un minuto entre el desprendimiento de la cabeza y el desprendimiento de los hombros.
B	La prolongación del trabajo de parto y del expulsivo y la necesidad de la instrumentación del parto deben alertar al clínico sobre el riesgo de la presentación de una distocia de hombro.
✓	Se recomienda tener en cuenta la prevalencia de macrosomía en el grupo poblacional de la gestante como riesgo basal para la presentación de una distocia de hombro.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuáles son las maniobras más efectivas para el manejo de la distocia de hombro?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

D	Se recomienda realizar la maniobra de Mac Roberts combinada con presión suprapública y episiotomía o la maniobra de Gaskin (posición sobre las 4 extremidades) para la resolución de la distocia de hombros.
D	Se sugiere realizar la maniobra de extracción del hombro posterior después de la maniobra de Mac Roberts combinada con episiotomía y presión suprapública para la resolución de la distocia de hombros.
V	Se recomienda el uso de las maniobras de Woods, Rubin y Zavanelli de acuerdo con el criterio clínico, habilidad, experiencia y recursos de quien atiende el parto y del sitio de atención.
V	La distocia de hombros conlleva riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La necesidad de dos o más maniobras para resolver la distocia de hombros debe alertar al clínico y a la paciente sobre el aumento de la frecuencia de las complicaciones en la madre y en el neonato.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

SECCION 6. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO (HEMORRAGIA POSTPARTO Y COMPLICACIONES DEL CHOQUE HEMORRÁGICO POR PLACENTA PREVIA, ABRUPCIO DE PLACENTA Y HEMORRAGIA POSTPARTO)



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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 5UI o 10UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento para mujeres que tengan parto por vía vaginal.
V	Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5UI o 10UI en infusión lenta diluida en 10ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
A	Se recomienda el uso de 600mcg 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

A	Se recomienda en mujeres con parto por cesárea, la administración de un bolo de 5UI 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 30UI de oxitocina en 500ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5UI de oxitocina.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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.
V	Se recomienda que el ultrasonido con Doppler se realice a una edad gestacional por encima del límite de viabilidad fetal.
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?



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 10UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical.
V	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 20UI de oxitocina en 500ml de cristaloides a 60ml/hora (40miliunidades/min) y remitirla.
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 800mcg 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

D	Se recomienda para la identificación del grado del choque, la evaluación de los siguientes parámetros clínicos: <ul style="list-style-type: none">- Sensorio (Estado de conciencia).- Perfusion. (Color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar).- Pulso.- Presión arterial.
D	Se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado.



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



C	<p>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: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado.</p>
V	<p>En la hemorragia posparto con signos de choque, se recomiendan las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico.- Asignar a un miembro del equipo, el registro de los procedimientos realizados, la administración de líquidos, medicamentos y signos vitales; idealmente en formato preestablecido.- Garantizar la disponibilidad de hemoderivados, alertar al laboratorio y activar el sistema de referencia.- Evaluar sistema respiratorio.- 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%.- Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%.- Garantizar al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter N° 14 o N° 16.- 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.- 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 90mmHg y llenado capilar < 5 seg con bolos de 500ml si alguno de los parámetros se encuentra alterado.- Inserción de sonda Foley para monitorear volumen urinario.- Mantener caliente a la paciente cubriendola con mantas y en posición supina.- Valoración y registro cada 15 minutos del pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria una vez estabilizada la paciente.- Una vez estabilizada la paciente, remitir a un nivel de mayor complejidad que garantice la atención adecuada.- Documentación de los procedimientos, balance de líquidos y hemoderivados transfundidos.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

✓	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 90mmHg con bolos de 500ml si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
✓	Se recomienda utilizar soporte vasopresor si la paciente continua 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?



B	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).
B	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: <ul style="list-style-type: none"> - Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga. - Compresión uterina bimanual. - Administrar 5UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30UI de oxitocina diluida en 500ml de cristaloides para pasar en 4 horas. - Ergometrina 0.2mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas. (Contraindicada en mujeres con hipertensión).
B	Se recomienda utilizar misoprostol 800mcg por vía sublingual solo si, no se cuenta con oxitocina o maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.
D	El ácido tranexámico en dosis de 1gr 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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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 30UI diluidas en 500ml 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.
C	Se recomienda aplicar las siguientes medidas quirúrgicas conservadoras dependiendo de las circunstancias clínicas y la experticia de quien atiende a la mujer: <ul style="list-style-type: none"> - Suturas hemostáticas uterina (B-Lynch o sutura compresiva modificada). - Ligadura bilateral de arterias uterinas - Ligadura bilateral de arterias iliacas internas. - Embolización arterial selectiva.
C	Se recomienda recurrir a la histerectomía prontamente, cuando las medidas anteriores fallen o las circunstancias clínicas lo indiquen desde el inicio (Ejem.: estallido uterino).



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

D	Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutiva. 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.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

✓

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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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 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.
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 1g/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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden

C

En ausencia de glóbulos rojos "O negativo", se recomienda iniciar con glóbulos rojos "O positivo".



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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



Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

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.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

¿Cuánto tiempo debe permanecer hospitalizada una paciente sin factores de riesgo en el posparto?



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia
Libertad y Orden

D	Después del parto eutóxico de bajo riesgo de un bebé sano a término se sugiere una vigilancia del binomio por personal calificado por las primeras 48 horas.
D	Se recomienda la evaluación del binomio por personal calificado entre las 24 y 48 horas después del parto si la madre y el bebé son dados de alta de la institución antes de 48 horas.
D	Se recomienda que las mujeres y sus familias reciban información e instrucciones claves para su cuidado en casa y el de su bebé, especialmente relacionadas con la lactancia materna y la identificación temprana de signos de alarma maternos y neonatales.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Todas la información sobre las guías de la
alianza Cinets puede ser consultada en la
página web:

www.guiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.com



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Departamento Administrativo de
Ciencia, Tecnología e Innovación
Colciencias
República de Colombia

Libertad y Orden



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803