



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Guía de Bolsillo para el Abordaje del Alto Riesgo Obstétrico

Adaptado del Protocolo para el Abordaje del Alto Riesgo
Obstétrico 077. Noviembre, 2018. MINSA, Nicaragua.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

DIAGNÓSTICO

Utilizar Formulario con Criterios de Clasificación del Riesgo en APN en cada trimestre.

La embarazada responde sí a cualquiera de las 18 preguntas, se clasifica como ARO

Riesgo

1. Muerte Fetal o Neonatal Previa 28 semanas - 7 días de vida
2. Antecedente de 3 o más abortos consecutivos (Pérdida gestacional recurrente antes de las 22 semanas)
3. Peso del recién nacido menor a 2000 gramos
4. Peso del recién nacido mayor a 4000 gramos
5. Tuvo una hospitalización por hipertensión o Pre eclampsia/eclampsia en el último embarazo
6. Historia familiar de Preeclampsia: Madre o hermana
7. Período Intergenésico mayor a 10 años
8. Índice de masa corporal $> 29 \text{ Kg/m}^2$
9. Cirugía en el tracto reproductivo
10. Embarazos múltiples
11. Extremos de edad: Menor a 20 o mayor a 35 + 1 o más de los factores de riesgo
12. Isoinmunización Rh negativo en segundo evento obstétrico
13. Sangrado vaginal
14. Masa pélvica
15. Presión arterial diastólica $> 90 \text{ mmHg}$
16. Cualquier patología crónica (Asma, Cardiopatía, Nefropatía, Diabetes) o Enfermedad Autoinmune SAAF o LES
17. Uso de Drogas
18. Cualquier enfermedad o condición médica severa (Especifique cuál)

RECUERDE

- El RESPONSABLE de la atención ESPECIALIZADA es el Médico Gineco Obstetra.
- Embarazada ARO debe cumplir un máximo de siete atenciones prenatales.
- Una Embarazada atendida en un nivel superior por una patología, puede ser contra referida por el especialista para su seguimiento en el componente básico.
- No es correcto establecer como APN a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.
- El embarazo en adolescentes se relaciona con riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer, en las menores de 15 años el riesgo de morir es 6 veces mayor que una mujer de 20 años y eleva en 13% el riesgo al suicidio.

OLIGOHDAMNIOS (CIE – 10 041.0)

Signos y Síntomas

- Sensación de disminución de movimientos fetales.
- El tamaño uterino puede ser menor que el esperado sobre la base de las fechas.
- Los trastornos que causan o contribuyen con la patología pueden originar síntomas.

Diagnóstico

- Medición ecográfica del volumen de líquido amniótico: Máxima Columna Vertical (MCV) y el índice de líquido amniótico (ILA).
- Ecografía completa, incluyendo la evaluación de malformaciones fetales.
- Estudios sobre la base de las causas maternas que se sospechan clínicamente.
- Según disponibilidad, ecografía Doppler color de la arteria umbilical.

RECUERDE:

El valor normal del ILA se encuentra entre 5 y 25 CM.

Menor a 5 cm

Oligohidramnios.

Menor a 2 cm Oligohidramnios severo.

MANEJO:

Antes de las 37 SG (ILA 2-5 CM)

- Descartar malformaciones genitourinarias fetales, causas idiopáticas, RPM, RCIU, infección fetal por CMV, malformaciones fetales y toma de fármacos.
- Ultrasonido estructural y Doppler de la Arteria Umbilical y Arteria Cerebral Media.
- Vigilancia cada 7 días de medición de líquido amniótico y curva de crecimiento fetal.
- Sugerir mejorar ingesta de agua.
- Progreso a Oligohidramnios severo hospitalizar.

A partir de las 37 SG

- Ingreso a hospitalización.
- Valorar finalización del embarazo y la vía del parto de acuerdo a condiciones materno-fetales.
- En aquellos casos de una RPM o un RCIU se aplicará el protocolo específico de cada patología.
- Oligohidramnios severo hospitalizar.

CRITERIOS A CUMPLIR

- 1-Confirmó por ultrasonido la edad gestacional y el número de fetos.
- 2-Verificó edad gestacional de acuerdo a Ultrasonido más temprano.
- 3-Evaluó líquido amniótico utilizando la clasificación adecuada en cuanto su disminución.
- 4-Valoró grado de maduración placentaria acorde a protocolo.
- 5-Clasificó adecuadamente los factores de riesgos para maduración precoz de placenta.
- 6-El diagnóstico de maduración precoz de placenta fue clasificado de forma adecuada.

POLIHIDRAMNIOS (CIE – 10 040)

Signos y Síntomas	Diagnóstico	
• Sensación de sobre distensión uterina. • Edema de los miembros inferiores. • Afectación del estado general. • Polihidramnios severo la mujer presenta Disnea y contracciones uterinas Pretérmino dolorosas.	Exploración Obstétrica • Abdomen muy aumentado de volumen. • Grietas recientes de la piel de la pared abdominal anterior. • Edema suprapúbico y en los miembros inferiores. • Altura uterina mayor que la correspondiente al tiempo de amenorrea. • Abdomen tenso. • Dificultad en reconocer las partes fetales. • Presentación cambiante. • Peloteo fetal fácil. • Trasmisión de onda líquida. • Ruidos cardíacos fetales apagados, difícilmente audibles o no auscultables, aunque el feto esté vivo.	Ultrasonografía Índice de Líquido Amniótico: • Mayor a 25 cm Polihidramnios. • Mayor a 32 cm Polihidramnios severo. • 97,5 % mayor que el correspondiente a su edad gestacional. • Confirmar o descartar la posibilidad de malformaciones congénitas.

MANEJO:

- Descartar: Alteración Estructural Fetal, Diabetes Mellitus, Madre Rh Negativo Aloimmunizada o Infección Perinatal.
- Medición de Longitud Cervical cada dos semanas según disponibilidad.
- Ultrasonido estructural y Doppler de la Arteria Umbilical y Arteria Cerebral Media de ser necesario según disponibilidad.
- Valorar realización de amniodrenaje en caso de polihidramnios severo sintomático por personal entrenado y calificado.
- Finalización de la gestación cumplida las 37 SG solo si es sintomático.

Cambios ecográficos placentarios con grado de maduración III
DEBE diagnosticarse como

MADURACIÓN PRECOZ DE PLACENTA.

RECUERDE REALIZAR:

- Evaluación del crecimiento, peso fetal y volumen del líquido amniótico.
- Realizar Doppler de Arteria umbilical y Arteria Cerebral Media según disponibilidad.
- Parámetros anteriores están en valores normales, realizar control ecográfico en cuatro semanas, alteraciones de los mismos se dará seguimiento correspondiente.
- Según condiciones maternas y fetales valorar la vía de finalización del embarazo a partir de las 39 SG.

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP) (CIE – 10 060-075)

DIAGNÓSTICO

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son:

- Edad gestacional por FUM o primera fetometría si hay dudas en la FUM.
- Características de las contracciones uterinas.
- Estado del cuello uterino (longitud cervical < de 20 mm).

Síntomas	Signos	Edad gestacional	Modificación cervical
• Sensación de peso en hipogastrio. • Puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.	• Salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento. • Contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente. • Registros electrónicos de frecuencia 1 cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos en un lapso de 60 minutos o más. • Presencia de contracciones uterinas regulares (dos o más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.	• 22 y 36 semanas + 6 días a partir de la FUM confiable. • Fetometría inicial y el peso fetal son de apoyo en FUM desconocida. • Medida de altura uterina es importante en diagnóstico.	• Borramiento del cérvix 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cms.

Exámenes complementarios

Ultrasonido

Medición del cuello

Exámenes de laboratorio

RECUERDE:

Longitud cervical MAYOR A 30 MM → control en el primer nivel de atención.

20 a 30 MM → determina de forma predictiva, la evolución clínica hacia el parto Pretérmino.

Longitud cervical menor a 20 mm → ingreso hospitalario.

MANEJO AMBULATORIO

Tratamiento no farmacológico

- No indicar reposo absoluto en cama domiciliario en embarazos con feto único.
- Reposo relativo con períodos en decúbito lateral izquierdo y no realización de actividades físicas excesivas, incluyendo relaciones sexuales.
- Ingesta de líquidos a demanda.
- Ingerir alimentos ricos en fibra, por ejemplo, pan integral, repollo, papa sin cáscara, coliflor, zanahoria, manzana, lechuga, apio, naranja.
- Tratar la causa de la amenaza de parto Pretérmino.
- Dar cita abierta para atención si la longitud cervical mayor a 20 mm.

Tratamiento farmacológico

- Nifedipina de acción rápida: dosis de ataque 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis, previa valoración de la actividad uterina. Si no hay actividad uterina, entonces suspenderla.
- Tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.
- No usar Nifedipina sublingual por reacciones adversas, en embarazos gemelares el tratamiento es igual a feto único, no cambiar a sulfato de magnesio una vez iniciado el tratamiento con Nifedipina, solo si presenta hipotensión.
- Si no hay respuesta referir para hospitalización después de 2 horas del manejo con Nifedipina.

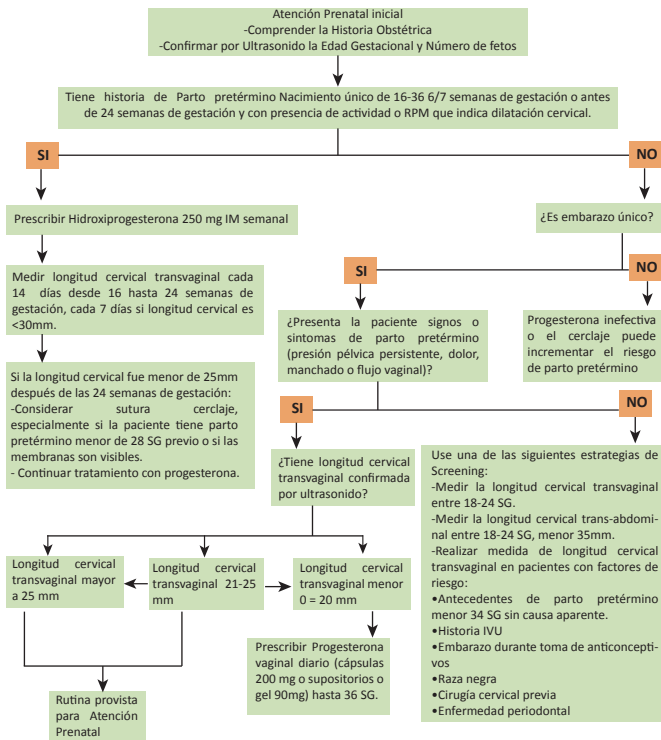
Tratamiento no farmacológico

Tratamiento farmacológico

- Dexametazona: 4 dosis cada una de 6 miligramos cada 12 horas vía intramuscular, entre las 23-36 semanas 6 días de gestación, y en cesáreas programadas antes de las 39 semanas ó Betametaso-
na: 2 dosis, cada una de 12 miligramos cada 24 horas vía intramuscular.
- Indometacina 100 mg supositorio como fármaco analgésico y anti-infla-
matorio (en situaciones individuales, no
usar de rutina)

ALGORITMO DE ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Algoritmo de Atención del Parto Pretérmino



EMBARAZO PROLONGADO CIE-10: O48

Término temprano	37 semanas a 3 semanas y 6 días.
Término completo (A Término)	39 semanas a 40 semanas y 6 días
Término tardío (Prolongado)	41 semanas a 41 semanas y 6 días
Postérmino	Más allá de las 42 semanas

RECUERDE:

- En el período de 37 a 38 semanas y 6 días, no realizar intervenciones de finalización del embarazo sin causa justificada.
- Mujer con diagnóstico de embarazo prolongado debe ser hospitalizada e inducir el parto.

DIAGNÓSTICO	EVALUACIÓN FETAL
• Seguridad en fecha de su última menstruación. • Ultrasonido del I trimestre, o en su defecto, que sea menor de 20 semanas. • Si NO tiene disponibles los elementos diagnósticos anteriores: refiera a mayor resolución.	• Ultrasonido obstétrico (determinar edad gestacional, valorar el grado de madurez placentaria, medir el índice de líquido amniótico). • Perfil biofísico según disponibilidad y criterio obstétrico. • Monitoreo Fetal electrónico: Prueba sin estrés y monitoreo intraparto. (Según disponibilidad). • Flujometría Doppler si hay indicación y disponibilidad • Amnioscopia (según disponibilidad). • Especuloscopia con membranas íntegras posee 68% sensibilidad para líquido amniótico meconial.

MANEJO Y PROCEDIMIENTOS

- Hospitalización, inducción del parto y evaluar el score de Bishop

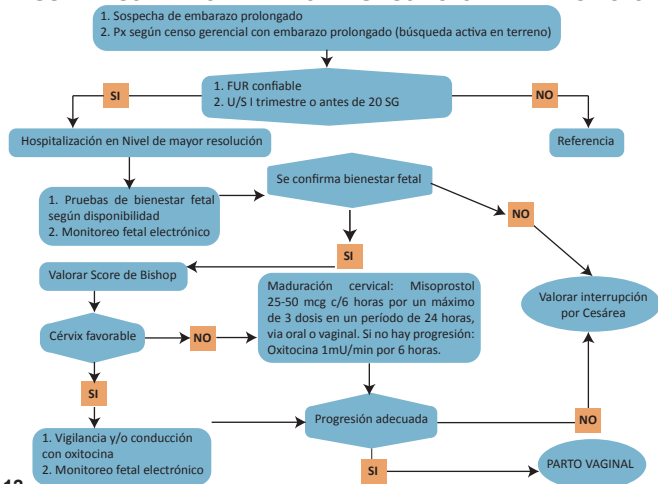
SISTEMA DE CALIFICACIÓN CERVICAL DE BISHOP

Factor	0	1	2	3
Borramiento (%)	0 – 30	40 – 50	60 – 70	80 ó más
Dilatación (cm)	Cerrado	1 – 2	3 – 4	5 ó más
Altura de la presentación (plano)	Libre	Abocado fijo	I	II
Consistencia	Firme	Medio	Blando	---
Posición	Posterior	Intermedio	Central	---

Inducción favorable: score de 6 o más.

Inducción desfavorable: score de 5 o menos.

ALGORITMOS DE LAS MEDIDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS



ACTIVIDADES A CUMPLIR

1. Determinó edad gestacional utilizando FUM confiable o US temprano de I trimestre.
2. Aplicó Prueba de bienestar fetal antes de Iniciar inducción de Trabajo de Parto.
3. Utilizó Score de Bishop y lo plasmó en expediente para evaluación cervical.
4. Registró evaluación médica completa en expediente para inicio de inducción.
5. Usó medición cervical antes de iniciar inducción con misoprostol.
6. Realización de NST en paciente sin trabajo de parto: utilizó la ficha de Evaluación de NST en expediente clínico y determinó la presencia o ausencia de Datos Ominosos.
- Realización de NST en paciente con trabajo de parto: utilizó la ficha de Evaluación de NST en expediente clínico y determinó Categorías.
7. Cumplió condiciones basales para realizar NST.
8. Usó misoprostol 25-50mcg c/6 hrs por un máximo de 3 dosis en un período de 24 horas, vía oral o vaginal, descansando la paciente por la noche y reiniciando en AM.
9. Revaloró Score de Bishop antes de cada aplicación de misoprostol.
10. Si se completaron las 6 dosis de misoprostol usó oxitocina por 6 horas a 1 mili Unidad constante.
11. Realizó integración de todos los datos clínicos para el manejo y la resolución adecuada del embarazo.

ALOINMUNIZACIÓN RH.CIE-10

- A. Para la madre (o36)
- b. Para neonato: Enfermedad Hemolítica del Feto y del Recién Nacido (p55)
- c. Hidropesía Fetal debida a Enfermedad Hemolítica (p56)
- d. Kernícterus (p57)

RECUERDE

Incompatibilidad Rh presencia de un feto Rh positivo en una madre Rh negativa, sin que haya paso de glóbulos rojos fetales a la madre y sin sensibilización.	Aloinmunización producción de isoanticuerpos maternos como respuesta a la exposición de antígenos de glóbulos rojos diferentes a los propios o de un miembro diferente de la misma especie.
Isoinmunización producción de anticuerpos en un mismo individuo, en respuesta a la estimulación de un antígeno derivado del mismo individuo.	Incompatibilidad eritrocitaria presencia de uno o más antígenos en el glóbulo rojo fetal que no está presente en el glóbulo rojo materno.

DIAGNÓSTICO

Embarazo		Fetal	Parto		Nacimiento	
Signos y síntomas	Exámenes complementarios	Exámenes complementarios	Signos y síntomas	Exámenes complementarios	Signos y síntomas	Exámenes complementarios
No hay síntomas maternos de isoimmunización. El diagnóstico se basa en la historia clínica, averiguando el grupo y Rh de la madre. Antecedentes transfusionales. Abortos. Grupos sanguíneos de fetos anteriores. Antecedentes de situaciones que comportan mayor grado de hemorragia feto materno. Antecedente de Hidrops y muerte fetal. Antecedente de recién nacido que requirió exanguinotransfusión en el período neonatal.	Tipificar el grupo sanguíneo ABO y Rh de la embarazada y el padre biológico del feto, para definir riesgo de sensibilización. EMBARAZAD A Rh (-) con pareja Rh positivo: prueba de Coombs indirecto.	Espectrofotometría. Ecografía. Doppler.	No hay síntomas o signos. En el interrogatorio investigar la realización de procedimientos obstétricos en el embarazo.	Grupo y Rh, y COOMBS indirecto	Enfermedad Hemolítica del recién nacido. Kernicterus	Determinación de grupo y Rh. COOMBS directo. Hematocrito. Volumen Corpuscular Medio. Recuento de leucocitos y plaquetas. Extracción suficiente de sangre realizar: Bilirrubina sérica, proteínas totales, eritropoyetina, equilibrio ácido-base, pH y gases fetales.

PROCEDIMIENTOS

- Manejo ambulatorio para todos los casos.
- Hospitalización de embarazada con pródromos o en trabajo de parto.
- Indicación de finalización de la gestación:
 - Fetus transfundidos 36-38 semanas
 - Fetus no transfundidos en general a las 38 semanas
 - Riesgo de anemia moderada o grave a las 36 semanas
- No existe contraindicación de parto vaginal, tener en cuenta condiciones obstétricas.

TRATAMIENTO

- La atención prenatal por conjunto de especialistas: gineco obstetra, perinatólogo e internista , hematología si es necesario.
- Atenciones prenatales cada 4 semanas.
- Efectuar las actividades básicas de la atención prenatal.
- Consejería sobre la patología, planificación familiar y asistencias a las consultas.
- Tratamiento farmacológico preventivo, consiste en la administración de inmunoglobulina anti D, según indicaciones del especialista.

ACTIVIDADES A CUMPLIR

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE

1. Se estableció sospecha partiendo de historia clínica.
2. Se comentaron los antecedentes obstétricos realzando los malos resultados perinatales.
3. Se clasificó de forma correcta de acuerdo al abordaje diagnóstico de la enfermedad.
4. Pruebas de laboratorio: se enviaron de forma organizada y siguiendo protocolo establecido.
5. Se solicitaron pruebas de primera y segunda línea para diagnóstico.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

1. Se seleccionaron fármacos de primera y segunda línea.
2. Se detalló en el expediente clínico la categorización de fármacos de acuerdo a FDA para determinar riesgos fetales.
3. Hubo manejo multidisciplinario de la patología.
4. Se estableció seguimiento para evaluación de respuesta farmacológica.
5. Se completó maduración pulmonar.
6. Se hizo registro de mejoría clínica.
7. Se envió oportunamente a la valoración de pruebas de bienestar fetal.
8. La finalización de la gestación se presentó acorde a las condiciones clínicas de la paciente y seleccionando la mejor vía del parto.

CARDIOPATÍAS EN EMBARAZADAS CIE-10: O99.4 (I50.0-I50.9)

D I A G N Ó S T I C O

Clasificar a la embarazada con cardiopatías es determinante en el pronóstico y manejo.

CLASIFICACIÓN SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL DE ACUERDO A LA NYHA

Clase funcional I:
Actividad habitual sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.

Clase funcional II: El paciente tolera la actividad habitual, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.

Clase funcional III:
La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la habitual, está notablemente limitado por la disnea.

Clase funcional IV: El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

x. El diagnóstico se
Gineco-Obstetricia,

realizará en conjunto con los servicios de
Cardiología y cirugía cardiovascular

Fases fundamentales en el diagnóstico

- a. Anamnesis completa (antecedentes reumáticos congénitos o familiares, actividad reumática y episodios de insuficiencia cardíaca aparente).
- d. Exploración del aparato cardiovascular y respiratorio (pruebas para estimar la reserva funcional cardiorrespiratoria).
- c. Examen de fondo de ojo.
- d. Análisis de laboratorio: BHCG, glicemia, creatinina y nitrógeno de Urea.
- Determinación de grupo sanguíneo y factor RH. Examen de orina general. Antiestreptolisina y proteína C reactiva.

- e. Rx de tórax:
- f. Electrocardiograma.
- g. Ecocardiograma
- h. Mujer con lesión cardíaca congénita realizar un ecocardiograma fetal entre las 22 - 26 semana para descartar anomalías congénitas en el feto.
- i. Otros estudios según tipo de cardiopatías.

TRATAMIENTO

Medidas básicas

Atención del parto

Medidas generales en sala de labor y parto

- Manejo por equipo multidisciplinario.
- Consejería a la embarazada y familia de la enfermedad.
- Corregir obesidad y anemia, prescribir hierro y vitaminas.
- Limitar ingesta de sodio.
- Proscribir el tabaquismo.
- Mujeres NYHA I ó II: evitar el ejercicio extenuante, instaurar períodos de reposo adecuado e intermitente.
- Mujeres NYHA III ó IV: pueden requerir manejo intrahospitalario para el reposo absoluto y monitorización cardiaca, además de interrupción del embarazo en caso de compromiso hemodinámica materna.
- Administración profiláctica de antibióticos en cardiopatía reumática y antecedentes de Endocarditis bacteriana, de preferencia penicilina cristalina y en caso especiales gentamicina.

- Toda embarazada con Patología cardíaca será atendida en unidad de SEGUNDO NIVEL.
- Paciente de Hospital Regional será trasladada a unidad de mayor resolución sólo si requiere de UCI y su unidad no cuenta con esta unidad (OMS IV).
- Parto vaginal siempre que sea posible, con bloqueo analgésico al alcanzar los 5 cm de dilatación.
- Pacientes Categoría Funcional I y II, manejo obstétrico habitual en cuanto a la interrupción y vía de parto.
- Pacientes Categoría Funcional III y IV, deben de ser hospitalizadas a las 37 semanas, esperar inicio espontáneo de trabajo de parto hospitalizada.
- No existe contraindicación absoluta al parto vaginal en la CARDIÓPATA.
- Inducción del parto individualizado por equipo multidisciplinario y en contexto clínico, a las 38 semanas si las condiciones maternas lo permiten.
- Cesárea electiva programada a término (38 semanas) si existe indicación obstétrica, o si presenta condiciones cervicales inadecuadas para inducción después de las 38 semanas de gestación. (categoría I, II y III tiene indicación vía vaginal. categoría IV de acuerdo a criterio de equipo multidisciplinario)
- Si realiza cesárea, la analgesia regional es el método de elección.

- Mantener la estabilidad hemodinámica.
- Mantener la oxigenación.
- Profilaxis antibiótica.
- Anticoagulación.

ACTIVIDADES A REALIZAR

CLASIFICACIÓN DE LA CARDIOPATÍA

1. Se determinó Clasificación funcional de acuerdo a NYHA.
2. Se Utilizó escala de Clasificación de OMS para establecer pronóstico.

MANEJO DEL EMBARAZO

1. Se utilizó pruebas de evaluación clínica materna.
2. Se justificó finalización de gestación por edad gestacional de acuerdo a patología.
3. Se cumplió esquema de antibióticos profilácticos de acuerdo a Norma.
4. Se aplicó bloqueo analgésico para atención de parto.
5. Se aplicó bloqueo epidural en caso de decisión de cesárea.
6. Se cumplió uso de Profilaxis anti trombótica.
7. Vigilancia puerperal en UCI en los casos que se requirió.

ASMA BRONQUIAL Y EMBARAZO. CIE-10: J45 (J45.0-J45.9)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Síntomas	Sibilancias, tos, disnea, opresión torácica. Pueden ir desde tos aislada hasta insuficiencia respiratoria.
Signos	Sibilancias a la auscultación, la ausencia no excluye el diagnóstico. Aleteo nasal, cianosis indicativa de hipoxia, pulso paradójico, fase inspiratoria prolongada y jadeo.
Relaciones temporales	Empeoran en la noche, fluctúa en intensidad.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Demostración de obstrucción de la vía aérea que es al menos parcialmente reversible.
- Incremento superior al 12% en el FEV1 después de la administración de un broncodilatador.
- Gases arteriales permiten evaluar la cronicidad y gravedad.
- Leucocitosis y eosinofilia.
- Espudo: eosinófilos, cristales de Charcot Leyden, bacterias, polimorfo nucleares.
- ECG: bloqueo de rama derecha del haz de His, eje desviado al a derecha, taquicardia y alteraciones inespecíficas de ST/T.
- Pruebas de Funcionamiento Respiratorio: VEF menor de 1L ó del 30%, flujo espiratorio máximo menor a 80L/min indica bronco espasmo grave y hospitalización.
- Radiografía de tórax y determinar índice de gravedad.

TRATAMIENTO

1. Control de los síntomas, diurnos y nocturnos.
2. Reducción del riesgo futuro de:
 - Exacerbaciones
 - Pérdida de la función pulmonar
 - Efectos adversos de la medicación
3. Recomendar dejar hábito tabáquico.
4. Recomendar reducción de peso.
5. Utilizar fármacos habitualmente empleados en el tratamiento del asma.
6. No contraindicar lactancia materna.
7. En el asma alérgica estudiar sensibilizaciones a alérgenos.
8. Embarazadas con asma de difícil control serán manejadas por personal especializado.
9. Maduración pulmonar en embarazadas con 24 a 34 6/7SG.

FARMACO DE USO EN CRISIS ASMÁTICA

Grupo terapéutica	Fármaco	Dosis
Agonistas B ₂ adrenergicos	Salbutamol inhalado	● 4 - 8 disparos (100 µg / disparo). C10 - 15 min (pMDI + aerocámara). ● 2.5 5 mg c/20 min (NEB intermitente). ● 10 - mg/hora (NEB continua.)
Todos: durante la primera hora, posteriormente cada 4 ~ 6 horas		
Anticolérgicos	Salbutamol sistematico*	● 200 µg IV en 20 min seguido por 0.1-0.2 µg/kg/min
	Bromuro de ipratropio inhalado	● 4-8 disparos (18 µg/disparo) cada 10-15 min (pMDI+ aerocámara). ● 0.5 mg c/20min (NEB intermitente).
Ambos: durante la primera hora, posteriormente cada 4-6 horas		
Agonistas B ₂ adrenergico + anticolérgicos	Salbutamol + bromuro de ipratropio inhalados	● 4 - 8 disparos (100 + 18 µg/disparo) cada 15-20 min (pMDI + aerocámara). ● 1 ampollas c/20 min (NEB intermitente).
Ambos: durante la primera hora, posteriormente cada 4-6 horas		
Glucocorticoides-esteroides	Sistematicos: Prednisona Prednisolona Deflazacort Hidrocoritizona Dexametazona	● 20-40 mg c/12h (VO). ● Hct: 100-200mg c/6h(IV). ● Dexa: 0.3-0.6 mg/kg/días c/12h VO (o IM) por 1-2 días.
Únicamente para crisis asmáticas grave, por especialista en Unidad de Cuidados Intensivos		
Sulfato de magnesio (Broncodilatador)	Sistématico	● 1.2-2 g a pasar en 20 min, dosis única (IV)
Aminofilina	Sistématico	● 5 mg/kg a pasar en 20 min seguido por 0.5-0.7 mg/kg/h IV **
● * Considerar vigilar toxicidad tomando lactato sérico (BTS) ● ** Tomar niveles séricos diarios. En pacientes con teofilina vía oral no dar bolo inicial. ● Pmdi es un inhalador de dosis medida presurizado, NEB = Nebulizado VO= Vía oral IV= Intravenoso µg=Microgramos.		

ACTIVIDADES A CUMPLIR

1- Clasificó la gravedad del asma antes del tratamiento en:

- Intermitente, •Persistente Leve. •Persistente moderada.
- Persistente grave (basado en Síntomas diurnos, Medicación de alivio (agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta), Síntomas nocturnos, Limitación de la actividad, Función pulmonar (FEV1 o PEF) % teórico, Exacerbaciones).

2- Evaluó el control del asma=control de los síntomas y el futuro riesgo de pronóstico adverso

- Evaluó el control de síntomas en las últimas 4 semanas.
- Identificó factores de riesgo para exacerbación, limitación fija del flujo de aire o efectos secundarios.
- Midió la función pulmonar al diagnóstico/al inicio del tratamiento, 3-6 meses después de iniciado el tratamiento controlador, luego periódicamente).

3- Evaluó problemas del tratamiento:

- Documentó el paso del tratamiento actual del paciente.
- Observó la técnica de inhalación, evaluó la adherencia y los efectos secundarios.
- Revisó que el paciente tenga por escrito el plan de acción para el asma.
- Preguntó acerca de las actitudes y objetivos del paciente respecto al asma y medicamentos).

4- Evaluó comorbilidades: rinitis, rinosinusitis, reflujo gastroesofágico, obesidad, apnea obstructiva del sueño, depresión y ansiedad (pueden contribuir a los síntomas y a la pobre calidad de vida y algunas veces al pobre control del asma).

5- Para el tratamiento: utilizó el abordaje sistematizado para controlar los síntomas y minimizar el riesgo futuro (Pasos 1 al 5).

6- En el uso de fármacos prescritos para el asma durante el embarazo, se consideraron las categorías A, B, C de la FDA.

7- Los medicamentos regulares para el asma fueron continuados durante el parto.

8- En las pacientes tratadas con corticosteroides sistémicos antes del inicio del trabajo de parto, las dosis fueron continuadas hasta las 24 horas después del parto.

DIABETES Y EMBARAZO. CIE-10: O24 (O24.0-O24.9)

Clasificación	Diabetes Mellitus en el Embarazo: O24 (O24.0-O24.9)
para	Diabetes Mellitus Preexistente insulino dependiente en el embarazo O24.0
Registros Nacionales	Diabetes Mellitus Preexistente no insulino dependiente en el embarazo O24.1
CIE-10	Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo O24.4

FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES GESTACIONAL

- Edad mayor de 30 años.
- Grupo étnico de alto riesgo para diabetes (aborigen americano, latino, sudeste asiático, asiático, africano).
- Sobrepeso/obesidad
- Historia de DMT2 en madre, padre o hermanos, hijos.

- Prediabetes
- Síndrome de ovarios poliquísticos
- Acantosis nigricans
- Enfermedad periodontal
- Bajo peso al nacer
- Uso de corticoides
- Macrosomía fetal y polihidramnios en el embarazo actual

- Gestación múltiple.
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Hijo macrosómico.
- Glucosa de ayuno (100-125 mg/dL, glucosa 2 horas postprandial 141-199 mg/dL).
- 2 o más abortos consecutivos sin causa aparente, feto muerto sin causa aparente, malformaciones fetales.
- Síndrome de ovarios poliquísticos.

DIAGNÓSTICO

- ✗ Las mujeres con DMT2 o DMG generalmente son mayores y con más peso que las DMT1.
- ✗ Pocas pacientes reportarán la tríada clásica de poliuria, polidipsia y polifagia.
- ✗ La epidemia actual de obesidad y diabetes influye en que mujeres en edad reproductiva y con sobrepeso u obesidad aumenten el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

3 momentos para la detección de Diabetes Pregestacional o Gestacional

Momento 1.
Antes de las 24 semanas

Momento 2.
Durante las 24-28 semanas

Momento 3.
Durante las 32-34 semanas

Momento 1. Antes de las 24 semanas

Captación en los servicios de salud
Utilizar los criterios estándar para diagnóstico de diabetes

a) Glucosa plasmática en ayunas (criterio estándar glucosa ≥ 126 mg/dL)

b) Hb glucosilada A1c
(Criterio estándar $\geq 6.5\%$)

c) Glucosa plasmática casual
(criterio estándar ≥ 200 mg/dL)

Resultado	Interpretación
Glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dL	Considerar diabetes pregestacional
Glucosa en ayunas ≥ 92 mg/dL, pero <126 mg/dL	Considerar diabetes gestacional
Glucosa casual ≥ 200 mg/dL + confirmación en otro día (glucosa plasmática de ayunas o HB glucosilada A1c).	Considerar diabetes pregestacional
Glucosa en ayunas <92 mg/dL	Se debe considerar como normal y, valorar según presencia de factores de riesgo para diabetes gestacional, la realización de la prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) de 2 horas con carga de 75 gramos a las 24-28 semanas, para descartar de forma más objetiva el diagnóstico

RECUERDE

- El diagnóstico requiere determinaciones de glucemia plasmática en sangre venosa; no debe realizarse con determinaciones de glucosa capilar.
- Solo si las pruebas indican diabetes pregestacional se debe hacer la confirmación con otra prueba en un día diferente (GPA, Glucemia al azar, HbA1C o PTOG).

Momento 2. Durante las 24-28 semanas

- Realizar la Prueba de tolerancia oral a la glucosa de 2 horas con carga de 75 gramos.
- Realizar por la mañana después de una noche de ayuno de al menos 8 horas, pero no más de 14 horas y sin haber reducido la ingesta usual de carbohidratos en tres o más precedentes, con un mínimo de 150 gramos de carbohidratos al día y con actividad física habitual.
- Durante la prueba la paciente debe estar en reposo y no debe fumar ni ingerir alimentos.
- No debe estar recibiendo fármacos que modifiquen la prueba (corticoides, β adrenérgicos, etc.), ni cursando proceso infeccioso.

Resultado	Interpretación	Comentario
Glucosa plasmática de ayuno ≥ 92 mg/dL	Diabetes Gestacional	Un solo valor que exceda o iguale los puntos de corte, hace el diagnóstico de diabetes gestacional.
Glucosa plasmática 1 h postcarga ≥ 180 mg/dL	Diabetes Gestacional	
Glucosa plasmática 2h postcarga ≥ 153 mg/dL	Diabetes Gestacional	
Glucosa plasmática de ayuno ≥ 126 mg/dL	Diabetes pregestacional	Valorar no administrar la carga de glucosa. En este caso una segunda prueba (glucosa plasmática en ayunas, glucosa al azar o PTOG 2 H carga de 75 gramos) debe realizarse en un día diferente para confirmar el diagnóstico.
Glucosa 2 horas postcarga ≥ 200 mg/dL	Diabetes pregestacional	En este caso una segunda prueba (glucosa plasmática en ayunas, glucosa al azar o PTOG 2 H carga de 75 gramos) debe realizarse en un día diferente para confirmar el diagnóstico.

Momento 3. Durante las 32-34 semanas

Paciente con factores de riesgo, pruebas de laboratorio normales antes y entre las 24-28 semanas o no se realizaron y/o presentan complicaciones que característicamente se asocian a diabetes, es aconsejable repetir la PTOG entre las 32-34 semanas de gestación.

El diagnóstico tardío limita el tratamiento, es un apoyo en la evaluación del término del embarazo, la atención del recién nacido en un centro de adecuada complejidad y para el pronóstico de la paciente.

Los puntos de corte y la interpretación para diagnóstico son los mismos que para las 24-28 semanas.

TRATAMIENTO		
No farmacológico	Farmacológico	
• Medidas preventivas basadas en las atenciones prenatales. Atención Prenatal • El manejo será por un equipo multidisciplinario de especialistas. • Evaluación estricta en las atenciones de: ➢ 1 al mes realizado el diagnóstico. ➢ 2 al mes desde las 34 SG ➢ 1 semanal desde las 38 SG ➢ Peso, presión arterial ➢ Monitoreo regular de la función renal: Creatinina, Proteinuria y Acetonuria ➢ Altura uterina, frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales. • Suplementación con • Ácido Fólico 5 mg las primeras 12 semanas de gestación. • Terapia médica nutricional. • Ejercicio: caminar despacio, diario, durante 30 minutos, toda la semana. • Exámenes complementarios: • EKG. • Fondo de ojo. • Pruebas de coagulación • Ecografía, Doppler color, prueba de bienestar fetal hemoglobina glicosilada (según disponibilidad).	• La Insulina debe ser el fármaco de primera línea. • No todas las pacientes con Diabetes Mellitus Gestacional requerirán insulina. • Se recomienda usar Insulinas Humanas Biosintéticas como primera elección. • Se recomienda insulina (NE-1a, GR-A) de acción intermedia (NPH humana recombinante de aplicación vía SC, (100UI/ml en frascos ampolla de 5ml y 10ml). • Para alcanzar las metas postprandiales se utiliza de ser necesario Insulina de acción corta (también llamada regular o Rápida, de aplicación vía IV o SC). • El cálculo de dosis total de Insulina será de 0.2-0.3 UI /Kg peso actual/día (Independiente del Trimestre). La proporción de insulina NPH/Insulina Cristalina será 50/50 independiente del trimestre y se irá ajustando de acuerdo a requerimientos. El 50% de la dosis diaria total • corresponderá a insulina NPH (componente basal) y se debe dividir 70% en la mañana y 30% en la noche. El otro 50% de la dosis diaria • total de Insulina corresponderá a la insulina Cristalina (componente prandial). Se iniciará la insulina prandial antes de la comida principal de la paciente (por lo general en el almuerzo).	
	- Hipoglucemiantes orales. • Metformina categoría B durante la gestación por la FDA. • Dosis inicial de 500 mg vía oral durante la mitad de la cena. 500 mg desayuno y 500 mg en la cena (cada 12 horas) si es bien tolerado. • Aumentar luego de 1 semana de uso a 1,000 mg (cada 12 horas) con desayuno y cena. Dependerá de dosis respuesta y tolerancia. • Dosis mínima efectiva es de 1500 y dosis máxima de 2000 MG por día con ajustes cada 72 horas de acuerdo a tolerancia. • Si con esto no se logra el control metabólico se debe agregar Insulina. • Produce menos ganancia de peso materno y menos incidencia de Macrosomía. Sus principales ventajas son su bajo costo y mejor aceptación por las pacientes por su administración oral. • Glibenclamida en dosis de 2.5 mg–10 mg en 24 horas fraccionadas en 2 dosis o en una sola dosis diaria en mujeres con diabetes gestacional que no están controladas con Metformina y no aceptan la insulino terapia o que no toleran Metformina y no aceptan insulino terapia. <i>Recuerde completar maduración pulm onar.</i>	

ANEMIA Y EMBARAZO (O99)

SINTOMAS

Asintomática o asociación de varios síntomas:

- | | |
|------------------|---------------------------|
| Astenia | Zumbidos en los oídos |
| Adinamia | Lipotimias |
| Anorexia | Disnea |
| Cefalea | Palpitaciones |
| Mareos y vértigo | Palidez de piel y mucosas |
| Soplos cardíacos | Edemas |

DIAGNÓSTICO

Exámenes de laboratorio

Confirmación de anemia

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina y Hematocrito | <ul style="list-style-type: none"> • 1er trimestre y 3er trimestre < a 11g/dl de Hb y 33% Hto |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recuento Eritrocitario | <ul style="list-style-type: none"> • 2do trimestre <10.5g/dl Hb y 32% Hto |
| <ul style="list-style-type: none"> • Volumen Corpuscular Medio (VCM) | <ul style="list-style-type: none"> • Recuento eritrocitario por debajo de 3.500.000/mm³ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina Corpuscular Media (HCM), | <ul style="list-style-type: none"> • Concentración de hemoglobina corpuscular media menor de 30%. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hierro sérico | <ul style="list-style-type: none"> • Microcitosis hipocromía, hierro sérico aumentado. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ferritina sérica | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de unión a Fe aumentado |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transferrina | <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ferritina bajo o normal. • % de saturación de transferrina disminuido. |

TRATAMIENTO

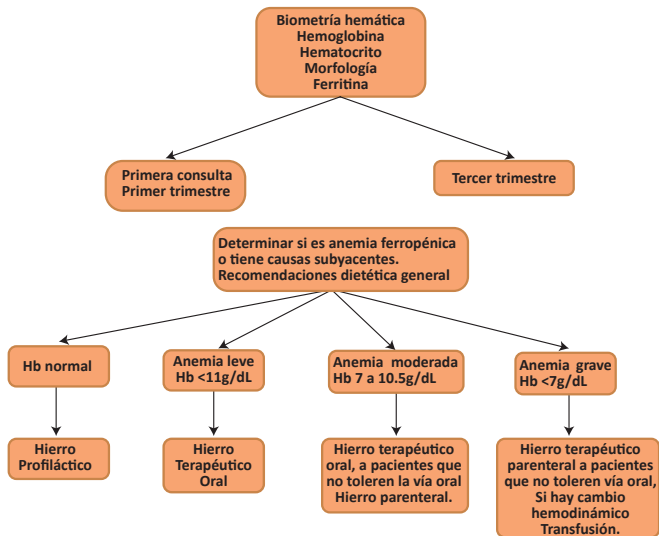
A partir del cuarto mes de gestación:

- La dosis recomendada es de 300mg/día.
- En algunos casos aumentar la dosis de hierro a las 28–34 SG por la caída de los valores del perfil hemático, continuar la terapéutica de hierro hasta los primeros seis meses de lactancia.
- En el 3% de gestantes, la anemia requiere otra terapia no férrica y el hierro puede estar contraindicado.
- Optimizar las reservas de hierro en gestantes por riesgos de hemorragia.

DOSIFICACIÓN

- a. El complejo de hierro polimaltosado contiene 100 mg de hierro por tableta; el sulfato ferroso contiene 20% de hierro por lo que una tableta de 300mg contendrá 60mg de hierro elemental.
- b. En deficiencias de hierro sin anemia o en anemia leve se recomienda 60mg/día de hierro elemental, preferentemente en ayunas e ingeridos con jugos cítricos (que no es requisito en los compuestos de hierro polimaltosado).
- c. En anemia moderada se administrará la dosis de hierro sin las comidas dos veces por día.
- d. En anemia grave se administrará hierro parenteral.
- e. Complementar maduración pulmonar.

Suplementación selectiva del hierro durante el embarazo



OBESIDAD Y EMBARAZO (E00-E90)

IMPACTO DE LA OBESIDAD SOBRE EL EMBARAZO

Limitaciones diagnósticas
Malformaciones congénitas
Crecimiento fetal
Prematuridad

Morbimortalidad materna, fetal y perinatal
Diabetes gestacional
Hipertensión y síndrome de HELLP
Apnea del sueño

CONSEJERÍA PRECONCEPCIONAL Y CONCEPCIONAL

Información clara y concreta sobre riesgos relacionados a su situación nutricional en el embarazo.

Evaluación de comorbilidades con el apoyo de la historia clínica, examen clínico ginecológico, laboratorio y ecografía.

Dieta y estilo de vida para mejorar el metabolismo materno y prevenir complicaciones del embarazo.

Interconsultas, valoración y manejo por equipo multidisciplinario, tratamiento farmacológico, cirugía bariátrica según disponibilidad de la embarazada.

Suplementos vitamínicos: ingesta de 5 mg de ácido fólico diario un mes antes del embarazo y en el primer trimestre.

MANEJO DURANTE EL EMBARAZO

1. Evaluación del estado nutricional de las embarazadas: Índice de Masa Corporal en la primera consulta de APN y se recalculará la ganancia de peso de acuerdo a edad gestacional en cada consulta.

2. Clasificación y consejería de riesgos: embarazada con IMC >30 presenta alto riesgo de patologías.

3. Evaluar problemas obstétricos, médicos, emocionales y/o psiquiátricos.

4. Información precisa y accesible sobre los riesgos asociados con la obesidad en el embarazo.

5. Suplementos en el embarazo:
Ácido fólico 5 mg/día, al menos 1 mes antes de la concepción y hasta las 12 semanas de embarazo.
Vitamina D (800 a 1000 UI/día)
Hierro.

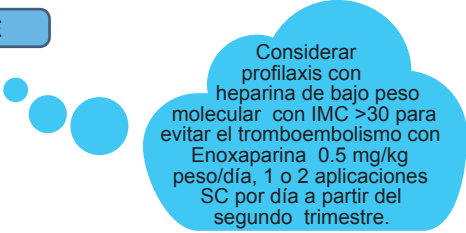
6. Estilo de vida y hábitos:
Actividad física (30 minutos diarios de caminata, natación o cinta, evita las complicaciones).
Evitar tabaquismo y alcohol.
Investigar acerca de trastornos del sueño y apnea.

7. Interconsulta con:
Nutrición
Salud mental
Cardiología
Anestesiología

PESQUISA DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA OBESIDAD

- Diabetes gestacional
- Hipertensión Gestacional y Preeclampsia
- Patología tiroidea
- Anomalías congénitas
- Mortalidad fetal y aborto espontáneo
- Macrosomía
- Embarazo > 41 semanas

RECUERDE



Considerar profilaxis con heparina de bajo peso molecular con IMC >30 para evitar el tromboembolismo con Enoxaparina 0.5 mg/kg peso/día, 1 o 2 aplicaciones SC por día a partir del segundo trimestre.

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Se estableció sospecha partiendo de historia clínica.
- Se comentaron los antecedentes obstétricos enfocando los resultados perinatales.
- Se clasificó de forma correcta de acuerdo al abordaje diagnóstico de la enfermedad.
- Se estableció el riesgo de complicaciones secundarios a obesidad.
- Se solicitaron pruebas seguimiento.
- Se seleccionaron grupos de riesgo.
- Hubo manejo multidisciplinario de la patología.
- Se estableció seguimiento para evaluación de respuesta farmacológica.
- Se completó maduración pulmonar.
- Se hizo registro de mejoría clínica.
- Se envió oportunamente a la valoración de pruebas de bienestar fetal.
- La finalización de la gestación se presentó acorde a las condiciones clínicas de la paciente y seleccionando la mejor vía del parto.

ENFERMEDAD TIROIDEA Y EMBARAZO. CIE-10: O99.2 (E00-E07)

HIPOTIROIDISMO		
Historia Clínica	Signos	Síntomas
Antecedentes de: Constipación, trastornos menstruales (oligomenorrea - amenorrea), historia de infertilidad o esterilidad, abortos a repetición, muertes fetales, cirugías previas de glándula tiroides hijos anteriores con cretinismo.	Etapas tempranas: Cansancio, cefalea, hiporexia o anorexia, constipación e intolerancia al frío. Etapas avanzadas: Somnolencia, disminución de la capacidad intelectual y motora, rigidez y hormigueo en los dedos, tono de voz ronca, estreñimiento, oliguria. la presencia de bocio difuso, firme, 2-3 veces mayor al tamaño normal de la glándula.	Cara: Faices hipotiroidea que se caracterizan por tumefacción palpebral- palidez cérea- enrojecimiento malar, labios guesos, macroglosia, alopecia o cabello muy fino y seco- debilitado, pielengrosa-da. Respiratorio: hipoventilación Cardiovascular. bradicardia, hipertensión arterial, insuficiencia Cardíaca. Piel: pálida-gruesa-reseca-es-camosa-sin sudor-fría, uñas gruesas-estriadas-quebradizas-lento crecimiento, alopecia no solo del cuerpo cabelludo sino del resto del cuerpo, edema que no deja fóvea.
Antecedentes de : trastornos menstruales (poli e hipermenorrea), infertilidad, aborto a repetición, muertes fetales.	Pérdida de peso (muy común), signos oculares como depresión palpebral, quemosis y exoftalmos, pelo y uñas quebradizas, respiración superficial, hipertensión sistólica, piel fina-húmeda caliente, onicólisis, bocio difuso, mixedema pretibial, linfadenopatías, temblor fino en mano, mirada brillante, falta de enlentecimiento del pulso durante una maniobra de vansalva.	Taquicardia persistente (muy común), cansancio, aumento del apetito, vómitos, palpitaciones, Intolerancia al calor, sudoración excesiva, ansiedad.

MANEJO DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA DURANTE LA GESTACIÓN



Cribado selectivo de disfunción tiroidea durante la gestación			
Prueba		Objetivo	
Niveles de referencia de TSH durante la gestación: 1er T 0,1-2,5 μ UI / L 2doT 0,2-3 μ UI / L 3erT 0,3-3 μ UI /L		Detección precoz del hipotiroidismo clínico e iniciar un tratamiento lo más precoz posible análisis en semanas 5-8.	
Hipotiroidismo	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
Hipotiroidismo previo a la Gestación	PREVIO	Aumentar dosis de tiroxina un 25% desde el inicio de gestación. Incremento de dosis propuesta si: TSH 2,5 - 5 μ UI / L: +25 mcg, TSH 5 - 8 μ UI / L: +37.5 - 50 mcg TSH >8 μ UI / L: +75 mcg	Control analítico cada 4-6 semanas, hasta la semana 20 y después analizar en el 2 do y 3 er trimestre.
Hipotiroidismo diagnosticado en la Gestación	TSH > 10 μ UI / L TSH > 2.5 μ UI / L y < 10 μ UI /L y T4L baja	Iniciar tratamiento precozmente con levotiroxina, dosis de inicio 75-100 mcg (inicio progresivo), ajustar dosis hasta normalizar TSH.	
Hipotiroidismo Subclínico	TSH > 2.5 μ UI /L y < 10 μ UI / L T4L normal	Inicia Levotiroxina hasta normalizar TSH. Dosis de inicio propuesta: TSH 2,5 - 5 μ UI / L: 25-50 mcg TSH 5-8 μ UI / L 75-100 MCG (inicio progresivo) Beneficio del tratamiento con TPO (+)	
Hipotiroidemia aislada	TSH normal y T4L baja	No tratar Asegurar suplementación yodada	

MANEJO DE LA DISFUNCIÓN TIROIDEA DURANTE LA GESTACIÓN

Hipotiroidismo	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
Hipertiroidismo previo a la Gestación. Desaconsejar gestación hasta la normalización de la función tiroidea. Si se ha administrado yodo radiactivo, posponer gestación hasta pasado al menos 6 meses.	Monitorizar función tiroidea cada 2-4 semanas durante el 1er T, control transaminasas y determinación de Ab-TSH-R en el 1er T, si es necesario confirmar el diagnóstico en el 2do T (sem 24) para evaluar riesgo fetales.	Durante el 1er T, si es necesario tratamiento con antitiroideos, se utilizará dosis bajas y es preferible la utilización en el 1er T Propiltiouracilo, 2do y 3er T Metmazol. Si es necesario utilizar bloqueadores beta, con precaución y el menor tiempo posible: Atenolol 25-50 mcg/d o Propanolol 10-20 mcg/8 horas.	Endocrinología
Hipertiroidismo diagnosticado en la gestación		TSH baja y elevación de T4L.	Endocrinología
Hipertiroidismo subclínico	TSH baja y T4L normal.		Fisiológico durante el 1er T
Tiroiditis posparto (cribado selectivo)	TSH y T4L pueden evolucionar dispares Fase hipertiroidica Fase hipotiroidea Fase de recuperación	Solo si es sintomática propanolol a dosis bajas en caso de lactancia. Sustituir la función tiroidea sobre todo si hay lactancia o deseo de nueva concepción.	Si clínica de hipertiroidismo florido derivar a Endocrinología

RECUERDE: Completar la maduración pulmonar.

INFECCIÓN URINARIA EN EMBARAZADAS. CIE 10: O23 (O23.0-O23.9)

INFECCIONES URINARIAS

Asintomáticas	Sintomáticas
1. Orina con presencia de 10 o más leucocitos por microlitro (milímetro cúbico) contados en cámara de Neubauer en orina sin centrifugar o a través de la detección de esterasa leucocitaria utilizando cintas diagnósticas apropiadas y presencia simultánea de nitritos en una muestra tomada a medio chorro. 2. Urocultivo con 100 mil o más bacterias por microlitro de orina de un solo género y especie bacteriana en una muestra tomada a medio chorro.	<i>Con sintomatología leve:</i> Una de las dos definiciones de IU asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o suprapúbico. <i>Con sintomatología severa:</i> Una de las dos definiciones de IU asintomática, sintomatología leve y uno o más de los siguientes: Presencia de fiebre, escalofríos, dolor costo vertebral, disuria, frecuencia, urgencia, náusea, vómitos.

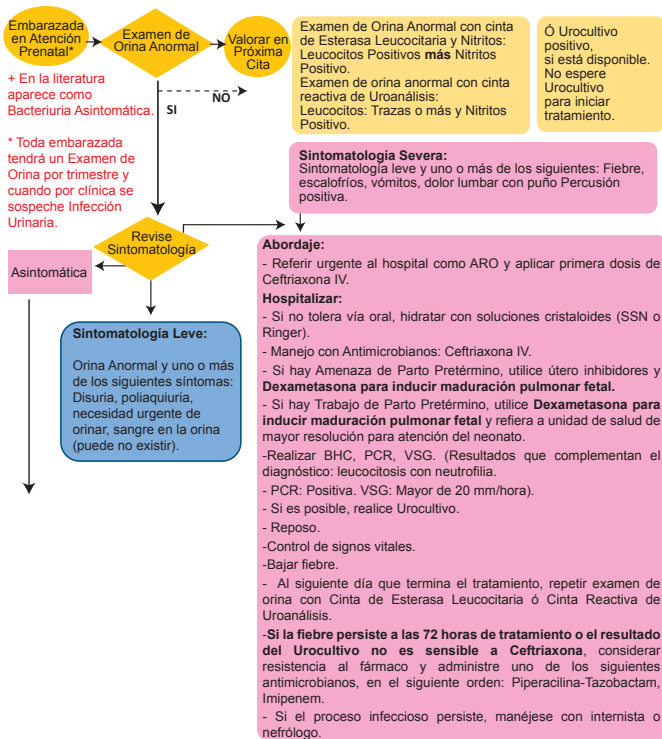
DIAGNÓSTICO

1. Exámen de orina con cinta esterasa leucocitaria y nitritos (tira para sumergir (dip-stick).
2. Exámen de orina con cinta reactiva de uroanálisis.
3. Urocultivo.

MANEJO	
Ambulatorio	Hospitalario
Embarazada con Infección Urinaria Asintomática o con Sintomatología Leve. ✓ Aumento de ingesta de líquidos. ✓ Manejo con antimicrobianos con Esquema A. ✓ Tan pronto como el siguiente día que termina el tratamiento, repetir examen de orina con cinta de esterasa leucocitaria ó cinta reactiva de uroanálisis. ✓ Si examen de orina es anormal o cuadro clínico persiste, continúe tratamiento con Esquema B por 7 días más. ✓ Advertir sobre aparición de sintomatología severa para atención inmediata. ✓ Vigilar y advertir por síntomas y signos de amenaza de parto pretérmino.	Embarazada con Infección Urinaria con Sintomatología Severa, o con Infección Urinaria Asintomática o Sintomatología Leve en que la patología de base es la causa predominante para hospitalización (ej. Amenaza de parto Pretérmino, Síndrome hipertensivo gestacional, etc.).

Algoritmos de las estrategias diagnósticas y terapéuticas

Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Urinarias Asintomáticas+ y Sintomáticas en Embarazadas, utilizando Cinta de Esterasa Leucocitaria y Nitritos ó Cinta Reactiva de Uroanálisis en Orina sin Centrifugar



Algoritmos de las estrategias diagnósticas y terapéuticas



Abordaje:

- Aumento de ingesta de líquidos.
- Manejo con antimicrobianos con Esquema A.
- Al siguiente día que termina el tratamiento, repetir examen de orina con Cinta de Esterasa Leucocitaria ó Cinta Reactiva de Uroanálisis.
- Si Examen de Orina es anormal o cuadro clínico persiste, continúe tratamiento con Esquema B por 7 días más.
- Advertir sobre aparición de Sintomatología Severa para atención inmediata.
- Vigilar y advertir por síntomas y signos de Amenaza de Parto Pretérmino.



Fármacos a Utilizar:

Esquema A:

Nitrofurantoína Cápsulas 100 mg PO c/12 h por 7 días o Nitrofurantoína Tabletas 100 mg PO c/8 h por 7 días.

Esquema B:

Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días ó Cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días.

- Si falla el Esquema B, habiéndose asegurado del cumplimiento del tratamiento, refiera urgente al hospital como ARO.

Fármacos a Utilizar:

- Hidratación: Soluciones cristaloides (SSN o Ringer), 1500 mL / m², Potasio 20 meq/L.
- Acetaminofén 500 mg PO c/ 6 h.
- **Dexametasona** 6 mg IM c/12 h por 4 dosis, si hay Amenaza de Parto Pretérmino y embarazo está entre 26 y menos de 35 SG (34 6/7 SG).
- Utilice útero inhibidores si se confirma Amenaza de Parto Pretérmino.

Utilice Antimicrobianos 7 días IV y luego 7 días PO:

- **IV:** Ceftriaxona 2 g IV c/24 h.
- **P.O:** Cefalexina 500 mg PO c/6 h ó Cefadroxilo 500 mg PO c/12 h.
- Al completar las dos semanas de tratamiento, inicie profilaxis para evitar recurrencia: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO diario por 30 días.
- Antimicrobianos en caso de resistencia a Ceftriaxona:

- Primera opción: **Piperacilina / Tazobactam:** 4 g / 0.5 g IV c/8 h por 7 días con diluyente especial de 50 mL adjunto, a pasar en 30 min. (ajustar la dosis en caso de falla renal).

- Segunda opción: **Imipenem:** 500 mg IV c/6 h por 7 días, diluidos en 100 mL de SSN. No exceder 50 mg/kg/día (ajustar la dosis en caso de falla renal).

- Al completar 7 días de tratamiento, inicie profilaxis para evitar recurrencia: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO diario por 30 días.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO (O.98.3)

Manejo Sintomático de las ITS

Flujo Vaginal Vaginitis Candidiasis Vaginosis bacteriana Tricomoniasis Cervicitis Clamidia Gonorrea Cervico-vaginitis	Úlcera Genital Sífilis primaria Chancro Blando Herpes genital	Bubón Inguinal Linfogranuloma Venéreo Chancro Blando Otras Granuloma Inguinal Verrugas genitales Hepatitis B
--	---	---

Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

ITS	CLINICA	DIAGNOSTICO
Candidiasis	-Inflamación vulvovaginal -Fisuras -Secreción adherente a la mucosa, blanquecina, con grumos (queso cottage). -No fétidez. -Eritema o enrojecimiento importante. -Prurito. -Molestia al orinar.	-Diagnóstico de certeza - Cultivo positivo a <i>Cándida</i> sp. -Exámenes de laboratorio: - Frotis en fresco (levaduras o pseudohifas 40-60% de sensibilidad). - Tinción de Gram (levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado teñido con tinción de Gram 65% de sensibilidad). - Estudio citológico cérvico-vaginal.
Vaginosis Bacteriana (VB)	- Secreción vaginal blanca o grisácea, de textura homogénea que recubre suavemente las paredes de la vagina.	- Criterio de AMSEL: - Flujo vaginal homogéneo (el color y la cantidad pueden variar). - Olor a aminas (pescado) en solución de hidróxido de potasio al 10%(directo con KOH), comúnmente llamado "prueba de olor". - Presencia de células guía, son células epiteliales cubiertas por coccobacilos en la microscopía. -pH vaginas mayor de 4,5.

Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

ITS	CLINICA	DIAGNOSTICO
Trichomoniasis	-Flujo amarillo-verdoso (10-30% de los casos). Ocasionalmente, se aprecian burbujas debidas a la producción de gas por bacterias anaerobias. -Fetidez. -Disuria (cuando hay infección uretral). -Inflamación vulvovaginal (edema, eritema). -Cervicitis (Cérvix en fresa en 2%). -La exploración es normal en 5-15%.	-Papanicolaou (Pap). -Frotis al fresco y tinción de Gram (51-65% sensibilidad). -Cultivo para Trichomonas 75%-96% de sensibilidad y una especificidad de hasta el 100%. -Pruebas de ampliación de ácido nucleico (NAT) sensibilidad 95.3%–100% especificidad 95.2%–100%.
Gonorreia	-Frecuentemente Asintomática (50%). -Flujo vaginal (50%) -Cervicitis: exudado purulento o Mucopurulento visible en el canal cervical. -Sangrado endocervical fácilmente inducido por el paso suave de torunda de algodón. -Disuria (12%). -Inflamación de glándulas de Skene y Bartholin.	-Amplificación de Ácido Nucleico (AAN) (Sensibilidad 96%). -Cultivo de N. gonorrhoeae en medio de cultivo Thayer-Martin. (Sensibilidad 85- 95%.) -Tinción de Gram de la mucosa ano-genital (Sensibilidad 30% a 50%).
Clamidiiasis	-Asintomáticas en un 50%. -Prurito y escozor vaginal durante el coito. -Leucorrea amarillenta. -Sangrado vaginal postactividad sexual. -Dispareunia. -Molestia rectal. -Fetidez. -pH mayor de 4.5.	-Correlación pobre entre los resultados obtenidos por cultivo, por serología NAAT Amplificación de Ácido Nucleico.
Sífilis (primaria)	-Úlcera genital que puede ser única, de fondos limpios y bordes elevados.	- Pruebas no treponémicas: -VDRL: Sensibilidad 78–100%, especificidad 98–100%, título mayor de 1:8 positivo para sífilis (1) o RPR: Prueba de reagin plasmática rápida. Sensibilidad 86–100%, especificidad 93– 98%.

Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

ITS	CLINICA	DIAGNOSTICO
Herpes Genital	-20 % lesiones típicas (ampollas se abren y dejan llagas dolorosas que pueden tardar semanas en curarse). A estos síntomas a veces se les llaman "brotes". -60 % tiene lesiones atípicas. -20 % son completamente asintomáticas.	-Frotis del fondo de la vesícula, donde se observan células gigantes multinucleadas (frotis de Tzank). -Cultivo viral es positivo en 90% de las vesículas intactas, pero su positividad disminuye en etapa de úlcera -La detección del DNA por PCR y la detección de anticuerpos en suero G2 HSV-glicoproteína específica (HSV-2) 80% -98% y la glicoproteína G1 (HSV-1).
Chancroide	-Úlcera suele ser única (poco frecuente que sea múltiple) de fondo sucio, necrótico y purulento, bordes mal delimitados, sangra al contacto, dolorosa que aumenta a la presión, suele progresar de una pápula a pústula y posteriormente se ulcera. -Localización más frecuente en la horquilla vaginal -Linfadenopatías hasta en 50%	-El diagnóstico es por clínica y exclusión de otras patologías ulcerativas, ya que se requiere de cultivos especiales no distribuidos a nivel mundial y no hay otros métodos de laboratorio aprobado por la FDA actualmente.
Linfogranuloma Venéreo	-Linfadenopatías hasta en 50%. - Temprano: úlcera genital o inguinal que desaparece rápidamente, ocasionalmente no aparece. -Signo primordial es la linfadenopatías inguinal o femoral unilateral dolorosa. -Tardía: proctocolitis (secreción mucosa y/o hemorrágica rectal, dolor anal, estreñimiento, fiebre y / o tenesmo) fistulas y estenosis colorectales crónicas.	-Sospecha clínica, información epidemiológica, y la exclusión de otras etiologías. -No hay pruebas diagnósticas específicas o no aprobadas para uso regular.
Granuloma Inguinal	-Pápulas o nódulos en el sitio de inoculación que después se ulceran, son indoloras, lentamente progresivas en los genitales o el perineo. -Adenopatías inguinales y granulomas subcutáneos (pseudobubones) que se ulceran. -Son altamente vasculares por lo tanto dan un aspecto rojo fornido y sangran fácilmente.	-Cultivo: el diagnóstico requiere la visualización de cuerpos de Donovan-tinción oscura en la preparación de aplastamiento del tejido o biopsia. -No existen pruebas moleculares.
Verrugas Genitales	-Lesiones exofíticas o crecimientos en la piel ano genital y/o las mucosas; múltiples, asimétricas polimórficas que pueden variar en apariencia de papular a coliflor.	-RPR. Tamizaje para VPH, Gram y fresco para flujos. -Papanicolaou debe hacerse en la primera visita prenatal.

Tratamiento de las infecciones de Transmisión Sexual

Primera Opción

Alternativa

ITS	Primera Opción	Alternativa
Candidiasis	➤ Solamente los Azoles tópicos son recomendados para usode la mujer embarazada. ➤ Clotrimazol óvulo vaginal, 500mg dosis única. ➤ Clotrimazol 100mg, 1 óvulo vaginal por 7 días.	➤ Clotrimazol 1% crema, 5gr intravaginal por 7-14 días; o al 2% crema, 5gr intravaginal por 3 días. ➤ Butoconazol 2% crema, 5 gramos intravaginal por 3 días. ➤ Miconazol crema al 4%, 1 aplicación (5g) en vulva y vagina por 3 días o en óvulos vaginales de 200mg por 3 días. ➤ Ticonazol 6.5%, 5g intravaginal en una sola aplicación. ➤ Terconazole 80 mg, óvulo vaginal, 1 al día por 3 días.
Vaginosis Bacteriana (VB)	➤ Metronidazol de 500 mg vía oral dos veces al día por 7 días o Metronidazol 2g Vía oral en una sola dosis.	➤ Metronidazol 0.75% local, (5gr) 1 aplicador vaginal por 5 días o Clindamicina crema al 2% 1 aplicador (5g) al acostarse por 7días.
Gonorrea	➤ Metronidazol 2gr PO dosis única.	➤ Metronidazol 500mg PO c/12h por 7 días.
Trichomoniasis	➤ Ceftriaxona 250 mg IM dosis única más Azitromicina 1 gr PO en dosis única.	➤ Cefixima 400mg PO dosis única cuando la inyección IM esté contraindicada o sea denegada por la paciente. ➤ Espectinomicina 2gr IM dosis única más Azitromicina 1gr PO en dosis única; en caso de alergia.
Clamidiasis	➤ Azitromicina 1 gr PO dosis única.	➤ Eritromicina base 500mg PO c/6h por 7 días.

ITS	Primera Opción	Alternativa
Sífilis (Primaria)	➤ Con RPR positivo: tratamiento con Penicilina Benzatínica 2.4 millones de UI, vía IM, dosis única. ➤ Pacientes que tiene alergia a la penicilina deben de ser desensibilizados y tratados con Penicilina.	➤ Ceftriaxona 1 gr diario IM o IV por 10-14 días. La dosis óptima y duración no ha sido definida e incluso también pueden ser alérgica a las ceftriaxona. ➤ Criterio diagnóstico y serológico de sífilis: Toda prueba serológica no treponémica (VDRL o RPR) o treponémica que reaccione será considerada diagnóstico presuntivo (posible) para asegurar el tratamiento temprano.
Chancroide	➤ Ceftriaxona 250 mg IM dosis única o Azitromicina 1 g PO dosis única.	➤ Eritromicina base 500mg PO cada 8 horas por 7 días.
Herpes Genital	➤ Aciclovir 400mg tres veces al día, por lo general durante 5 días. Si la adquirió en el I o II Trimestre: Aciclovir supresivo, 400 mg 3 veces al día hasta el momento de la cesárea. En el tercer trimestre: continuar con aciclovir supresiva diaria, 400 mg tres veces al día hasta el momento de la cesárea.	➤ Valacyclovir 500 mg PO, 2 veces al día.
Linfogranuloma Venéreo	➤ Eritromicina base 500 mg PO cada 6 horas por 21 días.	➤ Azitromicina 1 g semanal PO por 3 semanas (no se dispone de datos publicados sobre su seguridad y eficacia).
Granuloma Inguinal	➤ Azitromicina 1 g semanal PO por 3 semanas mínimo y hasta que todas las lesiones hayan sanado completamente.	➤ Eritromicina base 500 mg PO 4 veces al día durante al menos 3 semanas y hasta que todas las lesiones hayan sanado completamente.
Verrugas genitales	Ácido tricloroacético (TCA) al 50% -90% en alcohol al 70%. ➤ Electrocirugía.	➤ Agregar un aminoglucósido: Gentamicina 1 mg / Kg IV cada 8 horas. si la mejora no es evidente dentro de la primera semana de terapia.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y EMBARAZO. CIE-10. M32

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CRITERIOS DE LA AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION PARA EL DIAGNÓSTICO DEL LUPUS SISTÉMICO ERITEMATOSO

1.- Rash malar	Eritema facial fijo, plano o elevado sobre la eminencia malar.
2.- Rash discoide	Placas eritematosas con escamas queratósicas y afectación folicular.
3.- Fotosensibilidad	La exposición a la luz UV produce Rash.
4.- Úlcera orales	Incluye úlceras nasales y nasofaríngeas.
5.- Artritis	Artritis no erosiva, que afecta a dos o más articulaciones periféricas, con inflamación, tumefacción o efusión.
6.- Serositis	Pleuritis o pericarditis documentadas por ECG o evidencia de efusión Pericárdica.
7.- Enfermedad renal	Proteinuria de > 500 mg/DI o presencia de cilindros hemáticos o Celulares.
8.- Alteraciones neurológicas	Convulsiones o psicosis sin otra causa aparente.
9.- Alteraciones hematológicas	Anemia hemolítica o leucopenia (< 4000/ul) o linfopenia (< 1500 ul) o trombocitopenia (< 100.000 ul) en ausencia de fármacos lesivos.
10.- Alteraciones inmunológicas	Presencia de anti-dsDNA, anti-Sm y/o Antifosfolípido.
11.- Anticuerpos antinucleares	Título anormal de ANA por inmunofluorescencia en ausencia de cualquier fármaco conocido que sea inductor de los ANA.

RECUERDE

Si una persona tiene síntomas y signos que apoyan el diagnóstico de lupus, con cuatro de los criterios de la ACR, incluyendo una prueba positiva de ANA (si hay disponibilidad), no es necesario realizar más exámenes de laboratorio.

Si una persona tiene solamente dos o tres de los criterios de la ACR, incluyendo ANA positivos, entonces éstos apoyan, pero no confirman el diagnóstico. En estos casos, INDICAR realización de pruebas más específicas: anti-ADN y anti-Sm (si esta disponible) para confirmar diagnóstico de lupus.

PROCEDIMIENTOS

Manejo
ambulatorio
para todas las
Embarazadas

Manejo Hospitalario
Exacerbación de los síntomas
o si se desarrolla nueva
síntomatología clínica
relacionada con: daño renal
y/o hipertensión arterial y,
síndrome Antifosfolípido.

Tratamiento no farmacológico

- Manejo de la embarazada por equipo multidisciplinario.
- Atención prenatal cada 4 semanas y realizar las actividades básicas.
- Vigilancia de complicaciones maternas y fetales a través de pruebas de laboratorio.
- Identificar afección renal.

identificar signos de
pleuritis o pericarditis .

Hábitos

- Alimentación adecuada.
- Ejercicio rutinario.
- Dormir al menos 8 horas diario.
- Evitar o no extremar la exposición al sol, usar ropa que le proteja, gafas de sol y protector solar.
- Evitar tabaquismo, consumo de alcohol, exceso de medicamentos prescritos. Cumplir con su APN y orientaciones.

Tratamiento Farmacológico

- Medicamentos seguros en el embarazo:
 - Paracetamol
 - Dosis bajas de Aspirina
 - Antiflamatorios no esteroideos.
 - Hidroxicloroquina.
 - Prednisona.
 - Azatioprina.
 - **Medicamentos inseguros:**
 - **Ciclofosfamida**
 - **Metotrexate.**
 - **Micofenolato mofetilo.**
- RECUERDE:**
completar
la maduración
pulmonar.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

El diagnóstico se define con base a la presencia de al menos un criterio clínico y un criterio de laboratorio.

CRITERIOS CLÍNICOS

Trombosis	Manifestaciones obstétricas
✓ Trombosis vascular: uno o más episodios de trombosis arterial, venosa o de pequeños vasos en cualquier órgano o tejido.	✓ Tres o más abortos antes de las 10 SG con morfología fetal normal. ✓ Uno o más nacimientos prematuros de un neonato morfológicamente normal a partir de las 34 semanas. ✓ Una o más muertes fetal inexplicadas a partir de las 10 SG.

CRITERIOS DE LABORATORIO

- Anticardiolipinas de isotipo IgG y/o IgM en sangre, en título moderado o alto, en dos o más ocasiones, cada 12 semanas, utilizando la técnica de ELISA para AAC dependientes de β 2GPI.
- Anticoagulante Lúpico en plasma en 2 o más ocasiones cada 12 semanas.
- Anticuerpos anti β 2GPI de isotipo IgG y/o IgM en sangre, en título moderado o alto, en 2 o más ocasiones, separadas al menos 12 semanas, utilizando la técnica de ELISA.

TRATAMIENTO

- Aspirina (100 mg/día) al inicio y durante todo el embarazo en:
- Primigesta o mujer con embarazos previos normales con AAF positivos con o sin enfermedad asociada.
- Prednisona: sólo por razones no obstétricas **RECUERDE:** completar la maduración pulmonar.

Embarazada con anticuerpos antifosfolípidos positivos y patología obstétrica asociada, pero sin historia de trombosis:

- Mujeres con clínica de SAF HBPM dosis profilácticas (40 mg SC día) y ASA a dosis bajas.
- Mujeres con AAF positivos y pérdida fetal tardía, o pérdidas recurrentes: se sugiere dosis bajas de ASA (100mg día) y dosis de HBPM profilácticas (40 mg SC día).

Mujeres con SAF, y 1 parto pretérmino (o más), de un recién nacido normal antes de las 34 SG, debido a preeclampsia grave, eclampsia o insuficiencia placentaria dosis bajas de ASA y HBPM (enoxiheparina/bemiparina) dosis profilácticas (40 mg SC día).

- Embarazada con SAF y trombosis previas HBPM a dosis terapéuticas (1 mg/kg/día) y reiniciar la warfarina en el posparto.

RECUERDE

- El US Doppler de arteria uterina y umbilical en el segundo trimestre y mensual de la gestación puede ser útil como predictor de Preeclampsia e insuficiencia placentaria en pacientes con SAF primario o secundario a LES.
- En las mujeres embarazadas con SAF se sugiere realizar visitas prenatales cada 4 semanas hasta la mitad de la gestación y luego cada 2 semanas para detección temprana de proteinuria, trombocitopenia, control de la PA, US obstétrico y Flujometría.
- El SAF no es una contraindicación para el parto vaginal, la cesárea dependerá de las condiciones obstétricas de la embarazada.

ARTRITIS REUMATOIDE

La AR se caracteriza por la inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

La reducción de la actividad inflamatoria en la AR durante la gestación parece relacionada con el incremento en la actividad Th2 que tiene lugar durante el embarazo, con aumento de citoquinas como la IL-4 e IL-10, que podrían ser inmunosupresoras en la AR.

En la mujer embarazada con AR se recomienda el uso del instrumento DAS28 PCR para la evaluación del estado clínico de la actividad de la enfermedad.

La valoración clínica de una mujer embarazada con AR debe incluir al menos cuantificación del número de articulaciones dolorosas e inflamadas, PCR idealmente, de las escalas de evaluación funcional y del grado de actividad de la enfermedad.

MANEJO DE EMBARAZADA CON ARTRITIS REUMATOIDE

	Fármacos compatibles	Precaución
Artritis aguda en 1 o más articulaciones	Corticoides intraarticular, AINE (diclofenaco, ibuprofeno, Ketoprofeno, naproxeno).	Suspender AINE antes de las 32 semanas de embarazo.
Dolor	Paracetamol.	1-4 gr son seguros durante el embarazo.
	Corticoides Orales.	Usar ≤ 15 mg diarios en el primer trimestre.
	Antipalúdicos.	Preferible hidroxiclороquina.
	Azatioprina.	Usar ≤ 2 mg por kg de peso corporal al día.
Reagudización Sistémica	Ciclosporina	Monitorizar/Controlar la tensión arterial materna.
	Sulfasalazina	Suplementar con ácido fólico.

RECUERDE: completar la maduración pulmonar.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las embarazadas con Alto Riesgo Obstétrico deben proteger su salud, practicar el espaciamiento de las gestaciones y prevenir embarazos no deseados.

En la Atención Prenatal, se debe introducir conceptos generales de PF, ofertar los diferentes métodos anticonceptivos según cada patología de riesgo que presenta la embarazada, en las púerperas se debe promover la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) como parte de la estrategia de planificación familiar (PF) y así garantizar una maternidad segura en las mujeres.

