



E.S.E ALEJANDRO
**PRÓSPERO
REVEREND**
SANTA MARTA D.T.C.H.

RUTA MATERNO PERINATAL

Atención preconcepcional



Se desarrolla en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, lo que incluye acciones de promoción de la salud y de prevención del embarazo no deseado y de los riesgos evitables. Cuando se identifican condiciones de alto riesgo reproductivo, se debe hacer especial énfasis en la asesoría de anticoncepción.

En que consiste...

Puede realizarla el médico o la enfermera, Con una duración de 30 minutos si es de ingreso y 20 minutos control.

La historia clínica debe ser **completa**, antecedentes personales, antecedentes genéticos, familiares, ginecológicos y obstétricos.

Hábitos (alimentación-spa-actividad física)

Valoración psicosocial, esquema de vacunación, examen físico completo cefalocaudal, especuloscopia (para observar lesiones y edemas.

Laboratorios: citología, glicemia en ayunas, hemoclasificación, hemograma, igG Toxoplasma – Rubeola – varicela Prueba treponémica rápida, parcial de orina urocultivo, vih, hepatitis b, Sífilis, Hemoparásitos (en zonas endémicas), frotis vaginal (coloración gram y lectura para cualquier muestra+ examen directo fresco de cualquier muestra)



En que consiste...

Micronutrientes: Suplementación 0,4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defecto del tubo neural, toda mujer con antecedente de recién nacido con defecto del tubo neural debe ser de 4mg al día, que debe ser iniciada al menos 3 meses previo a la gestación.

Plan de cuidado: Parto pretérmino previo, enfermedad tromboembólica venosa, cesárea previa- mínimo 18 meses, abortos previos, minimizar muerte fetal previa, incompatibilidad rh, preclamsia en el embarazo anterior

Educación Individual
Educación Grupal



Ingreso a control prenatal

PROPOSITOS:

Mejorar la salud materna, Promover el desarrollo del feto, Identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, Generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.

Objetivos:

Vigilar la evolución del proceso de la gestación, Establecer un plan integral de cuidado prenatal y ofrecer información a la gestante para la preparación para la maternidad.

Equipo interdisciplinario nutrición, psicólogo, trabajo social

Una vez captada la gestante y realizarle el ingreso debe ser citada dentro de los 8 días hábiles para revisar resultados de laboratorio, luego continuar mensualmente hasta completar las 36 semanas y a partir de allí cada 15 días hasta la semana 40.

Captación temprana, Antes de la semana 10

Primera consulta prenatal. Anamnesis, Valoración psicosocial, Examen Físico, Paraclínicos, Valoración del Riesgo Materno, riesgo de preeclampsia Micronutrientes y Vacunación.



Acceso sin barrera a la IVE

RESOLUCIÓN NÚMERO ,051 DE 2023

Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018.

Talento Humano: Profesionales de enfermería, medicina, medicina especializada en ginecología, psicología y trabajo social.

Tiempo: 5 días.

Atenciones Incluidas: - Valoración integral de la salud de la mujer. -Orientación y asesoría para la toma de decisiones.

- Orientación farmacológica y no farmacológica. - Provisión anticonceptiva. - Control post aborto.

- Exploración ecográfica - Tamizaje para VIH y Sífilis. - Hemoclasificación e Inmunoglobulina anti D.



Acceso sin barrera a la IVE

ELECCIÓN DE PROCEDIMIENTO: Métodos antes de las 15 semanas

**No farmacológicos: Aspiración al vacío manual o eléctrica.
Farmacológicos: Misoprostol + Mifepristona**

Métodos después de las 15 semanas

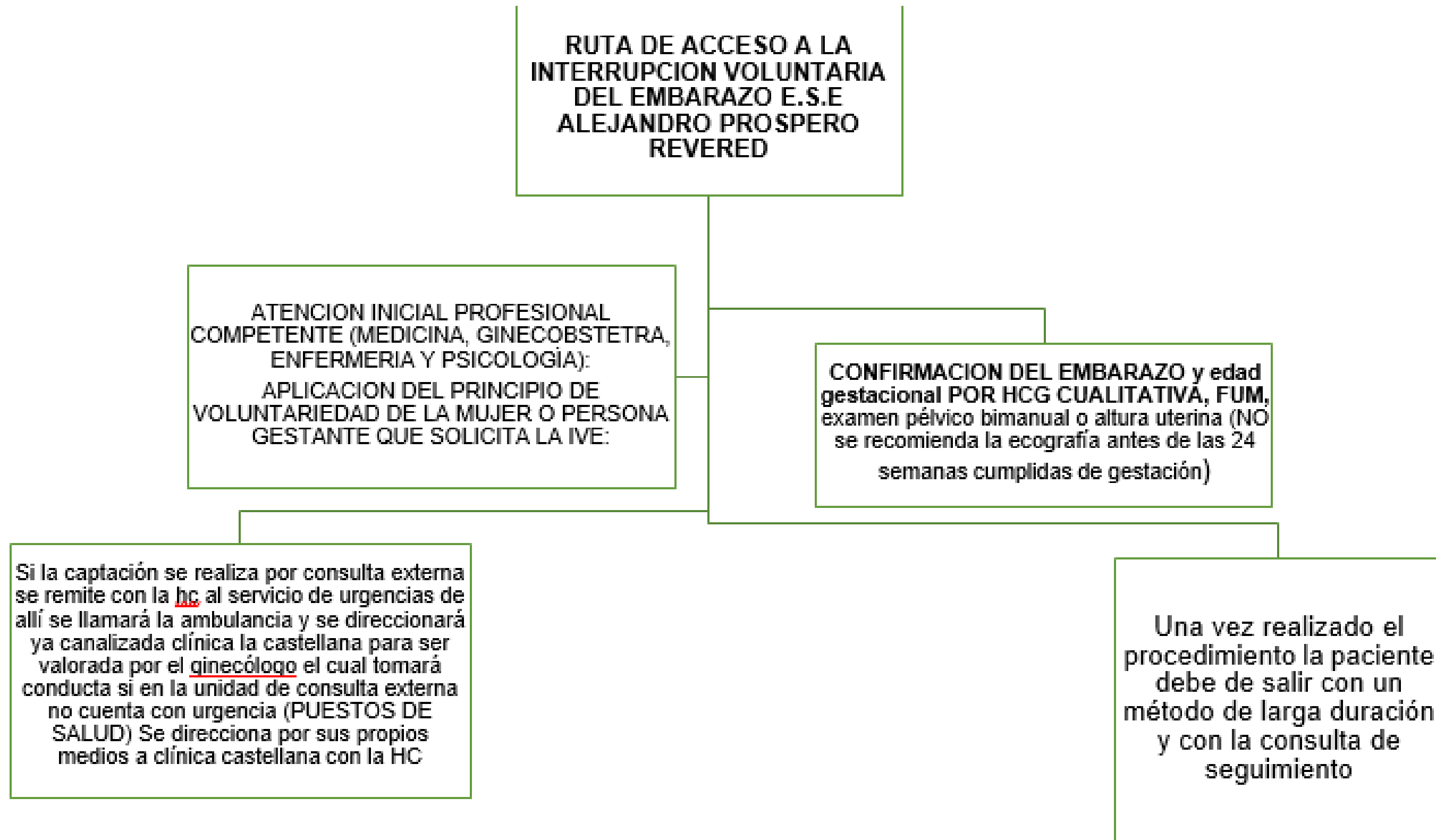
**No farmacológicos: Dilatación y Evacuación (Aspiración y pinzas).
Farmacológicos: Misoprostol + Mifepristona**

Métodos Después de las 20 semanas

**No farmacológicos: Aspiración al vacío manual o eléctrica.
Farmacológicos: Misoprostol + Mifepristona
Muerte Cardíaca Fetal KCLo Digoxina**

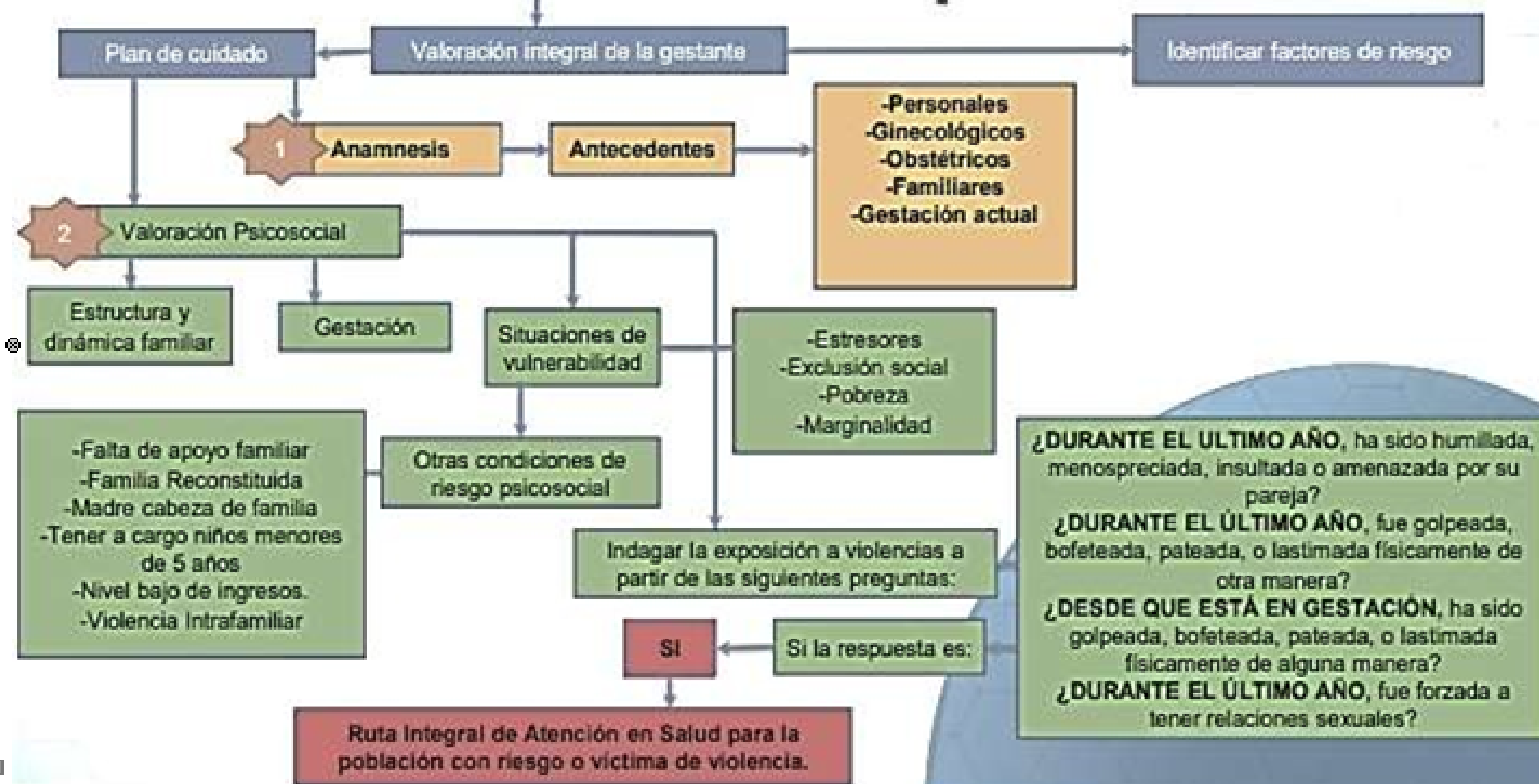


Acceso sin barrera a la IVE



Inicio control prenatal

Primera consulta prenatal



SOLICITUD DE PARACLÍNICOS INGRESO A CONTROL PRENATAL



- Parcial de orina y Urocultivo.
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
- Prueba treponémica rápida para sífilis.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- Pruebas de IgG, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avididad IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.

SOLICITUD DE PARACLÍNICOS INGRESO A CONTROL PRENATAL



- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo.
- En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje para enfermedad de Chagas.

FORMULACIÓN DE MICRONUTRIENTES



-Ácido fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 400 microgramos día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg. (diabetes, epilepsia, obesidad)

Calcio: suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.

Hierro: suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

En gestantes de alto riesgo de Preeclampsia y cifras tensionales ($>130/80$) a partir de las 12 semanas de gestación debe de iniciar aspirina a bajas dosis (150 mg/día, por la noche hasta el final de la gestación) reducción del 14% en la incidencia de preeclampsia y del 21% en la tasa de mortalidad perinatal.

INFALTABES EN GESTIÓN DE RIESGO 2024

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado

EVALÚE ESCALA DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL PRENATAL (Herrera J.) Y TENGA EN CUENTA EN CADA ATENCIÓN A LA GESTANTE PARA DEFINIR RIESGO OBSTÉTRICO

ESCALA DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL PRENATAL		
	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2.500 g o 4.000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
Embarazo actual		
	Enfermedad renal crónica	2
	Diabetes gestacional	2
	Diabetes preconcepcional	3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	2
Anemia	(Hb <10g/l)	1
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

- Escala biopsicosocial de herrera
- Puntaje > o = 3 puntos
- 2.Patología tipificada como ARO

GESTANTES DE ALTO RIESGO

LISTADO GESTANTE ALTO RIESGO

Gestante adolescente , gestante añosa (<18 , >35)	Embarazo con DIU intrauterino	Embarazo resultado de técnicas de reproducción asistida
Riesgo biopsicosocial: madre soltera. Gestantes con escasa red de apoyo	Anemia leve	Incompatibilidad Rh no sensibilizada
Embarazo no aceptado	Náuseas y vómitos del embarazo	Hipotiroidismo subclínico , sin bocio
Violencia intrafamiliar	IVU primer episodio	Macrosomía fetal
IMC < 20 al inicio del embarazo	Miomatosis uterina	Incremento excesivo o deficiente de peso durante la gestación
Sobrepeso , Obesidad I-II al inicio del embarazo	Masas anexiales	Escaso control prenatal- inicio tardío del control prenatal
Tabaquismo	Riesgo laboral u ocupacional	Antecedente de preeclampsia en embarazo previo
Multiparidad > 4 partos vaginales	Antecedente de malformación fetal embarazo previo	Antecedente de cirugía uterina
Antecedente de restricción de crecimiento fetal	Antecedente de parto pretérmino	Aborto habitual
Antecedente de mortinato	Antecedente de cuello corto	Antecedente de óbito

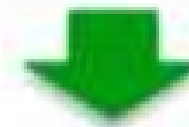
GESTANTES DE ALTO RIESGO

Diabetes gestacional, pregestacional	Infección materna por hepatitis B, VIH	TORCH
Drogadicción y alcoholismo	Cáncer	Hidrops fetal
Malformación fetal	Aloinmunización Rh	Obesidad III o más
Embarazos múltiples	Cardiopatía materna	Hiperemesis gravídica
Muerte perinatal recurrente	Enfermedad renal crónica	Morbilidad materna que requirió hospitalización en UCI
Restricción de crecimiento fetal	Arritmias cardíacas	Cuello corto
Placenta previa	Hipotiroidismo clínico	Incompetencia cervical
Placenta ácreta , íncreta o pércreta	Hipertiroidismo -tirotoxicosis	Polihidramnios- Oligohidramnios
Rotura prematura de membranas pretérmino	Discracias sanguíneas, alteraciones de la coagulación, trombocitopenia	Infección de vías urinarias a repetición
Transtornos hipertensivos del embarazo	Epilepsia , tumores cerebrales, enfermedades degenerativas del SNC	Antecedente de trasplante de órganos
Anemia moderada-severa	Enfermedad psiquiátrica	Enfermedades autoinmunes

1. ALERTAS TEMRANAS EN CPN ATENCIÓN PRIMARIA |

ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana

Sistema de alerta temprana para desarrollar a la cabecera de la paciente
Utiliza un código de colores de acuerdo a los signos identificados como de alarma y sus variaciones
Los signos Deben ser documentados por el personal de enfermería



Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg	< 80	80-89		90-139	140-149	150-159	≥ 160
Presión Arterial Diastólica (PAD) mmHg				< 90	90-99	100-109	≥ 110
Frecuencia respiratoria (FR) minutos	< 10			10-17	18-24	25-29	≥ 30
Frecuencia cardíaca (FC) minutos	< 60			60-110		111-149	≥ 150
%O2 requerido para mantener una saturación > 95%				Aire ambiente	24-39%		≥ 40%
Temperatura °C	< 34.0		34.0- 35.0	35.1-37.9	38.0- 38.9		≥ 39
Estado de consciencia				Alerta			No alerta

Se deberá asignar puntuación a cada categoría y hacer la sumatoria general para definir la respuesta de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntuación	Grado de Respuesta
0	OBSERVACIÓN DE RUTINA
Sumatoria de 1 a 3	OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs. LLAMADO - Enfermera a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria ≥ 4	OBSERVACIÓN - mínimo cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda
Sumatoria ≥ 6	OBSERVACIÓN - Monitoreo continuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico

ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio¹³²

Se recomienda la identificación de los siguientes factores de riesgo para la implementación de intervenciones para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, parto o puerperio. Este listado constituye una guía orientadora sobre la que el clínico debe aplicar su criterio médico y ponderar el peso relativo de cada uno de los factores para la toma de decisiones.

FACTOR DE RIESGO	ANTENATAL	POSTNATAL
Trombofilia heredada de muy alto riesgo ^a	1 FACTOR Anticoagulación Desde el momento de su identificación	1 FACTOR Anticoagulación Hasta al menos 6 semanas postparto
Trombofilia adquirida o heredada con Evento Tromboembólico venoso previo (EVT).		
EVT recurrente (dos o más)		
Obesidad mórbida pregestacional (IMC > 40 Kg/m ²)	1 FACTOR Tromboprofilaxis farmacológica antenatal desde el momento de su identificación	1 FACTOR Tromboprofilaxis farmacológica postnatal Hasta 6 semanas postparto
Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida (Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípido).		
EVT previo		
Enfermedades del colágeno: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Dermatomiositis.		
Óbito		
Síndrome de Hiperestimulación Ovárica	Tromboprofilaxis farmacológica en I trimestre y hasta que resuelva cuadro clínico.	---
Sepsis puerperal	---	Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días posterior al egreso.
Gestante o mujer en puerperio hospitalizada > 3 días ^b .	Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con medidas farmacológicas Al alta: Tromboprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días.	

Obesidad pregestacional (IMC a 30 – 39 Kg/m ²)	Con 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales. CON 2 FACTORES DE RIESGO: Iniciar medidas no farmacológicas durante toda la gestación. CON 3 O MÁS FACTORES DE RIESGO: Iniciar desde el ingreso a CPN medidas no farmacológicas y tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.	CON 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales. CON 2 O MÁS FACTORES DE RIESGO: Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días postparto.
Várices ^b		
Diabetes tipo I y tipo II		
Enfermedad Renal Preexistente		
Técnicas de reproducción asistida		
Embarazo Múltiple		
Hemorragia Postparto		
Preeclampsia		
Hiperemesis Gravidica (alteración hidroelectrolítica o del estado ácido base)		
Parto Pretérmino		
Cesárea		
Sepsis durante el embarazo		
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Procedimiento quirúrgico en embarazo o puerperio		
Trasfusión > 2 Unidades		
Gestante o Mujer en Puerperio hospitalizada < 3 días ^b	Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica.	
Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días.		
EDAD >35 Años		
Sobrepeso Pregestacional IMC 25-30 Kg/m ²	CON 1-2 FACTORES DE RIESGO: recomendaciones generales	
Tabaquismo	CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: Iniciar medidas no farmacológicas desde el momento de su identificación. 6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: Iniciar desde el momento de su identificación medidas no farmacológicas e iniciar tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.	CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas. 6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas
Hipertensión Arterial Crónica		
Hemorragia Anteparto		
Inducción del trabajo de parto		
3 o más partos.		
Corioamnionitis		
Viaje mayor de 4 horas ^d		

RIESGO MUY ALTO



RIESGO ALTO



RIESGO MODERADO



RIESGO BAJO.



DOSIS TROMBOPROFILAXIS RECOMENDADAS DE HBPM

- < 50 Kg= 20 mg enoxaparina, 2500 u dalteparina, 3500 u tinzaparina
- 50-90 Kg= 40 mg enoxaparina, 5000 u dalteparina, 4500 u tinzaparina
- 91-130 Kg= 60 mg enoxaparina, 7500 u dalteparina, 7000 u tinzaparina
- 131-170 kg= 80 mg enoxaparina, 10000 u dalteparina, 9000 u tinzaparina

RIESGO PARTO PRETÉRMINO

Población general

- Corresponde a todas las embarazadas sin criterios de riesgo

Población en riesgo de parto pre término

- Pacientes que presentan mayor riesgo de parto pre término según los siguientes criterios

POBLACIÓN EN RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

Aborto a repetición (> 2 abortos espontáneos)

Técnicas de reproducción asistidas

Antecedente de conización (cono frío con cono LLETZ)

Antecedente de dilatación y curetaje

Amenaza de aborto a repetición en la presente gestación (>1 episodio de sangrado)

Alteraciones Mullerianas (útero bicornue, didelfo, septado)

Infecciones genitourinarias durante la gestación (JVU repetición, vaginosis)

Gestación múltiple

Hemorragia durante la gestación (placenta previa, vasa previa)

Polihidramnios

Antecedente de parto pretérmino en embarazo anterior (hasta 35 semanas)

Embarazo con DIU in situ

Período intergenésico menor a 6 meses

INTERVENCIONES



- Tratamiento oportuno de infecciones urinarias(bacteriuria asintomática) y vaginosis bacteriana de acuerdo a las guías de práctica clínica.
- Desde la semana 16 se debe solicitar cervicometría , se considera normal si es igual o mayor a 25 mm, se debe repetir cada 15 días hasta la semana 24 .
- Si la paciente presenta medición menor a 25 mm inicio de progesterona micronizada y debe ser remitida a prestador complementario para evaluar pertinencia de cerclaje.
- Pacientes con riesgo de síndrome isquémico placentario se debe iniciar ácido acetil salicílico (150 mg) día desde la semana 12 hasta la semana 36
- Valoración por medicina materno fetal.

PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA FERROPENIA

Déficit de depósitos de hierro en la médula ósea.

Dx: ferritina < 30 mg/dl, valores < 15 mg/dl se relacionan con depleción de hierro y niveles menores a 12 mg/dl se asocian con anemia

ANEMIA

Hb < 11 g/dl en primer y tercer trimestre y menor a 10.5 g/dl en segundo trimestre

Leve 10-10.9 g/dl (10.5 en 2do trimestre)

Moderada 7-9.9 g/dl Severa < 7 g/dl

INTERVENCIONES



+PREVENCIÓN ANEMIA

- Suplementación universal con hierro oral
 - Identificación de paciente con factores de riesgo para ferropenia
-
- Antecedente de anemia
 - Embarazos múltiples
 - Dieta pobre en hierro (vegetarianas, obesidad, bajo peso)
 - Adolescentes
 - Menstruaciones abundantes DM tipo 1 o tipo 2
 - VIH
 - Hb < 12g/dl en 1er trimestre

RIESGO EPIDEMIOLÓGICO PREECLAMPSIA



RIESGO ALTO DE PREECLAMPSIA

En presencia de uno de los siguientes ASA 150 mg en la noche:

Antecedente de preeclampsia Antecedente de HT crónica Diabetes pregestacional Enfermedades autoinmunes IRC
Embarazo múltiple
IP arterias uterinas elevado.

RIESGO MODERADO DE PREECLAMPSIA

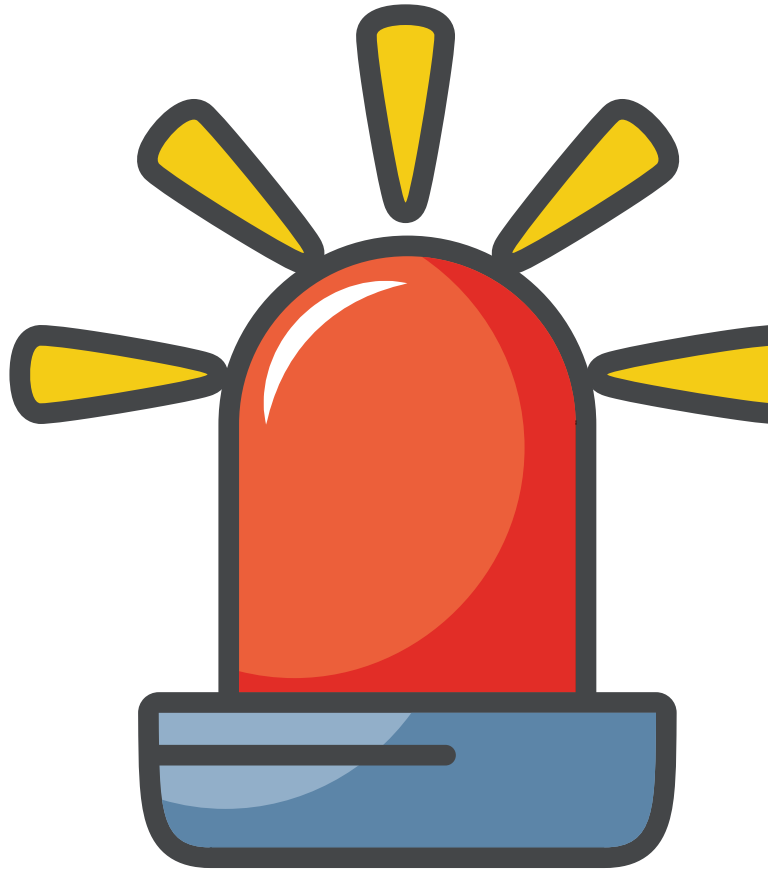
En presencia más de uno de los siguientes ASA 150 mg /noche:

Nuliparidad
IMC > 30 (IMC > 25)
Antecedente de óbito de causa no clara Antecedente de abruptio de placenta Afrodescendiente
Edad > 35 años o < 15 años Embarazo productode TRA
SOP (síndrome de ovario poliquístico)
Antecedente de hijo con RCF (restricción del crecimiento fetal) PA > 130/80 en primer trimestre

RECOMENDACIONES USO ASA

- 1.Verificar que no haya contraindicaciones
- 2.Inicio ideal 12-16 semanas
- 3.Criterio de suspensión

RIESGO EPIDEMIOOLÓGICO PREECLAMPSIA



Suspensión ASA

- Preeclampsia
- 36 semanas
- 7 días antes del nacimiento
- Evento adverso no tolerable
- Suspensión transitoria si la paciente va a intervención dx invasiva y reinicio 48 h luego de la intervención
-

Contraindicaciones absolutas

1. Alergia a ASA o hipersensibilidad a salicilatos
2. Hipersensibilidad a AINES
3. Pólipos nasales x riesgo de broncoespasmo
4. Asma inducida por ASA

Contraindicaciones Relativas

1. hemorragia GI
2. Úlcera péptica activa
3. Otras fuentes de hemorragia GI o genitourinaria
4. Disfunción hepática severa



PARA TENER EN CUENTA



Realización de citología a partir del segundo trimestre semana 14 a la 29

VACUNAS: -Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.

-Influenza estacional a partir de la semana 14

- Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.

Orden de translucencia nuchal se realiza entre la semana 10.6 - 13.6

SEMANA 18 1.Historia clínica completa 2.Formula micronutrientes 3.Exámenes de laboratorios si amerita 4.Ecodografía obstétrica Detalle anatómico ordenamiento entre la semana 18 y 24 5.Gota gruesa 6.Toxoplasma si se captó tardío después de semana 16

PARA TENER EN CUENTA



SEMANA 22 1. Historia clínica completa 2. Ecografía de detalle anatómico si no se ha solicitado 3. Exámenes de laboratorios: 4. Cuadro hemático 5. Uro análisis 6. Uro cultivo 7.VDRL , FTABS 8.VIH 9. Tamizaje para diabetes curva de tolerancia a la glucosa semana 24 a la 28 10. Formula de micronutrientes

SEMANA 26 1. Historia clínica completa 2. Formula micronutrientes 3. Análisis de laboratorios anteriores 4. Exámenes de laboratorios si amerita 5. Gota gruesa. A partir de esta semana Se realiza asesoría a planificación familiar

SEMANA 28 1. Historia clínica completa 2. Micronutrientes 3. Evaluación resultada de laboratorio 4. Orden de gota gruesa 5. Desparasitación antihelmíntica (albendazol 400 mg va dosis única).

SEMANA 32 1. Historia clínica completa 2. Micronutrientes 3. Análisis de laboratorios anteriores 4. Exámenes de laboratorios: 5. Cuadro hemático 6. Glicemia 7. Uro cultivo 8. Uro análisis 9.VIH 10. Serología VDRL 11. Gota gruesa 12. ECOGRAFÍA PERFIL BIOFÍSICO 13. Remisión obstetricia

SEMANA 34 1. Consulta de Obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Micronutrientes 4. Laboratorios de acuerdo a reportes anteriores. 5.Frotis rectal: tamizaje estreptococo grupo B + cultivo rectal y vaginal. Consulta de planificación familiar. Método de Planificación de Larga Duración. DIU O Implante subdérmico

SEMANA 36 1. Consulta obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Análisis de laboratorios anteriores 4. Gota gruesa 5. Determinar día del parto y el nivel de atención 6. Orden de atención del parto

SEMANA 38 1. Consulta de Obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Evaluación de resultados de laboratorios. 4.Confirmación de presentación fetal 5. Monitoreo fetal preparto 6. Información sobre: Trabajo de parto Analgesia entraparte Embarazo prolongado Cuidados postnatales

SEMANA 40 1. Consulta de Obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Remisión a urgencias si no hay signos o síntomas de trabajo de parto.

PARA TENER EN CUENTA



SEMANA 22 1. Historia clínica completa 2. Ecografía de detalle anatómico si no se ha solicitado 3. Exámenes de laboratorios: 4. Cuadro hemático 5. Uro análisis 6. Uro cultivo 7.VDRL , FTABS 8.VIH 9. Tamizaje para diabetes curva de tolerancia a la glucosa semana 24 a la 28 10. Formula de micronutrientes

SEMANA 26 1. Historia clínica completa 2. Formula micronutrientes 3. Análisis de laboratorios anteriores 4. Exámenes de laboratorios si amerita 5. Gota gruesa. A partir de esta semana Se realiza asesoría a planificación familiar

SEMANA 28 1. Historia clínica completa 2. Micronutrientes 3. Evaluación resultada de laboratorio 4. Orden de gota gruesa 5. Desparasitación antihelmíntica (albendazol 400 mg va dosis única).

SEMANA 32 1. Historia clínica completa 2. Micronutrientes 3. Análisis de laboratorios anteriores 4. Exámenes de laboratorios: 5. Cuadro hemático 6. Glicemia 7. Uro cultivo 8. Uro análisis 9.VIH 10. Serología VDRL 11. Gota gruesa 12. ECOGRAFÍA PERFIL BIOFÍSICO 13. Remisión obstetricia

SEMANA 34 1. Consulta de Obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Micronutrientes 4. Laboratorios de acuerdo a reportes anteriores. 5.Frotis rectal: tamizaje estreptococo grupo B + cultivo rectal y vaginal. Consulta de planificación familiar. Método de Planificación de Larga Duración. DIU O Implante subdérmico

SEMANA 36 1. Consulta obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Análisis de laboratorios anteriores 4. Gota gruesa 5. Determinar día del parto y el nivel de atención 6. Orden de atención del parto

SEMANA 38 1. Consulta de Obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Evaluación de resultados de laboratorios. 4.Confirmación de presentación fetal 5. Monitoreo fetal preparto 6. Información sobre: Trabajo de parto Analgesia entraparte Embarazo prolongado Cuidados postnatales

SEMANA 40 1. Consulta de Obstetricia 2. Historia clínica completa 3. Remisión a urgencias si no hay signos o síntomas de trabajo de parto.

PARA TENER EN CUENTA



En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye:

- Confirmar presentación fetal (maniobras de Leopold).
- Definir el componente y prestador para la atención del parto (incluye gestión con la familia, sobre los aspectos logísticos de la ausencia de la mujer en el hogar y la tenencia de sus hijas o hijos si los tiene) y remitir.
- En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo de embarazo prolongado
- Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Cuidados postnatales.

GENERACIÓN DE ALERTAS MME

- Gestantes mayores de 35 años.
- Gestantes con alteraciones nutricionales (obesidad, desnutrición o anemia).
- Gestantes que consultan a los servicios de urgencias.
- Gestante con egreso de una hospitalización.
- Gestantes con resultados de laboratorio alterado.
- Gestantes con antecedente de preeclampsia.
- Gestantes con riesgo de preeclampsia de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018.
- Gestantes con menos de cuatro controles prenatales mediando la semana gestacional 30.
- Gestantes con antecedente de Morbilidad Materna Extrema.
- Gestantes con riesgo de tromboembolismo de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018.
- Gestantes con diagnóstico de enfermedad del colágeno.
- Gestantes con diagnóstico de algún tipo de cáncer.

ATENCIÓN DEL PARTO



ATENCIÓN DEL PARTO

Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos. Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal.

El requerimiento mínimo de talento humano para la atención del parto de bajo riesgo es:

- a) Profesional en medicina.
 - b) Profesional en enfermería que acredite formación específica en atención de partos de baja complejidad en pregrado, postgrado o formación continua, expedida por una IES reconocida por el Estado y que ofrezca el programa de enfermería.
- El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las características y condiciones para acreditar esta formación.

ATENCIÓN DEL PARTO

Historia clínica completa

Anamnesis

-Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado.

-Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia.

-Antecedentes patológicos.
-Revisión completa por sistemas.

- Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.

Examen físico

-Valoración del aspecto general
-Valoración del estado nutricional.
-Toma de signos vitales.
-Examen completo por sistemas

-Valoración obstétrica
-Valoración ginecológica

Solicitud de paraclicnicos

Ftabs, VDRL
Hemoclasificación
Prueba para VIH
Gota gruesa en zona endémica de malaria.
Hematocrito y hemoglobina.
Antígeno de superficie de hepatitis B

ADMISIÓN DE LA GESTANTE

1. Dinámica uterina regular.
2. Borramiento cervical >50%
3. Dilatación de 4 cm.

ATENCIÓN DEL PARTO

PRIMER PERÍODO DEL PARTO

Latente

Del inicio trabajo de parto a los 6 cm de dilatación

Activa

Mayor 6 cm de dilatación hasta 10 cm +dinámica uterina irregular

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido.

Indicación pinzamiento tardío

- Interrupción del latido del cordón umbilical.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido.
- Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento.

SEGUNDO PERÍODO

Desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal

Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo

Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Indicación pinzamiento inmediato:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.

TERCER PERÍODO

Alumbramiento activo

Administrar oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloïdes en un tiempo no inferior a 3 minutos.

Tracción controlada del cordón

Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios anteriores.

Visualizar la placenta cara materna y fetal

Revisar integridad de las membranas y aspecto del cordón

Vigilar la hemostasia uterina

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

-Proveer una atención segura del puerperio a fin de prevenir detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal. -Brindar Información y asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos.

Comprende 2 etapas:

PUERPERIO INMEDIATO: Dos primeras horas post parto. Signos vitales maternos, Globo de seguridad, Sangrado genital, Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

PUERPERIO MEDIATO: Desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. -Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios. -Detectar tempranamente las complicaciones -Deambulación temprana. -Alimentación adecuada a la madre.

El alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo

CONSULTA AMBULATORIA POSPARTO: Deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 5° días post parto.

una vez la madre y él bebe salgan de la unidad debe de egresar con citas asignadas desde el servicio de urgencias (valoración de recién nacido con pediatra, consulta valoración post parto, consulta de planificación familiar)

Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto: Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia. Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastalgia. Fiebre. Sangrado genital abundante. Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea. Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos. Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal). Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa). Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor). Dolor o hinchazón en las piernas. Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.

Si presenta alguno de esos signos Debe REGRESAR AL SERVICIO DE URGENCIAS



ATENCIÓN DEL PUERPERIO



Atención para el cuidado del Recién Nacido: Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido y minimizar la posibilidad de presentar complicaciones.

Los requerimientos mínimos de talento humano:

PARTO DE BAJO RIESGO: Entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal

PARTO DE ALTO RIESGO: Médico especialista en pediatría

Atenciones incluidas: Enfoque antenatal de riesgo. Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos. Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de edad. Decisión del egreso hospitalario. Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario. Expedición y registro en el carné único de salud infantil

Atención del Recién Nacido en sala de parto: Limpieza de las vías aéreas, Secado del recién nacido, Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular, Pinzamiento y corte del cordón umbilical, Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre, Lactancia materna, Limpieza de las secreciones, Valoración del APGAR, Realización de la Escala de Silverman–Anderson, Identificación del recién nacido

Profilaxis: Profilaxis umbilical, Profilaxis ocular, Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Examen físico neonatal inicial, Toma de medidas antropométricas, Toma de muestra de sangre de Toma de medidas antropométricas cordón, Revisión de la placenta, Completar los datos de identificación del recién nacido, Registro de los datos en la historia clínica, Expedición del certificado de recién nacido vivo.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO



Cuidados durante las primeras 24 horas

Continuar, indagar y verificar LACTANCIA MATERNA, Realizar examen físico completo por profesional de medicina o especialista en pediatría, Control de signos vitales Vigilar condiciones higiénicas y del vestido, Revisar los resultados de laboratorios Vacunar: BCG.HB.

REALIZAR TAMIZAJE, Cardiopatía congénita Visual, Errores innatos del metabolismo Auditivo, Iniciar suplementación de hierro, Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido, Entregar el certificado de recién nacido vivo y orientar acerca de la expedición del registro civil. Decisión del egreso hospitalario.

Criterios de Egreso, Examen físico normal. -Succión y deglución adecuadas. -Lactancia adecuada. -Cita de control. -Micción y deposición. -Registro de pulsioximetría.

Tensión arterial en las 4 extremidades. -Hemoclasificación. -Conocimiento del resultado de VIH, serología, toxoplasma y hepatitis B. -Vacunación.

ruta sifilis gestacional



CASO CONFIRMADO DE SIFILIS GESTACIONAL

- Toda mujer:
Gestante,
Puerpera

Aborto en los últimos 40 días

con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas),
Prueba treponémica rápida positiva
prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución,
que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

- **Reinfección:** es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:
- Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido **tratamiento adecuado** para sífilis, **presenta durante el seguimiento clínico y serológico**, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.
- Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió **tratamiento adecuado** y **seis meses después** los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no **descienden dos diluciones**

ruta sifilis gestacional



CASO CONFIRMADO DE SIFILIS GESTACIONAL

- Toda mujer:
Gestante,
Puerpera

Aborto en los últimos 40 días

con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas),
Prueba treponémica rápida positiva
prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución,
que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

- **Reinfección:** es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:
- Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido **tratamiento adecuado** para sífilis, **presenta durante el seguimiento clínico y serológico**, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.
- Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió **tratamiento adecuado** y **seis meses después** los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no **descienden dos diluciones**

ruta sifilis gestacional

CASO CONFIRMADO DE SIFILIS CONGENITA



Nexo epidemiológico: fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, **sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.**

Laboratorio: todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

Clínica: todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita

Laboratorio: todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia.

- Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o en exámenes paraclínicos:
- **Clínica sugestiva:** bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco-sanguinolenta, hidrops fetal.
- **Cuadro hemático:** presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos $>35.000 \times \text{mm}^3$), trombocitopenia ($<150.000/\text{mm}^3$) no asociado a trastorno hipertensivo gestacional.
- **Radiografía de huesos largos:** que evidencie periostitis, bandas metafisarias u osteocondritis.
- **Líquido Cefalorraquídeo (LCR):** con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas ($>150 \text{ mg/dL}$ en el recién nacido a término o $>170 \text{ mg/dL}$ en el recién nacido pretérmino) o conteo de células $>25 \times \text{mm}^3$ en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.
- **Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa:** Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia $20,54 \text{ U/L} \pm 13,92 \text{ U/L}$), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia $7,95 \text{ U/L} \pm 4,4 \text{ U/L}$),

RUTA SIFILIS GESTACIONAL

CASO CONFIRMADO DE SIFILIS CONGENITA



Nexo epidemiológico: fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, **sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2'400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.**

Laboratorio: todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

Clínica: todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de sífilis congénita

Laboratorio: todo fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia.

- Manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico o en exámenes paraclínicos:
- **Clínica sugestiva:** bajo peso, prematurez, pénfigo palmo-plantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco-sanguinolenta, hidrops fetal.
- **Cuadro hemático:** presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos $>35.000 \times \text{mm}^3$), trombocitopenia ($<150.000/\text{mm}^3$) no asociado a trastorno hipertensivo gestacional.
- **Radiografía de huesos largos:** que evidencie periostitis, bandas metafisarias u osteocondritis.
- **Líquido Cefalorraquídeo (LCR):** con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas ($>150 \text{ mg/dL}$ en el recién nacido a término o $>170 \text{ mg/dL}$ en el recién nacido pretérmino) o conteo de células $>25 \times \text{mm}^3$ en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.
- **Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa:** Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia $20,54 \text{ U/L} \pm 13,92 \text{ U/L}$), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia $7,95 \text{ U/L} \pm 4,4 \text{ U/L}$),

RUTA SIFILIS GESTACIONAL

bilirrubina directa o conjugada > 20 % del total de la bilirrubina total. Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria.

Resultado e interpretación de las pruebas serológicas

Posibles resultados de pruebas treponémica y no treponémica	interpretación
Treponémica (negativa) No Treponémica (No Reactiva)	Ausencia de la infección. Si la exposición es muy reciente o se presenta sintomatología clínica se recomienda repetir las pruebas
Treponémica (Positiva) No Treponémica (Reactiva)	Infección activa
Treponémica (positiva) No Treponémica (No Reactiva)	En general se debe a una sífilis antigua tratada no activa (memoria inmunológica) puede ser un falso positivo en la prueba treponémica
Treponémica (Negativa) No treponémica (Reactiva)	Es ausencia de la infección o se puede tratar de un resultado falso positivo. Se recomienda repetir la prueba Treponémica utilizando otro método

Indicaciones: Toda gestante que ingrese a control prenatal se le realizará la prueba Treponémica (prueba rápida) en la consulta, para el diagnóstico de caso probable de sífilis gestacional, **una vez la prueba treponémica sea Positiva se ordenará Tratamiento para ella y su pareja, junto a la prueba No treponémica** y será aplicada la primera dosis del tratamiento, se recomienda No realizar prueba de alergia a la penicilina a la gestante. Se debe de ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacciones luego de su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres sin antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.00 UI IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba rápida treponémica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante. **Una vez la paciente se realice la prueba No treponémica (VDRL) será valorada en la siguiente cita de control prenatal y configurar el caso y definir conducta**



ruta sífilis gestacional



Se recomienda que el tratamiento de la sífilis gestacional se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que encuentre la gestante.

- Sífilis temprana (menor o igual a ($\leq$) 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latero temprana): administrar 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única.
- Sífilis tardía (sífilis latente mayor a ($>$) 1 año de duración desde la infección): administrar 2'400.000UI penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.
- Sífilis de duración desconocida: administrar 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.

En mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional e historia de alergia a la penicilina o antecedente de reacciones alérgicas sistémicas tipo I (edema angioneurótico, urticaria generalizada, choque anafiláctico o dificultad respiratoria), deberá utilizar penicilina benzatínica, previa desensibilización.

Se recomienda utilizar el esquema de desensibilización con penicilina V potásica vía oral el cual se presenta en la Tabla 17. Para su administración se requiere que la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) o Empresa Social del Estado (ESE) cuente con equipo básico para reanimación cardio-cerebro-pulmonar (RCP).

RUTA SIFILIS GESTACIONAL

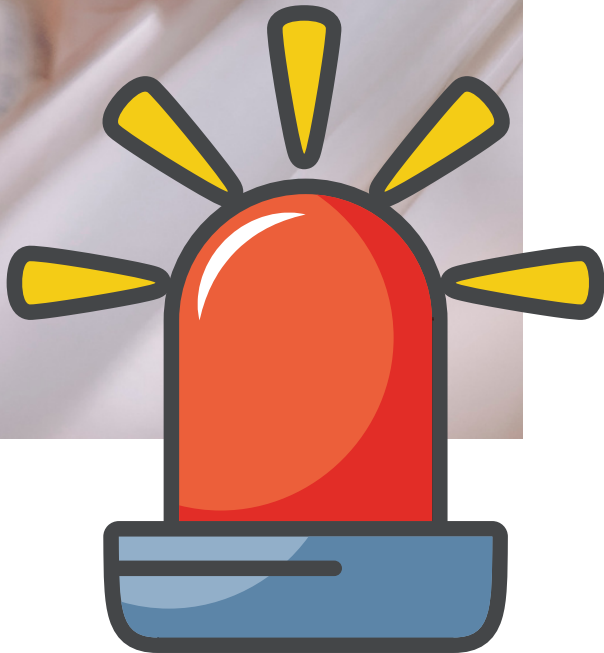
RECOMENDACIÓN FUERTE

Con una solución de penicilina V potásica, suspensión oral de 250 mg por 5 cc, equivalente a 400.000 Unidades; es decir, 80.000 unidades por centímetro cúbico. Se deben aplicar 14 dosis, una dosis cada 15 minutos, en un tiempo total de 3 horas y 45 minutos, para una dosis acumulada de un millón doscientas noventa y seis mil setecientas unidades (1'296.700 unidades).

La relación de las soluciones, dosis, unidades y volumen administrado se encuentra a continuación en la Tabla 17

Tabla 17. Esquema de desensibilización oral para personas alérgicas a la penicilina

SOLUCIÓN	CÓMO PREPARARLA	NÚMERO DE DOSIS DE SUSPENSIÓN DE PENICILINA V POTÁSICA	UNIDADES/ ML	VOLUMEN ADMINISTRADO (ML)	UNIDADES	DOSIS ACUMULADA (UNIDADES)
1	1 cc Penicilina V potásica (80,000 U) + 79 ml de agua	1	1.000	0.1	100	100
		2	1.000	0.2	200	300
		3	1.000	0.4	400	700
		4	1.000	0.8	800	1.500
		5	1.000	1.6	1.600	3.100
		6	1.000	3.2	3.200	6.300
		7	1.000	6.4	6.400	12.700
2	2 cc (160.000 U) + 14 ml de agua	8	10.000	1.2	12.000	24.700
		9	10.000	2.4	24.000	48.700
		10	10.000	4.8	48.000	96.700
3	Solución comercial de 80.000 U/ ml sin diluir.	11	80.000	1.0	80.000	176.700
		80.000 U/ ml sin diluir	80.000	2.0	160.000	336.700
		13	80.000	4.0	320.000	656.700
		14	80.000	8.0	640.000	1'296.700



RUTA SIFILIS GESTACIONAL



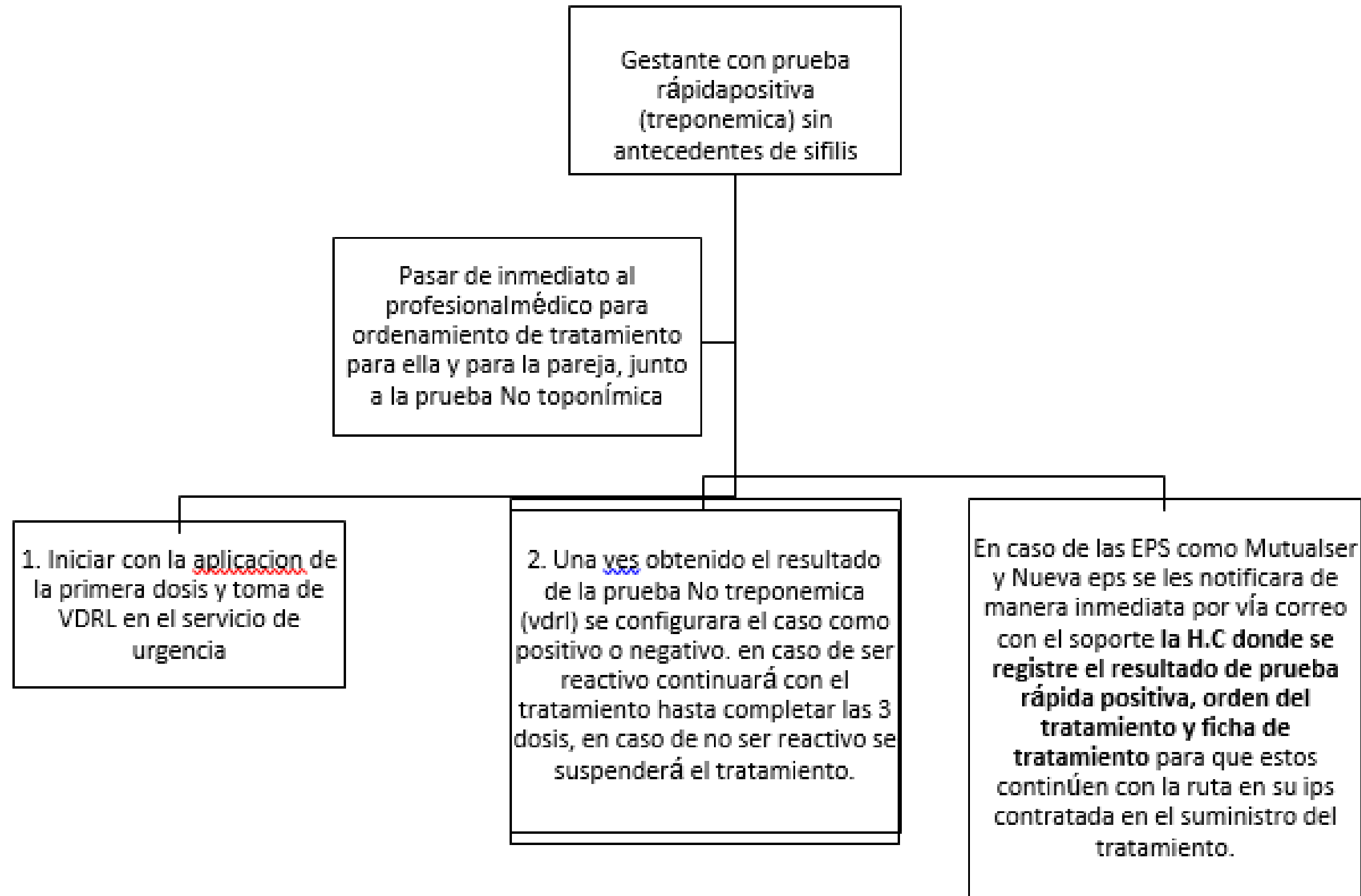
1. En mujeres con sífilis gestacional alérgicas a la penicilina se recomienda NO utilizar el tratamiento con macrólidos.
2. En mujeres gestantes con prueba treponémica rápida inicial negativa (aplicada en el sitio de atención), la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post-aborto, así como en la primera consulta en caso de parto domiciliario.
3. En mujeres tratadas por sífilis gestacional, se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL, RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto, así como en la primera consulta posparto en caso de parto domiciliario.
4. Para la mujer con sífilis gestacional y su o sus contactos sexuales se recomienda ofrecer e implementar consultas de asesoría y valoración en salud sexual, con énfasis en ITS, en ambientes idóneos, incluido lo contemplado en la Resolución 769 de 2008 referente a la asesoría y al suministro de condones.
5. El o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional deberán ser notificados y captados por la institución de salud (IPS-ESE) donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente índice por medio de una tarjeta de notificación que motive la asistencia a la cita en la institución de salud. En caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. Este aspecto será dialogado con la gestante, para seguir el curso de acción de acuerdo a lo que ella considere más adecuado para el caso en particular.
6. En el o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional se recomienda administrar el tratamiento para sífilis de duración desconocida, es decir 2'400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas. En caso de alergia a la penicilina, se recomienda administrar doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días.

RUTA SIFILIS GESTACIONAL



7. En la mujer con sífilis gestacional con diagnóstico de reinfección se recomienda repetir el tratamiento con esquema de penicilina benzatínica 2'400.000 UI/IM, una dosis cada semana hasta completar 3 dosis.
8. En todo recién nacido que cumpla con la definición de caso de sífilis congénita, se recomienda el uso de penicilina G cristalina 100.000 UI/Kg/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días y luego 150.000 UI/Kg/IV del día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una.
9. En todo recién nacido expuesto que no cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita y cuya madre haya sido tratada adecuadamente; se recomienda aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis.
10. En todo recién nacido que cumpla los criterios de caso de sífilis congénita se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (prueba no treponémica -VDRL, RPR-) cada 3 meses hasta el año de edad (3, 6, 9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en dos (2) diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL, RPR). Si el recién nacido tuvo compromiso de sistema nervioso central, a los seis meses se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el LCR de acuerdo con la edad. Si persiste algún parámetro alterado deberá recibir el tratamiento nuevamente ajustando por el peso actual.

ruta sifilis gestacional



RUTA SIFILIS GESTACIONAL



Nueva Eps: Actualmente tiene contratado el servicio con Subsana ips encargada de ir a la vivienda de la usuaria y suministrar tratamiento tanto para ella como para la pareja, esto es con el fin de eliminar barreras de accesos para recibir el tratamiento de manera oportuna. Correo de Notificación subsanaarsaludips@gmail.com, suely.urieles@nuevaeps.com.co con copia al correo programaspym@esealprorev.gov.co (referente de la ruta materno perinatal. El cuerpo del correo debe de ir especificado nombre completo de la materna, fecha de nacimiento, número de identificación, dirección completa, número telefónico y semana de gestación, con los archivos adjunto solicitados

Mutualser Eps: Actualmente tiene contratado el servicio con Promagdalena ips encargada de las atenciones de segundo nivel de la materna y suministro de tratamiento tanto para ella como para la pareja. Correo de Notificación: maternidadsegurapromagdalena@gmail.com, riasmpmagdalena@mutualser.org con copia al correo programaspym@esealprorev.gov.co (referente de la ruta materno perinatal. El cuerpo del correo debe de ir especificado nombre completo de la materna, fecha de nacimiento, número de identificación, dirección completa, número telefónico y semana de gestación, con los archivos adjunto solicitados



E.S.E ALEJANDRO
**PRÓSPERO
REVEREND**
SANTA MARTA D.T.C.H.



¡GRACIAS!