
Capítulo 8

Ginecología y obstetricia

- 8.01 Aborto, incompleto / espontáneo**
- 8.02 Anemia en el embarazo**
- 8.03 Hemorragia preparto**
- 8.04 Grietas en el pezón durante la lactancia materna**
- 8.05 Parto, normal**
- 8.06 Dismenorrea**
- 8.07 Embarazo ectópico**
- 8.08 Hemorragia vaginal**
- 8.08.1 Hemorragia Genital Anormal durante años fértiles**
- 8.08.2 Hemorragia postmenopáusica**
- 8.09 Preeclampsia y Eclampsia**
- 8.10 Flujo vaginal/dolor en el abdomen inferior en mujeres (Protocolos de ETS 2 y 4)**

8.01 Aborto, incompleto / espontáneo

O03

Descripción

Interrupción espontánea del embarazo antes de la 20ª semana de gestación tras el último periodo menstrual normal.

Objetivos generales

- asegurar la completa eliminación de todos los productos de la gestación
- controlar la hemorragia
- prevenir el sangrado
- prevenir la iso-immunización Rh
- dar apoyo psicológico

Tratamiento no farmacológico

- monitorizar parámetros vitales, p.ej. hemoglobina, pulso, tensión arterial
- tratar el shock si se produce
- dar consejo y apoyo a las pacientes

Tratamiento farmacológico

- oxitocina 5 – 10 IU IM

o

- oxitocina 5 IU IM y ergometrina 500 mcg IM

o

- oxitocina IV 20 – 40 IU diluida en 1000 ml dextrosa al 5%
 - administrar a un ritmo de 5 – 20 gotas por minuto, dependiendo de la frecuencia de las concentraciones (esa frecuencia no debe ser superior a 5 en 10 minutos)
- si persiste el sangrado, repetir el tratamiento a los 30 minutos
- en las madres Rh-negativas administrar inmunoglobulina anti-D IM 100 mg en las primeras 24 horas del aborto (actualmente no disponible en las Wilayas)

Evacuación

- todas las pacientes

8.02 Anemia en el embarazo

O99.0

Descripción

La anemia es la palidez cutaneomucosa con un valor de hemoglobina (Hb) menor de 11 g/dL.

- normalmente está relacionada con deficiencia de hierro, ácido fólico o la combinación de ambos

Prevención farmacológica

- **todas** las pacientes deben recibir durante el embarazo y hasta 6 meses después del parto una terapia suplementaria de hierro y ácido fólico:
 - sulfato de hierro vía oral 200 mg 1 vez al día con alimentos
 - y
 - ácido fólico oral 5 mg por día

Criterios de valoración especializada o evacuación

- Hb menor de 8 g/dL en cualquier estado
- Hb menor de 10 g/dL en pacientes con más de 34 semanas de gestación
- Hb sin respuesta al tratamiento
 - un aumento de Hb menor de 1,5 g/dL después de un tratamiento de 2 semanas
 - o
 - un aumento menor de 2 g/dL en 3 semanas en primeras etapas del embarazo precoz
- cualquier valor bajo de Hb con complicaciones obstétricas
- síntomas o signos de pérdida de sangre aguda o crónica
- palidez (anemia) con signos de una enfermedad crónica, p.ej., sospecha de TB, o la presencia de hepatomegalia
- evidencia de insuficiencia cardiaca
- anemia aguda

8.03 Hemorragia preparto

O46.9

Descripción

Hemorragia vaginal en embarazo de más de 27 semanas de gestación.

Criterios de valoración especializada o evacuación

- todas las pacientes

8.04 Grietas en el pezón durante la lactancia materna

O92.1

Descripción

La areola y el pezón están protegidos por la secreción lubricante de las glándulas de Montgomery. Las causas desencadenantes de las grietas son una excesiva limpieza p.ej. con una toalla, un proceso de amamantamiento laborioso y la retirada del niño del pecho antes de que acabe la succión.

- puede llevar a infección y mastitis

Objetivos generales

- prevenir grietas en el pezón:
 - evitar al inicio una succión excesiva
 - no retirar al niño del pecho antes de que haya terminado la succión
 - comprobar posición de los labios del recién nacido, evitando que el labio inferior del niño se doble hacia adentro (debe permanecer abierto)
 - evitar revestimiento de plástico en los sujetadores

Tratamiento no farmacológico

- limpiar con agua y jabón suave
- usar un emoliente, p.ej. pomada emulsificante entre tomas y lavarse antes de las mismas
- en los casos más severos se puede usar un protector de pezón
- si la toma resulta demasiado dolorosa, se puede extraer la leche y dársela después al niño hasta que haya mejoría
- descartar infección

8.05 Parto, normal

O80.9

Descripción

El parto normal se caracteriza por:

- inicio de contracciones uterinas regulares en embarazo a término
- acompañadas de progresiva dilatación cervical

- nacimiento final del niño

El trabajo del parto se divide en tres etapas:

- **primera etapa:** desde el comienzo hasta la dilatación completa del cuello
- **segunda etapa:** desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto
- **tercera etapa:** desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta

Objetivos generales

- apoyar el proceso normal del parto
- monitorizar la situación de la madre y el niño
- reducir la morbimortalidad de madre y niño

Tratamiento no farmacológico

- terapia de apoyo:
 - apoyo psicológico
 - hidratación y alimentación de la madre

Tratamiento farmacológico

Madre

Problema	Droga y Dosis	Indicaciones y Precauciones
analgesia	• si es necesario Tramadol IM 100 mg inmediatamente	• 4 – 6 cm de dilatación cervical – primera etapa
	• si necesario : lidocaína al 1%	• anestésico local para episiotomía - segunda etapa • no superar los 20 ml
contracciones uterinas insuficientes o incoordinadas	• oxitocina IV 10–20 IU en 1000 ml de dextrosa al 5% • iniciar con 0,1 – 0,2 ml/minuto, aumentando 0,1 – 0,2 ml/minuto a intervalos de 40 minutos hasta conseguir la respuesta deseada	• solo en primíparas • establecer las necesidades individuales • la frecuencia de las contracciones no debe ser mayor de 5 en 10 minutos • utilizar solo en contracciones uterinas insuficientes o incoordinadas • sufrimiento fetal

Madre

Problema	Droga y Dosis	Indicaciones y Precauciones
hemorragia post-parto	• oxitocina IM 5 – 10 IU	• después de salir los hombros • pacientes con alto riesgo de sangrado
incompatibilidad RH	• inmunoglobulina anti-D IM 100 microgramos	• debe administrarse siempre que se precise a madres Rh negativas

Niño

Problema	Droga y Dosis	Indicaciones y Precauciones
profilaxis conjuntivitis neonatal	• pomada oftálmica de tetraciclina al 1%	• administrar rutinariamente al niño en ambos ojos tras el nacimiento
profilaxis de sangrado	• vitamina K IM 1 mg inmediatamente tras el nacimiento	• administrar rutinariamente al niño • previene la hipoprotrombinemia

- los recién nacidos deben ser vigilados estrechamente durante 1 – 2 horas antes de ser trasladados a la sala postnatal

Evacuación

- parto prolongado
- hemorragia post-parto
- expulsión incompleta de placenta
- otras complicaciones de la madre o el niño

8.06 Dismenorrea

N94.6

Descripción

Dolor asociado con el ciclo menstrual:

- primaria: no se conoce la causa
- secundaria: existe causa orgánica

Objetivos del manejo

- determinar causa y tratamiento
- alivio sintomático

Tratamiento no farmacológico

- aconsejar y tranquilizar a la paciente con dismenorrea primaria, explicándole el cuadro
- animar a la paciente a seguir con sus actividades diarias normales

Tratamiento farmacológico

- dismenorrea primaria
 - ibuprofeno vía oral 200 – 400 mg 3 veces al día después de la comida, en caso necesario durante 2 – 3 días
- dismenorrea secundaria
 - tratamiento de la causa.

Criterios de valoración especializada o evacuación

- respuesta insuficiente al tratamiento
- si se sospecha una causa orgánica

8

8.07 Embarazo ectópico

O00.9

Descripción

Embarazo fuera del endometrio con amenorrea, dolor abdominal que mejora de manera abrupta, shock, anemia.

Evacuación

- todos los casos con sospecha de embarazo ectópico
- iniciar tratamiento del shock

8.08 Hemorragia vaginal

N92.0

8.08.1 Hemorragia genital anormal durante años fértiles

Descripción

Duración y/o cantidad y/o frecuencia excesiva de la menstruación, incluyendo metrorragia o hemorragia uterina disfuncional.

Medidas

- información sobre los contraceptivos administrados

Tratamiento farmacológico

- ibuprofeno vía oral 200 – 400 mg 3 veces al día después de las comidas, si es necesario durante 2 – 3 días
- el ibuprofeno reduce la pérdida de sangre en la menorragia asociada con:
 - dispositivo intrauterino
 - menstruación en la pubertad cuando todavía no se produce ningún óvulo (ciclo anovulatorio)
- si la pérdida de sangre ha sido grave o hay signos de anemia
 - administrar sulfato de hierro 200 mg vía oral 3 veces al día después de las comidas durante 1 mes

Criterios de valoración especializada o evacuación

- los casos que no responden al tratamiento
- todas las niñas con menos de 12 años con hemorragia vaginal antes del desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios
- para investigar otras causas como abuso sexual, cuerpos extraños, tumores del tracto genital
- anemia grave

8.08.2 Hemorragia postmenopáusica

N95.0

Descripción

Hemorragia que se produce dos años después de la última menstruación regular (en ese intervalo no son infrecuentes hemorragias irregulares en tiempo y de pequeña cantidad).

Criterios de valoración especializada o evacuación

- todos los casos para descartar procesos malignos u otras patologías

8.09 Preeclampsia y Eclampsia

O16

Descripción

Hipertensión entre la 20^a semana de gestación y la 1^a semana después del parto:

- proteinuria o edema, o ambos
- hipertensión: TA > de 140/90 mmHg o más en dos ocasiones con más o menos 6 horas de intervalo
- eclampsia es la presencia de convulsiones con hipertensión

La preeclampsia puede aparecer antes de la 20ª semana en caso de: embarazo múltiple, mola hidatiforme o polihidramnios.

Objetivo

- reducir la gravedad del cuadro y la mortalidad materno-fetal
- referir a las pacientes según el grado de la hipertensión

Grados

Grado	TA mmHg	Proteinuria	Edema
leve	• sistólica 135–140 o • diastólica 85–90	-	+
moderado	• sistólica 140–160 o • diastólica 90–110	+	++
severo	• sistólica superior a 160 y • diastólica TA superior a 100	++	++

8

Medidas y tratamiento

Grado	Medidas Farmacológico	Tratamiento
leve	<ul style="list-style-type: none"> • manejo sin ingreso antes de la semana 38 de gestación • revisión semanal: <ul style="list-style-type: none"> • TA (diaria si posible) • Peso • Análisis de orina • Frecuencia cardíaca fetal • Tamaño fetal • Reflejos plantares (hiperreflexia) • reposo en cama en decúbito lateral izquierdo 	ninguno

Grado	Medidas Farmacológico	Tratamiento
leve	<ul style="list-style-type: none"> • indicar señales de alerta (cefalea, diplopia, visión borrosa, zumbidos de oído) • ingreso en la semana 38 para parto • dieta normal • no usar diuréticos 	ninguno
moderado	<ul style="list-style-type: none"> • ver arriba 	<ul style="list-style-type: none"> • metildopa vía oral 250–500 mg 3 veces al día • dosis máxima 500 mg 4 veces al día
severo (Eclampsia)	<ul style="list-style-type: none"> • oxígeno • estabilizar para referencia urgente e ingreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de sodio 0,9% IV <p>Sulfato de magnesio de siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diluir sulfato de magnesio 4 g en 1000 ml dextrosa al 5% o agua, infundir en un tiempo mínimo de 30 minutos <p>y</p> <ul style="list-style-type: none"> • sulfato de magnesio 10 g IM administrando 5 g en cada músculo glúteo • después 5 g IM cada 4 horas alternando el sitio de aplicación • en caso de persistencia de hipertensión dihidralazina 6,25 mg IV en 2 minutos

8

Crterios de valoración especializada o evacuación

Inmediata

- en casos graves: estabilizar a la paciente para ser referida después de iniciar infusión de sulfato de magnesio e inyección IM

De rutina

- poca cooperación en grado leve
- casos de grado moderado

8.10 Flujo vaginal/dolor en el abdomen inferior en mujeres (Protocolos de ETS 2 y 4)

A54.9

Descripción

Uno o más de los siguientes síntomas:

- secreción vaginal excesiva
- manchas en las bragas
- cambio del olor de las secreciones
- cambio del color de las secreciones
- prurito o inflamación de la vulva
- ardor o dolor al orinar
- dolor en el abdomen inferior

Se pueden encontrar en el examen físico uno o más de las siguientes síntomas :

- flujo vaginal
- sensibilidad en el abdomen inferior
- dolor al movilizar el cérvix o cuello

En embarazadas es poco frecuente encontrar dolor en abdomen inferior causado por infección pélvica.

- si hay dolor abdominal la mujer generalmente está gravemente enferma y necesita evacuación
- explorar siempre en busca de otros ETS (usar el protocolo apropiado).

Tratamiento no farmacológico

- aconsejar sobre los riesgos de las ETS y la importancia de cumplir con el tratamiento
- promover el uso del condón
- informar a la pareja

Tratamiento farmacológico

- elegir una de las opciones siguientes
- informar a la pareja y tratarla, tomar muestra de RPR/VDRL
- pedir a la paciente que vuelva en una semana

Opción 1: mujer no embarazada con flujo vaginal y sin dolor al movilizar el cérvix

- penicilina procaína 5 Millones de UI i.m. inmediatamente

después

- doxiciclina 100 mg 2 veces al día durante 7 días

y

- metronidazol oral:
 - 2 g inmediatamente
 - o
 - 500 mg cada 12 horas durante 7 días

Opción 2: mujer embarazada con flujo vaginal y sin dolor al movilizar el cérvix

- penicilina procaína 5 Millones de UI i.m. inmediatamente

después

- eritromicina oral 500 mg cada 6 horas durante 7 días

y

- metronidazol oral:
 - 2 g inmediatamente
 - o
 - 500 mg cada 12 horas durante 7 días

¡ PRECAUCIÓN !

El metronidazol está contraindicado en el primer trimestre del embarazo.

Opción 3: evidencia clínica de candidiasis vaginal

Si hay evidencia clínica de candidiasis vaginal agregar al tratamiento de las opciones 1 – 3:

- clotrimazol vaginal, 500 mg por la noche, dosis única.

Opción 4: mujer no embarazada con flujo vaginal y con dolor al movilizar el cérvix

- penicilina procaína 5 Millones de UI i.m. inmediatamente

y

- doxiciclina 100 mg 2 veces al día durante 7 días

y

- metronidazol oral 500 mg cada 8 horas durante 7 días

Opción 5: mujer embarazada con flujo vaginal y con dolor al movilizar el cérvix

Evacuar. El dolor en el abdomen inferior en embarazadas en general no está relacionado con infección.

Criterios de valoración especializada o evacuación

- antecedente de amenorrea (considerar embarazo ectópico)
- aborto o parto reciente
- hemorragia vaginal anormal
- fiebre superior a 39° C
- si se refiere sensibilidad abdominal u otros síntomas gastroenterológicos
- mujer embarazada con dolor en abdomen inferior en relación con infección pélvica

