

Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstetras y médicos

Aspectos destacados de la segunda edición de 2017 de la Organización Mundial de la Salud

Julio de 2017

www.mcsprogram.org

Antecedentes y propósito

Desde su primera publicación en 2000, el manual Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstetras y médicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha utilizado ampliamente en todo el mundo para guiar la atención de las mujeres y recién nacidos que presentan complicaciones durante el embarazo, nacimiento y el período postnatal inmediato. Este manual está destinado a parteras y médicos que trabajan en hospitales a nivel de distrito. Ciertos capítulos de la primera edición de este manual se revisaron en 2016 conforme a nuevas recomendaciones de la OMS, y ahora está disponible la segunda edición de este manual. Este informe examina el proceso de revisión y resume los lineamientos clínicos actualizados de un conjunto de capítulos revisados, que incluyen: soporte emocional y psicológico; trastornos hipertensivos del embarazo; sangrado a comienzos del embarazo y después del nacimiento; y prevención y gestión de infecciones en el embarazo y nacimiento.

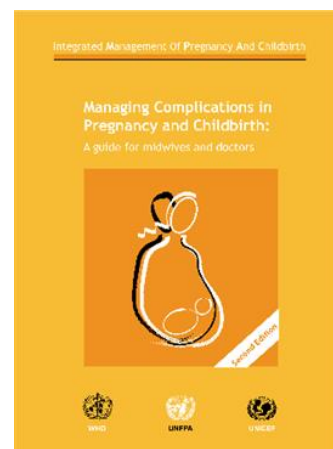


Tabla 1. Capítulos del manual Manejo de las complicaciones del embarazo y parto revisados para la segunda edición

Capítulos de la primera edición revisados para la nueva edición
<p>Principios clínicos (sección 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional y psicológico • Emergencias • Principios para la atención general • Terapia con antibióticos • Principios para la atención de operaciones • Trabajo de parto y nacimiento normal • Principios para la atención de recién nacidos
<p>Síntomas (sección 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal a comienzos del embarazo • Sangrado vaginal después del nacimiento • Presión arterial elevada, dolor de cabeza, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia • Fiebre durante el embarazo y trabajo de parto • Fiebre después del nacimiento • Dificultades para respirar • Ruptura de membranas antes del trabajo de parto • Afecciones o problemas inmediatos del recién nacido
<p>Procedimientos (sección 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducción y dilatación en el trabajo de parto • Remoción manual de la placenta • Reparaciones de desgarro vaginal y peritoneal

Proceso de revisión

El proceso de revisión fue dirigido por el Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente de la OMS y el Departamento de salud reproductiva e investigaciones con respaldo del Programa de Supervivencia de la Madre y el Niño—el programa emblemático para madres, recién nacidos y niños de la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, conducido por Jhpiego. Un grupo de revisión central (ver sección de reconocimientos de este manual) realizó una encuesta con usuarios de este manual para solicitar comentarios sobre el uso del manual y sugerencias para guiar las revisiones al manual. De acuerdo con los comentarios de los usuarios y las recomendaciones actualizadas de la OMS, el grupo central priorizó un subconjunto de capítulos de este manual para su revisión (**Tabla 1**).

El grupo central condujo la primera ronda de revisiones de capítulos seleccionados conforme a las recomendaciones actuales de la OMS. Al menos dos expertos externos independientes examinaron cada capítulo revisado. Se seleccionaron expertos externos de acuerdo con sus conocimientos y experiencia clínica en la provisión de atención para complicaciones durante el embarazo y el

nacimiento en países con bajos y medianos ingresos (consulte la sección de reconocimientos de este manual para ver una lista de los revisores). El grupo central luego se reunió en persona para finalizar las revisiones de cada capítulo, cubriendo sistemáticamente todos los cambios recomendados.

Apoyo emocional y psicológico y principios de la atención general

La atención respetuosa de la maternidad (RMC) para las mujeres y recién nacidos se reconoce cada vez más como un derecho universal de todas las mujeres y recién nacidos, y es un componente esencial de la atención de calidad. La OMS ha destacado la importancia de la RMC para mujeres y recién nacidos en varios documentos recientes, incluida la Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (2015); y los Estándares para mejorar la calidad de la atención de la madre y el recién nacido en centros de salud (2016). Las actualizaciones en toda la segunda edición de este manual reflejan la importancia de la RMC para madres y recién nacidos, en particular en dos capítulos: Apoyo emocional y psicológico en emergencias obstétricas y del recién nacido; y principios de la atención general. Varios capítulos actualizados sobre síntomas derivan al lector a un conjunto de principios básicos en la provisión de atención (Cuadro 1), reforzando la importancia de la RMC como un elemento clave de la atención de calidad.

El capítulo revisado donde Apoyo emocional y psicológico ofrece orientación para cumplir con las necesidades emocionales y psicosociales de la mujer y su familia en emergencias, enfatizando la importancia de una comunicación clara y honesta y la empatía. La segunda edición de este manual recomienda al personal de atención médica que comprenda y reconozca las necesidades y prácticas culturales específicas de las mujeres individuales y sus familias, incluidas las necesidades potencialmente diferentes de los familiares individuales. Tal como se analizó en la sección sobre reacciones emocionales y psicológicas, “para lograr resultados óptimos, es tan importante proporcionar apoyo emocional y psicológico como proporcionar atención médica”. Otras actualizaciones clave incluyen orientación sobre cómo atender a los pacientes en caso de una emergencia obstétrica/del recién nacido o fallecimiento, incluida la importancia de proporcionar apoyo emocional a las mujeres y las familias e informar a las autoridades y revisar todos los fallecimientos de las madres (Cuadro 2). El manual actualizado enfatiza la necesidad de proporcionar servicios de apoyo al personal de atención de salud que puede experimentar culpa, pena, confusión y otras emociones después de un fallecimiento o una emergencia.

La sección sobre depresión postparto se ha ampliado significativamente, con información sobre factores de riesgo para la depresión postparto y la importancia de examinar y proporcionar tratamiento basado en evidencia para la depresión postparto (Cuadro 3). De acuerdo con la segunda edición de este manual, debe examinarse a las mujeres para determinar si tienen depresión en cada visita postparto.

Cuadro 1. Principios básicos en la provisión de la atención

(nuevo en la segunda edición)

- Donde sea posible, asegurarse de que la mujer tenga un acompañante elegido con ella.
- Proporcionar información a la mujer, y los familiares acompañantes que la mujer desee que participen en la toma de decisiones, sobre las pruebas de diagnóstico a realizar, la atención de soporte a brindar (por ej., infusión intravenosa), el proceso de la atención, su diagnóstico, opciones de tratamiento y el tiempo estimado de atención en hospitalización si es necesaria.
- Si la mujer está inconsciente, explicar el procedimiento a su familia.
- Obtener el consentimiento informado para los procedimientos, diagnósticos o terapéuticos, y la atención.

Fuente: Capítulo sobre principios para la atención general

Cuadro 2. Fallecimiento de la madre (nuevo en la segunda edición)

Todo fallecimiento de la madre en un centro de salud debe informarse a las autoridades apropiadas dentro de las 24 horas y debe generar una revisión de la historia clínica de la mujer para determinar la causa del fallecimiento.

Fuente: Capítulo sobre apoyo emocional y psicológico

Cuadro 3. Factores de riesgo de la depresión postparto

(nuevo en la segunda edición)

- Depresión postparto anterior
- Enfermedad mental activa o anterior
- Ser miembro de una población vulnerable
- Nacimiento traumático
- Dar a luz a un niño prematuro o muerto o experimentar la muerte de un recién nacido
- Tener un bebé internado en cuidados intensivos
- Tener antecedentes de haber sido un niño descuidado

Fuente: Capítulo sobre apoyo emocional y psicológico

“La noción de una maternidad saludable debe ampliarse más allá de la prevención de la morbilidad y mortalidad para incluir el respeto por los derechos humanos básicos de la mujer, incluida la autonomía, dignidad, sentimientos, opciones y preferencias de la mujer, como la elección de acompañamiento, cuando es posible”.

Fuente: Capítulo sobre apoyo emocional y psicológico

Trastornos hipertensivos del embarazo

El capítulo revisado sobre presión arterial elevada, dolor de cabeza, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia refleja los Lineamientos de 2011 de la OMS para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Las actualizaciones principales incluyen una nueva orientación sobre:

- Prevención de la preeclampsia y la eclampsia con suplementos de calcio y ácido acetil salicílico de baja dosis (aspirina 75 mg);
- Marco revisado de clasificación de trastornos hipertensivos en el embarazo;
- Uso de la presión arterial sistólica en el diagnóstico y gestión de trastornos hipertensivos en el embarazo, incluida la preeclampsia o la preeclampsia severa;
- Hallazgos actualizados de laboratorio presentes con frecuencia en la eclampsia severa;
- Medicamentos para el tratamiento de la hipertensión en el embarazo y para el tratamiento agudo de hipertensión sistólica severa;
- Terapia anticonvulsiva para preeclampsia severa o eclampsia;
- Plazo óptimo para el nacimiento en mujeres con preeclampsia severa; y
- Control postparto, planificación familiar y consultoría para reducir futuros embarazos no deseados y riesgo de por vida de enfermedad cardiovascular.

En el manual actualizado, las **prácticas recomendadas para prevenir la preeclampsia y la eclampsia** incluyen:

- En áreas donde la ingesta diaria de calcio es baja, se recomienda un suplemento de calcio durante el embarazo (a dosis de 1,5–2,0 g de calcio elemental/día) para la prevención de la preeclampsia en todas las mujeres, pero en particular en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.
- Se debe iniciar ácido acetil salicílico de baja dosis (aspirina, 75 mg) antes de las 20 (y, de ser posible, a partir de las 12) semanas de gestación para mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia, si presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo: preeclampsia severa anterior, diabetes, hipertensión crónica, obesidad, enfermedad renal, enfermedad autoinmune y embarazos múltiples. Esta lista puede complementarse de acuerdo con la epidemiología local.

Los criterios actualizados de diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo incluyen aumento de la presión arterial sistólica y/o aumento de la presión arterial diastólica (Cuadro 5). La segunda edición de este manual incluye criterios actualizados para el diagnóstico diferencial de la presión arterial elevada en el embarazo, incluidos los hallazgos de laboratorio y los síntomas clínicos presentes con frecuencia en la preeclampsia severa. La segunda edición también incorpora nuevas secciones sobre el control de la mujer embarazada y el feto; el plazo del nacimiento según la edad gestacional y el estado de la mujer y el feto; y recomendaciones de tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivo (según sea relevante) para la hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia leve, preeclampsia severa y eclampsia. Estos agregados reflejan los objetivos dobles de reconocer y gestionar el espectro de preeclampsia desde leve hasta severa, e intentan que las mujeres lleguen a término antes del nacimiento, cuando sea posible, al tiempo que evitan una morbilidad importante en la madre y el bebé. Las Fig. 1 y 2 resumen las actualizaciones de la segunda edición a los criterios de diagnóstico y el control y plazo recomendado para el nacimiento para la preeclampsia leve y la preeclampsia severa. Es importante señalar que el nacimiento a término se el tratamiento definitivo clave para las mujeres con preeclampsia severa y eclampsia, tal como se refleja en las nuevas secciones del manual sobre la optimización del plazo para el nacimiento en mujeres con preeclampsia severa y eclampsia.

Cuadro 4. Marco revisado de clasificación de trastornos hipertensivos del embarazo

- Hipertensión crónica (elevación de la presión arterial observada antes de las 20 semanas de gestación o persistente por más de 12 semanas postparto)
 - Hipertensión gestacional
 - Preeclampsia leve
 - Preeclampsia severa
 - Eclampsia
 - Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta
- Fuente: Capítulo sobre presión arterial elevada dolor de cabeza, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia

Cuadro 5. Criterios clínicos para el diagnóstico de trastornos hipertensivos en el embarazo

- Presión arterial sistólica (SBP) mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (DBP) mayor o igual a 90 mmHg (dos lecturas consecutivas con cuatro o más horas de diferencia)
- La presión arterial se encuentra en el **rango severo** si la SBP es mayor o igual a 160 y/o la DBP es mayor o igual a 110 mmHg

Nota: En la edición 2000 solo se incluye DBP

Fuente: Capítulo sobre presión arterial elevada, dolor de cabeza, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia

Figura 1. Diagnóstico y orientación para el control y plazo del nacimiento para preeclampsia (leve)

Diagnóstico de preeclampsia (leve)	<p>Nueva aparición de hipertensión y proteinuria después de 20 semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 después de 20 semanas de gestación • Proteinuria mayor de 2 en la tira reactiva • Preeclampsia sin características severas presentes (consulte las características severas a continuación, incluidas las neurológicas-pulmonares, hepáticas, renales y hematológicas en el capítulo sobre Diagnóstico de preeclampsia severa).
Orientación resumida para el control y sincronización del parto para la preeclampsia (leve)	<p>Edad gestacional menor de 37 + 0/7 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mientras el bienestar de la madre y el feto se mantengan estables, el objetivo es que la mujer alcance las 37 + 0/7 semanas antes del parto. • Sin embargo, manténgase atento porque la preeclampsia puede progresar rápidamente en preeclampsia severa. • Controle el estado de la mujer y el feto atentamente. Mida periódicamente la presión arterial de la mujer y evalúe signos de peligro. • Atención ambulatoria: si la presión arterial y los signos de preeclampsia se normalizan o permanecen sin cambios, realice seguimiento dos veces a la semana. • Si el seguimiento ambulatorio no es posible, hospitalice a la mujer para un seguimiento cercano, que incluya la presión arterial y los signos de peligro. <p>Edad gestacional mayor o igual a 37 + 0/7 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducir el trabajo de parto/parto

Figura 2. Diagnóstico y orientación para el plazo del nacimiento para preeclampsia severa

Diagnóstico de preeclampsia severa	<p>Nueva aparición de hipertensión y proteinuria después de 20 semanas de gestación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 110 después de 20 semanas de gestación • Proteinuria mayor de 2 en la tira reactiva <p>Para preeclampsia con cualquiera de los siguientes síntomas presentes, diagnostique como preeclampsia severa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurológico: dolor de cabeza, cambios en la visión, hiperreflexia o clonus • Pulmonar: dificultades para respirar (estertor en la auscultación debido a fluido en los pulmones) • Hepático: dolor abdominal superior, náuseas/vómitos o enzimas hepáticas elevadas (más de dos veces del nivel inicial) • Renal: creatinina sérica mayor de 1,1 mg/dL o el doble del nivel inicial, oliguria (menos de 400 cc de orina en 24 hs) • Hematológico: plaquetas menos de 100.000 células/mcL
Orientación resumida para la sincronización óptima del parto para preeclampsia severa	<p>Edad gestacional de menos de 24 semanas (feto previsible)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfato de magnesio (MgSO₄), medicamentos antihipertensivos • Inducir el parto <p>Edad gestacional de 24–34 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • MgSO₄, medicamentos antihipertensivos, corticosteroides prenatales si se cumplen las condiciones de seguridad • Control cercano de la madre y el feto. Acelere el parto si el estado de la madre y el feto no es estable <p>Edad gestacional de 24–36 6/7 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misma gestión que para 24–34 semanas, excepto NO administrar corticosteroides prenatales <p>Edad gestacional de 37 0/7 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • MgSO₄, medicamentos antihipertensivos, acelerar el parto

Tratamiento anticonvulsivo para la preeclampsia severa y la eclampsia

En la segunda edición de este manual, el sulfato de magnesio continúa siendo el anticonvulsivo de elección para el tratamiento de la preeclampsia severa y la eclampsia; el diazepam se ha eliminado como opción de tratamiento anticonvulsivo para mujeres con preeclampsia y eclampsia. Se proporciona orientación específica sobre diferentes regímenes de sulfato de magnesio, incluido el régimen intravenoso e intramuscular, y se ha agregado el régimen solo intravenoso.

Tratamiento antihipertensivo

La segunda edición de este manual incluye orientación actualizada sobre: uso de medicamentos antihipertensivos para tratar la presión alta asociada con la preeclampsia y la eclampsia; e hipertensión crónica y gestacional en el embarazo, incluidas recomendaciones de tratamiento para hipertensión no severa e hipertensión sistólica severa para prevenir accidentes cerebrovasculares (Tabla 2).

Tabla 2. Medicamentos antihipertensivos y opciones de dosis para el tratamiento agudo de hipertensión severa (nuevo en la segunda edición)

Opciones antihipertensivas	Dosis
Hidralazina	Tratamiento intravenoso: Administrar 5 mg IV, <i>lentamente</i> (riesgo de hipotensión de la madre; controlar atentamente la presión arterial). Repetir cada cinco minutos hasta que se haya alcanzado el objetivo de presión arterial. Repetir una vez por hora según sea necesario o administrar 12,5 g IM cada dos horas según sea necesario. La dosis máxima es de 20 mg por cada 24 horas.
Labetalol	Tratamiento oral: Administrar 200 mg. Repetir la dosis después de una hora hasta que se alcance el objetivo de tratamiento. La dosis máxima es de 1200 mg en 24 horas. Tratamiento intravenoso: Administrar 10 mg IV. Si la respuesta es inadecuada después de 10 minutos, administrar 20 mg IV. La dosis puede duplicarse a 40 mg y luego 80 mg con intervalos de 10 minutos entre cada aumento de dosis hasta que se reduzca el objetivo de presión arterial por debajo del umbral. La dosis máxima total es de 300 mg; luego cambiar por tratamiento oral.
Nifedipina (cápsula de liberación inmediata)	Tratamiento oral: Administrar 5-10 mg por vía oral. Repetir la dosis después de 30 minutos si la respuesta es inadecuada, hasta alcanzar la presión arterial óptima. La dosis total máxima es de 30 mg en el entorno de tratamiento agudo. ^a
Alfa metildopa	Tratamiento oral: Administrar 750 mg por vía oral. Repetir la dosis después de tres horas hasta que se alcance el objetivo de presión arterial. La dosis máxima es de 3 gramos en un período de 24 horas.

Fuente: Capítulo sobre presión arterial elevada, dolor de cabeza, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia

^a Deben considerarse otras opciones de tratamiento si la presión arterial no se reduce dentro de la fase de tratamiento agudo de 90 minutos con 30 mg de nifedipina de liberación inmediata.

Notas: La selección y elección de la vía de administración de un medicamento antihipertensivo para el tratamiento de hipertensión severa debería basarse en la experiencia del médico con el fármaco y la disponibilidad y costo del fármaco (Lineamientos de 2011 de la OMS sobre la prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia). El objetivo es reducir la presión arterial a menos de 160/110 mmHg. Si no se alcanza el objetivo de presión arterial con la dosis máxima de un medicamento, se deben considerar otros medicamentos.

Atención postparto de mujeres con trastornos hipertensivos

Las mujeres que experimentan trastornos hipertensivos durante el embarazo enfrentan un alto riesgo de complicaciones en futuros embarazos y un riesgo significativamente mayor de por vida de enfermedad cardiovascular (por ej., hipertensión crónica, accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca). Una sección ampliada sobre atención postparto en la segunda edición de este manual incluye orientación sobre el control postparto, la planificación familiar, la consultoría y el seguimiento para una atención continua. La nueva orientación enfatiza la importancia de la consultoría sobre planificación familiar, la aplicación de los criterios de elegibilidad médica y la provisión de anticoncepción postparto efectiva para prevenir embarazos no deseados, incluido el acceso puntual a métodos reversibles de largo plazo (por ej., implantes y dispositivos intrauterinos) y métodos permanentes (ligadura de trompas y vasectomía). La consultoría debería promover el inicio temprano de la atención prenatal en futuros embarazos para el control cercano y el inicio puntual del suplemento de calcio y ácido acetil salicílico de baja dosis (aspirina, 75 mg).

Debido al mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares en las mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos, las recomendaciones para la evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular postparto, la consultoría y la atención de seguimiento incluyen:

- Proporcionar consultoría a las mujeres que recibieron tratamiento por trastornos hipertensivos en el embarazo, incluida la preeclampsia, sobre su mayor riesgo de futura enfermedad cardiovascular (por ej., hipertensión, accidente cerebrovascular).
- Evaluar y solucionar los factores de riesgo de la mujer de enfermedad cardiovascular (por ej., fumar, obesidad, falta de actividad física, hiperlipidemia) antes del alta del centro de salud.
- Enfatizar la importancia de un seguimiento médico periódico, y relacionar a la mujer con servicios de atención primaria de seguimiento antes del alta.

Sangrado a comienzos del embarazo

La segunda edición de este manual incluye capítulos actualizados sobre la gestión del sangrado a comienzos y fines del embarazo, incluido el diagnóstico diferencial y la gestión de la **amenaza de aborto, embarazo ectópico, aborto completo, aborto inevitable, aborto incompleto y embarazo molar**. La orientación actualizada sobre la gestión del aborto inevitable e incompleto describe opciones para la evacuación quirúrgica, la gestión médica o del asistente, con una nueva tabla que resume los protocolos de **gestión médica** usando el medicamento misoprostol o uterotónico.

La segunda edición revisa los síntomas y la gestión de las complicaciones postaborto, una causa importante de mortalidad de la madre, e incluye un régimen actualizado de tratamiento antibiótico de infección /sepsis como complicación del aborto (clindamicina y ampicilina como fármacos de primera línea y gentamicina y ampicilina como fármacos de segunda línea, los dos regímenes *sin* metronidazol). La nueva edición conserva la orientación sobre la importancia de la consultoría postaborto y el inicio inmediato de anticoncepción después de un aborto.

Prevención y gestión de hemorragia postparto

En la segunda edición de este manual, la orientación actualizada sobre la prevención y gestión de la hemorragia postparto (PPH) se basa en las Recomendaciones sobre la prevención y tratamiento de PPH de la OMS de 2012. Los aspectos destacados del capítulo sobre Sangrado vaginal después del nacimiento incluyen: agregado de nuevos medicamentos para la profilaxis y tratamiento de PPH atónica (**Tabla 3**); y texto actualizado y nuevas ilustraciones relacionadas con las intervenciones de emergencia para mujeres con PPH no controlada, incluido el tampón con balón uterino, suturas de compresión uterina y el uso de prendas no neumáticas anti-shock.

Prevención de la PPH

La segunda edición de este manual incluye recomendaciones actualizadas para la gestión activa de la tercera etapa del trabajo de parto en línea con los lineamientos sobre PPH de la OMS de 2012, enfatizando la administración de uterotónicos profilácticos inmediatamente después del parto como la intervención principal para reducir la incidencia de PPH. También de acuerdo con los lineamientos de 2012 de la OMS, la segunda edición de este manual incluye tracción controlada del cordón como intervención opcional en el contexto de la gestión activa de la tercera etapa del trabajo de parto si lo realiza un asistente capacitado (esta intervención se contraíndica en ausencia de un asistente capacitado). Asimismo, la segunda edición de este manual especifica que no se recomienda el masaje uterino continuo como intervención para prevenir la PPH. Sin embargo, se recomienda la vigilancia del tono uterino por medio de la palpación abdominal para la identificación temprana de atonía uterina postparto (**Cuadro 6**).

Cuadro 6. Vigilancia del tono uterino para la identificación temprana de PPH

1. Evalúe periódicamente el tono uterino en las primeras horas posteriores al nacimiento. Si el útero es blando, masajee el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta que se contraiga.
2. Enseñe a la mujer a evaluar su tono uterino y masajear su propio útero sin se pone blando (**nuevo en la segunda edición**).

Gestión de la PPH

La segunda edición de este manual destaca la importancia de un control postparto cercano para detectar la pérdida de tono uterino, un aumento en el pulso, reducción en la presión arterial y/o sangrado vaginal, con un tratamiento

inmediato de la PPH de acuerdo con la causa subyacente. Las causas clave de la PPH incluyen atonía uterina, desgarro cervical y vaginal, retención de placenta, útero invertido y desgarrado y trastornos en la coagulación.

Gestión de la PPH debido a atonía uterina

La segunda edición de este manual reafirma el uso inicial del masaje uterino y los medicamentos uterotónicos para el tratamiento de la PPH debido a atonía uterina, seguido de medidas de sincronización, que incluyen la compresión uterina bimanual o la compresión aórtica externa. La segunda edición también recomienda el uso del tampón con balón uterino para la PPH debido a atonía y proporciona nuevos gráficos para ilustrar el ensamblaje y uso del tampón con balón uterino con materiales locales disponibles en la mayoría de los hospitales de distrito. El tampón con balón uterino también puede usarse para mujeres que no responden a uterotónicos. Este procedimiento potencialmente puede eliminar la necesidad de cirugía y es una intervención importante de sincronización para la PPH sin control mientras la mujer espera la transferencia a un centro de salud de mayor nivel. Las intervenciones para la gestión de la PPH debido a atonía uterina incluyen:

- masaje uterino y medicamentos;
- compresión uterina bimanual;
- compresión aórtica externa; y
- tampón con balón uterino (nuevo en la segunda edición).

Tabla 3. Uso de medicamentos en la gestión de la PPH

	Dosis y vía de administración*	Dosis continua*	Dosis máxima	Precauciones y contraindicaciones
Oxitocina	IV: infundir 20 unidades en 1 L a la mayor velocidad de flujo posible IM: 10 unidades	IV: infundir 20 unidades en 1 L de fluidos a 40 gotas por minuto	No más de 3 L de fluidos intravenosos con oxitocina	No administrar como bolo IV
Ergometrina/ metilergometrina	IM o IV (lentamente): 0,2 mg	Repetir a 0,2 mg IM; después de 15 minutos Si es necesario, administrar 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada cuatro horas	Cinco dosis (total 1,0 mg)	Presión arterial elevada, preeclampsia, enfermedad cardíaca, retención de placenta
15-metil prostaglandina F2 alfa	IM: 0,25 mg	0,25 mg cada 15 minutos	Ocho dosis (total 2 mg)	Asma No administrar IV
Misoprostol (nuevo en la segunda edición)	Sublingual: 800 mcg	Repetir 200–800 mcg	No más de 1600 mcg	
Ácido tranexámico (nuevo en la segunda edición)	IV (lentamente): 1 g	Repetir después de 30 minutos si continúa el sangrado	No más de 10 mg por kilo de peso corporal; tres a cuatro veces al día	Antecedentes de coagulopatía o coágulos intravasculares activos, convulsiones

Fuente: Capítulo sobre sangrado vaginal después del nacimiento

*Notas: Tasa de goteo calculada usando un conjunto dado de 20 gotas/mL; intravenoso (IV); intramuscular (IM)

Las prostaglandinas no se deben administrar por vía intravenosa. Pueden ser fatales.

Gestión de la PPH debido a desgarro cervical, vaginal y peritoneal

Los desgarros del canal del parto son la segunda causa más frecuente de PPH. Los desgarros pueden coexistir con útero atónico. La segunda edición de este manual incluye un capítulo con el procedimiento actualizado sobre la clasificación y reparación de desgarro cervical, vaginal y peritoneal, incluidas nuevas ilustraciones de desgarro de primero, segundo, tercero y cuarto grado. La segunda edición especifica que una única dosis oral de antibiótico profiláctico (ampicilina 500 mg) debe administrarse antes de comenzar la reparación de desgarros de tercer y cuarto grado (pero no desgarros de primer y segundo grado).

Gestión de la PPH debido a retención de la placenta

Si la placenta no ha sido expulsada y la mujer sangra, la extracción manual de la placenta debe intentarse después de la administración de un antibiótico profiláctico (dosis única, ampicilina 2 g intravenosa o cefazolina 1 g intravenosa). La segunda edición de este manual incluye una sección actualizada del procedimiento sobre la extracción manual de la placenta.

Indumentaria no neumática anti-shock

La nueva orientación en la segunda edición de este manual establece que, si está disponible, debe aplicarse indumentaria no neumática anti-shock como medida de sincronización en la PPH sin control hasta que la atención esté disponible. Una indumentaria no neumática anti-shock aplica presión a la parte inferior del cuerpo y el abdomen, desviando la sangre de la periferia del cuerpo a los órganos centrales y el cerebro, ayudando a prevenir y/o mitigar el shock hipovolémico.

Intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de la hemorragia postparto sin control

La segunda edición de este manual posee una nueva sección sobre intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de la PPH sin control, incluidas descripciones detalladas de cómo realizar suturas de compresión junto con ilustraciones acompañantes. Si el **sangrado no se detiene a pesar del tratamiento** con uterotónicos y otras intervenciones conservadoras disponibles (por ej., masaje uterino, tampón con balón uterino) y presión externa o interna sobre el útero, se deben iniciar intervenciones quirúrgicas de la siguiente forma:

1. Los enfoques conservadores deben intentarse en primer lugar; si no tienen éxito, deben seguirse de procedimientos más invasivos. Por ejemplo, pueden intentarse suturas de compresión.
2. Si falla el uso de suturas de compresión, se puede intentar el ligado uterino o del útero-ovarios.
3. Si el sangrado que amenaza la vida continúa incluso después del ligado, se debe realizar una histerectomía subtotal (también denominada supracervical) o histerectomía total.

Atención después de la hemorragia postparto

La segunda edición de este manual proporciona orientación actualizada sobre la atención postparto de mujeres que han sufrido de PPH, incluida la provisión de seguimiento cercano y consultoría sobre el cuidado propio, el riesgo de infección y la importancia de solicitar atención inmediata en caso de un cambio en el estado.

Prevención y gestión de infecciones en el embarazo y parto

Los elementos clave de las Recomendaciones globales de la OMS de 2015 para la prevención y tratamiento de infecciones periparto de la madre se incorporan en toda la segunda edición de este manual. Las revisiones clave incluyen orientación sobre:

- uso de antibióticos profilácticos para procedimientos obstétricos específicos y recién nacidos con factores de riesgo de infección;
- evaluar y desarrollar rápidamente un diagnóstico diferencial de fiebre y otros signos de enfermedades infecciosas en mujeres embarazadas y postparto, incluidas tablas resumidas actualizadas de presentaciones clínicas (signos y síntomas) de infecciones comunes en el embarazo y parto;
- uso prudente de antibióticos de acuerdo con las recomendaciones basadas en evidencia para la prevención y tratamiento de infecciones periparto,
- administración de antibióticos solo para indicaciones recomendadas; reducción del uso injustificado de antibióticos para reducir la resistencia antimicrobiana;
- uso de antibióticos apropiados de bajo espectro con dosis y duración correcta del tratamiento;
- verificar los antecedentes de alergia a antibióticos de una mujer; y
- controlar las bacterias locales y la susceptibilidad a antibióticos y los patrones de resistencia para la selección del antibiótico, donde sea posible.

Antibióticos profilácticos

En la medida de lo posible, **los antibióticos profilácticos intravenosos deben administrarse 15–60 minutos antes del inicio de los procedimientos indicados** para lograr niveles adecuados del antibiótico en sangre en el momento del procedimiento. Las indicaciones obstétricas actualizadas con el plazo, tipo y dosis de antibióticos profilácticos se resumen en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Administración de antibióticos profilácticos

Procedimiento o afección obstétrica	Antibiótico(s) y dosis recomendada
<ul style="list-style-type: none"> Nacimiento por cesárea (electiva y de emergencia): administre antibióticos profilácticos antes del procedimiento, no después de fijar y cortar el cordón; asimismo, ahora se recomienda la limpieza de la vagina con iodo povidona antes del procedimiento Remoción manual de la placenta Colocación del tampón de balón uterino 	Dosis única de antibióticos (ampicilina o cefalosporina de primera generación): <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 2 g intravenosa O Cefazolina 1 g intravenosa
<ul style="list-style-type: none"> Reparación de laceraciones de tercer y cuarto grado 	Dosis única de antibióticos <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 500 mg
<ul style="list-style-type: none"> Ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto 	<ul style="list-style-type: none"> Eritromicina oral 250 mg cada seis horas por 10 días (o hasta el nacimiento) O Ampicilina 2 g intravenosa cada seis horas

La administración de antibióticos profilácticos **no se recomienda** para las afecciones siguientes: parto vaginal sin complicaciones; parto vaginal con operación; episiotomía; y laceraciones de primero o segundo grado.

La segunda edición de este manual especifica que los **recién nacidos que nacieron bajo las circunstancias siguientes tienen un mayor riesgo de infección y deben recibir tratamiento** con antibióticos profilácticos (ampicilina (intravenosa o intramuscular) y gentamicina) por al menos dos días, hasta descartar la infección:

- Ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto.
- Cuando la ruptura de membranas ocurrió más de 18 horas antes del nacimiento.
- La madre recibe tratamiento con antibióticos para corioamnionitis.
- La madre tuvo fiebre superior a 38 °C antes del nacimiento o durante el trabajo de parto.
- El fluido amniótico tenía mala olor o pus.
- La madre tiene colonización maternal confirmada con estreptococos del Grupo B con terapia antibiótica adecuada durante el parto.

Diagnóstico diferencial de fiebre y antibióticos terapéuticos en mujeres embarazadas y postparto

La segunda edición de este manual revisa los síntomas de causas comunes de fiebre relacionada con infecciones en mujeres embarazadas y postparto, que incluyen **pielonefritis** (infección del riñón), **neumonía**, **malaria**, **amnionitis** y **endometritis postparto**. La segunda edición de este manual actualiza los regímenes de tratamiento antibiótico para infecciones comunes en el embarazo y después del parto (**Tabla 5**). En general, la elección de un régimen de antibiótico debe basarse en el espectro antibacteriano más reducido clínicamente apropiado y la menor dosis efectiva y duración del tratamiento. La segunda edición también incluye importantes recomendaciones actualizadas para prevenir y tratar la **malaria** no complicada y severa en mujeres embarazadas y postparto, que se basan en los Lineamientos para el tratamiento de la malaria de la OMS de 2012.

Tabla 5. Antibióticos terapéuticos para ciertas infecciones en mujeres embarazadas y postparto

Diagnóstico	Nuevo en la segunda edición	Comentarios
Cistitis	Las opciones de antibióticos y dosis para amoxicilina o nitrofurantoína no se modifican, excepto : <ul style="list-style-type: none"> • Evitar la nitrofurantoína a término ya que puede ocasionar hemólisis neonatal. 	Amoxicilina 500 por vía oral cada ocho horas por tres días; o nitrofurantoína 100 mg por vía oral cada ocho horas por tres días

Diagnóstico	Nuevo en la segunda edición	Comentarios
	<ul style="list-style-type: none"> Suspender la trimetoprima/sulfametoxazol debido a la interferencia con el metabolismo del ácido fólico y el mayor riesgo de malformaciones congénitas. 	
Pielonefritis aguda	El régimen de antibióticos ampicilina MÁS gentamicina IV seguida de amoxicilina por vía oral no presenta cambios, pero se agrega énfasis en: la importancia de identificar y tratar la pielonefritis en el embarazo para prevenir enfermedades importantes; y reevaluar el diagnóstico y elección de antibiótico si no hay respuesta clínica en 48 horas .	Ampicilina 2 g IV cada seis horas <u>MÁS</u> gentamicina 5 mg IV por kg de peso corporal cada 24 horas; amoxicilina 1 g por vía oral cada ocho horas para completar 14 días de tratamiento
Amnionitis	El régimen de antibióticos de ampicilina MÁS gentamicina IV no presenta cambios, pero si la mujer tiene un parto vaginal, continuar el tratamiento por al menos 48 horas una vez que desaparecen los síntomas y signos de la infección.	Ampicilina 2 g IV cada seis horas <u>MÁS</u> gentamicina 5 mg IV por kg de peso corporal cada 24 horas
Endometritis postparto	El régimen de antibióticos cambió de ampicilina, gentamicina y metronidazol a clindamicina y gentamicina por 24–48 horas después de la resolución completa de los signos y síntomas clínicos (fiebre, sensibilidad uterina, loquios purulentos, leucocitosis). Los antibióticos orales no son necesarios después de los antibióticos IV.	Clindamicina 600 g IV cada ocho horas <u>MÁS</u> gentamicina 5 mg IV por kg de peso corporal cada 24 horas Si la clindamicina no está disponible: Ampicilina 2 g IV cada 6 horas <u>MÁS</u> gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas Cuando está disponible, la clindamicina (en combinación con gentamicina) es más efectiva que un antibiótico con ampicilina o penicilina para el tratamiento de la endometritis postparto.
Infecciones graves de los órganos pélvicos	Régimen de antibióticos reducido a ampicilina MÁS gentamicina IV, eliminando el metronidazol . Suspender los antibióticos 48 horas después de la resolución completa de los signos y síntomas clínicos.	Ampicilina 2 g IV cada seis horas <u>MÁS</u> gentamicina 5 mg IV por kg de peso corporal cada 24 horas
Abscesos pélvicos, peritonitis	El régimen de antibióticos no se modifica: Ampicilina MÁS gentamicina IV, MÁS metronidazol .	Ampicilina 2 g IV cada seis horas <u>MÁS</u> gentamicina 5 mg IV por kg de peso corporal cada 24 horas <u>MÁS</u> metronidazol 500 mg IV cada ocho horas
Mastitis o abscesos en los senos	El régimen de antibióticos no se modifica: cloxacilina o eritromicina por vía oral por 10 días.	Cloxacilina 500 mg por vía oral cada seis horas <u>O</u> eritromicina 250 mg cada ocho horas Para abscesos, el drenaje quirúrgico también es una opción.

Ese informe es posible gracias al generoso aporte de los estadounidenses a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en virtud de los términos del Acuerdo de cooperación AID-OAA-A-14-00028. La OMS y USAID han tomado todas las precauciones razonables por verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y uso del material recae en el lector. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud será responsable por daños derivados de su uso. El contenido es responsabilidad del Programa de Supervivencia Maternal e Infantil, y no necesariamente refleja los puntos de vista de la OMS, USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Las solicitudes de información adicional sobre este informe o el permiso para reproducir o traducir esta publicación deben enviarse a Comunicaciones de MCSP, correo electrónico info@mcsprogram.org. Para obtener más información sobre lineamientos de la OMS, contacte a reproductivehealth@who.int o mncah@who.int. Traducido por MCSP.

© Organización Mundial de la Salud y MCSP 2017. Reservados todos los derechos. WHO/MCA/17.02.

Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente de la OMS
http://www.who.int/maternal_child_adolescent

Departamento de salud reproductiva e investigaciones de la OMS
<http://www.who.int/reproductivehealth>