



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

RUTA MATERNO PERINATAL

FABIAN RANGEL CARVAJAL
MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

RESOLUCIÓN 3280 DEL 2 DE AGOSTO DEL 2018

Objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.



CONTROL PRENATAL

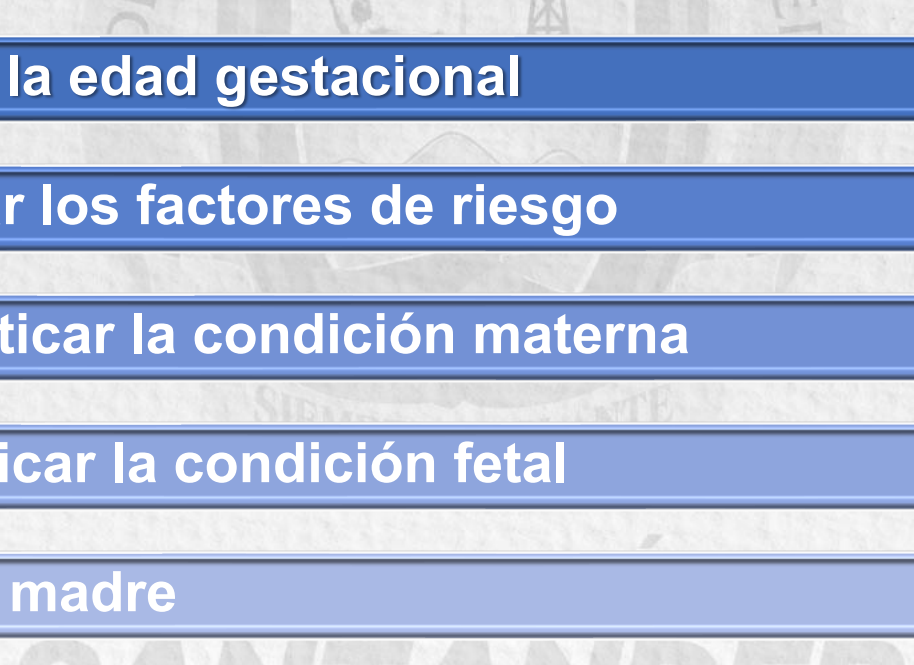
Identificar precozmente a la gestante con **FR biopsicosociales**, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo oportuno.

Establecer un plan integral en el cuidado prenatal, atención del parto conforme con la condición de salud.

Garantizar el manejo de acuerdo con su complejidad.

Ofrecer información a la gestante, su pareja y familiares, que permita la preparación para la maternidad.



- 
- **Determinar la edad gestacional**
 - **Identificar los factores de riesgo**
 - **Diagnosticar la condición materna**
 - **Diagnosticar la condición fetal**
 - **Educar a la madre**



HISTORIA CLÍNICA

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

Anamnesis

- Antecedentes personales.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Antecedentes ginecológicos.
- Antecedentes obstétricos.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes alérgicos.





VARIABLES MARCADORES DE RIESGO

- Preeclampsia
- HPP
- Parto Pretérmino
- Diabetes Gestacional



INTERVENCION DEL
RIESGO



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

INTERVENCIONES PARA DISMINUIR RIESGOS



Predicción del riesgo

- > Preeclampsia
 - > 11^{se} a 14^{se} semanas
 - > 19^{se} a 24^{se} semanas
 - > 30^{se} a 37^{se} semanas
- > Pequeño para la edad gestacional
- > Trisomías
- > diabetes gestacional
- > Aborto espontáneo
- > Nacimiento de un niño muerto
- > Macrosomía fetal
- > Nacimiento prematuro - historia
- > Parto prematuro - cuello uterino

Evaluación / gestión

- > Gestión: SGA
- > Manejo: anemia fetal
- > Citas durante el embarazo
- > Evaluación: Crecimiento fetal
- > Evaluación: Peso al nacer
- > Evaluación: Doppler fetal
- > Evaluación: PI uterina
- > Evaluación: Translucencia nucal

Evaluación de riesgos

Riesgo de preeclampsia

Los riesgos pueden derivarse de los antecedentes maternos y de cualquier combinación de biomarcadores. Los marcadores útiles entre las semanas 11 y 14 son la presión arterial media (PAM), el IP de la arteria uterina (IPUT) y el PLGF sérico (o PAPP-A cuando no se dispone de PLGF).

Los valores de PLGF y PAPP-A dependen de las características maternas y de los reactivos utilizados para el análisis, por lo que deben convertirse a MoM. En la aplicación a continuación, puede utilizar los valores de MoM informados por el laboratorio o proporcionar los datos sin procesar para que se calculen los valores de MoM.

Registre la siguiente información y luego presione Calcular.

Tipo de embarazo
Único o gemelos

Citas durante el embarazo
Longitud cráneo-caudal del feto mm (45-84 milímetros)
Fecha del examen dd-mm-aaaa

Características maternas
Fecha de nacimiento dd-mm-aaaa
Altura centí pie en
Peso kilogramos libras
Origen racial
Fumar durante el embarazo Sí No

Historial médico
Hipertensión crónica Sí No
Diabetes tipo I Sí No
Diabetes tipo II Sí No
Lupus eritematoso sistémico Sí No
Síndrome antifosfolípido Sí No

Calcio 1.2 gr
ASA 150 mg
Doppler uterinas sem 22
Seguimiento peso materno
Seguimiento curva de TA.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Evaluación de riesgos

Riesgo de preeclampsia

Risks can be derived from maternal history and any combinations of biomarkers. Useful biomarkers at 11+0 to 13+6 weeks are mean arterial pressure (MAP), uterine artery PI (UTPI) or ophthalmic artery PSV ratio (OA-PSV) and serum PLGF (placental growth factor). Useful biomarkers at 19+0 to 23+6 weeks are MAP, UTPI or OA-PSV, estimated fetal weight, PLGF and sFLT-1. Useful markers at 35+0 to 36+6 weeks are MAP, UTPI or OA-PSV, PLGF and sFLT-1. The values of biochemical markers depend on maternal characteristics and reagents used for analysis and they therefore need to be converted into MoMs. In the application below you can either use the MoM values reported by the laboratory or provide the raw data and the MoM values will be calculated.

Please record the following information and then press Calculate.

Maternal characteristics

Date of birth

Height cm

Weight kg

Ethnicity

Currently smoking Yes No

Current pregnancy

Last menstrual period

Vanishing twin Yes No

Conception method

Pregnancy dating

Method

CRL mm

Gestational age weeks days

EDD

Examination date

Medical history

- Chronic hypertension Yes No
- Diabetes type I Yes No
- Diabetes type II Yes No
- Mother of the patient had PE Yes No
- Systemic lupus erythematosus Yes No
- Anti-phospholipid syndrome Yes No

Obstetric history

- Nulliparous (no previous pregnancies at ≥ 24 wks.)
- Parous (at least one pregnancy at ≥ 24 weeks)

Ultrasound assessment

- Fetal heart activity Present Absent
- Crown-rump length mm
- Biparietal diameter mm

Biophysical measurements

Mean arterial pressure

Measurement 1	SBP	DBP
Right	<input type="text" value="118"/>	<input type="text" value="75"/>
Left	<input type="text" value="115"/>	<input type="text" value="74"/>
Measurement 2	SBP	DBP
Right	<input type="text" value="119"/>	<input type="text" value="75"/>
Left	<input type="text" value="117"/>	<input type="text" value="78"/>
MAP	<input type="text" value="89.4"/>	<input type="text" value="1.05 MoM"/>
Operator	<input type="text" value=""/>	

Uterine artery PI

- Right Left
- Mean uterine artery PI MoM

Ophthalmic artery PSV ratio

Biochemical measurements

Risk of preeclampsia before 37 weeks

History, MAP, UTA-PI: 1 in 23

The risk of preeclampsia was assessed by a combination of maternal characteristics and medical history with measurements of blood pressure and blood flow to the uterus. On the basis of this assessment the patient has been classified as being at increased risk for developing preeclampsia before 37 weeks. The ASPRE trial has shown that in such women use of low dose aspirin (150mg/night) from now until 36 weeks reduces the incidence of PE before 32 weeks by about 90% and PE before 37 weeks by 60%.



FACTORES MAYORES

- Gestación multifetal.
- Hipertensión crónica.
- Diabetes tipo 1 o 2.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad autoinmune (LES, síndrome antifosfolípido).
- Historia de preeclampsia, especialmente cuando acompañado de un resultado adverso.

FACTORES MODERADOS

- Obesidad (IMC >30).
- Antecedentes familiares de preeclampsia (madre o hermana)
- Características sociodemográficas (afroamericano raza, nivel socioeconómico bajo)
- 35 años o más
- Factores de antecedentes personales (Bajo peso al nacer o pequeño para la EG, embarazo previo con resultado adverso.
- Intervalo de embarazo de más de 10 año.
- Nuliparidad.

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

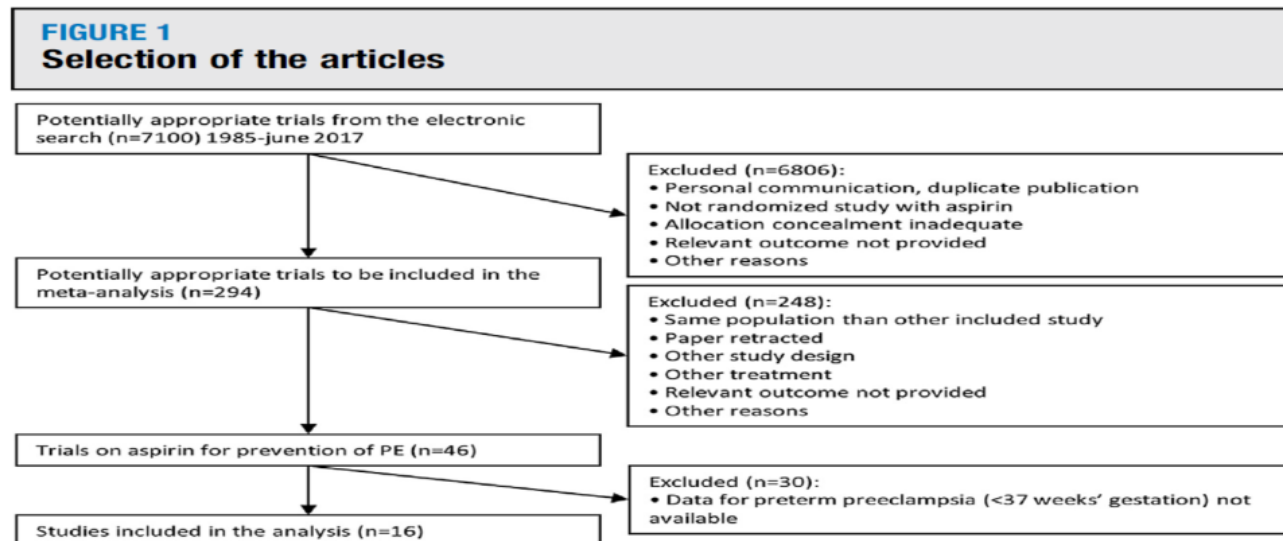


GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis

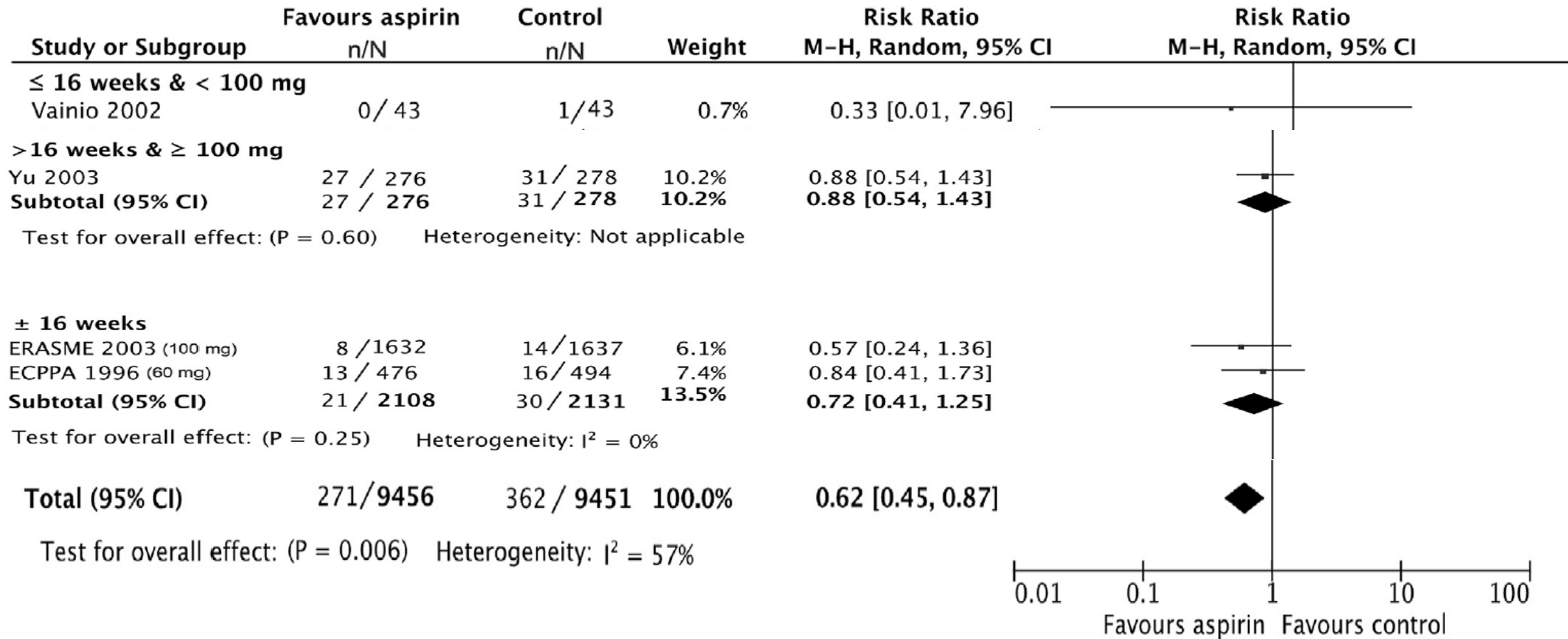


Stephanie Roberge, PhD; Emmanuel Bujold, MD, MSc; Kypros H. Nicolaides, MD



Selection tree for the selection of included articles.

Resultados



Forest plot of effect of low-dose aspirin on risk of preterm preeclampsia, subgrouped by gestational age at initiation of treatment and dose of treatment.

HPP



327 estudios . 847 mil px.





The Lancet

Volume 405, Issue 10488, 26 April–2 May 2025, Pages 1468-1480



Articles

Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis

Idnan Yunas MBBChir ^{a *}, Md Asiful Islam ^{c *}, Kulandaipalayam N Sindhu PhD ^a, Adam J Devall PhD ^a  , Marcelina Podsek MSc ^a, Sayeda Sadia Alam BSc ^a, Shoumik Kundu Msc ^e, Kristie-Marie Mammoliti MSc ^a, Ashraf Aswat MSc ^a, Malcolm J Price PhD ^{b f}, Prof Javier Zamora PhD ^{g h}, Olufemi T Oladapo MD ⁱ, Ioannis Gallos MD ^j, Prof Arri Coomarasamy MD ^a

Anemia previa.
Antecedente de HPP.
Cesárea.
Sepsis.
Deficientes controles prenatales.
Embarazo múltiple.
Placenta previa.
Técnica de reproducción asistida.
Macrosomía mayor de 4500 gr.
Distocia de hombros.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Clinical Trial > Lancet Glob Health. 2023 Aug;11(8):e1249-e1259.

doi: 10.1016/S2214-109X(23)00245-0. Epub 2023 Jun 27.

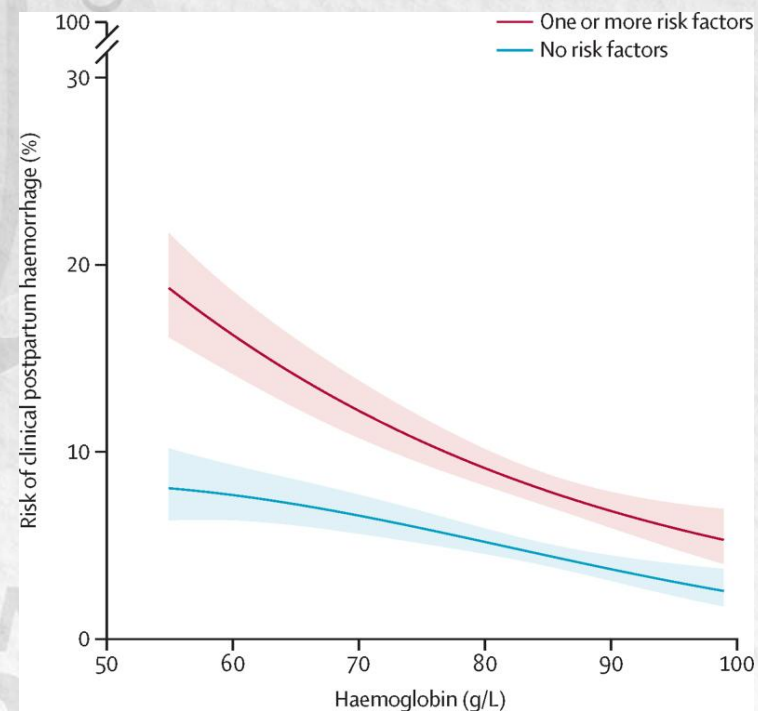
Maternal anaemia and the risk of postpartum haemorrhage: a cohort analysis of data from the WOMAN-2 trial

WOMAN-2 trial collaborators. Electronic address: woman2@lshtm.ac.uk; WOMAN-2 trial collaborators

Collaborators + expand

PMID: 37390833 PMCID: [PMC10353972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC10353972/) DOI: [10.1016/S2214-109X\(23\)00245-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00245-0)

Hb 7-9.9. 6.2% de HPP.
Hb < 7. 11.2% de HPP.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

► Intern Med J. 2025 Feb 5;55(2):300–307. doi: [10.1111/imj.16602](https://doi.org/10.1111/imj.16602)

Iron optimisation in pregnancy: a Haematology in Obstetric and Women's Health Collaborative consensus statement

[Lisa Clarke](#)^{1,2}, [Bernd Froessler](#)³, [Catherine Tang](#)^{4,5}, [Kylie King](#)^{6,7}, [Briony Ross](#)⁸, [Giselle Kidson-Gerber](#)^{9,10}, [Cory Dugan](#)¹¹, [Lynn Townsend](#)^{12,13}, [Talat Uppal](#)^{14,15}, [Laura Baxter](#)¹⁶, [Shab Cook](#)¹⁷, [Briony Cutts](#)^{18,19}, [Renee Eslick](#)²⁰, [Elizabeth Farrell](#)²¹, [Luke Grzeskowiak](#)^{22,23,24,25}, [Nada Hamad](#)^{26,27,28}

► [Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#)

PMCID: PMC11817901 PMID: [39907166](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39907166/)

HIERRO ORAL 200 a 300 MG DIA.
SI NO TOLERA O NO LLEGA A META MINIMA
DE HB.
HIERRO POLIMALTOSADOS O HIERRO
PARENTERAL.

FORMULA DE GANZONI

$$\text{DEFICIT DE HIERRO (mg)} = \text{PESO(Kg)} \times \frac{\text{Hb diana gr/dl} - \text{Hb real gr/dl}}{1} \times 2.4 + 500$$

Ejemplo:



Peso: 50 Kg

Hb: 7.5 gr/dl

Hb diana: 12 gr/dl

$$\begin{aligned} \text{DEFICIT DE HIERRO (mg)} &= 50\text{kg} \times 4.5 \text{ gr/dl} \times 2.4 + 500 \\ \text{DEFICIT DE HIERRO (mg)} &= 1040 \end{aligned}$$



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud



Parto Pretérmino

Manejo infecciones
Cervicometría sem 16
Progesterona vaginal

Diabetes Gestacional

Remisión Nutrición
CTOG
Metformina



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Examen físico

Medidas antropométricas

**Tabla incremento porcentaje
peso-talla**

Altura uterina

Valoración Ginecológica

Valoración Obstétrica

Clasificación del Riesgo



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

*Secretaría
de Salud*

EXAMENES DE TAMIZAJE CUÁLES ?

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Examen	Utilidad	Nivel de evidencia
Hemoglobina hematocrito	Detección temprana de anemia	> 11 g/dl B2
Hemoclasificación	Riesgo de isoimmunización por Rh	B
Prueba treponémica rápida	Tamizaje sífilis gestacional	A1
Prueba VIH	Tamizaje VIH-SIDA	A1
Prueba HBs Ag	Tamizaje hepatitis B	A1
Urocultivo	Tamizaje IVU	A1
Toxoplasma IgG – Igm	Riesgo de seroconversión	A
Rubeola IgG		A
Chagas	Tamizaje Chagas neoatal	A
Glucosa en ayunas	Diabetes pregestacional	A



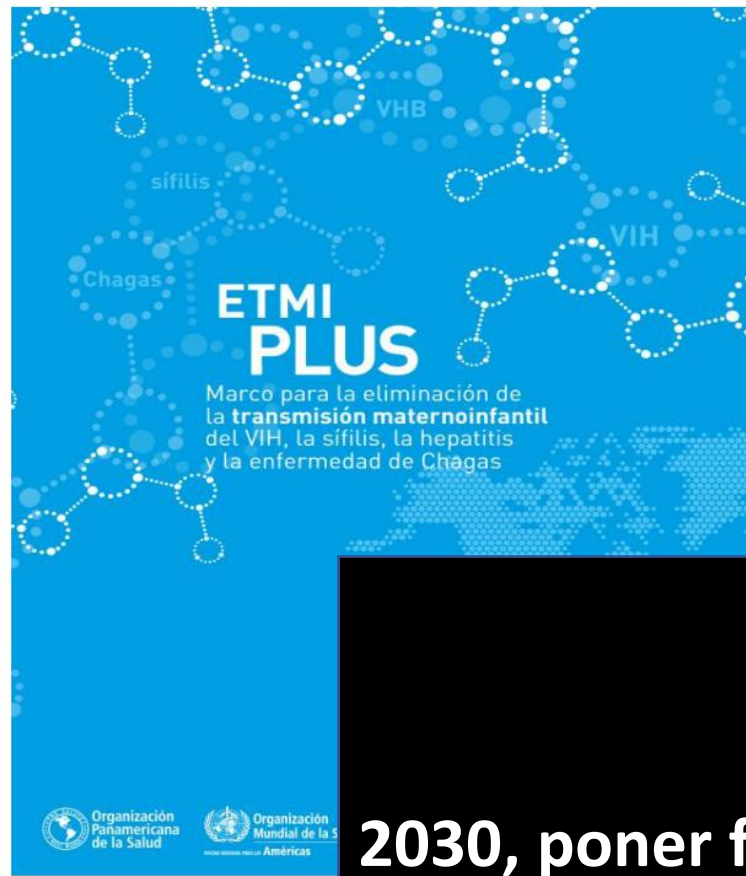
**ESQUEMA DE LABORATORIOS OBLIGATORIOS DURANTE EL CONTROL
PRENATAL RESOLUCION 3280 DE 2018**

**SECRETARIA
DEPARTAMENTAL DE
SALUD DE SANTANDER**



EXAMENES DURANTE EL CONTROL PRENATAL								
EXAMEN	VALOR REF	< 10	11-14	20-24	24-28	30-32	35 SEM	PARTO
HEMOGRAMA	>11	X			X			
PRUEBA TREPONEMICA RAPIDA	NO REACTIVO	X		X		X		
PRUEBA RAPIDA VIH	NO REACTIVO	X		X		X		X
UROCULTIVO	NEGATIVO	X						
GLICEMIA	<92	X						
CTOG 75 GR	<92 mg/dl				X			
ECOGRAFIA OBSTETRICA			X	X		X		
CULTIVO RECTO VAGINAL	NEGATIVO						X	
TOXO G-TOXO M	NEGATIVO	X						
RUBEOLA IgG	NEGATIVO	X						
HbsAg	NEGATIVO	X						
ELISA CHAGAS	NEGATIVO	X						

**Marco para la Eliminación
de la Transmisión Materno
Infantil del VIH, sífilis,
Hepatitis B y Enfermedad
de Chagas
ETMI - PLUS**



2030, poner fin a las muertes evitables de RN y de niños < 5 años, < la mortalidad neonatal 12/1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños < 5 años 25/1.000 nacidos vivos.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

- **Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino de acuerdo con la edad y el ámbito territorial.**
- **VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test.**
- **Prueba treponémica rápida.**
- **Antígeno de superficie de hepatitis B.**

- **Hemoparásitos (en zonas endémicas), y/o tamizaje para chagas.**
- **IgG toxoplasma, IgG rubéola, IgG varicela.**
- **Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI).**
- **Hemoclasificación, hemograma.**
- **Glicemia en ayunas.**

**GOBERNACIÓN
SANTANDER**



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

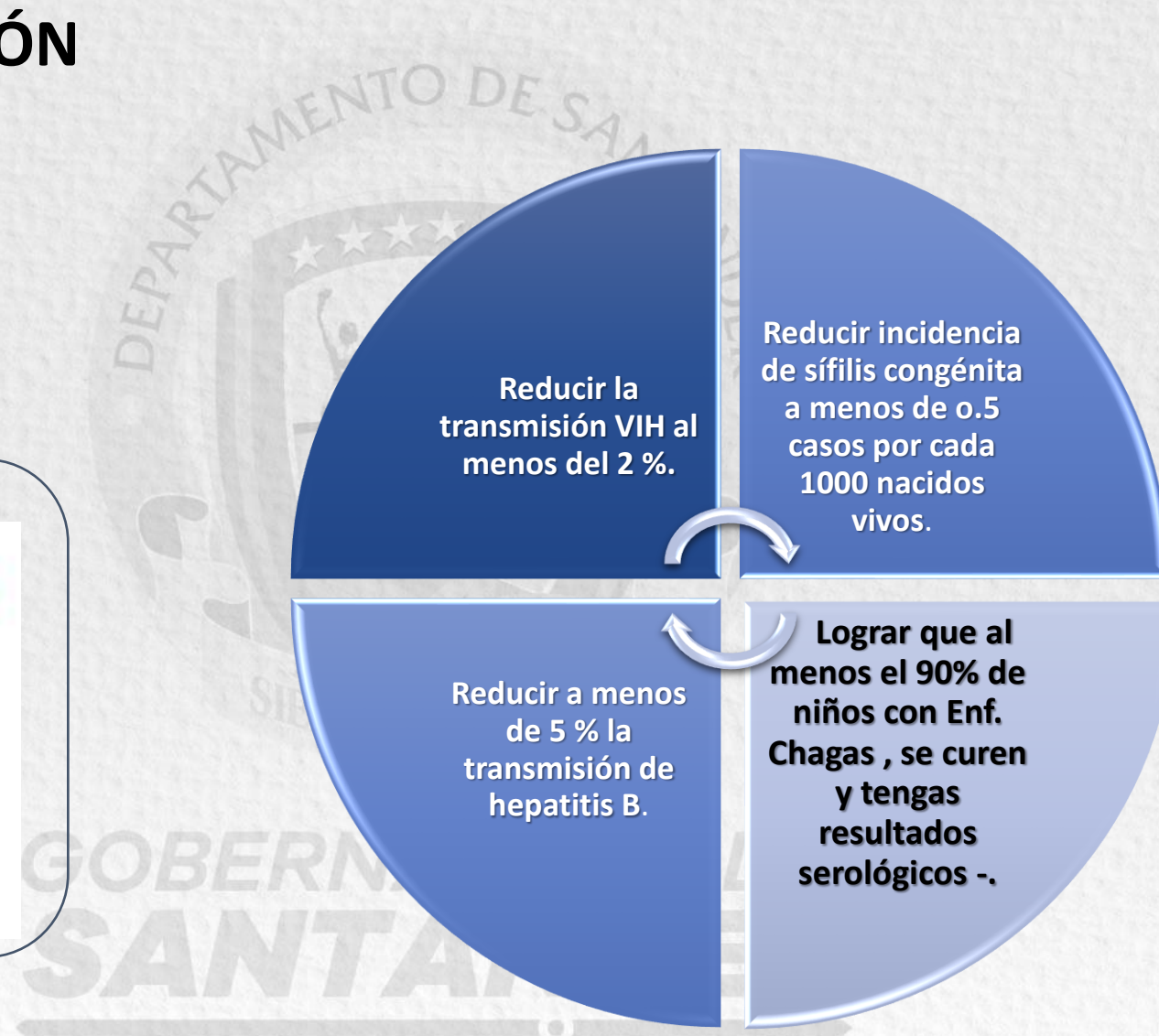
**Secretaría
de Salud**




PLANIFICACIÒN FAMILIAR



METAS DE ELEMINACIÓN



- Cobertura TTO en gestantes en América del 52% en 2010, 90% en el 2017, 95 % en Colombia 2020. 
-  % de transmisión materno infantil 5.8 % en el 2010 a un **1.2** % en el 2021.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Sin intervención 25-78%.

Parto 60% – 70%.

**Transmisión
materno infantil
del VIH**

Lactancia 30% – 40% .

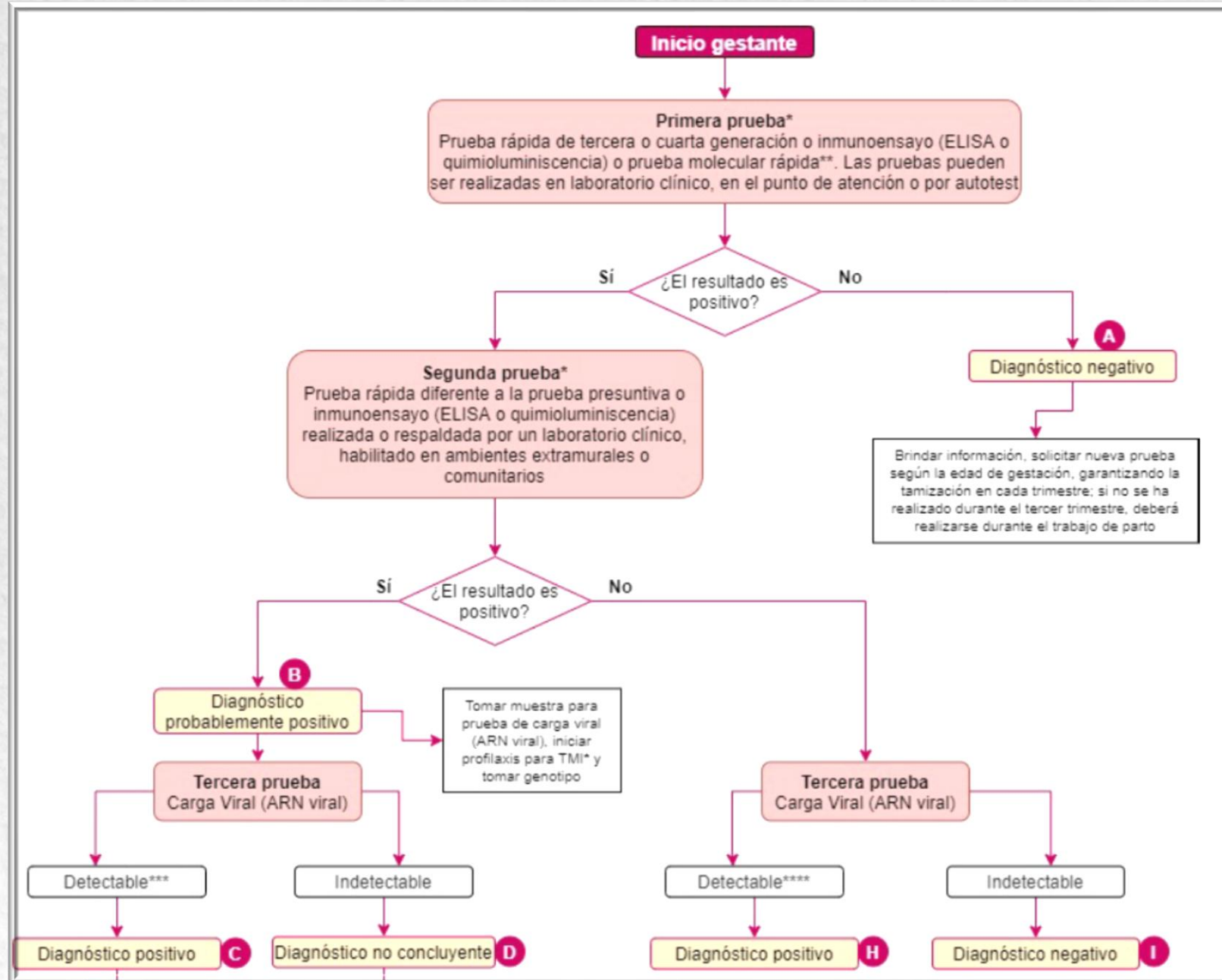
**Transmisión intrauterina 10
% .**

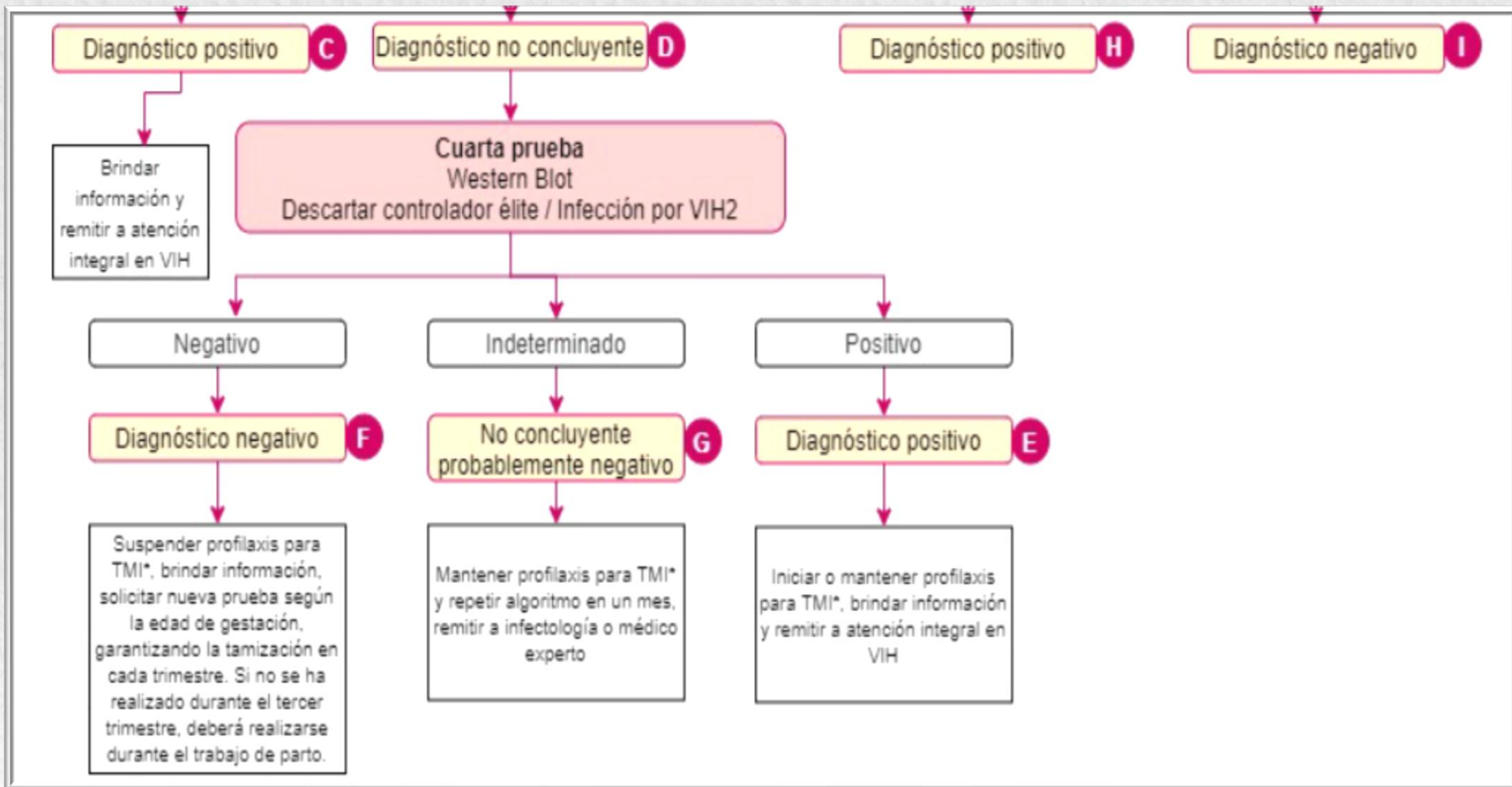
SANTANDER



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

**Secretaría
de Salud**





SANTANDER



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

**Secretaría
de Salud**

Se recomienda, en gestantes mayores a 18 años viviendo con VIH sin experiencia previa con antirretrovirales e independientemente de la edad gestacional, iniciar tratamiento con antirretroviral según los siguientes esquemas:

	Esquemas
Regímenes preferidos	<p>Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC)</p> <p>Dolutegravir (DTG) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC)</p> <p>Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC)</p> <p>Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC)</p>
Regímenes alternativos	<p>Atazanavir/ritonavir (ATZ/r) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / Emtricitabina (FTC)</p> <p>Atazanavir/ritonavir (ATZ/r) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) **</p>
	<p>Darunavir/ritonavir (DRV/r) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) *</p> <p>Darunavir/ritonavir (DRV/r) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) *</p>



Bajo riesgo

- Hijas e hijos de madres con diagnóstico de VIH/SIDA cuya carga viral sea indetectable (<50 copias) al momento del parto (carga viral tomada en las semanas 34 – 36 de gestación).

Fuerte a favor (2021)	Recomendación 1 Se recomienda utilizar la zidovudina oral durante 4 semanas (4 mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas) como profilaxis en neonatos de bajo riesgo de transmisión materno infantil del VIH. Certeza en la evidencia: muy baja (basada en consenso).
--------------------------	---

Fuerte en contra (2021)	Recomendación 2 Se recomienda no usar la profilaxis con zidovudina oral más nevirapina en neonatos de bajo riesgo de transmisión materno infantil del VIH. Certeza en la evidencia: muy baja (basada en consenso).
----------------------------	---

Fuerte en contra (2021)	Recomendación 3 Se recomienda no usar la profilaxis con zidovudina oral durante menos de 4 semanas en neonatos de bajo riesgo de transmisión materno infantil del VIH. Certeza en la evidencia: muy baja (basada en consenso).
----------------------------	---

Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes Guía Completa 2021



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Recuadro 6.1. Objetivos en función de las políticas nacionales sobre la lactancia materna

- Países con una política de evitación de la lactancia materna: tasa de TMI de <2%
- Países con una política de uso de la lactancia materna: tasa de TMI de <5%.

SIEMPRE ADELANTE
GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

ORIENTACIONES MUNDIALES SOBRE LOS CRITERIOS Y PROCESOS PARA LA VALIDACIÓN: ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS Y EL VIRUS DE LA HEPATITIS B 2021, OMS.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

SIFILIS GESTACIONAL

- OMS **2** millones de casos de sífilis gestacional anual.
- **25%** en América Latina y el Caribe.
- Prevalencia **3.9%**, mayor del promedio mundial de 1.8%.



ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:

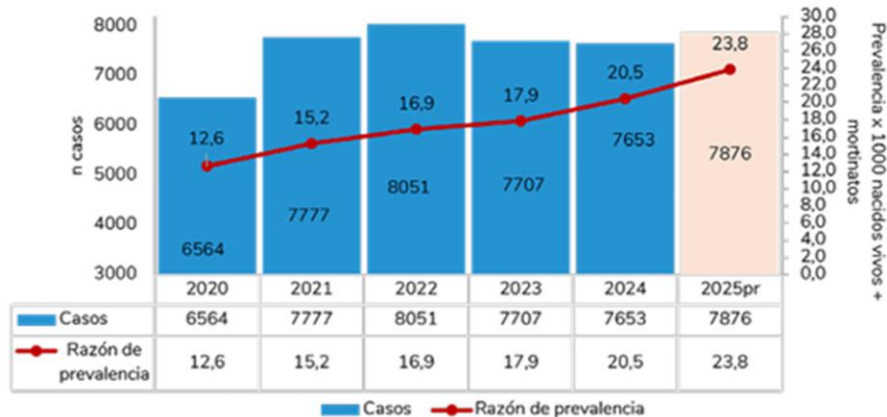
MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

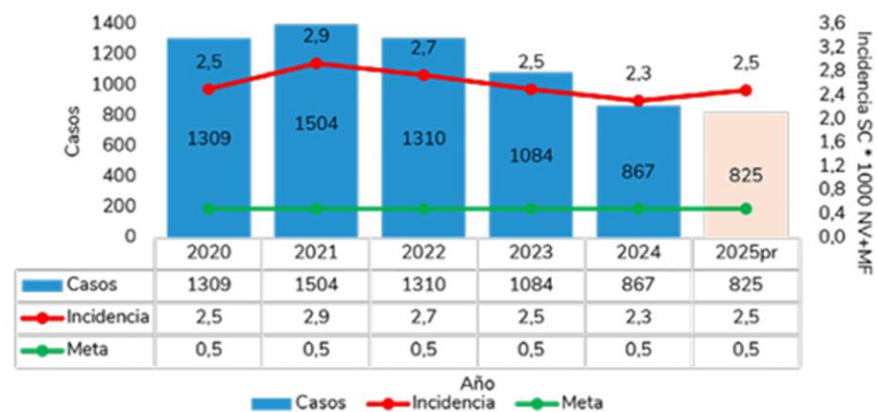
Secretaría
de Salud

Figura 1. Comportamiento de la notificación de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2020-2025



Fuente: DANE 2020-2024 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2025 datos convenio DANE-INS EEVV corte 6 de octubre 2025. Sivigila 750 2020- 2025 a perido epidemiológico X (2025 datos preliminares)

Figura 2. Comportamiento de la notificación sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2020- 2025



Fuente: DANE 2020-2024 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2024-2025 datos convenio DANE-INS EEVV corte 6 de octubre 2025 Sivigila, 2020- 2025 a PE X (2024 Y 2025 datos preliminares)



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Recomendación 2

En todas las gestantes se recomienda utilizar las pruebas treponémicas rápidas realizadas en el sitio de atención para el diagnóstico de caso probable de sífilis gestacional, durante la primera consulta de control prenatal.



En caso de ser negativa se repetirá cada trimestre

ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:

MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

**Secretaría
de Salud**

PRUEBAS DIAGNOSTICAS



Pruebas no treponemicas

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
- RPR (reagina plasmatica rapida)

Detección 4 a 8 Sem de la infección
S: Primaria y latente 60 a 80%
E: 92-95%



Pruebas treponemicas

- Prueba rápida
- FTA-ABS
- PCR
- TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination)

Detección 10 días
S: 85 a 100%
E: 97 a 99%

ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:

MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

CASO PROBABLE: toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una prueba treponémica rápida positiva, que no haya recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo a su estadio clínico durante la presente gestación*. En todos los casos se debe solicitar prueba no treponémica (VDRL, RPR) y esta debe ser reportada en diluciones. Los casos probables no son notificados al SIVIGILA.

ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:

MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

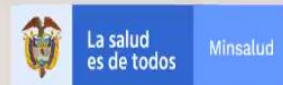
Secretaría
de Salud

Caso confirmado de sífilis gestacional - notificar Sivigila

Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos **40 días** con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis **gestacional** (úlceras genitales, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con:

- **Prueba treponémica** rápida **positiva**.
- Prueba **no treponémica** (VDRL-RPR) **reactiva** a cualquier dilución
- Que **no** ha recibido tratamiento **adecuado** para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

1 - 2 - 4 - 8 - 16 - 32 - 64 - 128 - 256 - 512 - 1024 - 2048



Fuente: Guía de práctica clínica. Basada en la evidencia para la atención de sífilis gestacional y congénita. MSPS 2014

SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Tabla 14. 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

Recomendación 7

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), se 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 14. 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).



Recomendación 15

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.

**RECOMENDACIÓN
FUERTE A FAVOR /
Calidad de la evidencia:
muy baja**

**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**



**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

**Secretaría
de Salud**

Recomendación 11

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.

Recomendación 13

En el o los contactos sexuales de la mujer con sífilis gestacional se recomienda NO realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

Recomendación 14

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.



Sífilis congénita

Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

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** (Criterio por nexo epidemiológico).

O

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.

sífilis congénita - notificar al Sivigila



La salud
es de todos

Minsalud

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



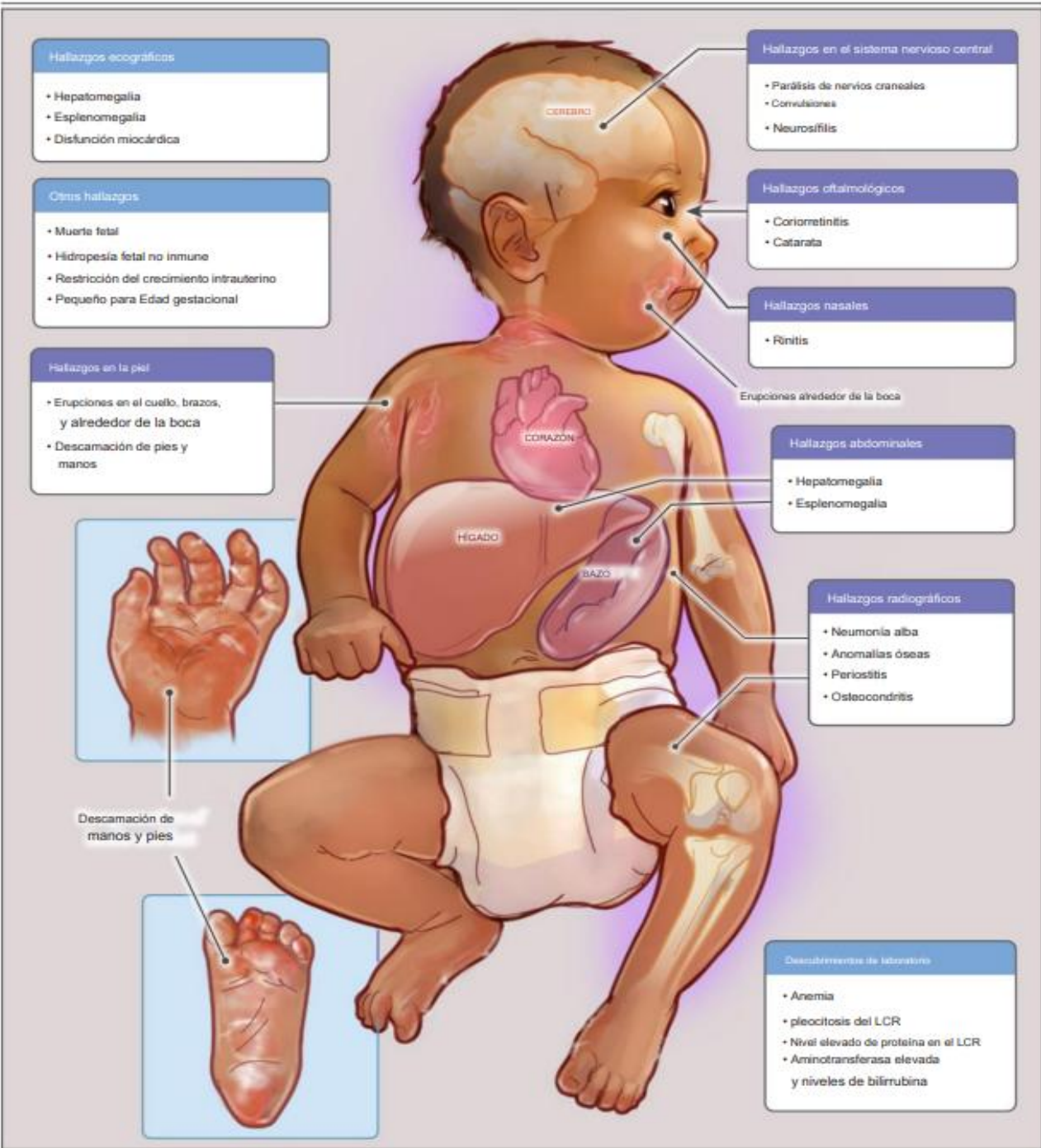
0

Fuente: Guía de práctica clínica. Basada en la evidencia para la atención de sífilis gestacional y congénita. MSPS 2014



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud



Hallazgos ecográficos

- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Disfunción miocárdica

Otros hallazgos

- Muerte fetal
- Hidropesía fetal no inmune
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Pequeño para Edad gestacional

Hallazgos en la piel

- Erupciones en el cuello, brazos, y alrededor de la boca
- Descamación de pies y manos



Descamación de manos y pies



Hallazgos en el sistema nervioso central

- Parálisis de nervios craneales
- Convulsiones
- Neurosífilis

Hallazgos oftalmológicos

- Coriorretinitis
- Catarata

Hallazgos nasales

- Rinitis

Erupciones alrededor de la boca

Hallazgos abdominales

- Hepatomegalia
- Esplenomegalia

Hallazgos radiográficos

- Neumonía alba
- Anomalías óseas
- Periorítis
- Osteocondritis

Descubrimientos de laboratorio

- Anemia
- pleocitosis del LCR
- Nivel elevado de proteína en el LCR
- Aminotransferasa elevada y niveles de bilirrubina

FLUJOGRAMA SÍFILIS CONGÉNITA

Fruto de la gestación de una mujer con antecedente de sífilis gestacional en el embarazo actual

¿El recién nacido cumple con la definición de caso de sífilis congénita? (ver Guía)

SI

Administre 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.

NO

Aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis.

Hacer seguimiento con prueba no treponémica (VDRL, RPR) cada 3 meses hasta el año de edad, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica.



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

HEPATITIS B

Infección crónica:

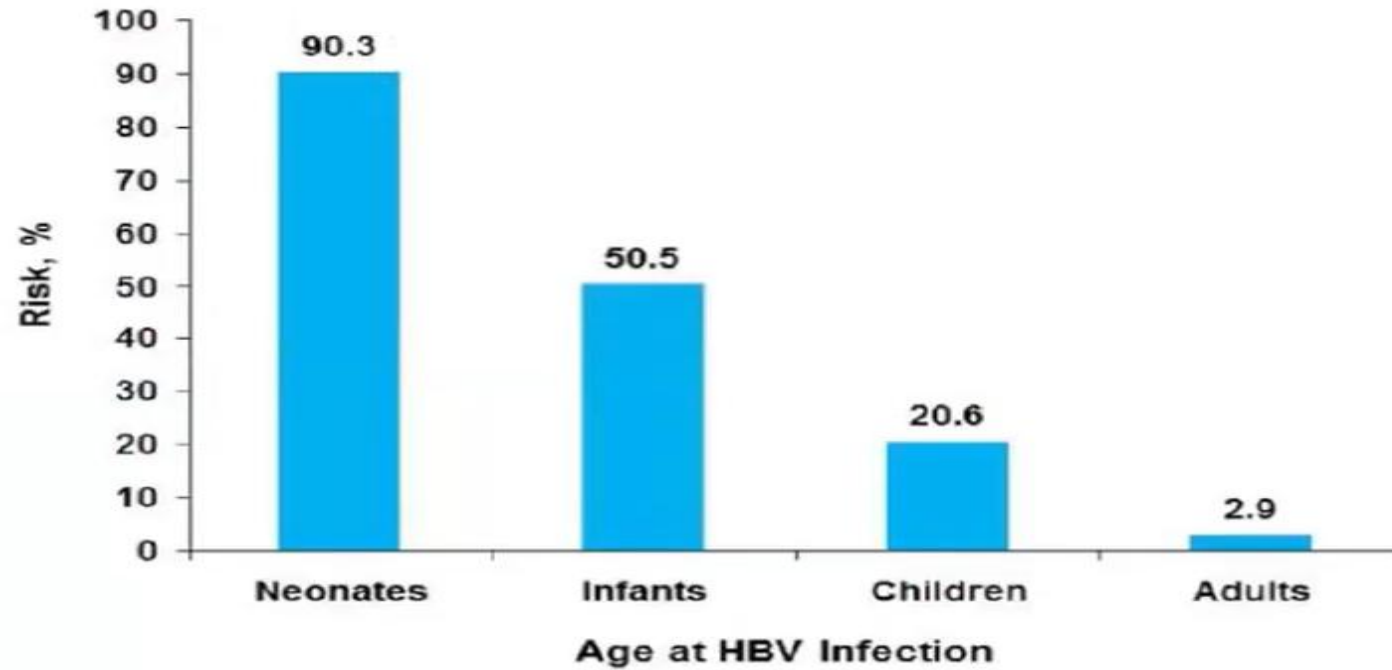


240 millones de personas



- **2.8** millones de personas
- Incidencia (2016): 10.000 nuevas infecciones crónicas
- **56%** por transmisión materno infantil.

Riesgo de infección crónica depende de la edad de infección



4

Chang MH. *Hepatol Int* 2008;2:S28-S36; McMahon BJ et al. *J Infect Dis*. 1985;151(4):599-603; Tassopoulos NC et al. *Gastroenterology* 1987;92(6):1844-1850

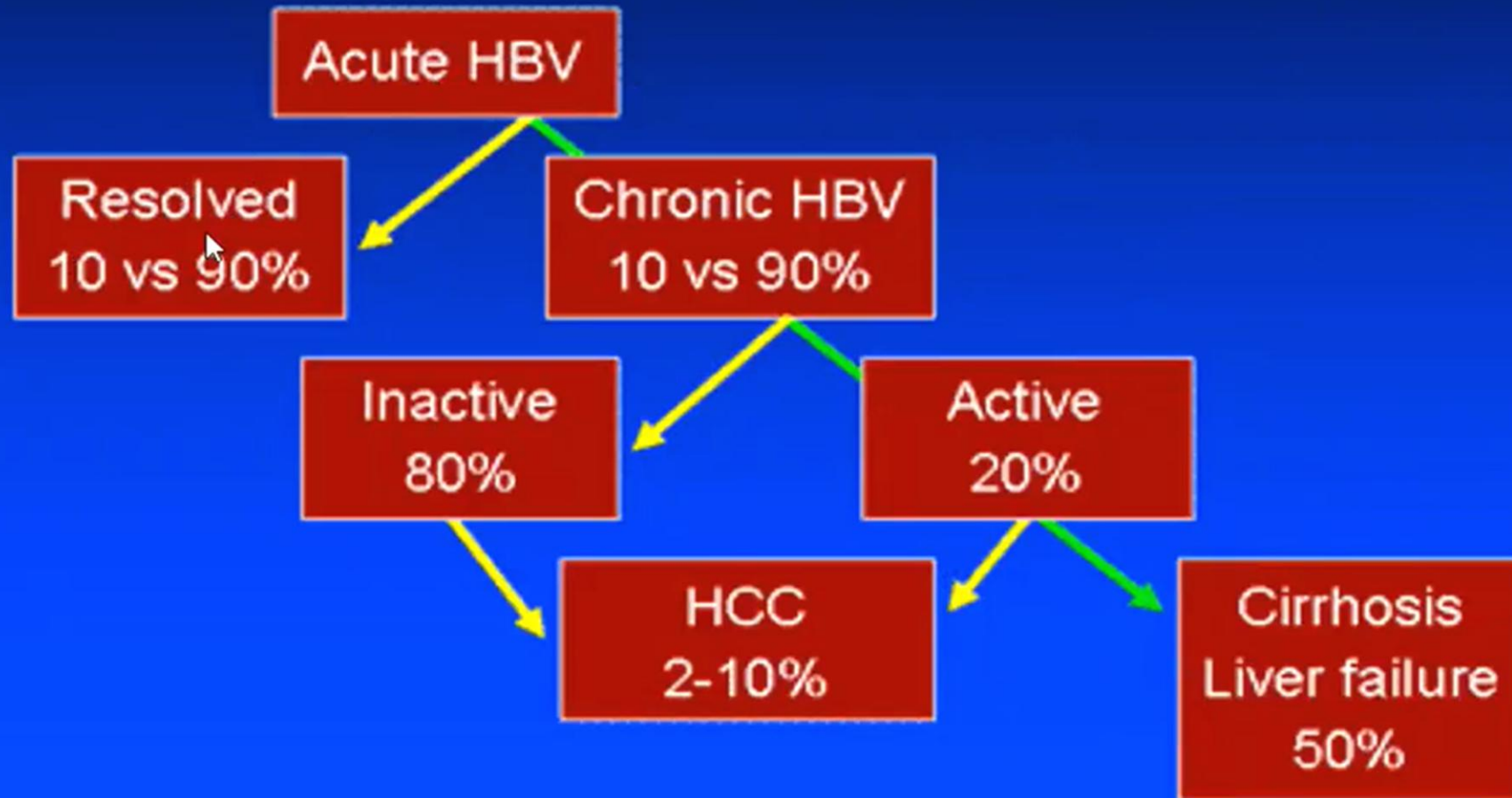
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR HEPATITIS B



Activar V



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

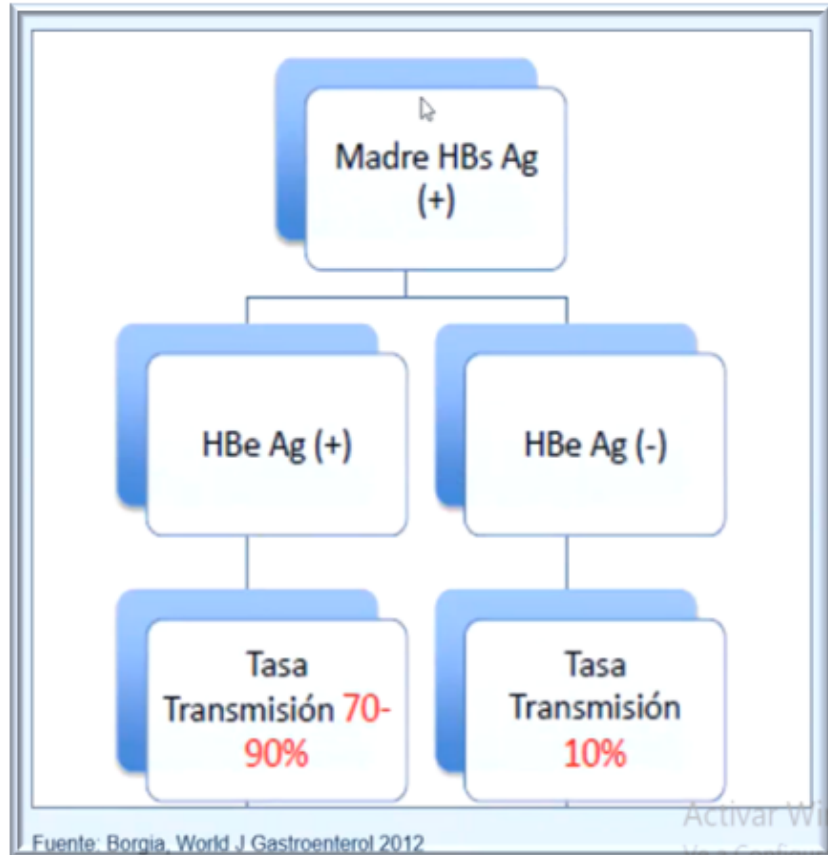
Secretaría
de Salud

Cuando el antígeno de superficie (HBsAg) es negativo, se continúan las atenciones prenatales y se puede considerar repetir la prueba hacia el final del embarazo o al momento del parto, en caso de presentar factores de riesgo.

Cuando el antígeno de superficie (HBsAg) es positivo, se considera que la gestante tiene la infección por el virus de la hepatitis B. Proceda entonces a ordenar una carga viral o, cuando este examen no esté disponible, una prueba de antígeno e para hepatitis B, para determinar la replicación viral y necesidad de tratamiento durante la gestación.



RIESGO DE TRASMISION MATERNO INFANTIL



TRANSMISIÓN INUTERO
TRANSMISIÓN EN EL
MOMENTO DEL
NACIMIENTO
EN LACTANCIA MATERNA

ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:
MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud



Consideraciones sobre los medicamentos para el tratamiento antiviral

- El medicamento recomendado es el **tenofovir en dosis de 300 mg/día**.

Indicaciones para el tratamiento antiviral

Las gestantes con hepatitis B aguda o crónica requieren tratamiento antiviral en los siguientes casos:

- **Carga viral mayor o igual a 200.000 UI/ml.**
- Antígeno e (HBeAg) positivo.
- Evidencia clínica de cirrosis hepática o Puntuación de APRI mayor o igual a 2.
- Coinfección con VIH.
- Otros criterios de inicio de tratamiento similares a los de personas no gestantes, según la guía de práctica clínica vigente.

ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:

MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Tabla 5. Medidas profilácticas en el Recién nacido expuesto al VHB

Medicamento	Dosis	Modo de aplicación
Inmunoglobulina específica contra VHB	100 UI (0,5ml)	Intramuscular Dosis única en las primeras 12 horas de vida
Vacuna Hepatitis B	10 mcg (0,5ml)	Intramuscular Dosis del recién nacido en las primeras 12 horas de vida. Luego iniciar el esquema PAI vigente.

Fuente: Salud materna y neonatal: Atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata, OMS 2013

Cuando se reciben la vacuna e inmunoglobulina en las primeras horas de vida, se evita la transmisión de la hepatitis B en un 94% de los casos.




**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

**Secretaría
de Salud**

- La lactancia materna **no esta contraindicada** para el hijo o hija de una madre con hepatitis B.
- La madre debe recibir **indicaciones sobre como lactar** a su bebé de tal manera que se reduzca el riesgo de fisuras, laceraciones y procesos infecciosos en los pezones que puedan facilitar el contacto con sangre y secreciones que favorezcan el riesgo de infección a su hijo o hija.



CHAGAS

- 8 - 9 millones de personas infectadas.
- 40.000 nuevos casos por año.
- **70.000-100.000** mil. personas viven en áreas endémicas.
- Transmisión congénita  **1/3** de las nuevas infecciones en el año 2010, con una incidencia **15.000** casos anuales en América Latina.



A



ETMI PLUS COLOMBIA 2018-2021:

MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, LA SÍFILIS, LA HEPATITIS B Y LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

Colombia

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

6 FEBRUARY 2015, 90th YEAR / 6 FÉVRIER 2015, 90^e ANNÉE
No. 6, 2015, 90, 33-44
<http://www.who.int/wer>

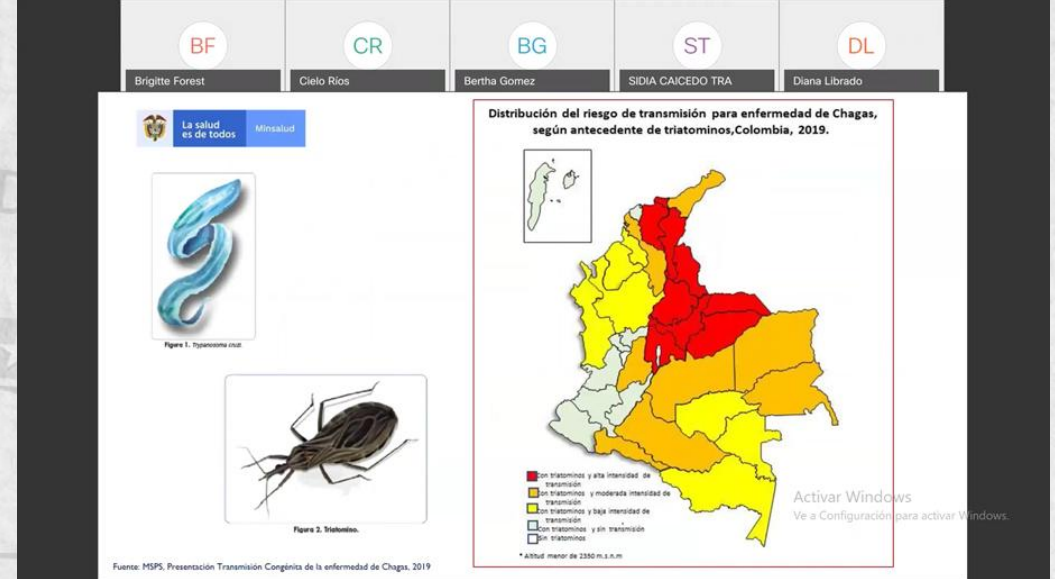
Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates

Estimación de mujeres de 15-44 con *T. cruzi*
116.221

Estimación de personas infectadas con *T. cruzi*
437.960

Estimación de casos nuevos por transmisión congénita
1.046

Personas en riesgo
4.813.543



ESTIMACIÓN SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN COLOMBIA

- Número de infectados: 437.960
- Nuevos casos anuales de transmisión vectorial: 5.274
- Casos de Chagas congénito anual: 1.046
- Mujeres seropositivas 15 y 44 años: 116.221
- Población expuesta área endémica: 4.813.543
- Casos de cardiopatía chágasica: 131.388

FUENTE: OMS. 2015.

5 millones de personas viven en áreas en riesgo.
Tasa de transmisión de infección congénita de 33.3%.



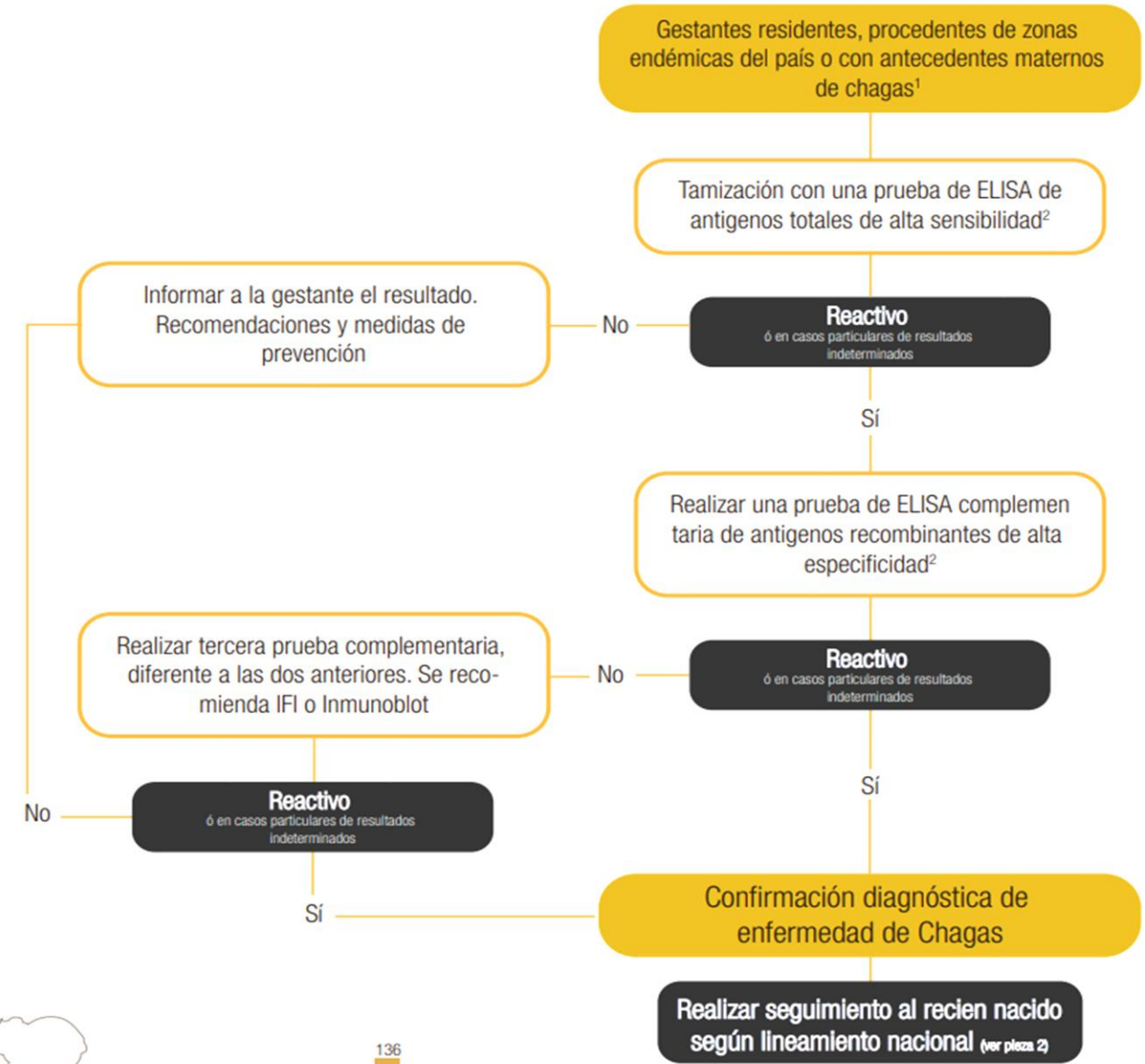
- RESIDIDO EN ZONA ENDÉMICA
- VIVIENDA CON:
 - PISO DE TIERRA
 - TECHO DE PALMA
 - PARED DE BAREQUE
- MENOS DE 2000 m.s.n.m
- TRANSFUSIONES ANTES DE 1995

TAMIZAJE DE CHAGAS EN ZONA ENDÉMICA
ELISA EN SUERO ANTIGENOS TOTALES S \geq 98%

Pruebas diagnósticas

RECUERDE: Para considerar un caso positivo por serología, se deben tener **Dos pruebas** positivas para Chagas crónico y **una prueba** positiva para Chagas Agudo:

	Prueba	CUPs	Criterio
Pruebas Serológicas (Chagas crónico)	Elisa de Antígenos Totales	90.6.1.31 90.6.1.32	Con Dos Pruebas Positivas
	Elisa de Antígenos Recombinantes	90.6.1.33	
	IFI	90.6.1.31 90.6.1.32 90.6.1.33	
	Quimioluminiscencia	90.6.1.31	
Pruebas parasitológicas (Chagas agudo)	Gota gruesa	90.2.2.14	Con Una Prueba Positiva
	Microhematocrito	90.1.3.04	
	Microstrout	90.2.2.11	



Embarazo

NO OFRECER EN GENERAL TRATAMIENTO

FASE CRÓNICA

- Cardiopatía avanzada con insuficiencia cardíaca congestiva.
- Mega esófago.

NUNCA TRATAR

FASE CRÓNICA

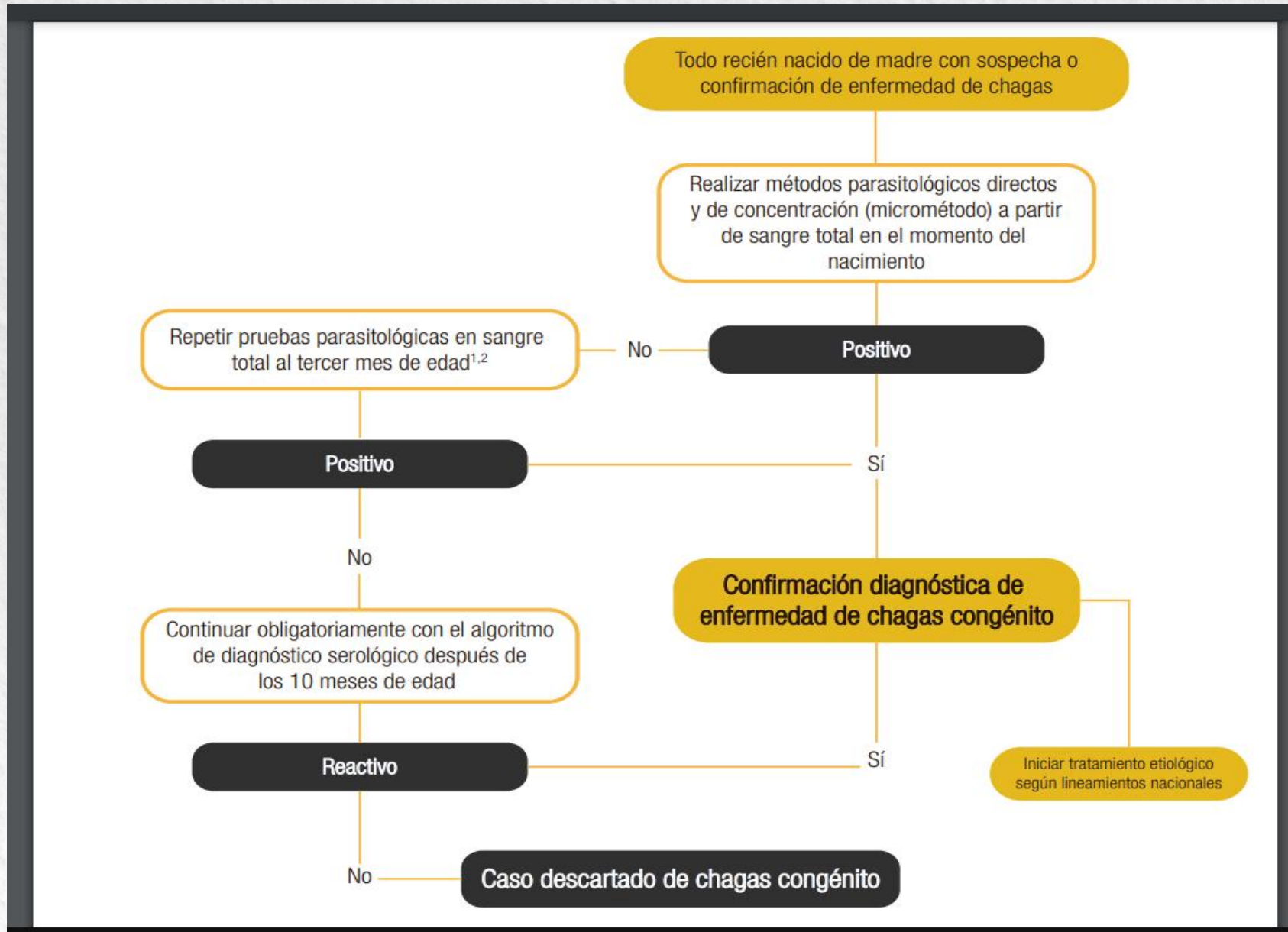
- Gestantes
- Insuficiencia hepática o falla renal

SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud



SIEMPRE TRATAR (*eficacia reportada: 65 – 100%)

FASE AGUDA: Casos recientes de transmisión vectorial, transmisión congénita, transmisión oral, pacientes crónicos con cuadro agudo por reactivación (inmunosupresión).

FASE CRÓNICA RECIENTE: <18 años

SE DEBE OFRECER TRATAMIENTO (*eficacia reportada: 50 – 75%)

FASE CRÓNICA

- Mujeres en edad fértil.
- Adultos entre los 18 y 50 años que se encuentren en fase crónica indeterminada.
- Adultos entre los 18 y 50 años asintomáticos o con lesiones moderadas.
- Inmunodepresión inminente (ej., trasplante de órgano).

OPCIONAL TRATAR (*eficacia reportada: 30%)

FASE CRÓNICA

- Adultos >50 años sin cardiopatía avanzada.

NO OFRECER EN GENERAL TRATAMIENTO

FASE CRÓNICA

- Cardiopatía avanzada con insuficiencia cardíaca congestiva.
- Mega esófago.

NUNCA TRATAR

FASE CRÓNICA

- Gestantes
- Insuficiencia hepática o falla renal



Benznidazol

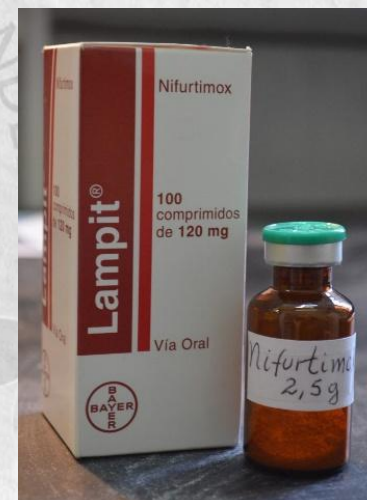


5-10 mg/kg/día dividida en dos dosis

Duración: 60 días

Sobre comidas.

Nifurtimox



>40 kg: 8 -10 mg/kg/día dividida en tres dosis

Infección congénita: 10 - 15/mg/kg/día.

Duración: 60 días

Sobre comidas.



CUANDO?

1. SEM 11-14
2. SEM 20-24
3. SEM 32 –34

ESTUDIOS ECOGRAFICOS



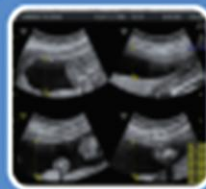
DETECCION DE ALTERACIONES FETALES

- MALFORMACIONES FETALES
- MARCADORES DE ALTERACION CROMOSOMICA



DETECCION DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO FETAL

- RCIU VS FETO PEQUEÑO
- FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL

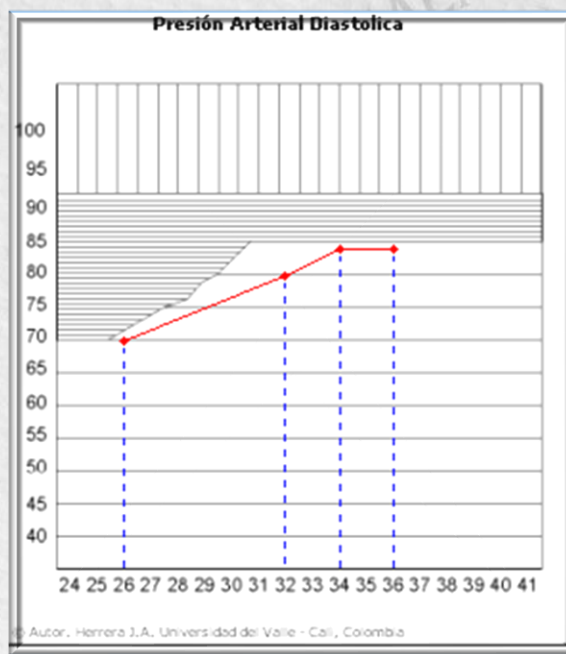
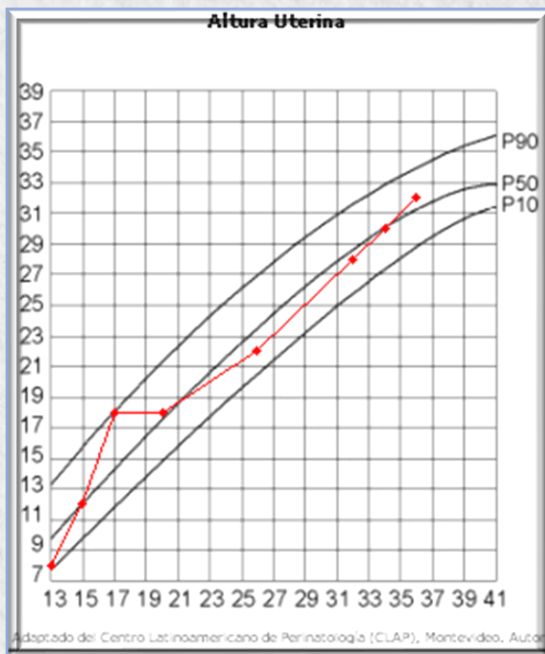


DETECCION DE ALTERACIONES DEL BIENESTAR FETAL

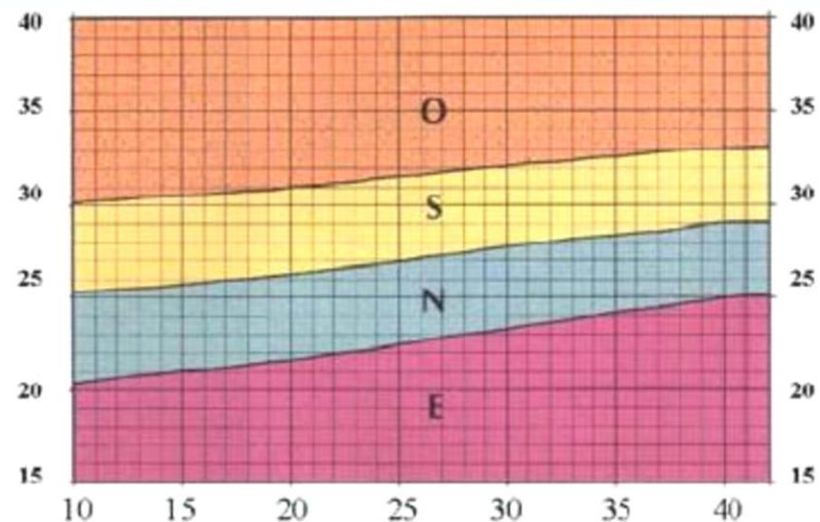
- OLIGOHIDRAMNIOS
- ALTERACION DEL PERFIL BIOFISICO FETAL



CURVAS DE SEGUIMIENTO



Clasificación del estado nutricional de la embarazada según índice de masa corporal y edad gestacional



Atalah E. Castillo C. Castro R. propuesta de un Nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas Rev. Med Chile 1997; 125: 1429 - 1436



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud

MICRONUTRIENTES Y DESPARACITACIÓN

Ácido fólico

Disminuye defectos del tubo neural.

Las mujeres que planean embarazo, se recomienda al menos 0,4 mg (400 µg)/día de ácido fólico.

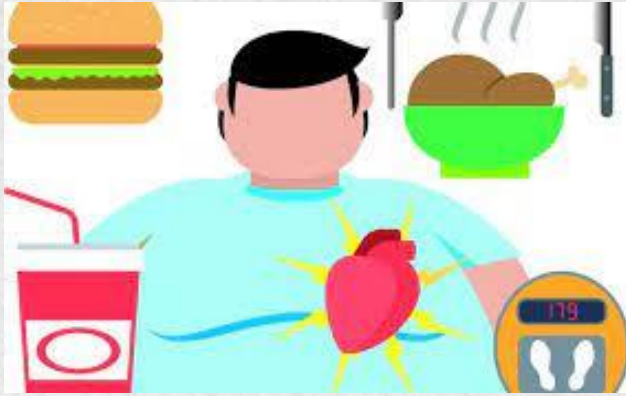
Al menos 1-3 meses antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

GOBERNACIÓN DE
SANTANDER



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

Secretaría
de Salud



Mujeres con un mayor riesgo de defectos del tubo neural:

- **Consumo de medicamentos anticonvulsivos.**
- **Padecen diabetes mellitus antes del embarazo.**
- **Antecedente personal o familiar de defectos del tubo neural.**
- **IMC de 30 o más.**

Que deseen embarazo recomendación que tomen al menos **4-5 mg/día** de ácido fólico.

Comenzando al menos **3 meses antes** de la concepción y **durante el primer trimestre del embarazo.**



GOBERNACIÓN DE
SANTANDER

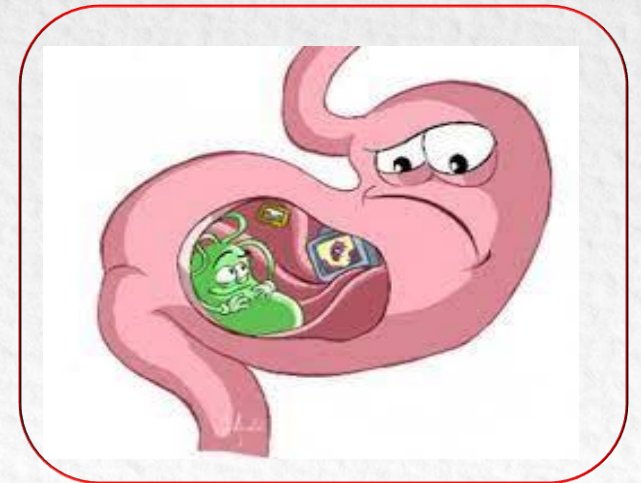
Secretaría
de Salud

MICRONUTRIENTES Y DESPARACITACIÓN

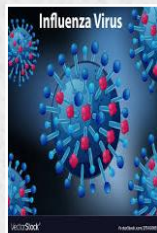
HIERRO 300 mg: prevenir anemia Hb >14 gm/dl no suplemento.

CALCIO: 1200 mg/día desde semana 14.

Desparasitación: Albendazol 400 mg dosis única.



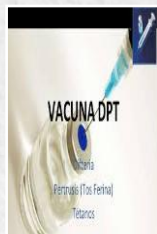
VACUNACIÓN



Influenza estacional después de sem 14.



Tétanos: nunca vacunadas o se desconoce: 1 dosis, 4 semanas y 6-12 meses.



DPTa: En semana 26 sustituir 1 dosis de TD.



Fiebre amarilla: solo viaje a áreas endémicas.



No varicela, parotiditis, sarampión o rubeola.



COVID 19





*En la **SEMANA 32** deben haberse diagnosticado la gran mayoría de patologías asociadas a las morbilidades trazadoras del riesgo detectadas en el 1er control prenatal .*

*Deben haberse realizado todos los exámenes básicos del CPN **incluidos** los del 3er trimestre para realizar oportunamente los tratamientos para llevar a la gestante y al feto en condiciones óptimas al evento final del embarazo: su trabajo de parto.*





**GOBERNACIÓN DE
SANTANDER**

Gracias!!!