

Ginecología y Obstetricia

Claves para orientar el caso

Reconocer el patrón

Ciclo, dolor, sangrado y síntomas clave.

Valorar el riesgo

La condición materna y el bienestar fetal.

Decidir la conducta

Diagnóstico, tratamiento inicial y derivación.

Acompañar el cuidado

Prevención, parto, puerperio y seguimiento.

Evaluación y salud reproductiva

Priorizar seguridad, decisiones informadas y objetivos reproductivos.

Evaluación ginecoobstétrica inicial

Primero estabilidad, luego diagnóstico

- **Alarmas:** hemorragia con síncope o mala perfusión, dolor intenso con embarazo posible, convulsión, disnea, fiebre con compromiso general y disminución marcada de movimientos fetales requieren evaluación urgente.
- **ABCDE materno:** estabilizar vía aérea, respiración y circulación, monitorizar signos vitales y conciencia; obtener accesos venosos, hemograma, grupo/Rh y pruebas dirigidas sin retrasar tratamiento. En gestación avanzada evitar compresión aortocava en decúbito supino.
- **Dos evaluaciones vinculadas:** la reanimación materna tiene prioridad; valorar edad gestacional, vitalidad y bienestar fetal en paralelo cuando corresponda. Una madre inicialmente normotensa puede tener sangrado importante.

Evaluación simultánea al ingreso

Madre

Perfusión, conciencia, respiración y sangrado.

Gestación

Edad, localización y vitalidad según contexto.

Causa

Dolor, fiebre, examen y pruebas dirigidas.

Destino

Urgencia, hospitalización o seguimiento seguro.

Anamnesis y examen que cambian decisiones

- **Historia:** última menstruación, regularidad, posibilidad de embarazo, paridad, cirugías uterinas, anticoncepción, sangrado, dolor, fiebre, flujo, fármacos y comorbilidades. Preguntar por violencia en un entorno privado.
- **Prueba de embarazo:** solicitar ante dolor pélvico, amenorrea o sangrado en edad fértil aun con anticoncepción; si la sospecha es precoz, una prueba urinaria negativa puede requerir hCG sérica o repetición.
- **Examen:** explicar, obtener consentimiento y ofrecer acompañamiento. Espéculo identifica origen del sangrado y secreciones; el tacto depende de la sospecha. En hemorragia de segunda mitad no realizar tacto digital hasta excluir placenta previa.

- **Ecografía:** transvaginal para embarazo inicial y patología pélvica; complementar con abdominal según contexto. Un examen aislado o una cifra de hCG no sustituyen la evolución clínica.

CLAVES EUNACOM

En edad fértil, integrar siempre la posibilidad de embarazo.

La estabilidad materna determina la urgencia de intervención.

Referencias: [1](#), [2](#). Bibliografía al final.

Anticoncepción

Elección informada y métodos disponibles

- **Consejería:** explorar deseo reproductivo, eficacia en uso habitual, reversibilidad, sangrado, preferencias, interacciones, costo y acceso. La decisión corresponde a la persona; no imponer un método por edad, discapacidad o estado de pareja.
- **Alta eficacia:** DIU de cobre, sistema intrauterino con levonorgestrel e implante presentan menos de un embarazo por 100 usuarias durante el primer año habitual. Píldoras, parche y anillo dependen más de adherencia.
- **Barrera:** preservativo externo o interno ayuda a prevenir ITS; otros métodos requieren protección adicional cuando corresponde. Elegir materiales sin látex si hay alergia; no usar ambos preservativos simultáneamente. Diafragma no protege de ITS.
- **Conocimiento de fertilidad:** ventana fértil incluye cinco días previos y día de ovulación. Moco filante y temperatura basal ayudan, pero ciclos variables y uso imperfecto aumentan fallas; temperatura asciende después de ovular y el moco se vuelve más espeso.
- **Otras prácticas:** retiro antes de eyacular tiene mayor riesgo de embarazo; duchas vaginales no previenen embarazo ni ITS. Abstinencia es una opción voluntaria, sin reemplazar información sobre alternativas.
- **Esterilización:** vasectomía u oclusión/salpingectomía tubaria requieren consentimiento libre, información sobre permanencia, alternativas y posible falla. No exigir autorización de pareja ni determinada paridad. Vasectomía necesita respaldo hasta confirmar éxito mediante análisis seminal.

Elegibilidad de anticoncepción combinada: estrógeno más progestágeno

Situación	Categoría US MEC	Conducta
HTA controlada o 140-159/90-99 mmHg	3	Riesgos suelen superar beneficios: preferir alternativa.
PA ≥ 160 sistólica o ≥ 100 diastólica; enfermedad vascular	4	No usar combinado. Una lectura aislada no clasifica HTA.
Tabaquismo desde 35 años	<15 cigarrillos/día: 3; ≥ 15 /día: 4	Elegir método sin estrógeno.
Migraña con aura; trombofilia; alto riesgo de recurrencia de TVP/TEP	4	No usar combinado; caracterizar antecedente trombótico y tratamiento.
Cáncer de mama actual	4 para métodos hormonales	DIU de cobre puede ser opción; antecedente remoto exige evaluación específica.
Diabetes con lesión vascular o duración >20 años	3/4 según gravedad	Individualizar y preferir alternativa.
Hepatopatía	Depende del diagnóstico y función	Cirrosis descompensada o adenoma hepático contraindican combinado; no equiparar toda hepatitis con categoría 4.

MEC: 1 sin restricción; 2 beneficios generalmente mayores que riesgos; 3 riesgos generalmente mayores; 4 riesgo inaceptable. Estas categorías corresponden a US MEC; la categoría cambia según método y condición.

- **Antes de indicar:** descartar razonablemente embarazo; medir presión para combinado. No exigir examen pélvico, citología o análisis generales como requisito de toda anticoncepción hormonal.
- **Beneficios y efectos:** combinados pueden mejorar dismenorrea, sangrado y acné, y reducir riesgo de cáncer ovárico/endometrial. Náuseas, tensión mamaria y spotting son frecuentes; riesgo trombótico y mamario exige contexto individual.
- **Progestágenos:** actividad androgénica y antiandrogénica varía entre preparados; no elegir solo por esta propiedad. Combinaciones con levonorgestrel, desogestrel, norgestimato, dienogest, drospirenona o clormadinona presentan balances distintos de beneficios y riesgos.
- **Formulaciones:** píldora, parche y anillo pueden contener estrógeno; implante y muchas inyecciones son de progestágeno, aunque existen inyectables combinados. Progestágeno solo no equivale a ausencia de contraindicaciones.

Elegibilidad: cuatro categorías, no una lista única

MEC 1

Sin restricción para el método evaluado.

MEC 2

Beneficios generalmente superan riesgos.

MEC 3

Riesgos suelen superar beneficios; preferir otra opción.

MEC 4

Riesgo inaceptable: no usar ese método.

La categoría corresponde a una condición y un método concreto; no se transfiere automáticamente a todas las opciones.

DIU: selección, inserción y embarazo

- **Cobre:** no hormonal; puede aumentar sangrado y cólicos, por lo que anemia o sangrado abundante modifican la elección sin ser siempre prohibición absoluta. Levonorgestrel suele reducir sangrado y dismenorrea.
- **Nuliparidad:** admite ambos tipos de DIU. Tener varias parejas o no tener pareja estable no constituye contraindicación; evaluar exposición a ITS y ofrecer preservativo sin juicios morales.
- **Infección:** no insertar con cervicitis purulenta, gonorrea/clamidia actual o PIP activa. Si asintomática y requiere pesquisa por riesgo, puede tomarse muestra el día de inserción sin retrasarla de forma rutinaria.
- **Otras contraindicaciones:** embarazo, sepsis puerperal y cavidad uterina distorsionada incompatible con inserción. Sangrado inexplicable sospechoso requiere estudio. La evaluación bimanual y cervical sí forma parte de la inserción.
- **Complicaciones:** explicar expulsión, perforación infrecuente, dolor y signos de infección. Dolor intenso, fiebre, sangrado importante o sospecha de embarazo requieren evaluación.
- **Embarazo con DIU:** localizar gestación y descartar ectópico. Si continúa embarazo intrauterino y hilos visibles o recuperación cervical segura, retirar precozmente; disminuye riesgos frente a dejarlo. Sin hilos accesibles, ecografía y especialista, evitando instrumentación ciega.

Uso práctico, adherencia y seguridad

- **Inicio:** muchos métodos pueden iniciarse sin esperar menstruación si existe certeza razonable de ausencia de embarazo; duración de respaldo depende de método y momento de inicio. DIU de cobre no necesita respaldo.
- **Olvido de combinados:** si han pasado ≥ 48 horas desde que debía tomarse una píldora activa, tomar la última olvidada, continuar y usar preservativo/abstinencia siete días. Si ocurre al final de comprimidos activos, omitir el intervalo libre e iniciar otro envase.

- **Primera semana y exposición:** si hubo coito sin protección en los cinco días previos, valorar anticoncepción de emergencia. Tras ulipristal, esperar cinco días antes de reiniciar hormonas y usar respaldo siete días desde el reinicio; LNG permite reinicio inmediato.
- **Final del envase:** ante olvidos prolongados en última semana de píldoras activas, omitir intervalo sin hormonas e iniciar siguiente envase. Un olvido de menos de 48 horas generalmente no necesita respaldo.
- **Píldoras solo progestágeno:** márgenes de retraso varían con formulación; seguir indicación específica. No extrapolar las reglas de combinados. Revisar vómitos, diarrea e inductores enzimáticos como rifampicina y algunos antiepilépticos.
- **Sangrado irregular:** frecuente al iniciar algunos métodos; valorar embarazo, mala adherencia, interacciones, infección o lesión si persistente. No aumentar estrógeno automáticamente; esquemas continuos pueden evitar sangrado por privación.
- **Alertas con estrógeno:** cefalea nueva con aura, dolor torácico, disnea o edema unilateral requieren valoración inmediata. DMPA puede retrasar retorno de fertilidad y afecta transitoriamente densidad ósea; valorar riesgos individuales.

Posparto y lactancia

- **Fertilidad:** ovulación puede preceder a primera menstruación. Ofrecer anticoncepción antes del alta y seguimiento; amenorrea aislada no protege.
- **Método de amenorrea de lactancia:** requiere simultáneamente menos de seis meses posparto, amenorrea y lactancia exclusiva o casi exclusiva, sin intervalos mayores de cuatro horas diurnas ni seis nocturnas. Si falla un criterio, usar otro método.
- **Lactancia y estrógeno:** OMS MEC clasifica combinados como categoría 4 antes de seis semanas; 3 entre seis semanas y menos de seis meses con lactancia predominante; 2 desde seis meses. Considerar además riesgo trombótico.
- **Sin lactancia:** US MEC contraindica combinados antes de 21 días; entre 21-42 días depende de factores trombóticos; después de 42 días el posparto por sí solo no restringe. No mezclar estos cortes con los de lactancia de OMS.
- **Alternativas:** progestágeno solo, implante y DIU permiten opciones compatibles con lactancia; momento de inicio y categoría dependen de formulación. Inserción intrauterina posparto exige entrenamiento y advertir mayor expulsión; sepsis puerperal contraindica DIU.

Anticoncepción de emergencia

Método	Pauta y oportunidad	Punto decisivo
DIU de cobre	Insertar dentro de cinco días del primer coito sin protección; también hasta cinco días después de ovulación si esta se estima.	Más eficaz; ofrece anticoncepción continua si es elegible.
Ulipristal	30 mg VO una vez, lo antes posible dentro de 120 horas.	Más eficaz que LNG entre días 3-5; disponibilidad local variable.
Levonorgestrel	1,5 mg VO una vez, lo antes posible dentro de 120 horas.	Eficacia disminuye con demora; menor eficacia con obesidad.
Yuzpe	100 microgramos de etinilestradiol + 0,5 mg LNG VO; repetir igual dosis a las 12 horas.	Alternativa menos eficaz y con más náuseas; calcular comprimidos por composición, no por marca supuesta.

- **Después de LNG/Yuzpe:** iniciar o reiniciar anticoncepción hormonal inmediatamente y usar preservativo/abstinencia siete días. Tras ulipristal, esperar al menos cinco días para reiniciar hormonas y usar respaldo siete días desde el reinicio.
- **Control:** test de embarazo si no hay sangrado dentro de tres semanas. Si vómito dentro de tres horas de la dosis, repetirla. No protegen exposiciones posteriores ni ITS; valorar interacciones y preferir cobre si inductores enzimáticos.
- **Mecanismo:** las píldoras retrasan/inhiben ovulación; no interrumpen embarazo implantado. El DIU de cobre aporta una opción no dependiente de retrasar ovulación; no extrapolarle el mecanismo de las píldoras.

Emergencia: elegir y planificar continuidad

Cobre

Dentro de cinco días de la exposición; puede mantenerse como método continuo si es elegible.

Levonorgestrel

1,5 mg oral una vez dentro de 120 horas, cuanto antes; reiniciar hormonas inmediatamente.

Ulipristal

30 mg oral una vez dentro de 120 horas; esperar al menos cinco días antes de reiniciar hormonas.

Después

Respaldo siete días tras inicio hormonal; test si no sangra dentro de tres semanas.

Cobre también puede utilizarse hasta cinco días después de ovulación estimada. Revisar interacciones y exposición posterior.

CLAVES EUNACOM

- Nuliparidad y estado de pareja no contraindican un DIU.
- Tras ulipristal, esperar cinco días antes de reiniciar hormonas.
- Amenorrea de lactancia exige los tres criterios simultáneos.

Referencias: [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#). Bibliografía al final.

Infertilidad conyugal

Cuándo iniciar estudio y a quién evaluar

- **Definición operativa:** ausencia de embarazo tras 12 meses de relaciones regulares sin anticoncepción. Iniciar estudio a los seis meses si la mujer tiene ≥ 35 años; sobre 40, considerar evaluación inmediata.
- **No esperar:** amenorrea/anovulación conocida, sospecha tubaria o endometriosis importante, tratamiento gonadotóxico, alteración seminal conocida o disfunción sexual que impide concebir.
- **Primaria o secundaria:** primaria sin embarazo previo; secundaria después de cualquier embarazo, incluido aborto. No se define por haber logrado previamente un nacido vivo.
- **Evaluación simultánea:** factores ovulatorios, seminales, uterinos/tubarios y mixtos; recoger historia de ambos integrantes cuando corresponda, sin responsabilizar automáticamente a la mujer. Adaptar evaluación al proyecto reproductivo.
- **Preconcepción:** optimizar enfermedades crónicas, vacunas, nutrición, ácido fólico y exposición a tabaco/alcohol/fármacos; acompañar repercusión emocional y sexual.

Cuándo comenzar el estudio de infertilidad

Menos de 35 años

Tras 12 meses de relaciones regulares sin anticoncepción.

Desde 35 años

Iniciar a los seis meses; sobre 40, valorar estudio inmediato.

Causa conocida

Amenorrea, daño tubario, endometriosis relevante o factor seminal: no esperar.

Evaluación compartida

Estudiar factores de ambos integrantes y necesidades del proyecto reproductivo.

Estudio inicial en paralelo

Componente	Prueba orientadora	Interpretación
Seminal	Espermiograma desde inicio; repetir alteraciones según contexto y derivar.	Azoospermia: ausencia de espermatozoides; oligozoospermia: cantidad baja; teratozoospermia: morfología alterada.
Ovulación	Historia menstrual; si duda, progesterona aproximadamente siete días antes de menstruación esperada.	No fijar siempre día 21. Ciclos regulares de 21-35 días suelen indicar ovulación; estudio adicional si hirsutismo/contexto.
Útero/ovarios	Ecografía pélvica; valorar cavidad con técnica dirigida si lesión sospechosa.	Pólipos, miomas que deforman cavidad, anomalías, endometrioma.
Trompas	Histerosalpingografía o ecografía con contraste según disponibilidad.	Antecedentes de PIP/cirugía aumentan sospecha; aparente obstrucción proximal puede ser espasmo.
Reserva ovárica	AMH, recuento antral o FSH/E2 cuando cambie planificación.	Predice principalmente respuesta a estimulación, no asegura ni excluye concepción espontánea.

- **Pruebas no rutinarias:** test poscoital no aporta rendimiento suficiente; no indicar laparoscopia sistemática ni biopsia endometrial para fechar fase lútea. Folliculometría seriada se reserva para indicaciones, particularmente inducción monitorizada.

Evaluación inicial: componentes en paralelo

Semen

Espermiograma desde el inicio.

Ovulación

Historia; progesterona si duda, siete días antes de regla esperada.

Útero y ovarios

Ecografía; estudio de cavidad si lesión sospechosa.

Trompas

Histerosalpingografía o ecografía con contraste según contexto.

Reserva

Pruebas dirigidas a planificación; no predicen solas concepción espontánea.

No pedir test poscoital ni laparoscopia de rutina.

Tratamiento según factor y prioridades

- **Anovulación:** tratar causa; en SOP sin otros factores, letrozol es primera opción de inducción. Clomifeno, gonadotropinas y desencadenamiento con hCG pertenecen a protocolos seleccionados, con vigilancia de respuesta.
- **Factor masculino:** evaluación andrológica de causas tratables; inseminación, fecundación in vitro o inyección intracitoplasmática según severidad y conjunto clínico. Donación de gametos es una posibilidad informada, no una indicación automática.
- **Tubario:** cirugía reconstructiva o reproducción asistida según localización, gravedad, edad y reserva; no todas las adherencias o lesiones necesitan cirugía. Hidrosálpinx relevante requiere estrategia específica antes de FIV.
- **Endometriosis:** decidir manejo con dolor, reserva ovárica, edad y otros factores. Evitar operar repetidamente endometriomas solo para mejorar fertilidad, pues puede reducir reserva.
- **Infertilidad inexplicada:** se establece tras evaluación suficiente; decidir manejo expectante o reproducción asistida según pronóstico y duración. Explicar probabilidades, carga terapéutica, costos y alternativas sin prometer éxito.

Complicaciones que no deben pasarse por alto

- **Gestación múltiple:** aumenta con estimulación y transferencia de varios embriones; prevención mediante monitorización y estrategia especializada de transferencia.
- **Hiperestimulación ovárica:** ovarios aumentados, dolor/distensión, ascitis, vómitos y hemoconcentración tras estimulación; formas graves causan trombosis, compromiso renal y respiratorio.
- **Derivación urgente:** disnea, oliguria, dolor intenso, síncope, intolerancia oral o rápido aumento abdominal. Evaluar volemia, hematocrito, función renal/electrolitos y trombosis; tratamiento especializado según gravedad.
- **Otras alarmas:** embarazo ectópico, torsión y complicaciones de procedimientos también pueden producir dolor después de tratamiento. No atribuir todo dolor a estimulación normal.

CLAVES EUNACOM

Estudio simultáneo: ovulación, semen y permeabilidad tubaria.

No pedir test poscoital ni laparoscopia de rutina.

Referencias: [11](#), [12](#), [13](#), [14](#). Bibliografía al final.

Ciclo menstrual, sangrado y dolor

Distinguir alteraciones hormonales, causas estructurales y señales de alarma.

Amenorrea

Definición y primera prioridad

- **Primaria:** ausencia de menarquia a los 15 años con desarrollo puberal; ausencia de telarquia a los 13 requiere estudio de pubertad retrasada. También evaluar si pasan más de tres años desde telarquia según contexto puberal.
- **Secundaria:** ausencia de menstruaciones por más de tres meses si previamente regulares, o seis meses si irregulares. No esperar esos plazos para descartar embarazo ante atraso y posibilidad de gestación.
- **Historia:** menarquia, patrón previo, actividad sexual, anticoncepción, embarazo/lactancia, peso, ejercicio, restricción alimentaria, estrés, fármacos, enfermedad crónica y procedimientos uterinos.
- **Examen:** crecimiento, IMC, caracteres sexuales, hirsutismo/virilización, galactorrea, tiroides y signos de Turner. Evaluación genital respetuosa y consentida según edad, síntomas y necesidad.

Estudio inicial orientado por anatomía y ejes

- **Embarazo:** hCG urinaria o sérica; una prueba demasiado precoz puede ser negativa. Dolor o sangrado con posibilidad de embarazo obliga a descartar ectópico.
- **Pruebas básicas:** TSH, prolactina, FSH y estradiol, interpretados con anticonceptivos y contexto. Prolactina elevada leve requiere confirmar y revisar fármacos/hipotiroidismo antes de atribuir un tumor.
- **Ecografía pélvica:** comprobar útero, endometrio, ovarios y posibles obstrucciones; elegir vía aceptable. Un útero pequeño hipoestrogénico puede pasar inadvertido y requerir evaluación especializada.
- **Hipófisis:** cefalea, alteración visual o déficit de otros ejes aceleran estudio; hiperprolactinemia persistente no explicada puede requerir resonancia. No pedir cariotipo o resonancia a toda amenorrea sin orientación.

Amenorrea: pruebas iniciales con propósito

hCG

Descartar embarazo; resultado muy precoz puede ser negativo.

TSH y prolactina

Buscar causas endocrinas; confirmar prolactina leve elevada y revisar fármacos.

FSH y estradiol

Interpretar juntos y según anticoncepción/contexto.

Ecografía

Identificar útero, endometrio, ovarios y posible obstrucción.

Ramas diagnósticas principales

Patrón	Causas orientadoras	Siguiente decisión
Útero presente + FSH alta/E2 bajo	Insuficiencia ovárica primaria; Turner 45,X u otra disgenesia.	Confirmar contexto, estudiar etiología y derivar; cariotipo/genética según presentación.
Útero presente + FSH baja/normal inapropiada y E2 bajo	Disfunción hipotalámica funcional o enfermedad hipotálamo-hipofisaria.	Evaluar energía disponible, ejercicio, estrés y otros ejes.
Útero presente + estrogenización conservada	SOP, hiperprolactinemia/tiroides, obstrucción o sinequias.	Orientar por andrógenos, historia uterina y síntomas.
Útero ausente	Agenesia mülleriana 46,XX o insensibilidad completa a andrógenos 46,XY.	Testosterona, cariotipo y equipo especializado; no concluir por ecografía aislada.

- **Anatomía:** dolor cíclico sin sangrado sugiere obstrucción, como himen imperforado o tabique; investigar hematocolpos. Sinequias tras instrumentación pueden causar amenorrea adquirida.
- **Diferenciación sexual:** la disgenesia gonadal 46,XY puede conservar útero, a diferencia de insensibilidad completa a andrógenos. Explicar hallazgos con privacidad, lenguaje respetuoso y apoyo especializado.

Útero y función hormonal orientan la causa

Útero, FSH alta

Estradiol bajo orienta insuficiencia ovárica/disgenesia; estudiar etiología.

Útero, FSH baja/normal

Con estradiol bajo, evaluar hipotálamo e hipófisis.

Estrogenización conservada

Considerar SOP, tiroides/prolactina, obstrucción o sinequias.

Útero ausente

Distinguir agenesia mülleriana e insensibilidad a andrógenos con estudio especializado.

Tratar la causa y proteger salud futura

- **Hipotalámica funcional:** corregir déficit energético, exceso de ejercicio y trastorno alimentario; apoyar salud mental. No usar anticonceptivo solo para ocultar amenorrea sin recuperar nutrición.

- **Hipoestrogenismo:** valorar protección ósea y reemplazo hormonal indicado por especialista; si hay útero, añadir protección endometrial al estrógeno sistémico. Insuficiencia ovárica no significa ausencia absoluta de ovulación espontánea.
- **Anovulación estrogenizada:** proteger endometrio con progestágeno o método hormonal adecuado, además de tratar causa. Una prueba de deprivación no sustituye el estudio completo.
- **Seguimiento:** crecimiento/puberal en adolescentes, ciclos, síntomas, objetivos reproductivos y salud ósea. Galactorrea con síntomas neurológicos, virilización rápida o dolor obstructivo requieren derivación preferente.

CLAVES EUNACOM

Embarazo se descarta antes de atribuir amenorrea a SOP o estrés.

FSH normal puede ser inapropiada si el estradiol está bajo.

Referencias: [15](#), [16](#), [3](#). Bibliografía al final.

Oligoanovulación crónica

Oligoanovulación: síndrome y diagnóstico diferencial

- **Concepto:** ovulación infrecuente o ausente; puede producir oligomenorrea, amenorrea, infertilidad o sangrado irregular abundante. SOP es frecuente, pero no explica toda anovulación.
- **Excluir:** embarazo, disfunción tiroidea, hiperprolactinemia, insuficiencia ovárica y déficit energético hipotalámico. Hirsutismo exige considerar hiperplasia suprarrenal no clásica; estudiar Cushing o tumor si clínica sugestiva.
- **Hiperandrogenismo:** hirsutismo tiene mayor valor diagnóstico que acné aislado. Medir testosterona total/libre con método fiable; DHEAS puede orientar origen suprarrenal, sin localizar por sí sola toda lesión.
- **Virilización rápida:** voz grave, clitoromegalia o progresión acelerada requieren descartar tumor ovárico/suprarrenal. La hiperplasia suprarrenal no clásica no implica necesariamente insuficiencia suprarrenal aguda.

SOP: criterios según etapa

Grupo	Criterio diagnóstico	Límite importante
Adultas	Dos de tres: disfunción ovulatoria; hiperandrogenismo clínico/bioquímico; morfología poliquística, tras excluir imitadores.	Si hay anovulación e hiperandrogenismo, no se necesita ecografía para confirmar.
Morfología adulta	Con equipo adecuado: ≥ 20 folículos en al menos un ovario. Si calidad insuficiente, volumen ≥ 10 mL o ≥ 10 folículos por sección.	AMH puede sustituir ecografía en adultas dentro del algoritmo; no sumar ambas ni usar AMH como prueba única.
Adolescentes	Irregularidad menstrual persistente según años desde menarquia MÁS hiperandrogenismo.	No utilizar ecografía ni AMH para diagnosticar SOP adolescente; reevaluar si solo cumple un componente.
Irregularidad adolescente	1- <3 años posmenarquia: ciclos <21 o >45 días. Desde 3 años: <21 o >35 días o <8 ciclos/año.	Un ciclo >90 días después del primer año también requiere valoración; primer año suele ser irregular.

- **Laboratorio:** no usar un índice androgénico libre fijo como 4,5 para todos los laboratorios. Los anticonceptivos combinados alteran testosterona/SHBG; interpretar con cautela y planificar estudio si imprescindible.

SOP: la edad cambia los criterios

Adultas

Dos de tres: disfunción ovulatoria, hiperandrogenismo y morfología poliquística; excluir imitadores.

Sin imagen obligatoria

Anovulación más hiperandrogenismo bastan en adultas tras exclusión de otras causas.

Adolescentes

Irregularidad persistente más hiperandrogenismo. No diagnosticar por ecografía ni AMH.

Riesgo metabólico, endometrial y bienestar

- **Evaluación:** presión arterial, perfil lipídico, glucemia y antecedentes familiares; la prueba oral con 75 g es la más sensible para alteraciones glucémicas en SOP. Insulina basal/HOMA no es requisito diagnóstico.
- **Reevaluación glucémica:** generalmente cada uno a tres años según riesgos, y antes de embarazo/tratamiento de fertilidad. Buscar apnea del sueño, depresión, ansiedad y trastornos alimentarios.
- **Endometrio:** amenorrea prolongada, mayor peso y diabetes elevan riesgo de hiperplasia; regular ciclos o administrar protección progestacional. No se recomienda tamizaje endometrial rutinario en toda persona asintomática.
- **Estilo de vida:** alimentación sostenible, ejercicio y sueño para salud metabólica con o sin reducción de peso; evitar estigma. Metformina se dirige principalmente al componente metabólico, especialmente con IMC ≥ 25 kg/m².

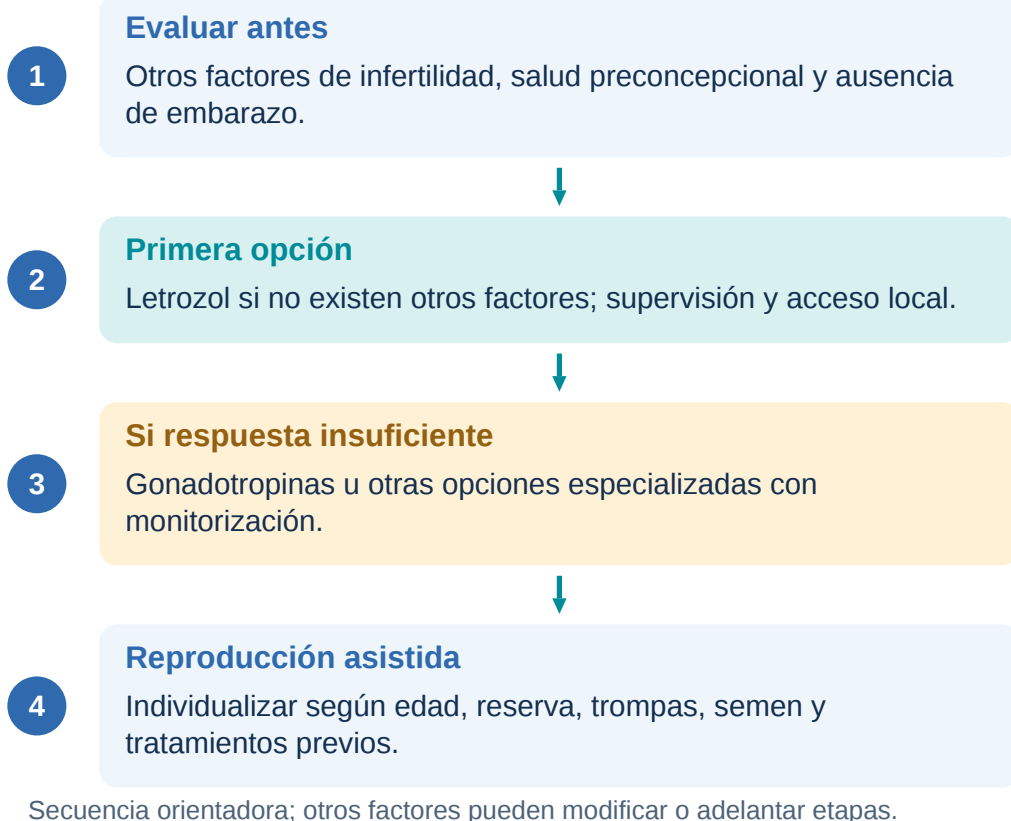
Tratamiento cuando no se busca embarazo

- **Ciclos e hirsutismo:** anticonceptivo combinado si es elegible; seleccionar por riesgos y preferencias, no por una marca universal. Dosis altas de estrógeno no mejoran necesariamente hirsutismo; valorar alternativas sin estrógeno.
- **Endometrio:** progestágeno cíclico o continuo y DIU-LNG son opciones según objetivos; protegerlo aunque no se necesite anticoncepción. Controlar sangrado persistente o atípico.
- **Metformina:** titular progresivamente por tolerancia digestiva y función renal; vigilar vitamina B12 en personas con riesgo. No sustituye automáticamente tratamiento de hirsutismo ni anticoncepción.
- **Hirsutismo persistente:** medidas cosméticas/láser y, en casos seleccionados, antiandrógeno tras respuesta insuficiente; exige anticoncepción eficaz por riesgo fetal. La combinación con ciproterona no es primera elección universal por riesgos.

Cuando se busca embarazo

- **Primero:** evaluar otros factores de infertilidad y optimizar presión, glucemia, nutrición, ácido fólico y fármacos. Confirmar ausencia de embarazo antes de inducir ovulación.
- **Primera opción farmacológica:** letrozol en infertilidad anovulatoria por SOP sin otros factores, bajo supervisión; uso y disponibilidad se ajustan a autorización local. Clomifeno es alternativa si corresponde.
- **Siguiente nivel:** gonadotropinas u otras estrategias especializadas si fracasa primera línea; monitorizar folículos para disminuir gestación múltiple e hiperestimulación. hCG puede desencadenar ovulación dentro de un protocolo, no reemplaza toda inducción.
- **Reproducción asistida:** individualizar según edad, reserva, trompas, semen y tratamientos previos. Metformina sola suele ser menos eficaz que inductores específicos para lograr embarazo.

SOP anovulatorio: planificar inducción



CLAVES EUNACOM

En adolescentes, SOP requiere irregularidad e hiperandrogenismo; no ecografía diagnóstica.
Letrozol es primera línea de inducción en SOP anovulatorio sin otros factores.

Referencias: [13](#), [16](#), [15](#). Bibliografía al final.

Sangrado uterino anormal: evaluación y conducta inicial

Describir el sangrado y confirmar origen

- **SUA:** alteración de frecuencia, regularidad, duración o cantidad del sangrado uterino fuera del embarazo. Registrar patrón, coágulos, protección utilizada, anemia y repercusión; términos antiguos no reemplazan descripción.
- **Origen:** examen dirigido para distinguir útero de lesión cervical/vaginal, hematuria o sangrado digestivo. Sangrado poscoital también exige evaluar cérvix.
- **Historia:** última regla, posibilidad de embarazo, anticonceptivos/TRH, anticoagulantes, edad, dolor, sangrados desde menarquia y antecedentes personales/familiares de coagulopatía.

- **Gravedad:** taquicardia, hipotensión, síncope, disnea, dolor torácico o pérdida persistente abundante requieren manejo urgente; la hemoglobina inicial puede no reflejar toda pérdida aguda.

PALM-COEIN: etiologías completas

Grupo	Causa	Pista
P	Pólipo	Lesión focal, sangrado intermenstrual.
A	Adenomiosis	Dismenorrea, sangrado abundante, útero globuloso.
L	Leiomioma	Especialmente si submucoso o deforma cavidad.
M	Malignidad e hiperplasia	Edad/riesgo, anovulación, sangrado posmenopáusico.
C	Coagulopatía	Incluye von Willebrand y trastornos plaquetarios, no solo coagulación secundaria.
O	Disfunción ovulatoria	SOP, transición puberal/menopáusica y causas endocrinas.
E	Endometrial	Alteración local tras excluir otras causas pertinentes.
I	Iatrogénica	Hormonas, DIU, anticoagulantes y otros fármacos.
N	No clasificada	Otras causas, por ejemplo malformación arteriovenosa.

Pueden coexistir varias causas; encontrar un mioma no excluye enfermedad endometrial.

PALM-COEIN: organizar causas del sangrado

P y A

Pólipo y adenomiosis.

L y M

Leiomioma; malignidad e hiperplasia.

C y O

Coagulopatía y disfunción ovulatoria.

E, I y N

Endometrial, iatrogénica y no clasificada.

Varias causas pueden coexistir; la categoría C incluye enfermedad de von Willebrand y trastornos plaquetarios.

Evaluación estable y necesidad de tejido

- **Inicial:** hCG si posibilidad de embarazo y hemograma; ferritina si sospecha de déficit de hierro. Pruebas de coagulación/estudio de von Willebrand si historia sugestiva; TSH u otros estudios según clínica.
- **Imagen:** ecografía transvaginal cuando sea adecuada; sospecha de pólipo/submucoso puede requerir histeroscopia. Espesor endometrial premenopáusico varía con ciclo y no tiene un corte único que excluya cáncer.
- **Muestra endometrial:** indicada en SUA desde los 45 años y en menores con riesgo de estrógeno sin oposición, sangrado persistente o fracaso terapéutico. Individualizar sin retrasar estudio por edad si sospecha alta.
- **Técnica:** biopsia ambulatoria es útil para enfermedad difusa; lesión focal, muestra insuficiente o persistencia pueden requerir histeroscopia con biopsia dirigida. Un resultado benigno no cierra estudio si sigue sangrando.

Sangrado posmenopáusico: evaluación prioritaria

- **Causas:** atrofia es frecuente, pero deben descartarse pólipo, hiperplasia y cáncer. No atribuir sangrado a atrofia por clínica o grosor aislado.
- **Complemento ACOG actualizado:** la evaluación inicial de la mayoría combina ecografía transvaginal y muestreo endometrial. Un endometrio ≤ 4 mm no constituye garantía para omitir biopsia en todos los casos.
- **Persistencia:** sangrado recurrente, factores de riesgo, imagen heterogénea, endometrio no visualizado o muestra insuficiente demandan completar estudio, incluso con medición fina.
- **Terapia hormonal:** interpretar esquema y tiempo de uso; no aplicar automáticamente un umbral universal de 8 mm. Hallazgo incidental de engrosamiento sin sangrado se evalúa por riesgo y características, sin biopsia automática solo por superar 11 mm.
- **Conducta:** derivación oportuna y tejido cuando indicado antes de iniciar tratamiento que enmascare síntomas. Estrógeno local puede tratar atrofia una vez evaluado el sangrado.

Sangrado posmenopáusico: no cerrar por espesor

Descartar patología

Atrofia frecuente no excluye pólipo, hiperplasia o cáncer.

Evaluación inicial

Complemento ACOG: ecografía y muestreo en la mayoría.

Persistencia o alto riesgo

Continuar estudio aunque endometrio sea fino.

TRH o hallazgo incidental

Interpretar contexto; no aplicar umbrales universales de 8 u 11 mm.

Endometrio ≤ 4 mm no garantiza que toda paciente pueda omitir biopsia.

Control agudo y tratamiento de mantenimiento

- **Inestable:** ABC, accesos venosos, hemograma/coagulación y pruebas cruzadas; reanimación, hemoderivados y control del sangrado según clínica. Contactar ginecología; no esperar una cifra crítica de hemoglobina para actuar.
- **Estable:** tratamiento médico suele ser inicial; progestágeno o combinado en regímenes de control agudo y/o ácido tranexámico según contraindicación, causa y protocolo. No extrapolar la pauta anticonceptiva habitual a hemorragia grave.
- **Seguridad:** valorar riesgo trombótico antes de estrógeno/tranexámico y función renal para ajustes; evitar AINE si coagulopatía plaquetaria, sangrado digestivo o contraindicación renal.
- **Procedimientos:** necesarios ante inestabilidad persistente, lesión tratable, contraindicación o fracaso médico. Elegir histeroscopia, taponamiento u otra intervención según causa; Hb <7 g/dL por sí sola no prescribe legrado.
- **Mantenimiento:** tratar causa y hierro; DIU-LNG, anticoncepción/progestágeno o opciones no hormonales según fertilidad y elegibilidad. La ablación endometrial no es opción para quien desea embarazo y requiere evaluación previa de endometrio.

CLAVES EUNACOM

Primero estabilidad y embarazo; después clasificación etiológica.

Persistencia del sangrado obliga a continuar estudio aunque una prueba inicial sea tranquilizadora.

Referencias: [17](#), [18](#), [19](#), [20](#). Bibliografía al final.

Mioma uterino

Clínica y localización

- **Leiomioma:** tumor benigno de músculo liso uterino, sensible a esteroides sexuales. Muchos son asintomáticos; suelen reducirse tras menopausia, pero no desaparecen necesariamente.
- **Síntomas:** sangrado menstrual abundante/anemia, presión pélvica, dolor, síntomas urinarios o digestivos por volumen. Útero aumentado e irregular orienta, sin confirmar etiología por palpación.
- **Submucoso:** protruye en cavidad y se relaciona especialmente con sangrado y alteración reproductiva. Intramural se ubica en pared; subseroso crece hacia superficie externa y suele producir síntomas de volumen.
- **Reproducción:** el efecto depende de distorsión de cavidad, tamaño/localización y otros factores. No atribuir automáticamente infertilidad, aborto o parto prematuro a cualquier mioma pequeño.

Miomas: importa la relación con la cavidad

Submucoso

Protruye en cavidad: sangrado y posible impacto reproductivo.

Intramural

En la pared; impacto depende de tamaño y distorsión.

Subseroso

Hacia superficie externa; predominan síntomas por volumen.

No atribuir todo sangrado o infertilidad a un mioma incidental.

Confirmar lesión y repercusión

- **Ecografía:** primera imagen; lesiones sólidas bien delimitadas, habitualmente hipoeoicas, con variaciones por degeneración/calcificación. Describir tamaño, número, relación con cavidad y vascularización.
- **Estudio dirigido:** hemograma si sangrado, prueba de embarazo cuando corresponda. Histeroscopia/sonohisterografía define componente intracavitario; resonancia si anatomía compleja o planificación lo requiere.
- **Endometrio:** sangrado con edad o factores de riesgo merece evaluación propia aunque exista mioma. Su presencia no excluye hiperplasia o cáncer concomitante.
- **Sospecha maligna:** masa atípica o crecimiento posmenopáusico exige derivación. Ninguna imagen o velocidad de crecimiento aislada descarta o demuestra leiomioma; no biopsiar rutinariamente todo mioma.

Control sintomático sin cirugía automática

- **Asintomática:** observación y reevaluación por síntomas, crecimiento o dudas diagnósticas. Decidir seguimiento de acuerdo con contexto y preferencias.
- **Sangrado:** ácido tranexámico durante menstruación o AINE si elegible; anticoncepción combinada/progestágeno o DIU-LNG pueden ayudar. DIU requiere cavidad compatible y no trata adecuadamente toda carga de volumen.
- **Anemia:** reponer hierro y controlar pérdida; decidir hierro oral/IV según gravedad, tolerancia y proximidad de cirugía. Inestabilidad o hemorragia importante requiere manejo urgente.
- **GnRH:** agonistas y ciertas combinaciones con antagonistas pueden usarse por especialista para control temporal o preparación quirúrgica; considerar síntomas hipoestrogénicos, hueso y protección hormonal complementaria cuando corresponda.

Intervenciones y embarazo

- **Histeroscopia:** miomectomía para submucosos seleccionados; otras vías de miomectomía permiten conservar útero según número/tamaño/localización. Explicar recurrencia, adherencias y consecuencias obstétricas de la cirugía.
- **Histerectomía:** opción definitiva para síntomas relevantes tras decisión informada; paridad satisfecha por sí sola no obliga a extirpar útero. La preferencia de conservarlo cuenta aunque no desee embarazo.
- **Embolización:** alternativa en pacientes seleccionadas; discutir resultados y límites reproductivos. La elección incorpora síntomas, riesgo operatorio, deseo gestacional y disponibilidad.
- **Infertilidad:** considerar resección de miomas que deforman cavidad; no hay indicación universal de extirpar subserosos asintomáticos para mejorar fertilidad.
- **Embarazo:** crecimiento es variable. Degeneración roja produce dolor por infarto del mioma y suele tratarse conservadoramente tras excluir otras urgencias; analgesia y vigilancia obstétrica según edad gestacional, sin AINE indiscriminado.

Intervenir según síntomas y preferencias

Histeroscopia

Miomas submucosos seleccionados.

Miomectomía

Conservación uterina; discutir recurrencia y efectos obstétricos.

Histerectomía

Opción definitiva informada, sin obligación por paridad satisfecha.

Embolización

Selección individual; conversar límites reproductivos.

Embarazo

Degeneración roja suele manejarse conservadoramente tras excluir urgencias.

CLAVES EUNACOM

Un mioma no explica automáticamente todo sangrado ni toda infertilidad.

Tratar síntomas y objetivos; cirugía no depende solo de paridad.

Referencias: [20](#), [21](#), [11](#). Bibliografía al final.

Patología benigna del endometrio

Pólipo endometrial: lesión focal

- **Clínica:** sangrado intermenstrual o menstrual abundante, infertilidad o hallazgo incidental; puede protruir por cérvix. Sangrado posmenopáusico exige descartar malignidad aunque parezca pólipo.
- **Imagen:** ecografía transvaginal identifica lesión focal; sonohisterografía o histeroscopia mejoran evaluación de cavidad. Biopsia ciega puede omitir una lesión focal.
- **Conducta:** histeroscopia con polipectomía y estudio histológico en casos sintomáticos, sospechosos o con riesgo relevante. Un pólipo incidental de bajo riesgo permite decisión individual, no resección automática universal.
- **Persistencia:** si continúa sangrado después de resultado benigno, reevaluar cavidad y otras causas. Ningún diagnóstico ecográfico sustituye histología cuando existe sospecha.

Adenomiosis: el endometrio compromete miometrio

- **Concepto:** glándulas y estroma endometriales dentro del miometrio; pertenece a patología uterina benigna y puede coexistir con miomas/endometriosis.
- **Clínica:** dismenorrea secundaria, sangrado abundante y útero globuloso, aumentado y a veces sensible, habitualmente de contorno más regular que útero miomatoso.
- **Imagen:** ecografía transvaginal; heterogeneidad miometrial, sombras en abanico y otros signos apoyan diagnóstico. Resonancia cuando ecografía no resuelve o cambia planificación; no exigir histerectomía para diagnosticar.
- **Tratamiento:** AINE, DIU-LNG o supresión hormonal según elegibilidad y deseo reproductivo. Histerectomía es definitiva para enfermedad uterina sintomática seleccionada; no se indica solo por haber completado paridad.

Adenomiosis: clínica, imagen y opciones

Sospecha

Dismenorrea secundaria, sangrado abundante y útero globuloso/sensible.

Imagen

Ecografía: miometrio heterogéneo y sombras en abanico; resonancia si cambia decisión.

Control

AINE, DIU-LNG o supresión hormonal según elegibilidad.

Cirugía

Histerectomía en casos seleccionados; no es necesaria para todo diagnóstico.

Hiperplasia sin atipia: diagnóstico histológico

- **Mecanismo:** exposición estrogénica sin adecuada oposición progestacional; asociada a anovulación/SOP, obesidad y estrógeno sistémico sin protección. Diabetes, hipertensión y nuliparidad aumentan sospecha endometrial.
- **Diagnóstico:** biopsia; ecografía orienta, pero espesor no diferencia hiperplasia de cáncer. Clasificación decisiva separa sin atipia de hiperplasia atípica/neoplasia intraepitelial endometrial.
- **Primera opción:** sistema intrauterino con LNG cuando es aceptable y cavidad adecuada; alternativa oral continua si lo rechaza o no procede. Corregir factores modificables y acordar controles histológicos.
- **Ejemplo especializado:** medroxiprogesterona 10-20 mg VO/día continua si no se utiliza LNG-IUS, según guía RCOG; tratar al menos seis meses. Regímenes cíclicos son menos eficaces para regresión de hiperplasia.
- **Seguimiento:** biopsia aproximadamente cada seis meses, individualizando; documentar al menos dos muestras negativas consecutivas antes de alta de vigilancia inicial. Sangrado recurrente requiere nueva valoración.

Hiperplasia sin atipia: tejido y vigilancia

1

Confirmar

Biopsia distingue sin atipia de atipia/EIN; ecografía no basta.



2

Tratar

LNG-IUS si adecuado; progestágeno oral continuo como alternativa.



3

Tiempo suficiente

Tratamiento al menos seis meses y control de factores modificables.



4

Verificar regresión

Biopsias aproximadamente semestrales; dos negativas consecutivas antes de alta inicial.

Sangrado recurrente exige reevaluación; tratamiento especializado y seguimiento individual.

Límites del manejo conservador

- **Derivar:** atipia/EIN, sospecha de cáncer, progresión, ausencia de regresión tras tratamiento adecuado, recaída o imposibilidad de seguimiento. La evaluación oncológica corresponde al riesgo histológico.
- **Sin atipia:** no precisa histerectomía inmediata en toda paciente. Considerarla si fracaso/persistencia, recaída o preferencia tras informar alternativas y consecuencias reproductivas.
- **Fertilidad:** confirmar regresión antes de intentar embarazo en hiperplasia; coordinar planificación para no mantener exposición anovulatoria prolongada. No usar desaparición del sangrado como prueba de curación histológica.
- **Tamizaje:** no biopsiar a todas las mujeres asintomáticas por factores metabólicos aislados; estos factores sí modifican umbral de estudio ante sangrado.

CLAVES EUNACOM

La hiperplasia se confirma con tejido, no con espesor ecográfico.

El tratamiento conservador necesita vigilancia histológica.

Referencias: [20](#), [22](#), [18](#), [14](#). Bibliografía al final.

Dolor pélvico y dismenorrea

Dolor agudo: descartar amenazas primero

- **Prioridad:** signos vitales, estado circulatorio, intensidad, inicio, fiebre, sangrado y posibilidad de embarazo. Síncope, hipotensión, peritonismo o hemorragia demandan reanimación y derivación urgente.
- **Pruebas:** hCG en quien pueda estar embarazada y ecografía pélvica según sospecha, con hemograma/orina y otras pruebas dirigidas. No retrasar cirugía o reanimación para completar imágenes en inestabilidad.
- **Diferenciales:** ectópico/aborto, torsión, quiste hemorrágico, PIP/absceso, ovulación, degeneración de mioma; también apendicitis, diverticulitis, litiasis e infección urinaria. En gestación considerar causas obstétricas según edad gestacional.
- **Torsión:** dolor intenso súbito, a veces intermitente, con náuseas/vómitos; puede ocurrir sin masa grande. Doppler con flujo conservado no la descarta. Sospecha clínica requiere valoración quirúrgica urgente y preservación ovárica cuando posible.

Dolor pélvico agudo: prioridades simultáneas

Estabilidad

Síncope, hipotensión, peritonismo o hemorragia: reanimación y atención urgente.

Embarazo

hCG y localización según contexto; descartar ectópico.

Torsión

Dolor intenso y náuseas; flujo Doppler conservado no la descarta.

Diferenciales

Considerar causas ginecológicas, digestivas, urinarias y obstétricas.

Causas agudas frecuentes tras excluir urgencias

- **Ovulación dolorosa:** molestia de mitad del ciclo, habitualmente breve y con buen estado general; puede verse folículo roto y escaso líquido libre. El día no es necesariamente 14.
- **Cuerpo lúteo hemorrágico:** dolor en fase lútea y lesión compleja/heterogénea; estabilidad, hemoglobina y hemoperitoneo orientan observación con analgesia o intervención. No asumir benignidad si hay shock.
- **Degeneración roja:** dolor por infarto de mioma, especialmente en embarazo; ecografía y evaluación obstétrica ayudan. Tratamiento suele ser conservador con analgesia compatible con gestación.
- **PIP:** dolor, sensibilidad uterina/anexial o a movilización cervical, con o sin fiebre/leucorrea. No requiere todos los signos clásicos; seguir manejo antibiótico y de contactos específico.

Dismenorrea primaria y secundaria

- **Primaria:** dolor menstrual sin lesión orgánica demostrada, vinculado a prostaglandinas; suele comenzar tras establecerse ciclos ovulatorios, meses después de menarquia. Puede ser intenso e incapacitante.
- **Patrón:** cólico hipogástrico que irradia a espalda o muslos, alrededor del inicio menstrual, a veces con náuseas/diarrea; examen suele ser normal. No minimizar ausencia escolar o limitación cotidiana.
- **Primera línea:** AINE como ibuprofeno, naproxeno o ácido mefenámico desde inicio del dolor o 1-2 días antes si predecible, durante primeros días; considerar anticoncepción hormonal si elegible y deseada. Calor local y actividad adaptada pueden ayudar.
- **Ejemplo en adulta no gestante:** ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas durante los días dolorosos, ajustado a respuesta/riesgo; evitar combinar AINE y valorar úlcera, enfermedad renal, anticoagulantes y alergia.
- **Secundaria:** dolor progresivo, desde primeras menstruaciones con sospecha obstructiva, entre reglas, con dispareunia, sangrado anormal o falta de respuesta. Considerar endometriosis, adenomiosis, malformaciones, PIP y efecto de DIU de cobre.

- **Reevaluación:** ante persistencia pese a uso adecuado durante 3-6 meses, revisar adherencia y estudiar causa secundaria; ecografía normal no excluye endometriosis.

Dismenorrea: tratar y detectar causa secundaria

Primaria

Dolor menstrual sin lesión orgánica; puede ser incapacitante.

Tratamiento

AINE bien utilizado; opción hormonal según elegibilidad y preferencias.

Sospechar secundaria

Dolor progresivo, intermenstrual, dispareunia, sangrado anormal o sospecha obstructiva.

Reevaluar

Persistencia tras 3-6 meses exige revisar adherencia y estudiar; ecografía normal no excluye endometriosis.

Dolor pélvico persistente: evaluación integral

- **Historia:** ciclo, micción, defecación, relaciones, cirugías y respuesta a tratamientos; valorar dolor musculoesquelético/piso pélvico, vejiga dolorosa e intestino irritable, además de endometriosis.
- **Ciclicidad:** orienta, pero dolor no cíclico no descarta origen ginecológico. Varios mecanismos y enfermedades pueden coexistir; evitar atribuirlo automáticamente a causa psicológica.
- **Examen y pruebas:** dirigidos, con consentimiento y enfoque sensible al trauma; ecografía inicial y estudios adicionales solo si resuelven hipótesis relevantes.
- **Manejo:** abordar causa identificada, función, sueño, sexualidad y salud mental; kinesiterapia de piso pélvico y equipo de dolor cuando corresponda. Cirugía repetida u opioides prolongados no son respuesta automática.
- **Derivación:** endometriosis profunda, obstrucción, masa, pérdida de peso, fiebre persistente o deterioro funcional requieren evaluación especializada o urgente según cuadro.

CLAVES EUNACOM

Doppler normal no excluye torsión anexial.

Dismenorrea incapacitante o refractaria requiere estudio, incluso en adolescentes.

Referencias: [14](#), [23](#), [24](#). Bibliografía al final.

Endometriosis: dolor, diagnóstico y fertilidad

Sospecha clínica y formas de enfermedad

- **Concepto:** tejido similar al endometrio fuera de cavidad uterina, asociado a inflamación. Presentaciones superficial peritoneal, ovárica/endometrioma y profunda; la causa es multifactorial, no exclusivamente obstrucción del flujo menstrual.
- **Síntomas:** dismenorrea incapacitante, dolor pélvico persistente, dispareunia profunda, disquecia, síntomas urinarios cíclicos o infertilidad. Intensidad del dolor no mide de forma fiable extensión anatómica.
- **Adolescencia:** considerar cuando dolor no responde a AINE/hormonas bien utilizados o limita escuela/actividad. Puede existir sin hallazgos ecográficos y sin edad adulta avanzada.
- **Coexistencia:** sangrado uterino anormal u otros síntomas no excluyen endometriosis; investigar adenomiosis, causas endometriales, infección, vejiga dolorosa e intestino irritable cuando corresponda.

Diagnóstico sin laparoscopia obligatoria

- **Historia y examen:** relación con ciclo, defecación, micción, relaciones, infertilidad y antecedentes familiares; buscar dolor focal/nodularidad con consentimiento. Examen normal no descarta.
- **Ecografía:** primera línea, idealmente dirigida por profesional entrenado; endometrioma suele tener contenido homogéneo de baja ecogenicidad, tipo vidrio esmerilado. Evaluar atipias antes de asumir lesión benigna.
- **Extensión:** ecografía especializada y/o resonancia ayudan a mapear enfermedad profunda y planificar cirugía; imagen normal no excluye endometriosis superficial.
- **Biomarcadores:** CA125 puede elevarse, pero no confirma ni excluye endometriosis y no sirve como prueba diagnóstica rutinaria.
- **Laparoscopia:** considerar si imágenes negativas con síntomas persistentes, tratamiento empírico fallido/inadecuado o necesidad terapéutica específica. Compartir riesgos y alternativas; no es requisito para empezar tratamiento del dolor.

Endometriosis: diagnóstico clínico e imágenes

Sospecha clínica

Historia y examen dirigidos; examen normal no descarta.

Ecografía

Primera línea; imagen normal no excluye enfermedad superficial.

Estudio dirigido

Ecografía especializada/resonancia para extensión profunda o planificación.

Laparoscopia seleccionada

Considerar por persistencia, fracaso o inadecuación del manejo empírico y necesidades terapéuticas.

CA125 no confirma ni excluye endometriosis.

Control del dolor y seguimiento

- **Primera línea:** analgesia/AINE si seguros y supresión hormonal con combinado o progestágeno según elegibilidad y preferencias. DIU-LNG o implante pueden ser opciones; régimen continuo puede reducir episodios dolorosos.
- **Objetivo hormonal:** aliviar síntomas y reducir recurrencia; no se prescribe para aumentar fertilidad. No todo tratamiento es anticonceptivo: dienogest 2 mg para endometriosis no tiene eficacia anticonceptiva establecida; comprobar pauta y añadir método apropiado si no desea embarazo.
- **Segunda línea:** agonista/antagonista GnRH bajo supervisión; valorar terapia add-back para disminuir pérdida ósea y síntomas hipoestrogénicos. Inhibidores de aromatasa se reservan a situaciones refractarias especializadas.
- **Integral:** kinesioterapia de piso pélvico, manejo del dolor, sueño y salud mental según necesidades. Reevaluar respuesta, efectos adversos, función y metas reproductivas; no normalizar dolor incapacitante.
- **Límites:** menopausia o cirugía no garantizan curación definitiva. Puede haber persistencia/recurrencia y necesidad de seguimiento; no indicar operaciones repetidas por dolor sin reevaluación.

Cuándo considerar cirugía

- **Selección:** síntomas pese a manejo adecuado, obstrucción/compromiso de órganos, masa sospechosa o decisión reproductiva específica; elegir equipo con experiencia según localización.
- **Endometrioma:** no exige cirugía por existir ni antes de toda FIV. Considerar dolor, tamaño/aspecto, acceso a folículos, reserva, edad y operaciones previas; la resección puede reducir reserva ovárica.
- **Enfermedad profunda:** compromiso intestinal/urinario requiere planificación multidisciplinaria. Un nódulo rectovaginal no obliga por sí solo a cirugía universal.
- **Expectativas:** discutir alivio, recurrencia, adherencias, lesión de órganos y efecto reproductivo. Si no busca gestación inmediata, supresión hormonal posoperatoria puede ayudar a prevenir recurrencia sintomática.

Endometrioma: decidir antes de operar

Síntomas y sospecha

Dolor, aspecto atípico o compromiso de órganos cambian prioridad.

Reserva y antecedentes

Considerar edad, reserva y cirugías previas; resección puede reducir reserva ovárica.

Proyecto reproductivo

Valorar acceso a folículos y objetivos; no operar antes de toda FIV.

Decisión informada

Discutir beneficio, recurrencia y riesgos con equipo experimentado.

Infertilidad y deseo reproductivo

- **Evaluar conjunto:** edad, tiempo intentando, reserva, semen y trompas; la decisión no depende solo de estadio de endometriosis.
- **Tratamiento:** cirugía seleccionada o reproducción asistida según pronóstico; no usar supresión hormonal como tratamiento único para mejorar tasas de embarazo espontáneo.
- **FIV:** considerar si factor tubario/masculino, reserva o edad desfavorables, o tratamientos previos sin éxito. Evitar cirugía rutinaria de endometrioma exclusivamente para mejorar resultados de reproducción asistida.
- **Preservación:** conversar opciones en enfermedad ovárica extensa o antes de cirugía potencialmente dañina, sin prometer beneficio universal. Integrar información, apoyo y derivación en red chilena.

CLAVES EUNACOM

Ecografía normal no excluye enfermedad superficial.

El endometrioma no obliga a operar; importa dolor, sospecha, reserva y fertilidad.

Referencias: [14](#), [25](#), [26](#), [12](#). Bibliografía al final.

Síndrome climatérico y menopausia

Reconocer transición y menopausia

- **Climaterio:** transición asociada a declinación de función ovárica; pueden coexistir ciclos irregulares, síntomas vasomotores, alteración de sueño y síntomas genitourinarios.
- **Menopausia natural:** se reconoce retrospectivamente tras 12 meses de amenorrea espontánea sin otra causa. Es habitual entre 45-55 años; entre 40-44 es temprana y antes de 40 sugiere insuficiencia ovárica primaria.
- **Diagnóstico:** a los 45 años o más con cuadro típico suele ser clínico, sin FSH rutinaria. Anticoncepción hormonal, histerectomía y enfermedades intercurrentes dificultan interpretar amenorrea; FSH no es fiable durante anticoncepción combinada.
- **Fertilidad:** puede haber ovulación durante perimenopausia. Terapia hormonal menopáusica no es anticonceptiva; mantener planificación según edad, método y situación clínica.

Evaluación integral antes del tratamiento

- **Síntomas:** caracterizar bochornos/sudoración, sueño, ánimo, sequedad vaginal, dispareunia, síntomas urinarios y repercusión funcional. No atribuir toda depresión, incontinencia o dolor a menopausia.
- **Riesgos:** presión arterial, tabaco, nutrición, actividad, riesgo cardiovascular, fracturas, trombosis y antecedentes de cáncer; mantener tamizajes nacionales correspondientes.
- **Sangrado:** cualquier sangrado posmenopáusico necesita estudio antes de atribuirlo a atrofia. En terapia hormonal, patrón, persistencia y momento de inicio orientan, pero el sangrado no explicado no se ignora.
- **Evolución:** miomas, adenomiosis y endometriosis suelen mejorar al disminuir estímulo hormonal, pero no desaparecen obligatoriamente. Dolor nuevo o crecimiento de masa después de menopausia requieren evaluación.

Terapia hormonal: seleccionar según necesidad

Situación	Opción orientadora	Precaución
Síntomas vasomotores relevantes y útero presente	Estrógeno sistémico más protección endometrial con progestágeno.	Elegir esquema secuencial/continuo según etapa y tolerancia; nunca estrógeno sistémico solo con endometrio.
Histerectomía total	Estrógeno solo suele ser suficiente.	Antecedente de endometriosis u otras condiciones requiere valoración especializada.
Síntomas exclusivamente genitourinarios	Lubricantes/hidratantes y estrógeno vaginal a dosis baja si procede.	No exige habitualmente progestágeno; todo sangrado nuevo se estudia.
Mayor riesgo trombótico/metabólico	Valorar vía transdérmica frente a oral.	No elimina todas las contraindicaciones ni reemplaza evaluación individual.

- **Indicación:** balance individual de alivio, edad, tiempo desde menopausia y riesgos; usar menor dosis eficaz con revisión periódica. No existe una combinación obligatoria de estriol oral y drospirenona.
- **No iniciar sin evaluación:** sangrado no explicado, cáncer hormonodependiente, antecedente tromboembólico/arterial relevante o hepatopatía activa. Ante cáncer de mama, evitar terapia sistémica habitual y coordinar alternativas con equipo tratante.
- **Objetivo:** tratar síntomas; no indicar para prevención primaria cardiovascular o demencia. Riesgos de cáncer mamario y endometrial dependen de preparación, duración y antecedentes.

Terapia hormonal según útero y síntomas

Útero presente

Estrógeno sistémico requiere protección endometrial progestacional.

Histerectomía total

Estrógeno solo suele bastar; antecedentes especiales requieren evaluación.

Solo genitourinario

Medidas locales y, si procede, estrógeno vaginal de dosis baja.

Vía y riesgos

Valorar transdérmica frente a oral según riesgo; menor dosis eficaz y reevaluación.

No iniciar sin estudiar sangrado inexplicado o condiciones que requieren evaluación especializada.

Alternativas, salud ósea y seguimiento

- **Sin hormonas sistémicas:** educación, medidas para sueño y terapia cognitivo-conductual específica pueden ayudar; tratamientos farmacológicos no hormonales se seleccionan según síntomas, contraindicaciones, interacciones y disponibilidad.
- **Síndrome genitourinario:** tratamiento local puede ser prolongado según respuesta. Con cáncer mamario previo, comenzar con medidas no hormonales; eventual estrógeno vaginal exige decisión individual y coordinación, especialmente si usa inhibidor de aromatasa.
- **Hueso:** ejercicio de resistencia/carga, evitar tabaco, aporte suficiente de calcio y vitamina D según dieta/riesgo. Densitometría y fármacos para osteoporosis dependen del riesgo de fractura, no de menopausia por sí sola.
- **Insuficiencia ovárica primaria:** derivar para etiología, fertilidad y reemplazo hormonal hasta edad habitual de menopausia si no hay contraindicación; ofrecer apoyo y anticoncepción cuando corresponda.
- **Control:** revisar respuesta y tolerancia a los tres meses y luego al menos anual; adelantar ante efectos adversos o sangrado. Reevaluar beneficios/riesgos de continuar y explicar posible reaparición de síntomas al suspender.

Seguimiento integral del climaterio

A los tres meses

Evaluar beneficio, tolerancia y necesidad de ajustes.

Revisión anual

Adelantar si síntomas, sangrado o efectos adversos.

Salud ósea

Ejercicio, aporte nutricional y tratamiento según riesgo de fractura.

Insuficiencia ovárica

Evaluación especializada y reemplazo hasta edad habitual de menopausia si es elegible.

CLAVES EUNACOM

Terapia hormonal menopáusica no evita embarazo.

Con útero, estrógeno sistémico requiere protección endometrial.

Referencias: [27](#), [28](#), [19](#). Bibliografía al final.

Infecciones y suelo pélvico

Reconocer el síndrome, tratar la causa y acompañar la recuperación.

Infecciones genitourinarias

Leucorrea: patrones que orientan, sin diagnosticar solo por color

Cuadro	Clínica y pH	Confirmación
Vaginosis bacteriana	Flujo homogéneo gris/blanco, olor amínico; pH > 4,5. Inflamación escasa, pero puede haber molestias.	Amsel: ≥3/4 - flujo típico, pH > 4,5, células clave, olor con KOH; Gram/Nugent o prueba molecular según disponibilidad.
Candidiasis	Prurito, eritema, ardor y flujo blanco grumoso; pH usualmente < 4,5.	Levaduras/hifas en microscopía; cultivo/especiación si complicada, recurrente o sospecha con microscopía negativa.
Tricomoniasis	Flujo amarillo/verdoso, espumoso, irritación/disuria; cuello en fresa posible; pH a menudo > 4,5.	NAAT preferido; microscopía con tricomonas móviles tiene sensibilidad limitada. Un fresco negativo no la excluye.

Leucorrea: comparar patrones

Vaginosis

Olor amínico, flujo homogéneo y pH > 4,5; células clave.

Candida

Prurito, eritema y flujo grumoso; pH habitualmente < 4,5.

Trichomonas

Irritación, flujo espumoso y pH a menudo > 4,5; confirmar con NAAT.

El aspecto por sí solo no confirma etiología.

Vaginosis: disbiosis y recurrencias

- **Concepto:** Disbiosis polimicrobiana con reducción de lactobacilos; Gardnerella no es su único microorganismo. Tratar síntomas y evaluar otras ITS según contexto.
- **Pauta:** Metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 7 días; alternativa clindamicina vaginal 2%, 5 g al acostarse 7 días. Algunas formulaciones vaginales deterioran barreras de látex: revisar ficha del producto.
- **Embarazo:** Tratar vaginosis sintomática con esquema compatible; no extrapolar indicación de tamizaje universal de asintomáticas para prevenir prematuridad.
- **Parejas:** La actualización ACOG 2025 permite considerar tratamiento simultáneo de pareja masculina en adultas con vaginosis recurrente sintomática; decidir conjuntamente y según protocolo. No mantener la regla absoluta «nunca tratar pareja».
- **Persistencia:** Confirmar diagnóstico y adherencia, descartar tricomoniasis/otras causas y valorar régimen supresor especializado. La evidencia sobre parejas del mismo sexo o primer episodio requiere decisiones individualizadas.

Candidiasis y tricomoniasis: tratamientos distintos

- **Candidiasis simple:** En no embarazada: fluconazol 150 mg VO una vez o azol tópico según preparado. Revisar interacciones y hepatopatía; colonización asintomática no requiere tratamiento.
- **Embarazo:** Candidiasis: azol tópico durante 7 días; evitar fluconazol oral. Recurrencia ≥ 3 episodios/año, síntomas graves o especies no albicans requieren confirmación y tratamiento prolongado dirigido.
- **Pareja y Candida:** No tratar sistemáticamente por recurrencia; evaluar y tratar pareja sintomática con balanitis. Investigar diabetes, antibióticos u otros factores si corresponde.
- **Tricomoniasis en mujeres:** Metronidazol 500 mg VO cada 12 h 7 días; es preferible a 2 g una vez. Tratar simultáneamente parejas; el esquema masculino habitual es 2 g VO una vez.
- **Seguimiento:** Evitar relaciones hasta completar tratamiento y resolver síntomas en ambos; repetir prueba en mujeres aproximadamente a 3 meses por reinfección. En embarazo sintomático se recomienda diagnóstico y tratamiento.

Candida y Trichomonas: parejas diferentes

Candida

No tratar pareja asintomática por rutina; evaluar balanitis sintomática.

Trichomonas

Tratar parejas simultáneamente y evitar relaciones hasta completar tratamiento y resolver síntomas.

Cervicitis, urinario y causas no infecciosas

- **Cervicitis:** Moco purulento endocervical o sangrado inducido; puede coexistir vaginitis. Buscar gonococo/Chlamydia y descartar PIP; véase sección ITS para dosis y parejas.
- **Disuria:** Distinguir cistitis de inflamación vulvar/uretral. Fiebre, dolor lumbar, embarazo o afectación general exigen estudio urinario y manejo específico; no atribuirlo todo a Candida.
- **Otros diagnósticos:** Leucorrea fisiológica, irritantes, atrofia, dermatosis y cuerpo extraño. Flujo fétido persistente o sangrado en una niña requieren evaluación pediátrica especializada, sin instrumentación forzada.
- **Citología:** PAP no es prueba diagnóstica de vaginitis. Candida o Actinomyces incidentales sin síntomas no obligan a antibióticos ni a retirar un DIU; sospecha de actinomicosis pélvica exige estudio especializado.

Bartholin y furúnculo: localizar antes de tratar

- **Bartholin:** Quiste por obstrucción ductal en región posterolateral del introito; absceso doloroso, eritematoso y fluctuante. Suele ser polimicrobiano, no necesariamente una ITS; pesquisar gonococo/Chlamydia según riesgo.
- **Conducta:** Quiste pequeño asintomático: observación. Absceso o quiste sintomático: drenaje con catéter Word o marsupialización según equipo; incisión simple favorece recurrencia. Antibióticos si celulitis, infección sistémica u otra indicación.
- **Alarma:** Masa nueva de Bartholin después de 40 años, sólida, irregular o persistente: evaluación y posible biopsia para excluir malignidad.
- **Furúnculo:** Infección de folículo piloso, habitualmente S.aureus, en piel con pelo de labios mayores. Compresas tibias si pequeño; colección requiere drenaje. Antibiótico según celulitis, gravedad y riesgo de resistencia, no universal.
- **Urgencia:** Dolor desproporcionado, necrosis, crepitación o toxicidad sistémica: descartar infección necrosante; no tratar como absceso banal.

Masa vulvar: localizar y reconocer alarmas

Bartholin

Región posterolateral del introito; quiste o absceso.

Furúnculo

Piel con folículos de labios mayores; suele involucrar S.aureus.

Derivar

Masa nueva de Bartholin después de 40 años o lesión sólida/persistente.

Urgencia

Necrosis, crepitación, dolor desproporcionado o toxicidad sistémica.

CLAVES EUNACOM

El pH y la microscopía orientan; un color de flujo no confirma etiología.

Embarazo: candidiasis con azol tópico 7 días; no fluconazol oral rutinario.

Referencias: [29](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [34](#), [35](#). Bibliografía al final.

Proceso inflamatorio pélvico

Sospechar infección ascendente sin exigir la tríada completa

- **Espectro:** Endometritis, salpingitis, peritonitis pélvica y absceso tuboovárico. Suele ser polimicrobiano: gonococo, Chlamydia, anaerobios y flora vaginal/entérica; una PCR cervical negativa no excluye infección alta.
- **Umbral clínico:** Dolor pélvico sin otra explicación y al menos uno: dolor a movilización cervical, uterino o anexial, en una paciente con riesgo de ITS. No exigir fiebre ni los tres signos.
- **Apoyan:** Leucorrea mucopurulenta del orificio cervical, friabilidad, leucocitos en flujo, fiebre, leucocitosis, PCR/VHS elevadas. Metrorragia y dispareunia pueden ser las únicas manifestaciones.
- **Consecuencias:** Infertilidad tubárica, ectópico, adherencias, hidrosálpinx y dolor crónico. Dolor en hipocondrio derecho puede corresponder a perihepatitis de Fitz-Hugh-Curtis; sepsis o absceso complican cuadros graves.

PIP: no esperar la tríada completa

Dolor pélvico

Sin otra causa identificada, en paciente con riesgo de ITS.

Un criterio mínimo

Dolor cervical, uterino o anexial: no se exigen los tres.

Apoyo, no requisito

Fiebre, leucorrea e inflamación aumentan sospecha; su ausencia no excluye.

Estudio inicial y decisión de ingreso

- **Descartar urgencias:** Test de embarazo y valoración de estabilidad; considerar ectópico, torsión, apendicitis y quiste complicado. Ecografía transvaginal si absceso, masa, cuadro grave o diagnóstico incierto.
- **Muestras:** NAAT/PCR para gonococo y Chlamydia; ofrecer VIH y sífilis. Tomar muestras antes de antibióticos cuando sea factible, sin postergar el tratamiento de una sospecha fundada.
- **Hospitalizar:** Embarazo, absceso tuboovárico, enfermedad grave/sepsis, vómitos o intolerancia oral, falta de seguimiento, fracaso ambulatorio o imposibilidad de excluir urgencia quirúrgica. La adolescencia aislada no obliga a ingreso.

PIP: motivos para hospitalizar

Embarazo o absceso

Necesitan evaluación y tratamiento hospitalario.

Gravedad o mala tolerancia

Sepsis, vómitos o imposibilidad de tratamiento oral.

Diagnóstico o control inciertos

Urgencia quirúrgica no excluida, fracaso ambulatorio o seguimiento inseguro.

Antibióticos: esquema CDC para adulta no embarazada

Escenario	Pauta	Duración y control
Ambulatorio, leve/moderado	Ceftriaxona 500 mg IM una vez + doxiciclina 100 mg VO cada 12 h + metronidazol 500 mg VO cada 12 h	Doxiciclina y metronidazol: 14 días. Si peso ≥ 150 kg e infección gonocócica documentada, ceftriaxona 1 g.
Hospitalario	Ceftriaxona 1 g IV cada 24 h + doxiciclina 100 mg cada 12 h + metronidazol 500 mg cada 12 h	Doxiciclina/metronidazol VO o IV según tolerancia. Tras mejoría 24-48 h, pasar a VO para completar 14 días totales.

Complemento internacional: ajustar a protocolo chileno, alergias, embarazo, susceptibilidad y función orgánica. No mantener 14 días IV por regla ni usar doxiciclina en embarazo.

Absceso, dispositivo intrauterino y parejas

- **Absceso:** Ingreso y antibióticos con anaerobio. Rotura, peritonitis o deterioro requieren control urgente del foco; persistencia pese a tratamiento puede requerir drenaje guiado o cirugía. El tamaño orienta, pero 7 cm no es frontera universal.
- **DIU:** No retirarlo automáticamente. Iniciar antibiótico y reevaluar 48-72 h; considerar retiro si no mejora o la paciente desea suspenderlo, después de iniciar cobertura. Buscar otro diagnóstico si persiste.
- **Reevaluación:** Debe mejorar en 72 h; de lo contrario reevaluar, hospitalizar si corresponde y reconsiderar absceso/resistencia/diagnóstico. Repetir pesquisa de gonococo/Chlamydia a los 3 meses cuando fueron positivos.

- **Parejas:** Evaluar y tratar contactos sexuales de los 60 días previos para gonococo/Chlamydia. Evitar relaciones hasta completar tratamiento, resolver síntomas y tratar parejas; ofrecer prevención sin lenguaje estigmatizante.

CLAVES EUNACOM

PIP es un diagnóstico clínico de umbral bajo; no esperar fiebre o PCR positiva.

Un absceso roto exige control del foco urgente.

Referencias: [29](#), [36](#). Bibliografía al final.

Enfermedades de transmisión sexual

Historia, muestras y prevención de reinfección

- **Entrevista:** Privada, respetuosa y confidencial dentro del marco legal: prácticas, sitios de exposición, uso de barreras, síntomas, embarazo, parejas y tratamientos previos. No inferir riesgo por identidad o estado civil.
- **Pruebas:** NAAT para gonococo/Chlamydia en muestra vaginal/cervical u orina y sitios extragenitales según exposición. Serología de VIH y sífilis; hepatitis según antecedentes, vacunación y riesgo.
- **Cervicitis:** Gonorrea y Chlamydia pueden ser asintomáticas. Secreción mucopurulenta/friabilidad requiere estudio; tratar empíricamente si riesgo elevado, seguimiento incierto o pruebas no disponibles.
- **Marco chileno:** Coordinar UNACESS/red local, notificación obligatoria de infecciones pertinentes y manejo de contactos. Las dosis siguientes identifican complementos CDC; adaptar a norma local y vigilancia de resistencia.

Gonorrea y Chlamydia: adolescente/adulta

Infección	Pauta de referencia CDC	Control
Gonorrea no complicada	Ceftriaxona 500 mg IM una vez si < 150 kg; 1 g si ≥ 150 kg. Añadir tratamiento para Chlamydia si no se excluyó.	Faringe: prueba de curación 7-14 días. Persistencia: cultivo y susceptibilidad, además de descartar reinfección.
Chlamydia, no embarazada	Doxiciclina 100 mg VO cada 12 h 7 días.	Repetir pesquisa a 3 meses; prueba de curación solo si indicación, evitando NAAT demasiado precoz.
Chlamydia, embarazo	Azitromicina 1 g VO una vez.	Prueba de curación aproximadamente 4 semanas después; repetición a 3 meses y según riesgo gestacional.

Gonorrea y Chlamydia: no confundir pautas

Gonorrea

Ceftriaxona IM única; cubrir Chlamydia si no se excluyó.

Chlamydia sin embarazo

Doxiciclina VO durante 7 días.

Chlamydia en embarazo

Azitromicina VO única; control de curación aproximadamente 4 semanas después.

Dosis completas y ajuste por peso en el bloque de tratamiento.

Úlceras genitales: sífilis y herpes

- **Sífilis:** Chancro habitualmente indoloro; secundaria con exantema, incluso palmas/plantas, adenopatías o condilomas planos. Confirmar con prueba treponémica y no treponémica cuantitativa; la clínica y etapa importan.
- **Sífilis temprana en Chile:** Norma MINSAL: penicilina G benzatina 2,4 millones UI IM semanal por 2 semanas consecutivas en primaria, secundaria o latente precoz. Latente tardía/duración desconocida: misma dosis semanal por 3 dosis.
- **Diferencia internacional:** CDC emplea una dosis en sífilis temprana general y permite una segunda en gestantes. Identificar el protocolo aplicado; en Chile conservar el esquema nacional y coordinación con UNACESS/obstetricia.
- **Situaciones especiales:** Embarazo: penicilina es tratamiento eficaz para prevenir sífilis congénita; si alergia, desensibilizar. Síntomas neurológicos, visuales o auditivos requieren valoración urgente y régimen específico, no benzatina como único tratamiento.
- **Herpes:** Vesículas/úlceras dolorosas, disuria y recurrencias; confirmar por PCR/NAAT de lesión cuando disponible. Primoinfección: aciclovir 400 mg VO cada 8 h 7-10 días o valaciclovir 1 g cada 12 h 7-10 días; ajustar función renal.
- **Consejería:** El antiviral reduce duración y recurrencias, no elimina latencia. Evitar relaciones con lesiones/pródromo; barreras reducen, sin anular, transmisión. Embarazo y lesiones próximas al parto requieren coordinación obstétrica.

Úlcera genital: dos hipótesis frecuentes

Sífilis

Chancro habitualmente indoloro; integrar serología treponémica y título no treponémico.

Herpes

Vesículas o úlceras dolorosas y recurrencias; PCR de lesión cuando disponible.

Alarma neurológica u ocular

Sífilis con estos síntomas requiere régimen específico y valoración urgente.

VPH, otras causas y seguimiento

- **Condilomas:** VPH 6/11 produce la mayoría de verrugas; diagnóstico clínico, biopsiar lesión atípica, pigmentada, ulcerada, indurada o refractaria. Tratamiento local individualizado; no erradica toda infección viral.
- **Opciones:** Crioterapia, ácido tricloroacético o tratamientos tópicos apropiados. Embarazo: evitar podofilina/podofilotoxina; seleccionar terapia especializada. La vacunación previene nuevas infecciones, no trata lesiones establecidas.
- **Persistencia:** Cervicitis persistente: revisar reinfección/adherencia y considerar *Mycoplasma genitalium* con prueba específica; evitar repetir antibióticos indiscriminadamente. Vaginosis y *Candida* no se manejan como gonorrea.
- **Contactos:** Gonorrea/Chlamydia: evaluar y tratar parejas de los 60 días anteriores. Evitar relaciones 7 días tras dosis única o hasta completar pauta semanal, resolver síntomas y tratar contactos.
- **Control:** Repetir pesquisa de gonococo/Chlamydia a 3 meses; en sífilis comparar títulos cuantitativos con misma prueba y seguimiento por etapa. Ofrecer condones, vacuna VHB/VPH y prevención VIH según riesgo.

CLAVES EUNACOM

Una ITS puede ser asintomática: tratar a la persona y cortar la reinfección.

Neurosífilis/sífilis ocular necesitan un régimen distinto de penicilina benzatina.

Referencias: [29](#), [37](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#), [43](#), [44](#). Bibliografía al final.

Incontinencia urinaria

Identificar el tipo de pérdida

Tipo	Pista clínica	Consecuencia
Esfuerzo	Pérdida al toser, reír, correr o levantar peso.	Falla de soporte/cierre uretral; confirmar relación con esfuerzo.
Urgencia	Deseo súbito difícil de diferir que precede pérdida; frecuencia/nocturia.	Vejiga hiperactiva si no hay infección u otra causa evidente.
Mixta	Componentes de esfuerzo y urgencia.	Priorizar el componente más molesto, sin ignorar el otro.
Rebalse	Goteo con vaciamiento insuficiente, chorro débil o vejiga distendida.	Medir residuo; buscar obstrucción, fármacos o disfunción neurológica.
Continua o funcional	Pérdida constante o incapacidad de llegar/usarlo pese a control vesical.	Descartar fístula tras cirugía/parto, anomalía anatómica o barreras motoras/cognitivas.

- **Contexto:** embarazo/parto, prolapso, obesidad, estreñimiento, menopausia, cirugía y enfermedad neurológica modifican riesgo. La incontinencia no es una consecuencia inevitable de envejecer.

La forma de perder orina orienta el mecanismo

Esfuerzo

Tos, risa o actividad física precipitan pérdida.

Urgencia

Deseo súbito difícil de diferir precede pérdida.

Mixta

Combina esfuerzo y urgencia.

Rebalse

Goteo con vaciamiento insuficiente: medir residuo.

Continua o funcional

Descartar fístula/anomalía o barreras para utilizar el baño.

Evaluación inicial que cambia conducta

- **Historia y diario:** duración, desencadenantes, líquidos/cafeína, fármacos, disuria, hematuria y repercusión sexual/social. Diario miccional de al menos tres días ayuda a objetivar volúmenes y pérdidas.
- **Examen:** abdomen, globo vesical, mucosa, soporte pélvico y contracción de musculatura; prueba de tos con vejiga adecuadamente llena cuando corresponda. Examen neurológico dirigido si sospecha.
- **Orina:** tira reactiva/estudio orienta infección, sangre o glucosuria; cultivo según síntomas y resultados. Bacteriuria asintomática no justifica antibiótico salvo indicación específica, como embarazo.
- **Residuo posmiccional:** medir con ecografía si síntomas de vaciamiento, retención, infección recurrente o sospecha neurológica. No asumir urgencia simple ante retención.
- **No rutinarios:** cistoscopia, imágenes avanzadas y urodinamia no son requisito para toda paciente. Urodinamia preoperatoria se reserva para incertidumbre, predominio de urgencia, disfunción de vaciado, prolapso anterior/apical o cirugía previa.
- **Derivación:** hematuria persistente, dolor vesical, fístula, masa, retención, infección recurrente no explicada o signos neurológicos. Retención aguda necesita resolución inmediata.

Primera línea conservadora

- **Esfuerzo/mixta:** entrenamiento supervisado de suelo pélvico al menos tres meses, confirmando contracción correcta. Programa habitual: al menos ocho contracciones tres veces al día, adaptado a capacidad.
- **Urgencia/mixta:** entrenamiento vesical durante al menos seis semanas; programar micciones y técnicas para controlar urgencia. En mixta, combinarlo con entrenamiento muscular.
- **Hábitos:** ajustar ingesta excesiva o insuficiente sin deshidratar; reducir cafeína, tratar estreñimiento y favorecer peso saludable. Facilitar acceso al baño y movilidad; revisar diuréticos y carga farmacológica.
- **Mucosa atrófica:** estrógeno vaginal puede mejorar síntomas genitourinarios asociados si es apropiado. Estrógeno sistémico no se indica para tratar incontinencia.

Primera línea adaptada al mecanismo

Esfuerzo o mixta

Suelo pélvico supervisado al menos tres meses.

Urgencia o mixta

Entrenamiento vesical al menos seis semanas.

Hábitos

Ajustar líquidos/cafeína, estreñimiento y acceso al baño sin deshidratar.

Atrofia

Valorar estrógeno vaginal si corresponde; no estrógeno sistémico para incontinencia.

Escalar según tipo y efectos adversos

- **Vejiga hiperactiva:** si respuesta insuficiente, considerar antimuscarínico o agonista beta3 según riesgos, preferencia y acceso. Revisar carga anticolinérgica, cognición, estreñimiento, glaucoma y retención; evitar oxibutinina de liberación inmediata en mayores frágiles.
- **Mirabegrón:** valorar presión e interacciones; no utilizar con hipertensión grave no controlada. Revisar eficacia y tolerancia, sin renovar indefinidamente un fármaco ineficaz.
- **Esfuerzo persistente:** uroginecología puede ofrecer dispositivos o cirugía; discutir colposuspensión, cabestrillo autólogo y opciones con malla según caso, riesgos y disponibilidad. No todas las pacientes necesitan cirugía.
- **Refractaria de urgencia:** toxina botulínica o neuromodulación en selección especializada; toxina puede causar infección/retención y requerir autocateterismo. Planificar seguimiento y capacidad de manejo.
- **Fístula/rebalse:** tratar causa anatómica o vaciamiento; no confundir con urgencia e indicar anticolinérgico sin evaluar residuo.

CLAVES EUNACOM

La urodinamia no es un examen inicial universal.

Pérdida continua exige pensar fístula; goteo con retención sugiere rebalse.

Referencias: [45](#), [27](#), [46](#). Bibliografía al final.

Prolapso genital

Compartimento, síntomas y examen

- **Prolapso:** descenso de pared vaginal anterior/posterior o vértice uterino/vaginal. Favorecen parto vaginal, multiparidad, edad, obesidad, estreñimiento y aumentos crónicos de presión abdominal.
- **Síntomas:** bulto genital, peso, roce/humedad, dificultad miccional o defecatoria y alteración sexual; aumentan al estar de pie, toser o pujar. Grado anatómico y molestia no siempre coinciden.
- **Compartimentos:** anterior, habitualmente cistocele/uretrocele; apical, útero o cúpula tras histerectomía; posterior, rectocele y posible enterocele. Pueden coexistir.
- **Examen:** con consentimiento, inspeccionar mucosa, ulceración y pérdidas al esfuerzo; cuantificar con Valsalva, repitiendo de pie si síntomas no se reproducen. Evaluar vaciamiento si dificultad o prolapso avanzado.

POP-Q: puntos y medidas en centímetros

Medida	Referencia anatómica	Registro
Aa y Ba	Aa: punto de pared anterior a 3 cm proximal al meato uretral; Ba: posición más distal de pared anterior superior.	Aa entre -3 y +3; Ba -3 sin prolapso.
Ap y Bp	Ap: punto de pared posterior a 3 cm proximal al himen; Bp: posición más distal de pared posterior superior.	Ap entre -3 y +3; Bp -3 sin prolapso.
C y D	C: borde más distal de cérvix o cúpula; D: fondo de saco posterior si hay cérvix.	D se omite si no existe cérvix.
GH y PB	GH: meato uretral externo a borde himeneal posterior; PB: borde posterior del himen a centro del ano.	Longitudes en centímetros.
TVL	Longitud vaginal total con prolapso reducido, sin pujo.	Necesaria para separar estadios III y IV.

- **Plano cero:** himen; cifras negativas por encima/proximales y positivas por debajo/distales. Medir puntos durante máximo esfuerzo, salvo TVL. Registrar las nueve medidas cuando sean aplicables.

POP-Q: estadios completos

Estadio	Criterio	Lectura práctica
0	Aa, Ba, Ap y Bp en -3 cm; C o D $\leq -(TVL-2)$ cm.	Sin prolapso demostrado.
I	No cumple 0; punto más distal < -1 cm.	Más de 1 cm por encima del himen.
II	Punto más distal entre -1 y +1 cm, incluidos ambos.	Próximo al plano himeneal.
III	Punto más distal $> +1$ cm y $< +(TVL-2)$ cm.	Desciende más, sin eversión completa.
IV	Punto más distal $\geq +(TVL-2)$ cm.	Eversión completa o casi completa.

Himen = 0: negativo proximal y positivo distal. TVL es longitud vaginal total. El estadio no determina por sí solo necesidad ni técnica quirúrgica.

POP-Q: estadios respecto del himen

Estadio 0

Aa/Ba/Ap/Bp en -3 cm; C o D $\leq -(TVL-2)$ cm.

Estadio I

No cumple 0; punto más distal < -1 cm.

Estadio II

Punto más distal entre -1 y $+1$ cm, incluidos límites.

Estadio III

Punto más distal $> +1$ cm y $< (TVL-2)$ cm.

Estadio IV

Punto más distal $\geq (TVL-2)$ cm.

Himen = 0; negativo proximal, positivo distal. TVL: longitud vaginal total. Estadio no determina cirugía por sí solo.

Manejo conservador según síntomas

- **Asintomático:** observación y educación; consultar si sangrado, dolor, dificultad miccional o crecimiento de molestia. Tratar estreñimiento, tos y factores modificables.
- **Suelo pélvico:** ofrecer entrenamiento supervisado al menos 16 semanas en prolapso sintomático POP-Q I-II; continuar si aporta beneficio.
- **Pesario:** opción para distintos grados si la paciente lo desea, con o sin ejercicio. Ajustar tamaño/tipo, explicar efecto sobre relaciones y posibilidad de necesitar varios intentos.
- **Seguimiento del pesario:** enseñar manejo cuando sea posible; retirar al menos cada seis meses y asegurar controles. Vigilar flujo, erosión, sangrado, expulsión o dificultad para retirarlo; tratar infección/lesión antes de continuar.
- **Mucosa menopáusica:** considerar estrógeno vaginal para síntomas atróficos según riesgos y preferencias; no sustituye la corrección mecánica ni obliga a usarlo en todas.

Prolapso: alternativas conservadoras

Sin síntomas

Observación y educación sobre alarmas.

Sintomático I-II

Entrenamiento supervisado de suelo pélvico al menos 16 semanas.

Pesario

Opción según preferencia en distintos grados; ajustar tipo y tamaño.

Controles

Retirar al menos cada seis meses; vigilar lesión, sangrado, flujo y expulsión.

Tratar estreñimiento y tos; considerar tratamiento de mucosa atrófica cuando corresponda.

Cirugía, sexualidad y decisión compartida

- **Indicación:** síntomas relevantes cuando tratamiento conservador resulta insuficiente o no es aceptable. Discutir riesgos, recurrencia, efecto urinario/intestinal/sexual y objetivos reproductivos.
- **Reconstrucción:** reparación por compartimentos, suspensión apical y opciones conservadoras del útero; histerectomía no es obligatoria para todo prolapso uterino. Informar específicamente sobre mallas cuando se consideren.
- **Colpocleisis:** alternativa obliterativa seleccionada, especialmente si se desea menor carga operatoria y no se quiere penetración vaginal futura. Impide esa práctica, pero no toda actividad sexual; requiere consentimiento explícito.
- **Alarmas:** retención, hidronefrosis/compromiso renal, ulceración con sangrado importante o masa atípica aceleran evaluación. Edad avanzada o riesgo quirúrgico alto no justifican imponer una técnica.

CLAVES EUNACOM

POP-Q se mide respecto del himen y necesita TVL para estadios III-IV.

Colpocleisis impide penetración vaginal; no equivale al fin de la sexualidad.

Referencias: [46](#), [47](#), [45](#). Bibliografía al final.

Ginecología de la infancia y adolescencia

Lo fisiológico depende de la etapa

- **Recién nacida:** Estrógenos maternos pueden producir botón mamario, flujo mucoso y pequeño sangrado por privación. Sangrado abundante, prolongado o con compromiso general no se atribuye automáticamente a ello.
- **Telarquia:** Botón aislado puede persistir o aparecer sin pubertad progresiva; valorar evolución, crecimiento y otros signos. Olor axilar, vello, sangrado o progresión requieren evaluación endocrina según edad.
- **Posmenarquia:** Puede haber anovulación e irregularidad inicial; no normalizar sangrado excesivo ni intervalos > 90 días. Considerar embarazo cuando exista posibilidad biológica/exposición, no solo por encontrar telarquia.
- **Examen:** Explicar, obtener consentimiento/asentimiento y permitir acompañamiento seguro. Inspección externa respetuosa en posición cómoda, por ejemplo rana; no tacto vaginal ni hisopados internos rutinarios en niña prepúber ni instrumentación forzada.

Vulvovaginitis y cuerpo extraño

- **Inespecífica:** La más frecuente: irritación, higiene, humedad, jabones, ropa ajustada y ambiente hipoestrógeno. Eritema, prurito, ardor o flujo no justifican antifúngico automático; Candida es infrecuente fuera de pañal/condiciones predisponentes.
- **Cuidados:** Evitar irritantes, aseo suave, secar y usar barrera/emoliente según necesidad. Si persiste, recurre o es intensa, reconsiderar causa; no garantizar que toda vulvovaginitis cederá en 2-3 semanas.
- **Infección dirigida:** SGA, neumococo y flora entérica -Shigella, Yersinia o Klebsiella- pueden causar inflamación intensa o flujo purulento. Cultivo de introito si indicado; antibiótico dirigido, no amoxicilina/clavulánico universal.
- **Prurito nocturno:** Pensar Enterobius; test de Graham según contexto. Dermatitis y escabiosis son otros diferenciales; no atribuir todo a prácticas de higiene.
- **Cuerpo extraño:** Papel higiénico u otros objetos: flujo fétido, sangrado o recurrencia. Derivar para evaluación/extracción por personal entrenado, vaginoscopia si indicado; no búsqueda ciega con instrumentos ni irrigación forzada.

Sangrado prepúber: ampliar el diagnóstico

- **Causas:** Trauma, irritación/infección, cuerpo extraño, liquen escleroso, prolapso uretral, pubertad precoz y violencia sexual. El hallazgo debe interpretarse junto a historia y exploración, sin conclusiones automáticas.
- **Liquen escleroso:** Piel vulvar/perianal blanquecina, atrófica, pruriginosa o fisurada, distribución en 8; puede sangrar. Evaluación experta y corticoide tópico de potencia adecuada con control.
- **Prolapso uretral:** Mucosa roja anular alrededor del meato, distinta a lesión vaginal; puede provocar sangrado. Valoración especializada, estrógeno tópico seleccionado y cirugía si complicación o persistencia.
- **Protección:** Relato, sangrado inexplicado o lesión preocupante exige ruta de protección; un examen normal no excluye abuso. La evaluación no busca certificar virginidad.

Sangrado prepúber: buscar la causa

Local

Trauma, inflamación o cuerpo extraño.

Dermatosis

Liquen escleroso puede fisurar y sangrar.

Meato uretral

Prolapso uretral: anillo rojo, distinto de lesión vaginal.

Protección

Considerar violencia sexual sin inferirla por un hallazgo aislado.

Sinequias vulvares: observar si no hay repercusión

- **Anatomía:** Adherencia adquirida de los labios menores, frecuente en etapa hipuestrogénica e irritación. No es malformación congénita de labios mayores.
- **Asintomática:** Explicar evolución generalmente benigna, higiene suave y evitar irritantes. No separar manualmente ni indicar cirugía de rutina.
- **Sintomática:** Alteración del chorro, goteo, obstrucción o infecciones asociadas ameritan valoración; estrógeno tópico o corticoide seleccionado según equipo y seguimiento. No tratar solo porque la adhesión parezca extensa.
- **Urgencia:** Retención urinaria, dolor intenso o sospecha de lesión/infección complicada requieren evaluación inmediata; recurrencias exigen revisar factores irritativos y diagnóstico.

CLAVES EUNACOM

En niñas, el examen debe ser externo, explicado y respetuoso.

Flujo fétido persistente o sangrado requieren buscar cuerpo extraño y otras causas.

Referencias: [48](#), [49](#). Bibliografía al final.

Violencia sexual: atención inicial, consentimiento y protección

Primera atención: seguridad, escucha y consentimiento

- **Acoger:** Escuchar sin culpar, validar y valorar lesiones, dolor, sangrado, riesgo suicida y seguridad actual. Estabilizar urgencias; no condicionar la atención a denuncia previa ni a entregar un relato detallado.
- **Consentimiento:** Explicar por separado examen, muestras, registro, profilaxis y procedimientos. Respetar decisiones y capacidad, con asentimiento y protección apropiados en menores. La obligación legal de denuncia no autoriza un examen forzado.

- **Confidencialidad:** Informar sus límites legales y compartir solo con personas/equipos pertinentes. Acompañante elegido y seguro; evitar que el presunto agresor controle la entrevista o el alta.
- **Entrevista:** Registrar espontáneamente las palabras esenciales sin interrogatorios repetidos ni preguntas sugestivas. Equipos especializados realizan evaluación forense/entrevista pertinente para evitar revictimización.

Violencia sexual: prioridades de atención

Seguridad

Estabilizar, controlar dolor y valorar riesgo actual.

Escucha

Sin culpa ni interrogatorios reiterados.

Consentimiento

Explicar examen, muestras, registro y profilaxis por separado.

Privacidad

Acompañamiento seguro y límites legales claros.

Examen y evidencia sin conclusiones indebidas

- **Hallazgos:** La mayoría de niños/as con abuso puede tener examen normal. Erosiones, conducta sexualizada o variantes himeneales aisladas no prueban penetración; discordancia o lesión preocupante exige evaluación experta.
- **ITS:** Gonorrea u otra infección puede aumentar sospecha, pero interpretar edad, vía perinatal y contexto; VPH/herpes no demuestran por sí solos abuso en todos los casos. Confirmar pruebas pediátricas apropiadamente.
- **Muestras:** Documentar lesiones de forma objetiva, recoger muestras con consentimiento y preservar cadena de custodia según protocolo. No repetir procedimientos invasivos innecesarios ni supeditar tratamiento vital a recolección de evidencia.
- **Tiempo:** La consulta tardía sigue requiriendo atención, protección y seguimiento. La ventana de una profilaxis no es un plazo para negar atención clínica o apoyo.

Prevención de consecuencias: actuar pronto

- **Embarazo:** Ofrecer anticoncepción de emergencia cuando corresponda, cuanto antes y hasta 120 h según método/protocolo; test basal no excluye embarazo demasiado reciente. Remitir a la sección anticoncepción para elección y seguimiento.
- **VIH:** Evaluar exposición e iniciar PEP idealmente dentro de 24 h y no después de 72 h cuando indicada; 28 días de tratamiento, tres fármacos según protocolo, edad, embarazo y función renal. No esperar resultados si retrasan inicio.
- **Profilaxis ITS no gestante:** Protocolo CDC complementario: ceftriaxona 500 mg IM única -1 g si ≥ 150 kg- más doxiciclina 100 mg VO cada 12 h 7 días y metronidazol 500 mg VO cada 12 h 7 días.

- **Adaptación:** En embarazo, sustituir doxiciclina por una pauta compatible para Chlamydia según protocolo; véase tema ITS. Ajustar por alergias y norma chilena. No trasladar pauta adulta a niña prepúber.
- **Vacunas:** Revisar VHB: vacuna y, eventualmente, inmunoglobulina según exposición/estado inmunitario; revisar VPH y tétanos según indicación. Profilaxis no reemplaza seguimiento de pruebas y vacunación.
- **Control:** Plan escrito de contacto seguro, adherencia/efectos adversos, pruebas de embarazo e ITS según ventanas, apoyo psicológico y salud mental. Incluir continuidad social y protección, no solo recetas.

Chile: deberes legales y protección proporcional

- **Denuncia:** Código Procesal Penal, artículos 175-176: profesionales/establecimientos en los supuestos legales deben denunciar dentro de 24 h de conocer el hecho. Coordinar Fiscalía, Carabineros o PDI según circuito, sin trasladar a la víctima la responsabilidad del trámite.
- **Atención aguda:** La garantía GES de atención integral en agresión sexual aguda contempla el marco de las primeras 72 h. Las necesidades posteriores conservan atención y derivación; no interpretar la garantía como exclusión del resto.
- **Infancia:** Activar protección ante sospecha fundada y coordinar equipo especializado. Evitar envío al hogar si el entorno no es seguro; hospitalizar por necesidad clínica o protección concreta, no por regla automática para todos.
- **Autonomía:** En adultas capaces, integrar decisiones y plan de seguridad, respetando obligaciones legales. No prometer secreto absoluto ni exigir autorización del agresor/pareja para atender.
- **Continuidad:** Evaluar violencia de pareja, coerción reproductiva y acceso seguro a controles. Las opciones ante embarazo se explican conforme a la legislación chilena y sección específica de interrupción legal, sin sustituir consentimiento informado.

CLAVES EUNACOM

Atender y proteger sin exigir denuncia previa ni forzar un examen.

Un examen normal no excluye violencia sexual.

Referencias: [49](#), [50](#), [51](#), [52](#), [53](#). Bibliografía al final.

Cuello uterino, endometrio, ovario y mama

Separar pesquisa, diagnóstico y derivación de una lesión sospechosa.

Enfermedad preinvasora del cuello uterino / lesiones intraepiteliales

Bethesda describe citología; la biopsia define la lesión

Resultado	Significado	Orientación
ASC-US / LSIL	Atipia escamosa indeterminada / lesión de bajo grado.	Triaje y seguimiento según edad, VPH e historia; no conización automática.
ASC-H / HSIL	No excluye lesión de alto grado / lesión de alto grado.	Evaluación colposcópica prioritaria; el riesgo puede justificar escisión en casos seleccionados.
AGC / AIS	Atipia glandular / adenocarcinoma in situ.	Evaluar origen cervical y, según edad/riesgo, endometrial. AGUS es nomenclatura antigua.
NILM	Sin lesión intraepitelial o malignidad en muestra satisfactoria.	No neutraliza lesión visible, síntomas, VPH persistente ni historia de alto riesgo.

Citología: grupos con decisiones distintas

ASC-US /LSIL

Atipia indeterminada o bajo grado: triaje y vigilancia según riesgo.

ASC-H /HSIL

Riesgo de alto grado: evaluación prioritaria.

AGC /AIS

Origen glandular: investigar cuello y endometrio cuando corresponda.

Manejo por riesgo: integrar resultado y antecedentes

- **Marco:** Aplicar circuito chileno; ASCCP es complemento internacional basado en riesgo de CIN 3+. Importan VPH/genotipo, citología, edad, pruebas previas, biopsias y tratamiento; un resultado aislado no determina todo.
- **Umbral ASACP:** Riesgo inmediato CIN 3+≥4% orienta colposcopia. En no embarazadas≥25 años, tratamiento excisional expedito puede considerarse con riesgo≥25% y se prefiere si≥60%, con decisión informada.
- **Sin automatismos:** VPH positivo no equivale a ese riesgo. Ejemplo de alto riesgo: HSIL con VPH 16; discutir fertilidad y efectos de escisión. Nunca usar «PAP positivo+VPH alto riesgo=tratar» como regla general.
- **Bajo grado y edad:** ASC-US se estratifica con VPH; resultados de bajo riesgo pueden ir a vigilancia. En menores 25 años con ASC-US/LSIL, suele preferirse citología al año; resultados de alto grado requieren colposcopia.
- **ASC-US con VPH negativo:** En menores de 25 años, puede corresponder repetir citología en tres años según algoritmo; no aplicar este intervalo a ASC-H/HSIL ni a vigilancia posterior a tratamiento.
- **Muestra insatisfactoria:** Repetir tamizaje adecuado cuanto antes y no después de 4 meses; no es necesario esperar 2 meses. VPH negativo con citología insatisfactoria no valida el cotest; segunda citología insatisfactoria requiere colposcopia.

Colposcopia, canal endocervical y endometrio

- **Exploración:** Ácido acético y/o Lugol ayudan a reconocer áreas anormales; acetoblanco, punteado, mosaico o vasos atípicos orientan biopsias. Apariencia aislada no reemplaza histología.
- **Colposcopia:** Indicada por ASC-H, HSIL, AGC/AIS, genotipos de riesgo según algoritmo, riesgo acumulado o lesión sospechosa. Tomar biopsias dirigidas; discordancia exige revisar calidad, canal e historia.
- **Canal endocervical:** Muestreo recomendado en situaciones de alto riesgo, unión escamocolumnar no visible o sospecha de lesión endocervical; especialmente citología de alto grado y enfermedad glandular. Está contraindicado en embarazo.
- **AGC:** Colposcopia y muestreo endocervical; añadir biopsia endometrial si≥35 años o antes con sangrado anormal, anovulación u otros riesgos. Una colposcopia normal no basta para cerrar el estudio.
- **Células endometriales:** En posmenopausia requieren valoración endometrial; en premenopausia asintomática pueden ser fisiológicas. Valorar sangrado y factores de riesgo, no solo el texto del PAP.

Histología: distinguir regresión, precursor y lesión glandular

Lesión	Conducta habitual	Condición importante
CIN 1/NIE 1	Observación preferida.	No ablacionar por edad > 25 años sin integrar discordancia y riesgo.
CIN 2/NIE 2	Tratamiento u observación seleccionada con controles estrechos.	En jóvenes o deseo reproductivo puede observarse si lesión/unión visibles y canal sin CIN 2+; no perder seguimiento.
CIN 3/NIE 3	Tratamiento excisional, habitualmente LEEP/conización.	No observación rutinaria; embarazo constituye situación especial.
AIS	Escisión diagnóstica para excluir invasión y evaluar márgenes; tratamiento definitivo habitual histerectomía.	Preservación de fertilidad solo en casos seleccionados con márgenes negativos y vigilancia experta.

Histología: preservar sin perder seguridad

CIN 1

Observación preferida.

CIN 2

Tratamiento u observación seleccionada con seguimiento estrecho.

CIN 3

Tratamiento excisional; gestación requiere manejo especial.

AIS

Excluir invasión con escisión y evaluar márgenes; manejo especializado.

Embarazo y vigilancia después del tratamiento

- **Gestación:** PAP, colposcopia y biopsia dirigida cuando indicada pueden realizarse. No curetaje endocervical ni tratamiento expedito; escisión únicamente si se sospecha cáncer invasor.
- **Alto grado gestacional:** Vigilancia colposcópica especializada y reevaluación; no tratar CIN 2/3 durante embarazo de rutina. Colposcopia posparto no antes de 4 semanas.
- **Después de CIN 2+:** Control basado en VPH; guía ASCCP actualizada utiliza pruebas negativas a 6, 18 y 30 meses antes de vigilancia cada 3 años durante al menos 25 años, incluso superando edad habitual de tamizaje.

- **Inflamación:** PAP con cambios inflamatorios no significa lesión precursora. Candida incidental asintomática no se trata; tricomonas sugeridas por PAP requieren confirmar con prueba diagnóstica y tratar infección/parejas.

Cuello uterino durante el embarazo

Puede realizarse

PAP, colposcopia y biopsia dirigida cuando indicada.

Evitar

Curetaje endocervical y tratamiento expedito.

Excepción quirúrgica

Escisión solo ante sospecha de cáncer invasor.

Posparto

Colposcopia no antes de 4 semanas.

CLAVES EUNACOM

ASC-H/HSIL/AGC no se manejan como ASC-US.

Embarazo: biopsia si indicada; no curetaje endocervical ni tratamiento expedito.

Referencias: [51](#), [54](#), [55](#), [56](#), [57](#), [58](#), [59](#). Bibliografía al final.

Cáncer cervicouterino

Sospecha clínica y confirmación

- **Riesgo:** Persistencia de VPH oncogénico, especialmente 16/18, favorecida por inmunosupresión y tabaco. La mayoría de infecciones transitorias no progresa a cáncer; vacunación y tamizaje son complementarios.
- **Clínica:** Sinusorragia/sangrado poscoital, genitorragia intermenstrual o posmenopáusica, flujo acuoso/fétido y lesión cervical irregular, ulcerada o friable. Dolor pélvico, edema de extremidad u obstrucción urinaria sugieren extensión.
- **Acción:** Lesión sospechosa o sangrado persistente requiere examen y derivación a patología cervical con biopsia, aunque PAP/VPV previos sean negativos. No esperar el próximo tamizaje.
- **Confirmación:** Histología: carcinoma escamoso predominante; también adenocarcinoma y variantes menos frecuentes. El PAP identifica anomalías celulares; no confirma por sí solo invasión.

Sangrado o lesión: cambiar de ruta

1

Reconocer

Sinusorragia, sangrado persistente o lesión cervical sospechosa.



2

Evaluar

Examinar y derivar a patología cervical; no esperar nuevo tamizaje.



3

Confirmar

Biopsia para identificar histología e invasión.

Prevención y tamizaje en Chile

- **Vacunación:** PNI: vacuna VPH nonavalente, dosis única en cuarto básico para niñas y niños. Revisar recuperación e inmunocompromiso según lineamiento; no reemplaza pesquisa ni trata infección ya establecida.
- **PAP:** Marco habitual de tamizaje: 25-64 años cada 3 años. No comenzar automáticamente con la primera relación sexual ni indicar PAP anual a toda persona con cuello uterino.
- **VPH primario:** La norma GES vigente establece PCR/genotipificación de VPH 35-45 años cada 5 años, en lugar de PAP como prueba primaria; PAP reflejo para triage según genotipo/indicación.
- **Triage chileno:** La norma incluye detección 16,18 y/o 45 en criterios de sospecha. Otros genotipos oncogénicos necesitan triage y seguimiento; VPH positivo no significa cáncer ni tratamiento inmediato.
- **Situaciones especiales:** Antecedente de lesión tratada, inmunosupresión/VIH, ausencia de cuello o tamizaje previo insuficiente requieren pauta específica. No aplicar intervalos de población general a vigilancia posterior a tratamiento.

Prevención cervical en Chile

Vacuna

PNI: dosis única nonavalente en cuarto básico, niñas y niños.

PAP habitual

25-64 años cada 3 años, salvo pauta especial o prueba primaria VPH indicada.

VPH primario GES

35-45 años:
PCR/genotipificación cada 5 años; triage posterior según resultado.

Situación especial

VIH, lesión tratada o historia insuficiente: pauta específica.

Estadificación cervical FIGO: anatomía y extensión

Estadio	Definición orientadora	Dato que modifica conducta
I: limitado al cuello	IA: invasión microscópica ≤ 5 mm; IA 1 ≤ 3 mm, IA 2 $> 3-5$ mm. IB: mayor invasión, limitado al cuello.	Subgrupos IB según tabla FIGO reproducida en PDQ actual: IB 1 ≤ 2 cm; IB 2 $> 2-4$ cm; IB 3 > 4 cm.
II	Extensión más allá del útero, sin pared pélvica ni tercio vaginal inferior.	IIA sin parametrio; IIB con parametrio.
III	Tercio vaginal inferior, pared pélvica, hidronefrosis/riñón no funcionando o ganglios.	IIIC 1 ganglios pélvicos; IIIC 2 paraaórticos. Registrar confirmación por imagen o anatomía patológica.
IV	IVA: órganos pélvicos adyacentes con invasión mucosa; IVB: metástasis a distancia.	Edema buloso vesical aislado no basta para IVA.

La clasificación incorpora información clínica, imagen e histología. No reutilizar IB 2 como sinónimo histórico de tumor mayor de 4 cm.

Estudiar extensión y decidir en equipo oncológico

- **Evaluación:** Examen ginecológico, histología, resonancia pélvica para extensión local y estudio ganglionar/metastásico según estadio. Cistoscopia/rectoscopia se reservan a sospecha de invasión, no a toda paciente.

- **Temprano seleccionado:** Conización o cirugía conservadora de fertilidad en casos estrictos; histerectomía simple o radical y evaluación ganglionar según tamaño, invasión y riesgo. No toda lesión exige anexectomía bilateral.
- **Localmente avanzado:** Quimiorradioterapia con platino y braquiterapia es un eje terapéutico; inmunoterapia puede añadirse en situaciones seleccionadas. No decidir únicamente con la regla menor/mayor de 4 cm.
- **Recurrente/metastásico:** Tratamiento sistémico dirigido por contexto, biomarcadores, terapias previas y acceso; integrar control de hemorragia, dolor, obstrucción y cuidados paliativos.
- **Urgencia:** Hemorragia importante, anemia sintomática, sepsis u obstrucción renal: estabilizar y coordinar atención urgente. La derivación GES no sustituye reanimación inmediata.

CLAVES EUNACOM

Síntomas o lesión visible exigen diagnóstico, aunque el tamizaje sea normal.

La estadificación cervical actual incorpora ganglios e imagen; no basta el tamaño.

Referencias: [51](#), [54](#), [60](#), [61](#), [62](#). Bibliografía al final.

Patología maligna del endometrio

Hiperplasia, EIN y cáncer son diagnósticos distintos

- **Terminología:** La neoplasia intraepitelial endometrial(EIN)/hiperplasia atípica es una lesión precursora, no sinónimo de carcinoma invasor. Esta sección desarrolla ese límite; el carcinoma se aborda en cáncer de endometrio.
- **Clasificación:** Distinguir hiperplasia sin atipia de EIN/hiperplasia atípica. Los adjetivos antiguos «simple/compleja» no justifican por sí solos histerectomía: la atipia y la evaluación patológica cambian el riesgo.
- **Origen:** Estimulación estrogénica no contrarrestada, obesidad, anovulación y otros factores compartidos con cáncer. Puede manifestarse con sangrado anormal o detectarse al estudiar engrosamiento endometrial.
- **Diagnóstico:** Biopsia endometrial; ecografía no permite distinguir con certeza hiperplasia, cáncer y pólipos. Confirmar adecuación de muestra y concordancia clínica.

No confundir precursor con invasión

Sin atipia

Hiperplasia: riesgo y conducta distintos de EIN.

EIN /atipia

Lesión precursora que exige descartar carcinoma coexistente.

Carcinoma

Invasión confirmada cambia el diagnóstico y el plan oncológico.

Antes del tratamiento conservador: excluir carcinoma

- **Riesgo simultáneo:** EIN/hiperplasia atípica puede coexistir con carcinoma. Revisar patología y obtener evaluación suficiente de la cavidad; histeroscopia con muestreo dirigido mejora la búsqueda de lesión concomitante.
- **Decisión:** Valorar deseo reproductivo, riesgo quirúrgico y posibilidad real de seguimiento. Una estrategia conservadora exige consentimiento informado, control histológico y disponibilidad de cirugía si progresa.
- **Alarma:** Persistencia o aumento del sangrado, progresión histológica, discordancia o muestra insuficiente requieren reevaluación; no prolongar progestágeno indefinidamente sin tejido de control.

Conducta según lesión

Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
Hiperplasia sin atipia	DIU con levonorgestrel suele ser primera opción; alternativa progestágeno oral continuo. Corregir factores modificables.	Tratamiento al menos 6 meses y biopsia de control según protocolo; no guiar respuesta solo por grosor ecográfico.
EIN/hiperplasia atípica	Histerectomía total es tratamiento definitivo habitual.	Evaluar ovarios por edad, estado menopáusico y riesgo; no histerectomía supracervical ni ablación endometrial como sustitutos.
EIN con preservación/contraindicación quirúrgica	Progestágeno, frecuentemente DIU-LNG, tras excluir invasión y bajo equipo experto.	Repetir histología en 3-6 meses; persistencia/progresión obliga a reconsiderar plan y cirugía.

Hiperplasia: tratamiento y control

Sin atipia

Progestágeno, frecuentemente DIU-LNG; respuesta documentada por biopsia.

EIN: tratamiento definitivo

Histerectomía total habitual.

EIN: conservación seleccionada

Excluir invasión; progestágeno y nueva histología en 3-6 meses.

Prevención y seguimiento sostenido

- **Sin atipia:** Histerectomía puede ser apropiada si progresa, no regresa, recidiva, persiste sangrado o no es posible seguimiento; no es la primera respuesta a toda hiperplasia.
- **Conservación uterina:** Explicar que respuesta inicial no excluye recidiva. Si completa deseo reproductivo, discutir tratamiento definitivo en EIN; coordinar reproducción asistida cuando corresponde.
- **Metabolismo:** Control de peso, anovulación y diabetes reduce exposición sostenida. Ninguna modificación de hábitos reemplaza biopsia ni manejo oncológico indicado.
- **Frontera clínica:** Demostrar invasión transforma el diagnóstico y el plan; no usar indistintamente «hiperplasia», «EIN» y «cáncer».

CLAVES EUNACOM

La atipia cambia la conducta; «compleja» no basta para indicar histerectomía.

Tratamiento conservador de EIN exige descartar cáncer coexistente y repetir histología.

Referencias: [63](#), [64](#), [65](#). Bibliografía al final.

Cáncer de endometrio

Sangrado que obliga a investigar

- **Presentación:** Sangrado posmenopáusico o sangrado uterino anormal persistente en premenopausia. El útero puede tener tamaño normal; no esperar masa ni dolor para sospechar cáncer.
- **Riesgo:** Edad, obesidad, anovulación crónica/SOP, nuliparidad, diabetes, hipertensión asociada, menarquia precoz, tamoxifeno y estrógeno sistémico sin oposición. Síndrome de Lynch exige valoración familiar/genética.
- **Biología:** Exceso estrogénico favorece muchos tumores endometrioides, pero no explica todas las histologías agresivas. Anticonceptivos combinados reducen riesgo futuro; no son tratamiento del cáncer diagnosticado.
- **Urgencia:** Sangrado abundante, inestabilidad o anemia sintomática: estabilizar y estudiar. Sangrado posmenopáusico siempre merece evaluación aunque sea escaso o se use terapia hormonal.

Confirmar con tejido y evitar falsa tranquilidad

- **Estudio:** Examen ginecológico para localizar sangrado, ecografía transvaginal y biopsia endometrial según escenario. Pipelle es una opción; histeroscopia dirigida si lesión focal, muestra insuficiente o sospecha persistente.
- **Actualización internacional:** ACOG 2026 propone ecografía más muestreo endometrial inicial en la mayoría con sangrado posmenopáusico. Endometrio ≤ 4 mm reduce riesgo, pero no constituye permiso universal para omitir biopsia.
- **Persistencia:** Sangrado recurrente, riesgo elevado, endometrio heterogéneo o mala visualización requieren evaluación histológica, incluso con endometrio fino. Una biopsia insuficiente no equivale a resultado benigno.
- **Asintomática:** Engrosamiento incidental sin sangrado se evalúa por riesgo y hallazgos; no aplicar automáticamente un único umbral de 11 mm a todas. Terapia hormonal/tamoxifeno modifican interpretación, no eliminan la necesidad de estudiar síntomas.

Sangrado posmenopáusico: imagen y tejido

1

Evaluar

Localizar el sangrado y examinar endometrio por ecografía.



2

Obtener tejido

ACOG 2026 aconseja muestreo inicial en la mayoría, además de imagen.



3

Reconsiderar

Persistencia, heterogeneidad o muestra insuficiente requieren continuar estudio.

Endometrio ≤ 4 mm no excluye universalmente la necesidad de biopsia.

Estadio y pronóstico: más que profundidad miometrial

- **Confirmación:** La histología define tipo y grado; estudiar reparación de ADN/MMR y otras características moleculares cuando disponibles. Ayuda a detectar Lynch y seleccionar tratamiento.
- **FIGO 2023:** La estadificación incorpora extensión, agresividad histológica, invasión linfovascular y clasificación molecular. I predominantemente uterino; II puede reflejar cérvix o rasgos histológicos/LVSI; III extensión regional; IV mucosa visceral, peritoneo extrapélvico o metástasis distante.
- **Molecular:** POLE mutado, MMR deficiente, p53 anormal y perfil sin alteración específica tienen implicancias pronósticas/terapéuticas. No intercambiar estadificación antigua basada solo en anatomía con FIGO 2023.
- **Factores:** Invasión miometrial, tipo/grado, LVSI, ganglios y estadio importan. La profundidad del miometrio no es el único determinante pronóstico.

Tratamiento por riesgo y preferencias

- **Localizado:** Habitualmente histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y evaluación ganglionar seleccionada, frecuentemente ganglio centinela. Preservación ovárica o de fertilidad solo bajo criterios oncológicos estrictos.
- **Adyuvancia:** Riesgo bajo puede no requerir tratamiento adicional; otros necesitan braquiterapia, radioterapia externa y/o quimioterapia. No toda histerectomía se sigue automáticamente de QT/RT.

- **Avanzado/recurrente:** Tratamiento sistémico y control local según biología/extensión; inmunoterapia, quimioterapia o terapia hormonal pueden ser apropiadas. No indicar estrógeno para tratarlo ni extrapolar prohibiciones hormonales absolutas a toda superviviente.
- **Continuidad:** Derivar a ginecología oncológica y asegurar estudio histológico completo; tratar anemia, dolor, comorbilidades y necesidades reproductivas. Sangrado nuevo tras tratamiento requiere reevaluación.

CLAVES EUNACOM

El cáncer endometrial se confirma con histología; una ecografía tranquilizadora no cierra sangrado persistente. FIGO 2023 y el perfil molecular amplían el pronóstico más allá del miometrio.

Referencias: [19](#), [65](#), [66](#), [63](#). Bibliografía al final.

Tumores ováricos

Masa anexial: primero urgencia, luego riesgo

- **Evaluación:** Edad, menopausia, embarazo, síntomas, antecedentes familiares y ecografía. Test de embarazo en edad fértil; una masa anexial dolorosa puede ser ectópico, torsión o absceso, todos con conductas diferentes.
- **Ecografía:** Transvaginal cuando apropiada, complementada por abdominal para lesiones grandes. Describir tamaño, pared, tabiques, papilas, componentes sólidos, vascularización, ascitis y bilateralidad; resonancia si caracterización indeterminada.
- **Sospecha:** Partes sólidas irregulares, papilas, vascularización marcada, ascitis o implantes elevan riesgo. La ascitis también existe en causas benignas: no equivale automáticamente a metástasis.
- **Marcadores:** CA 125 apoya estratificación, no confirma ni descarta cáncer; puede elevarse en endometriosis, embarazo e inflamación. No usar 35 o 200 U/mL como umbrales quirúrgicos aislados. En jóvenes con masa sospechosa, considerar AFP, β hCG y LDH según fenotipo.

O-RADS US 2022: categorías y probabilidad

Categoría	Riesgo de malignidad	Conducta general
0	Evaluación incompleta.	Completar técnica/imagen.
1	Ovario normal o hallazgo fisiológico.	Sin manejo de masa patológica.
2	Casi seguramente benigno: < 1%.	Seguimiento depende de lesión, tamaño y menopausia; no alta universal.
3	Bajo riesgo: $\geq 1\%$ a < 10%.	Valoración ginecológica; ecografía en ≤ 6 meses o caracterización experta/RM según lesión.
4	Riesgo intermedio: $\geq 10\%$ a < 50%.	Caracterización y consulta gineco-oncológica según contexto.
5	Alto riesgo: $\geq 50\%$.	Derivar a ginecología oncológica para plan diagnóstico/terapéutico.

Estas recomendaciones se aplican a pacientes de riesgo promedio sin síntomas agudos; sospecha de torsión, rotura o infección prevalece sobre un calendario O-RADS.

O-RADS US: riesgo de malignidad

0 / 1

Incompleto / ovario normal o fisiológico.

2

< 1%: casi seguramente benigno.

3

≥ 1% a < 10%: bajo riesgo.

4

≥ 10% a < 50%: intermedio.

5

≥ 50%: alto riesgo.

La clínica aguda puede exigir intervención fuera del seguimiento de O-RADS.

Lesiones habituales y matices

Lesión	Pista clínica/ecográfica	Conducta
Folículo/cuerpo lúteo	Quiste fisiológico simple o estructura lútea compleja; cuerpo lúteo puede existir sin embarazo.	Observación según contexto. ACO no acelera resolución de quiste funcional ya existente.
Teratoma maduro	Grasa, componentes ecogénicos, sombra; puede contener pelo/dientes, frecuente en jóvenes.	Valorar tamaño, síntomas, crecimiento y torsión; cirugía seleccionada con preservación ovárica, no obligación idéntica para toda lesión pequeña.
Endometrioma	Contenido homogéneo tipo vidrio esmerilado; dolor cíclico, infertilidad, CA 125 elevado posible.	Tratamiento individualizado por dolor, riesgo y fertilidad. Cirugía no universal ni automática antes de reproducción asistida.
Fibroma/Meigs	Masa estromal sólida; Meigs: fibroma +ascitis +derrame pleural.	Evaluación quirúrgica y confirmación; los líquidos pueden resolverse al extirpar lesión benigna.
Hidrosálpinx/paraovárico/absceso	Trompa dilatada, secuela de PIP; quiste extraovárico; colección infecciosa, respectivamente.	Diferenciar origen y tratamiento; absceso requiere enfoque infeccioso y control del foco.

Observación, cirugía y preservación de función

- **Quiste simple:** El seguimiento depende de tamaño, calidad de imagen, menopausia y síntomas. RCOG 2025: posmenopausia, quiste unilateral unilocular simple ≤ 3 cm no requiere seguimiento rutinario; confirmar ausencia de signos sospechosos.
- **Cirugía:** Indicaciones incluyen urgencia, riesgo oncológico, síntomas relevantes, crecimiento o incertidumbre persistente. No usar reglas universales de 5/10 cm ni prueba de ACO durante 3 meses como sustituto de estratificación.
- **Técnica:** Si probable benignidad, considerar quistectomía preservadora en edad reproductiva. Posmenopausia y sospecha de cáncer modifican extensión y equipo; evitar rotura/derrame y cirugía incompleta no planificada.
- **Biopsia:** Anatomía patológica confirma; estudio intraoperatorio puede orientar pero tiene limitaciones. Sospecha de cáncer debe derivarse antes de cirugía; no indicar laparoscopia con biopsia como solución universal de O-RADS 5.

Torsión anexial: diagnóstico clínico y cirugía oportuna

- **Sospechar:** Dolor súbito intenso, habitualmente unilateral, con náuseas/vómitos; puede ser intermitente y irradiarse. Masa ovárica aumenta riesgo, pero ocurre sin masa y sin alcanzar 10 cm.
- **Imagen:** Ovario aumentado, edema, folículos periféricos o pedículo retorcido apoyan. Flujo Doppler conservado no excluye torsión por irrigación dual o torsión intermitente.
- **Conducta:** Valoración ginecológica urgente y exploración quirúrgica cuando la sospecha es alta; no esperar abolición de flujo. Detorsión y preservación anexial cuando posible, incluso si apariencia oscura; individualizar quistectomía.

Torsión: no esperar ausencia de flujo

1

Sospecha

Dolor intenso unilateral, náuseas/vómitos; puede ser intermitente.



2

Imagen de apoyo

Ovario aumentado o pedículo retorcido; Doppler conservado no excluye.



3

Acción urgente

Evaluación quirúrgica y detorsión/preservación cuando posible.

Cáncer ovárico: extensión y tratamiento contemporáneo

- **Riesgo/clínica:** Edad, BRCA1/2, Lynch, antecedentes familiares y nuliparidad; anticonceptivos combinados reducen riesgo. Distensión persistente, saciedad precoz, dolor, masa o ascitis ameritan estudio. No hay tamizaje poblacional eficaz con CA 125/ecografía.
- **Histología:** Predominan carcinomas epiteliales, especialmente seroso de alto grado, frecuentemente de origen tubárico. También tumores germinales, estromales y borderline; el tratamiento difiere.
- **FIGO:** I: ovarios/trompas; II: extensión pélvica; III: peritoneo extrapélvico y/o ganglios retroperitoneales; IV: metástasis distante, incluido derrame pleural con citología positiva. Ascitis sola no define estadio IV.
- **Tratamiento:** Equipo oncológico selecciona cirugía primaria o neoadyuvancia con platino/taxano y cirugía de intervalo. Objetivo quirúrgico: ausencia de tumor macroscópico residual cuando factible, no conformarse automáticamente con residuo < 1 cm.
- **Avanzado:** Carcinomatosis peritoneal no significa tratamiento exclusivamente paliativo. BRCA/HRD, histología, respuesta y acceso orientan mantenimiento/terapias dirigidas; sumar apoyo nutricional, sintomático y genético.

Cáncer ovárico: extensión FIGO

I

Ovarios o trompas.

II

Extensión pélvica.

III

Peritoneo extrapélvico o ganglios retroperitoneales.

IV

Metástasis distante; derrame pleural solo si citología positiva.

Carcinomatosis peritoneal no significa tratamiento exclusivamente paliativo.

CLAVES EUNACOM

Doppler normal no descarta torsión: la sospecha clínica manda.

O-RADS estima riesgo; CA 125 aislado y tamaño no deciden toda cirugía.

Referencias: [67](#), [68](#), [69](#), [70](#), [71](#), [24](#), [72](#). Bibliografía al final.

Patología benigna de mama

BI-RADS completo: una categoría implica una conducta

Categoría	Significado	Manejo
0	Estudio incompleto.	Completar imágenes/comparar previas.
1 / 2	Negativo /hallazgo benigno.	Tamizaje habitual si concordancia clínica.
3	Probablemente benigno; riesgo $\leq 2\%$.	Control corto, habitualmente 6 meses; no dejar sin seguimiento.
4	Sospechoso; riesgo $> 2\%$ y $< 95\%$.	Biopsia. 4 A: $> 2-10\%$; 4 B: $> 10-50\%$; 4 C: $> 50- < 95\%$.
5	Altamente sugestivo; riesgo $\geq 95\%$.	Confirmación histológica y planificación oncológica.
6	Malignidad ya confirmada por biopsia.	Manejo oncológico; no es un nuevo grado de sospecha.

BI-RADS: ordenar la siguiente decisión

0

Completar estudio.

1 /2

Tamizaje habitual si clínica concordante.

3

Control corto, habitualmente 6 meses.

4 /5

Biopsia para diagnóstico.

6

Malignidad confirmada: manejo oncológico.

Quistes mamarios

- **Simple:** Anecoico, pared fina, refuerzo posterior y sin componente sólido: BI-RADS 2 cuando es típico. Puede ser palpable/doloroso; observación si asintomático.
- **Complicado:** Contenido/debris sin verdadera porción sólida. No todos son BI-RADS 3: puede calificarse benigno si cumple criterios; el radiólogo integra morfología y contexto.
- **Complejo quístico-sólido:** Pared/tabiques gruesos o componentes sólidos, especialmente vascularizados: sospecha que suele necesitar biopsia, no simple aspiración tranquilizadora.
- **Síntomas:** Aspiración puede aliviar quiste grande/doloroso. Líquido sanguinolento, masa residual, recurrencia discordante o hallazgo sospechoso requieren estudio adicional y posible histología.

Quiste mamario: mirar componentes

Simple

Anecoico, pared fina, sin sólido: benigno si típico.

Complicado

Debris sin verdadero sólido; categoría depende del conjunto.

Complejo quístico-sólido

Pared/tabiques gruesos o sólido: requiere descartar malignidad.

Fibroadenoma y lesiones fibroepiteliales

- **Patrón:** Masa bien delimitada, móvil, gomosa, frecuente en jóvenes; puede ser múltiple. Ecografía caracteriza; crecimiento rápido obliga a reconsiderar, incluido tumor filodes.
- **Sin biopsia inicial:** Lesión típicamente probablemente benigna puede vigilarse según BI-RADS; no asignar seguimiento 3-6 meses idéntico a cualquier nódulo.
- **Con histología concordante:** Guía ASBrS/SBI 2025: fibroadenoma confirmado por biopsia, concordante y sin atipia, no necesita seguimiento por imagen especial; vuelve a tamizaje correspondiente por edad/riesgo.
- **Escisión:** Considerar síntomas, crecimiento relevante, tamaño/deformidad, preferencia o preocupación por filodes/discordancia. No esperar 10 cm para resolver una lesión problemática ni operar todos los fibroadenomas.
- **Filodes:** Lesión fibroepitelial sospechosa requiere diagnóstico y plan quirúrgico adecuados; no confundir con fibroadenoma estable solo por ser móvil.

Mastalgia, nodularidad y señales de cambio

- **Cambios fibroquísticos:** Nodularidad bilateral difusa y mastalgia cíclica son frecuentes; el dolor suele aumentar premenstrualmente. La etiqueta no debe ocultar una nueva lesión dominante.
- **Alivio:** Explicación, soporte mamario cómodo y analgesia/AINE si apropiado. Dolor focal persistente, nódulo o examen anormal requieren imagen diagnóstica según edad.
- **Secreción:** Bilateral, multidual y provocada puede ser fisiológica; espontánea unilateral, unidual o sanguinolenta requiere evaluación. Galactorrea orienta también a embarazo, fármacos o hiperprolactinemia.
- **Infección:** Eritema, dolor, fiebre o colección: valorar mastitis/absceso, ecografía y drenaje según caso. Falta de respuesta o patrón atípico obligan a reevaluar, cáncer incluido.

CLAVES EUNACOM

BI-RADS 4/5 requieren diagnóstico tisular; BI-RADS 0 requiere completar estudio.

Un quiste complicado no equivale automáticamente a BI-RADS 3.

Referencias: [73](#), [74](#), [75](#), [76](#), [77](#). Bibliografía al final.

Cáncer de mama

Sospecha que requiere diagnóstico, no tamizaje

- **Clínica:** Nódulo duro, irregular o fijo, retracción cutánea/pezón, adenopatía axilar, ulceración o secreción espontánea unilateral sanguinolenta. Un cáncer también puede ser móvil o indoloro; no descartar por edad joven.
- **Inflamatorio:** Eritema, edema y piel de naranja de evolución rápida, sin respuesta esperada a manejo de infección: evaluación urgente por posible cáncer inflamatorio. Eccema unilateral persistente del pezón requiere descartar enfermedad de Paget.
- **Riesgo:** Edad, antecedente personal, familiar/genético -BRCA1/2 y otros-, irradiación torácica previa y exposición hormonal; considerar consejería genética ante patrón familiar sugestivo.

- **Evaluación triple:** Examen, imagen diagnóstica e histología concordantes. Mamografía/ecografía según edad y contexto; biopsia con aguja gruesa de lesión sospechosa. Imagen benigna no cierra un examen clínico discordante.

Sospecha mamaria: buscar concordancia

1

Examen

Nódulo, cambios cutáneos, pezón o adenopatías.



2

Imagen diagnóstica

Mamografía y/o ecografía según edad y contexto.



3

Histología

Biopsia de lesión sospechosa; no cerrar una discordancia.

Tamizaje: distinguir garantía y recomendación

- **Chile, EMP:** La garantía preventiva contempla mamografía cada 3 años entre 50-59 años. No confundir esta prestación con el intervalo clínico individual ni usarla para retrasar estudio de síntomas.
- **Guía nacional:** La guía MINSAL 2015 recomienda mamografía bienal 50-74 años en riesgo habitual. Edad de inicio/continuación, riesgo y preferencias se evalúan con la red; no presentar «mamografía anual para todas» como única norma chilena.
- **Alto riesgo:** Puede requerir estudio genético, resonancia y comienzo más temprano según riesgo. Ecografía aislada no reemplaza mamografía de tamizaje; autoobservación no sustituye los métodos con beneficio demostrado.
- **Anormalidad:** Derivar por ruta GES/oncología cuando sospecha; no esperar la siguiente ronda. BI-RADS es una evaluación de imagen, no el estadio del cáncer.

Biología, extensión y tratamiento local

- **Patología:** Distinguir carcinoma in situ de invasor, grado, receptores de estrógeno/progesterona y HER2. La extensión anatómica y biología orientan pronóstico y tratamiento; Ki 67 se interpreta en contexto.
- **Estudio:** TNM clínico/patológico y ganglios según escenario. Estudio sistémico se indica por estadio/síntomas; no PET/TC ni marcadores tumorales de rutina en toda lesión localizada.

- **Cirugía:** Conservadora más radioterapia es opción oncológica válida en pacientes seleccionadas; mastectomía según extensión, contraindicaciones y preferencias. Ganglio centinela/evaluación axilar dependen de contexto, no vaciamiento universal.
- **Antes de operar:** En tumores seleccionados, terapia neoadyuvante permite valorar respuesta y facilitar cirugía; particularmente relevante en subtipos HER2 positivo y triplenegativo según estadio.

Tratamiento sistémico y continuidad

- **Receptores positivos:** Terapia endocrina es central; tamoxifeno, inhibidor de aromatasa y/o supresión ovárica según menopausia y riesgo. No elegir un fármaco sin considerar función ovárica y contraindicaciones.
- **HER2 positivo:** Terapias anti-HER2 combinadas según estadio y tratamientos previos; vigilar toxicidad cardíaca. Triplenegativo puede requerir quimioterapia y, según contexto, inmunoterapia.
- **Metastásico:** Tratamiento individualizado por biología, síntomas y respuesta; cuidados paliativos se integran tempranamente. No extrapolar un esquema fijo de QT a todas las pacientes.
- **Seguimiento:** Manejar linfedema, dolor, salud ósea, sexualidad y fertilidad; consultar por síntomas nuevos persistentes. La vigilancia no consiste en marcadores séricos periódicos para toda superviviente.

CLAVES EUNACOM

Un nódulo sospechoso requiere concordancia clínica, imagen e histología.

La garantía EMP no define el estudio de una paciente con síntomas.

Referencias: [75](#), [78](#), [79](#), [73](#). Bibliografía al final.

Control prenatal y desarrollo fetal

Fechar la gestación, prevenir complicaciones y seguir crecimiento y bienestar.

Control de Embarazo Fisiológico

Primer control y evaluación continua

- **Ingreso:** Iniciar precozmente, idealmente antes de 10-12 semanas. Registrar antecedentes obstétricos, médicos, fármacos, consumo de sustancias, salud mental, violencia, apoyos y necesidades sociales; clasificar riesgo y acordar seguimiento.
- **En cada visita:** Síntomas, presión arterial con técnica correcta, peso/trayectoria nutricional y evaluación obstétrica apropiada a la edad gestacional: altura uterina, frecuencia cardíaca y movimientos fetales.
- **Periodicidad:** Referencia clínica tradicional: cada cuatro semanas hasta 28, cada dos entre 29-36 y semanal desde 37; adaptar a la programación de la red, hallazgos y riesgo, sin esperar la próxima cita ante alarmas.
- **Laboratorio inicial:** Hemograma, grupo ABO/Rh y pesquisa de anticuerpos eritrocitarios, glicemia de ayuno, orina/urocultivo, VIH, sífilis y HBsAg para hepatitis B. Tratar bacteriuria asintomática confirmada según cultivo. Citología cervical si corresponde por tamizaje pendiente.
- **Chagas y otras infecciones:** DIPRECE amplía la pesquisa de Chagas a todas las gestantes en Chile. No solicitar serologías CMV/toxoplasma indiscriminadamente como panel rutinario; estudiar exposición, síntomas o hallazgos fetales dirigidos.

Hitos del control prenatal chileno

Momento	Evaluación principal	Propósito
11-14 semanas	Ecografía: datación, número, corionicidad y tamizaje de aneuploidía; Doppler uterino según programa.	La translucencia nuchal se interpreta según tamaño fetal y riesgo combinado: no diagnostica cromosomopatía.
20-24 semanas	Ecografía morfológica; valoración placentaria, Doppler uterino y cervicometría según indicación/disponibilidad.	Detectar anomalías y riesgo placentario/prematuridad; cuello ≤ 25 mm requiere ruta específica.
24-28 semanas	PTGO de 75 g; sífilis a las 28 semanas; reevaluar anticuerpos antes de anti-D en Rh negativo.	Pesquisa metabólica y prevención de aloinmunización.
32-38 semanas	Reevaluar hemograma y crecimiento fetal; sífilis a las 32-34 semanas; repetir VIH según norma y riesgo.	Detectar anemia, transmisión vertical y alteraciones del crecimiento.
35-37 semanas	Cultivo vaginal-rectal para estreptococo B, marco MINSAL 2015.	Planificar profilaxis intraparto; no reemplaza tratamiento de una infección actual.

Hitos que orientan el control prenatal

- 1 **11-14 semanas**
Datación, número, corionicidad y tamizaje de aneuploidía; Doppler uterino según programa.
- ↓
- 2 **20-24 semanas**
Anatomía fetal, placenta y evaluación cervical según indicación.
- ↓
- 3 **24-28 semanas**
PTGO de 75 g, sífilis a 28 semanas y evaluación de anticuerpos antes de anti-D en Rh negativo.
- ↓
- 4 **Tercer trimestre**
Hemograma, crecimiento y pesquisa de transmisión vertical; cultivo vaginal-rectal 35-37 semanas en MINSAL 2015.

Adaptar controles a riesgo y programa de la red; consultar alarmas sin esperar la siguiente visita.

Nutrición y ganancia ponderal

- **Clasificación:** Usar IMC pregestacional y curva gestacional chilena. El intervalo 20-24,9 corresponde al inicio de la curva utilizada por MINSAL, no a un IMC normal fijo durante todo el embarazo.
- **Ganancia, feto único:** Referencia MINSAL 2015: bajo peso 12-18 kg; normopeso 10-13; sobrepeso 7-10; obesidad 6-7. Individualizar trayectoria y crecimiento fetal; no mezclar categorías con metas IOM sin identificar el marco.
- **Energía:** En gestación única y peso previo normal, no se requiere aumento automático en primer trimestre; la guía chilena orienta +350 kcal/día en segundo y +450 en tercero. Ajustar según actividad, IMC y multiplicidad.
- **Macronutrientes:** Referencia DRI: al menos 175 g/día de carbohidratos y aproximadamente 1,1 g/kg/día de proteínas, usando peso pregestacional; evitar dietas cetogénicas, ayunos o restricciones intensas.
- **Alimentos:** Dieta variada; carnes/huevos/pescados bien cocidos, lácteos pasteurizados y frutas/verduras lavadas. Preferir pescados bajos en mercurio, como salmón/sardina; evitar grandes predadores. El atún claro en conserva no equivale al atún patudo de alto mercurio.

Suplementos con indicación

- **Folato habitual:** 0,4 mg VO/día desde antes de concebir y durante primer trimestre; MINSAL admite 0,4-0,8 mg. Alto riesgo, como embarazo previo con defecto del tubo neural: 4 mg/día según protocolo chileno.
- **Folato y diabetes:** NICE utiliza 5 mg/día en DM1/DM2 antes de concebir y hasta 12 semanas; identificar el protocolo utilizado. La diabetes gestacional tardía o la gestación múltiple no justifican por sí solas aplicar indiscriminadamente esa pauta.
- **Hierro:** MINSAL orienta 30-60 mg de hierro elemental/día desde 16 semanas; 40 mg está dentro del rango. Leer hierro elemental del producto: 200 mg de una sal no siempre aportan la misma cantidad.
- **Calcio:** Aporte total habitual 1.000 mg/día en adultas, 1.300 mg/día en adolescentes, entre alimentación y suplementos. La pauta preventiva de preeclampsia en baja ingesta es una indicación distinta.
- **Déficits específicos:** Evaluar B12 en veganismo y hierro, calcio/vitamina D u otros déficits tras cirugía bariátrica o malabsorción. Evitar megadosis, retinol en altas dosis y productos herbales sin seguridad conocida.

Rh negativo: prevenir y reconocer sensibilización

- **Pesquisa:** Grupo/Rh y Coombs indirecto identifican riesgo; si hay anticuerpos, determinar especificidad y si anti-D es pasivo por profilaxis reciente o aloinmunización. Rh negativo no equivale a enfermedad fetal.
- **Profilaxis prenatal:** En Rh-D negativo no sensibilizada y feto potencialmente Rh positivo: anti-D 300 µg, habitualmente IM, alrededor de 28 semanas; extraer la pesquisa de anticuerpos antes de administrarla.
- **Posparto:** Si recién nacido Rh-D positivo o estado incierto, 300 µg dentro de 72 horas; cuantificar hemorragia fetomaterna cuando corresponde y añadir dosis si excede la cobertura de 15 mL de eritrocitos fetales.
- **Eventos sensibilizantes:** Sangrado, procedimientos invasivos, versión externa o traumatismo abdominal requieren valorar anti-D y hemorragia fetomaterna. Las pérdidas muy precoces tienen recomendaciones específicas según guía y edad gestacional.
- **Sensibilizada:** Anti-D profiláctica no trata anticuerpos inmunes. Derivar a medicina fetal para títulos/especificidad y Doppler de velocidad sistólica de arteria cerebral media; >1,5 MoM orienta anemia significativa, no una indicación automática de parto.

Rh negativo: dos rutas diferentes

No sensibilizada

Anti-D 300 µg alrededor de 28 semanas, si feto potencialmente Rh positivo.

Posparto Rh positivo

Anti-D 300 µg dentro de 72 horas; ajustar dosis por hemorragia fetomaterna extensa.

Anticuerpos inmunes

La profilaxis no revierte aloinmunización: identificar anticuerpo y derivar a medicina fetal.

Anemia fetal

Velocidad sistólica cerebral > 1,5 MoM orienta anemia significativa; interpretar con especialista.

Confirmar si el anti-D detectado es pasivo por una dosis reciente. No administrar profilaxis como tratamiento de sensibilización.

Consejería y consulta urgente

- **Hábitos:** Evitar alcohol, tabaco y otras drogas; revisar fármacos sin suspender tratamientos esenciales abruptamente. Actividad física adaptada si no hay contraindicación obstétrica; higiene bucodental, sueño y prevención de infecciones alimentarias.
- **Vacunas:** dTpa en cada embarazo desde 28 semanas; influenza y otras según PNI/campaña y condición individual; vacunas vivas como triple vírica o varicela se programan fuera del embarazo.
- **Alarmas:** Sangrado, pérdida de líquido, fiebre, dolor intenso, cefalea persistente, síntomas visuales, disnea, convulsión o disminución de movimientos fetales requieren evaluación sin esperar control.
- **Preparación:** Educación sobre parto, lactancia, red de urgencias, acompañamiento y anticoncepción posparto. La pesquisa de salud mental y violencia exige una ruta de apoyo, no solo registrar el dato.

CLAVES EUNACOM

Tamizaje positivo exige confirmación o evaluación; no equivale por sí solo a diagnóstico fetal.
Anti-D previene aloinmunización en la mujer no sensibilizada; no la revierte.

Referencias: [1](#), [80](#), [81](#), [82](#), [83](#), [84](#), [85](#), [86](#), [87](#). Bibliografía al final.

Embarazo con edad gestacional dudosa

La mejor estimación obstétrica

- **Edad gestacional:** Se cuenta desde el primer día de la última menstruación, aproximadamente dos semanas antes de la fecundación en ciclos de 28 días. FUR debe ser conocida y compatible con ciclos regulares.
- **FUR poco fiable:** Amenorrea por lactancia, ciclos irregulares, anticoncepción reciente o sangrado confundido con menstruación reducen su precisión; priorizar ecografía temprana técnicamente adecuada.
- **Fecha probable de parto:** Regla de Naegele: FUR +7 días –3 meses +1 año, equivalente aproximadamente a 280 días en ciclo de 28 días. Reproducción asistida se fecha por transferencia y edad del embrión.
- **Ecografía:** Longitud cráneo-rabadilla hasta 13+6 semanas es la medida preferida; después, biometría combinada cefálica, abdominal y femoral. La precisión disminuye al avanzar la gestación.

Discrepancia que permite redatar: marco ACOG

Edad por ecografía	Diferencia con FUR	Conducta
Hasta 8+6 semanas	>5 días	Usar ecografía si es técnicamente adecuada.
9-15+6 semanas	>7 días	Confirmar calidad de medición y fiabilidad de FUR.
16-21+6 semanas	>10 días	Usar mejor estimación documentada.
22-27+6 semanas	>14 días	Reconocer menor precisión.
Desde 28 semanas	>21 días	Extrema cautela: un feto pequeño puede tener RCF, no menor edad.

Evitar una redatación que oculte enfermedad

- **Prioridad:** Una vez fijada una fecha con ecografía temprana fiable, no recalcularla por cada examen posterior. La discordancia tardía obliga a evaluar crecimiento, técnica y patología.
- **Medidas clínicas:** Altura uterina y percepción de movimientos ayudan a vigilancia, pero no establecen una edad exacta. No usar fórmulas simplificadas como altura uterina +4 o LCN en centímetros +6,5.
- **Registro:** Anotar método, fecha probable y grado de incertidumbre; comparar informes previos antes de decidir corticoides, vigilancia o nacimiento.

Datación y crecimiento responden preguntas distintas

Fecha temprana fiable

Conservar mejor estimación obstétrica y documentar método.

Discordancia tardía

Revisar técnica, crecimiento y enfermedad; no redatar automáticamente.

Medidas clínicas

Altura uterina y movimientos orientan vigilancia, no una edad exacta.

Embarazo subóptimamente datado

- **Definición ACOG:** Sin ecografía que confirme o revise la fecha antes de 22 semanas. Gestionar con la mejor estimación clínica/ecográfica disponible, explicando su incertidumbre.
- **Seguimiento:** Ecografía inicial y reevaluación de crecimiento en aproximadamente 3-4 semanas si está indicada; buscar RCF y no interpretar toda discordancia como error de fecha.
- **Decisiones:** No indicar un nacimiento electivo basándose en una edad insegura. Una indicación materna o fetal urgente se atiende aunque la datación sea imperfecta; planificar vigilancia y término con obstetricia.

CLAVES EUNACOM

La ecografía temprana fecha; la ecografía tardía evalúa principalmente crecimiento.

Un feto pequeño al final del embarazo no debe volverse "más joven" automáticamente.

Referencias: [1](#), [88](#). Bibliografía al final.

Embarazo múltiple

Corionicidad y riesgos

- **Ecografía temprana:** Determinar número, corionicidad y amnionicidad antes de 14 semanas. Signo lambda orienta bicorioridad; signo T, monocorioridad. Documentar placenta, membrana y rotulado consistente de cada feto.
- **Cigosidad:** Los dicigóticos suelen ser bicoriales-biamnióticos; los monogigóticos pueden ser bicoriales o monocoriales, excepcionalmente unidos. Compartir sexo no define corionicidad ni compartir placenta demuestra siempre la cigosidad.
- **Riesgos maternos:** Más anemia, hiperémesis, hipertensión/preeclampsia, parto prematuro y hemorragia por atonía; vigilar sobrecarga circulatoria y complicaciones hepáticas cuando hay síntomas.

- **Riesgos fetales:** Prematuridad, malformaciones, RCF selectiva, discordancia ponderal y muerte de un gemelo. En monocoriales se añaden complicaciones de comunicaciones vasculares; en monoamnióticos, entrelazamiento de cordones.

La placenta compartida cambia el riesgo

Bicorial

Signo lambda: orienta dos coriones; vigilar crecimiento y complicaciones generales.

Monocorial-biamniótico

Signo T: placenta compartida; riesgo de comunicaciones vasculares.

Monoamniótico

Además del riesgo monocorial, entrelazamiento de cordones.

Determinar corionicidad/amnionicidad precozmente; cigosidad y corionicidad no son equivalentes.

Seguimiento especializado

- **Bicorial-biamniótico:** Ecografía de anatomía y crecimiento seriado, habitualmente cada cuatro semanas desde aproximadamente 24 semanas, además de controles prenatales. Intensificar si aparece alteración.
- **Monocorial-biamniótico:** Ecografía cada dos semanas desde 16: líquido de ambos sacos, vejigas, crecimiento y Doppler según hallazgos; vigilar transfusión feto-fetal y anemia-policitemia.
- **Crecimiento discordante:** Calcular (peso estimado mayor – menor)/mayor $\times 100$. Discordancia $\geq 25\%$ junto a un feto $< p10$ requiere evaluación de RCF selectiva; la discordancia aislada no describe toda la enfermedad.
- **Prevención:** Valorar aspirina según riesgo de preeclampsia y protocolo; no indicar corticoides fetales repetidos por calendario solo por ser gemelar. Prevención de prematuridad depende de antecedentes y cuello.

Complicaciones de placenta compartida

- **Transfusión feto-fetal:** En monocoriales-biamnióticos: donante con oligohidramnios y receptor con polihidramnios. Criterios ecográficos europeos: bolsillo donante ≤ 2 cm y receptor ≥ 8 cm antes de 20 semanas o ≥ 10 cm desde 20.
- **Quintero:** I: secuencia oligo/polihidramnios con vejiga donante visible; II: no visible; III: Doppler críticamente anormal; IV: hidropesía; V: muerte de uno o ambos.
- **Doppler y tratamiento:** Quintero III incluye diástole umbilical ausente/reversa, onda a ductal reversa o vena umbilical pulsátil. SMFM: láser estándar en II-IV entre 16-26 semanas; estadio I asintomático exige al menos vigilancia semanal y selección individual.

- **Criterios TAPS, SMFM:** Velocidad sistólica cerebral $>1,5$ MoM en donante y $<1,0$ MoM en receptor, o diferencia intergemelar $>0,5$ MoM. Confirmar con medicina fetal; tratamiento individual según etapa y complicaciones.
- **Anemia-policitemia:** TAPS puede ocurrir sin discordancia importante de líquido: Doppler sistólico cerebral elevado en donante anémico y reducido en receptor policitémico. No equivale a una transfusión feto-fetal simplemente leve.
- **TRAP:** Gemelo acárdico perfundido por circulación invertida desde gemelo bomba, con riesgo de insuficiencia de alto gasto. Seguimiento y posible oclusión vascular por láser/radiofrecuencia se individualizan.
- **Monoamnióticos:** El entrelazamiento puede comprometer circulación. Manejo terciario, vigilancia intensiva y plan de nacimiento; la fecha de hospitalización depende del centro y riesgo, no una regla universal de 26 semanas.

Tres complicaciones vasculares monocoriales

Transfusión feto-fetal

Donante con oligohidramnios y receptor con polihidramnios; estadificar y derivar.

Anemia-policitemia

Puede no existir discordancia importante de líquido; Doppler cerebral orienta anemia/policitemia.

TRAP

Gemelo bomba perfunde al acárdico; riesgo de falla de alto gasto.

Nacimiento en gemelar no complicado: referencia NICE

Corionicidad	Momento orientador	Vía
Bicorial-biamniótico	Ofrecer desde 37 semanas.	Considerar parto vaginal si primero cefálico, ≥ 32 semanas, sin contraindicación ni discordancia significativa.
Monocorial-biamniótico	Ofrecer desde 36 semanas.	La monocorialidad sola no obliga a cesárea.
Monocorial-monoamniótico	32-33+6 semanas, con preparación neonatal.	Cesárea planificada.

Plan gemelar no complicado: referencia NICE

Bicorial-biamniótico

Ofrecer nacimiento desde 37 semanas.

Monocorial-biamniótico

Ofrecer nacimiento desde 36 semanas.

Monoamniótico

Cesárea planificada 32-33+6 semanas, con preparación neonatal.

Solo gestaciones no complicadas. La corionicidad y el estado materno-fetal modifican momento y vía.

Cuando cambia el riesgo

- **Primer gemelo no cefálico:** Suele indicar cesárea; la presentación no cefálica del segundo no la impone por sí sola si existe equipo experto y condiciones apropiadas.
- **Complicaciones:** RCF, Doppler anormal, transfusión, preeclampsia o alteración del bienestar cambian vigilancia y fecha. El nacimiento se decide por riesgo; no extrapolar el calendario de gemelos no complicados.
- **Muerte de un gemelo:** Evaluación urgente de corionicidad, superviviente y madre. En monocoriales puede existir lesión por cambios hemodinámicos en el momento del óbito; el parto inmediato no garantiza prevenirla.
- **Conducta posterior:** Medicina fetal define Doppler, evaluación cerebral y oportunidad de nacimiento; balancear riesgo fetal y prematuridad, sin usar 26 semanas como frontera automática entre observar y resolver.

CLAVES EUNACOM

Corionicidad determina vigilancia y complicaciones más que cigosidad.

TAPS puede presentarse sin la secuencia oligo/polihidramnios de la transfusión feto-fetal.

Referencias: [1](#), [89](#), [90](#), [91](#). Bibliografía al final.

Macrosomía fetal

Grande para edad gestacional no equivale a macrosomía

- **Definiciones:** Grande para edad gestacional: peso >p90 para edad y referencia. Macrosomía: peso absoluto elevado, usualmente ≥ 4.000 o ≥ 4.500 g según definición; especificar corte utilizado.
- **Factores:** Diabetes, obesidad, ganancia ponderal excesiva, embarazo prolongado, antecedente de macrosomía y constitución familiar. No asumir diabetes en todo feto grande.
- **Sospecha:** Altura uterina aumentada y ecografía orientan; confirmar datación, líquido y biometría. La estimación ecográfica tiene error relevante, especialmente en pesos extremos.

Complicaciones que cambian la planificación

- **Maternas:** Mayor riesgo de trabajo de parto prolongado, cesárea, lesiones perineales y hemorragia posparto. El riesgo depende también de antecedentes y progreso del parto.
- **Fetales:** Distocia de hombros, lesión de plexo braquial y fracturas; si existe diabetes, agregar complicaciones metabólicas neonatales. Una estimación de peso no predice con certeza quién tendrá distocia.
- **Estudio:** Revisar pesquisa de diabetes y evolución ponderal; MINSAL permite repetir PTGO a las 30-33 semanas si aparece macrosomía con pesquisa previa normal.

Decidir con estimación y contexto

- **Cesárea preventiva:** Marco ACOG aplicado en protocolo UNC: puede considerarse con peso estimado ≥ 5.000 g sin diabetes o ≥ 4.500 g con diabetes. Son umbrales para discutir riesgo, no diagnóstico exacto de peso.
- **Inducción:** La sospecha aislada no justifica nacimiento antes de 39 semanas; después, discutir alternativas y evidencia con obstetricia. Descontrol diabético u otra complicación aporta una indicación independiente.
- **Trabajo de parto:** Vigilar progresión y bienestar; dificultades de descenso exigen reevaluación. Disponer de equipo entrenado en distocia de hombros y atención neonatal.

Peso estimado y planificación de la vía

Sin diabetes

Considerar cesárea preventiva si estimación ≥ 5.000 g.

Con diabetes

Considerar cesárea preventiva si estimación ≥ 4.500 g.

Decisión compartida

Umbrales orientadores del marco ACOG/UNC; incorporar error ecográfico y contexto obstétrico.

Sospecha aislada de macrosomía no justifica nacimiento antes de 39 semanas.

Prevención y seguimiento

- **Durante la gestación:** Control glucémico y ganancia de peso apropiada disminuyen factores modificables; no restringir intensamente alimentación para intentar reducir peso fetal.
- **Después del parto:** Documentar peso real, complicaciones y pesquisa metabólica indicada; informar a la mujer cómo influye el antecedente en la planificación de futuros embarazos.

CLAVES EUNACOM

Macrosomía utiliza peso absoluto; grande para edad gestacional utiliza percentil.

Considerar el error ecográfico antes de decidir una vía de parto por peso estimado.

Referencias: [1](#), [92](#), [93](#). Bibliografía al final.

Restricción de crecimiento fetal

Identificar pequeño y patológico

- **Definición operativa SMFM:** Peso fetal estimado o circunferencia abdominal $<p10$; peso $<p3$ identifica restricción grave. Un feto entre $p3$ - $p10$ con Doppler normal puede ser constitucionalmente pequeño, pero requiere vigilancia.
- **Inicio:** Precoz antes de 32 semanas; tardía desde 32. La clasificación simétrica/asimétrica orienta, pero no distingue por sí sola feto sano de patológico.
- **Causas:** Insuficiencia placentaria asociada a hipertensión, enfermedad vascular, tabaco; anomalías cromosómicas/estructurales e infecciones seleccionadas. Confirmar datación y curva antes de etiquetar.

Estudio etiológico y de crecimiento

- **Ecografía:** Revisar anatomía, placenta, líquido, peso y tendencia. RCF precoz o asociada a malformación/polihidramnios exige evaluación genética y medicina fetal.
- **Infecciones:** No solicitar panel TORCH indiscriminado. Exposición, hallazgos y procedimientos orientan pruebas; si se realiza amniocentesis por RCF inexplicada, considerar PCR de CMV según marco SMFM.
- **Frecuencia de biometría:** Habitualmente cada 3-4 semanas; puede acortarse a dos en grave. Intervalos menores dificultan separar crecimiento real de error de medición.
- **Madre:** Buscar preeclampsia, enfermedad renal, nutrición insuficiente y consumo de tabaco/drogas; tratar factores modificables, sin atribuir toda RCF a mala alimentación.

Doppler: qué significa cada territorio

Vaso/índice	Hallazgo	Interpretación
Arteria umbilical	IP >p95; luego flujo diastólico ausente o reverso.	Aumento de resistencia placentaria y mayor riesgo. El IP no disminuye como señal inicial de insuficiencia.
Arteria cerebral media	IP bajo; relación cerebroplacentaria = IP cerebral/IP umbilical reducida.	Redistribución cerebral. No implica necesariamente que esté preservado el bienestar.
Ductus venoso	Onda a ausente o reversa.	Compromiso cardiovascular avanzado en contextos graves; uso especializado.

Leer la dirección del cambio Doppler

Arteria umbilical

Resistencia elevada: IP > p95; diástole ausente/reversa aumenta riesgo.

Cerebral media

IP bajo y relación cerebroplacentaria reducida: redistribución.

Ductus venoso

Onda a ausente/reversa: compromiso avanzado en contexto especializado.

No son etapas inevitables ni un calendario automático de nacimiento.

Vigilancia proporcional al riesgo

- **Doppler normal:** SMFM propone arteria umbilical cada una a dos semanas y CTG semanal después de viabilidad; aumentar frecuencia según comorbilidad y evolución.
- **Resistencia aumentada o <p3:** Doppler umbilical al menos semanal. Flujo diastólico ausente: hasta dos o tres veces por semana por riesgo de progresión.
- **Flujo reverso:** Hospitalizar, preparar nacimiento, corticoides si corresponden y CTG al menos una a dos veces al día; evaluar integralmente madre/feto.
- **Otros Doppler:** Arteria cerebral y ductus tienen utilidad en protocolos especializados; SMFM no los propone de rutina para toda RCF. No mezclar algoritmos de distintas guías sin identificarlo.

Intensidad de vigilancia en RCF

Doppler umbilical normal

Cada una a dos semanas; CTG semanal tras viabilidad, según contexto.

Resistencia elevada o $< p3$

Doppler al menos semanal.

Diástole ausente

Doppler hasta dos o tres veces por semana.

Diástole reversa

Hospitalizar; CTG al menos una a dos veces al día y preparar nacimiento.

Orientación SMFM; adaptar a comorbilidad y evolución.

Orientación de nacimiento en RCF: SMFM 2020

Situación, si permanece estable	Momento orientador	Matiz
Peso $p3$ - $p10$ y arteria umbilical normal	38-39 semanas	Mantener vigilancia; adelantar si aparece otro compromiso.
Peso $< p3$ o resistencia umbilical aumentada, con diástole presente	37 semanas	No equivale a cesárea automática.
Flujo diastólico umbilical ausente	33-34 semanas	Preparación neonatal y valoración individual de vía.
Flujo diastólico umbilical reverso	30-32 semanas	Hospitalización y alto riesgo; considerar cesárea según escenario.

RCF estable: ventanas orientadoras SMFM

p3-p10 y Doppler normal

38-39 semanas.

< p3 o resistencia aumentada

37 semanas, si diástole sigue presente.

Diástole ausente

33-34 semanas.

Diástole reversa

30-32 semanas.

Solo mientras madre/feto permanezcan estables; deterioro puede adelantar resolución. No equivale a cesárea universal.

Situaciones que se adelantan al calendario

- **Urgencia:** CTG persistentemente patológico, deterioro venoso/cardiovascular, preeclampsia grave inestable u otra amenaza pueden exigir nacimiento antes de esos rangos; ponderar viabilidad y recursos neonatales.
- **Preparación:** Corticoides si parto prematuro previsto y sulfato de magnesio para neuroprotección cuando corresponde por edad gestacional; no retrasar nacimiento urgente para completar tratamientos.
- **Tratamientos sin beneficio:** Reposo, sildenafil, heparina o suplementos no son tratamiento universal de la RCF placentaria. Una indicación materna independiente puede justificar un fármaco concreto.

CLAVES EUNACOM

En arteria umbilical, la resistencia aumenta; en redistribución cerebral, el IP cerebral disminuye.

Las semanas orientan solo mientras madre y feto estén estables.

Referencias: [1](#), [94](#), [95](#). Bibliografía al final.

Evaluación del bienestar fetal anteparto e intraparto

Qué evalúa cada prueba

- **Anteparto:** Movimientos fetales, registro basal no estresante, perfil biofísico y Doppler según patología. No todas las gestantes sanas requieren batería repetida; iniciar vigilancia cuando un resultado pueda cambiar la conducta.
- **Intraparto:** MEFI/CTG registra frecuencia cardíaca fetal y contracciones. Verificar señal fetal frente a pulso materno, calidad, evolución y factores clínicos; un trazado aislado no confirma acidosis.

- **Basal:** Promedio evaluado en diez minutos: normal 110-160 lpm. Bradicardia <110 y taquicardia >160; interpretar duración, variabilidad y contexto, no solo cifra.
- **Variabilidad NICHD:** Ausente: amplitud indetectable; mínima: detectable ≤ 5 lpm; moderada: 6-25; aumentada: >25. Este marco utiliza 6-25, distinto del rango 5-25 de otros sistemas.
- **Aceleraciones:** Desde 32 semanas: aumento ≥ 15 lpm durante ≥ 15 segundos y <2 minutos; antes de 32 puede usarse 10×10. Ausencia de aceleraciones no basta para categorizar III.

Desaceleraciones y patrón sinusoidal

Patrón	Relación/forma	Significado contextual
Precoz	Caída gradual, nadir coincide con máximo de contracción.	Habitualmente compresión cefálica; no indica hipoxia por sí sola.
Tardía	Caída gradual, nadir después del máximo de contracción.	Sugiere respuesta a reducción del intercambio placentario, especialmente si recurrente y con variabilidad alterada.
Variable	Caída abrupta, inicio a nadir <30 segundos; relación variable con contracción.	Habitualmente compresión de cordón; valorar duración, recuperación y recurrencia.
Sinusoidal verdadero	Ondulación lisa regular de 3-5 ciclos/minuto durante ≥ 20 minutos.	Patrón patológico asociado, entre otras causas, a anemia fetal grave.

Tres categorías NICHD/ACOG

Categoría	Criterios	Conducta general
I	Basal 110-160, variabilidad moderada, sin desaceleraciones tardías ni variables; precoces/aceleraciones pueden estar o no.	Vigilancia habitual según situación.
II	Todo patrón que no cumple I ni III.	Evaluar causas, medidas dirigidas y reevaluación; no equivale a cesárea automática.
III	Variabilidad AUSENTE con tardías recurrentes, variables recurrentes o bradicardia; O patrón sinusoidal.	Evaluación y corrección inmediata; si persiste, nacimiento expedito.

Clasificación NICHD/ACOG del registro fetal

Categoría I

Basal 110-160; variabilidad moderada; sin desaceleraciones tardías ni variables.

Categoría II

No cumple I ni III: valorar contexto, causas y evolución.

Categoría III

Variabilidad AUSENTE con tardías recurrentes, variables recurrentes o bradicardia; O patrón sinusoidal.

Categoría III persistente requiere nacimiento expedito tras medidas iniciales; no esperar un tiempo fijo.

Respuesta ante trazado preocupante

- **Buscar causa:** Revisar presión, temperatura, medicación, contracciones y progreso del parto. Descartar prolapso de cordón, desprendimiento o rotura uterina ante deterioro agudo.
- **Medidas:** Cambiar posición evitando decúbito supino, suspender/reducir oxitocina, tratar hipotensión y valorar tocolisis ante taquisistolia. No administrar grandes bolos de fluidos sin indicación.
- **Taquisistolia:** Más de cinco contracciones en diez minutos, promediadas durante treinta; evaluar impacto fetal. La actividad uterina excesiva puede requerir intervención aunque no haya oxitocina.
- **Oxígeno:** No administrarlo rutinariamente para CTG II/III si la madre está normoxémica; sí tratar hipoxemia materna. Las maniobras no deben retrasar un nacimiento indicado.
- **Bradicardia prolongada:** NICE: desde tres minutos, valoración obstétrica urgente y preparar nacimiento; si persiste nueve minutos, resolver, antes si hay factores graves. No esperar automáticamente diez o treinta minutos.
- **Vía expedita:** Elegir parto vaginal instrumental solo si cumple condiciones y operador competente; si no, cesárea. Categoría III persistente exige acción tras medidas iniciales, no un tiempo fijo de espera.

Registro basal no estresante y test con contracciones

- **RBNE reactivo:** Al menos dos aceleraciones en veinte minutos: 15×15 desde 32 semanas, 10×10 antes. Puede prolongarse hasta cuarenta minutos por ciclo de sueño, interpretando fármacos y prematuridad.
- **No reactivo:** No equivale por sí solo a hipoxia ni indica cesárea automática; completar evaluación con perfil biofísico, Doppler u otra prueba según riesgo.
- **Test de tolerancia a contracciones:** Evalúa respuesta a contracciones espontáneas o inducidas: registro adecuado habitualmente con tres contracciones en diez minutos, de 40-60 segundos. Actualmente se usa de forma seleccionada.

- **Interpretación TTC:** Negativo: sin tardías ni variables significativas; positivo: tardías tras $\geq 50\%$ de contracciones. Si no reúne condiciones o es equívoco, no interpretarlo como negativo tranquilizador.
- **Seguridad:** Evitar inducir contracciones cuando el trabajo de parto está contraindicado o hay alto riesgo de provocarlo; no indicar rutinariamente por superar 36 semanas.

Perfil biofísico: puntuar y actuar

- **Componentes:** Cinco, cada uno 0 o 2: RBNE, movimientos corporales, respiración, tono y líquido amniótico. Los cuatro ecográficos se valoran durante hasta treinta minutos; máximo 10 puntos.
- **Ecografía normal:** ≥ 3 movimientos corporales; ≥ 1 episodio respiratorio de ≥ 30 segundos; ≥ 1 extensión con retorno a flexión; bolsillo vertical de líquido de al menos 2 cm según protocolo, sin cordón/partes fetales.
- **Resultado 8-10:** Habitualmente tranquilizador si líquido normal. Oligohidramnios cambia la valoración incluso con buen puntaje; no usar el total aislado.
- **Resultado 6:** Equívoco: repetir/evaluar pronto, con frecuencia dentro de 24 horas, o considerar nacimiento según edad gestacional y contexto.
- **Resultado ≤ 4 :** Anormal: evaluación obstétrica urgente y decidir nacimiento según viabilidad, cuadro y alternativas de vigilancia. No tratar 4/10 como normal ni imponer idéntica conducta a todas las edades.

Perfil biofísico: total y contexto

8-10 puntos

Habitualmente tranquilizador si líquido normal.

6 puntos

Equívoco: reevaluación pronta o nacimiento según edad/contexto.

≤ 4 puntos

Anormal: evaluación obstétrica urgente y decisión según viabilidad y cuadro.

Cinco componentes de 0 o 2 puntos; oligohidramnios modifica la interpretación incluso con buen total.

CLAVES EUNACOM

Categoría III requiere variabilidad ausente, no simplemente mínima, salvo patrón sinusoidal.

No usar oxígeno rutinario en una madre normoxémica para intentar normalizar el trazado.

Un RBNE no reactivo requiere evaluación; no diagnóstica por sí solo hipoxia.

Referencias: [1](#), [96](#), [97](#), [95](#), [98](#). Bibliografía al final.

Patologías médicas durante el embarazo

Integrar riesgo materno, repercusión fetal y momento de resolución.

Náuseas, vómitos e hiperémesis gravídica

Gravedad y diagnósticos alternativos

- **Presentación:** Suele comenzar temprano; hiperémesis implica vómitos/náuseas graves que impiden alimentación/hidratación normales y limitan actividades. Puede causar deshidratación, pérdida ponderal y alteraciones electrolíticas.
- **Evaluación:** Frecuencia de vómitos, tolerancia oral, peso, pulso/PA, diuresis y estado mental; electrolitos, creatinina y pruebas dirigidas. Cetonuria aislada no mide adecuadamente gravedad ni decide ingreso.
- **Contexto:** hCG elevada se asocia al cuadro, pero no explica toda su fisiopatología. Considerar gemelar/mola; fiebre, dolor localizado, comienzo tardío o síntomas neurológicos exigen buscar otras causas.
- **Diferenciales:** Gastroenteritis, infección urinaria/pielonefritis, pancreatitis, hepatitis, obstrucción, hipertiroidismo clínico, CAD y enfermedad neurológica; las pruebas se guían por clínica.

Tratamiento oral inicial

- **Medidas:** Comidas pequeñas, líquidos en tomas frecuentes, evitar desencadenantes y ofrecer apoyo; no culpar a la paciente ni exigir que tolere síntomas incapacitantes sin tratamiento.
- **Doxilamina/piridoxina:** En formulación retardada 10/10 mg: comenzar dos comprimidos nocturnos; si persiste, añadir uno matinal y luego uno vespertino. Máximo cuatro/día; pauta no extrapolable a toda formulación. Puede causar somnolencia.
- **Escalada:** Metoclopramida 5-10 mg VO/IV cada 8 horas, curso breve según tolerancia/protocolo; riesgo de efectos extrapiramidales. Ondansetrón es alternativa de segunda línea cuando falla lo inicial, valorando QT, electrolitos y balance de riesgos gestacionales.
- **Combinación:** En casos resistentes puede combinarse medicación de clases distintas o cambiar vía bajo supervisión. Corticoides quedan para cuadros refractarios especializados, no para vómitos habituales.

Rehidratación y tiamina

- **Ingreso/atención ambulatoria intensiva:** Incapacidad para retener líquidos/fármacos, deshidratación relevante, alteración electrolítica/renal, pérdida importante de peso o comorbilidad descompensada justifican escalada.
- **Fluidos:** Cristaloide isotónico y potasio según laboratorio/diuresis; controlar sodio, potasio, magnesio, función renal y balance. Corregir déficits con monitorización, sin administrar potasio a ciegas.
- **Tiamina:** RCOG recomienda 100 mg VO tres veces al día si tolera o preparación IV apropiada en hospitalizadas con ingesta muy reducida, especialmente antes de glucosa o nutrición parenteral. Sospecha de Wernicke requiere dosis IV terapéuticas específicas.
- **Hipoglicemia:** No retrasar glucosa salvadora; administrar tiamina antes o simultáneamente tan pronto esté disponible. Confusión, ataxia u oculomotricidad anormal exigen actuación urgente.

Hiperémesis con ingesta muy reducida

1

Evaluar déficits

Balance, electrolitos, glucosa y función renal; escalar si deshidratación o incapacidad oral.



2

Reponer y proteger

Cristaloide isotónico y electrolitos según resultados; tiamina antes de glucosa/nutrición cuando sea posible.



3

Reevaluar

Control clínico/laboratorio; síntomas neurológicos sugieren Wernicke y requieren tratamiento urgente.

No retrasar glucosa salvadora en hipoglicemia grave; dar tiamina antes o simultáneamente tan pronto esté disponible.

Recuperación y seguimiento

- **Nutrición:** Reintroducir ingesta progresiva; valorar soporte enteral si persiste incapacidad y equipo nutricional. Vigilar síndrome de realimentación cuando existe desnutrición prolongada.
- **Otros cuidados:** Valorar tromboprofilaxis en hospitalizadas según riesgo/contraindicaciones; apoyo psicológico, plan de antieméticos al alta y control de peso/electrolitos.
- **Persistencia:** Si continúa en segundo/tercer trimestre, reevaluar diagnóstico y crecimiento fetal. Definir retorno por oliguria, síncope, hematemesis, dolor, fiebre o imposibilidad de hidratarse.

CLAVES EUNACOM

Tiamina antes de glucosa o nutrición cuando existe ingesta muy reducida; no retrasar tratamiento de hipoglicemia grave.

La cetonuria aislada no clasifica la gravedad de la hiperémesis.

Referencias: [1](#), [99](#), [100](#). Bibliografía al final.

Anemia y embarazo

Reconocer anemia y su causa

- **Hemoglobina:** Anemia gestacional: <11 g/dL en primer/tercer trimestre y $<10,5$ g/dL en segundo. La hemodilución fisiológica no permite ignorar cifras por debajo del umbral.
- **Pesquisa:** Hemograma al ingreso y repetición durante embarazo, especialmente alrededor de 28 semanas o según programa/riesgo. Valorar síntomas, dieta, pérdidas, embarazos cercanos y antecedentes de hemoglobinopatía.
- **Ferropenia:** Causa frecuente: ferritina <30 $\mu\text{g/L}$ apoya déficit según consensos obstétricos internacionales. Puede coexistir con Hb normal; ferritina normal/alta con inflamación no lo excluye automáticamente.
- **Diferenciales:** Microcitosis por talasemia, déficit de B12/folato, inflamación, enfermedad renal, hemólisis o hemorragia. Macrocitosis, pancitopenia o falta de respuesta requieren estudio dirigido.

Prevención no equivale a tratamiento

- **Profilaxis:** Hierro elemental 30-60 mg VO/día, rango MINSAL/OMS; iniciar según programa chileno, habitualmente desde 16 semanas. El ejemplo de 40 mg no es una dosis terapéutica universal.
- **Formulación:** Prescribir cantidad de hierro elemental y comprobar envase. Sulfato, fumarato y gluconato contienen proporciones distintas; no dividir siempre la masa de la sal por cinco.
- **Alimentación:** Aportar carnes/legumbres y alimentos con vitamina C; separar hierro de té/café y calcio. La alimentación ayuda, pero no corrige rápidamente una anemia ferropriva establecida.

Reposición y evaluación de respuesta

- **Hierro oral:** Una pauta terapéutica habitual es 100-120 mg/día de hierro elemental, adaptada a tolerancia y protocolo. Evitar asumir que toda paciente necesita tres tomas de 200 mg de sulfato.
- **Tolerancia:** Tomar fuera de comidas mejora absorción, pero puede tomarse con alimento si náuseas. Ajustar formulación/frecuencia; pautas en días alternos pueden mejorar tolerancia bajo seguimiento.
- **Respuesta:** Reevaluar Hb aproximadamente a 2-4 semanas; aumento cercano a 1 g/dL apoya respuesta. Sin mejoría, revisar adherencia, diagnóstico, pérdida persistente y malabsorción.
- **Depósitos:** Continuar reposición después de normalizar Hb, habitualmente al menos tres meses y durante seis semanas posparto según evolución; comprobar recuperación de reservas cuando corresponde.

Cuándo escalar

- **Hierro IV:** Considerar desde segundo trimestre si intolerancia/falla oral, malabsorción o necesidad de corrección rápida, especialmente anemia relevante cercana al parto. Calcular déficit y pauta del preparado; superar 30 semanas por sí solo no obliga a vía IV.
- **Transfusión:** Se decide por hemorragia, inestabilidad, hipoxia/síntomas graves y Hb, no solo por diagnóstico de ferropenia. Anemia grave o mala tolerancia requiere evaluación hospitalaria.
- **Plan de parto:** Corregir antes del nacimiento para reducir repercusión de hemorragia; documentar tratamiento y seguimiento puerperal. No atribuir taquicardia/disnea intensa automáticamente a cambios normales del embarazo.

Anemia: elegir el nivel de tratamiento

Falla o intolerancia oral

Valorar hierro IV desde segundo trimestre; confirmar déficit y calcular pauta.

Corrección rápida necesaria

Anemia relevante cercana al parto o malabsorción favorecen vía IV.

Inestabilidad o sangrado

Evaluación hospitalaria y valorar transfusión; no decidir solo por ferropenia.

La semana 30 aislada no obliga a administrar hierro intravenoso.

CLAVES EUNACOM

Ferropenia y anemia son conceptos distintos; puede existir déficit sin Hb baja.

Elegir hierro IV por necesidad clínica y respuesta, no solo por una semana de gestación.

Referencias: [1](#), [101](#), [102](#), [103](#), [104](#). Bibliografía al final.

Diabetes y embarazo

Clasificación y pesquisa en Chile

- **Pregestacional:** DM1/DM2 conocida antes del embarazo; diabetes manifiesta detectada durante la gestación exige manejo especializado y no debe rebajarse a diabetes gestacional solo por diagnosticarse después de 12 semanas.
- **Diabetes manifiesta:** Ayuno venoso ≥ 126 mg/dL o glucosa casual ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos; confirmar si no hay hiperglicemia inequívoca. También cumple glucosa de 2 horas ≥ 200 mg/dL en PTGO.
- **Primer control, MINSAL:** Glicemia de ayuno 100-125 mg/dL: repetir en otra muestra dentro de siete días; persistencia establece diabetes gestacional. Una glucosa normal inicial no descarta aparición posterior.
- **PTGO de 75 g:** Realizar a las 24-28 semanas si pesquisa inicial normal; MINSAL diagnostica con ayuno ≥ 100 o dos horas ≥ 140 mg/dL. Ante macrosomía, polihidramnios o ganancia excesiva posteriores, considerar repetición a las 30-33 semanas.

Pesquisa chilena de diabetes gestacional

Primer control

Ayuno venoso 100-125 mg/dL: repetir dentro de siete días; persistencia establece diabetes gestacional.

Pesquisa inicial normal

PTGO 75 g a 24-28 semanas: ayuno ≥ 100 o dos horas ≥ 140 mg/dL.

Diabetes manifiesta

Ayuno ≥ 126 o casual ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos exige valoración específica; confirmar si no inequívoca.

Marco MINSAL 2014. No combinar estos puntos de corte con IADPSG/ADA.

Cortes de PTGO: no combinar marcos

Momento de muestra	MINSAL 2014	IADPSG/ADA, estrategia de un paso
Ayuno	≥ 100 mg/dL	≥ 92 mg/dL
1 hora	No integra el criterio chileno citado.	≥ 180 mg/dL
2 horas	≥ 140 mg/dL	≥ 153 mg/dL

Riesgos y preparación preconcepcional

- **Interpretación:** En estrategia internacional de un paso a las 24-28 semanas basta un valor alterado; usar plasma venoso de laboratorio. HbA1c no reemplaza PTGO para pesquisa gestacional.
- **Hiperglicemia temprana:** Aumenta aborto y malformaciones, incluidas cardíacas y del tubo neural. Diabetes pregestacional con vasculopatía puede producir insuficiencia placentaria y RCF, además de macrosomía.
- **Hiperglicemia tardía:** Favorece macrosomía, polihidramnios por poliuria fetal, distocia de hombros y, en recién nacido, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia y dificultad respiratoria.
- **Antes de concebir:** Buscar HbA1c $<6,5\%$ si es seguro según ADA; evaluar retina, creatinina/RAC y presión. Revisar IECA/ARA II y otros fármacos incompatibles, anticoncepción y folato de alto riesgo según protocolo.

Metas y tratamiento

- **Metas MINSAL:** Ayuno 60-90 mg/dL; posprandial <140 a una hora o <120 a dos horas desde el inicio de la comida. Evitar hipoglicemia: un límite histórico bajo no es objetivo para provocarla.
- **Complemento ADA:** Ayuno <95 mg/dL y mismas metas posprandiales; HbA1c ideal <6% si es seguro, flexibilizable a <7%. HbA1c complementa, pero no sustituye controles diarios.
- **Medidas iniciales:** Nutrición suficiente distribuida en comidas y actividad segura; evitar ayuno/cetosis. Autocontrol diario de ayuno y posprandiales; agregar preprandiales/nocturnos según insulinoterapia.
- **Insulina:** Necesaria en DM1 y preferida cuando diabetes gestacional requiere fármacos. NPH/regular o análogos respaldados se ajustan al patrón; no suspender toda insulina en DM1 por enfermedad o ayuno.
- **Orales:** Metformina y glibenclamida atraviesan placenta y no son primera línea ADA. Cualquier uso exige protocolo y decisión especializada, sin presentarlas como universalmente equivalentes a insulina.

Vigilancia y parto

- **Seguimiento:** Control materno metabólico, renal, retinal y tensional; anatomía fetal, crecimiento y bienestar según riesgo. No todos los fetos de madre diabética son grandes.
- **Momento:** MINSAL 2014 orienta diabetes pregestacional al final de semana 38 y gestacional bien controlada no antes de 39; individualizar por tratamiento, control, vasculopatía y bienestar, sin fijar 39-41 para todas.
- **Vía e intraparto:** Diabetes sola no indica cesárea; con peso estimado ≥ 4.500 g discutirla por distocia. MINSAL propone glucosa intraparto 70-110 mg/dL, con controles seriados y ajuste de insulina/glucosa.
- **Recién nacido:** Alimentación temprana si está estable y pesquisa de hipoglicemia por protocolo; ante síntomas medir/tratar inmediatamente, sin esperar las dos horas de tamizaje programado.

Posparto y riesgo futuro

- **Insulina:** Los requerimientos descienden rápidamente tras el alumbramiento: reducir/ajustar según glucosa. DM1 conserva necesidad de insulina basal; lactancia puede favorecer hipoglicemia.
- **Diabetes gestacional:** Reevaluar necesidad de medicación y glucosa. PTGO de 75 g a las 6-12 semanas posparto según MINSAL; ADA usa 4-12. Aplicar criterios de población no embarazada.
- **Continuidad:** Si es normal, control periódico: MINSAL cada tres años, ADA cada uno a tres, antes si síntomas o nuevo embarazo. Promover lactancia, peso saludable, actividad y planificación reproductiva.

Después del parto: dosis y reclasificación

Diabetes previa

Caen requerimientos: ajustar dosis; en DM1 mantener insulina basal.

Diabetes gestacional

PTGO 75 g: 6-12 semanas MINSAL; 4-12 ADA. Interpretar con criterios no gestacionales.

A largo plazo

Control periódico, lactancia, actividad, peso y planificación reproductiva.

CLAVES EUNACOM

Una misma PTGO se interpreta con el marco solicitado: MINSAL e IADPSG no comparten todos los cortes. La diabetes manifiesta no se convierte en gestacional leve por aparecer después de la semana 12.

Referencias: [92](#), [105](#), [81](#). Bibliografía al final.

Síndrome hipertensivo del embarazo

Clasificar hipertensión y reconocer preeclampsia

- **Confirmación:** PA sistólica ≥ 140 o diastólica ≥ 90 mmHg en dos mediciones, habitualmente separadas cuatro horas. Si es ≥ 160 sistólica o ≥ 110 diastólica, confirmar en minutos y tratar; no esperar cuatro horas.
- **Crónica:** Conocida antes del embarazo, detectada antes de 20 semanas o persistente más de 12 semanas posparto. Hipertensión gestacional comienza después de 20 sin criterios de preeclampsia.
- **Preeclampsia:** Hipertensión después de 20 semanas con proteinuria ≥ 300 mg/24 h o relación proteína/creatinina $\geq 0,3$ mg/mg; también existe sin proteinuria si aparece disfunción orgánica característica.
- **Sobreagregada:** En hipertensión crónica, nueva proteinuria o daño orgánico/placentario exige sospechar preeclampsia. El empeoramiento aislado de presión no demuestra por sí solo el diagnóstico.
- **Presentaciones atípicas:** Antes de 20 semanas, investigar alternativas y situaciones como mola o síndrome antifosfolípido. La gestación múltiple aumenta riesgo, pero no explica automáticamente toda hipertensión precoz.

Cuatro escenarios hipertensivos

Crónica

Antes de 20 semanas o persiste más de 12 semanas posparto.

Gestacional

Después de 20 semanas, sin criterios de preeclampsia.

Preeclampsia

Hipertensión después de 20 semanas con proteinuria o disfunción orgánica característica.

Sobreagregada

Hipertensión crónica con nueva proteinuria o daño orgánico/placentario sospechoso.

Presión grave: ≥ 160 sistólica O ≥ 110 diastólica. Confirmar en minutos y tratar.

Gravedad y HELLP

- **Criterio tensional:** PA ≥ 160 sistólica o ≥ 110 diastólica es grave aunque solo una esté elevada. Un episodio sostenido requiere atención urgente por riesgo de ACV.
- **Criterios orgánicos:** Plaquetas $<100.000/\mu\text{L}$; creatinina $>1,1$ mg/dL o duplicación sin otra causa renal; transaminasas ≥ 2 veces límite normal, dolor epigástrico/hipocondrio derecho persistente, edema pulmonar o síntomas cerebrales/visuales nuevos.
- **Neurología:** Cefalea intensa persistente, fotopsias, escotomas, alteración de conciencia o convulsión requieren actuación. Hiperreflexia aislada no establece gravedad; proteinuria >5 g/día ya no constituye por sí sola criterio de severidad.
- **HELLP:** Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas. Orientan LDH ≥ 600 U/L, esquistocitos/bilirrubina aumentada, AST/ALT ≥ 2 veces normal y plaquetas $<100.000/\mu\text{L}$; puede aparecer sin hipertensión/proteinuria prominentes.
- **Estudio y vigilancia:** Hemograma/plaquetas, creatinina, AST/ALT, LDH y proteinuria; coagulación si sospecha de CID/hemorragia/HELLP. Frecuencia depende de estabilidad, no un control semanal obligatorio para cuadros graves.
- **Complicaciones:** Eclampsia, edema pulmonar, lesión renal, CID, desprendimiento placentario y hematoma/rotura hepática. Dolor intenso, shock o deterioro fetal exige evaluación inmediata y soporte especializado.

Hipertensión grave: protocolo urgente en adultos

- **Activación:** Hospital, obstetricia/anestesia, acceso IV y evaluación materno-fetal; tratar hipertensión grave persistente idealmente dentro de 30-60 minutos. Evitar sobrecarga de fluidos y descenso brusco a hipotensión.
- **Labetalol IV, ejemplo ACOG:** 20 mg durante dos minutos; reevaluar a diez minutos y, si persiste grave, 40 mg; luego 80 mg y, si persiste, otros 80 mg, reevaluando cada diez minutos. Máximo 220 mg/24 h; escalar con ayuda experta.
- **Precauciones:** Evitar labetalol en asma activa, bradicardia/bloqueo o insuficiencia cardíaca descompensada. No combinar máximos y tiempos de algoritmos distintos; continuar monitorización tras alcanzar respuesta.
- **Alternativa sin acceso IV:** Nifedipino de liberación inmediata 10 mg VO; si persiste grave, 20 mg a los veinte minutos y otros 20 mg veinte minutos después según protocolo. No usar vía sublingual.
- **Otras opciones:** Hidralazina IV conforme al protocolo institucional si los anteriores no son apropiados. Fracaso del primer algoritmo exige escalada y revisión experta, sin repetir indefinidamente bolos.
- **Mantenimiento:** Labetalol oral, nifedipino de liberación prolongada o metildopa según contexto. NICE busca aproximadamente 135/85 mmHg; evitar IECA/ARA II durante embarazo. El control de presión no cura la preeclampsia.

Hipertensión grave: actuar sin demora

1

Activar atención

Hospital, acceso IV y evaluación materno-fetal; tratar idealmente dentro de 30-60 minutos.



2

Administrar antihipertensivo

Labetalol IV según protocolo; nifedipino oral inmediato si no hay acceso IV y corresponde.



3

Reevaluar y escalar

Monitorizar respuesta; persistencia grave exige ayuda experta, sin repetir bolos indefinidamente.

Evitar hipotensión, sobrecarga de fluidos y nifedipino sublingual. Magnesio no sustituye al antihipertensivo.

Eclampsia y sulfato de magnesio

- **Primera respuesta:** Proteger de trauma, posición lateral, vía aérea/ventilación y ayuda urgente; no introducir objetos en boca ni sujetar forzosamente. Oxígeno si hipoxemia. Tratar hipertensión y descartar causas alternativas si presentación atípica.
- **Indicación:** Sulfato de magnesio trata eclampsia y previene convulsiones en preeclampsia con criterios graves según valoración. No es el antihipertensivo ni debe sustituirse rutinariamente por diazepam/fenitoína.
- **Pauta NICE:** Carga 4 g IV en 5-15 minutos y luego 1 g/h; mantener habitualmente 24 horas tras parto y, si convulsionó después, hasta 24 horas tras última crisis. Recurrencia: 2-4 g IV en 5-15 minutos y reevaluar.
- **Monitorización:** Frecuencia respiratoria, reflejo patelar, conciencia y diuresis; verificar función renal y concentraciones si acumulación probable. Oliguria, arreflexia o depresión respiratoria obligan a suspender y reevaluar, no continuar por una magnesemia previa normal.
- **Toxicidad:** Detener infusión, soporte ventilatorio y gluconato de calcio 1 g IV: 10 mL al 10%, administrados lentamente en unos diez minutos con monitorización. Ajustar mantenimiento si insuficiencia renal.
- **Nacimiento:** Estabilizar primero; eclampsia/HELLP suelen requerir resolución oportuna. La vía depende de condiciones obstétricas y urgencia, no cesárea universal por el diagnóstico.

Sulfato de magnesio: tratamiento y vigilancia

Carga y mantenimiento

Pauta NICE: 4 g IV en 5-15 minutos; luego 1 g/h.

Vigilar acumulación

Respiración, reflejos, conciencia, diuresis y función renal.

Ante toxicidad

Suspender; soporte ventilatorio y gluconato de calcio 1 g IV lentamente con monitorización.

En eclampsia mantener hasta 24 horas tras parto o última crisis, lo que ocurra después; ajustar en insuficiencia renal.

Prevención y oportunidad de nacimiento

- **Aspirina:** Evaluar al inicio: antecedente de preeclampsia, HTA crónica, diabetes previa, nefropatía, autoinmunidad o gestación múltiple elevan riesgo. En protocolos chilenos se utiliza habitualmente 100 mg nocturnos desde 12-16 hasta 36 semanas; no iniciarla sin valorar contraindicaciones.
- **Riesgo acumulado:** Nuliparidad, obesidad, edad materna, antecedente familiar, reproducción asistida y largo intervalo intergestacional pueden justificar profilaxis combinados. Los cortes y dosis difieren entre guías; no mezclar un puntaje con otra pauta.
- **Calcio:** En baja ingesta dietaria, OMS recomienda suplementación de 1,5-2 g/día de calcio elemental para prevención de preeclampsia; repartir dosis y separarlo del hierro. No equivale a aporte dietario habitual de 1 g.
- **Sin gravedad:** Preeclampsia estable: planificar desde 37 semanas. Hipertensión gestacional/crónica requieren decisión individual según control y comorbilidad; no indicar prematuridad solo por una etiqueta diagnóstica.
- **Con gravedad:** Desde 34 semanas suele indicarse nacimiento tras estabilización; antes, manejo expectante únicamente en casos seleccionados y centros capacitados. Deterioro materno/fetal exige resolución sin esperar calendario ni completar corticoides.

Puerperio: el riesgo no termina con el parto

- **Presentación:** Preeclampsia/eclampsia puede debutar o empeorar después del nacimiento, incluso tras embarazo normotenso. Cefalea persistente, síntomas visuales, dolor epigástrico, disnea, convulsión o PA grave requieren urgencias.
- **Tratamiento:** Hipertensión grave posparto se trata con la misma urgencia; valorar magnesio ante eclampsia o manifestaciones neurológicas de preeclampsia. Investigar edema pulmonar, HELLP y otros diagnósticos.
- **Seguimiento:** Medir PA en los primeros días y especialmente hacia días 3-5; asegurar control precoz tras alta y revisión a 6-8 semanas. Persistencia >12 semanas sugiere hipertensión crónica.
- **Fármacos y futuro:** Revisar compatibilidad con lactancia; NICE indica retirar metildopa dentro de dos días del parto y sustituir si necesita tratamiento. Explicar recurrencia y mayor riesgo cardiovascular/renal a largo plazo.

CLAVES EUNACOM

≥ 160 sistólica O ≥ 110 diastólica obliga a tratar con urgencia; no se necesitan ambas.

Preeclampsia puede existir sin proteinuria y puede debutar después del parto.

Magnesio previene/trata convulsiones; el antihipertensivo controla el riesgo tensional.

Referencias: [1](#), [106](#), [107](#), [108](#), [109](#), [104](#). Bibliografía al final.

Colestasis gravídica

Sospecha y confirmación

- **Síntoma típico:** Prurito sin lesión cutánea primaria, a menudo palmas/plantas y peor de noche, durante segundo o tercer trimestre. Puede haber excoriaciones por rascado; ictericia es menos frecuente.
- **Pruebas:** Ácidos biliares totales y transaminasas; descartar otras causas de prurito/hepatopatía. El diagnóstico no es exclusivamente clínico ni requiere que las transaminasas estén siempre elevadas.

- **Persistencia:** El prurito puede preceder la alteración bioquímica: repetir pruebas si persiste con resultado inicial normal. Presentación muy temprana o alteraciones persistentes posparto exigen estudio adicional.

Riesgo y nacimiento: marco RCOG 2022

Ácidos biliares máximos	Embarazo único sin otra complicación	Orientación compartida
19-39 $\mu\text{mol/L}$	Riesgo de óbito similar al basal si no hay otros factores.	Considerar nacimiento hasta 40 semanas; discutir espera según contexto.
40-99 $\mu\text{mol/L}$	El riesgo cambia al final de la gestación.	Planificar habitualmente 38-39 semanas.
$\geq 100 \mu\text{mol/L}$	Mayor riesgo de muerte fetal.	Considerar nacimiento a 35-36 semanas.

Colestasis: máximo de ácidos biliares

19-39 $\mu\text{mol/L}$

RCOG: considerar nacimiento hasta 40 semanas.

40-99 $\mu\text{mol/L}$

RCOG: planificar habitualmente 38-39 semanas.

$\geq 100 \mu\text{mol/L}$

RCOG: considerar 35-36 semanas por mayor riesgo fetal.

Embarazo único sin otras complicaciones; el marco SMFM emplea ventanas diferentes. Prurito aislado no define riesgo.

Tratamiento y vigilancia

- **Prurito:** Ácido ursodesoxicólico es primera línea para síntomas según SMFM: 10-15 mg/kg/día VO dividido en dos o tres tomas; puede titularse hasta 21 mg/kg/día con supervisión.
- **Límite del tratamiento:** La mejoría del prurito no garantiza eliminación del riesgo fetal; no afirmar que ursodesoxicólico previene el óbito. Planificar nacimiento y vigilancia por ácidos biliares/riesgo global.
- **Seguimiento:** Control obstétrico de alto riesgo, repetir bioquímica inicialmente alrededor de una semana y después según evolución. Consultar inmediatamente por reducción de movimientos fetales; un test normal no predice todos los eventos súbitos.

- **Marco alternativo SMFM:** Ofrece nacimiento a 36 semanas si $\geq 100 \mu\text{mol/L}$ y entre 36-39 si <100 ; no resolver antes de 37 por sospecha clínica sin elevación confirmada. Identificar la guía, evitando fusionar sus ventanas con RCOG.

Después del parto y diagnósticos alternativos

- **Resolución:** Síntomas suelen ceder tras nacimiento. Verificar ácidos biliares y pruebas hepáticas hacia seis semanas; persistencia requiere estudio hepatológico.
- **Diferenciales:** Dermatitis gestacionales, hepatitis, obstrucción biliar, fármacos y enfermedad hepática previa. Dolor intenso, hipoglicemia, coagulopatía o encefalopatía no corresponden a una colestasis aislada benigna.
- **Futuro:** Puede recurrir; en un nuevo embarazo registrar antecedente y pesquisar síntomas precozmente. Anticoncepción se decide según evolución y eventual reaparición de prurito.

CLAVES EUNACOM

Ácidos biliares, no intensidad del prurito, orientan el riesgo fetal.

La colestasis no impone cesárea; el momento se decide por gravedad y contexto.

Referencias: [1](#), [110](#), [111](#). Bibliografía al final.

Hígado graso agudo y falla hepática del embarazo

Emergencia maternofetal

- **Cuándo sospechar:** Habitualmente tercer trimestre, a veces puerperio temprano: malestar, anorexia, náuseas/vómitos, dolor abdominal y luego ictericia, hipoglicemia, coagulopatía, encefalopatía o lesión renal.
- **Mecanismo:** Esteatosis microvesicular asociada en algunos casos a defectos fetales de oxidación de ácidos grasos, como LCHAD; no todos los casos tienen una causa genética demostrada.
- **Prioridad:** Hospitalizar en centro con obstetricia, cuidados intensivos, neonatología y hepatología; puede evolucionar rápidamente a falla multiorgánica y compromiso fetal.
- **Pruebas iniciales:** Glucosa seriada, hemograma, bilirrubina/transaminasas, creatinina/electrolitos, TP/INR, TTPa, fibrinógeno, lactato y amonio según cuadro; evaluar fetalmente sin retrasar soporte materno.

Swansea: apoyo diagnóstico, no requisito para actuar

- **Regla:** Seis o más criterios sin otra explicación apoyan hígado graso agudo; interpretar en conjunto. No esperar alcanzar seis si hay falla hepática y sospecha elevada.
- **Clínicos, cuatro:** Vómitos, dolor abdominal, polidipsia/poliuria y encefalopatía; cada uno cuenta como criterio independiente.
- **Metabólicos, cuatro:** Bilirrubina $>0,8 \text{ mg/dL}$; glucosa $<72 \text{ mg/dL}$; urato $>5,7 \text{ mg/dL}$; leucocitos $>11.000/\mu\text{L}$. Cambios fisiológicos del embarazo pueden reducir especificidad.
- **Daño orgánico, cuatro:** AST o ALT $>42 \text{ U/L}$; amonio $>47 \mu\text{mol/L}$; creatinina $>1,7 \text{ mg/dL}$; TP >14 segundos o TTPa >34 segundos. Dentro de cada pareja alternativa se cuenta un criterio.
- **Imagen e histología, dos:** Ascitis o hígado hiperecogénico en ecografía cuentan como un criterio; esteatosis microvesicular en biopsia como otro. Una ecografía normal no excluye y la biopsia no es rutinaria.

Diferenciales que pueden solaparse

Cuadro	Pistas predominantes	Acción
Hígado graso agudo	Hipoglicemia, falla sintética/coagulopatía, encefalopatía y lesión renal.	Soporte intensivo y nacimiento oportuno.
HELLP/preeclampsia	Hemólisis, plaquetas bajas, enzimas elevadas, hipertensión o síntomas neurológicos.	Manejo de preeclampsia/HELLP; hipertensión puede no ser prominente.
Otras hepatopatías o microangiopatías	Hepatitis, tóxicos/fármacos, obstrucción, PTT o SHU.	Estudio dirigido; algunas requieren tratamientos urgentes adicionales al parto.

Falla hepática gestacional: pistas que orientan

Hígado graso agudo

Hipoglicemia, coagulopatía, encefalopatía y lesión renal.

HELLP

Hemólisis, enzimas elevadas y plaquetas bajas; hipertensión puede no ser prominente.

Otras causas

Hepatitis, fármacos, obstrucción y microangiopatías: estudio dirigido urgente.

Los cuadros pueden solaparse; no retrasar estabilización y evaluación obstétrica.

Estabilizar y resolver

- **Soporte:** Corregir hipoglicemia y alteraciones metabólicas; tratar hemorragia/coagulopatía según situación, asegurar ventilación, perfusión y función renal. Evitar retrasos por una biopsia confirmatoria.
- **Nacimiento:** Tras estabilización inicial, finalizar oportunamente el embarazo; vía según condiciones obstétricas y urgencia. La cesárea no es obligatoria en todo caso, pero no prolongar por completar pruebas.
- **Evolución:** La enfermedad puede persistir o empeorar inicialmente tras parto: continuar controles intensivos y considerar centro de trasplante si falla hepática grave no revierte.

- **Familia:** Evaluar al recién nacido por trastornos de oxidación de ácidos grasos cuando corresponde y ofrecer consejo genético. Plan preconcepcional y vigilancia estrecha en futuras gestaciones.

CLAVES EUNACOM

Hipoglicemia más coagulopatía en tercer trimestre obliga a pensar en falla hepática, no solo en colestasis. La biopsia no debe retrasar tratamiento ni resolución obstétrica.

Referencias: [1](#), [112](#). Bibliografía al final.

VIH en gineco-obstetricia

Diagnóstico y tratamiento oportunos

- **Pesquisa:** ofrecer prueba VIH con información y consentimiento según norma chilena en control prenatal; repetir por riesgo/protocolo y realizar prueba urgente si llega al parto sin resultado. Una prueba reactiva requiere confirmación, pero una urgencia perinatal no debe esperar para activar prevención.
- **Derivación:** infectología, alto riesgo obstétrico y pediatría coordinan carga viral, CD4, resistencia, coinfecciones, adherencia y tratamiento antirretroviral combinado. No esperar hasta la semana 14 ni suspender automáticamente un esquema eficaz al reconocer embarazo.
- **Objetivo:** supresión viral sostenida durante gestación, parto y posparto. Seleccionar esquema con guía perinatal vigente, interacciones y función renal/hepática; la carga viral, no solo CD4, orienta riesgo de transmisión.
- **Atención ginecológica:** anticoncepción informada compatible con antirretrovirales, preservativo para ITS, tamizaje cervical adaptado a VIH y tratamiento de coinfecciones; proteger confidencialidad y continuidad del cuidado.

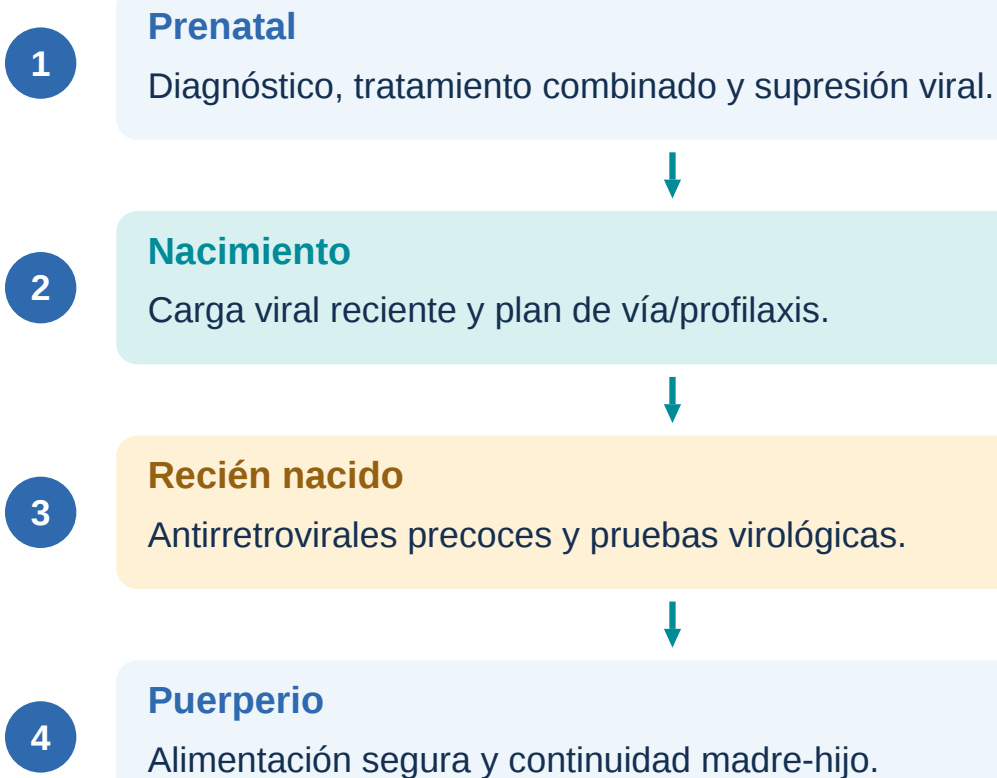
Planificar el nacimiento con la carga viral

- **Control próximo al parto:** documentar carga viral y adherencia. La norma chilena y el equipo tratante definen vía y profilaxis; no indicar cesárea a toda mujer con VIH.
- **Referencia NIH:** carga >1.000 copias/mL o desconocida cercana al parto favorece cesárea programada a las 38 semanas y zidovudina IV intraparto. Con carga ≤ 1.000 y tratamiento, la vía puede decidirse por obstetricia; zidovudina depende del nivel y adherencia.
- **Intraparto:** continuar antirretrovirales, evitar procedimientos invasivos fetales innecesarios y coordinar antes de rotura artificial de membranas. Si ya está en trabajo de parto o con membranas rotas, individualizar sin demoras peligrosas.
- **Zidovudina cuando indicada:** pauta habitual IV 2 mg/kg durante una hora, seguida de 1 mg/kg/h hasta nacimiento; verificar indicación y protocolo local. No sustituye el tratamiento antirretroviral de base.

Recién nacido y puerperio

- **Profilaxis neonatal:** iniciar antirretrovirales cuanto antes tras nacer, con esquema y duración según riesgo. El diagnóstico del lactante requiere pruebas virológicas seriadas; anticuerpos positivos pueden ser maternos.
- **Lactancia en Chile:** la estrategia nacional contempla alimentación de reemplazo segura y sucedáneos para prevenir transmisión; no extrapolar políticas de otros países sin el equipo especializado.
- **Seguimiento:** mantener tratamiento materno, salud mental, anticoncepción y controles del niño expuesto. Un resultado inicial negativo no cierra por sí solo el estudio neonatal.

Prevenir transmisión a lo largo del proceso



CLAVES EUNACOM

Tratar el VIH durante todo el embarazo; no esperar por edad gestacional.
La carga viral cercana al parto orienta vía y profilaxis.

Referencias: [113](#), [114](#), [115](#). Bibliografía al final.

Infecciones en el Embarazo

Infección intraamniótica

- **Sospecha:** fiebre, dolor uterino, secreción purulenta/maloliente y taquicardia fetal. El criterio clásico de Gibbs combina fiebre y signos asociados; los umbrales modernos no son idénticos.
- **Referencia ACOG:** temperatura $\geq 39^\circ\text{C}$, o $38-38,9^\circ\text{C}$ con otro factor clínico como taquicardia fetal, leucocitosis o secreción purulenta. La evaluación clínica puede justificar sospecha aun sin fiebre; distinguir otras causas y no esperar a completar una lista en sepsis.
- **Pruebas:** hemograma, cultivos y evaluación de sepsis según gravedad; amniocentesis no es requisito rutinario. Glucosa baja, leucocitos o microbiología amnióticos se interpretan solo en situaciones seleccionadas.

- **Manejo:** antibióticos IV de amplio espectro e iniciar resolución del embarazo, con estabilización y comunicación neonatal. Ampicilina más gentamicina es un esquema habitual; añadir cobertura anaerobia si cesárea según protocolo. La infección por sí sola no obliga a cesárea.
- **Evitar:** tocólisis en infección establecida y demorar el tratamiento esperando PCR/cultivos. Tras nacimiento, continuar o suspender antibióticos según vía del parto, persistencia de fiebre y evolución.

Fiebre intraparto: actuar en paralelo

Evaluar

Signos maternos, foco y frecuencia fetal.

Tratar

Antibióticos IV y soporte según gravedad.

Resolver

Plan de nacimiento; no toda infección exige cesárea.

Comunicar

Equipo neonatal y registro de antibióticos/horarios.

Estreptococo del grupo B: prevenir sepsis neonatal precoz

- **Pesquisa:** cultivo vaginal y rectal al final del embarazo; referencia perinatal chilena 35-37 semanas, ACOG 36+0-37+6. Usar el intervalo de la red y distinguir colonización de infección.
- **Profilaxis intraparto:** cultivo positivo, bacteriuria por SGB en el embarazo o antecedente de hijo con enfermedad invasora por SGB. Si estado desconocido, considerar prematuridad, rotura ≥ 18 horas o fiebre; ante infección usar tratamiento suficiente, no solo profilaxis.
- **Excepción:** cesárea programada antes del trabajo de parto con membranas íntegras no requiere profilaxis específica SGB, aunque sí profilaxis quirúrgica habitual.
- **Pauta IV:** penicilina G 5 millones UI de carga y luego 2,5-3 millones cada cuatro horas hasta nacimiento; alternativa ampicilina 2 g y luego 1 g cada cuatro horas. No usar cada seis horas como aparece en el apunte.
- **Alergia:** cefazolina si bajo riesgo de anafilaxia; clindamicina solo con sensibilidad documentada en alto riesgo, o vancomicina según protocolo. Idealmente iniciar ≥ 4 horas antes, pero no retrasar una intervención obstétrica necesaria para completar ese tiempo.

SGB: tres indicaciones principales

Cultivo positivo

Colonización vaginal/rectal al final de gestación.

Bacteriuria SGB

Cualquier recuento durante este embarazo.

Hijo previo afectado

Antecedente de enfermedad invasora por SGB.

Estado desconocido

Valorar prematuridad, fiebre o rotura prolongada.

Cesárea antes del trabajo de parto con membranas íntegras: no requiere profilaxis específica SGB.

Infección urinaria y sífilis

- **Bacteriuria asintomática:** pesquisar con urocultivo prenatal y tratar crecimiento significativo con antibiótico compatible y sensible; revisar control posterior. Bacteriuria SGB, incluso de bajo recuento, indica profilaxis intraparto, aunque no todo recuento bajo requiere tratamiento antenatal.
- **Cistitis:** síntomas bajos sin compromiso sistémico; urocultivo y antibiótico dirigido. Pielonefritis: fiebre, dolor lumbar y síntomas generales; manejo hospitalario inicial, antibiótico IV y vigilancia de sepsis/parto prematuro. Nitrofurantoína y fosfomicina no sirven para infección del parénquima renal.
- **Sífilis:** pesquisa seriada según norma chilena; interpretar prueba treponémica junto con VDRL/RPR cuantitativo, antecedentes y tratamiento. Según norma chilena de transmisión vertical, penicilina benzatina 2,4 millones UI IM semanal por dos dosis en sífilis temprana gestacional y tres si tardía/duración desconocida. El esquema CDC general de una dosis temprana no debe trasladarse automáticamente a este protocolo; neurosífilis requiere otro esquema.
- **Embarazo:** penicilina es el tratamiento probado para prevenir sífilis congénita; alergia requiere desensibilización. En pauta semanal, retraso >9 días obliga a reiniciar la serie según CDC. Tratar parejas y documentar respuesta; reacción de Jarisch-Herxheimer no justifica omitir tratamiento.

Otras infecciones relevantes

- **Hepatitis B:** HBsAg prenatal; si positivo, estudiar replicación y derivar para eventual tenofovir en alta carga. Recién nacido expuesto requiere vacuna y gammaglobulina específica lo antes posible, dentro de 12 horas, y seguimiento; la profilaxis permite lactancia.
- **Herpes:** lesiones genitales o pródromos al parto orientan cesárea; antecedente sin lesiones no implica cesárea automática. Aciclovir y supresión al final de gestación según protocolo; advertir al equipo neonatal.

- **Chagas:** tamizaje materno según norma chilena y estudio del hijo expuesto con pruebas parasitológicas/moleculares y serología por edad. No interpretar anticuerpos maternos como infección confirmada del recién nacido; coordinar tratamiento materno fuera del embarazo.
- **TORCH y otras exposiciones:** toxoplasma, rubéola, CMV y varicela se estudian según antecedente, clínica y ecografía; IgM aislada puede ser falsa positiva o persistente. No pedir un panel indiscriminado ni indicar interrupción por serología aislada; confirmación y medicina fetal.
- **Prevención:** alimentos seguros, higiene de manos, protección frente a secreciones de niños pequeños y vacunas permitidas en gestación según PNI. Vacunas vivas como rubéola/varicela se programan fuera del embarazo; planificar recuperación posparto.

CLAVES EUNACOM

Infección intraamniótica: tratar y resolver; la vía depende de obstetricia.

Profilaxis SGB con penicilina/ampicilina se repite cada cuatro horas.

Referencias: [1](#), [116](#), [117](#), [118](#), [44](#), [113](#), [86](#), [80](#). Bibliografía al final.

Sangrado y pérdida gestacional

Confirmar diagnóstico, estabilizar y elegir el tratamiento según el contexto.

Aborto

Reconocer la forma clínica

- **Definición:** pérdida gestacional antes de viabilidad; en la referencia perinatal chilena se utiliza <22 semanas o peso <500 g. La pérdida temprana se estudia con criterios específicos y no por la fecha menstrual aislada.
- **Amenaza:** sangrado con cuello cerrado y embarazo intrauterino viable; puede acompañarse de dolor. Inevitable/en evolución: dilatación cervical y expulsión en curso. Incompleto: persisten restos; completo: expulsión íntegra y resolución clínica con seguimiento apropiado.
- **Retenido:** embarazo no viable sin expulsión; incluye gestación anembrionada. Séptico: infección uterina asociada, con posible sepsis, shock y coagulopatía; requiere manejo hospitalario inmediato.
- **Confirmación:** ecografía transvaginal e historia. Longitud cráneo-rabadilla ≥ 7 mm sin actividad cardíaca o saco medio ≥ 25 mm sin embrión son hallazgos de no viabilidad que deben confirmar un operador experto y/o una ecografía repetida antes de intervenir si la paciente está estable.
- **Duda:** repetir ecografía al menos siete días después según hallazgo; no diagnosticar por última regla, hCG aislada o endometrio de 15 mm. Sin embarazo intrauterino previamente demostrado, aparente aborto completo puede ser embarazo de localización desconocida.

Amenaza de aborto: observar con un plan

- **Conducta:** explicar evolución posible, analgesia compatible y signos de alarma. Reposo en cama y abstinencia sexual sistemática no han demostrado prevenir la pérdida.
- **Progesterona, complemento NICE:** en sangrado temprano, embarazo intrauterino confirmado y antecedente de aborto, considerar progesterona micronizada vaginal 400 mg cada 12 horas; si hay latido, continuar hasta 16 semanas. No corresponde a toda metrorragia.
- **Reconsulta:** sangrado abundante, dolor creciente/unilateral, dolor de hombro, síncope o fiebre. Verificar acceso a urgencias y reevaluar si persiste el sangrado.

Pérdida confirmada: opciones según estabilidad y preferencias

- **Expectante:** en pacientes estables, sin infección ni hemorragia importante, puede observarse inicialmente 7-14 días con control y posibilidad de cambiar de estrategia. No aplicarla ante shock o incapacidad de seguimiento.
- **Farmacológica, pauta NICE para retenido temprano:** mifepristona 200 mg oral y, 48 horas después, misoprostol 800 microgramos vaginal, oral o sublingual si no se ha expulsado el saco. Requiere indicación, analgesia y circuito de control.
- **Incompleto temprano, pauta NICE:** misoprostol 600 microgramos en dosis única; 800 microgramos es alternativa protocolizada. No se añade mifepristona de rutina. Distinguir estas pautas de inducciones en gestaciones más avanzadas.
- **Quirúrgica:** aspiración uterina cuando se requiere resolución rápida, existe hemorragia, infección, fracaso o preferencia informada. Preparación cervical, profilaxis antibiótica y anatomía patológica según indicación/protocolo; el legrado cortante no es la primera técnica si hay aspiración disponible.
- **Control:** comprobar resolución clínica; tras manejo médico, test de embarazo a las tres semanas según NICE. Positivo, dolor, fiebre o sangrado persistente exigen descartar restos, ectópico o enfermedad trofoblástica.

Pérdida confirmada: elegir una estrategia

Urgencia

Hemorragia, inestabilidad o infección: estabilizar y resolver.

Expectante

Estable, control disponible y preferencia informada.

Farmacológica

Pauta según tipo de pérdida y edad gestacional.

Aspiración

Necesidad clínica, preferencia o fracaso de otra opción.

Aborto séptico y prevención de aloinmunización

- **Sepsis:** cultivos si no retrasan, antibióticos IV de amplio espectro con cobertura anaerobia, fluidos y soporte según perfusión; evacuar el foco uterino pronto tras iniciar estabilización. La histerectomía se reserva para indicaciones específicas, no para todo aborto infectado.
- **Rh negativo no sensibilizada:** documentar grupo y aplicar el protocolo chileno/institucional según edad gestacional y evento. NICE 2026 no recomienda anti-D hasta 11+6 semanas en pérdida o ectópico; desde 12 semanas cambian las indicaciones. No trasladar sin distinción esta actualización internacional ni indicar 300 microgramos a toda paciente.
- **Acompañamiento:** explicar que la mayoría de pérdidas tempranas no son consecuencia de actividades cotidianas; ofrecer apoyo, anticoncepción si la desea y estudio especializado ante pérdidas recurrentes o sospecha etiológica.

Interrupción voluntaria del embarazo: marco chileno

- **Tres causales:** riesgo vital de la mujer; patología congénita adquirida o genética del embrión/feto incompatible con vida extrauterina independiente de carácter letal; embarazo por violación. Las dos primeras no tienen un límite de semanas establecido por la Ley 21.030.
- **Violación:** hasta 12 semanas; el plazo aumenta hasta 14 semanas solo si la niña es menor de 14 años. Una anomalía cromosómica por su nombre no acredita automáticamente la segunda causal.
- **Voluntariedad:** información comprensible, expresión de voluntad y oferta de acompañamiento sin imponerlo. Menores de 14 requieren autorización de representante o resolución judicial en los supuestos legales; entre 14 y 17 rigen reglas de información y protección específicas, con excepciones cuando avisar expone a riesgo.
- **Acceso:** activar equipo y ruta IVE, documentar y cumplir obligaciones legales de denuncia/protección que correspondan; no condicionar la atención a que la paciente denuncie. La objeción de conciencia no elimina deberes de derivación ni permite desatender la urgencia vital prevista por la ley.

Tres causales: criterios diferentes

Riesgo vital

La continuidad amenaza la vida de la mujer.

Condición letal

Incompatible con vida extrauterina independiente.

Violación

Hasta 12 semanas; hasta 14 si edad < 14 años.

La decisión es voluntaria y requiere activar el circuito clínico y legal correspondiente.

CLAVES EUNACOM

No intervenir una gestación potencialmente viable por hCG aislada.

Violación: 12 semanas; 14 solo en menores de 14 años.

Referencias: [1](#), [2](#), [119](#), [120](#), [121](#), [122](#). Bibliografía al final.

Embarazo ectópico

Sospecha y diagnóstico seguro

- **Implantación:** fuera de la cavidad endometrial, habitualmente tubaria; también intersticial, cervical, ovárica o en cicatriz de cesárea. Un embarazo heterotópico combina localización intrauterina y extrauterina, especialmente tras reproducción asistida.
- **Riesgos:** ectópico previo, daño tubario por infección/cirugía, tabaquismo y reproducción asistida. DIU reduce el riesgo absoluto de embarazo; si ocurre embarazo con DIU, buscar ectópico.
- **Clínica:** amenorrea, sangrado y dolor pélvico, a veces inespecíficos. Rotura: síncope, dolor de hombro, irritación peritoneal, líquido libre y shock; no esperar hCG seriada para operar una urgencia.
- **Confirmación:** saco extrauterino con saco vitelino o embrión en ecografía; masa anexial separada del ovario y hemoperitoneo apoyan la sospecha. Un cuerpo lúteo no es por sí mismo un ectópico.
- **Localización desconocida:** prueba positiva sin gestación visible intra ni extrauterina. Seguir síntomas, hCG seriada y ecografía; hCG >3.500 con útero vacío no basta para administrar metotrexato. Arias-Stella o ausencia de vellosidades aislada tampoco prueban ectópico.

Elegir tratamiento según riesgo

- **Inestable, rotura o sangrado importante:** reanimación y cirugía urgente. Laparoscopia si condición y recursos lo permiten; laparotomía puede ser necesaria en shock o hemorragia masiva.
- **Expectante:** solo selección especializada, sin dolor relevante, estable, masa pequeña sin latido, hCG baja y seguimiento fiable. Explicar que el riesgo de rotura persiste mientras no se resuelva.
- **Metotrexato:** embarazo ectópico confirmado no roto, sin gestación intrauterina viable ni contraindicaciones hematológicas, hepáticas o renales; exige seguimiento. No usar durante lactancia sin una evaluación y plan específicos.
- **Referencia NICE:** con masa <35 mm sin latido, sin dolor importante y seguimiento, ofrece metotrexato si hCG <1.500; entre 1.500 y <5.000 admite elección frente a cirugía. hCG ≥5.000, masa ≥35 mm, latido o dolor significativo favorecen cirugía.
- **Fertilidad:** salpingectomía suele preferirse con trompa contralateral sana; salpingotomía se considera por riesgo de infertilidad y exige vigilar trofoblasto persistente. La decisión no depende solo de la edad.

Ectópico: estabilidad antes que cifra

Inestable o roto

Reanimación y cirugía urgente.

Estable y confirmado

Evaluar dolor, masa, latido, hCG y contraindicaciones.

Manejo conservador

Solo con selección y seguimiento fiable.

Nueva alarma

Dolor creciente o síncope: urgencia aunque baje hCG.

Seguimiento y alarmas

- **Metotrexato, pauta de una dosis habitual:** 50 mg/m² IM en circuito especializado, con hemograma y función renal/hepática previos. Medir hCG días 4 y 7; una caída <15% entre ambos exige reevaluación para nueva dosis o cirugía; luego control semanal hasta negativizar.
- **Consejería:** evitar embarazo durante el intervalo recomendado tras metotrexato, alcohol y automedicación con folato/AINE según equipo; consultar ante dolor creciente, mareo o síncope. El descenso de hCG no garantiza ausencia de rotura.
- **Rh y control:** aplicar prevención anti-D según edad/protocolo; confirmar resolución y ofrecer evaluación precoz en una gestación posterior.

CLAVES EUNACOM

Útero vacío con hCG positiva es localización desconocida hasta aclararla.
Inestabilidad o sospecha de rotura requiere resolución urgente.

Referencias: [1](#), [123](#), [2](#), [120](#). Bibliografía al final.

Enfermedad del trofoblasto

Formas y señales clínicas

- **Mola completa:** habitualmente diploide de origen androgenético, sin embrión; mayor proliferación trofoblástica y riesgo de neoplasia posterior. Mola parcial: habitualmente triploide, puede contener tejido fetal; no equivale a un feto viable.
- **Sospecha:** metrorragia, útero mayor a la edad gestacional, hCG muy elevada, hiperémesis, quistes tecaluteínicos, hipertiroidismo o preeclampsia antes de 20 semanas. La ausencia de imagen clásica no excluye mola temprana.
- **Estudio:** hCG cuantitativa, ecografía, hemograma, grupo/Rh y evaluación de complicaciones; anatomía patológica del material confirma y distingue subtipos, con p57/genotipificación si es necesario. hCG >100.000 no es requisito diagnóstico.

Mola: dos patrones

Completa

Generalmente diploide androgenética; sin embrión.

Parcial

Generalmente triploide; puede haber tejido fetal.

Ambas

Confirmación histológica y vigilancia de hCG.

Evacuar y vigilar

- **Tratamiento inicial:** evacuación por aspiración con equipo preparado para hemorragia y control ecográfico cuando disponible. Histerectomía en casos seleccionados no elimina necesidad de seguimiento; el tamaño uterino aislado no la impone.
- **Seguimiento FIGO:** hCG cada 1-2 semanas hasta normalizar. En mola parcial, confirmar un mes después; en completa, controles mensuales durante seis meses tras normalización. Adaptar al centro de referencia y evolución.
- **Anticoncepción:** evitar una nueva gestación durante vigilancia para interpretar hCG; anticoncepción hormonal es aceptable. Quistes tecaluteínicos suelen involucionar al caer hCG, sin cirugía si no hay complicación.

Neoplasia trofoblástica gestacional

- **Formas:** mola invasora, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario y tumor trofoblástico epiteliode. Pueden aparecer después de una mola o de otro embarazo; sangrado persistente exige estudio.
- **Sospecha posmolar:** meseta de hCG en cuatro valores durante tres semanas, ascenso en tres valores durante dos semanas o histología de coriocarcinoma, según FIGO. Excluir embarazo nuevo y resultados falsos cuando la evolución no concuerda.
- **Derivación:** etapificación y puntaje pronóstico FIGO/OMS orientan quimioterapia; estadios I uterino, II genital extrauterino, III pulmón y IV otras metástasis. Bajo riesgo usual 0-6; alto ≥ 7 . No aplicar el mismo puntaje a tumor del sitio placentario o epiteliode.
- **Manejo especializado:** monoterapia o poliquimioterapia según riesgo, con cirugía en indicaciones seleccionadas. Síntomas pulmonares, neurológicos o sangrado intenso obligan a descartar metástasis/complicaciones; evitar biopsiar lesiones vaginales muy vasculares sin planificación.

Después de evacuar: seguimiento dirigido

hCG seriada

Cada 1-2 semanas hasta normalización.

Parcial

Confirmación al mes tras normalizar.

Completa

Control mensual por seis meses tras normalizar.

Meseta o ascenso

Evaluar neoplasia en centro especializado.

CLAVES EUNACOM

La anatomía patológica y la trayectoria de hCG guían el diagnóstico.
El seguimiento cambia entre mola parcial, completa y neoplasia.

Referencias: [1](#), [124](#). Bibliografía al final.

Placenta Previa

Localización placentaria y clínica

- **Placenta previa:** tejido placentario cubre el orificio cervical interno. Inserción baja: borde a menos de 20 mm sin cubrirlo; la distancia y su evolución orientan la vía de nacimiento.
- **Sospecha:** sangrado rojo e indoloro con útero habitualmente blando; el color y la ausencia de dolor no son diagnósticos. La hemorragia materna también puede comprometer al feto.
- **Ecografía:** transvaginal es segura y más precisa para medir la relación con el cuello. Una placenta baja a mitad del embarazo puede alejarse del orificio con el crecimiento uterino; reevaluar en tercer trimestre según protocolo.
- **Examen:** evitar tacto vaginal digital hasta excluir placenta previa. Espéculo cuidadoso puede identificar otras causas si la situación lo permite; no retrasar reanimación ante hemorragia.

La relación con el cuello cambia el plan

Cubre el orificio

Placenta previa: nacimiento por cesárea.

Borde < 20 mm

Inserción baja: valorar distancia, sangrado y recursos.

Sangrado activo

La estabilidad materno-fetal determina la urgencia.

Sangrado o hallazgo asintomático

- **Hemorragia:** valorar perfusión, cuantificar pérdidas, hemograma, coagulación/fibrinógeno y reserva de sangre; monitorizar al feto si es viable. Sangrado persistente importante o compromiso materno-fetal requiere nacimiento urgente.
- **Estable y pretérmino:** observación individualizada, acceso rápido a hospital y corticoides si se anticipa parto prematuro. No existe una regla de interrumpir toda hemorragia a las 34 semanas sin valorar severidad y recurrencia.
- **Placenta previa persistente:** cesárea planificada con sangre y equipo disponibles, habitualmente alrededor de 36-37 semanas según episodios y protocolo; la guía RCOG 2026 recomienda planificar antes de superar 37+6 en casos no complicados.
- **Placenta baja:** el parto vaginal puede ser posible en casos seleccionados según distancia, sangrado, presentación y recursos. Un borde <20 mm no implica automáticamente parto vaginal ni toda placenta baja exige cesárea.

Espectro de placenta acreta

- **Mecanismo:** adherencia anormal a miometrio por defecto decidual; increta invade miometrio y percreta atraviesa serosa, pudiendo afectar vejiga. Mayor riesgo con placenta previa y cesáreas/cirugías uterinas previas.
- **Sospecha prenatal:** ecografía dirigida con Doppler; resonancia solo si aporta a extensión o planificación. Derivar a centro multidisciplinario con obstetricia, anestesia, cirugía y banco de sangre.
- **Nacimiento:** plan anticipado de lugar, momento, técnica y transfusión. Cesárea-histerectomía dejando placenta in situ es una estrategia habitual; conservación uterina solo en casos seleccionados por expertos.
- **Alumbramiento:** placenta que no se separa y sangrado obliga a considerar acretismo. No insistir en extracción forzada, porque puede precipitar hemorragia masiva.

CLAVES EUNACOM

Sangrado tardío: excluir placenta previa antes del tacto digital.

Placenta previa y cesárea previa obligan a buscar acretismo.

Referencias: [1](#), [125](#). Bibliografía al final.

DPPNI

Desprendimiento antes del nacimiento

- **Definición:** separación prematura de una placenta normalmente insertada. Riesgos: hipertensión/preeclampsia, desprendimiento previo, trauma, tabaquismo y cocaína; puede ocurrir sin factores identificados.
- **Clínica:** dolor abdominal, contracciones, hipertonía uterina, sangrado y alteración fetal. El sangrado puede quedar oculto; su volumen externo no mide gravedad. No exigir sangre oscura ni todos los signos.
- **Diagnóstico clínico:** ecografía puede mostrar hematoma, pero una ecografía normal no lo excluye. Evaluar hemoglobina, plaquetas, coagulación, fibrinógeno y perfusión; el consumo de fibrinógeno alerta sobre coagulopatía.

Hemorragia tardía: patrones orientadores

Previa

Sangrado a menudo indoloro; confirmar localización.

Desprendimiento

Dolor e hipertonía; ecografía normal no excluye.

Vasa previa

Sangrado tras rotura de membranas y deterioro fetal.

En todos

Valorar madre y feto; no guiarse solo por el color.

Estabilización y resolución

- **Acciones simultáneas:** activar obstetricia/anestesia, accesos IV, pruebas y reserva sanguínea, monitorización materno-fetal y reanimación dirigida. Corregir coagulopatía y no retrasar por imágenes si hay compromiso.
- **Feto vivo comprometido:** nacimiento inmediato por la vía más rápida y segura; suele requerir cesárea si el parto vaginal no es inminente. Estabilidad y evolución permiten decisiones individualizadas en formas leves pretérmino.
- **Muerte fetal:** el parto vaginal suele ser preferible si la madre está estable y no existe otra contraindicación; la hemorragia o deterioro materno cambia la urgencia. No indicar cesárea únicamente por óbito.
- **Complicaciones:** shock, coagulación intravascular diseminada, lesión renal, hipoxia/muerte fetal y hemorragia posparto. La vigilancia continúa después del nacimiento.

CLAVES EUNACOM

Una ecografía normal no descarta desprendimiento.

El sangrado oculto puede causar shock con escasa metrorragia.

Referencias: [1](#). Bibliografía al final.

Muerte fetal y acompañamiento del duelo

Confirmación y seguridad materna

- **Sospecha:** ausencia o disminución de movimientos, o hallazgo en control. Confirmar ausencia de actividad cardíaca mediante ecografía por operador capacitado, con segunda evaluación si existe duda; no basarse solo en auscultación.
- **Definiciones:** el umbral de registro fetal/perinatal varía según propósito; en contexto chileno se utiliza habitualmente 22 semanas o 500 g. Aclarar el criterio y evitar mezclarlo con viabilidad individual o límites legales de IVE.
- **Evaluación materna:** síntomas de desprendimiento, preeclampsia, infección y hemorragia; hemograma/coagulación y otros exámenes según contexto. Si hay compromiso, estabilizar y resolver sin espera.

Nacimiento y estudio causal

- **Plan:** explicar opciones de inducción y vía de nacimiento según edad, cuello, cicatriz y preferencias. El parto vaginal suele ser preferible; cesárea se reserva para indicación materna/obstétrica específica.
- **Tiempo:** si estable, puede acordarse un intervalo breve con vigilancia y apoyo; no indicar rutinariamente esperar dos semanas ni asumir coagulación normal indefinidamente. Infección, sangrado o enfermedad materna imponen resolución.
- **Investigación:** historia completa, examen y estudio de placenta/cordón, evaluación fetal o autopsia con consentimiento y estudio genético cuando indicado. Dirigir pruebas maternas a sospecha, como hemorragia fetomaterna, infección o síndrome antifosfolípido; no panel indiscriminado de trombofilias.
- **Después:** revisar resultados con la familia, explicar incertidumbres y planificar próxima gestación según causa y riesgo. Una investigación sin causa identificada no significa que faltó cuidado familiar.

Duelo y continuidad

- **Comunicación:** informar con claridad, privacidad y tiempo, sin culpas ni frases que minimicen la pérdida. Ofrecer acompañante, contacto/recuerdos si la familia los desea y apoyo cultural o espiritual.
- **Cuidado puerperal:** dolor, sangrado, lactogénesis, salud mental y anticoncepción siguen siendo relevantes. Ofrecer manejo de lactancia/inhibición según preferencia y condiciones clínicas.
- **Seguimiento:** control materno y apoyo de duelo; identificar depresión, trauma y riesgo suicida. Respetar derechos y procedimientos locales de registro y despedida.

Atención tras confirmar muerte fetal

Seguridad

Descartar hemorragia, infección y enfermedad materna.

Nacimiento

Plan individual por edad, cicatriz y preferencias.

Estudio

Placenta, evaluación fetal y pruebas dirigidas.

Continuidad

Duelo, puerperio y consejo para otra gestación.

CLAVES EUNACOM

Confirmar con ecografía y evaluar primero la seguridad materna.

El duelo necesita acompañamiento y seguimiento, además de resolución obstétrica.

Referencias: [1](#), [126](#), [127](#). Bibliografía al final.

Prematuridad, parto y atención neonatal

Decidir cuándo esperar, cuándo intervenir y cómo responder a una urgencia.

Amenaza y trabajo de parto prematuro

Confirmar riesgo real

- **Definición:** trabajo de parto antes de 37 semanas, con contracciones y cambios cervicales. Contracciones aisladas no equivalen a parto establecido; descartar rotura de membranas, infección, desprendimiento y patología urinaria.
- **Evaluación:** edad gestacional fiable, historia de prematuridad/cirugía cervical, signos vitales, dinámica uterina, cuello y bienestar fetal. Longitud cervical transvaginal y fibronectina ayudan en escenarios seleccionados; interpretar según edad y protocolo.
- **Pruebas en sintomáticas, NICE:** desde 30 semanas y con membranas íntegras, cuello ≤ 15 mm orienta a tratar trabajo de parto prematuro; > 15 mm reduce probabilidad inmediata. Si no hay ecografía aceptable, fibronectina ≤ 50 ng/mL favorece bajo riesgo; integrar clínica y no combinar ambos tests como regla.
- **Prevención:** identificar antecedente de prematuridad y cuello corto en segundo trimestre. Progesterona vaginal o cerclaje se indican por historia, longitud y dilatación; no son intercambiables ni universales. No se recomienda reposo en cama rutinario.
- **Derivación:** priorizar traslado intraútero a centro con capacidad neonatal si madre y feto están estables; no trasladar sin resolver una emergencia.

Ganar tiempo cuando prolongar es seguro

- **Corticoides:** si existe alta probabilidad de nacimiento prematuro en siete días, betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis o dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por cuatro dosis. Habitualmente entre 24 y 33+6 semanas; los extremos requieren protocolo y evaluación de beneficios/riesgos.
- **Tocólisis:** busca una demora breve para corticoides/traslado, no prolongar indefinidamente. Nifedipino es una opción frecuente en membranas íntegras y paciente estable; pauta y presión arterial deben vigilarse. No usar diazepam o antiespasmódicos como tratamiento del trabajo de parto.
- **Contraindicaciones:** infección intraamniótica, hemorragia relevante/desprendimiento, compromiso fetal, eclampsia u otra indicación de nacimiento. No retrasar una resolución necesaria para completar corticoides.
- **Neuroprotección:** sulfato de magnesio cuando el nacimiento muy prematuro es inminente; rango habitual < 32 semanas según protocolo. Pauta NICE: carga 4 g IV en 15 minutos y 1 g/h hasta nacimiento o máximo 24 horas; vigilar respiración, reflejos, diuresis y función renal.
- **Antibióticos:** no se indican a toda amenaza con membranas íntegras. Diferenciar infección comprobada, profilaxis intraparto de estreptococo B y antibióticos de latencia si hay RPM.

Tres intervenciones, tres objetivos

Corticoide

Disminuir complicaciones del nacimiento prematuro.

Tocólisis breve

Permitir traslado o completar corticoides si es seguro.

Magnesio

Neuroprotección ante parto muy prematuro inminente.

Resolver

No demorar si hay infección o compromiso materno-fetal.

CLAVES EUNACOM

Corticoides, tocólisis y magnesio tienen objetivos distintos.

Una indicación materno-fetal de nacimiento prevalece sobre completar tratamientos.

Referencias: [1](#), [128](#). Bibliografía al final.

RPM

Confirmar pérdida de líquido amniótico

- **Concepto:** rotura de membranas antes de iniciar trabajo de parto; pretérmino si ocurre antes de 37 semanas. Preguntar inicio, cantidad, color, olor, contracciones, sangrado, fiebre y movimientos fetales.
- **Examen:** espéculo estéril para observar líquido en fondo de saco o salida por cuello; evitar tactos digitales repetidos si no son necesarios para parto inminente. Diferenciar orina, flujo, tapón mucoso y otras secreciones.
- **Pruebas:** cristalización y pH tienen falsos resultados por contaminación; sangre, semen o infección pueden alterar pH. Si no se ve líquido, pruebas de PAMG-1/IGFBP-1 pueden apoyar según disponibilidad, sin interpretarlas fuera del contexto.
- **Ecografía:** oligohidramnios apoya, pero no confirma por sí solo y volumen normal no descarta. Revisar presentación, crecimiento y bienestar; vigilar prolapso de cordón, desprendimiento e infección.

Edad gestacional y complicaciones orientan conducta

- **En cualquier edad:** infección, compromiso materno-fetal, desprendimiento importante o prolapso exigen resolución; no usar tocólisis para diferirla.
- **Término:** ofrecer inducción o un período breve de espera informada según protocolo; reevaluar riesgos infecciosos. El estado de estreptococo B y los signos clínicos modifican el plan.

- **Pretérmino temprano:** hospitalización inicial, vigilancia materno-fetal, corticoides y antibióticos de latencia; magnesio si nacimiento inminente y edad indicada. En rotura previsible/perible, consejería especializada sobre pronóstico, infección y opciones.
- **Entre 34 y 36+6:** la conducta varía por guía y contexto; discutir nacimiento versus espera vigilada sin infección. RCOG ofrece espera hasta 37 semanas en seleccionadas; no convertir el corte de 34 semanas del apunte en regla universal.

RPM: la complicación manda

Infección o compromiso

Antibióticos si corresponde y resolución urgente.

Pretérmino estable

Vigilancia y medidas de maduración/latencia.

34-36+6 semanas

Decisión individual según guía y recursos.

Término

Plan de nacimiento y prevención de infección.

Prevenir infección sin confundir indicaciones

- **Latencia:** utilizar esquema validado local de ampicilina/amoxicilina y macrólido, o pauta de eritromicina de la guía que se siga. No mezclar duraciones de protocolos distintos; evitar amoxicilina-clavulánico como esquema de latencia por riesgo neonatal.
- **Estreptococo B:** la profilaxis intraparto se decide por cultivo, antecedentes y factores de riesgo, aunque haya recibido antibióticos de latencia. No prolongar antibióticos sin indicación ni omitir cultivos relevantes.
- **Vigilancia:** temperatura, pulso, dolor uterino, olor del líquido, dinámica y frecuencia fetal; leucocitos/PCR aislados no diagnostican corioamnionitis. Explicar reconsulta urgente y registrar evolución.
- **Inducción y cicatriz:** una cesárea segmentaria previa no prohíbe toda inducción; seleccionar método en un centro preparado para cesárea urgente. Misoprostol para maduración a término está contraindicado con cicatriz de cesárea por riesgo de rotura.

CLAVES EUNACOM

Diagnóstico con historia y espéculo; limitar tactos digitales.

Distinguir antibiótico de latencia, profilaxis SGB y tratamiento de infección.

Referencias: [1](#), [129](#), [128](#), [130](#). Bibliografía al final.

Trabajo de parto, inducción y vía de nacimiento

Evaluación y acompañamiento

- **Ingreso:** confirmar trabajo de parto, edad gestacional, presentación, membranas, sangrado y riesgo materno-fetal; revisar resultados prenatales y necesidad de profilaxis SGB. Ofrecer acompañante, analgesia e información para decisiones compartidas.
- **Períodos:** dilatación hasta 10 cm; expulsivo desde dilatación completa al nacimiento; alumbramiento hasta expulsar placenta y membranas. Vigilar tono y sangrado después, aunque el alumbramiento parezca completo.
- **Fase activa:** ACOG utiliza ≥ 6 cm y OMS ≥ 5 cm; distinguir la fuente. No diagnosticar detención activa a 4 cm ni exigir 1 cm/h a todas las pacientes. Una fase latente prolongada aislada no obliga a cesárea.
- **Atención fisiológica:** movilidad y posición elegida si es seguro, hidratación, apoyo continuo y analgesia según preferencia. No realizar rasurado, enemas, amniotomía o episiotomía de rutina; monitorización intermitente o continua según riesgo.

Progreso y conducción

- **Detención activa, ACOG:** ≥ 6 cm, membranas rotas y ausencia de cambio cervical pese a cuatro horas de contracciones adecuadas o seis horas de actividad insuficiente con oxitocina. Antes, revisar posición fetal, contracciones y causas corregibles.
- **Oxitocina:** titular con bomba y vigilancia según protocolo; no tratar el partograma de forma automática. Más de cinco contracciones en diez minutos, promediadas en treinta minutos, sugiere taquisistolia y obliga a reducir/suspender estímulo y evaluar al feto.
- **Expulsivo:** valorar descenso y rotación, calidad del pujo y estado materno-fetal. ACOG define prolongación por >3 horas de pujo en nulíparas o >2 en multíparas, con decisión individual; no usar el reloj como única indicación quirúrgica.
- **Prueba de parto:** permite evaluar progreso cuando existe sospecha de desproporción, en condiciones vigiladas y con capacidad de resolver. Parto instrumental exige requisitos y operador entrenado; si no se cumplen o fracasa, cesárea según contexto.

Antes de diagnosticar falta de progreso

Fase correcta

Identificar dilatación y criterio de fase activa.

Dinámica

Frecuencia, eficacia y seguridad de contracciones.

Feto y pelvis

Descenso, rotación, posición y posible obstrucción.

Bienestar

Madre y feto determinan cuánto es seguro esperar.

Bishop: cinco variables, total de 0 a 13

Variable	Puntaje por hallazgo
Dilatación	0: cerrado; 1: 1-2 cm; 2: 3-4 cm; 3: ≥ 5 cm.
Borramiento	0: $\leq 30\%$; 1: 40-50%; 2: 60-70%; 3: $\geq 80\%$.
Estación de la presentación	0: -3; 1: -2; 2: -1 o 0; 3: +1 o +2, respecto de espinas ciáticas.
Consistencia cervical	0: firme; 1: intermedia; 2: blanda.
Posición del cuello	0: posterior; 1: media; 2: anterior.

Inducción y maduración cervical

- **Interpretación de Bishop:** ≥ 8 suele indicar cuello favorable; ≤ 6 desfavorable y 7 intermedio. No predice por sí solo éxito ni seguridad; algunas guías eligen métodos usando corte >6 , que debe identificarse.
- **Indicación:** beneficio de terminar la gestación supera continuarla, o indicación electiva protocolizada con consentimiento. Verificar presentación, placenta, cicatriz, bienestar y posibilidad de parto vaginal.
- **Métodos:** cuello favorable permite amniotomía y/o oxitocina según caso; desfavorable puede requerir balón o prostaglandinas. Seleccionar dosis, intervalos y vigilancia institucionales; no administrar juntos fármacos uterotónicos sin respetar intervalos.
- **Contraindicaciones a parto vaginal:** placenta previa o vasa previa, situación transversa persistente, cicatriz uterina de alto riesgo u otras condiciones. Misoprostol para inducción a término no debe usarse con cesárea previa.
- **Cicatriz segmentaria:** una cesárea previa no excluye prueba de trabajo de parto; incluso dos segmentarias requieren evaluación individual especializada. Incisión corporal/clásica y rotura uterina previa implican otro riesgo. El intervalo corto aumenta riesgo, pero no sustituye valoración completa.

Presentación, posición y cesárea

- **Vértice:** punto de referencia occipucio; posición expresa su relación con pelvis materna. Bregma refleja menor flexión, puede corregirse; frente persistente dificulta encajamiento y suele requerir cesárea.
- **Cara:** referencia mentón; mentoanterior puede permitir parto vaginal seleccionado, mentoposterior persistente suele impedirlo. Situación transversa: hombro/acromion; requiere versión apropiada antes del parto o cesárea si persiste.
- **Podálica:** referencia sacro; riesgo de retención de cabeza. Ofrecer versión cefálica externa cuando elegible; cesárea es frecuente, con parto vaginal solo bajo criterios estrictos y experiencia.
- **Indicaciones:** compromiso fetal que requiere extracción rápida, obstrucción/desproporción confirmada, presentación no apta y condiciones placentarias, entre otras. Preeclampsia, corioamnionitis o prematuridad por sí solas no determinan siempre cesárea.

- **Alumbramiento:** uterotónico preventivo, tracción controlada por personal entrenado y revisión de integridad de placenta/canal según clínica. Placenta retenida o sangrado requieren evaluación oportuna; no tirar del cordón contra un útero relajado.

CLAVES EUNACOM

El progreso se interpreta con dilatación, contracciones, descenso y bienestar.

Bishop ayuda a elegir maduración; no reemplaza las contraindicaciones.

Referencias: [1](#), [131](#), [130](#). Bibliografía al final.

Urgencias durante el trabajo de parto

Rotura uterina y sangrado fetal

- **Rotura uterina:** mayor riesgo con cicatriz, especialmente corporal o inducción inapropiada. Alteración brusca de frecuencia fetal, dolor persistente, pérdida de estación, sangrado o shock pueden preceder hallazgos evidentes; las contracciones no siempre desaparecen.
- **Conducta:** suspender oxitocina, pedir ayuda, reanimar y laparotomía/cesárea urgente; reparación o histerectomía según extensión, sangrado y condición. No esperar una ecografía confirmatoria si la sospecha es alta.
- **Vasa previa:** vasos fetales desprotegidos cruzan cerca del orificio cervical, por inserción velamentosa o lóbulos placentarios. Sangrado tras rotura de membranas con bradicardia fetal puede corresponder a exanguinación fetal pese a madre estable.
- **Resolución:** cesárea urgente y preparación neonatal/transfusional ante rotura de vasos. Si se detecta prenatalmente por ecografía transvaginal con Doppler, planificar nacimiento antes de trabajo de parto/rotura según medicina fetal.
- **Inserción velamentosa aislada:** no equivale a vasa previa ni obliga siempre a cesárea. Confirmar recorrido vascular y vigilar crecimiento/parto según hallazgos; no asumir que siempre desaparece.

Prolapso de cordón

- **Reconocer:** bradicardia o desaceleración prolongada tras rotura de membranas; cordón visible/palpable por debajo de la presentación. Riesgo con presentación alta, prematuridad, polihidramnios y malpresentación.
- **Descomprimir:** pedir ayuda y elevar manualmente la presentación, con posición materna que reduzca compresión; manipular el cordón lo mínimo y evitar enfriamiento. No intentar reintroducirlo para continuar un parto sin resolver.
- **Nacimiento:** cesárea urgente salvo parto vaginal verdaderamente inminente y más rápido. Mantener descompresión y vigilancia durante preparación/traslado; considerar medidas adicionales protocolizadas si hay demora.

Distocia de hombros

- **Diagnóstico:** cabeza nace pero hombros no se liberan con tracción axial suave; puede aparecer signo de la tortuga. Puede ocurrir sin macrosomía predicha; avisar ayuda y registrar tiempos.
- **Primeras maniobras:** McRoberts (hiperflexión de muslos) y presión suprapúbica dirigida. No realizar presión fúndica ni tracción excesiva de cabeza/cuello.
- **Si persiste:** operador entrenado realiza maniobras internas, extracción del brazo posterior o cambio a cuatro apoyos según situación. Episiotomía no resuelve la impactación ósea, aunque puede facilitar acceso interno.

- **Después:** examinar lesiones maternas y hemorragia; evaluar recién nacido por fracturas, lesión de plexo e hipoxia. Documentar secuencia y explicar lo ocurrido.

Deterioro fetal brusco: buscar la causa

Cicatriz y dolor

Sospechar rotura uterina; resolución quirúrgica.

Sangrado tras rotura

Pensar en vasa previa y hemorragia fetal.

Cordón bajo presentación

Descomprimir y acelerar nacimiento.

Cabeza nacida, hombros no

Activar maniobras de distocia de hombros.

CLAVES EUNACOM

Sangrado tras rotura y deterioro fetal puede provenir del feto.
En distocia de hombros, nunca presión sobre el fondo uterino.

Referencias: [1](#), [132](#), [133](#), [125](#). Bibliografía al final.

Atención inmediata del recién nacido

Preparar y acompañar la transición

- **Antes del nacimiento:** revisar riesgos, material, temperatura y funciones del equipo. Recién nacido con buen tono y respiración puede recibir cuidado junto a la madre, contacto piel con piel vigilado y apoyo a lactancia.
- **Pasos iniciales:** calor, posición de vía aérea, secado apropiado a madurez y estimulación suave; aspirar solo si secreciones obstruyen. Meconio por sí solo no indica aspiración rutinaria ni intubación.
- **Cordón:** en la mayoría de quienes no requieren reanimación inmediata, diferir pinzamiento al menos 60 segundos según AHA/AAP. Evitar pérdida de calor; objetivo habitual 36,5-37,5 °C.
- **Apgar:** registrar a uno y cinco minutos; si a cinco minutos es <7, repetir cada cinco hasta veinte. Describe adaptación y respuesta, pero no decide cuándo comenzar reanimación ni diagnostica asfixia por sí solo.

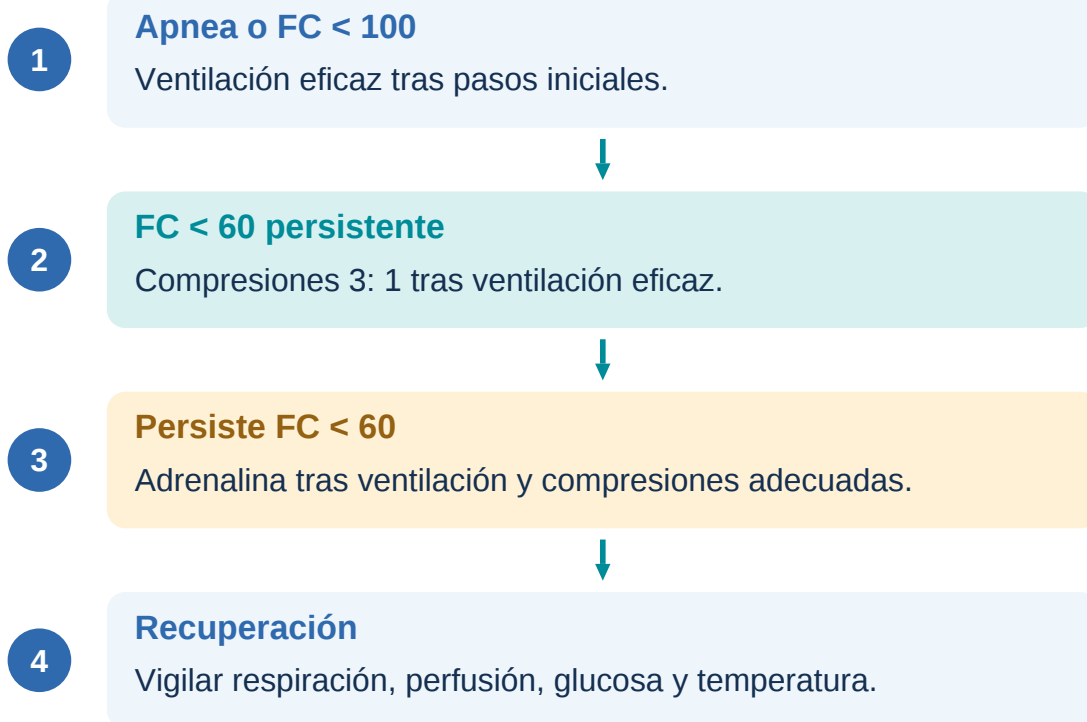
Apgar: cinco componentes, de 0 a 2 cada uno

Componente	Asignación de puntos
Frecuencia cardíaca	0: ausente; 1: <100/min; 2: ≥100/min.
Respiración	0: ausente; 1: lenta/irregular o llanto débil; 2: eficaz, llanto vigoroso.
Tono muscular	0: flácido; 1: flexión parcial; 2: movimiento activo.
Respuesta refleja	0: ninguna; 1: mueca; 2: tos, estornudo o retirada vigorosa.
Color	0: pálido/cianótico; 1: tronco rosado y extremidades azules; 2: rosado generalizado.

Reanimación: ventilación primero

- **Ventilación a presión positiva:** iniciar si apnea, jadeo o frecuencia <100/min pese a pasos iniciales; comenzar dentro del primer minuto, a 30-60 insuflaciones/min según AHA/AAP 2025. La elevación de frecuencia cardíaca indica eficacia.
- **Si no mejora:** corregir sello, posición y obstrucción, comprobar movimiento torácico y considerar vía aérea alternativa. Oxígeno inicial y titulación dependen de edad gestacional; en ≥35 semanas se inicia con aire ambiente, usando oximetría preductal.
- **Compresiones:** frecuencia <60/min tras al menos treinta segundos de ventilación eficaz que mueve el tórax: relación 3:1, aproximadamente 90 compresiones y 30 ventilaciones por minuto, con vía aérea adecuada y oxígeno al 100% durante compresiones.
- **Adrenalina:** si persiste <60/min tras sesenta segundos de compresiones y ventilación eficaces, 0,01-0,03 mg/kg intravascular; repetir cada 3-5 minutos si indicada. Preparado 0,1 mg/mL: equivale a 0,1-0,3 mL/kg. Comprobar concentración y acceso, preferentemente umbilical.
- **Posterior:** monitorizar respiración, perfusión, temperatura y glucosa; buscar hipovolemia, neumotórax u otra causa si respuesta insuficiente. Comunicar tiempos e intervenciones al equipo neonatal.

Reanimación neonatal: escalar por respuesta



Cada escalón exige comprobar la eficacia del anterior; seguir tiempos y dosis del texto.

Profilaxis, examen y pesquisa

- **Cuidados:** examen físico completo, antropometría, evaluación de alimentación y adaptación. Vitamina K IM previene hemorragia; dosis según peso/protocolo neonatal.
- **Profilaxis ocular:** utilizar agente del protocolo local; no fijar gentamicina como fármaco universal. Vacunas BCG/hepatitis B según PNI, peso y condiciones; hijos de madre HBsAg positiva requieren además inmunoglobulina específica temprana.
- **Pesquisa:** tamiz de hipotiroidismo/fenilcetonuria y panel implementado en la red, con muestra en ventana indicada y repetición si prematuro/transfundido u otra condición. Evaluar audición y cardiopatía crítica según programa; no limitar toda pesquisa a un examen aislado a las 48 horas.

Encefalopatía y convulsiones neonatales

- **Asfixia/EHI:** integrar evento perinatal, acidosis, necesidad de reanimación, examen neurológico y disfunción orgánica; Apgar bajo aislado o una ecografía normal no establecen ni excluyen encefalopatía hipóxico-isquémica.
- **Hipotermia terapéutica:** neonatología evalúa criterios, habitualmente ≥ 36 semanas, antes de seis horas y con encefalopatía moderada/grave y evidencia de hipoxia-isquemia. Enfriamiento corporal controlado alrededor de 33,5 °C durante 72 horas, con monitorización y recalentamiento protocolizado; no enfriar de forma improvisada.

- **Convulsiones:** muchas son electrográficas y sin movimientos evidentes; confirmar con EEG y estudiar glucosa, calcio, infección, hemorragia, lesión hipóxica y causas genéticas/metabólicas según contexto.
- **Tratamiento:** soporte y corrección de la causa; fenobarbital suele ser primera línea, con excepciones etiológicas y selección especializada. Neuroimagen, seguimiento del desarrollo y apoyo a la familia forman parte del manejo.

CLAVES EUNACOM

No esperar al Apgar para ventilar a un recién nacido que lo necesita.

Hipotermia terapéutica exige criterios, tiempo y control especializado.

Referencias: [1](#), [134](#), [135](#), [136](#), [137](#). Bibliografía al final.

Puerperio, lactancia y salud mental

Prevenir deterioro, reconocer alarmas y sostener el cuidado después del nacimiento.

Hemorragia posparto

Reconocer antes del shock

- **Tiempo:** primaria en primeras 24 horas; secundaria después, relacionada con restos, infección o subinvolución, entre otras causas. El sangrado continuo con deterioro requiere tratamiento aunque no se alcance un volumen convencional.
- **Cuantificación:** usar medición objetiva acumulada cuando sea posible, junto con pulso, presión, conciencia y diuresis. La estimación visual suele subestimar; hemoglobina inicial normal no descarta pérdida aguda.
- **Criterio OMS 2025 para activar respuesta:** pérdida ≥ 500 mL, o ≥ 300 mL con pulso $> 100/\text{min}$, índice de shock > 1 , sistólica < 100 o diastólica < 60 mmHg, lo que ocurra primero en 24 horas. No esperar 1.000 mL tras cesárea si hay deterioro.
- **Índice de shock:** frecuencia cardíaca dividida por presión sistólica; interpretar tendencia y contexto. Activar ayuda y protocolo de hemorragia masiva cuando corresponda.

Buscar las cuatro T mientras se reanima

- **Tono:** atonía uterina, útero blando/aumentado. Masaje uterino, vaciamiento vesical, uterotónicos y compresión bimanual como puente según equipo.
- **Trauma:** desgarros de canal, hematomas, rotura o inversión uterina. Útero firme con sangrado obliga a buscar lesión; reparar y resolver la causa. Inversión requiere reposición urgente por personal entrenado, no tracción adicional del cordón.
- **Tejido:** placenta o restos retenidos; revisar integridad y evaluar extracción/evacuación indicada. Sospechar acretismo si no se desprende; no forzar. La ecografía complementa, pero coágulos y restos pueden confundirse.
- **Trombina:** coagulopatía previa o adquirida por desprendimiento, sepsis, HELLP o hemorragia masiva. Corregir guiado por laboratorio/viscoelasticidad y protocolo; vigilar fibrinógeno, plaquetas, temperatura y calcio.

Cuatro T: orientar la causa

Tono

Atonía: útero blando.

Trauma

Desgarro, hematoma, inversión o rotura.

Tejido

Placenta/restos; considerar acretismo.

Trombina

Coagulopatía y consumo de factores.

Respuesta inicial coordinada

- **En paralelo:** pedir ayuda, masaje si atonía, uterotónico, ácido tranexámico, accesos IV y cristaloides isotónicos prudentes, muestras/reserva sanguínea, examen de la causa y escalamiento. Oxígeno si hipoxemia y soporte avanzado según estado.
- **Oxitocina:** uterotónico de primera línea; dosis inicial e infusión según protocolo institucional, evitando bolo IV rápido por hipotensión. Ergometrina/metilergometrina se evitan en hipertensión; carboprost se evita en asma. Misoprostol es alternativa según disponibilidad y pauta.
- **Ácido tranexámico:** 1 g IV en diez minutos, cuanto antes y dentro de tres horas del nacimiento; repetir 1 g si persiste sangrado a treinta minutos o reaparece dentro de 24 horas. No esperar fracaso de todos los uterotónicos para iniciarlo.
- **Sangre y control definitivo:** activar transfusión masiva por situación clínica, no solo hemoglobina. Reponer componentes y mantener normotermia; corregir fibrinógeno bajo según protocolo. Balón intrauterino, embolización o cirugía dependen de causa y recursos.
- **Cirugía:** suturas compresivas, ligaduras vasculares o histerectomía cuando se requiere; no retrasar una intervención salvadora por agotar secuencialmente todas las opciones. Vigilar recurrencia, anemia y repercusión emocional.

Hemorragia: medidas simultáneas

Activar y reanimar

Equipo, accesos, monitorización y sangre.

Tratar

Uterotónico y tranexámico precoz.

Buscar causa

Tono, trauma, tejido y coagulación.

Control definitivo

Escalar pronto según respuesta y causa.

El esquema representa acciones coordinadas; no esperar a terminar una para empezar las demás.

Sangrado secundario y prevención

- **Después de 24 horas:** investigar restos retenidos, endometritis, subinvolución y lesiones vasculares; no indicar legrado a toda endometritis. Sangrado intermitente intenso tras cesárea puede requerir Doppler para descartar pseudoaneurisma antes de instrumentar.
- **Prevención:** corregir anemia prenatal, identificar riesgos, disponer de recursos y usar uterotónico preventivo tras nacimiento según protocolo. Ausencia de factores de riesgo no excluye hemorragia.
- **Alta:** explicar volumen/evolución esperada de loquios y reconsulta inmediata si empapa repetidamente compresas, presenta coágulos grandes, mareo, fiebre o dolor creciente.

CLAVES EUNACOM

Las cuatro T se buscan mientras se trata la hemorragia.

Tranexámico temprano y control de la causa; no esperar al shock.

Referencias: [1](#), [138](#), [139](#). Bibliografía al final.

Puerperio normal, fiebre y tromboembolismo

Recuperación y control integral

- **Duración:** período de recuperación puerperal aproximadamente seis semanas, con necesidades de seguimiento que pueden prolongarse. Involución uterina, entuertos y cambio progresivo de loquios son esperables si no hay alarma.
- **Evaluación:** sangrado, presión arterial, dolor, temperatura, heridas/periné, micción, tránsito, lactancia, anemia, movilidad y salud mental. Asegurar analgesia compatible, apoyo familiar y control oportuno.

- **Consejería:** higiene, actividad progresiva, cuidado de herida, retorno a sexualidad según recuperación y deseo, anticoncepción y signos de alarma. La ovulación puede preceder a la primera menstruación.
- **Alarmas:** disnea/dolor torácico, pierna unilateralmente hinchada, cefalea intensa/visión alterada, dolor epigástrico, fiebre, sangrado creciente y alteración conductual. Preeclampsia puede debutar después del parto.

Cuatro alarmas que no deben esperar

Sangrado

Aumento, coágulos grandes o mareo.

Infección

Fiebre, dolor progresivo o mal estado.

Vascular

Disnea, dolor torácico o pierna hinchada.

Neurológica/mental

Cefalea intensa, visión alterada o conducta anormal.

Fiebre y endometritis

- **Buscar foco:** endometritis, herida quirúrgica/perineal, ITU, mastitis, infección respiratoria y otras causas. Signos de sepsis requieren tratamiento inmediato; no atribuir fiebre alta persistente a bajada de leche.
- **Endometritis:** fiebre, sensibilidad uterina, loquios anormales/malolientes y subinvolución; riesgo mayor tras cesárea, RPM prolongada, múltiples tactos o restos. El diagnóstico es clínico y no requiere que aparezcan todos los signos.
- **Tratamiento:** antibióticos IV con cobertura polimicrobiana; clindamicina más gentamicina es esquema recomendado, ajustado a función renal y protocolo. Considerar ampicilina si enterococo o mala respuesta; cultivos/estudio dirigido en cuadros graves o persistentes.
- **Falta de mejoría a 48-72 horas:** buscar restos, absceso, resistencia, infección de herida o tromboflebitis pélvica séptica. Evacuar solo si existe indicación por restos/foco, no como paso automático.
- **Tromboflebitis séptica:** fiebre persistente pese a antibiótico adecuado, a veces dolor abdominal; TC/RM puede mostrar trombosis pélvica/ovárica. Antibióticos y eventual anticoagulación se individualizan con equipo especialista; no toda imagen negativa la excluye.

Trombosis venosa y embolia pulmonar

- **Riesgo:** embarazo y especialmente puerperio son estados protrombóticos; cesárea, inmovilidad, obesidad, hemorragia y antecedente de trombosis lo aumentan. Valorar prevención por riesgo y contraindicaciones, no heparina universal.
- **Sospecha:** edema/dolor unilateral de pierna, disnea inexplicada, dolor pleurítico, hemoptisis, síncope o hipoxemia. No atribuirlos automáticamente a cambios normales del puerperio.

- **Diagnóstico:** ecografía venosa para TVP; estudio de TEP con imagen apropiada según clínica y disponibilidad. No descartar por dímero D aislado ni omitir imagen necesaria por temor a radiación.
- **Tratamiento:** heparina de bajo peso molecular es opción habitual en pacientes estables; inestabilidad exige equipo avanzado y considerar reperfusión. En lactancia, heparinas y warfarina son compatibles; anticoagulantes orales directos generalmente se evitan por información insuficiente.
- **Coordinación:** ajustar anticoagulación a hemorragia, función renal, procedimientos y anestesia neuroaxial; el manejo no es idéntico al de cualquier paciente no gestante.

CLAVES EUNACOM

Fiebre persistente pese a tratamiento obliga a revisar foco y diagnóstico.

El puerperio combina riesgo de infección, hemorragia y trombosis.

Referencias: [127](#), [140](#), [141](#). Bibliografía al final.

Lactancia y problemas mamarios del puerperio

Fisiología y técnica

- **Producción:** caída de progesterona tras alumbramiento permite lactogénesis; prolactina favorece producción y oxitocina la eyección. Succión y extracción fisiológica regulan oferta; dolor, estrés o mal agarre pueden interferir.
- **Inicio:** contacto piel con piel y apoyo temprano si madre e hijo están estables; observar una toma. Buen agarre profundo, boca amplia, labios evertidos, deglución y ausencia de dolor persistente orientan transferencia eficaz.
- **Frecuencia:** alimentar según señales del lactante, sin imponer horarios rígidos. Vigilar peso, diuresis, deposiciones y estado del niño; si transferencia insuficiente, evaluar técnica, anatomía, producción y necesidad de suplementación indicada.
- **Recomendación chilena:** lactancia exclusiva hasta seis meses y luego complementaria hasta dos años o más según decisión familiar. Aporta nutrición, protección frente a infecciones y beneficios maternos; no garantiza ausencia de alergias ni pérdida de peso.
- **Apoyo:** evitar culpabilizar si hay dificultades o se requiere alimentación alternativa. Extracción, conservación y retorno al trabajo se planifican con higiene y red de apoyo.

Congestión, grietas y punto blanco

- **Congestión:** plenitud y edema, frecuentemente bilateral; revisar agarre y tomas, usar frío local y analgesia compatible. Extracción breve para confort si es necesaria, sin sobreestimar para vaciar repetidamente.
- **Grietas:** identificar agarre, trauma por extractor, dermatitis, vasoespasmo o infección; corregir causa. Dolor persistente no debe normalizarse ni atribuirse siempre a candidiasis.
- **Punto blanco o ampolla inflamatoria:** puede relacionarse con inflamación ductal; no perforar con aguja ni exprimir vigorosamente. Evaluar técnica, hiperlactación y tratamiento local especializado si persiste.
- **Glándula accesoria:** tejido mamario, con frecuencia axilar, que puede aumentar y doler al iniciar lactancia; frío y analgesia suelen bastar. Masa atípica o persistente requiere estudio; cirugía solo por indicación individual.

Mastitis y absceso

- **Espectro:** inflamación puede causar dolor, eritema y síntomas sistémicos sin infección bacteriana inicial. Evaluar duración, gravedad y evolución; no indicar antibiótico a toda congestión.
- **Cuidados:** mantener lactancia fisiológica si es tolerada, frío y antiinflamatorio compatible; evitar masaje profundo y sobreextracción. No es necesario desechar leche de forma rutinaria.
- **Mastitis bacteriana:** antibiótico dirigido a flora habitual según resistencias y alergias; como referencia ABM, flucloxacilina/dicloxacilina 500 mg cada seis horas o cefalexina 500 mg cada seis horas, generalmente 10-14 días. No usar vancomicina más cefepima como pauta universal.
- **Sin respuesta o grave:** reevaluar a las 24-48 horas, considerar cultivo de leche, resistencia y ecografía por absceso/flegmón. Sepsis o incapacidad de manejo oral requiere ingreso y tratamiento IV individual.
- **Absceso:** colección requiere drenaje por punción guiada o cirugía según caso y cultivo, además de antibiótico si corresponde. Habitualmente puede continuar lactancia evitando contacto del niño con drenaje/pus; verificar resolución y descartar lesión subyacente si recurre.

Dolor mamario: distinguir el problema

Congestión

Edema/plenitud: técnica, frío y confort.

Inflamación

Dolor y eritema: valorar evolución; no siempre bacterias.

Bacteriana

Antibiótico dirigido y reevaluación.

Absceso

Ecografía y drenaje de la colección.

Cuándo adaptar o suspender

- **Contraindicaciones:** galactosemia clásica del lactante y HTLV-1/2 materno contraindican leche materna; en VIH seguir estrategia chilena de reemplazo seguro y equipo especializado.
- **Herpes mamario:** evitar alimentación y leche contaminada de la mama con lesiones hasta resolución; la otra puede utilizarse si las lesiones están cubiertas y no contactan al niño. Tuberculosis contagiosa requiere medidas de separación/prevención, pero leche extraída puede ser posible si no hay lesión mamaria ni otra contraindicación.
- **Fármacos y sustancias:** revisar molécula, dosis, edad del lactante y exposición; quimioterapia citotóxica y ciertos radiofármacos requieren suspensión. Consumo activo de drogas exige un plan individual de seguridad; no confundir tratamiento estable con metadona/buprenorfina con uso ilícito activo.
- **Situaciones compatibles:** hepatitis B con profilaxis neonatal, diarrea o vómitos habituales y COVID-19 no suelen obligar a suspender; reforzar higiene y tratamiento apropiado.

- **Inhibición de lactancia:** cabergolina puede indicarse en situaciones seleccionadas tras evaluación de contraindicaciones, incluida hipertensión/trastornos puerperales; no usarla de rutina ni sin acompañar la decisión.

CLAVES EUNACOM

Mastitis no implica siempre infección ni obliga a suspender lactancia.

Evitar masaje profundo y extracción excesiva para vaciar la mama.

Referencias: [142](#), [143](#), [144](#), [115](#), [127](#). Bibliografía al final.

Salud mental durante embarazo y puerperio

Pesquisa y diagnóstico

- **Entrevista:** ánimo, ansiedad, sueño, funcionamiento, apoyo, violencia, antecedentes de manía/psicosis, consumo y tratamiento previo. Preguntar directamente por suicidio o daño al bebé cuando corresponda.
- **Depresión:** ánimo deprimido o anhedonia con síntomas persistentes y deterioro; no explicar todo por cansancio normal. Escala de Edimburgo es una herramienta de pesquisa, no diagnóstico; aplicar versión validada y umbral de la red.
- **Riesgo inmediato:** cualquier respuesta de autolesión requiere evaluación directa independientemente del puntaje total. Plan/intención suicida, incapacidad de cuidado, psicosis o agitación grave ameritan atención urgente.
- **Tristeza puerperal:** labilidad/llanto leves y transitorios durante primeros días, con recuperación habitual antes de dos semanas; persistencia, deterioro o síntomas graves requieren evaluar depresión u otra enfermedad.

Depresión y trastorno bipolar

- **Depresión leve a moderada:** psicoterapia, apoyo práctico y seguimiento; antidepresivos según gravedad, antecedentes y preferencias. Sertralina suele ser opción compatible con lactancia; continuidad de un fármaco eficaz puede ser preferible a un cambio automático.
- **Antes de antidepresivo:** pesquisar bipolaridad; monoterapia antidepresiva puede precipitar manía. No suspender bruscamente psicofármacos por embarazo sin valorar recaída y riesgo fetal.
- **Trastorno bipolar:** plan conjunto de psiquiatría y obstetricia; ajustar estabilizador/antipsicótico, dosis y vigilancia. Evitar valproato en embarazo por riesgo teratógeno y del neurodesarrollo; no asumir que todos los anticonvulsivantes tienen idéntico riesgo.
- **Litio:** balance individual, monitorización de litemia, función renal/tiroides y evaluación fetal/neonatal; las necesidades cambian en embarazo y puerperio. No limitar la decisión a empezar desde el segundo trimestre ni mantener dosis fija sin controles.
- **Gravedad:** depresión con riesgo vital, catatonía o refractariedad puede requerir hospitalización y terapia electroconvulsiva en entorno especializado; preservar nutrición, sueño y seguridad.

Psicosis posparto: urgencia

- **Sospecha:** insomnio marcado sin fatiga, agitación, confusión, manía, delirios o alucinaciones, a menudo de inicio brusco. Se asocia frecuentemente al espectro bipolar y puede presentarse sin diagnóstico previo.
- **Acción:** evaluación urgente y usualmente hospitalización; proteger a madre e hijo, evitar que permanezca sola a cargo del bebé y movilizar apoyo. Descartar causas médicas, tóxicas y delirium.

- **Tratamiento:** antipsicótico, estabilización del ánimo y otras medidas según equipo; considerar litio o terapia electroconvulsiva en casos indicados. El plan de lactancia se adapta al tratamiento y necesidad de sueño, sin retrasar la atención.

Síntomas perinatales: graduar la respuesta

Labilidad transitoria

Apoyo y seguimiento si leve y sin deterioro.

Depresión persistente

Evaluación clínica, psicoterapia y tratamiento indicado.

Manía o psicosis

Urgencia psiquiátrica y protección madre-hijo.

Autolesión

Evaluar riesgo de inmediato, cualquiera sea el puntaje.

CLAVES EUNACOM

Edimburgo pesquisa; la entrevista establece diagnóstico y riesgo.

Psicosis posparto requiere atención urgente y protección de madre e hijo.

Referencias: [127](#), [145](#), [146](#). Bibliografía al final.

Fuentes clínicas

- 01 [MINSAL · Guía Perinatal, 2015; marco chileno](#)
- 02 [NICE NG126 · Diagnóstico ecográfico del embarazo temprano; complemento internacional](#)
- 03 [MINSAL · Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad, 2018](#)
- 04 [MINSAL · Circular de esterilización quirúrgica voluntaria, 2022](#)
- 05 [CDC · US MEC 2024, complemento internacional](#)
- 06 [CDC · US SPR 2024, complemento internacional](#)
- 07 [CDC · Anticoncepción de emergencia, US SPR 2024](#)
- 08 [CDC · Anticoncepción intrauterina, US SPR 2024](#)
- 09 [OMS · MEC, sexta edición, 2025](#)
- 10 [OMS · Categorías de lactancia y paridad, 2025](#)
- 11 [MINSAL · Guía de estudio y tratamiento de infertilidad, 2015](#)
- 12 [ASRM · Evaluación de infertilidad, 2021; complemento](#)
- 13 [Guía internacional SOP · Inducción de ovulación, 2023](#)
- 14 [MINSAL · Endometriosis y deseo reproductivo, 2023](#)
- 15 [ASRM · Evaluación actual de amenorrea, 2024; complemento](#)
- 16 [Guía internacional SOP · Criterios menstruales y adolescencia, 2023](#)

- 17 [ACOG · Manejo de SUA agudo, CO557, 2013; complemento](#)
- 18 [ACOG/SGO · Riesgo y muestreo endometrial, 2022](#)
- 19 [ACOG · Evaluación de sangrado posmenopáusico, actualización 2026](#)
- 20 [NICE · Sangrado menstrual abundante NG88, 2021; complemento](#)
- 21 [ASRM · Miomas y fertilidad, 2017; complemento](#)
- 22 [RCOG/BSGE · Hiperplasia endometrial, Green-top 67, 2016; complemento](#)
- 23 [ACOG · Dismenorrea: evaluación y manejo; complemento](#)
- 24 [ACOG · Torsión anexial en adolescentes, 2019; complemento](#)
- 25 [ESHRE · Guía de endometriosis, 2022; complemento internacional](#)
- 26 [Ficha técnica · Dienogest 2 mg: anticoncepción y precauciones](#)
- 27 [MINSAL · Atención integral del climaterio en APS, 2014; copia en SOCHEG](#)
- 28 [NICE · Menopausia NG23, actualización 2026; complemento](#)
- 29 [MINSAL · Norma de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de ITS, 2016; marco chileno](#)
- 30 [CDC · Vaginosis bacteriana, guía ITS 2021; complemento internacional](#)
- 31 [ACOG · Tratamiento simultáneo de parejas en vaginosis recurrente, actualización 2025](#)
- 32 [CDC · Candidiasis vulvovaginal; complemento internacional](#)
- 33 [CDC · Tricomonirosis; complemento internacional](#)
- 34 [NHS Scotland · Quiste y absceso de Bartholin; complemento internacional](#)
- 35 [IDSA · Infecciones de piel y tejidos blandos, 2014; complemento internacional](#)
- 36 [CDC · Enfermedad inflamatoria pélvica, guía ITS 2021; complemento internacional](#)
- 37 [CDC · Gonorrea: dosis y seguimiento; complemento internacional](#)
- 38 [CDC · Chlamydia: tratamiento y embarazo; complemento internacional](#)
- 39 [CDC · Herpes genital; complemento internacional](#)
- 40 [CDC · Sífilis: diagnóstico; complemento internacional](#)
- 41 [CDC · Sífilis primaria y secundaria; complemento internacional](#)
- 42 [CDC · Sífilis latente; complemento internacional](#)
- 43 [CDC · Verrugas anogenitales; complemento internacional](#)
- 44 [CDC · Sífilis en embarazo: complemento internacional](#)
- 45 [NICE · Incontinencia urinaria y prolapso NG123, 2019; complemento](#)
- 46 [ICS · Terminología y evaluación de suelo pélvico, 2023](#)
- 47 [ICS · Estadificación POP-Q completa, 2018](#)
- 48 [RCH · Afecciones vulvares y vaginales pediátricas; complemento internacional](#)
- 49 [MINSAL/SML · Norma de atención a víctimas de violencia sexual, 2016](#)
- 50 [BCN · Código Procesal Penal, artículos 175-176 y 198](#)
- 51 [MINSAL/BCN · Decreto 32/2026: tamizaje y sospecha de cáncer cervicouterino](#)
- 52 [CDC · Atención de ITS después de violencia sexual; complemento internacional](#)
- 53 [CDC · Profilaxis posexposición no ocupacional VIH, 2025](#)
- 54 [MINSAL · Cáncer cervicouterino: recomendaciones nacionales de tamizaje y triage](#)
- 55 [ASCCP · Guía de manejo por riesgo de resultados cervicales, 2019 con actualizaciones](#)
- 56 [ASCCP · Citología insatisfactoria: actualización 2024](#)
- 57 [ASCCP · Manejo de resultados cervicales en embarazo, 2024](#)
- 58 [ASCCP · Estándares de muestreo endocervical, 2023](#)
- 59 [ASCCP · Actualizaciones hasta 2023: seguimiento después de CIN2+](#)
- 60 [MINSAL · Vacunación escolar VPH: dosis única en cuarto básico](#)
- 61 [NCI · Cáncer cervical: estadificación FIGO y tratamiento, PDQ profesional; complemento internacional](#)

- 62 [ESGO/ESTRO/ESP · Guía de cáncer cervical, 2023; complemento internacional](#)
- 63 [ACOG · EIN/hiperplasia endometrial atípica, consenso clínico 2023](#)
- 64 [RCOG/BSGE · Hiperplasia endometrial, guía 67; complemento internacional](#)
- 65 [ESGO/ESTRO/ESP · Cáncer endometrial, actualización 2025 con FIGO 2023](#)
- 66 [NCI · Cáncer endometrial, PDQ profesional; complemento internacional](#)
- 67 [ACR · O-RADS ecográfico, versión 2022: recursos oficiales](#)
- 68 [ACR · Aplicabilidad y manejo de O-RADS US 2022](#)
- 69 [NCI · Cáncer epitelial ovárico, tubárico y peritoneal; PDQ profesional](#)
- 70 [RCOG · Quistes ováricos antes de menopausia; complemento internacional](#)
- 71 [RCOG · Quistes ováricos posmenopáusicos, actualización 2025](#)
- 72 [ESHRE · Guía de endometriosis, 2022; complemento internacional](#)
- 73 [ACR · Categorías BI-RADS: tarjeta de referencia](#)
- 74 [ACR · BI-RADS: concordancia entre categorías y manejo](#)
- 75 [MINSAL · Guía clínica de cáncer de mama, 2015; marco nacional](#)
- 76 [ASBrS/SBI · Guía 2025 de lesiones fibroepiteliales benignas de mama](#)
- 77 [ACR · BI-RADS v2025: léxico ecográfico y categorías](#)
- 78 [Superintendencia de Salud · Examen de medicina preventiva: mamografía 50-59 años cada 3 años](#)
- 79 [NCI · Cáncer de mama, PDQ profesional; complemento internacional](#)
- 80 [DIPRECE · Tamizaje de Chagas en mujeres embarazadas en Chile, 2023](#)
- 81 [NICE · NG247: nutrición materna y folato, 2025; complemento internacional](#)
- 82 [FDA/EPA · Consumo de pescado durante embarazo y lactancia; complemento internacional](#)
- 83 [University of Washington · Requerimientos nutricionales en embarazo, tablas DRI; complemento internacional](#)
- 84 [DailyMed · Inmunoglobulina anti-D 300 µg: ficha oficial RhoGAM; complemento internacional](#)
- 85 [DIPRECE · Pesquisa de sífilis durante el embarazo](#)
- 86 [MINSAL · Norma 224: prevención de transmisión vertical de hepatitis B, 2022](#)
- 87 [MINSAL · dTpa durante el embarazo, 2025](#)
- 88 [ACOG · Methods for Estimating the Due Date, 2017; complemento internacional](#)
- 89 [NICE · NG137: embarazo gemelar y triple, actualización 2024; complemento internacional](#)
- 90 [ISUOG · Ecografía en embarazo gemelar, 2025; complemento internacional](#)
- 91 [SMFM · Consult Series 72: transfusión feto-fetal y TAPS, 2024; complemento internacional](#)
- 92 [MINSAL · Guía Diabetes y embarazo, 2014](#)
- 93 [UNC School of Medicine · Planificación del parto ante macrosomía, 2019; complemento internacional](#)
- 94 [SMFM · Consult Series 52: restricción del crecimiento fetal, 2020; complemento internacional](#)
- 95 [ACOG · Vigilancia fetal ambulatoria, 2021; complemento internacional](#)
- 96 [ACOG · Clinical Practice Guideline 22: monitorización fetal intraparto, 2025; copia institucional, complemento internacional](#)
- 97 [NICE · NG229: monitorización fetal durante el parto, actualización 2025; complemento internacional](#)
- 98 [ACOG · Pruebas de bienestar fetal; complemento internacional](#)
- 99 [RCOG · Green-top 69: náuseas, vómitos e hiperémesis, 2024; complemento internacional](#)
- 100 [DailyMed · Doxilamina 10 mg/piridoxina 10 mg, liberación retardada: ficha oficial; complemento internacional](#)
- 101 [OMS · Suplementación prenatal de hierro y ácido fólico, NLiS](#)
- 102 [British Society for Haematology · Déficit de hierro en embarazo, 2019; complemento internacional](#)
- 103 [Haematology in Obstetric and Women's Health Collaborative · Consenso de hierro en embarazo, 2025; complemento internacional](#)

- 104 [OMS · Atención prenatal, 2016: tratamiento de anemia](#)
- 105 [ADA · Diabetes y embarazo, 2026; complemento internacional](#)
- 106 [NICE · NG133: hipertensión en el embarazo, actualización 2023; complemento internacional](#)
- 107 [ACOG District II · Algoritmos de hipertensión obstétrica grave, 2015; complemento internacional](#)
- 108 [AHA/ACC y sociedades · Guía de hipertensión arterial, 2025: embarazo; complemento internacional](#)
- 109 [SOMANZ · Hipertensión en embarazo, 2023; complemento internacional](#)
- 110 [RCOG · Colestasis intrahepática: información basada en Green-top 43, 2022; complemento internacional](#)
- 111 [SMFM · Consult Series 53: colestasis intrahepática, 2021; complemento internacional](#)
- 112 [FIGO · Guía de enfermedad hepática y embarazo, 2025; complemento internacional](#)
- 113 [MINSAL · Norma conjunta de prevención de transmisión vertical VIH y sífilis, 2012](#)
- 114 [NIH · Atención intraparto de personas con VIH; complemento internacional](#)
- 115 [MINSAL · Información VIH/sida y prevención de transmisión vertical](#)
- 116 [ACOG · Manejo de la infección intraamniótica; complemento internacional](#)
- 117 [ACOG · Prevención de enfermedad neonatal por estreptococo B, opinión 797](#)
- 118 [ACOG · Infecciones urinarias en personas embarazadas, 2023](#)
- 119 [NICE NG126 · Manejo de la pérdida gestacional; complemento internacional](#)
- 120 [NICE NG126 · Profilaxis anti-D, actualización 2026; complemento internacional](#)
- 121 [Chile · Ley 21.030: interrupción voluntaria del embarazo en tres causales](#)
- 122 [MINSAL · Ley IVE y Salud Responde](#)
- 123 [NICE NG126 · Manejo del embarazo ectópico tubario; complemento internacional](#)
- 124 [FIGO · Enfermedad trofoblástica gestacional, actualización 2025](#)
- 125 [RCOG · Placenta previa y espectro de placenta acreta, guía 27a, 2026](#)
- 126 [ACOG/SMFM · Manejo de la muerte fetal, 2020](#)
- 127 [MINSAL · Norma técnica 179 para atención integral en el puerperio, 2015](#)
- 128 [NICE NG25 · Parto prematuro y nacimiento; complemento internacional](#)
- 129 [RCOG · Rotura prematura de membranas pretérmino, guía 73](#)
- 130 [NICE NG207 · Inducción del parto; complemento internacional](#)
- 131 [ACOG · Manejo del primer y segundo período del parto, 2024](#)
- 132 [RCOG · Prolapso de cordón, guía 50; revisión de vigencia 2024](#)
- 133 [RCOG · Distocia de hombros, guía 42](#)
- 134 [AHA/AAP · Reanimación neonatal, 2025](#)
- 135 [Canadian Paediatric Society · Hipotermia en encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal](#)
- 136 [ILAE · Guía de convulsiones neonatales, 2023: explicación de recomendaciones](#)
- 137 [MINSAL · Norma de supervisión de salud infantil, 2021](#)
- 138 [OMS/FIGO/ICM · Prevención, diagnóstico y tratamiento de hemorragia posparto, 2025](#)
- 139 [OMS · Criterios diagnósticos de hemorragia posparto, recomendación 22, 2025](#)
- 140 [OMS · Prevención y tratamiento de infecciones periparto, 2015](#)
- 141 [RCOG · Enfermedad tromboembólica en embarazo y puerperio: manejo agudo, guía 37b](#)
- 142 [MINSAL · Lactancia materna: recomendaciones y manual](#)
- 143 [Academy of Breastfeeding Medicine · Espectro de mastitis, protocolo 36, 2022](#)
- 144 [CDC · Contraindicaciones y situaciones especiales de lactancia](#)
- 145 [ACOG · Tratamiento de trastornos mentales durante embarazo y posparto, 2023](#)
- 146 [ACOG · Pesquisa de salud mental perinatal](#)