



Guía Rápida de consulta: Medicación más utilizada en la Unidad de Partos





- 1** **Introducción.**
- 2** **Actuación ante Recién Nacido y profilaxis antibiótica Intraparto (PAI).**
- 3** **Administración de Vitamina K oral.**
- 4** **Antibioterapia.**
- 5** **Neuroprotección fetal. Tratamiento Preeclampsia. Profilaxis eclampsia.**
- 6** **Muerte Fetal Intraútero.**
- 7** **Kit de Agresión Sexual.**
- 8** **Atosiban.**
- 9** **Insulina Intraparto Gestantes Diabéticas.**



- 10** Prevención de Hipoglucemias en Neonatos de madres Diabéticas Gestacional y/o Pregestacional.
- 11** Profilaxis del Recién Nacido
- 12** Solinitrina para Distocia de Hombro
- 13** Tratamiento de HTG Gestacional.
- 14** Tratamiento de la Reacción Alérgica Aguda
- 15** Zidovudina Intraparto



1

Introducción



Esta guía pretende servir de orientación y consulta para los tratamientos más utilizados en la unidad de partos. Hay que tener en cuenta que los protocolos pueden ir cambiando y/o el tipo o dosis a administrar.

Los tratamientos deben ser individualizados en función del tipo de paciente que estemos tratando.

Toda administración de medicamentos debe ir precedida por la prescripción médica correspondiente.

Ante cualquier duda, se debe consultar al equipo de Ginecología de guardia.

2

Actuación ante recién nacido y Profilaxis Antibiótica Intraparto (PAI)

SGB POSITIVO / DESCONOCIDO

PAI NO INDICADA O ADECUADA	Observación 48 horas
PAI INCOMPLETA, RN > 37 S, AMNIORREXIS < 24 H.	Observación 48 horas
PAI INCOMPLETA, RN > 37 S, AMNIORREXIS < 24 H.	Hemograma, PCR, Hemocultivo primeras 12 y 24 horas
PAI INDICADA PERO NO REALIZADA	Penicilina G IM en primera hora de vida. Si < 37 S o Amniorrexis > 24 horas: hemograma, PCR, hemocultivo



ASINTOMÁTICO: Frotis negativo, Cesárea electiva sin dinámica y bolsa íntegra. Cultivo desconocido, > 37 S, sin FR.	DOSIS DE PENICILINA G IM. <ul style="list-style-type: none"> • 50.000 UI IM si > 2000 g. • 25.000 UI IM si < 2000 g.
--	---

3 Administración de Vitamina K oral (en caso de solicitud materna)

Es el equivalente a la administración de Vta. K IM al nacimiento (0,5 mg en prematuros < 32s, 1 mg en > 32 s).

Se administrará el preparado de la ampolla con la siguiente pauta:

- 2 mg al nacimiento (en las primeras horas de vida).
- 2 mg por semana (durante 3 semanas más).

4 dosis en total.

Al alta se recetará vitamina K ampollas de 2 mg de venta en farmacias.



4

Antibioterapia

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

SGB negativo:

- Iniciar antibioterapia con Ampicilina 2 gr si RPM > 12 h.
- Continuar con Ampicilina 1 gr c/4 h hasta final del parto.

SGB positivo:

- Iniciar antibioterapia con Penicilina 5 millones U.I. en el momento de rotura de la bolsa.
- Continuar con Penicilina 2,5 millones U.I. c/4 h hasta el final del parto.
- Si alergia a betalactámicos y derivados:
 1. Si antibiograma y sensible a Clindamicina: Clindamicina 900m / 8 h.
 2. Si no antibiograma: Vancomicina 1g / 12 h. (disolver en S. Glucosado al 10% 250 ml y administrar en al menos 1 h).

SGB desconocido:

- Si no factor de riesgo: tratar como SGB negativo.
- Si existencia de FR (gestaciones pretérmino, antecedentes de sepsis neonatal o SGB+ en gestaciones previas...): Consultar con el equipo de Ginecología.

4

Antibioterapia II

SGB POSITIVO EN TRABAJO DE PARTO / INDUCCIÓN DE PARTO

- Iniciar antibioterapia con Penicilina 5 millones U.I. (IV). Continuar con Penicilina 2.5 millones U.I. (IV) c/4 h hasta final del parto.
- En caso de inducción del trabajo de parto, esperar al menos media hora desde la administración del antibiótico para proceder a la amniorrexis artificial.
- En caso de alergia a betalactámicos y derivados:
 1. Si antibiograma y sensible a Clindamicina: Clindamicina 900mg / 8 h.
 2. Si no antibiograma: Vancomicina 1g / 12 h. (disolver en S. Glucosado al 10% 250 ml y administrar en al menos 1 h).

FIEBRE INTRAPARTO (Temperatura >37,8°C)

- Iniciar antibioterapia con Ampicilina 2 gr + Gentamicina 240 mg IV (c/24 h).
- Continuar con Ampicilina 2 gr IV c/6 h hasta final del parto.
- Administrar 1 dosis más de Ampicilina 2 gr IV tras parto.
- En caso de alergias: consultar con equipo de ginecología.

ALUMBRAMIENTO MANUAL DE PLACENTA

- Cefazolina 2 gr IV (dosis única).
 - En caso de alergias: consultar con equipo de Ginecología.
- (Consultar con ginecología en función de última dosis de antibioterapia intravenosa).

4

Antibioterapia III

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

		1ª ELECCIÓN	ALERGIA A PENICILINA Y DERIVADOS
3º GRADO	3a	CEFALOSPORINA de 2ª o 3ª generación IV o IM (Dosis única) (Ceftriaxona 1 gr, Cefuroxima)	GENTAMICINA 240 mg IV + METRONIDAZOL 500 mg IV (Dosis única)
	3b	CEFUROXIMA 250 mg c/ 12 h + METRONIDAZOL 500 mg c/8 h durante 5 días	GENTAMICINA 240 mg IV + METRONIDAZOL 500 mg IV durante 5 días Al alta: CIPROFLOXACINO 500 mg c/12 h V.O. + METRONIDAZOL 500 mg / 8 h V.O. hasta completar 5 días
	3c		
4º GRADO	CEFUROXIMA 250 mg c/12 h + METRONIDAZOL 500 mg c/8 h durante 10 días		GENTAMICINA 240 mg IV + METRONIDAZOL 500 mg IV durante 5 días Al alta: CIPROFLOXACINO 500 mg c/12 h V.O. + METRONIDAZOL 500 mg / 8 h V.O. hasta completar 5 días

5

Neuroprotección fetal. Tratamiento Preeclampsia Profilaxis eclampsia

Dosis inicial

4 g de Sulfato de Magnesio en 20-30 minutos

2 ampollas + 6 ml de una tercera ampolla en 100 ml SF
(Retirar 26 ml antes de cargar)

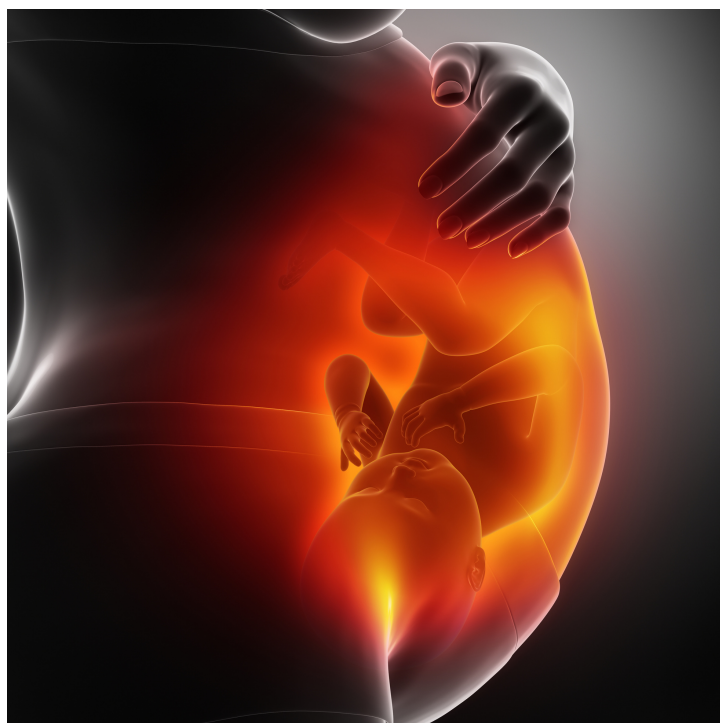
200 ml / h (en 30 minutos)

Perfusión de mantenimiento

1 g de Sulfato de Magnesio / hora

8 ampollas en 500 ml SF (Retirar 80 ml antes de cargar)

40 ml / h



Sulfato de magnesio

Dosis de ataque → 4,5 g
 (Bolo de 3 ampollas de 1,5 mg)
 (Velocidad de admón. 1 ampolla / 5 minutos)

Dosis de mantenimiento:
 Perfusión continua a 2 g / h
 8 ampollas en 500 cc de SF
 (Retirar 80 ml antes de cargar)
 80 ml / h

No respuesta / recurrencia de convulsiones:

1. Nuevo bolo de 2 g de SO₄Mg
2. Perfusión a 4 g / h
 8 ampollas en 500 cc de SF
 (Retirar 80 ml antes de cargar)
 160 ml / h

1. Dos vías periféricas.
2. Mantener vía aérea permeable.
3. Oxigenoterapia: 6 l/m. Mascarilla al 30%.
4. SV y control de diuresis horaria, 30 ml / h.
5. Controles de SO₄Mg.
6. Finalizar gestación en las 48 h postconvulsión.

Si ausencia de respuesta a Sulfato de Magnesio o contraindicación de uso:

FENITOÍNA

DOSIS INICIAL: 15 mg/kg EV en 1 h.

DOSIS DE MANTENIMIENTO: 250 - 500 mg/12 h VO o EV. Niveles terapéuticos: 12-20 g/ml

BENZODIACEPINAS. DIAZEPAM

DOSIS INICIAL: 5-10 mg IV (1 - 2 minutos) dosis máxima de 30 mg.

La vía de elección será siempre la endovenosa, pero en caso de no ser posible podrá ser intramuscular (5 g IM en cada glúteo, un total de 10 g) y posteriormente seguir con la perfusión continua EV.

Pruebas complementarias al ingreso:

- Hemograma, bioquímica y coagulación. Incluir función tiroidea.
- Test de Kleihauer - Betke
- Grupo y Rh, Coombs indirecto y escrutinio de anticuerpos irregulares.
- Estudio toxicológico: Si la historia clínica o el examen físico así lo aconseja, previo CI de la paciente.
- Estudio microbiológico:
 - Hemocultivos para Listeria en sangre materna
 - Cultivo cervical (con y sin medio), vaginal (con medio) y vagino-rectal para descartar SGB.
 - Serologías (revisar HC y solicitar si no realizadas: VIH, Lúes, VHB, VHC, Rubeola, Toxoplasma, CMV, VEB, Parvovirus B19, VHS.
- PCR SARS CoV-2.

Pruebas complementarias tras el parto:

- En cordón umbilical:
 - Grupo y Rh Coombs directo
 - Hemocultivos (Listeria, E. Coli, SGB)
- Cultivo subamniótico de placenta.
- Muestra de placenta para estudio citogenético (enviar con SF estéril).
- Remitir placenta para estudio microbiológico.
- Necropsia.
- Si desean cariotipo avisar al Servicio de Anatomía Patológica tras el parto.

DOCUMENTACIÓN

- 1. Notificación de óbito fetal (x2) al Servicio de Admisión.**
- 2. Protocolo de recogida de datos.**
- 3. Información para los padres de autopsia fetal.**
- 4. Solicitud y autorización de autopsia fetal/cariotipo.**
- 5. Declaración y parte de alumbramiento de criaturas abortivas (> 180 días).**
- 6. Boletín estadístico de parto.**
- 7. Petición de estudio anatomopatológico de placenta.**

7

Kit de Agresión Sexual

Ceftriaxona 250 mg I.M.

Metronidazol 2 gr V.O.

Azitromicina 1 gr V. O.

Penicilina 6 Benzatina 2.400.000 I.M.

Raltegravir (Isenteress[®]) 6 comprimidos (400 mg). 1/12 horas.

Truvada (Emtricitabina[®]) 3 comprimidos. 1/24 horas.

Levonogestrel 1500 Microgramos

*** Si días laborables, dar solo tratamiento para ese día, e indicar a la mujer que debe acudir a Medicina preventiva (MP) al día siguiente SIN CITA. Si no laborables, dar tratamiento hasta que acuda a cita en MP.**

8

Pauta de Atosiban

DOSIS INICIAL

1 amp de Atosibán 6,75 mg (0,9 ml) en 1 minuto.

INFUSIÓN DE CARGA

**2 amp de 37,5 mg (5 ml/amp) en SSF de 100 ml (retirar 10 ml) en 3 horas.
Velocidad de: 24 ml/h.
A las 3 horas cambiar a INFUSIÓN DE MANTENIMIENTO (8 ml/h).**

INFUSIÓN DE MANTENIMIENTO

**2 amp de 37,5 mg (5 ml/amp) en SSF de 100 ml (retirar 10 ml) en 3 horas.
Velocidad de: 8 ml/h.
Mantener 45 h más hasta finalizar ciclo.**

Pauta de Insulina intraparto en gestantes diabéticas

PAUTA A

Aplicar a:

- DG con Insulina.
- Diabetes Pregestacional tipo 2 tratada con Insulina.
- Diabetes Pregestacional tipo 1 si cesárea programada.

Suero Glucosado al 5% 8 horas + 20 mEq de CLK + Insulina Actrapid en suero según glucemia capilar previa, en bomba de perfusión.

- < 80 mg/dl No poner insulina.
- \geq 80 mg/dl 6 UI.
- > 120 mg/dl 10 UI.
- > 180 mg/dl 14 UI.
- > 250 mg/dl 16 UI.

Glucemia capilar cada 4 horas y cambiar el suero si cambian las necesidades de insulina.

Pauta de Insulina intraparto en gestantes diabéticas II

PAUTA B

Aplicar a:

- Diabetes Pregestacional tipo 1 en trabajo de parto (Inducción o espontáneo)

Suero Glucosado al 10% 8 horas + 20 mEq de CLK *

+

Suero Fisiológico 500 cc + 50 UI Insulina regular** en bomba de perfusión

+

- < 80 mg/dl No poner insulina.
- 80 - 100 mg/dl --> 1 UI/h 10 ml/h
- 101 - 130 mg/dl --> 2 UI/h 20 ml/h
- 131 - 160 mg/dl --> 3 UI/h 30 ml/h
- 161 - 190 mg/dl --> 4 UI/h 40 ml/h
- > 190 mg/dl --> 5UI/h 50 ml/h

*En caso de ser necesario se puede reducir el volumen de suero glucosado e infundir 250 cc/6 horas o 250 cc/8 horas.

** 1 U/h = 10 microgotas/minuto = 10 ml/h.

Después del parto, mantener a la paciente con la [Pauta de Insulina IV A](#) hasta que sea visto por Endocrinología.

Protocolo de prevención de Hipoglucemia en los neonatos de madres con Diabetes Mellitus Gestacional y/o Pregestacional

Los hijos de madres con alteraciones del metabolismo de la glucosa previos y/o durante la gestación, tienen riesgo de presentar hipoglucemia al nacimiento, especialmente durante las primeras 24-36 horas de vida.

Son de especial riesgo:

- Los hijos de madres con DM insulín-dependiente, y muy especialmente los de aquellas madres que eran dependientes de insulina previo al embarazo.
- Los niños/as macrosómicos (peso >4000 gr en a término, o >3000 gr en pretérmino moderado), así como los de bajo peso <2500 gr.
- Aquellos niños/as en los que concurren algunos otros factores de riesgo para hipoglucemia como son prematuridad, pérdida de bienestar fetal y/o las dificultades en la ingesta oral.

A todos ellos se les realizará en UTPR una glucemia en la primera hora de vida y se iniciará alimentación precoz.

En caso de DMG controlada con dieta

Si el resultado de la glucemia en UTPR es superior a 50 mg/dl, recibirá alimentación precoz y se trasladará a Tocología sin necesidad de repetir la glucemia en partos. Si es inferior a 50 mg/dl se deberá repetir en 1 hora, antes de pasar al RN a Tocología, y si es menor a 45 mg/dl, se avisará al pediatra y también se administrará una toma de SG5% 5cc/kg como complemento a la lactancia.

Una vez en Tocología se realizará un 1º control, antes de que transcurran 3 horas del último control realizado en UTPR:

- si este es superior a 60 mg/dl se podrá espaciar el siguiente control a 6 horas más tarde sino concurren otros factores (macrosoma, prematuro, bajo peso etc..).
- si está entre 45-60 mg/dl, se deberá repetir antes de la toma siguiente (aprox. 3 horas).
- si es inferior a 45 mg/dl, administrar toma y/o SG 5% y avisar al pediatra. La glucemia se deberá repetir en 1 hora.

Este protocolo es aplicable siempre que el RN se encuentre asintomático/a. En caso de clínica compatible con hipoglucemia se deberá trasladar a Neonatología.

En caso de DMG Insulin-Dependiente

Avisar siempre al pediatra del resultado de la glucemia en UTPR.

Si el resultado en UTPR de la glucemia es superior a 60 mg/dl, recibirá alimentación precoz y se trasladará a Tocología sin necesidad de repetir la glucemia en partos. Si es inferior a 60 mg/dl se deberá repetir en 1 hora, antes de pasar al RN a Tocología con su madre, y avisar al pediatra, si la glucemia es menor a 45-50 mg/dl (también se administrará una toma de SG5% 5cc/kg como complemento a la lactancia). Según el valor de la glucemia se valorará trasladar al RN a neonatología.

Una vez en Tocología se realizará un 1º control antes de que transcurran 1-2 horas del último control realizado en partos:

- si esta es superior a 60 mg/dl se podrá espaciar el siguiente control a 3 horas y a partir de este segundo control, si la glucemia es superior a 50 mg/dl y no concurren otros factores (macrosoma, prematuro, bajo peso etc..) se podrán espaciar a cada 6 horas.
- si está entre 45-60 mg/dl, se deberá repetir la glucemia antes de la toma siguiente (aprox. 3 horas) y se valorará administrar SG 5% 5cc/kg más lactancia, especialmente si hay dificultades con la misma.
- si la glucemia es inferior a 45 mg/dl, administrar SG 5% y avisar al pediatra. La glucemia se deberá repetir en 1 hora.

Este protocolo es aplicable siempre que el RN se encuentre asintomático/a. En caso de clínica compatible con hipoglucemia se deberá trasladar a Neonatología.

Profilaxis completa: 2 dosis
de Penicilina / Ampicilina / Cefazolina /
Vancomicina / Clindamicina a las dosis indicadas,
habiendo pasado 4 horas de la primera dosis y 30 minutos de la segunda dosis.

Profilaxis incompleta: 1 dosis
de antibiótico, habiendo pasado al menos 4
horas de la misma.

Profilaxis no realizada: indicación de PAI
y no se le ha administrado ninguna dosis de ATB
o han pasado < 4 horas desde la primera dosis.



12

Solinitrina para la distocia de hombros

Ampolla: 5 mg/5 ml

1 ml de Solinitrina + 19 ml de suero fisiológico, en jeringa de 20 ml.
Administrar: 2 ml (100 mcgr).



LABETALOL

(Trandate®, 100 mg, en ampollas de 20 ml, 5mg/ml)

		Pauta 1	Pauta 2
Dosis inicial en BOLUS directo	Dosis inicial	20 mg (4 ml) EV directo, lento (en 1 minuto)	50 mg (10 ml) EV directo, lento (en 1 minuto)
	Dosis sucesivas	40 mg (4 ml) / 80 mg (8 ml) / 80 mg (8 ml), cada 10 minutos	50 mg (10 ml) EV directo, lento, cada 20 minutos
	Dosis máxima	40 mg (4 ml) / 80 mg (8 ml) / 80 mg (8 ml), cada 10 minutos	200 mg (4 dosis)
Infusión EV continua	Preparación	200 mg (2 ampollas) de Labetalol en 100 ml de S. Fisiológico	
	Dosis máxima	20 mg/h (10 ml/h)	40 mg/h (20 ml/h)
	Mantenimiento	20 mg/h (10 ml/h) c/30 min	40 mg/h (20 ml/h) c/30 min
	Máximo	160 mg/h (80 ml/h)	

Contraindicaciones: Insuficiencia cardíaca congestiva. Asma. FC materna <60 lmp.

HIDRALACINA

Bolus inicial	Dosis inicial	10 mg EV directo lento
	Dosis sucesivas	5 mg EV directo lento, a los 20 min. Si no se controla la TA, pasar a infusión EV.
Infusión EV	Dosis máxima	2 mg/h
	Incrementos	0,5 mg/h, cada 20 min, hasta controlar la TA
	Rango	2 - 20 mg/h

Tratamiento de la reacción alérgica aguda

CLINICA CUTANEO - MUCOSA

- Dexclorfeniramina 5 mg (1 ampolla) IM/IV.
- Metilprednisolona 40 mg (1 ampolla) IM/IV.
- Hidroxicina 25 mg/8h hasta remisión.
- Corticoides si afectación mucosa o afectación intensa.

ANAFILAXIA (2 o más síntomas a otro nivel)

- Llamar a Anestesista/UCI.
- Adrenalina 1/1000SC: 0,3-0,5 cc (repetir 2/3 veces cada 10-15 minutos si no respuesta).
- Suero Fisiológico.
- Posición de Trendelemburg.
- Torniquete si reacción por inyección (liberar cada 5 min, durante 3 min, durante 1/2 hora).
- Metilprednisolona (1 ampolla) IV: 1-2 mg/Kg.
- Dexclorfeniramina (1 ampolla) IV: 5 mg.
- Omeprazol 40 mg IV.
- Si broncoespasmo: Salbutamol nebulizado, 1 cc en 2 cc de SF.
- Posteriormente observación entre 2 -24 horas según gravedad.
- Tratamiento de mantenimiento: Desclorfeniramina 1 ampolla/8 horas IV y Metilprednisolona 40 mg/8 horas IV .

SHOCK ANAFILÁCTICO

- Adrenalina a las mismas dosis pero IM.
- Resto de medidas similares.
- Observación mínimo 24 horas.

DOSIS:

- Iniciar con 2 mg/Kg de peso (1 hora).
- Continuar con 1 mg/Kg de peso/hora.

(Dosis de mantenimiento hasta pinzar el cordón umbilical)

Sueros Precargados 200 mg/100 ml
(1 ml/h = 0,5 mg)

