



SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Coordinadora: Mónica Marín Cid

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE.....	1
501 – ABORTO TARDÍO	2
502 – AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	7
503 – ESTADOS CONVULSIVOS. ECLAMPSIA.....	11
504 – HIPERTENSIÓN. PREECLAMPSIA. SÍNDROME HELLP	16
505 – INSUFICIENCIA CERVICAL	21
506 – MUERTE FETAL ANTEPARTO.....	25
507 – OLIGOAMNIOS.....	30
508 – POLIHIDRAMNIOS	33
509 – ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	37

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE OBSTETRICIA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
ISBN: 978-84-09-46031-1

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.



501 – ABORTO TARDÍO

Guisado Fernández, Julia
Escorial Albéndiz, Rosa

DEFINICIÓN

Ausencia de signos de vitalidad fetal (ausencia de latido fetal en ecografía obstétrica) entre las 12+0 y las 21+6 semanas de gestación y/o menos de 500 gramos de peso fetal. Sinónimos: aborto tardío, pérdida gestacional del segundo trimestre o muerte fetal temprana.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNS / SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Falta o disminución de percepción de movimientos fetales - Disminución del tamaño del abdomen - Desaparición de la sintomatología asociada con la gestación - En la mayoría de los casos: hallazgo accidental 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecografía obstétrica en la que se objetiva latido fetal negativo

MANEJO DEL ABORTO TARDÍO

ANAMNESIS

Datación de la gestación, paridad, antecedentes gineco-obstétricos (cesáreas o intervenciones uterinas), antecedentes personales, alergias medicamentosas...

ECOGRAFÍA

Confirmar ausencia de latido fetal, valorar presentación fetal, anomalías del líquido amniótico o placenta, confirmar datación de la gestación (biometría).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica urgente: hemograma, bioquímica con función hepática, coagulación incluyendo fibrinógeno y dímeros D.
- Serología: toxoplasma, rubeola, citomegalovirus (IgM), herpes virus, parvovirus 19 (IgM), listeria, lúes (VDRL y Elisa). Si desconocido añadir: VIH, VHB y VHC.
- Test de Coombs, escrutinio de anticuerpos irregulares y grupo sanguíneo.
- Hemoglobina fetal o células RhD en sangre materna para la identificación de la hemorragia feto-materna (“Test de Kleihauer-Betke”).
- Tóxicos en orina.
- Amniocentesis (valorar según caso): permite realizar cariotipo molecular (CMA-chromosomal microarray analysis) + estudio de infecciones (PCR en LA de CMV y parvovirus B19).
- Si clínica sugestiva de APP, RPM, infección intraamniótica o materna → protocolos específicos.



MANEJO PREVIO A EXPULSIÓN DE RESTOS FETALES

Si asintomática y resultados de pruebas complementarias normales, se puede demorar la inducción 12-24 horas.

MANEJO PREVIO A EXPULSIÓN DE RESTOS FETALES

MADURACIÓN CERVICAL	Mifepristona 200 mg (intervalo hasta dosis de Misoprostol 12-24 h)
AMBULATORIA (opcional, previa a inducción)	
INDUCCIÓN DEL PARTO	<p>Si Bishop <6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SEGO: 13 - 17 semanas: Misoprostol 200 µg vv/6h (dosis máx/día: 1600 µg) - SEGO: 18 - 26 semanas: Misoprostol 100 µg vv/6h (dosis máx/día: 800 µg) - Otras alternativas de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> - 12 - 24+6 semanas: Misoprostol 1º día: 800 µg vv + 400 µg vv o vo/3h → 2º día: 800 µg vv + 400 µg vv/4 h (máx. 5 dosis/día) - NICE: Misoprostol 800 µg vv + 400 µg vo/3h - NEJM: Misoprostol 200-600 µg/12h o Misoprostol 400 µg/3h <p>Si Bishop>6: Oxitocina</p> <p>Si cesárea o cirugía uterina previa: hasta semana 23 misma pauta</p> <p>Si diagnóstico de preeclampsia: Misoprostol 1º día: 400 µg vv + 400 µg vv/4h → 2º día: 400 µg vv + 400 µg vv/4h</p>
ANSIOLÍTICO (inicio del tto)	Diazepam 5 mg vía sublingual. Puede proseguirse con 5mg/12-24horas según tolerancia
ANALGESIA	< 25 semanas (bomba de 100 ml): Dexketoprofeno 100 mg + Tramadol 100 mg + Metadona 5mg + Ondansetrón 4 mg + resto de volumen de suero fisiológico, a administrar a velocidad constante de 4ml/h. Si alergia o intolerancia a AINES: Paracetamol 1gr iv + Bomba de 100 ml: Metamizol 4 g + Tramadol 100 mg + Metadona 5mg + Ondansetrón 4 mg + resto de volumen de suero fisiológico
ANALGESIA COMPLEMENTARIA	Paracetamol 1 g iv/6h (dosis máxima de 4gr/24h, contraindicado si alt. hepática)
ANALGESIA RESCATE	<p><i>Primer nivel:</i> Si EVA> 6-7 a los 20 minutos de la administración del Paracetamol, administrar Metadona 3 mg sc bajo monitorización con pulsioximetría</p> <p><i>Segundo nivel:</i> Si EVA > 6-7 a los 20 minutos de la administración de Metadona, administrar Midazolam 1 mg + Fentanilo 50 mcg vía iv (monitorización frecuencia respiratoria y pulsioxímetro). Si el dolor persiste, se puede repetir dosis de Fentanilo (dosis máxima de 1mcg/Kg)</p> <p><i>Tercer nivel:</i> analgesia epidural</p>
OTRAS CONSIDERACIONES	<p>Permitir la ingesta de dieta líquida, así como la movilización de la paciente.</p> <p>En caso de diarrea administrar Loperamida 2mg vo.</p>



MANEJO INTRAPARTO

- Inspección de feto:
 - Si <14 semanas: remitir a Anatomía patológica en formol.
 - Si >14 semanas: necropsia si familia autoriza, remitir a AP en fresco.
- Inspección de placenta (enviar a AP en formol).
- Inspección de membranas, cordón umbilical y líquido amniótico.

MANEJO POSTPARTO

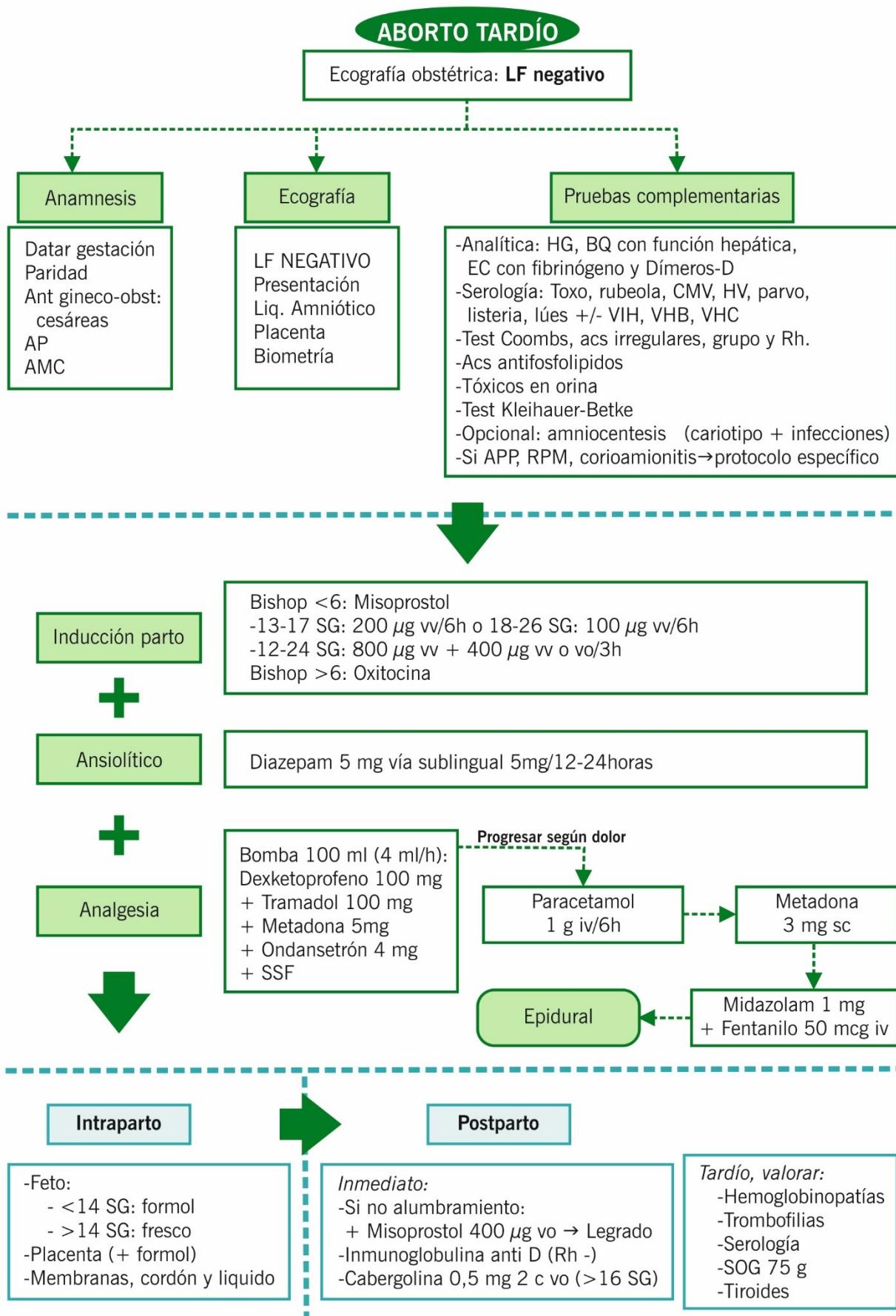
Postparto inmediato:

- NO realizar ecografía sistemática
- Si no se produce alumbramiento: 400 mcg de misoprostol vo (en gestaciones de < 22 semanas).
- Si en las siguientes 2 horas no se ha producido el alumbramiento: legrado aspirativo + profilaxis antibiótica Cefazolina 2g iv (Si alergias a penicilina: Tigeciclina 100 mg iv).
- Inmunoprofilaxis con gammaglobulina antiD (si Rh negativo)
- Si >16 semanas de gestación: Cabergolina 0.5 mg vo 2 comp dosis única (NO si HTA o preeclampsia)

Postparto tardío (revisión posterior en consulta en unos 2 meses):

- Estudio de hemoglobinopatías (si hidrops fetal, anemia materna o sospecha de talasemia)
- Acs antifosfolípidos (Ac lúpico, IgG e IgM anticardiolipina, IgG e IgM antibeta-2-glicoproteína)
- Estudio de trombofilias
- Repetición de serología
- SOG 75 g
- Función tiroidea

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Procedimiento normalizado de trabajo en la muerte fetal anteparto. HUVR Marzo 2016.
2. Procedimiento normalizado de trabajo aborto espontáneo precoz. HUVR 2013.
3. Guía de asistencia en la muerte perinatal. Sego. Marzo 2021
4. The management of early pregnancy loss. RCOG, 2006.
5. Misoprostol and pregnancy. Alisa B et al. New England Journal of Medicine, 2001.
6. Protocolos asistenciales de la sección de anestesia obstétrica de la SEDAR. 2021.



502 – AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Marín Cid, Mónica
Ruiz Fernández, Inés

DEFINICIÓN

La amenaza de parto prematuro (APP) es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales, que se produce entre las 22+0 y 36+6 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras. Sin tratamiento, o cuando éste fracasa, puede conducir a un parto pretérmino.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE APP

- Comprobar la correcta datación de la gestación (PACAC)
- Interrogar sobre factores de riesgo de parto pretérmino (historia de parto pretérmino previo o aborto del 2º trimestre, antecedente de cirugía cervical (traquelectomía o conización), anomalía uterina congénita o gestación múltiple etc.)

CLÍNICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		
		Registro cardiotocográfico (RCTG) → 4 contracciones en 20-30 minutos u 8 en una hora	
		Ecografía transvaginal → medición de longitud cervical (medir con vejiga vacía, en eje longitudinal, realizar al menos 3 medidas y emplear la de menor tamaño)	
PUNTOS DE CORTE DE LONGITUD CERVICAL (CÉRVIX CORTO)			
EDAD GESTACIONAL	EMBARAZO ÚNICO	EMBARAZO MÚLTIPLE	
< 24 semanas	≤ 25 mm	≤ 25 mm	
24+0 a 27+6 semanas	≤ 20 mm	≤ 20 mm	
28+0 a 31+6 semanas	≤ 15 mm	≤ 10 mm	
≥ 32 semanas			

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Reposo relativo las próximas 24 horas (no se recomienda el reposo absoluto).
- No tratamiento tocolítico oral de mantenimiento salvo excepciones justificadas.
- Control obstétrico habitual.
- Indicar motivos por los que acudir nuevamente a Urgencias: dinámica uterina regular, sangrado, disminución de movimientos fetales etc.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS (Medicina Maternofetal)

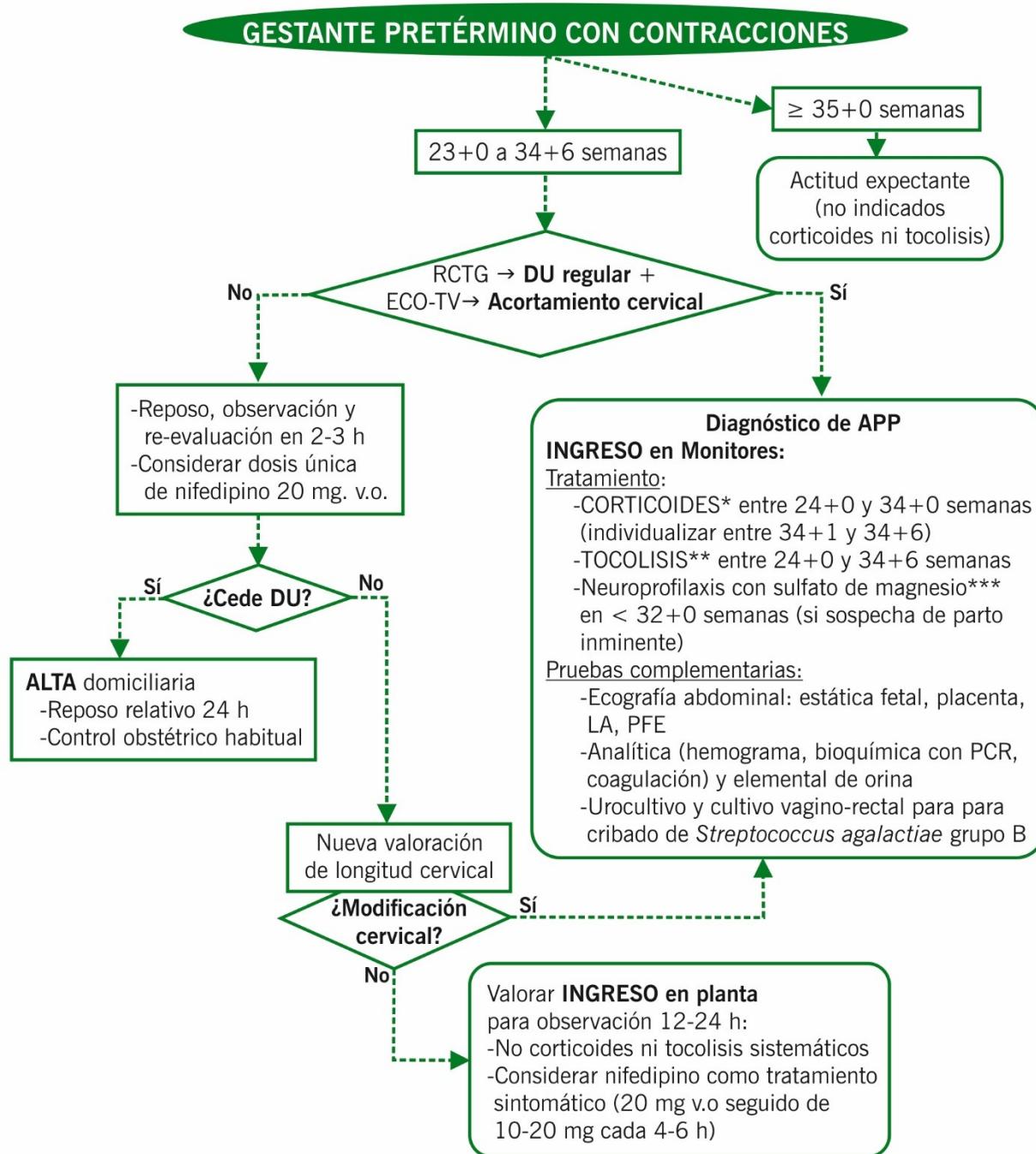
- Derivar desde Urgencias en caso de hallazgo de cérvix corto y cese de DU con Nifedipino, y la paciente es dada de alta.
- En caso de ingreso será el Facultativo de planta el que valore la necesidad de derivación.

CRITERIOS DE INGRESO

- Diagnóstico de APP: dinámica uterina regular + modificación cervical.
- Dinámica uterina sintomática (percibida por la paciente como dolorosa) sin modificación cervical.



ALGORITMO



* Betametasona 2 dosis de 12 mg i.m. con 24 h de diferencia. Se consensuará con padres y neonatólogos la posibilidad de corticoides entre las 23+0 y 23+6 semanas únicamente si se prevé un parto inminente. Se recomienda una dosis de recuerdo antes de las 34+0 semanas de gestación cuando se prevea un parto inminente en los siguientes 7 días y la primera dosis de corticoides se administró hace más de 7 días (máximo 3 dosis de recuerdo). Entre 34+1 y 34+6 semanas administrar BMS sólo si no se había administrado previamente.

** Atosiban i.v. según protocolo (bolus + infusión) en ciclo de 48 h, siendo posible administrar hasta un total de 3 ciclos. En gestaciones <24+0 semanas el tocolítico de elección en caso de estar indicado será la indometacina.

*** Pauta de sulfato de magnesio: bolus 4 g i.v. seguido de perfusión (1 g/h i.v.). Iniciar al menos 4 h antes de finalización de la gestación. Antes y durante el tratamiento se realizarán controles de la TA, FC y respiratoria, reflejo patelar, saturación de oxígeno y diuresis.



BIBLIOGRAFÍA

1. Plan normalizado de trabajo para el uso de tocolíticos en la amenaza de parto pretérmino. H.U. Virgen del Rocío. 2016.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Preterm labour and birth. 2015.
3. Guía de asistencia práctica (GAP) de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Parto pretérmino. 2020.
4. Protocolo Hospital Clinic de Barcelona. Amenaza de parto pretérmino. 2015.



503 – ESTADOS CONVULSIVOS. ECLAMPSIA

*Moreno de las Heras, María
Arias Fernández, José Luís*

DEFINICIÓN

La eclampsia se define como un cuadro clínico de convulsiones tónico-clónicas que ocurren durante el embarazo (38%), intraparto (18%) o en el puerperio (44%) en pacientes con síntomas de preeclampsia (1% de todas).

Un cuadro convulsivo en una gestante de más de 20 semanas es una eclampsia mientras no se demuestre lo contrario, sin embargo, el aumento de la edad materna, el tabaquismo y los embarazos en pacientes con patología médica (epilepsia) previa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Accidentes cerebrovasculares
- Hemorragia
- Rotura de aneurismas y malformaciones vasculares cerebrales
- Trombosis arterial o venosa en vasos cerebrales
- Encelopatía hipóxico isquémica
- Angiomas
- Enteropatía hipertensiva
- Epilepsia
- Embolismo de líquido amniótico
- Alteraciones metabólicas: hipoglucemia, hiponatremia, tormenta tiroidea
- Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)
- Cefalea postpunción dural
- Vasculitis cerebral
- Síndrome de deprivación alcohol/drogas

FACTORES DETERMINANTES

- La aparición de eclampsia antes de las 20 semanas de gestación es rara y debería plantear la posibilidad de un embarazo molar subyacente o una causa de convulsión no relacionada con la gestación.
- Los déficits neurológicos persistentes sugieren una anomalía anatómica: accidente cerebrovascular, hemorragia intracranal, tumor cerebral, encefalopatías tóxico-metabólicas, PTT e infección del SNC.
- Las convulsiones sin déficits neurológicos pueden desencadenarse por anomalías metabólicas, toxinas, infecciones o traumatismo craneal reciente.
- El embarazo es un factor desencadenante de la PTT o el Síndrome hemolítico urémico (SHU). Ambos pueden ser indistinguibles de la eclampsia que ocurre en una mujer con síndrome de HELLP. La eclampsia y HELLP generalmente comienzan a mejorar rápidamente después del parto, lo que no ocurre con la PTT y el SHU, cuyo curso no se ve afectado por la finalización del embarazo.

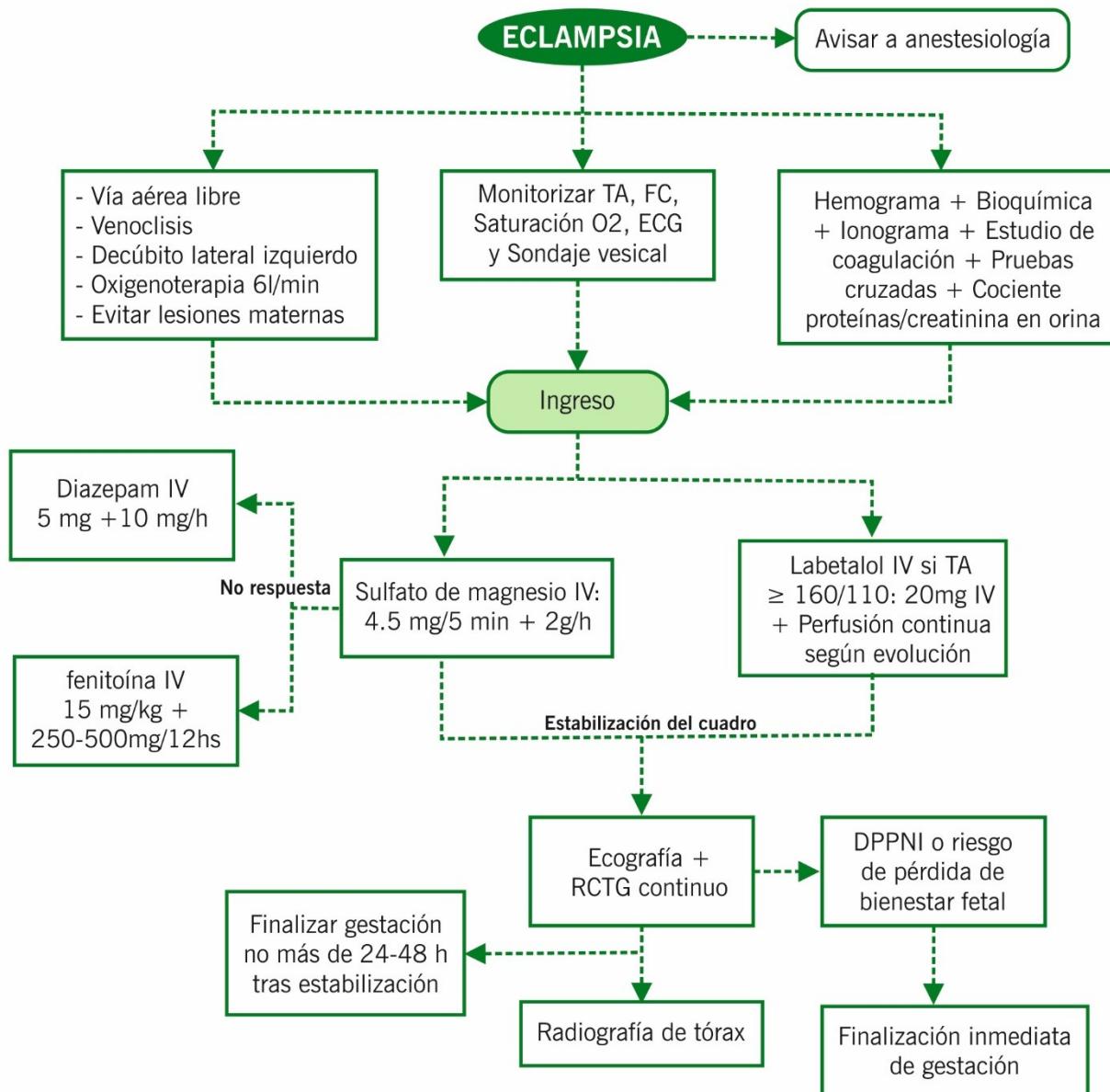


CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO	
CLÍNICA MATERNA	DIAGNÓSTICO MATERNO
<ul style="list-style-type: none"> - Signos/Síntomas premonitorios: hipertensión, cefalea, fotopsias, epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho - Convulsión tónico-clónica o coma - Pérdida de conciencia - Cianosis - Heridas bucales por mordedura - Periodo postictal: somnolencia y respiración profunda - Pérdida de memoria - Pérdida de reflejos osteotendinosos - Déficits visuales y mentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico - Estudio de neuroimagen (apoya al diagnóstico el hallazgo del Síndrome de encefalopatía posterior reversible o PRES)
CLÍNICA FETAL	DIAGNÓSTICO FETAL
<ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia durante la crisis - Taquicardia y pérdida de variabilidad durante el periodo postictal - Abruptio placentae asociado a hipertensión uterina, sangrado vaginal y bradicardia fetal mantenida 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico - Registro cardiotocográfico - Ecografía obstétrica



ALGORITMO



Aunque es muy frecuente la finalización inmediata de la gestación tras la eclampsia por cesárea urgente, es preciso insistir en la necesidad de estabilizar a la paciente, hacer un correcto diagnóstico diferencial del cuadro convulsivo y preparar la cirugía o el parto anticipándose a otras circunstancias (por ejemplo estómago lleno, más dificultad en intubación por edema vía área) y descartar alteraciones analíticas (trombopenia < 20.000/mm³) que nos pueden complicar mucho la intervención.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

- Eclampsia: Tras el alta hospitalaria, mantendrán un seguimiento con la unidad de Medicina Interna (Área hipertensión y embarazo).
- Otros estados convulsivos: derivación y seguimiento en consultas de Neurología.

CRITERIOS DE INGRESO

Todas las gestantes en las que se sospeche el diagnóstico de eclampsia deben ingresar para monitorización y tratamiento.



BIBLIOGRAFÍA

1. Voulsden N, Lawley E, Seed PT, et al. Incidence of eclampsia and related complications across 10 low- and middle-resource geographical regions: Secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. PLoS Med 2019; 16:e1002775.
2. Shah AK, Rajamani K, Whitty JE. Eclampsia: a neurological perspective. J Neurol Sci 2008; 271:158.
3. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol 2005; 105:402.
4. Wright WL. Neurologic complications in critically ill pregnant patients. Handb Clin Neurol. 2017;141:657-674.
5. Martínez O, Guasch E, Cueto I. Manual práctico de Emergencias Obstétricas. INYECCMEDIA S.L. 2014.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin No 33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol 2002;99(1):159-67.
7. Martin JN Jr, Rose CH, Briery CM. Understanding and managing HELLP syndrome: The integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child. Am J Obstet Gynecol 2006;195:914-34.



504 – HIPERTENSIÓN. PREECLAMPSIA. SÍNDROME HELLP

Chimenea Toscano, Ángel
Arias Fernández, José Luís

DEFINICIÓN

HIPERTENSIÓN

Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, en dos tomas separadas al menos 4 horas en el mismo brazo.

- Hipertensión crónica: HTA presente antes de la gestación o diagnosticada antes de la semana 20 de gestación.
- Hipertensión gestacional: HTA de nueva aparición después de las 20 semanas de gestación. No asocia proteinuria ni otro signo de preeclampsia.

PREECLAMPSIA

HTA de nueva aparición después de las 20 semanas asociada a al menos uno de los siguientes criterios:

- Proteinuria: cociente proteína/creatinina ≥ 30 mg/ μ mol o proteínas en orina de 24 horas ≥ 300 mg.
- Disfunción orgánica materna clínica (considerados como criterios de gravedad).
 - Alteraciones neurológicas (alteraciones visuales persistentes, estupor, cefalea o clonus)
 - Epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho
 - Oliguria ($< 30-35$ ml/h o < 500 ml/24 h)
 - Insuficiencia renal (creatinina en sangre ≥ 90 μ mol/l o 1 mg/dl)
 - Elevación de las transaminasas (por encima del doble del límite alto de la normalidad)
 - Trombocitopenia ($< 100.000/\mu$ dl)
 - Hemólisis (esquistocitosis, elevación LDH > 600 UI/l, aumento de la bilirrubina o disminución de la haptoglobina)
 - CID (aumento TP o del dímero-D, disminución del fibrinógeno)
- Disfunción útero placentaria: CIR

SÍNDROME DE HELLP

Forma grave de preeclampsia definida por: anemia hemolítica + elevación de enzimas hepáticas + plaquetopenia.



CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	SÍGNOS / SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
HIPERTENSIÓN CRÓNICA/HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - TAS \geq 140 o TAD \geq 90 mmHg - No clínica ni alteración analítica asociada 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de presión arterial rutinaria -
PREECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> - TAS \geq 140 o TAD \geq 90 mmHg - Proteinuria - CIR - Preeclampsia grave: Epigastralgia, cefalea, alteraciones visuales, oliguria, trombocitopenia, insuficiencia renal, hipertransaminasemia, hemólisis y/o CID. TAS \geq 160 o TAD \geq 110 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de presión arterial - Analítica con hemograma, bioquímica y estudio de coagulación - Cociente proteínas/creatinina en orina o proteinuria de 24 h. - Ecografía obstétrica con biometría y estudio Doppler fetoplacentario - Marcadores angiogénicos: cociente sFlt-1/PIGF <38 descarta preeclampsia* - Pruebas cruzadas (si Hb < 10 gr/dL)
SÍNDROME DE HELLP	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertransaminasemia (\geq al doble del límite alto de la normalidad) - Plaquetas <100.000/dl - Hemólisis: esquistocitosis, elevación de LDH > 600 UI/l, aumento de la bilirrubina o disminución de la haptoglobina 	<ul style="list-style-type: none"> - Analítica con hemograma, bioquímica y estudio de coagulación - Frotis sanguíneo - Pruebas cruzadas (si Hb < 10 gr/dL)

*Marcadores de utilidad en nuestra práctica habitual, el diagnóstico de la PE es clínico.

CRITERIOS DE INGRESO

	CRITERIOS DE INGRESO
PREECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> - TA sistólica \geq 160 mm Hg - Alteraciones analíticas: <ul style="list-style-type: none"> o Aumento de creatinina (\geq 90 micromol/ml) o Aumento de AAT (\geq 70 UI/l o x2 límite superior de la normalidad) o Descenso de plaquetas (< 150.000 células/microlitro) - Signos prodrómicos de eclampsia - Signos de edema agudo de pulmón - Otros signos de gravedad - Sospecha de compromiso fetal - Cualquier otro signo clínico que cause preocupación <p>*No es necesario ingreso si se consigue un control adecuado de forma ambulatoria. Puede considerarse, sobre todo al inicio (24-48 h), para una mejor filiación diagnóstica y de su gravedad, así como para estabilizar la PA. Hay que tener muy en cuenta la accesibilidad de la paciente al hospital adecuado, su grado de adherencia a las recomendaciones y su situación social</p>
SÍNDROME DE HELLP	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertransaminasemia (\geq al doble del límite alto de la normalidad) - Plaquetas <100.000/dl - Hemólisis: esquistocitosis, elevación de la lactato deshidrogenasa > 600 UI/l, aumento de la bilirrubina o disminución de la haptoglobina



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

HIPERTENSIÓN CRÓNICA, HIPERTENSIÓN GESTACIONAL O PREECLAMPSIA

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

	DOSIS HABITUAL (VO)	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Labetalol (1 ^a elección)	100-200 mg/8 h	2400 mg
Nifedipino (2 ^a elección)	20-60mg/24 h	120 mg
Alfametildopa (3 ^a elección)	250-500 mg/ 8 h	3000 mg
Hidralazina	25-50 mg/ 8 h	200 mg

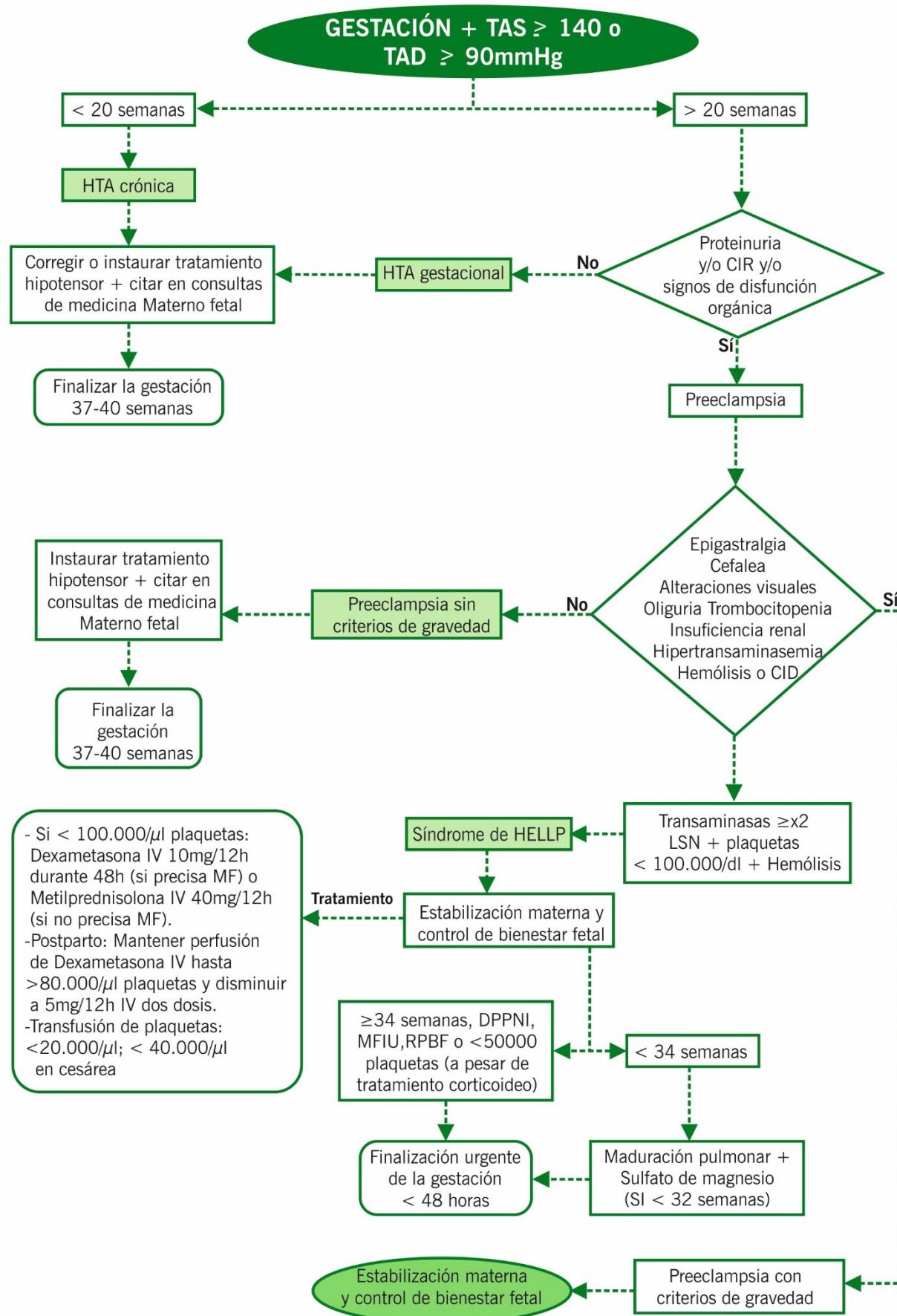
SÍNDROME DE HELLP

No es posible el manejo ambulatorio.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO HOSPITALARIO

	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES
LABETALOL	- Bolo de inicio IV lento de 20mg en 1 min. Repetir a los 10 min si no se controla PA doblando dosis. No sobrepasar 220mg.	- Insuficiencia cardiaca congestiva
HIDRALAZINA	- Mantenimiento en PC de 50-400mg/6h (dosis máxima de 600mg/6h)	- Bradicardia materna <60 lpm
NITROGLICERINA	- Bolo de inicio IV lento de 5mg en 1 min. Repetir cada 30 min (4 bolos máximo, 20mg)	- Asma
NITROPRUSIATO SÓDICO	- Mantenimiento en PC de 5mg/h (dosis máxima diaria 200mg)	
FUROSEMIDA	- Iniciar con 5 µg/min doblando dosis cada 5 min (dosis máxima 100 µg/kg/min)	

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos en la gestación. Guía de asistencia práctica. Febrero 2020.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin No 202. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2019;133(1):e1-e25
3. Bernstein PS, Martin JN Jr, Barton JR, et al. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol* 2017; 130:347.
4. Katz L, de Amorim MM, Figueiroa JN, Pinto e Silva JL. Postpartum dexamethasone for women with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) syndrome: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:283.e1.
5. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374:979.
6. Tajik P, van der Tuuk K, Koopmans CM, et al. Should cervical favourability play a role in the decision for labour induction in gestational hypertension or mild pre-eclampsia at term? An exploratory analysis of the HYPITAT trial. *BJOG* 2012; 119:1123.
7. Chappell LC, Brocklehurst P, Green ME, et al. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial. *Lancet* 2019.
8. Chiarello DI, Mariìn R, Proverbio F, et al. Mechanisms of the effect of magnesium salts in preeclampsia. *Placenta* 2018; 69:134.
9. Kaufman RM, Djulbegovic B, Gernsheimer T, et al. Platelet transfusion: a clinical practice guideline from the AABB. *Ann Intern Med* 2015; 162:205.



505 – INSUFICIENCIA CERVICAL

*Marín Cid, Mónica
Bujalance Montilla, Francisco*

DEFINICIÓN

Incapacidad del cuello del útero para retener un embarazo en el II Trimestre en ausencia de contracciones clínicas, trabajo de parto o ambas.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGLOS / SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Acortamiento cervical que se produce en ausencia de contracciones clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis detallada, recogiendo edades gestacionales en partos previos, y posible historia de traumatismos cervicales. - Ecografía transvaginal. - Analítica (Hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda). - Cultivos (vaginal, vaginorrectal y urocultivos).

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Progesterona 200 mcg vaginal c/24 horas si:

- Antecedente 1 parto pretérmino entre semana 28-34+6 y LC:
 - 20-25mm. Citaremos en CAR en una semana.
 - 15-20 mm. Citaremos en CAR en < 72 horas.
- Longitud cervical (LC) entre 15-25 mm sin antecedentes tras descartar infección activa o DU.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE ALTO RIESGO

FACTORES DE RIESGO

- Antecedente de parto pretérmino entre semana 16-34+6.
- Traquelectomía.
- Fracaso de cerclaje previo.

ACORTAMIENTO CERVICAL

- Hallazgo casual de longitud cervical 15-25 mm en ausencia de DU o signos de infección. Pautar progesterona y citar en menos de una semana. Explicar que en caso de percibir DU debe acudir antes a Urgencias.



CRITERIOS DE INGRESO

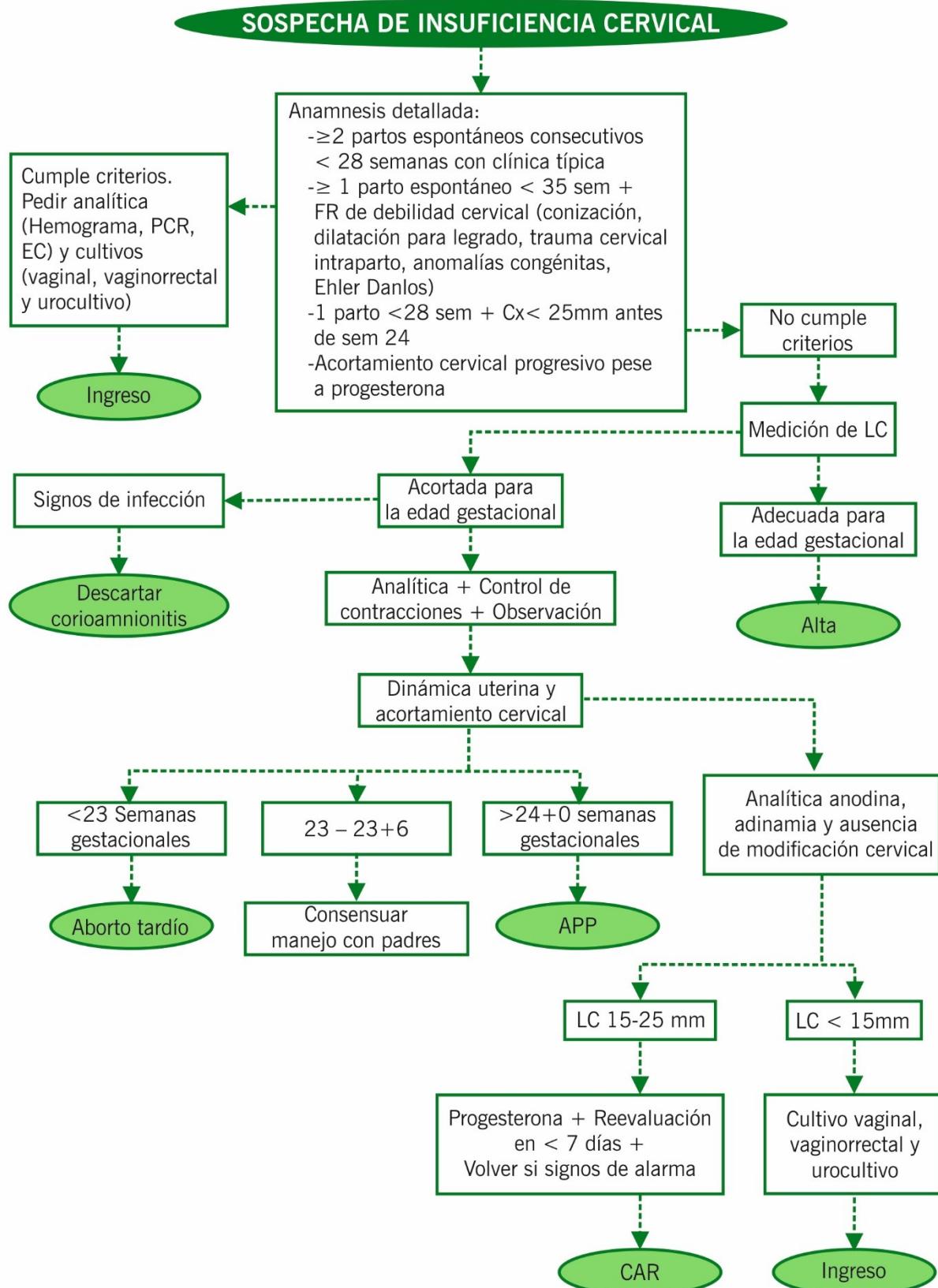
Previo al ingreso realizar cultivo vaginal, vaginorrectal y urocultivo. Ingreso desde Urgencias si:

- Hallazgo de LC < 15 mm de novo.
- ≥2 partos espontáneos consecutivos < 28 semanas con clínica típica.
- ≥ 1 parto espontáneo < 35 sem + FR de debilidad cervical (conización, dilatación para legrado, trauma cervical intraparto, anomalías congénitas, Ehler Danlos).
- 1 parto <28 sem + Cx< 25mm antes de sem 24.
- Acortamiento cervical progresivo pese a progesterona.

PUNTOS DE CORTE DE LONGITUD CERVICAL ECOGRÁFICA SEGÚN EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	PUNTO DE CORTE LC
<24 semanas	≤ 25 mm
24.0-27.6 semanas	≤ 25 mm
28 – 31.6	≤ 20 mm
≥ 32 semanas	≤ 15 mm

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica Parto Pretérmino 2020.
2. American College of Obstetrician and Gynecologist. ACOG practice bulletin No 234. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth August 2021.
3. ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2014 Feb;123(2 Pt 1):372-9
4. Protocolo Hospital Clinic de Barcelona. Cerclaje uterino. 2018.
5. Berghella V, Mackeen AD. Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011; 118:148.
6. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011; 117:663.
7. Conde-Agudelo A, Romero R, Da Fonseca E, et al. Vaginal progesterone is as effective as cervical cerclage to prevent preterm birth in women with a singleton gestation, previous spontaneous preterm birth, and a short cervix: updated indirect comparison meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 219:10.
8. Berghella V. Cervical Insufficiency. Up to date 2022



506 – MUERTE FETAL ANTEPARTO

Pérez Díaz, Laura
Castillo Cantero, Isabel Adela

DEFINICIÓN

Se define como aquella muerte fetal que sucede intra-útero, antes de la expulsión o extracción completa de su madre.

Podemos clasificarlas en:

- Muerte fetal temprana o aborto: comprende a fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o <500 g de peso.
- Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 g.
- Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1.000 g de peso y/o mayores de 28 semanas de gestación.

El diagnóstico y estudio etiológico deberá iniciarse desde urgencias valorando causas fetales (25-40%), placentarias (25-35%) y maternas (5- 10%), restando un grupo de muertes de causa desconocida (25-35%).

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El síntoma más frecuente es la ausencia de movimientos fetales.

Otros posibles motivos de consulta podrían ser sangrado vaginal, hidrorrea, fiebre y/o dinámica uterina.

El diagnóstico será ecográfico ante la ausencia de actividad cardiaca, idealmente en presencia de dos facultativos.

SIGLOS / SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<ul style="list-style-type: none">- Ausencia de movimientos fetales- Sangrado / dinámica uterina / hidrorrea / fiebre	<ul style="list-style-type: none">- Ecografía: ausencia de actividad cardiaca. Solicitar valoración a otro facultativo



MANEJO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

MANEJO INICIAL

- Anamnesis detallada.
- Exploración dirigida en función de los síntomas.
- Ingreso hospitalario.

INFORMACIÓN

- Entorno tranquilo y óptimo para la comunicación de malas noticias.
- No demorar la comunicación de la muerte fetal.
- Idealmente dos facultativos.

ENTORNO Y ACOMPAÑAMIENTO

- Ambiente tranquilo e íntimo.
- Acompañamiento por un familiar.
- Habitación individual.

Tras establecer el diagnóstico, y cuando la pareja se encuentre preparada, se solicitarán las siguientes pruebas complementarias para valoración de estado materno y comenzar el estudio etiológico:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica urgente: hemograma; bioquímica con función renal y hepática, añadir PCR si clínica infecciosa, APP o RPM; coagulación incluyendo fibrinógeno y dímeros D.
- Tóxicos en orina.
- Serología: toxoplasma, rubéola, citomegalovirus (IgM), herpesvirus, parvovirus B19 (IgM), listeria, VIH, VHB y VHC. Añadir en el contexto de pandemia COVID 19 serología frente a SARS COV 2.
- Test de Kleihauer-Betke: en hoja de interconsulta a hematología.
- Test de Coombs y grupo y RH si se desconoce: en hoja de interconsulta a hematología.

Tras los resultados de la analítica, si esta es correcta, se puede demorar la inducción del parto 12-24 horas, según deseo de los padres.

- Se deberá intentar, salvo contraindicación materna, que el parto tenga lugar vía vaginal.
- La inducción del parto podrá ejecutarse en la habitación en planta, o en habitación de dilatación (UVE), favoreciendo la intimidad.
- Es recomendable, que el personal favorezca un entorno de duelo e intimidad, poniendo en conocimiento del mismo la índole del caso.
- Se debe favorecer el seguimiento del caso por el mismo equipo.
- Se debe ofertar apoyo emocional por parte de la unidad de Salud Mental desde el inicio del proceso.



INDUCCIÓN DEL PARTO

- Misoprostol vía vaginal si el cérvix no es favorable (Bishop < 6)
 - 18-26 semanas: Misoprostol 100 µg / 6h (dosis máxima diaria: 800 µg)
 - > 27 semanas: Misoprostol 25-50 µg / 4h (hasta 6 dosis)

(Reducir la dosis a la mitad si la paciente tiene una cesárea anterior o cirugía uterina previa. A partir de la semana 29 utilizar Dinoproston 10 mg.)
- Oxitocina intravenosa si el cérvix es favorable (Bishop > 6)

**Informar a equipo de anestesiología para valoración analítica y avisar de posible asistencia para analgesia epidural y otras posibilidades analgésicas según el caso.

PARTO

INSPECCIÓN

- Feto: sexo, peso, maceración, color y anomalías visibles.
- Placenta: peso, color, anomalías visibles, signos de desprendimiento.
- Cordón umbilical: número de vasos, circulares, nudos, hematomas.
- Líquido amniótico: color, consistencia y volumen.

PROCESAMIENTO DE RESTOS

- Fetos < 22 semanas:
 - Remitir como pieza anatómica de la madre.
- Fetos 22-26 semanas (o < 1000 g):
 - Hoja de autorización de necropsia si se solicita.
 - Pueden solicitar enterramiento.
- Fetos > 26 semanas (o >1000 g):
 - Hoja de autorización de necropsia si se solicita.
 - Certificado de criaturas abortivas
 - Boletín estadístico del parto
 - Hoja de éxitus de fetos y neonatos
 - Anexo II
- Placenta: remitir a anatomía patológica (hoja AP).

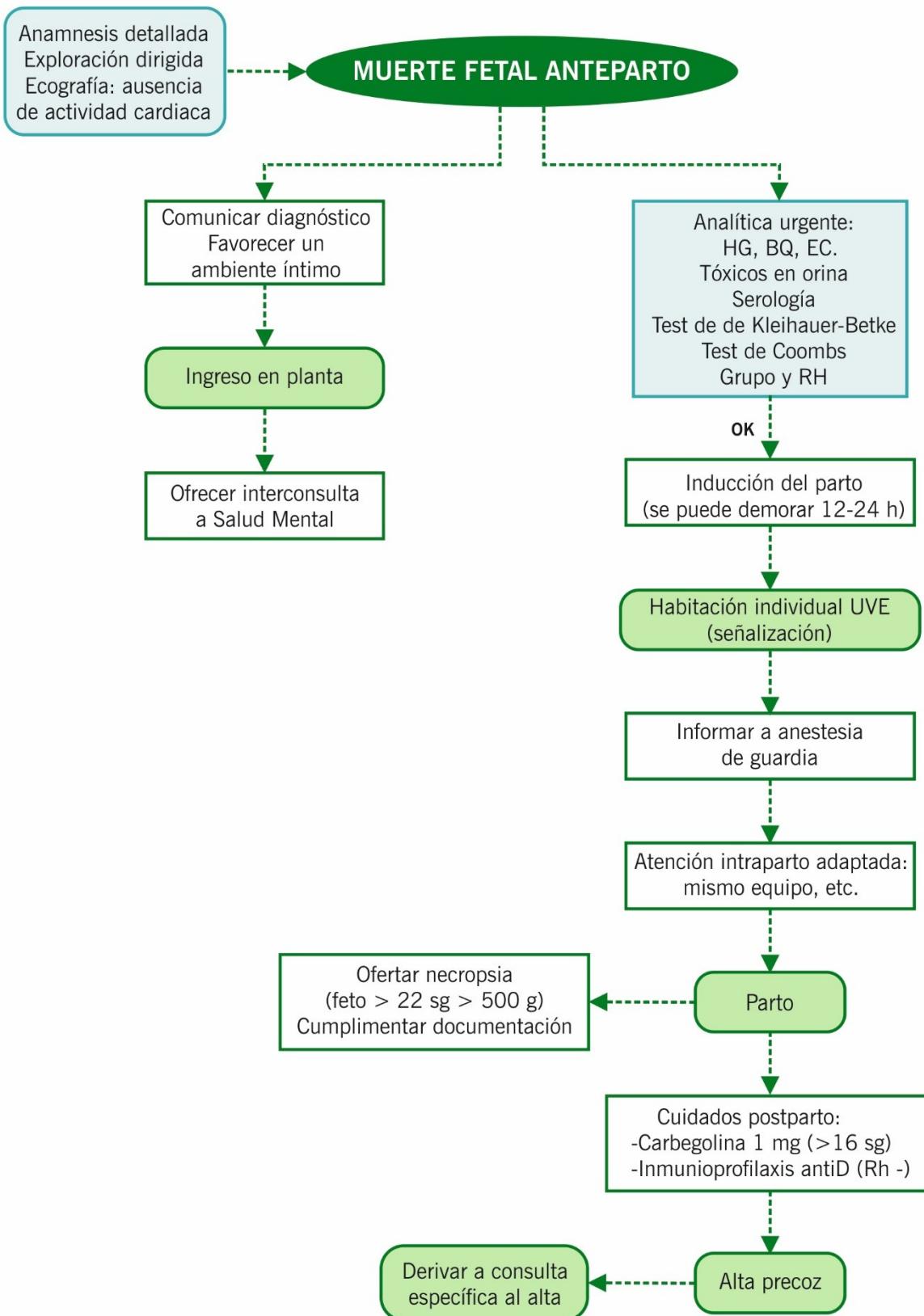
**Hacer hincapié en la importancia de la necropsia en el estudio etiológico, la familia decidirá si realizarla.

TRAS EL PARTO

- Favorecer intimidad y resolución de dudas.
- Ofrecer posibilidad de recuerdos del recién nacido, respetando los deseos de la familia.
- Si gestación > 16 semanas: Inhibición de la lactancia con carbegolina 1 mg (2 comprimidos de 0,5 mg) en dosis única vía oral.
- Inmunoprofilaxis con gammaglobulina antiD si la gestante es Rh negativa.
- Analgesia postparto intravenosa o vía oral según tolerancia.
- Favorecer alta precoz.
- Derivación a consulta específica para recoger resultados y completar estudio.



ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Guía práctica de asistencia en la muerte perinatal. Guía de asistencia práctica publicada en marzo de 2021. Sociedad española de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: www.prosegocom
2. Gómez O, Masoller N, et al. Pérdida gestacional de segundo trimestre y exitus fetal. Protocolos y Medicina Maternofetal. Hospital Clinic Barcelona. Actualizado 2019. Disponible en: www.medicinafe-talbarcelona.org
3. Cerrillos González L, Millán Velasco M, Santos Pozo P, Polonio ML. Procedimiento normalizado de trabajo en la muerte fetal anteparto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Marzo 2016.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of Stillbirth: Obstetric Care Consensus No, 10. *Obstet Gynecol* 2020;135(3):e110-e132
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth [Internet]. Green-top Guideline No. 55. Octubre 2010. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actuación psicosomática en las pérdidas fetales y perinatales. Protocolos SEGO 2010. Disponible en: https://sego.es/Guias_de_Asistencia_Practica#psicosomatica
7. Crispus Jones H, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Standard care practices and psychosocial interventions aimed at reducing parental distress following stillbirth: A systematic narrative review. *J Reprod Infant Psychol* 2015;33:448-65.
8. Gómez O, Masoller N, et al. Pérdida gestacional de segundo trimestre y exitus fetal [Internet]. Protocolos y Medicina Maternofetal. Hospital Clinic Barcelona. Actualizado 2019. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
9. Perinatal Society of Australia and New Zealand. Clinical practice guideline for care around stillbirth and neonatal death, 3.a edición [Internet]. PSANZ 2019. Disponible en: <https://sanda.psanz.com.au/clinical-practice/clinical-guidelines/>
10. Chen C, Lin F, Wang X, Jiang Y, Wu S. Mifepristone combined with ethacridine lactate for the second-trimester pregnancy termination in women with placenta previa and/or prior cesarean deliveries. *Arch Gynecol Obstet* 2017;295:119-24.
11. Lams JD, Berghella V. Care for women with prior preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:89-100.



507 – OLIGOAMNIOS

*Muñoz Barrera, Ana
Hernandez Abdela, José Famián*

DEFINICIÓN

Se denomina así la escasez de líquido amniótico, la cual puede provocar efectos adversos en el feto, independientemente de la causa que lo haya producido.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA	MÁXIMA COLUMNA VERTICAL (MCV)	ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO (ILA)
Sensación de hidrorrea	Midiendo la máxima columna vertical de líquido libre de partes fetales y de cordón de manera vertical:	Valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno: la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis púbica y el fondo uterino.
Disminución de movimientos fetales	- Normal: superior a 2 cm en todas las edades gestacionales e inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21	El transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo.
Hallazgo casual		Se consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 centímetros.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Sustitución de fármacos potencialmente implicados en el cuadro.
- Hidratación materna regular.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

Derivación a CAR y/o Medicina fetal.

- Estudio etiológico diferido.
- RCIU (Restricción crecimiento intrauterino).
- Malformaciones fetales.
- Otras alteraciones feto-placentarias.

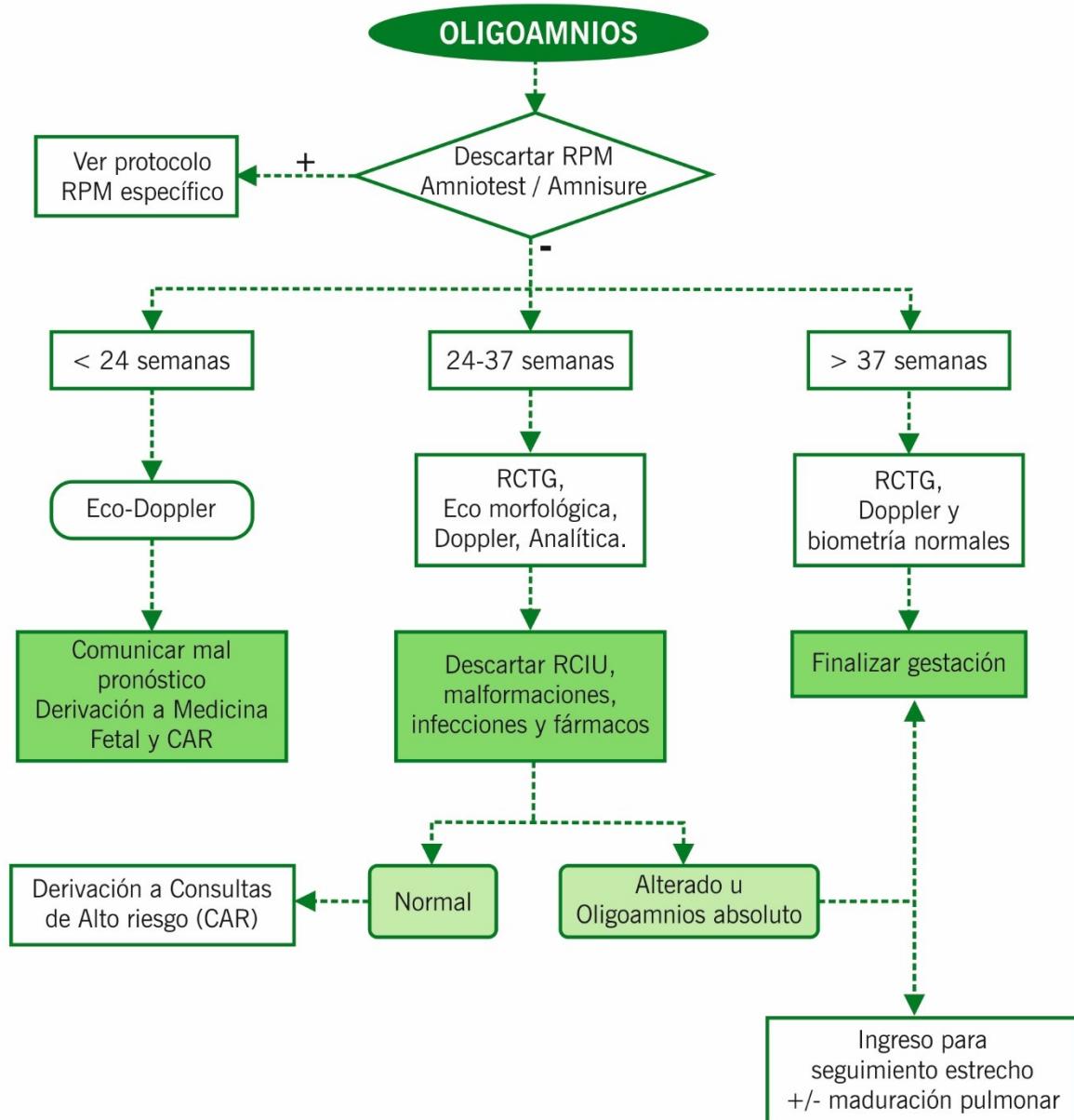
CRITERIOS DE INGRESO

Ingreso en Materno-Fetal (4^a planta).

- RPM pretérmino.
- Oligoamnios absoluto.
- RCIU Severo.
- Infecciones.
- RCTG poco tranquilizador.



ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. PROTOCOLO: OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA; Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona; Eva Meler, Edurne Mazarico, Edda Marimón, Francesc Figueras; 2020
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): ACOG Committee Opinion No. 764: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 133 (2):e151-e155, 2019. doi: 10.1097/AOG.0000000000003083
3. American College of Obstetricians and Gynecologists: Ultrasonography in pregnancy. Practice Bulletin No. 101, February 2009, Reaffirmed 2011
4. American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM): Practice guideline for the performance of obstetric ultrasound examinations. *J Ultrasound Med* 32(6):1083, 2013
5. Callen PW (ed): Amniotic fluid volume: its role in fetal health and disease. In *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 5th ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2008, p 764



508 – POLIHIDRAMNIOS

*García Díaz, Lutgardo
Hinojal Toscano, Isabel*

DEFINICIÓN

El polihidramnios (PH), se define como la acumulación excesiva de líquido amniótico.

Afecta al 1-2% de todas las gestaciones, además de provocar un compromiso respiratorio materno.

Se asocia a mayor número de resultados adversos: compromiso respiratorio materno, Amenaza de parto pretermino (APP), Rotura prematura de membranas (RPM), malposicionamiento fetal, macrosomía, prolapsio de cordón, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), atonía uterina postparto.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNS / SÍNTOMAS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Asintomático	Polihidramnios leve (límite alto de la normalidad)
Altura uterina mayor que amenorrea	ILA 25-29/CM>10
Incapacidad de palpar al feto	Polihidramnios moderado
Dificultad respiratoria en la gestante/polinea	ILA 30-34/ CM 12-15
Presencia de DU pretérmino/ irritabilidad uterina	Polihidramnios severo ILA >35/CM>15

*ILA: índice de líquido amniótico. CM: columna máxima de líquido amniótico.

CAUSAS FETALES DE POLIHIDRAMNIOS

- Alteraciones gastrointestinales: onfalocele, Atresia (esófago, ileón, yeyuno), gastrosquisis.
- Alteraciones Sistema Nervioso Central: Anencefalia, Defectos del tubo neural.
- Infección fetal: Parvovirus, Citomegalovirus, Toxoplasma, Sifilis.
- Cardiopatía congénita: Arritmia, Truncus, Coartación Aorta.
- Alteraciones torácicas: Malformación adenomatoidea quística pulmonar, Secuestro pulmonar, Hernia diafragmática congénita, Quilotorax.
- Alteraciones renales: Tubulopatías renales.
- Alteraciones esqueléticas: Acondroplasia, Displasia tanatofórica.
- Alteraciones neuromusculares: Distrofia miotónica, artrogriposis.
- Alteraciones metabólicas: Gangliosidosis, Enfermedad de Gaucher.
- Alteraciones cromosómicas: Trisomía 18, Trisomía 21 y Síndrome de Turner.
- Tumores Fetales: Teratoma sacrococcígeo, Teratoma orofaringeo.



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Vigilar aparición de signos de alarma: Dinámica uterina, hidrorrea, sangrado vaginal, dificultad respiratoria...

CRITERIOS DE DERIVACIÓN CONSULTAS (CONSENSUAR)

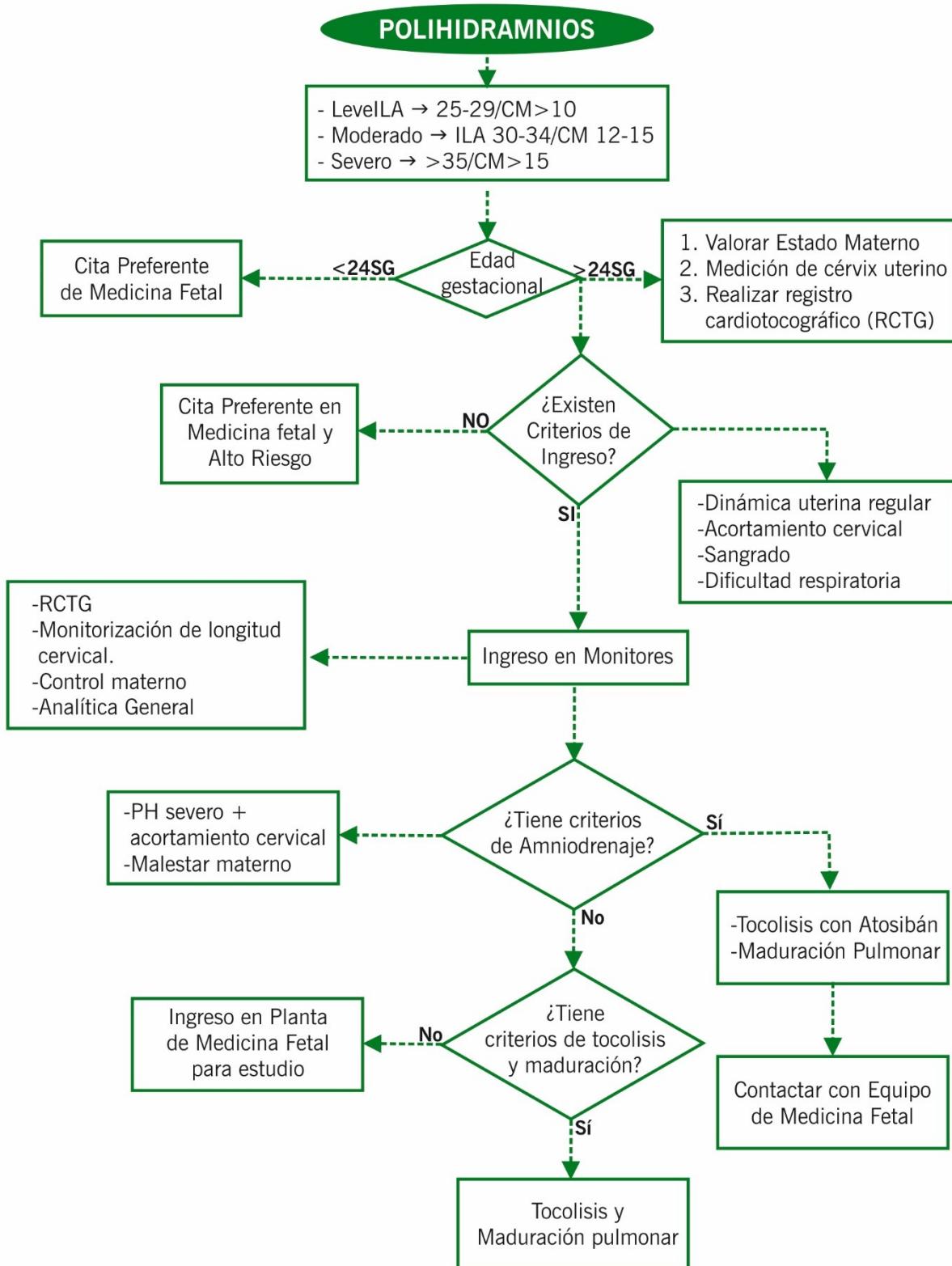
Criterios de derivación a Unidad de Medicina Fetal y Consulta de Alto Riesgo Obstétrico:

- Polihidramnios de reciente diagnóstico independientemente de edad gestacional.

CRITERIOS DE INGRESO (CONSENSUAR)

- Dinámica Uterina pretérmino.
- Dificultad respiratoria en gestante.
- Sangrado vaginal.
- Acortamiento cervical uterino.
- Hidrops Fetal.
- Patología materna: Diabetes gestacional descompensada...

ALGORITMO



*En caso de precisar inducción del parto seguir protocolo específico; recordando la contraindicación de utilización de Doble Balón de Cook.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gratacós E. Medicina Fetal. 2.^a ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2018.
2. Galindo A. Ecografía Obstétrica. 1.^a ed. Madrid: Marbán; 2019.
3. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Dashe JS, Pressman, EK, Hibbard JU: SMFM Consult Series #46: Evaluation and management of polyhydramnios. Am J Obstet Gynecol 219 (4):B2–B8, 2018. doi: 10.1016/j.ajog.2018.07.016. Epub 2018 Jul 23
4. Pagan M, Magann EF, Rabie N, Steelman SC, Hu Z, Ounpraseuth S. Idiopathic polyhydramnios and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022 Jun 20. doi: 10.1002/uog.24973. Epub ahead of print.
5. Sandlin AT, Chauhan SP, Magann EF. Clinical relevance of sonographically estimated amniotic fluid volume: polyhydramnios. J Ultrasound Med. 2013 May;32(5):851-63. doi: 10.7863/ultra.32.5.851.
6. Hamza A, Herr D, Solomayer EF, Meyberg-Solomayer G. Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2013 Dec;73(12):1241-1246. doi: 10.1055/s-0033-1360163.



509 – ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Chimenea Toscano, Ángel
Cobo Nieto, Elena

DEFINICIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto (se produce en aproximadamente el 8-10% de las gestaciones).

En un 2-4% de gestaciones, ésta sucede antes de la semana 37, lo que se conoce como RPM pretérmino (RPMPT).

En aquellos casos en los que ocurre antes de la semana 24 de gestación, hablamos de RPM antes de la viabilidad fetal.

Su importancia radica en que está asociada a un 30-40% de los casos de prematuridad, con la morbilidad y mortalidad que esta conlleva.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNS / SÍNTOMAS

- Hidrorrea
- Genitales externos húmedos

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Anamnesis y exploración física: historia clínica compatible con RPM. Visualización salida de líquido amniótico (LA) a través de genitales externos o mediante examen con espéculo (valorar color del LA)
- Ecografía abdominal: oligoamnios (CMLA <2 cm,ILA < 5 cm) o LA disminuido subjetivamente para EG (puede no estar presente si RPM reciente)
- Test de nitracina (Amniotest)
- Test de PAMG-1 (Amni Sure®)

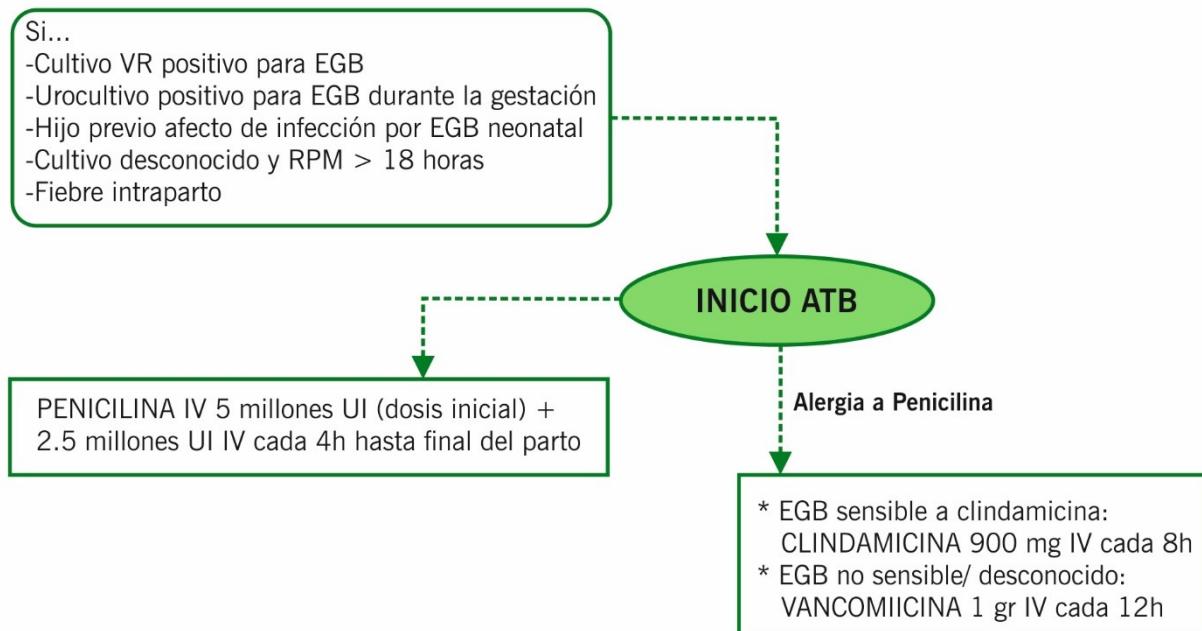


TRATAMIENTO

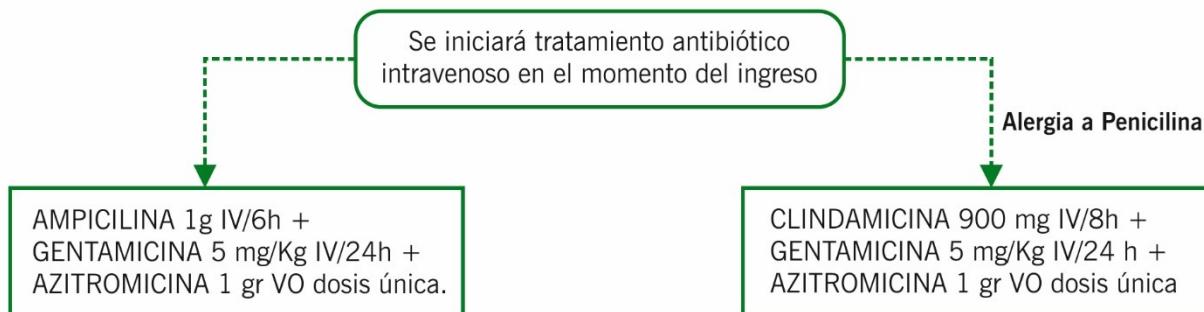
Ante el diagnóstico de RPM, debemos realizar la historia clínica de la paciente, prestando especial atención a:

- Correcta datación de la gestación (PACAC), fundamentalmente si < 37 semanas.
- Posibles factores de riesgo obstétricos y existencia de alergias.
- Horas de evolución de bolsa rota.
- Resultado y fecha de realización de cultivo vagino-rectal de EGB.

RPM A TÉRMINO



RPMPT



Se administrará pauta completa de maduración pulmonar fetal si procede con dos dosis de Betametasona 12 mg IM separadas 24h (desde 24+0 hasta 34+6). Entre las 34+0 y 34+6 semanas la maduración pulmonar fetal no se acompañaría de tocolisis.

Se valorará tratamiento tocolítico y neuroprofilaxis fetal con Sulfato de Magnesio según protocolo en caso de que fuera necesario por amenaza de parto prematuro.



CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

Si hablamos de RPMPT, el manejo ambulatorio de la gestante con feto viable no está suficientemente estudiado para establecer su seguridad, de modo que no estará recomendado.

En raras ocasiones, está descrito la posibilidad del resellado de la bolsa amniótica.

Si tras un periodo de ingreso no existe hidrorrea, el líquido amniótico por ecografía es normal, el test AmniSure es repetidamente negativo o el test de instilación de colorante es negativo, se informará de esta posibilidad y se ofertará control ambulatorio.

En casos de RPMPT en fetos previables sí se podrán controlar semanalmente de forma ambulatoria hasta alcanzar la viabilidad fetal (24+0).

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

37+0 semanas: Iniciar la finalización activa de la gestación según las condiciones cervicales a la mañana siguiente del ingreso sin superar las 24 horas desde la RPM siguiendo el protocolo de inducción del parto.

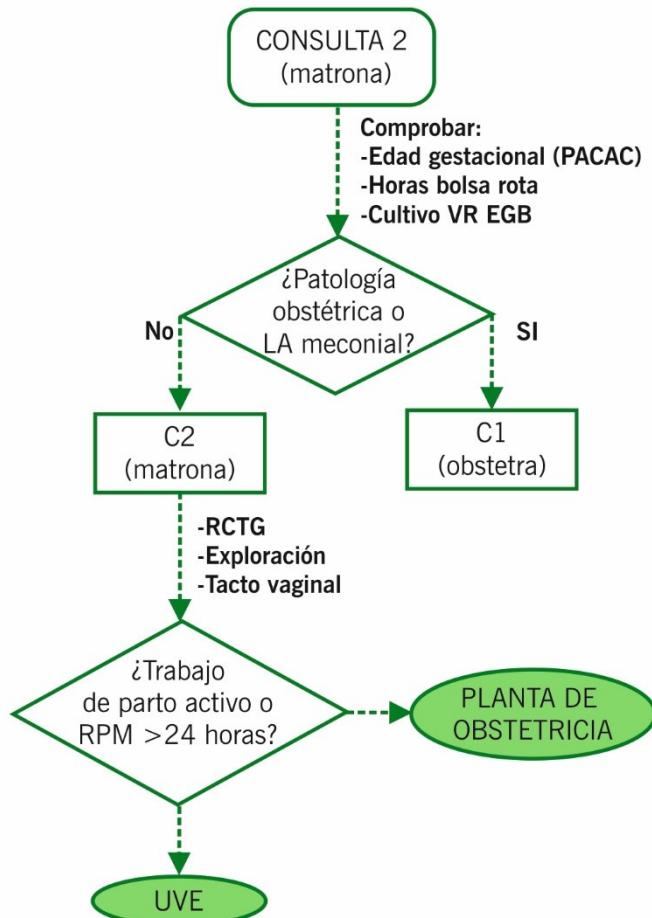
35+0 - 37+0 semanas: Finalización activa de la gestación a la mañana siguiente sin superar las 24 horas desde la RPM (igual que en RPM a término).

34.0 - 34.6 semanas: Finalización activa de la gestación a la mañana siguiente de la última dosis de corticoides. Si trabajo de parto activo, no está indicada la tocolisis para completar maduración pulmonar fetal.

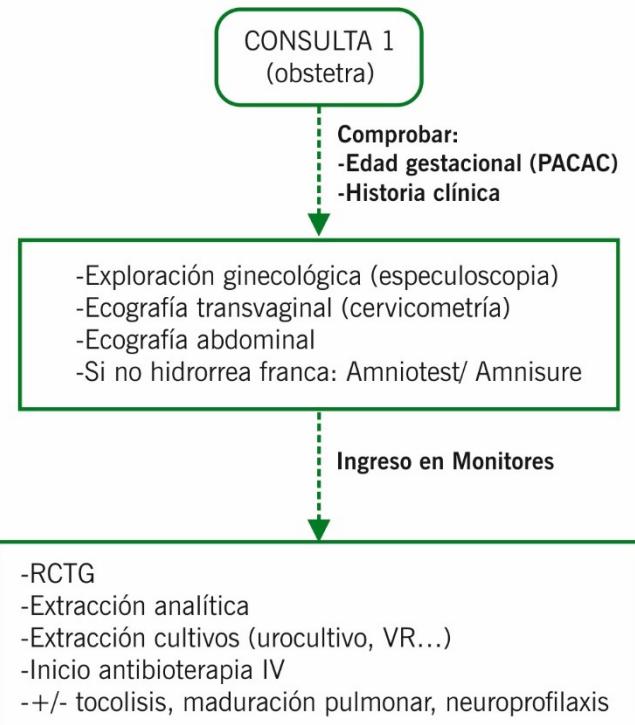


ALGORITMO

MANEJO CLINICO RPM EN URGENCIAS



MANEJO CLINICO RPMPT EN URGENCIAS





BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo Asistencial Rotura Precoz Membranas Amnióticas Pretérmino (Actualización PNT 2014). Noviembre 2018. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
2. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.
3. Parto pretérmino. Guía de Asistencia Práctica actualizada en octubre de 2020. SEGO.
4. Rotura prematura de membranas (Actualizada junio 2012). SEGO.
5. Procedimiento Normalizado de Trabajo en las gestantes con Rotura Prematura de Membranas a Término. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.
6. Rotura prematura de membranas. Guía práctica de urgencias en Obstetricia y Ginecología.
7. Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database of Systematic Review 2017, Issue 1. Art. No.: CD005302
8. Orthe E, Ancel PY, Torchin H, Kaminski M, Langer B, Subtil D, et al. Impact of latency duration on the prognosis of preterm infants after preterm premature rupture of membranes at 24 to 32 weeks' gestation: a national population-based cohort study. J Pediatr 2017;182:47–52.e2.
9. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for pre-term rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD001058.
10. Kibel M, Asztalos E, Barrett J, Dunn MS, Tward C, Pittini A, et al. Outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes between 20 and 24 weeks of gestation. Obstet Gynecol 2016;128:313–20.
11. Lee SM, Lee J, Seong HS, Lee SE, Park JS, Romero R, et al. The clinical significance of a positive Amnisure test in women with term labor with intact membranes. J Matern Fetal Neonatal Med 2009;22:305–10.
12. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004454.
13. Costantine MM, Weiner SJ. Effects of antenatal exposure to magnesium sulfate on neuroprotection and mortality in preterm infants: a meta-analysis. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2009;114:354–64.