

07

Complicaciones durante la gestación

*Enfermería
Obstétrico-Ginecológica*

Temario OPE 2019

AULA+

01

Amenaza de parto pretérmino.....6

- 1.1. Definición
- 1.2. Etiología
- 1.3. Factores de riesgo
- 1.4. Prevención
- 1.5. Clínica y diagnóstico
- 1.6. Tratamiento de la APP
- 1.7. Conducta tras un episodio de APP
- 1.8. Asistencia al parto pretérmino

02

Embarazo prolongado.....12

- 2.1. Definición
- 2.2. Factores etiológicos
- 2.3. Prevención del embarazo prolongado
- 2.4. Complicaciones neonatales del embarazo prolongado
- 2.5. Conducta

03

Retraso del crecimiento intrauterino.....14

- 3.1. Definición
- 3.2. Factores de riesgo de CIR
- 3.3. Etiología
- 3.4. Diagnóstico
- 3.5. Conducta

04

Macrosomía fetal.....16

- 4.1. Definición
- 4.2. Factores de riesgo
- 4.3. Manejo
- 4.4. Complicaciones

05

Rotura prematura de membranas.....17

- 5.1. Definición
- 5.2. Etiología
- 5.3. Diagnóstico
- 5.4. Manejo de la RPM pretérmino
- 5.5. Situaciones especiales

06

Muerte fetal anteparto.....19

- 6.1. Definición
- 6.2. Etiología
- 6.3. Diagnóstico
- 6.4. Diagnóstico etiológico
- 6.5. Finalización de la gestación
- 6.6. Apoyo psicológico
- 6.7. Conducta durante el puerperio
- 6.8. Duelo y maternidad
- 6.9. Atención a la familia

Preguntas oficiales OPE Matrona 2018.....24

**Temario OPE enfermería obstétrico-ginecológica.
Curso OPE 2019.**

**Tema 7
Complicaciones durante la gestación.**

ISBN: 978-84-17461-80-5

Depósito legal: MU 1218-2018

**Tema 8
Alteraciones en los anejos.**

ISBN: 978-84-17461-81-2

Depósito legal: MU 1219-2018

**Tema 9
Gestación múltiple.**

ISBN: 978-84-17461-82-9

Depósito legal: MU 1220-2018

Aulaplus Formación, S. L.
www.aulaplusformacion.es
info@aulaplusformacion.es

Diseño y maquetación: Aulaplus Formación, S. L.

Impresión: Aulaplus Formación, S. L.

AULA+

Relevancia de la asignatura en el **histórico de exámenes OPE**



A nivel nacional, desde el año 1996, contamos con un total de **123 preguntas** repartidas en los exámenes. Esto supone una media aproximada de **2,2 preguntas por examen**.

Proporción media de preguntas por tema

01	Amenaza de parto pretérmino.		42,5%
02	Embarazo prolongado.		10%
03	Retraso del crecimiento intrauterino.		21%
04	Macrosomía fetal.		0,8%
05	Rotura prematura de membranas.		6,7%
06	Muerte fetal anteparto.		19,2%

01

Amenaza de parto pretérmino

1.1. Definición

El **parto pretérmino** es aquel que se produce entre las 22+0 y 36+6 semanas de gestación o antes de las 37 semanas completas (< 259 días). Según la edad gestacional a la que se produce el parto se clasifica en **(EUS 09, 74; 97, 83)**:

- Prematuridad extrema: 24 – 28 semanas (5%)
- Prematuridad severa: 28+1 – 31+6 semanas (15%)
- Prematuridad moderada: 32 – 33+6 semanas (20%)
- Prematuridad leve: 34 – 36+6 semanas (60%)

Los partos que tienen lugar entre la semana 22+0 y la semana 23/24 se consideran partos pretérmino inmaduros **(NAV 96, 38)**.

La **amenaza de parto pretérmino (APP)** es el proceso clínico caracterizado por la existencia de en un embarazo de 22+0 a 36+6 semanas, contracciones uterinas persistentes y regulares que conducen a la dilatación cervical progresiva y que, si no se trata o fracasa su tratamiento, conlleva a un parto pretérmino. La APP es la principal causa de hospitalización durante el embarazo cuando se excluye el parto a término.

Es muy importante el manejo de la APP pues la prematuridad es una de las principales causas de morbilidad neonatal. En España la tasa de prematuridad es de 9,5% del total de nacimientos, una cifra que a pesar de los avances actuales ha ido aumentando. Este aumento se debe al uso de técnicas de reproducción asistida, con el incremento asociado de gestaciones múltiples, las inducciones del parto antes de que llegue la gestación a término y la mayor edad materna.

1.2. Etiología

No se conoce con exactitud cuál es la causa del parto pretérmino y se dice que puede tener un origen multifactorial interviniendo distintos factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales como la infección intraamniótica (el más frecuente), la hemorragia decidual, la sobredistensión uterina o el estrés fetal. **(GAL 99; EX 2, 92)**.

Distribución de los partos pretérmino

30% por indicaciones médicas.

25% por rotura prematura de membranas.

45% partos pretérmino espontáneos.

1.3. Factores de riesgo **(BAL 09, 63; CYL 06,(CON), 49; CLM 18, 49, 50; EUS 02, 97)**

Factores de riesgo de parto pretérmino

No pareja estable

Bajo nivel socioeconómico

Ansiedad

Depresión

Eventos adversos personales (divorcio, separación, muerte)

Cirugía abdominal durante el embarazo **(ARA 09, 89)**

Problemas ocupacionales (bipedestación mantenida, uso de máquinas industriales, ejercicio físico, estrés mental o ambiental relacionado con el trabajo o condiciones de trabajo)

Gestación múltiple: la tasa de parto pretérmino en gemelares es del 30-40% frente al 8-10% en las gestaciones únicas.

Polihidramnios

Anomalía uterina

Leiomioma uterino

Cambios en el útero inducidos por el dietilestilbestrol

Historia de abortos de segundo trimestre

Historia de cirugía cervical

Dilatación o acortamiento cervical

Infecciones de transmisión sexual

Pielonefritis, apendicitis, neumonía

Infección sistémica

Bacteriuria asintomática

Enfermedad periodontal

Placenta previa

DPPNI

Sangrado vaginal, especialmente en más de un trimestre

Parto pretérmino previo
Consumo de tóxicos
Tabaco
Edad materna (<18 y > 40)
Raza afroamericana
Nutrición deficiente y bajo IMC (sobre todo si < 55 kg en la semana 20)
Control prenatal inadecuado
Anemia (Hb < 10 g/dl)
Excesiva contractilidad uterina
Fenotipo
Anomalía fetal
RCIU
Factores ambientales (calor, polución...)
Período intergenésico corto (lo ideal es que sea mínimo 24 meses).

Fuente: documento de consenso Prevención y manejo del parto pretérmino (SEGO 2013).



RECUERDA

Un parto prematuro previo es el factor de riesgo con más peso de que vuelva a ocurrir. Las recurrencias a menudo suceden a la misma edad gestacional. Si la gestante tiene antecedentes de un parto pretérmino tiene un porcentaje de recurrencia del 14-22%, si tiene antecedentes de dos partos pretérmino, del 28 al 42%, y si ha tenido tres, la recurrencia será del 67%.

1.4. Prevención

- **Prevención primaria:** actuar sobre los distintos factores de riesgo desde la consulta preconcepcional.
- **Prevención secundaria:** detección precoz de las gestantes con riesgo de tener un parto pretérmino, para poner en marcha las medidas preventivas como la administración de progesterona, realización de cerclaje o colocación de pesario.
 - **Progesterona:** existen estudios que han demostrado de forma significativa la reducción del parto pretérmino en gestantes con riesgo. En gestaciones sin riesgo no se ha demostrado esta utilidad.
 - **Cerclaje cervical.** Hay diferentes indicaciones a hora de realizar un cerclaje:

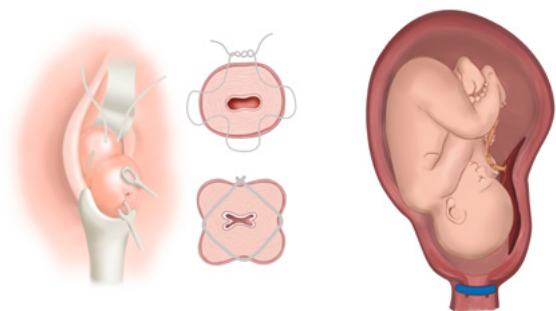
- Cerclaje por historia obstétrica. Es un cerclaje profiláctico que se suele realizar entre la 12-14ª semana de gestación. Se recomienda realizarlo cuando exista historia de tres o más pérdidas inexplicables del segundo trimestre y/o parto pretérmino.
- Cerclaje indicado por la exploración ecográfica. Es un cerclaje terapéutico. No existe evidencia del beneficio del cerclaje en gestantes con cuello corto (<25mm) sin otros factores de riesgo de parto pretérmino, por lo que no se recomienda realizarlo ante un hallazgo causal de cérvix corto. En gestantes con antecedentes de uno o más partos pretérmino y/o pérdidas fetales del segundo trimestre se recomienda realizar seguimiento de la longitud cervical con ecografía transvaginal, y si esta es menor de 25 mm realizar un cerclaje antes de la semana 24.
- Cerclaje indicado por la exploración física. Es un cerclaje de urgencia que está indicado en gestantes con membranas visibles a través de la vagina. Se realiza antes de la semana 26.

En gestaciones gemelares no se recomienda la realización de un cerclaje, ni por la historia obstétrica, ni por los hallazgos ecográficos. Contraindicaciones del cerclaje (MUR 09(PI). 73):

- Anomalía fetal severa (en los casos en que se decida no prolongar la gestación).
- Infección intrauterina (corioamnionitis).
- Sangrado activo.
- Trabajo de parto instaurado.
- Rotura prematura de membranas.
- Muerte fetal.

La retirada del cerclaje se realiza en torno a la semana 37, a no ser que se vaya a realizar una cesárea pues en este caso se retirará durante la intervención.

- **Pesario.** Se trata de un anillo de silicona para la prevención del parto pretérmino. Provoca un cambio en la inclinación del cérvix evitando que caiga el peso de la gestación sobre el canal cervical. Ha demostrado la reducción del parto pretérmino en gestantes con el cuello corto.
- **Prevención terciaria:** son las medidas que se utilizan para tratar a APP.



Cerclaje McDonald

Pesario de Arabin



NOTA

Hay diferentes técnicas de cerclaje como la de Shirokar o la técnica de McDonald, la elección de la técnica depende del cirujano.

1.5. Clínica y diagnóstico

En la APP los síntomas suelen ser imprecisos. Lo más habitual es que la gestante refiera dolor abdominal tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas (persistentes y regulares) o hemorragia escasa. Si el índice tocolítico de Baumgarten es ≥ 3 se diagnostica una APP (AND 08 (CASO 1), 35; CYL 16, 37; CLM 18, 47, MAD 18, 12; MUR 18(TL), 3, 18(PI), 71, EUS 15, 108). Ver tabla a pie de página.

Los **criterios clínicos** para el diagnóstico de la APP son:

- Edad gestacional 22+0 a 36+6 semanas.
- Contracciones uterinas espontáneas, dolorosas, palpables y persistentes (4 en 20 u 8 en 60 minutos).
- Modificaciones cervicales (tacto) que permite diferenciar: (MAD 14, 74)
 - **APP en fase prodrómica:** dilatación cervical inferior a 2 cm y borramiento cervical inferior al 80%. Existe actividad uterina, pero no cambios cervicales significativos.
 - **Parto pretérmino en fase activa:** dilatación cervical de 2 a 4 cm con borramiento igual o superior al 80%. Existe actividad uterina con cambios cervicales iniciales.
 - **Parto pretérmino en curso:** dilatación cervical igual o superior a 5 cm y borramiento igual o superior al 80%. El parto se ha iniciado y es muy poco probable que se pueda detener su evolución.



En la APP en fase prodrómica, ni la clínica ni el tacto vaginal, permiten realizar un diagnóstico correcto, por lo que se deben utilizar pruebas complementarias para diferenciar las gestantes sintomáticas que realmente van a evolucionar hacia el parto y se van a beneficiar del tratamiento, de aquellas con una falsa APP, estas son: la medida por ecografía vaginal de la longitud cervical (LC), la detección de la fibronectina fetal (fFN) o la forma fosforilada del insulin-like growth factor binding protein 1 (pIGFBP-1) en las secreciones cervico-vaginales.

- **Longitud cervical (LC).** Se considera que es la mejor prueba que predice el riesgo de parto pretérmino. Una LC superior a 25mm es un cérvix largo que descarta la posibilidad de parto pretérmino.

La realización de la medición de la longitud cervical se debe hacer con la vejiga vacía, se toman tres medidas y se registra la menor de ellas.

El valor predictivo negativo de parto pretérmino en una semana en función de la longitud cervical si la LC es 15 mm, 20 mm y 25 mm es del 94,8%, 96,3% y 95,8% respectivamente. Dado que la LC se acorta conforme avanza la edad gestacional, los puntos de corte para considerar de que existe riesgo de parto pretérmino serán:

LC < 25 mm en < 31+6 semanas.

LC < 15 mm en > 32 semanas.

El hallazgo de un cérvix corto, sin clínica, no requiere ni ingreso, ni tratamiento tocolítico, aunque es aconsejable un control clínico y ecográfico en 1-2 semanas y restringir la actividad física, laboral y social, no reposo absoluto, hasta evaluar la evolución.

- **Test de la fibronectina (fFN).** Tiene un alto valor predictivo negativo. Las gestantes con fibronectina negativa, tienen un reducido riesgo de tener un parto pretérmino dos semanas siguientes. Además del test de la fibronectina existen otros marcadores bioquímicos para la predicción del parto pretérmino como el phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 (phIGFBP-1) y la nueva alfa microglobulina-1 placentaria (PAMG-1). El fundamento de estas pruebas consiste en la presencia y detección de estas sustancias en las secreciones cervico-vaginales (la muestra se toma en el fondo del saco vaginal) de mujeres con APP. (CYL 16, 33)

Índice tocolítico de Baumgarten

Parámetro	Puntuación				
	0	1	2	3	4
Contracciones	Ausentes	Irregulares	Regulares		
Bolsa	Íntegra		Rotura alta		Rotura baja
Hemorragia	No	Escasa	Franca		
Dilatación	0 cm	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm

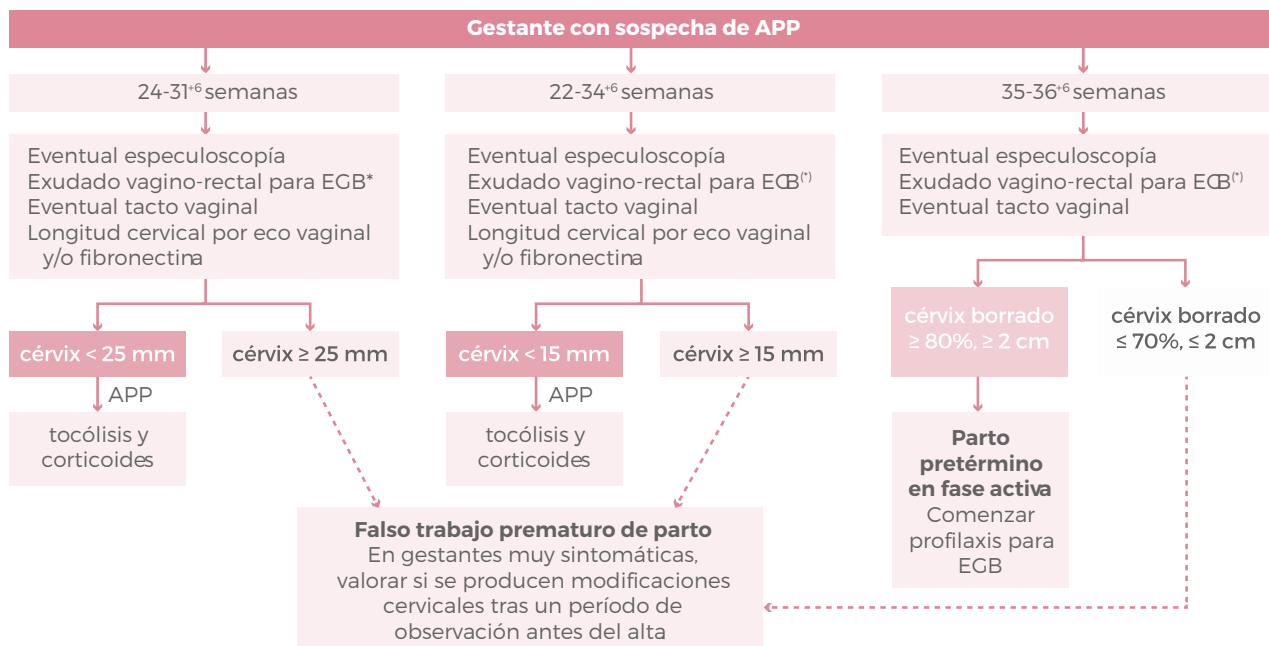
	VPP		VPN		Sensibilidad		Especificidad	
	7 días	14 días	7 días	14 días	7 días	14 días	7 días	14 días
ffN	32%	39%	89%	89%	56%	61%	76%	78%
phIGFBP-1	39%	46%	92%	92%	69%	72%	78%	80%
PAMG-1	78%	87%	97%	93%	90%	80%	93%	96%

Fuente: Protocolo Amenaza de parto pretérmino (SEGO, 2014) (CYL 16, 13).

1.6. Tratamiento de la APP (CNT 16, 66, 67; MUR 18(TL), 124; 18(PI), 107).

- **Hidratación:** la hidratación oral o intravenosa no reduce la incidencia de parto pretérmino y no se recomienda su uso rutinario.
- **Tocolisis:** está recomendada la administración de tocolíticos para el tratamiento de la APP, y así completar un ciclo de corticoides o permitir el traslado de la paciente al centro de referencia. No se debe utilizar si existe alguna contraindicación para continuar la gestación. Se recomienda elegir el tocolítico más efectivo de los que se tengan disponibles y con menor índice de efectos secundarios (BAL 09, 33; CAN 12, 103; MAD 18, 97; MUR 18(TL), 10; EUS 09, 76; 97, 8).
 - Atosiban y betamiméticos son igualmente efectivos para retrasar el parto 48 horas, sin embargo la tasa de probabilidad de prolongar la gestación durante 7 días es mayor con atosiban.
 - El Nifedipino en comparación con betamiméticos se asocia con una reducción en el riesgo del parto pretérmino en los siguientes 7 días al inicio del tratamiento y antes de las 34 semanas, además con mejor resultado prenatal.

- Atosiban y nifedipino son igualmente efectivos, aunque atosiban presenta menos fallos de la tocolisis en las primeras 48 horas.
- En base a su eficacia y seguridad el atosiban es el fármaco de primera línea en el tratamiento de la APP.
- La Indometacina es un inhibidor de la ciclooxigenasa que ha demostrado ser un eficaz tocolítico, pero su empleo durante el tercer trimestre puede provocar oligoamnios y cierre precoz del ductus (CAL 16, 83).
- No hay evidencia de que el sulfato de magnesio reduzca el riesgo de parto pretérmino por lo que no debe usarse como tocolítico.
- Los tocolíticos no se deben utilizar si (EUS 15, 69):
 - El estado materno y/o fetal aconsejan finalizar la gestación (pérdida de bienestar fetal, preeclampsia severa o eclampsia, corioamnionitis, hemorragia materna severa).
 - El parto es inminente o progresa la dilatación a más de 4 cm.
 - No existe beneficio esperado con la administración de corticoides.
 - La probabilidad de supervivencia fetal no mejora con la prolongación de la gestación.
 - Muerte fetal.
 - Aparecen efectos adversos atribuibles al fármaco.



* La toma de exudado vagino-rectal para EGB se puede realizar una vez decidido el ingreso de la paciente. Si el parto pretérmino es inminente: iniciar si procede, profilaxis antibiótica para EGB y profilaxis con SO₄Mg. Fuente: Amenaza parto pretérmino. (SEGO, 2014).

• **Corticoides (CYL 16, 41; 08, 53; 06(TL), 78).**

- Dado que se asocian con una reducción de la mortalidad neonatal, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular, se recomienda su administración a todas las gestantes con riesgo de parto pretérmino entre las 24+0 y 34+6 semanas de gestación, tanto en gestaciones únicas como en múltiples. En gestaciones entre 23+0 y 23+6 puede considerarse su uso individualizando el caso. (GAL 99, 41; MUR 09(PI), 52)

Pauta recomendada	
Betametasona 12 mg IM/24 horas	2 dosis
Dexametasona 6 mg IM/12 horas	4 dosis

Aunque ambas pautas son aceptadas, suele ser de elección la betametasona.

- La máxima eficacia de los corticoides se produce entre las 24 horas y 7 días de la segunda dosis, y puesto que reducen la mortalidad ya en las primeras 24 horas deben administrarse salvo que se prevea un parto inminente en menos de una hora.
- Tras un ciclo inicial de corticoides, se recomienda su repetición mientras persista o reaparezca el diagnóstico de APP, empleando el menor número de dosis posible (no sobre pasar 6 dosis).
- Efectos secundarios en la madre: hiperglucemia, edema agudo de pulmón en gestante que simultáneamente habían recibido betamiméticos o sulfato de magnesio, susceptibilidad a la infección, aumento de la dinámica en embarazos múltiples. (CYL 16, 40)
- En el seguimiento, hasta la infancia no existen diferencias significativas en los lactantes expuestos a dosis repetidas de corticosteroides prenatales en comparación con los no expuestos.
- Contraindicaciones del uso de corticoides:
 - Ausencia de indicación fetal: feto muerto, malformación incompatible con la vida, parto inminente (contraindicación relativa), situaciones que requieran extracción fetal inmediata.
 - Condiciones maternas como cetoacidosis diabética o infecciones sistémicas graves.
- Situaciones especiales: En pacientes diabéticas con riesgo de parto prematuro se recomienda la administración de corticoides prenatales realizando un estricto control metabólico y ajustando la dosis de insulina.

• **Neuroprotección fetal (GAL 16, 18).**

- Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales.
- Para reducir el riesgo de parálisis cerebral, ante la sospecha de parto pretérmino inminente, se recomienda administrar sulfato de magnesio hasta el parto o durante 12-24 horas (lo que antes ocurra). Debe administrarse con independencia del número de fetos, causa de la prematuridad, paridad o de que se hayan administrado o no corticoides.

- A pesar de que existe controversia sobre edades gestacionales más avanzadas el sulfato de magnesio antenatal debe considerarse desde la viabilidad hasta la 31+6 semanas.
- No existe acuerdo sobre si los tocolíticos se deben suspender cuando se comience con la infusión de sulfato de magnesio para la neuroprotección.
- No existe acuerdo sobre la duración del tratamiento con sulfato de magnesio. Se recomienda que se suspenda si el parto no es inminente o tras un período de administración máximo de 12 horas ó 24 horas.

Pauta de sulfato de magnesio
Dosis de carga: 4 o 6 g IV en 30 minutos
Dosis de mantenimiento: 1 g/h o 2 g/h hasta el parto

- Durante la administración de sulfato de magnesio se deben realizar los siguientes controles:
 - Dosis de carga: pulso, TA, FR y reflejo patelar antes, 10 minutos después y tras finalizarla. Se suspende si: descenso de la FR superior a 4 respiraciones/minuto, FR < 12 resp/min o TAD desciende 15 mmHg con respecto a la basal.
 - Dosis de mantenimiento: pulso, TA, FR, reflejo patelar y diuresis cada 4 horas. Se suspende infusión si FR < 12 resp/minuto, reflejo patelar ausente, hipotensión o diuresis < 100 ml en 4 horas.
- En casos de partos pretérminos programados por razones maternas o fetales, el sulfato de magnesio debe pautarse, si es posible, 4 horas antes del nacimiento; aunque puede ser razonable hasta una hora antes.
- Contraindicaciones (VAL 13, 46):
 - Fetales: malformaciones fetales letales o decisión consensuada prenatal de limitación de esfuerzo terapéutico.
 - Maternas: miastenia gravis, cardiopatía grave, insuficiencia respiratoria, alteraciones hidroelectrolíticas (hipocalemia, hipocalcemia) o insuficiencia renal.

• **Antibióticos.**

- En los casos de APP con bolsa íntegra no se recomienda el uso de antibióticos de forma rutinaria. Se recomienda realizar un cultivo vagino-rectal para la detección del EGB en todas las gestantes que ingresen con una amenaza de parto pretérmino, salvo que se haya realizado en las cinco semanas previas y en el caso de que este sea positivo, añadir la profilaxis antibiótica cuando se prevea que el parto es inminente.
- En los casos de que la APP se acompañe de rotura prematura de membranas (RPM) los antibióticos se administrarán desde el ingreso.
- Las gestantes con exposición de bolsa amniótica en vagina también son tributarias a tratamiento antibiótico.

Fármacos tocolíticos				
Fármaco	Atosiban (intravenoso) Antagonista de la oxitocina útero específica	Nifedipino (solución oral) Bloqueante de los canales de calcio	Ritodrine (intravenoso) Simpatomimético agonista beta-2 receptores	Terbutalina (intravenoso) Simpatomimético agonista beta-2 receptores
Pauta sugerida	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis de ataque: Bolo 6,75 mg. IV a pasar en 1 minuto. • Dosis de mantenimiento: 300 µg/min, 3 horas. 100 µg/min, 45 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis inicial de 2 ml (10 mg) vo, seguido de 1,5 ml (7,5 mg)/15 min si persiste la dinámica, hasta un máximo de 40 mg la primera hora. • Dosis: 3 ml (15 mg)/6-8 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial: 50-100 µg/min • Aumento: 50 µg/min/10 min • Máxima: 350 µg/min (ya 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial: 50-100 µg/min • Aumento: 50 µg/min/10 min • Máxima: 350 µg/min (ya
Efectos secundarios y riesgos potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos. • Cefaleas, mareo, insomnio. • Reacción en lugar de inyección. Pirexia. • Hiperglucemia. • Taquicardia, hipotensión, rubor. • Prurito, erupción. • Atonía y hemorragia uterina. • Reacción alérgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, mareo, vértigo, migraña, temblor. • Parestesias, disestesias • Edema periférico, edema alérgico, prurito, exantema, eritema. • Alteración del sueño, nerviosismo, ansiedad. • Taquicardia, palpitaciones, angina de pecho. • Hipotensión, síncope • Epistaxis, congestión nasal, dolor torácico, disnea, edema pulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar • Hipopotasemia, hiperglucemia. • Taquicardia, palpitaciones, arritmias • Hipotensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema pulmonar • Hipopotasemia, hiperglucemia, hipotensión, palpitaciones, arritmias • Hipotensión
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Enfermedades cardíacas • Enfermedades pulmonares • Hipertiroidismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones que indican finalizar embarazo, tales como: muerte fetal, eclampsia, etc • Enfermedades cardíacas, tales como: insuficiencia cardíaca y estenosis aórtica • Hipertiroidismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones que indican finalizar embarazo, tales como: muerte fetal, eclampsia, etc • Enfermedades cardíacas, tales como: insuficiencia cardíaca y estenosis aórtica • Hipertiroidismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones que indican finalizar embarazo, tales como: muerte fetal, eclampsia, etc • Enfermedades cardíacas, tales como: insuficiencia cardíaca y estenosis aórtica • Hipertiroidismo.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de las contracciones uterinas y de la FCF. Si persisten contracciones durante el tratamiento, considerar un tratamiento alternativo. • Precaución en pacientes con insuficiencia hepática, en casos de embarazos múltiples y administración concomitante con otros tocolíticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización FC, TA materna. • RCTG una hora después de la primera dosis, y mantener o repetir según la evolución de la dinámica uterina a las 24 horas. • Precaución en embarazos múltiples y en la administración concomitante con fármacos vasoactivos como ritodrine, sulfato de magnesio o atosiban; o con rifampicina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar la función cardiorrespiratoria y monitorización electrocardiográfica. • Monitorizar TA, FC, balance hídrico y electrolitos (K), glucosa y lactato en diabéticas. • Precaución en embarazos múltiples y en la administración concomitante con otros tocolíticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar la función cardiorrespiratoria y monitorización electrocardiográfica. • Monitorizar TA, FC, balance hídrico y electrolitos (K), glucosa y lactato en diabéticas. • Precaución en embarazos múltiples y en la administración concomitante con otros tocolíticos
Comentarios	Eficacia comparable al Nifedipino y al Ritodrine. Aprobado en España para el tratamiento de la APP.	Eficacia comparable al Atosiban y al Ritodrine. Aprobado en España para el tratamiento de la APP.	Aprobada en España su presentación inyectable para tratamiento de APP. No utilizar durante más de 48 h, ni por debajo de las 22 semanas de gestación. Monitorizar los parámetros cardiovasculares y bioquímicos	Aprobada en España su presentación inyectable para tratamiento de APP. No utilizar durante más de 48 h, ni por debajo de las 22 semanas de gestación. Monitorizar los parámetros cardiovasculares y bioquímicos

Aprovecha tu tiempo de estudio. Recibe este tema completo al matricularte en el **Curso de Matronas 2019 de Aulaplus.**

www.aulaplusformacion.es

Fuente: Amenaza parto pretérmino. (SEGO, 2014).

Preguntas oficiales de exámenes OPE Matrona 2018

Aragón

(61) **En relación con la muerte perinatal:**

- Epidemiológicamente hablando, la mortalidad perinatal resulta la suma de mortalidad fetal temprana y la mortalidad neonatal tardía.
- En España se considera muerte fetal tardía, la del feto con 5 o más meses de gestación y sólo se deben anotar en el legajo de abortos del Registro Civil las muertes fetales superiores a 170 días de gestación.
- Kowalsky prolonga desde la concepción hasta el final del primer año de vida.
- El periodo perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación (148 días) hasta una semana de vida independiente.

(89) **¿Cuál NO es un riesgo de protocolizar la pérdida perinatal en las unidades obstétricas según Irving G Leon?**

- Institucionalización de la pérdida.
- Idealización del contacto con el bebé muerto.
- Sermonear a los padres en el duelo.
- Heterogenización de la pérdida.

(94) **¿Cuál de las siguientes frases es la más idónea para decir a un padre que ha perdido un gemelo?**

- Al menos te queda otro.
- Por lo menos ha sido ahora que no te has encariñado con él.
- No me molesta que llores.
- Si con uno te ves así de ocupado, imagínate lo que hubiera sido con dos.

Asturias

(38) **La infección inespecífica de las membranas ovulares y del líquido amniótico, que puede extenderse al feto durante la gestación se denomina:**

- Bacteriuria asintomática.
- Síndrome infeccioso inespecífico relacionado con la gestación
- Herpes gestationis.
- Corioamnionitis.

(60) **Ante el duelo, en muerte fetal intrauterina y postparto, que frase sería la más adecuada al hablar con los padres:**

- Dios necesitaba otra flor en su jardín.
- Sois jóvenes, ya tendréis más hijos.
- El tiempo lo cura todo.
- La verdad es que no sé muy bien que decirles

Castilla-La Mancha

(47) **Señala la respuesta INCORRECTA. El índice de Baumgarten valora las posibilidades de éxito del tratamiento tocolítico en la Amenaza de Parto Prematuro puntuando cuatro parámetros:**

- Borramiento del cervix.
- Estado de la bolsa.
- Hemorragia.
- Dilatación.

(48) **¿Cuál de las siguientes NO es una indicación de finalización del embarazo de forma inmediata en Crecimiento intrauterino retardado?**

- Flujo diastólico 32 semanas de gestación.
- Flujo diastólico ausente 34 semanas de gestación.
- Disminución del flujo diastólico en semana 35.
- Doppler ductus venoso anormal.

(49) **¿Cuál de las siguientes NO es un factor de riesgo de parto pretérmino?**

- Edad > 40 años.
- Raza asiática.
- Hábito tabáquico.
- Anemia (hemoglobina < 10 g/dl).

(50) En cuanto a la evidencia actual sobre el empleo de progesterona en el parto prematuro, indica el enunciado FALSO.

- a. Las intervenciones que tienen beneficios generales para la salud y pueden reducir el riesgo de PTB incluyen dejar de fumar, el tratamiento del abuso de drogas, el tratamiento de la bacteriuria asintomática y el mantenimiento de un índice de masa corporal normal.
- b. Evitar un intervalo entre embarazo de menos de 24 meses, puede reducir el riesgo de parto pretérmino.
- c. La frecuencia del PTB recurrente es del 15 al 30 por ciento después de un parto pretermino y hasta del 60 por ciento después de dos partos pretérminos.
- d. La longitud cervical corta en el examen de ultrasonido transvaginal entre las 16 y 24 semanas de gestación en el embarazo actual es un factor de riesgo para parto pretérmino.

(51) ¿Cuál es la definición del signo de Robert en una muerte fetal?

- a. Representa una acumulación de líquido extravascular entre el cráneo fetal y la capa de grasa subcutánea del cuero cabelludo, que causa elevación de la grasa subcutánea.
- b. Desalineamiento de los huesos craneales y acabalgamiento de los parietales.
- c. Presencia de gas dentro del feto formado como producto de la descomposición de la sangre fetal.
- d. Curvatura y torsión de la columna vertebral producida por la maceración de los ligamentos espinales.

*Madrid
(Promoción interna)*

(12) Respecto a la amenaza de parto prematuro, el índice tocolítico de Baumgarten NO valora:

- a. Presencia o ausencia de contracciones.
- b. Estado de la bolsa.
- c. Hemorragia.
- d. Borramiento cervical.

(22) ¿Qué recomendaciones daría a una gestante tras sufrir un episodio de amenaza de parto prematuro?:

- a. Realizar reposo en cama.
- b. Aumentar el consumo de alimentos ricos en ácido fólico.
- c. Evitar las relaciones sexuales.
- d. No realizar viajes en coche.

(23) Una actuación profesional adecuada ante una muerte fetal a término sería:

- a. Iniciar inmediatamente la finalización de la gestación.
- b. Utilizar frases que hagan referencia al futuro del tipo “el tiempo lo cura todo”, pueden ser positivas.
- c. Cuando los padres insistan en ver a un feto desfigurado hay que evitarlo a toda costa.
- d. Facilitar la creación de recuerdos tales como pulseras identificativas y huellas dactilares.

(97) Señale cuál de los siguientes fármacos utero-inhibidores está contraindicado en una diabetes descompensada:

- a. Nifedipino.
- b. Indometacina.
- c. Atosibán.
- d. Ritodrina.

(107) ¿Cuál es la principal causa de muerte perinatal actualmente?:

- a. Anomalías congénitas.
- b. Síndrome de dificultad respiratoria.
- c. Crecimiento intrauterino retardado y desnutrición fetal.
- d. Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer.

*Región de Murcia
(Turno libre)*

(3) Una mujer embarazada de 32 semanas de gestación que acude por el servicio de urgencias, ¿cuál será la puntuación del índice de Baumgarten si presenta contracciones irregulares, bolsa íntegra, hemorragia escasa y 2 cm de dilatación?:

- a. 5
- b. 4
- c. 2
- d. 3

(10) Dentro de los efectos secundarios y riesgos potenciales del Atosibán no se encuentran:

- a. Náuseas y vómitos.
- b. Atonía y hemorragia uterina.
- c. Hipoglucemia.
- d. Cefaleas, mareo, insomnio.

(11) El embarazo prolongado presenta una serie de características clínicas en el feto, señale la verdadera:

- a. Mayor frecuencia de hiperglucemia.
- b. Niveles bajos de eritropoyetina
- c. Piel seca y arrugada.
- d. Todas son verdaderas.

(27) En una muerte perinatal, ¿qué frase evitaría decirle a los padres?:

- a. No me molesta que lloréis.
- b. Siento lo que os ha pasado
- c. Sed fuertes, no lloréis.
- d. Me imagino cuánto queríais a este bebé.

(117) Los factores predisponentes del embarazo prolongado, señale la falsa:

- a. Primiparidad.
- b. Obesidad.
- c. Raza blanca.
- d. Feto mujer.

(124) Con respecto al tratamiento de la amenaza de parto prematuro (APP), señale la falsa:

- a. La hidratación oral o intravenosa reduce la incidencia de parto pretérmino.
- b. Se recomienda la administración de tocolíticos para el tratamiento de la APP.
- c. La tocolisis se recomienda para completar un ciclo de corticoides.
- d. La tocolisis no debe emplearse si existe alguna contraindicación para prolongar la gestación.

Región de Murcia (Promoción interna)

(23) Los factores predisponentes del embarazo prolongado, señale la falsa:

- a. Primiparidad.
- b. Obesidad.
- c. Raza blanca.
- d. Feto mujer.

(32) El embarazo prolongado presenta una serie de características clínicas en el feto, señale la verdadera:

- a. Mayor frecuencia de hiperglucemia.
- b. Niveles bajos de eritropoyetina.
- c. Piel seca y arrugada.
- d. Todas son verdaderas.

(38) En una muerte perinatal, ¿qué frase evitaría decirle a los padres?:

- a. No me molesta que lloréis.
- b. Siento lo que os ha pasado.
- c. Sed fuertes, no lloréis.
- d. Me imagino cuánto queríais a este bebé.

(71) Una mujer embarazada de 32 semanas de gestación que acude por el servicio de urgencias, ¿cuál será la puntuación del índice de Baumgarten si presenta contracciones irregulares, bolsa íntegra, hemorragia escasa y 2 cm de dilatación?:

- a. 5.
- b. 4.
- c. 2.
- d. 3.

(107) Con respecto al tratamiento de la amenaza de parto prematuro (APP), señale la falsa:

- a. La hidratación oral o intravenosa reduce la incidencia de parto pretérmino.
- b. Se recomienda la administración de tocolíticos para el tratamiento de la APP.
- c. La tocolisis se recomienda para completar un ciclo de corticoides.
- d. La tocolisis no debe emplearse si existe alguna contraindicación para prolongar la gestación.

Navarra

(61) Señale la respuesta correcta:

- a. Embarazo prolongado es el que cumple las 40 semanas de gestación.
- b. A partir de la semana 40-41 debemos considerar la posibilidad de envejecimiento placentario.
- c. El volumen de líquido amniótico alcanza su máximo en la semana 22 de gestación permaneciendo estable hasta la semana 40.
- d. La incidencia de macrosomía se estima en un 35-48 % en los fetos postérmino.

(74) En el acompañamiento al duelo ante una pérdida perinatal es una actuación correcta como profesionales:

- a. No ofrecer recuerdos del bebé para que puedan olvidarse cuanto antes de la pérdida.
- b. No dejar ver al bebé si existen malformaciones.
- c. Permitir realizar fotografías.
- d. Ninguna de ellas es una actuación correcta.

País Vasco

(59) ¿Qué fase emocional tarda más tiempo en producirse después de dar la información del diagnóstico de una muerte fetal?

- a. Shock emocional.
- b. Negación del hecho.
- c. Búsqueda del porqué.
- d. Aceptación.

(65) ¿Qué recomendación debe seguir la matrona durante la atención al parto para el manejo psicológico de una muerte fetal?

- a. Evitar hablar de la situación actual.
- b. Intentar encontrar algo positivo a la muerte del niño/a.
- c. Recomendar un nuevo embarazo lo más pronto posible.
- d. Hablar con ambos padres equitativamente.

Respuestas

Aragón					
61	C	89	D	94	C

Asturias			
38	D	60	D

Castilla-La Mancha					
47	A	48	Nula	49	B
50	Nula	51	C		

Comunidad Valenciana (Turno libre)			
24	A	39	D

Madrid (Promoción Interna)					
12	D	22	C	23	D
97	D	107	D		

Región de Murcia (Turno libre)			
3	B	10	C
11	C	27	C
117	D	124	A

Región de Murcia (Promoción Interna)			
23	D	32	C
38	C	71	B
107	A		

Navarra			
61	B	74	C

Euskadi			
59	D	65	D

