


 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	TÍTULO	 <p>Dirección Médica</p>
	Fecha: Marzo/ 2023	
	Edición: 02 (versión del documento) GPC / PT / IT: tipo documento	

TÍTULO

MADURACIÓN PULMONAR FETAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Dr Jose Adánez Dra Haizea Rodeño	REVISORES Dres Moreno, Dr Vaquerizo, Dra Navarro, Dra Vázquez.	AUTORIZADO Dr Ferrer
---	--	--------------------------------

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	TITULO	 <p>Dirección Médica</p>
	Octubre/ 2016	
	Edición: 01 (versión del documento) GPC / PT / IT: tipo documento	

Periodo de prematuridad extrema, moderada y tardía actualmente contemplada por la SEGO.

Periodo incluido: 24+0 a 34+6 semanas

Indicaciones:

1. RPM confirmada.
2. APP.

Deberán existir contracciones (4 en 20' ó 6 en 60') más alguna de las siguientes^{1,2}:

- Dilatación mayor de 1 cm y/o acortamiento >80%.
- Longitud cervical <25 mm (<32s) o <15 mm (>31s).

Se realizaran esfuerzos para evitar sobretratamiento con corticoides (idealmente debe administrarse entre 24 h y 7 días previos al parto).

No administrar en ausencia de criterios de APP (pe: contracciones sin modificación cervical o LC).

No administrar si el parto se prevé en menos de 1 hora.

3. Prematuridad iatrogénica³

CIR con ausencia de diástole



Preeclampsia grave por criterio no tensional (HELLP, plaquetopenia, oliguria, clínica neurológica...), tensional (inestabilidad tensional), o por marcadores de preeclampsia (ratio >655 o duplicación de una cifra previamente patológica. No pautar si ratio < 85).

Sangrado genital importante o moderado recidivante.

Monoamnióticos...

Periodo ventana.

Los corticoides han mostrado beneficios especialmente durante el periodo de 3 horas hasta 7 días tras la administración de la primera dosis. Después de este periodo, los efectos secundarios a corto y largo plazo, pueden prevalecer sobre los beneficios. Por ello, una vez establecida la indicación, se debe individualizar cada caso- con el objetivo de incrementar la incidencia de neonatos nacidos en periodo ventana.

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	TITULO	 <p>Dirección Médica</p>
	Octubre/ 2016	
	Edición: 01 (versión del documento) GPC / PT / IT: tipo documento	

Periodo de prematuridad tardía excluida la 34 (0-6/7).

Periodo incluido: 35+0 a 36+6

Indicaciones⁴

1. APP.

- Embarazo en **alto riesgo de parto prematuro** dentro de los próximos 7 días (pero antes 37 semanas de gestación). Más de 6 contracciones en 60' asociado a dilatación cervical de al menos **3 cm o acortamiento > 75%**.
- En este periodo **no se recomienda la tocolisis**.

2. Prematuridad iatrogénica

En las mujeres con embarazos prematuros tardíos con indicación de finalización. No se debe administrar hasta que se establezca la indicación y se prevea que finalice antes de la 37+0. No se debe modificar la indicación ni el momento de la finalización por el potencial beneficio de la administración de corticoides.

Tratamiento



Betametasona (1 dosis de 12 mg por vía im. con 24 horas de diferencia).

Control neonatal

Se recomienda a las instituciones utilizar protocolos para la evaluación y manejo de hipoglucemia neonatal en recién nacidos prematuros tardíos.

Población incluida

No se debe administrar corticoides en pacientes con criterios de exclusión salvo que se realice dentro de un estudio de investigación (anexo 1).

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	TITULO	 <p>Dirección Médica</p>
	Octubre/ 2016	
	Edición: 01 (versión del documento) GPC / PT / IT: tipo documento	

Anexo 1

Criterios de inclusión:

1. Mujeres con un embarazo único. Gemelares con reducción a único espontáneo o inducido antes de la 14 s.
2. Gestaciones entre las 34+6 semanas y las 36+5 semanas con un alto riesgo de amenaza de parto prematuro.
3. Terminación electiva en no menos de 24h ni más de 7 días, hasta la 36+6 semanas de gestación (pe: Oligohidramnios, CIR, preeclampsia, abruptio placentae, placenta previa). En caso de inducción el último día incluido para la administración de corticoides es el 36+5.

Criterios de exclusión:

1. Mujeres que hayan recibido glucocorticoides previamente durante el embarazo.
2. Gestaciones gemelares.
3. Malformaciones fetales mayores (1) ó dos menores⁷.
4. Gestaciones en las que se prevé que el parto puede acontecer en menos de 12 horas (pe: inestabilidad tensional, CTG II-III, sangrado activo).
5. Rotura prematura de membranas .
6. Corioamnionitis.
7. Dilatación cervical >8cm.
8. Contraindicaciones maternas para la terapia con betametasona, (reacciones de hipersensibilidad a betametasona, infecciones sistémicas fúngicas, púrpura trombocitopénica idiopática, uso concomitante con anfotericina B por riesgo de fallo cardíaco), y mujeres en tratamiento crónico con corticoides.
9. Diabetes pregestacional.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino. Junio 2012. Disponible en: <http://www.prosego.com/Obstetricia>.
2. Williams Obstetrics 23rd Edition Ed Mc Graw Hill Medical.
3. Freeman C., Antenatal steroids for fetal lung maturity: Time to target more frequent dosis to fewer women?. *Obstetric Medicine* 2015, Vol. 8(4) 172–176.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin. Management of Preterm labor. Bulletin number 127. 2012.
5. SMFM. Implementation of the use of antenatal corticosteroids in the late preterm birth period in women at risk for preterm delivery: Disponible en SMFM.org. August 2016
6. Gyamfi-Bannerman. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *NEJM*. April 2016
7. Gyamfi-Bannerman. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. *NEJM*. April 2016. Appendix
8. HUCA. Sección de Obstetricia. Procedimiento ante la rotura de membranas. Enero 2016. <http://10.36.160.11/huca/web/contenidos/servicios/informatica/dirmedica/0mi.html>