

RESUMEN; TEMA 49.- ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD MATERNO-INFANTIL. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER CON EMBARAZO DE RIESGO. RIESGO GINECO-OBSTÉTRICO. RIESGO PSICOLÓGICO. RIESGO SOCIAL. PAUTAS DE ACTUACIÓN. CUIDADOS Y AUTOCUIDADOS. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

APARTADOS:

1. Enfoque de riesgo en salud materno-infantil. Atención y cuidados de la mujer con embarazo de riesgo.
2. Factores de riesgo sociodemográficos
3. Factores de riesgo por antecedentes médicos
4. Factores de riesgo por antecedentes reproductivos
5. Factores de riesgo en embarazo actual
6. Factores de riesgo gineco-obstétrico
7. Clasificación, descripción, planificación de los cuidados obstétricos-ginecológicos

1.- ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD MATERNO-INFANTIL. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER CON EMBARAZO DE RIESGO

- **Embarazo de riesgo:** Es aquel que por circunstancias que lo anteceden o por la evolución del mismo, encierra alto grado de probabilidad de aumentar la morbilidad perinatal y/o materna, y por ello precisará de vigilancia y medidas especiales.
- ❖ Valorar en cada consulta posibles factores de riesgo obstétrico

1.- ENFOQUE DE RIESGO EN SALUD MATERNO-INFANTIL. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER CON EMBARAZO DE RIESGO.

Embarazo de riesgo: Es aquel que por circunstancias que lo anteceden o por la evolución del mismo, encierra alto grado de probabilidad de aumentar la morbilidad perinatal y/o materna, y por ello precisará de vigilancia y medidas especiales.

- ❖ Valorar en cada consulta posibles factores de riesgo obstétrico

Tabla 1. Factores de riesgo durante el embarazo

Factores sociodemográficos	Antecedentes reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna < 15 años. • Edad materna > 35 años. • Relación peso/talla (IMC = kg/m²): <ul style="list-style-type: none"> – Obesidad > 29. – Delgadez < 20. • Tabaquismo > 10 cig/día. • Alcoholismo. • Drogadicción. • Nivel socioeconómico bajo. • Riesgo laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilidad en tratamiento. • Aborto de repetición. • Antecedente de parto pretérmino. • Antecedente de nacido con CIR. • Antecedente de muerte perinatal. • Hijo con lesión residual neurológica. • Antecedente de nacido con defecto congénito. • Antecedente de cirugía uterina. • Malformación uterina. • Incompetencia cervical.
Antecedentes médicos	Embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Enfermedad cardíaca. • Enfermedad renal. • Diabetes mellitus. • Endocrinopatías. • Enfermedad respiratoria crónica. • Enfermedad hematológica. • Epilepsia. • Otras enfermedades neurológicas. • Enfermedad psiquiátrica. • Enfermedad hepática. • Enfermedad autoinmune con afectación sistémica. • Tromboembolismo. • Patología médico-quirúrgica grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por el embarazo. • Anemia grave. • Diabetes gestacional. • Infección urinaria recurrente. • Infección de transmisión perinatal. • Isoinmunización Rh. • Embarazo múltiple. • Polihidramnios u oligoamnios. • Hemorragia genital. • Placenta previa asintomática. • Crecimiento intrauterino retardado. • Defecto fetal congénito. • Anomalía en la estática fetal después de la 36 semana. • Amenaza de parto prematuro. • Embarazo postérmino. • Rotura prematura de membranas. • Tumoración uterina. • Patología médico-quirúrgica grave.

2.- FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICO

Se identifican en la 1ª consulta

Implican:

- Mayor frecuencia en consultas seguimiento
- Mayor frecuencia ecográfica
- Valoración o cribado de las posibles anomalías fetales
- Consejo higiénico y dietético de la embarazada

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD DE LA MATRONA:

- **Objetivos generales:**

- Conseguir que la mortalidad materna sea inferior o igual a 0.22/100.000
- Disminuir la mortalidad fetal
- Disminuir la mortalidad infantil
- Disminuir las minusvalías del RN

- **Objetivos específicos:**

- Disminuir la morbilidad materna
- Disminuir la morbilidad fetal
- Disminuir la morbilidad infantil y las secuelas
- Mejorar los conocimientos y actitudes ante el embarazo
- Mejorar la calidad de atención integral en el embarazo, parto y puerperio

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL:

- Paternidad no compartida
 - Embarazo en adolescentes (abuso sexual??)
 - Carencias económicas
 - Enfermedades mentales
 - Toxicomanías
 - Rechazo social madre soltera (expulsión núcleo familiar)
 - Relaciones familiares conflictivas
 - Ruptura de pareja-divorcio
 - Prostitución
 - Vivienda: Hacinamiento, insalubridad, falta de recursos básicos
 - Gestantes sin pautas educativas, marginadas
 - Malos tratos infantiles
 - Adopción

- IVE
- Nivel cultural bajo
- Deficiencias psíquicas (r/c promiscuidad)
- Abandono laboral-escolar (maternidad temprana)
- Problemas conductuales-educativos niños
- Matrimonios “forzosos” por embarazo no planificado

RIESGO SOCIODEMOGRÁFICO

EDADES EXTREMAS:

Adolescencia:

- ✓ Parto pretérmino, bajo peso, anemia
- ✓ Menor control gestación
- ✓ Ocultamiento embarazo, inicio control tarde
- ✓ Menos constantes
- ✓ Inestabilidad familiar
- ✓ Frustración sueños, estudios...
- ✓ Dependencia económica

Edad Avanzada

- ✓ Peor resultado perinatal
- ✓ Más patologías coincidentes con la gestación (HTA, diabetes, parto prematuro y alteraciones placentarias)
- ✓ >40 años > cesáreas (fracaso inducción y por RPBF)
- ✓ Riesgo de muerte materna mayor. 10 veces más alto en >40 años

HÁBITOS TÓXICOS:

Fumadoras:

- ✓ Bajo peso RN
- ✓ < test Apgar

Etilismo crónico

- ✓ >abortos
- ✓ >anomalías congénitas
- ✓ Síndrome alcohólico fetal
- ✓ Bajo peso RN

Cocaína

- ✓ > Morbimortalidad perinatal
- ✓ > anomalías congénitas
- ✓ Parto pretérmino
- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ DPPNI

2.1- Embarazo en la adolescencia

- OMS define adolescencia: a la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica (10-19 años)
- 50% vida sexual activa (15-19 años)
- Incremento anual de 10% aprox. de mujeres con relaciones a partir de 12 años y hasta los 19
- **25%** adolescentes con actividad sexual se embarazan
- 60% en los primeros 6 meses
- 35% madres solteras
- 60-70% son embarazos NO deseados

COMPLICACIONES OBSTÉTRICO-PERINATALES EN LA ADOLESCENCIA

- Mayores tasas de morbilidad y mortalidad para la madre y el RN
- La muerte por violencia es la 2ª causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en adolescentes que en cualquier otro grupo
- Complicaciones Obstétrico-perinatales en la adolescencia

Complicaciones:

- Placenta previa
- HIE
- Parto prematuro
- Anemia grave
- Toxemia
- Bajo peso al nacer (2 a 6 veces mas riesgo en menores de 20 años)
- CIR
- Comportamientos malsanos
- Hábitos tóxicos
- Menores 20años > riesgo de muerte del bebé en el primer año

2.2. Riesgo Social y Maltrato Infantil

El bienestar del niño r/c Bienestar de la madre, en ocasiones va a requerir ayudas y apoyos sociales y sanitarios durante y después del embarazo

La **matrona** contacto estrecho con pareja durante embarazo, parto y puerperio. Una vez detectados alguno de estos problemas se derivará al trabajador social de la zona, el cual hará diagnóstico social

Importante la **visita puerperal** en domicilio para contemplar la situación familiar y ofrecer ayudas

DETECTAR RIESGO DE MALTRATO INFANTIL

Las personas que asisten el parto y las del área de neonatología son de vital importancia a la hora de detectar riesgo de maltrato

Matrona durante la dilatación apreciará:

- Situación o la actitud de ellos ante la llegada del hijo
 - Como son sus relaciones
 - Si están excesivamente preocupados por el sexo, o por su desarrollo intrauterino
 - Si la madre experimenta un miedo que no se disipa con ninguna explicación
 - Si se le nota depresiva o ansiosa
 - Si se plantearon un IVE
 - Si han considerado la posibilidad de abandonar al niño
 - Padre sin ningún interés en pasar al paritorio
-
- ❖ POTENCIAR EL APEGO MADRE-RN, proceso de vinculación que disminuye directamente los casos de maltrato y abandono infantil
 - ❖ Dentro de las funciones de la enfermería está la orientación sobre la cesión del niño en adopción-acogimiento.

INDICADORES DE RIESGO DE ABANDONO Y/O MALOS TRATOS:

- Está la madre alegre con el niño?
- Establece la madre contacto visual directo con el niño?
- Como habla la madre con el niño?
- Son negativas la mayor parte de las verbalizaciones acerca del niño?
- Permanece decepcionada por el sexo del niño?
- Cuál es el nombre del niño? Cómo surgió? Cuándo le pusieron el nombre?
- Las expectativas que ha desarrollado la madre están muy por encima de las capacidades del niño?
- Está la madre muy molesta por el llanto del niño? Cuáles son sus sentimientos acerca del llanto?

- Percibe la madre al niño como muy degradante durante las comidas? Ignora las demandas del niño para ser alimentado?
- Siente repulsión hacia las deposiciones? Cu es la reacción ante la tarea de cambiar los pañales?
- Cuándo el niño llora, pueda ella calmarlo?
- Cuál es la reacción del marido y la familia ante el niño?
- Qué clase de soporte esta recibiendo la madre?

3.- FACTORES DE RIESGO POR ANTECEDENTES MÉDICOS

La HTA y la diabetes son los que peores resultados dan

Macrosomas se asocian con mayor frecuencia de :

- traumatismo obstétrico
- Distocia de hombros
- Parálisis braquial
- Desgarros perineales
- cesáreas por DCP

EPILEPSIA

Patología neurológica más frecuente en mujeres embarazadas

Buen control, no efectos adversos

5-30% recurrencia de crisis y convulsiones psicomotoras se pueden activar o intensificar (se vincula con mal control)

❖ Diferir la gestación hasta que lleve al menos 1 año sin convulsiones

Ajustar la medicación al mínimo para impedir la crisis.

> la dosis un 30-50% durante la gestación y < en puerperio

Fármacos antiepilépticos numerosas interacciones (Antiácidos, antihistamínicos, diazepam, etanol, afectan ciertos nutrientes y vitaminas como el ácido fólico). También se ha relacionado con la enfermedad hemorrágica neonatal de inicio temprano (VITK al RN)

No es indicación de cesárea y permite la lactancia (recomendable)

Ácido Valproico y trimetadiona son teratógenos

Hijos de madres epilépticas más malformaciones congénitas:

- Cardiopatías
- Labio leporino
- Paladar hendido
- Defectos de extremidades

- Malformaciones genitourinarias
- Defectos del tubo neural

ESTADO EPILÉPTICO ES RARO Y REQUIERE HOSPITALIZACIÓN:

- Ttº daizapam y fenitoína IV
- Fenobarbital e intubación si persiste
- Incluso anestesia general

CONVULSIONES PUEDEN PRODUCIR:

- Pérdida gestacional
- Parto prematuro
- Hemorragia intracraneal feto
- Alteraciones del desarrollo cognitivo del RN
- Anoxia fetal
- Traumatismos abdominales
- DPPNI
- RPM

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Se debe a la rotura de aneurismas o malformaciones arteriovenosas. Raro.

La gestación aumenta el riesgo de hemorragia de las malformaciones vasculares no tratadas.

La gestación no debe posponer el diagnóstico, tratamiento ni cirugía.

Las pacientes tratadas con éxito pueden tener parto vaginal, aconsejando epidural y evitando esfuerzos

En mujeres no tratadas o inoperables optar por cesárea, no inocua

NEOPLASIAS CEREBRALES:

Puede poner de manifiesto tumoraciones previas asintomáticas

No posponer diagnóstico ni ttº

ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

No parece q afecta la gestación

Si aumenta la infecciones urinarias, estreñimiento y más patente la fatiga progresiva y la morbilidad general del proceso.

No indica cesárea

3 meses tras parto exacerbaciones

ÚLCERA PÉPTICA GASTRODUODENAL

Suele mejorar (por progesterona o histaminasas placentarias)

Síntomas: dolor, pirosis, náuseas postprandiales y vómitos.

Postparto vigilancia (complicaciones más frecuentes)

Tratamiento sintomático (antiácidos, dieta ligera, reposo y evitar estrés)

Ttº médico Bloqueantes H2 (cimetidina, ranitidina) NO OMEPRAZOL

Eradicación Helicobacter Pylori tras parto o si fracasa el tratamiento

Feto afectado si hay perforación o hemorragia

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (CROHN Y COLITIS ULCEROSA)

Aplazar gestación hasta varios meses de remisión, si está estable no influye sobre gestación

Enfermedad activa: 50% empeorará (abortos y partos prematuros), 25% mejorará, 25% no se modificará

Ttº suplementos vitamínicos y minerales, alivio sintomático, corticoides y sulfasalazina (evitan exacerbación aguda)

Aumentar corticoides en parto y evitar 2-3 días antes del parto la sulfasalazina xq puede causar hiperbilirrubinemia neonatal

Aplazar actuación quirúrgica tras parto

COLECISTITIS AGUDA

No especial incidencia

Colecistitis mas aumentada por:

- Aumento de lípidos en plasma (colesterol) y su eliminación por la bilis
- Aumento de estrógenos, x tanto, aumento la eliminación de ácidos biliares
- Evacuación de la bilis más desfavorable

Ttº médico sintomático en episodios leves

Evitar ttº quirúrgico salvo complicaciones

Evitar disolución química y litotricia no se conoce si es inocuo

Recomendar ttº quirúrgico tras parto por riesgo de exacerbación en el primer año postparto

Si produce pancreatitis el porvenir materno-fetal empeora notablemente

PANCREATITIS

Rara

En los últimos meses o en puerperio precoz

Producida por:

- Alteraciones circulatorias
- Compresión del útero grávido provocando reflujo en el conducto pancreático
- Alteraciones concomitantes de las vías biliares

Cursa con dispepsia y dolor abdominal en epigastrio

Determinación de AMILASA en sangre y orina ayuda al diagnóstico

Ttº conservador (dieta absoluta, aspiración nasogástrica, fluidoterapia y analgesia)

Buen pronóstico si diagnóstico precoz

Terminar embarazo en casos excepcionales

APENDICITIS Y EMBARAZO

Afección rara en gestación pero mortalidad materna y fetal altas, por lo que se considera complicación grave (por retraso de diagnóstico y ttº)

Mayor riesgo en III Trimestre debido al crecimiento del útero impide la localización de la infección

Síntomas iniciales: anorexia, náuseas y vómitos, dolor abdominal ligero y febrícula. Aumenta la intensidad de los síntomas con posteriormente retención de heces y gases

Ante cualquier dolor en el lado derecho se debe pensar siempre en una apendicitis aguda

En ocasiones puede desencadenar un aborto o parto

Ttº igual que fuera del embarazo, manipulando el útero lo menos posible

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EMBARAZO

Rara y grave

Generalmente en gestantes con cirugía previa o procesos inflamatorios pélvicos antiguos

Al crecer el útero tracciona de las adherencias pudiendo producir estrechamiento de la luz intestinal

Distensión abdominal por encima del útero nos hará pensar en dicho proceso. También presenta vómitos y dolor abdominal

Ttº quirúrgico sin demora

Mortalidad materna y fetal elevada si se retasa el diagnóstico

4.- FACTORES DE RIESGO POR ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

Madres con antecedentes de muerte perinatal, muestran una mayor tendencia a parto inmaduro, teniendo el RN riesgo de muerte dos veces más alto

Cerclaje se coloca en 2º trimestre. Aconsejar previa colocación disminución de la actividad, incluso baja laboral, reposo relativo y abstinencia de relaciones sexuales. Tras cerclaje metrorragia, secreción anormal y dolor /analgésico y antiinflamatorios). Instruir a la gestante en la detección precoz de dinámica

Los CIR y partos prematuros alta tendencia de repetición

En mujeres con cesárea anterior pueden referir molestias en zona de la cicatriz por despliegue del segmento inferior a partir de 34-35SG

Gestantes con TRA presentan más:

- ❖ Abortos
- ❖ CIR
- ❖ Parto pretérmino (embarazos múltiples...)
- ❖ Partos instrumentales
- ❖ Cesáreas

5.- FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZO ACTUAL

La gestación es un proceso dinámico, por tanto obliga a una valoración continua del nivel de riesgo

6.- FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICO (Procesos hepáticos propios de la gestación)

DEGENERACIÓN HEPÁTICA AGUDA, HÍGADO GRASO O ATROFIA AGUDA AMARILLA:

Etiología desconocida

Último trimestre

Fatal 85% casos

Hígado pequeño y amarillo

Células hepáticas ocupadas por gran cantidad de vacuolas de grasa, ocupando todo el citoplasma

Analítica:

- Descenso importante de los niveles de protombina
- Fosfatasa alcalina, bilirrubina y transaminasas suelen estar elevadas
- Leucocitosis

Caracteriza: dolor en epigastrio, cefalea y vómitos, e ictericia progresiva

Hemorragia severa puede ser el primer signo

Después confusión, desorientación y coma

Ttº Cesárea y medidas de soporte

No reaparece en gestaciones posteriores

ICTERICIA COLESTÁSICA INTRAHEPÁTICA RECIDIVANTE DEL EMBARAZO, HEPATOSIS OBSTÉTRICA, COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL FINAL DEL EMBARAZO O HEPATITIS COLANGÍTICA:

Prurito generalizado, tras 1 o 2 semanas náuseas, vómitos, epigastralgia, heces acólicas y orinas oscuras, ictericia moderada

Relacionado con los cambios esteroideos y composición fisicoquímica de la bilis

Desaparece tras embarazo, pero reaparece en embarazos siguientes o con toma ACH

Diagnóstico por exclusión (NO daño hepático, fosfatasa alcalina y bilirrubina aumentada)

Pronóstico materno bueno, ligero riesgo de hemorragia postparto o de colestasis subsiguiente

Feto: riesgo de muerte intraútero, prematuridad y sufrimiento fetal intraparto.

Ttº elección ácido ursodesoxicólico

7.- CLASIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN, PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS-GINECOLÓGICOS

Niveles asistenciales

Primer nivel: AP (médico familia, MATRONA y DUE)

Segundo nivel: Dispositivos de apoyo con especialistas de Obstetricia

Tercer nivel: Servicio de Obstetricia del Hospital

Factores de riesgo se han catalogado en 4 niveles

Riesgo 0 bajo riesgo

Riesgo I o riesgo medio

Factores de riesgo frecuentes, no se asocian a un mal resultado del embarazo

Riesgo II o alto riesgo

Factores de riesgo poco frecuentes, aumento notable de complicaciones durante embarazo y parto

Riesgo III o riesgo muy alto

Factores de riesgo muy poco frecuentes, muy alta sensibilidad y/o especificidad

PATOLOGÍAS QUE MÁS FRECUENTEMENTE REQUIEREN ATENCIÓN URGENTE y deben ser remitidas al Servicio de Urgencias del Hospital:

- Rotura prematura de membranas
- Hemorragia genital
- Sospecha de embarazo ectópico
- Amenaza de parto prematuro
- Hipertensión arterial grave
- Sospecha de feto muerto
- Vómitos persistentes y resistentes al tratamiento
- Fiebre mayor de 38º sin signos de focalidad
- Dolor abdominal intenso y continuo
- Traumatismo importante
- Otras patologías subsidiarias de ingreso hospitalario

TABLA FACTORES DE RIESGO GINE-OBSTÉTRICO

Riesgo I o Riesgo Medio	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia leve o moderada. 2. Anomalía pélvica. 3. Cardiopatías I y II.* 4. Cirugía genital previa (incluida cesárea). 5. Condiciones socioeconómicas desfavorables. 6. Control gestacional insuficiente: primera visita > 20 SG o < de 4 visitas o sin pruebas complementarias. 7. Diabetes gestacional con buen control metabólico. 8. Dispositivo intrauterino y gestación. 9. Edad Extrema: <16 o > de 35 años. 10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante. 11. Embarazo gemelar. 12. Embarazo no deseado: situación clara de rechazo de la gestación. 13. Esterilidad previa: pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos. 14. Fumadora habitual. 15. Hemorragia del primer trimestre (no activa). 16. Incompatibilidad D (Rh).* 17. Incremento de peso excesivo: IMC >20% o > de 15 K. 	<ol style="list-style-type: none"> 18. Incremento de peso insuficiente: < de 5 K. 19. Infecciones maternas: infecciones sin repercusión fetal aparente. 20. Infección urinaria: BA y cistitis. 21. Intervalo reproductor anómalo: periodo intergenésico < de 12 meses. 22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 SG. 23. Obesidad: IMC > de 29. 24. Presentación fetal anormal: presentación no cefálica > 32 SG. 25. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: factores de riesgo asociados a CIR. 26. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.* 27. Riesgo Laboral: trabajo en contacto con sustancias tóxicas. 28. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas. 29. Sospecha de macrosomía fetal: peso fetal estimado a término > de 4 K. 30. Talla baja: Estatura < de 1'50 m.
Riesgo II o Alto Riesgo	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Abuso de drogas*: consumo habitual de drogas, fármacos,.... 2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios. 3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas). 4. Anemia grave*: Hb < de 7'5. 5. Cardiopatías grados III y IV.* 6. Diabetes pregestacional.* 7. Diabetes gestacional con mal control metabólico. 8. Embarazo múltiple: gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina. 9. Endocrinopatías (otras)*: alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo... 10. Hemorragias del segundo y tercer trimestres. 11. Trastorno hipertensivo del embarazo: Hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve. 12. Infección materna*: cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN. 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Isoinmunización.* 14. Malformación uterina. 15. Antecedentes obstétricos desfavorables: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR... 16. Pielonefritis. 17. Patología médica materna asociada*: cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepato-celular,...). 18. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: biometría ecográfica fetal < que edad gestacional. 19. Tumoración genital: uterina, anexial... 20. Embarazo gemelar.
Riesgo III o Riesgo Muy Alto	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado. 2. Malformación fetal confirmada. 3. Incompetencia cervical confirmada. 4. Placenta previa. 5. Desprendimiento prematuro de placenta. 6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas). 8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino. 9. Embarazo prolongado. 10. Patología materna asociada grave*. 11. Muerte fetal anteparto. 12. Otras.
<p>* Conveniencia de que la gestante acuda al tocólogo con informe del especialista respectivo (Cardiólogo, Nefrólogo, Endocrino, Hematólogo...).</p>	