



GOBIERNO DE
MÉXICO | **SALUD** | **SEDENA** | **SEMAR**

GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

REFERENCIA RÁPIDA

**ACTUALIZACIÓN
2019**

Diagnóstico y Tratamiento Inicial de las
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
GPC- IMSS-436-19



Marina Nacional 60, piso 9 ala "B"
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

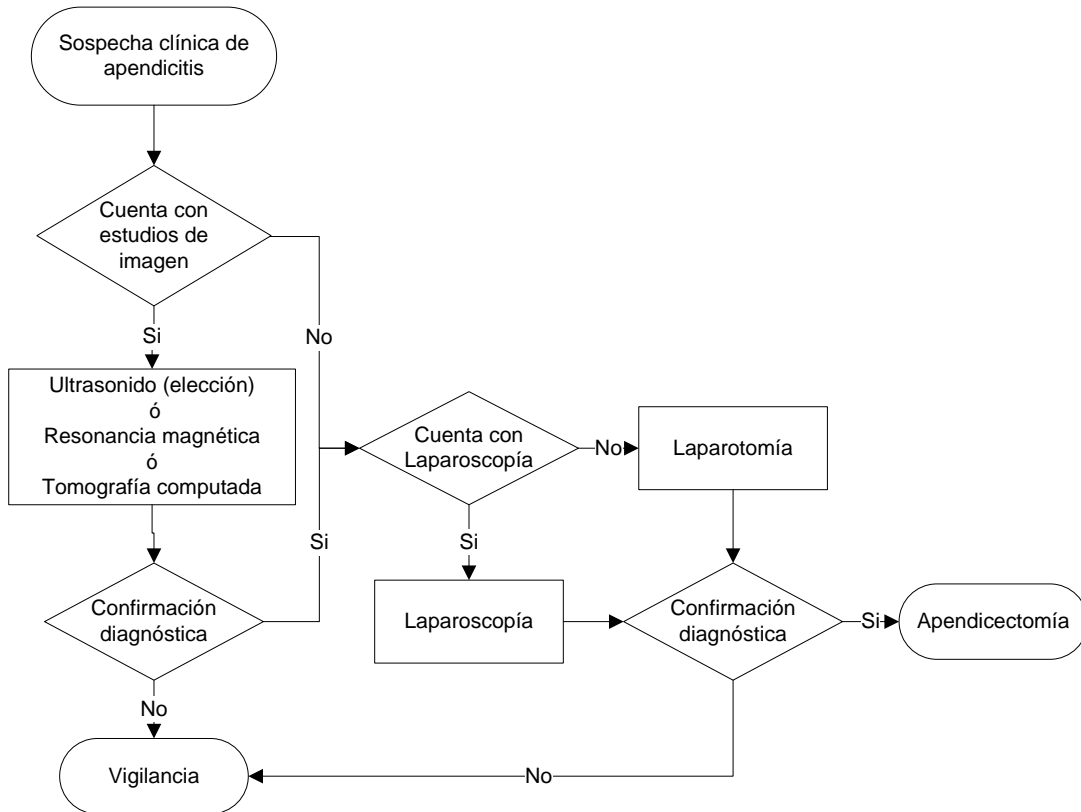
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-436-19/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida. México, CENETEC; **2019** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-436-19/RR.pdf>

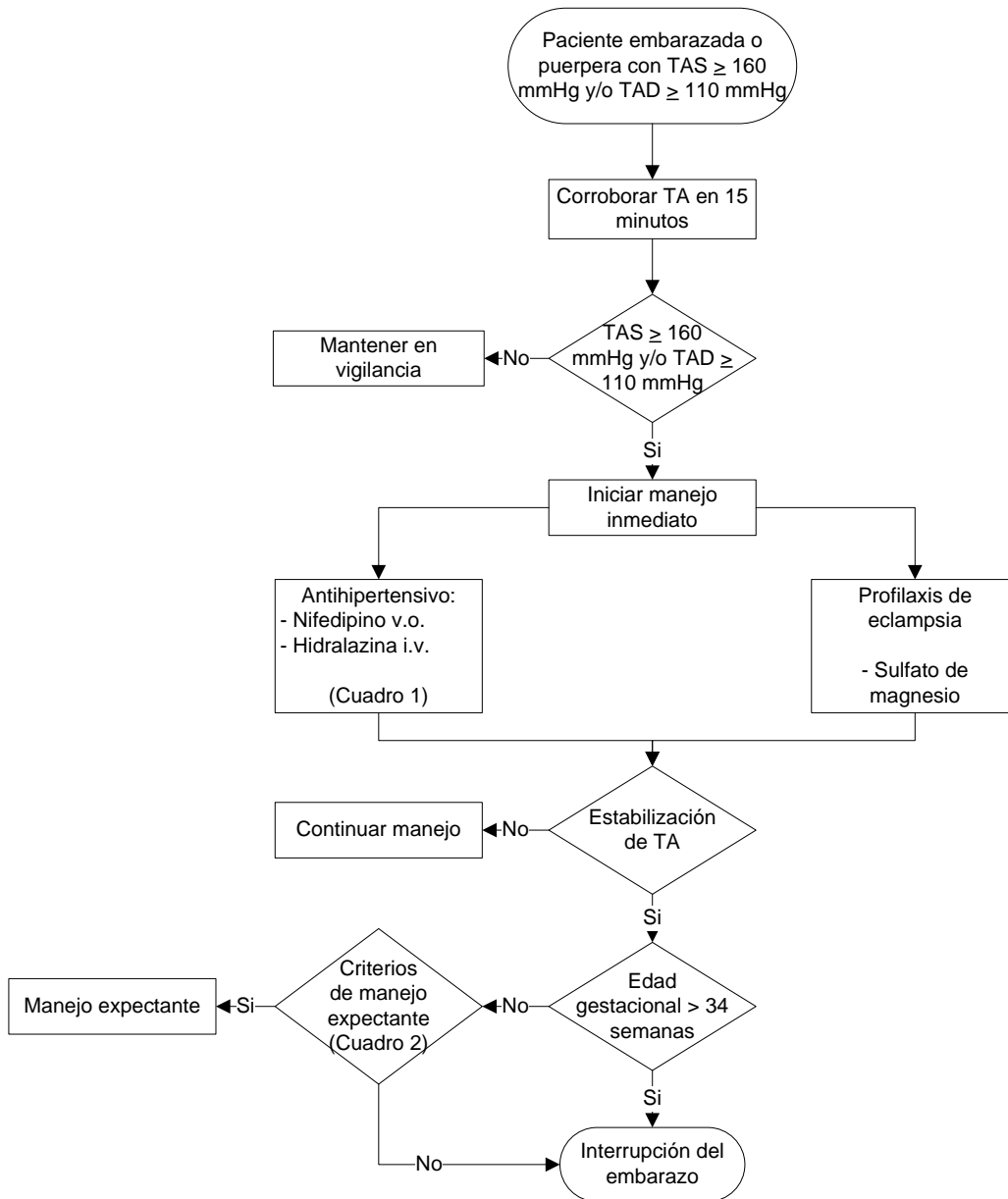
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

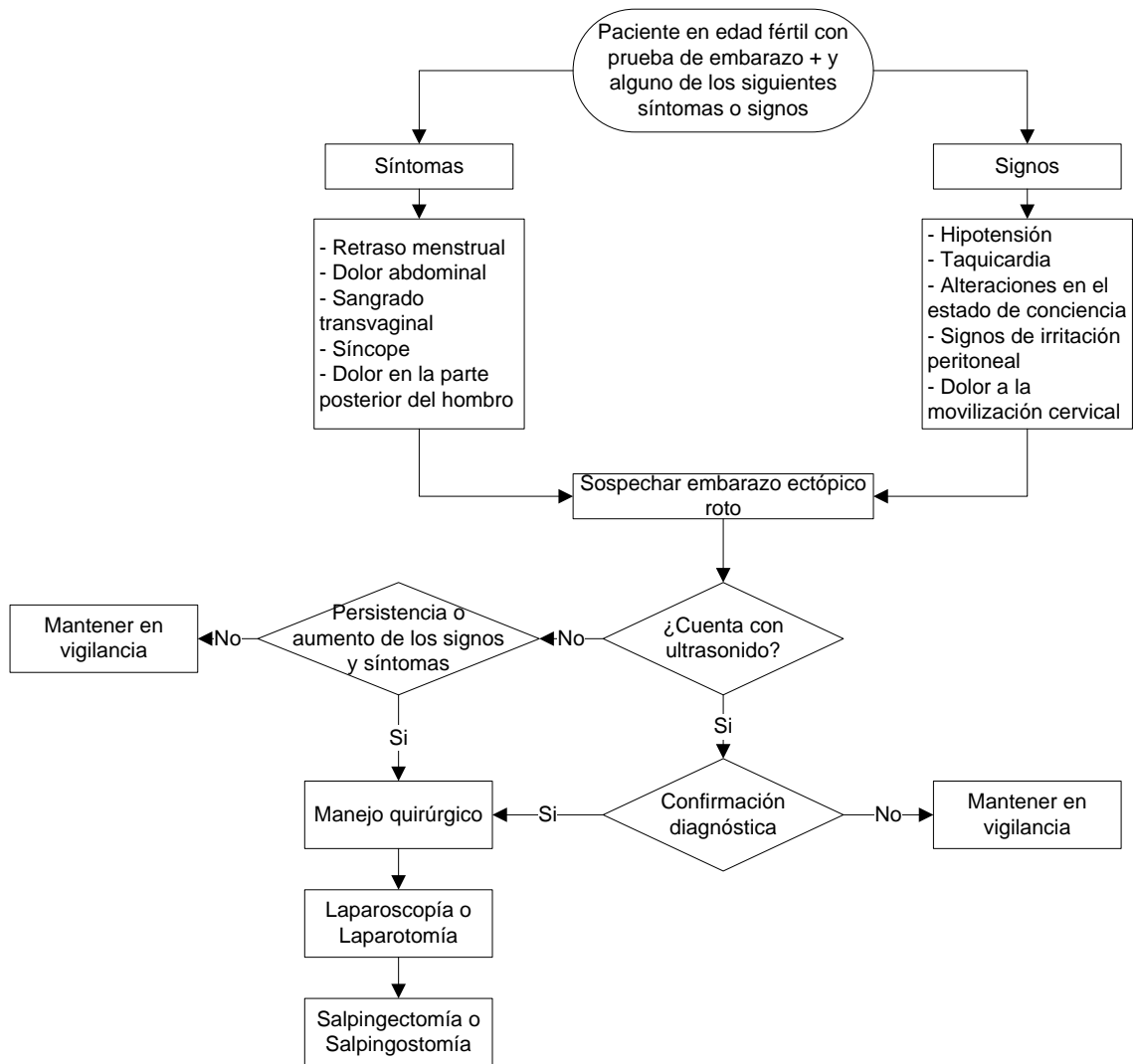
1.1 Diagnóstico y tratamiento inicial de apendicitis y embarazo



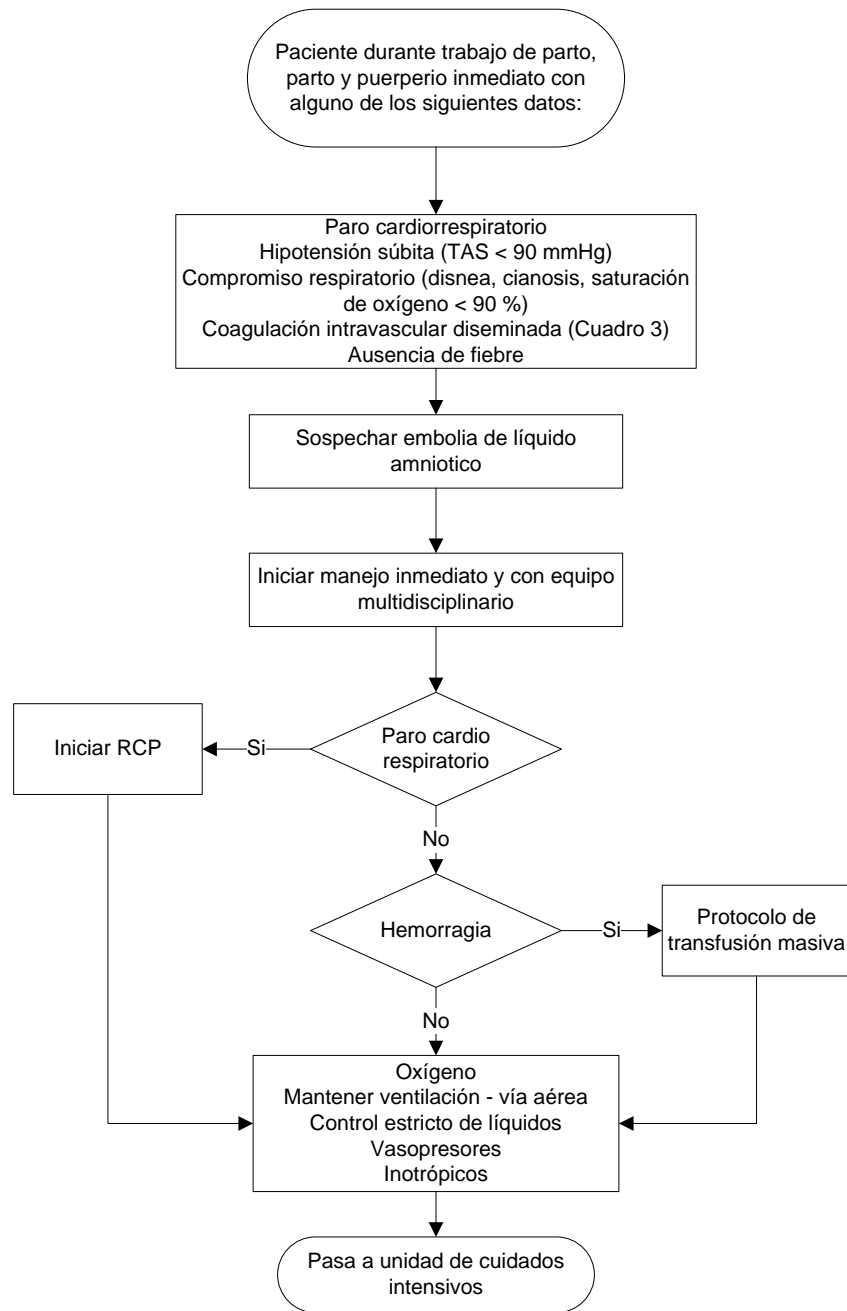
1.2 Diagnóstico y tratamiento inicial de crisis hipertensiva en el embarazo



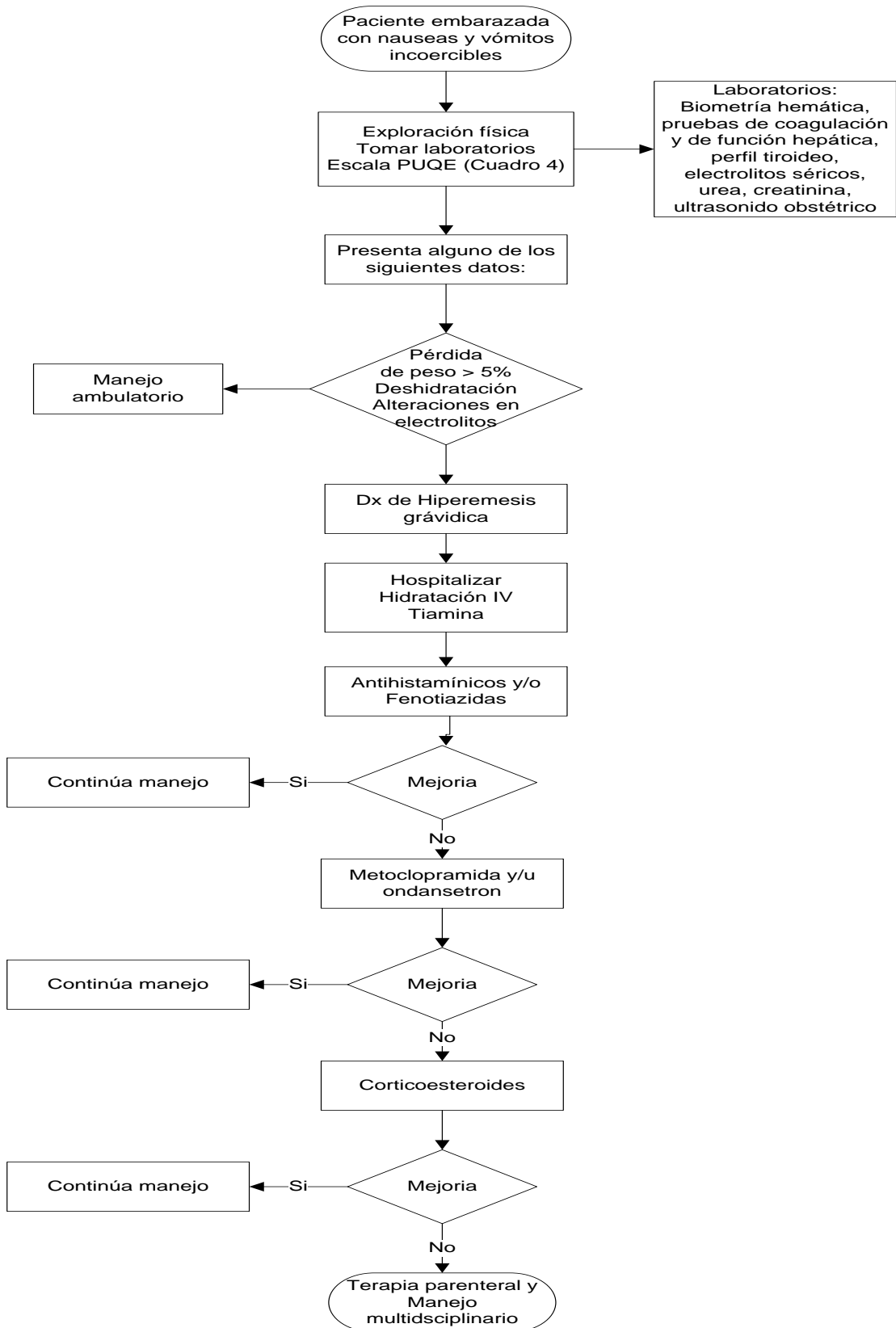
1.3 Diagnóstico y tratamiento inicial de embarazo ectópico roto



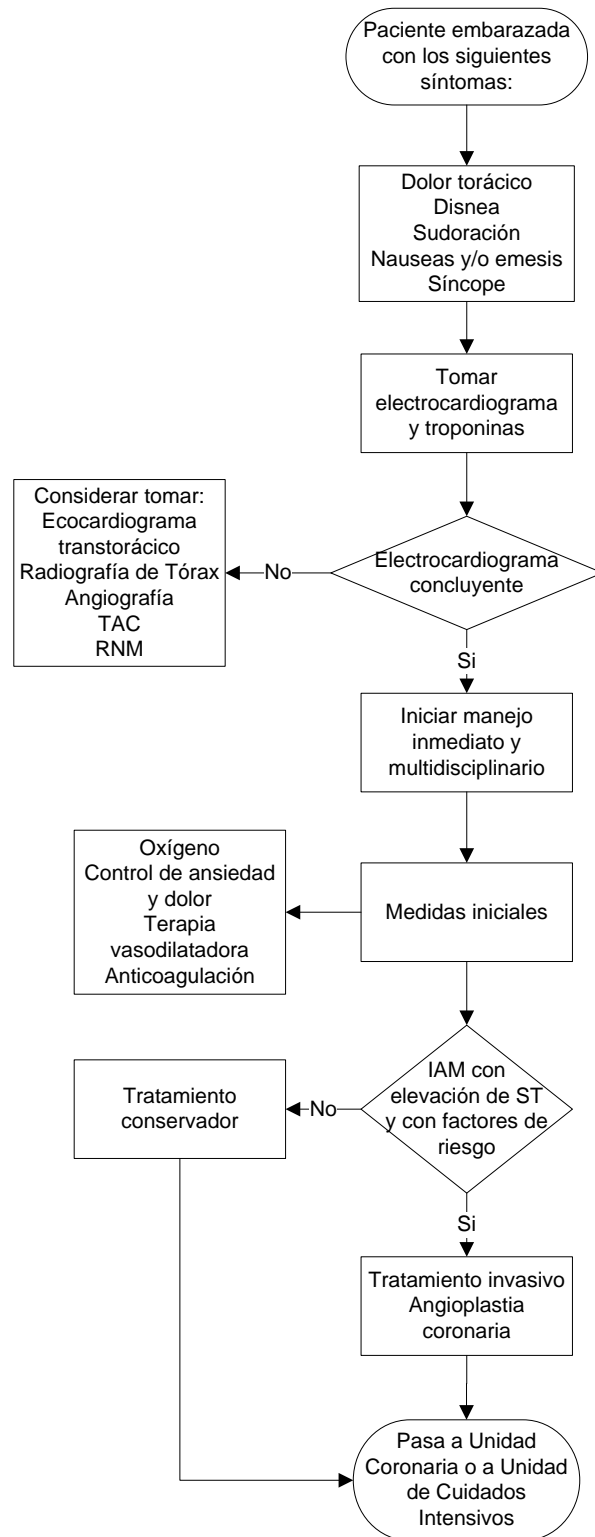
1.4 Diagnóstico y tratamiento inicial de embolia de líquido amniótico



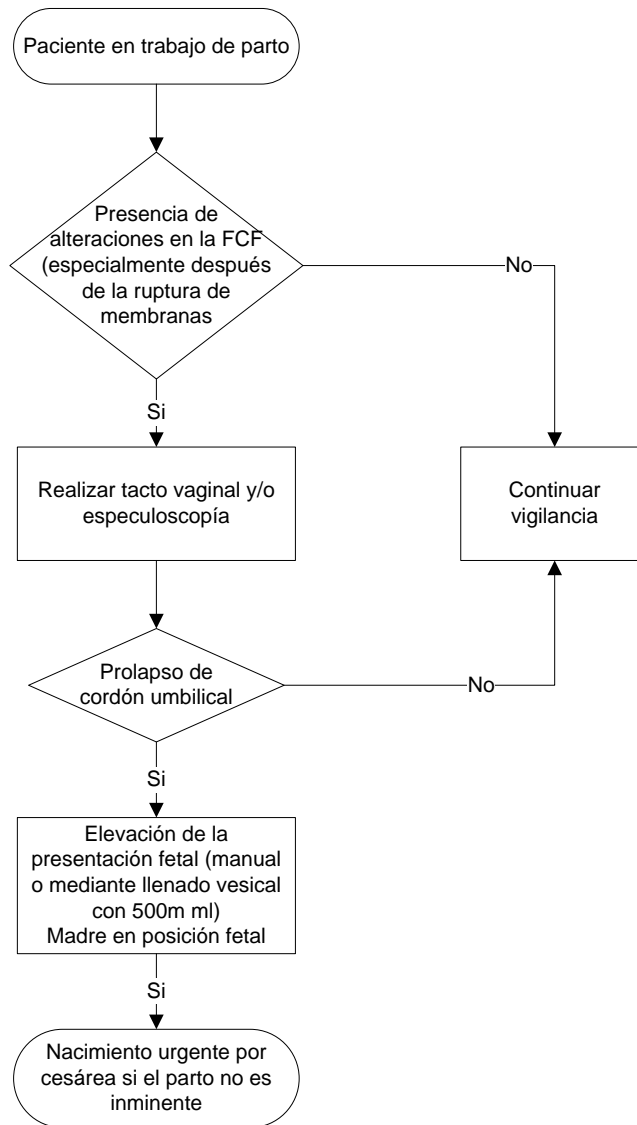
1.5 Diagnóstico y tratamiento inicial de hiperémesis gravídica



1.6 Diagnóstico y tratamiento inicial del infarto agudo del miocardio en embarazo



1.7 Diagnóstico y tratamiento inicial del prolapso de cordón umbilical



2. EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

APENDICITIS Y EMBARAZO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En mujeres embarazadas con dolor abdominal, se recomienda utilizar el ultrasonido como primer estudio de imagen diagnóstica.	FUERTE
Se recomienda el uso de la resonancia magnética (sin gadolinio intravenoso), por encima de la tomografía computarizada, para establecer el diagnóstico de apendicitis aguda en cualquier momento del embarazo.	DÉBIL
En caso de no contar con estudios de imagen, se recomienda considerar la laparoscopia diagnóstica ante la sospecha clínica de apendicitis y embarazo.	DÉBIL
En el tratamiento de la apendicitis aguda en cualquier trimestre de la gestación, se recomienda el manejo laparoscópico (en caso de contar con la disponibilidad técnica y de personal) como técnica de elección.	DÉBIL

CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En mujeres gestantes o puérperas, se recomienda establecer el diagnóstico de crisis hipertensiva ante la presencia de dos cifras tensionales iguales o mayores de 160/110 mmHg en un lapso igual o mayor a 15 minutos. La elevación podrá presentarse en la presión sistólica, la presión diastólica o en ambas.	D
Se recomienda la administración inmediata de antihipertensivos ante el diagnóstico de crisis hipertensiva en el embarazo o puerperio.	B
Se recomienda administrar sulfato de magnesio para la prevención y tratamiento de eclampsia en mujeres embarazadas o puérperas con crisis hipertensiva.	A
Se recomienda procurar el nacimiento inmediatamente después de la estabilización hemodinámica en mujeres con embarazo igual o mayor de 34 semanas con diagnóstico de crisis hipertensiva.	B

EMBARAZO ECTÓPICO ROTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda el uso del ultrasonido endovaginal como la herramienta diagnóstica de elección para el diagnóstico de embarazo ectópico tubárico.	B
Ante la sospecha de embarazo ectópico roto, se recomienda realizar ultrasonido endovaginal, buscando intencionadamente una tumoración anexial con saco gestacional, saco de Yolk y embrión en su interior, así como la presencia de líquido libre en fondos de saco.	PBP
En caso de contar con los recursos y la disponibilidad inmediata, se recomienda el abordaje quirúrgico laparoscópico en vez del abordaje quirúrgico por laparotomía, para el tratamiento del embarazo ectópico roto.	A
En presencia de una salpinge contralateral sana, se recomienda realizar salpingectomía en vez de salpingostomía.	B

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda mantener una alta sospecha diagnóstica de embolia de líquido amniótico en pacientes que presenten paro cardiorrespiratorio súbito durante el trabajo de parto, el nacimiento o el puerperio inmediato.	FUERTE
Dado que la coagulación intravascular es una manifestación que se puede presentar en el paciente con embolia de líquido amniótico, se recomienda tener una evaluación temprana del estado de la coagulación y realizar un manejo oportuno de la hemorragia integral, así como transfusión agresiva con base en un protocolo estandarizado.	FUERTE
No se recomienda el uso de alguna prueba específica para el diagnóstico de embolia de líquido amniótico, pues el diagnóstico es fundamentalmente clínico.	FUERTE
Se recomienda que el manejo inicial de las pacientes con diagnóstico de embolia de líquido amniótico sea con suplementación de oxígeno, ventilación adecuada, vasopresores e inotrópicos. Además, se debe evitar la administración excesiva de líquidos parenterales.	D
En caso de que la paciente aún se encuentre embarazada se deberá colocar el útero hacia el costado izquierdo de la madre para evitar la compresión de la vena cava. Dependiendo del estado hemodinámico, podrán administrarse vasopresores como noradrenalina o dobutamina. Para el tratamiento subsecuente, se deberá de optimizar y vigilar el estado de la coagulación, así como la administración de concentrados globulares y plasma fresco con base en las pérdidas sanguíneas, evitando la sobrecarga de volumen.	D

HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda realizar el diagnóstico de hiperémesis gravídica ante la presencia de náuseas y vómitos incoercibles en el embarazo, acompañado de pérdida mayor al 5% del peso pregestacional, deshidratación y/o alteraciones electrolíticas.	D
Se recomienda emplear una escala validada para evaluar las náuseas y el vómito en el embarazo (como la escala PUQE), para poder establecer la severidad del estado clínico. Cuadro 1.	C
Para el manejo de la náusea y vómito, se sugiere emplear como fármaco de primera línea, los antihistamínicos (inhibidores de receptores H1).	C
Se recomienda la administración de antieméticos (metoclopramida u ondansetrón) en caso de que los fármacos de primera línea no sean efectivos.	B
En caso de que el manejo estándar de la hiperémesis gravídica haya fracasado, se recomienda el uso de corticoesteroides.	A
Se recomienda la suplementación con tiamina (oral o intravenosa) a todas las mujeres con hiperémesis gravídica grave, en el momento de su hospitalización y previo a la administración de dextrosa o nutrición parenteral.	D
Se recomienda la terapia parenteral y el manejo multidisciplinario cuando las medidas farmacológicas iniciales hayan fracasado.	D

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN EL EMBARAZO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En mujeres embarazadas con dolor torácico, se recomienda realizar electrocardiograma de doce derivaciones y la medición de niveles de troponina.	I
Ante la paciente con sospecha de infarto agudo del miocardio, se prefiere la medición de la troponina (c-Tn) sobre la creatinin kinasa (CK), pues esta última puede elevarse debido a las contracciones uterinas.	D

Se debe de considerar que el electrocardiograma de superficie puede presentar interpretaciones erróneas, pues la mujer embarazada puede presentar ondas T negativas en ausencia de isquemia y desnivel negativo ST en la inducción anestésica. En caso de que el resultado del electrocardiograma no sea concluyente se podrá considerar el ecocardiograma transtorácico.	PBP
Se recomienda considerar un tratamiento conservador para el síndrome coronario agudo estable sin elevación del ST cuando no haya criterios de riesgo.	Ila
Durante el embarazo, la angioplastia coronaria es el tratamiento de reperfusión preferido para el infarto agudo del miocardio con elevación del ST.	I
Se recomienda considerar un tratamiento invasivo para el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST cuando haya criterios de riesgo.	Ila
Se recomienda considerar un tratamiento conservador para el síndrome coronario agudo estable sin elevación del ST cuando no haya criterios de riesgo.	Ila
Se debe considerar el seguimiento durante al menos 3 meses desde el evento coronario.	Ila
No se recomienda la lactancia de las madres que reciben algún tratamiento antiplaquetario, con excepción del ácido acetil salicílico a dosis bajas.	III
No se recomienda la trombolisis si se sospecha disección espontánea de la arteria coronaria, debido a que aumenta el riesgo de hemorragia y mayor progresión de la disección.	D

PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda mantener un alto índice de sospecha para prolapso de cordón umbilical cuando se presente un patrón anormal de la frecuencia cardiaca fetal, en especial si se presentan después de la ruptura de membranas o ante la presencia de factores de riesgo.	D
No se recomienda el uso rutinario del ultrasonido para el diagnóstico de prolapso de cordón umbilical.	C

Para prevenir la compresión del cordón que ha protruido se recomienda elevar la presentación fetal, ya sea de modo manual o mediante el llenado vesical.	D
Se recomienda el nacimiento por cesárea de urgencia en casos en que se presente prolapso de cordón umbilical y el nacimiento no sea inminente.	B

*Grado de Recomendación

1. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Escala PUQE (*Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea*), para la evaluación de las náuseas y vómito en el embarazo.

Pregunta 1. En promedio, ¿cuánto tiempo tiene náuseas en un día?				
>6 horas	4-6 horas	2-3 horas	<1 hora	Sin náusea
5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
Pregunta 2. ¿Cuántas veces al día presenta vómito?				
>7 veces	5-6 veces	3-4 veces	1-2 veces	Sin vómito
5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
Pregunta 3. ¿Cuántas veces al día presenta arcadas sin expulsión de contenido gástrico?				
>7 veces	5-6 veces	3-4 veces	1-2 veces	Sin vómito
5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto

Interpretación: Náusea y vómito leve (menos de 6 puntos), moderado (7 a 12 puntos), severo (mayor de 13 puntos).

Fuente: Birkeland E. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) Identifies Patients with Hyperemesis Gravidarum and Poor Nutritional Intake: A Prospective Cohort Validation Study. PLoS ONE. 2015 10(4): e0119962.