CASO PRÁCTICO 1

LPA es una gestante de 28 años que acude a urgencias del hospital por contracciones. Tras realizar la anamnesis se recogen los siguientes datos: G2A1, gestación única, 37+5 semanas de gestación, hipertensión arterial crónica en tratamiento, fumadora, sin antecedentes personales ni familiares y no intervenciones quirúrgicas. No refiere sangrado ni hidrorrea y percibe movimientos fetales. Se realiza un RCTG no estresante con línea basal ± 145lpm, variabilidad conservada en 5-25lpm, presencia de ascensos, no desaceleraciones y dinámica uterina irregular. Las constantes vitales son: Tensión Arterial (TA): 134/87 mmHg, Frecuencia Cardiaca (FC): 88lpm, Saturación Oxígeno (Sat O_2): 98% y Temperatura (Tª): 36,2ºC. Tras 25 minutos en la sala de monitorización, la paciente avisa por un dolor intenso en hipogastrio, que se acompaña con un sangrado de color oscuro, mal estado general de la paciente y registro patológico con un patrón de frecuencia cardiaca fetal no variable con desaceleraciones. Constantes vitales: TA: 83/49 mmHg, FC: 115lpm y Sat O_2: 96%. Se avisa a tocólogo de guardia de forma urgente para valorar a la gestante.

Preguntas

1. **Describa la patología que se sospecha y cuál es su etiopatogenia.**

2. **Explique la sintomatología clásica de esta patología y nombre seis factores de riesgo.**

3. **Indique el manejo que debe realizar el equipo obstétrico ante esta situación.**

4. **¿Hay criterios de finalización del embarazo una vez confirmada la patología? ¿Cuál sería la elección MÁS adecuada de la vía del parto en su caso?**

CASO PRÁCTICO 2

MAF es una puérpera de 24 años que acude a la consulta de planificación familiar de la matrona tras cumplir seis semanas posparto. Desea un método anticonceptivo para evitar una nueva gestación, aunque refiere estar dando lactancia materna exclusiva, que considera que puede ser suficiente para no volverse a quedar embarazada. Ante esta situación, responda a las siguientes preguntas.

PREGUNTAS

1. **¿Qué información debemos darle acerca del Método MELA (método de lactancia y amenorrea)?**

2. **¿La toma de anticonceptivos hormonales orales sólo con progestágenos estaría indicado para esta paciente? Explique las recomendaciones que deberíamos darle respecto al patrón de sangrado.**

3. **Explique cómo debería empezar la toma del anticonceptivo hormonal oral sólo con progestágenos y qué hacer en caso de olvido o vómitos.**

4. **Nombre otros dos métodos de anticoncepción hormonal que se podrían recomendar a la paciente que correspondan a la Categoría 1 en los "criterios médicos de elegibilidad del para el uso de anticonceptivos", y explique el mecanismo de acción común.**

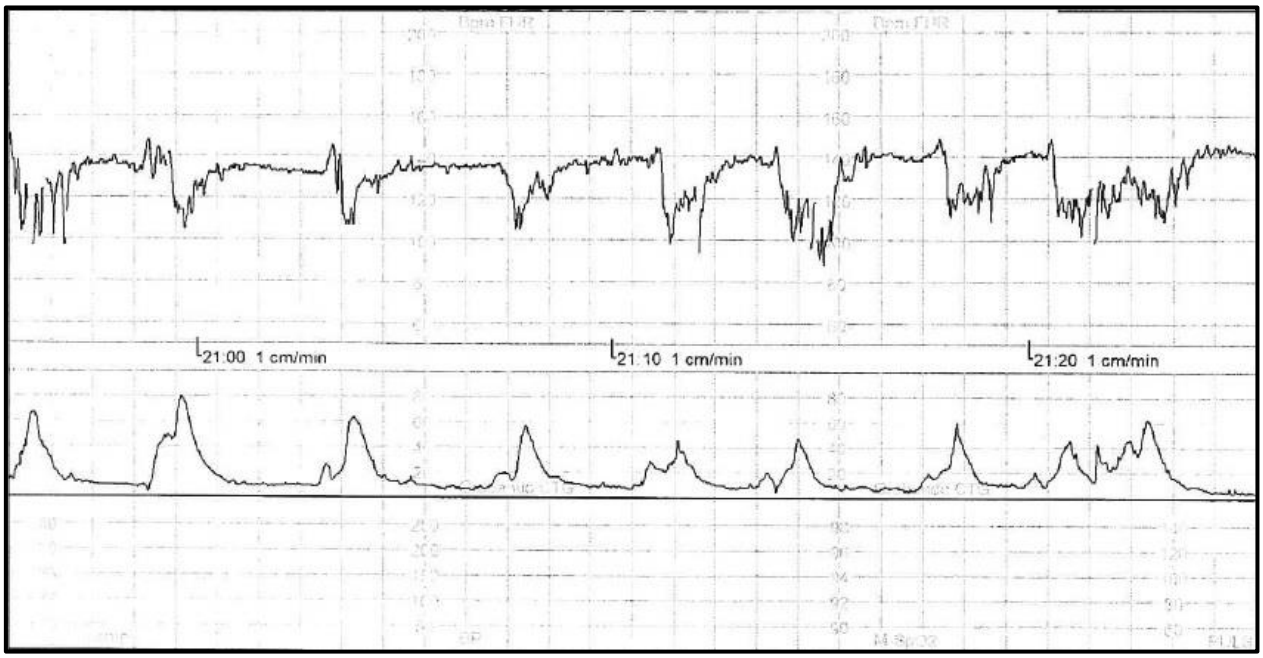
CASO PRÁCTICO 3

Primigesta de 38+4 semanas de edad gestacional que ingresa por inicio espontáneo de trabajo de parto. No alergias conocidas, ni antecedentes de interés. Destaca una talla materna de 152 cm y un peso fetal estimado de 3.400 gramos en la última ecografía.

El curso de la gestación ha sido normal.

La evolución del periodo de dilatación ha sido normal, con una duración de 10 horas desde el ingreso. Se realizó rotura artificial de membranas tras la administración de analgesia epidural, fluyendo líquido amniótico claro. Perfusión oxitócica por hipodinamia, con lo que se regula la dinámica uterina.

El momento del trazado de registro cardiotocográfico (RCTG) que se presenta a continuación, coincide con el inicio del periodo expulsivo pasivo. Posición fetal occípito-iliaca-derecha-posterior, con actitud de deflexión. Altura de la presentación, sobre estrecho superior (SES). Se evidencia caput succedáneum y el líquido amniótico se torna meconial (++). Tensiones arteriales en rangos de normalidad y temperatura de 37,3ºC. Refiere dolor lumbar:



PREGUNTAS

1. Interprete los parámetros básicos en este trazado de RCTG.

2. Categorice el patrón de RCTG según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

3. Desde el punto de vista fisiopatológico, ¿a qué tipo de hipoxia cree que corresponde el trazado de RCTG?

4. ¿Qué conducta recomienda la SEGO para este patrón de RCTG?