

CASO PRÁCTICO 1

Primigesta de 29 años, con embarazo clasificado como de bajo riesgo y un adecuado control prenatal, que ingresa en paritorio en la semana 40¹ de edad gestacional a las 02:00 h del día de ingreso con diagnóstico de parto en curso y la siguiente exploración vaginal: longitudinal, cefálica, sobre estrecho superior SES; cérvix centrado, blando, borrado, permeable a 4 cm; y asinclitismo anterior. Se administra analgesia epidural a petición de la paciente.

Durante la primera etapa del parto, la mujer refiere dolor lumbar y requiere refuerzo analgésico. Amniorrexis espontánea con líquido amniótico claro y en cantidad normal. Refiere sensación de pujo desde los 8 cm de dilatación cervical.

Alcanza la dilatación completa a las 12:00 horas del día del ingreso y la exploración vaginal es la siguiente: longitudinal, cefálica, SES; dilatación completa, posición occípito-posterior, actitud de deflexión, caput succedaneum y acabalgamiento de parietales grado (++). Las características del registro cardiotocográfico RCTG son las siguientes: Frecuencia cardíaca fetal 140 ppm, ascensos presentes, variabilidad disminuida durante 20 minutos, deceleraciones variables típicas recurrentes durante 95 minutos y contracciones regulares, de intensidad moderada, con tono uterino normal y una frecuencia de 4 contracciones cada 10 minutos.

1. ¿Qué posturas maternas estarían recomendadas utilizar en este caso durante la segunda etapa del parto?
2. ¿Cómo categorizaría el RCTG de acuerdo con los parámetros establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO?
3. Si se decide intentar la rotación manual de la cabeza fetal a una posición occípito-anterior, ¿qué técnica utilizaría y cómo se debería realizar?

CASO PRÁCTICO 2

Puérpera de 37 años que está dando lactancia materna LM exclusiva y que acude a la consulta de la matrona en el centro de salud a los seis días de un parto eutócico, refiriendo dolor persistente en el pecho derecho durante las tomas.

Se trata de una primigesta, fumadora de una cajetilla diaria, con un índice de masa corporal de 34 que ha desarrollado una diabetes gestacional controlada con dieta. Parto eutócico en la semana 39⁶ de gestación. Dilatación y expulsivo de duración normal. Nace varón de 3.845 gr de peso, Apgar 8/9, pH de cordón umbilical de 7,28. Método canguro inmediato e inicio de la LM en el paritorio.

Puerperio hospitalario sin complicaciones, siendo dados de alta el binomio madre-hijo a las 48 horas del parto, con LM exclusiva.

1. Enumera seis posibles causas del dolor persistente durante la LM
2. ¿Qué aspectos de la exploración materna se deben de tener en cuenta ante este tipo de problemas? Enumera un mínimo de seis.
3. ¿Qué se debe de valorar en la observación de una toma?

CASO PRÁCTICO 3

MSP es una gestante de 21 años, G:1 de 30+1 semanas de gestación, que acude a urgencias por presentar cefalea intensa de reciente aparición y que no remite con paracetamol y visión borrosa. A la exploración física se encuentra FCC (Frecuencia Cardíaca) de 80 latidos por minutos, FR (Frecuencia Respiratoria): 18 respiraciones por minuto, TA (Tensión Arterial): 160/100mmHg, SO₂ 98%. Tras analítica se observa proteinuria intensa y plaquetopenia (100.000/ml). En la monitorización fetal encontramos producto único vivo, intrauterino, con FCF de 165 latidos por minutos y movimientos presentes. Responde a las siguientes preguntas respecto a este caso razonando las respuestas:

1. ¿Qué problema tiene esta paciente? Describa los criterios para tener en cuenta.
2. ¿Podría diagnosticarse un Síndrome de HELLP según la clasificación Sibai?
3. Describa el tratamiento de elección para controlar la tensión arterial y los niveles seguros en los que estas deben mantenerse.
4. ¿Estaría indicado iniciar tratamiento neuroprotector en este caso? En caso afirmativo, ¿cuál sería? ¿Qué controles deberían realizarse en caso de administrarse?