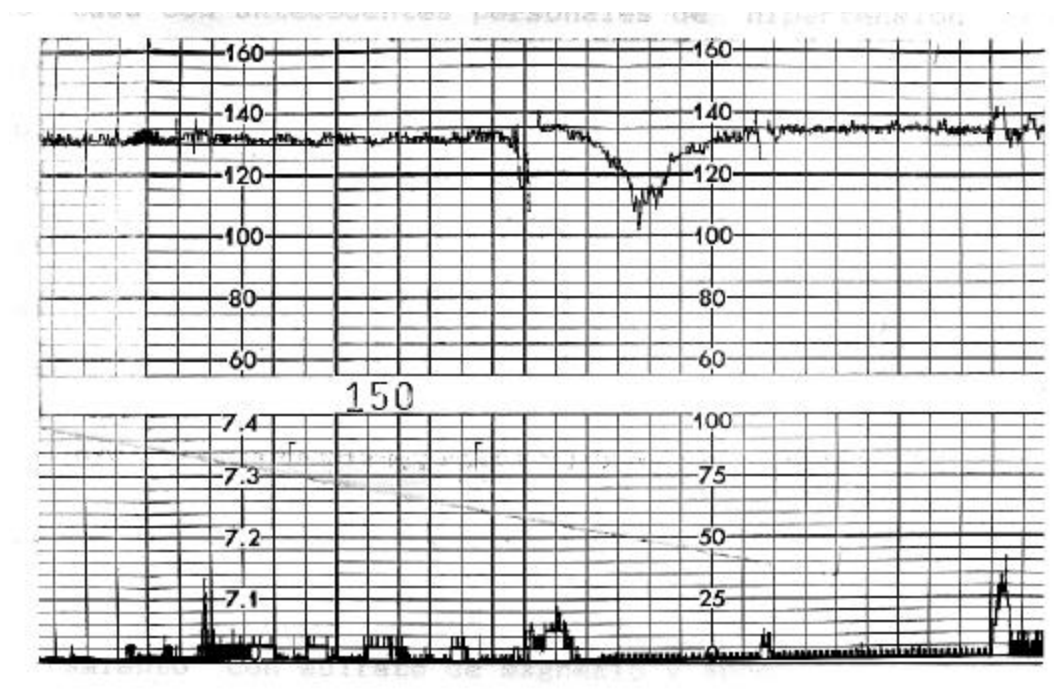


CASO 9

E.B.R. Historia clínica: 66742. Primigesta de 19 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial. Acude para control por primera vez en nuestras consultas externa a las 29 semanas, apreciándose una cifra tensional de 14/8, un aumento de peso previa de 10 kgs. Y una altura uterina inferior a la esperada para la edad gestacional. Se solicita ecografía y se cita para control en 15 días.

A las 31 semanas acude de urgencias por epigastralgia intensa, se comprueba la presencia de edemas generalizados y una cifra tensional de 22/11, motivo por el cual se inicia tratamiento con sulfato de magnesio y apresoline. Se comprueba la presencia de oliguria, administrándose furosemida. Con este tratamiento se normalizan las cifras tensionales y en sala se practica un fondo de ojo, que demuestra la presencia de un síndrome hipertono-hipertensivo, una proteinuria en orina de 24 horas de 5818 mgs. Y un ácido úrico de 6.4. El estriol plasmático no conjugado es inferior a las dos desviaciones standard para la edad gestacional y la ecografía demuestra la presencia de un retraso de crecimiento con un D.B.P. que corresponde a una gestación de 29 semanas.

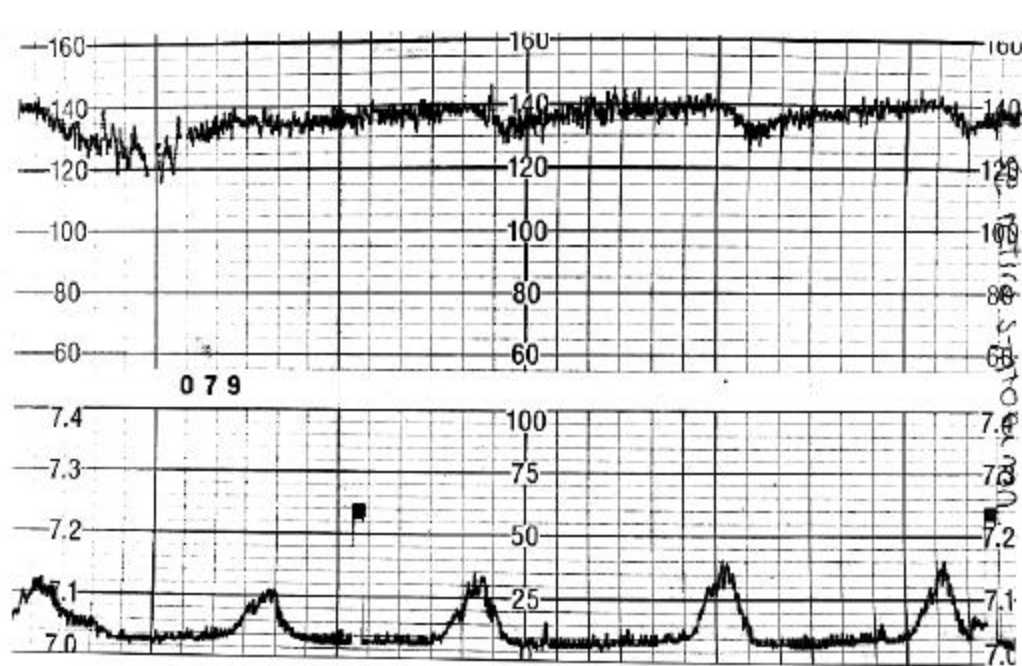
Se practica monitorización antenatal de la F.C.F., que a las 31 semanas demuestra la presencia de un patrón no reactivo y a las 48 horas aparece un patrón terminal u ominoso, como puede apreciarse en la siguiente figura.



Debido a la edad gestacional y la presencia de un retraso de crecimiento intrauterino, se decide iniciar tratamiento corticoideo para mejorar la maduración pulmonar, comprobándose exitus fetal a las 24 horas de la aparición del patrón terminal. Se indica inducción con prostaglandinas, obteniéndose un feto varón de 1300 grs (bajo peso para la edad gestacional)

CASO 10

P.C.R. Historia clínica: 75591. Primigesta de 28 años de edad sin antecedentes personales de interés y ciclos menstruales regulares. Controlada en 10 ocasiones durante esta gestación en nuestras consultas externas con controles analíticos y clínicos normales. Las tres ecografías practicadas demostraban una edad gestacional coincidente con la estimada según la fecha de última regla.

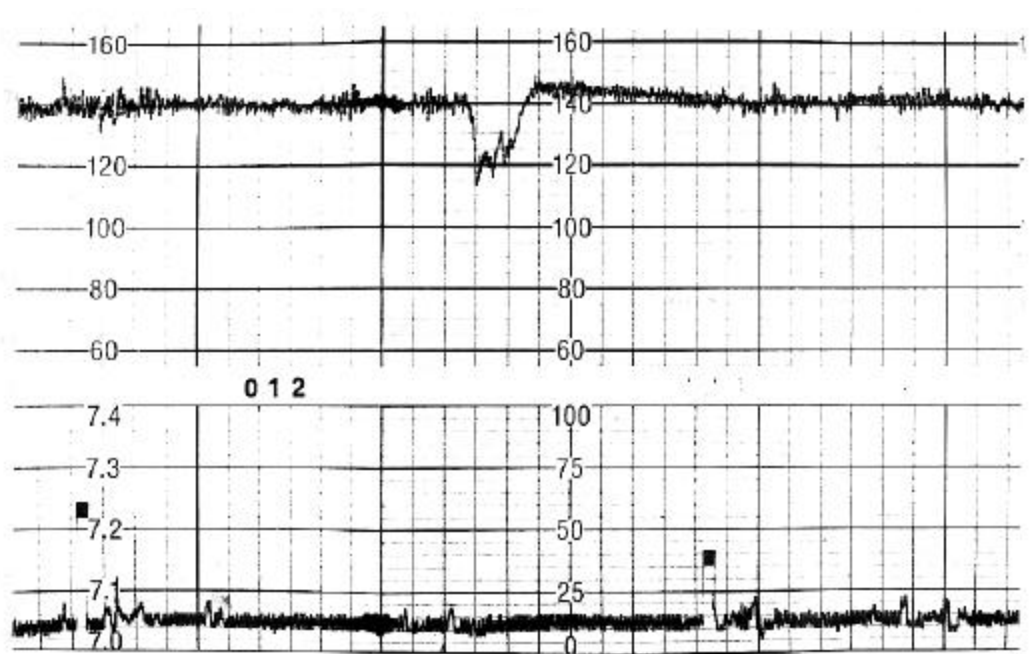


A las 41 semanas se inicia el control en el servicio de monitorización antenatal de la F.C.F. por gestación cronológicamente prolongada, siendo la prueba basal reactiva y efectuando controles cada 48 horas. A las 42 semanas se comprobó la presencia de un patrón no reactivo y a las 24 horas se practica una prueba de oxitocina, que resulta positiva, tal como puede apreciarse en la figura anterior.

Ante este resultado se decide la finalización de la gestación practicándose amniorrexia artificial, que demuestra la presencia de líquido amniótico teñido de meconio y se practica microtoma de calota fetal con un pH, que resulta ser de 7.19, motivo por el cual se practica intervención cesárea, obteniéndose un feto femenino de 3040 grs. Con signos evidentes de postmadurez, un índice de Apgar de 8/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales con una arteria umbilical con un pH de 7.19, una pCO de 39 y un exceso de bases de -10.8 y en vena umbilical un pH de 7.20, una pCO de 50 y un exceso de bases de -7 . La evolución del recién nacido fue normal, apareciendo en el electroencefalograma signos de sufrimiento neurológico,

CASO 11

F.G.G. Historia clínica: 47302. Cuertigesta tercipara de 29 años de edad sin antecedentes personales de interés y antecedentes obstétricos dentro de la normalidad.



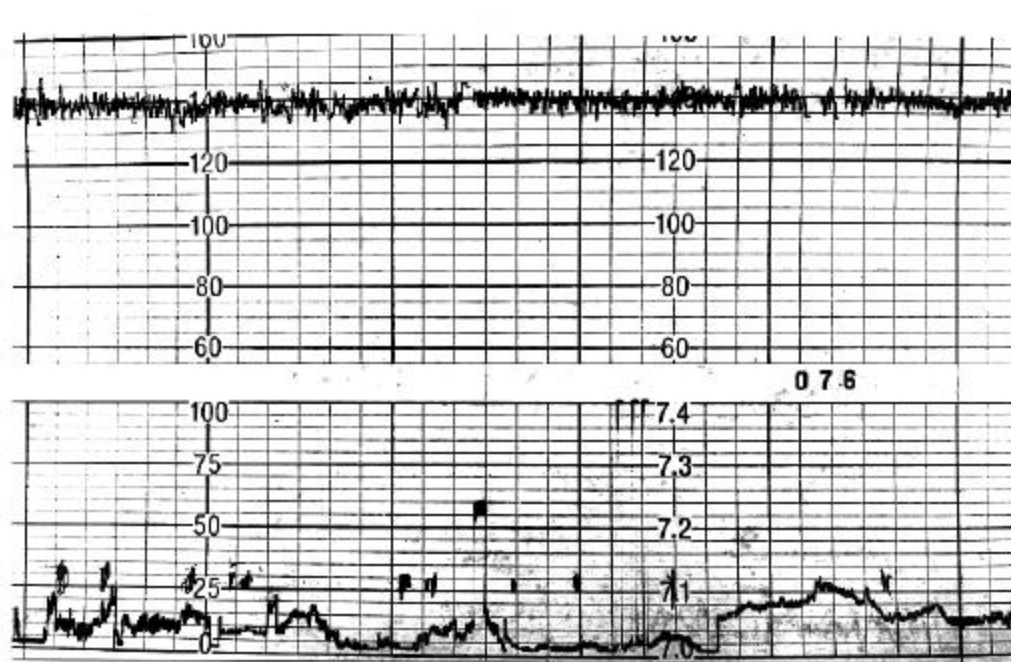
No se controla en nuestro centro y nos es remitida por el facultativo que la visitaba, con el diagnóstico de retraso de crecimiento intrauterino efectuado a las 39 semanas de gestación, siendo todos los controles clínicos y analíticos normales hasta aquel momento. Se comprueba clínica y ecográficamente la presencia de un retraso de crecimiento marcado, junto con la presencia de oligoamnios. Se determina el estriol plasmático no conjugado, que resulta normal y se practica monitorización antenatal de la F.C.F., que demuestra la presencia de un patrón ominoso o terminal con ausencia de movimientos fetales, tal como puede verse en la figura anterior.

Se practica cesárea electiva inmediatamente y se comprueba la presencia de escasísimo líquido amniótico teñido de meconio y se obtiene un feto varón de 1750 grs (bajo peso para la edad gestacional), con un índice de Apgar de 4/8/9 y la bioquímica de vasos umbilicales no puede analizarse en arteria umbilical por hallarse colapsada y en vena umbilical hay un pH de 7.23, con una pCO de 41 y un exceso de bases de -0.8. A la exploración clínica se aprecia la existencia de un síndrome de Down, con una malformación cardíaca. La evolución inmediata del recién nacido fue normal siendo dado de alta al mes del nacimiento, pendiente de estudio de su malformación.

CASO 12

A.C.G. Historia clínica: 50320. Primigesta de 22 años de edad con antecedentes personales de promiscuidad sexual y dos episodios de enfermedad inflamatoria pélvica, fumadora importante antes de la gestación y de unos 10 cigarrillos al día durante la misma.

En esta gestación presenta un episodio de metrorragia a las 12 semanas de gestación, y una infección urinaria tratada con ampicilina y una vulvovaginitis tricomoníastica tratada con metronidazol local en el primer trimestre. Los controles clínicos y analíticos durante la gestación son normales excepto la presencia de un retraso de crecimiento evidenciado por ecografía a las 30 semanas con un D.B.P. correspondiente a 26 semanas (2 ecografías previas a las 7 y 14 semanas correspondían). Ingresa de urgencias a las 33 semanas por una mastitis y se practica monitorización antenatal de la F.C.F. para control del retraso de crecimiento intrauterino. En el primer control se aprecia la presencia de un ritmo silente persistente con escasos movimientos fetales por lo que se practica nueva ecografía que demuestra un D.B.P. que corresponde a 29 semanas con un líquido amniótico disminuido. El registro cardiotocográfico puede apreciarse en la siguiente figura.



Ante la presencia de este patrón se decide practicar amniocentesis para comprobar madurez pulmonar fetal no pudiéndose obtener líquido amniótico debido a oligoamnios, motivo por el cual se practica amnioscopia apreciándose la presencia de líquido amniótico meconial.

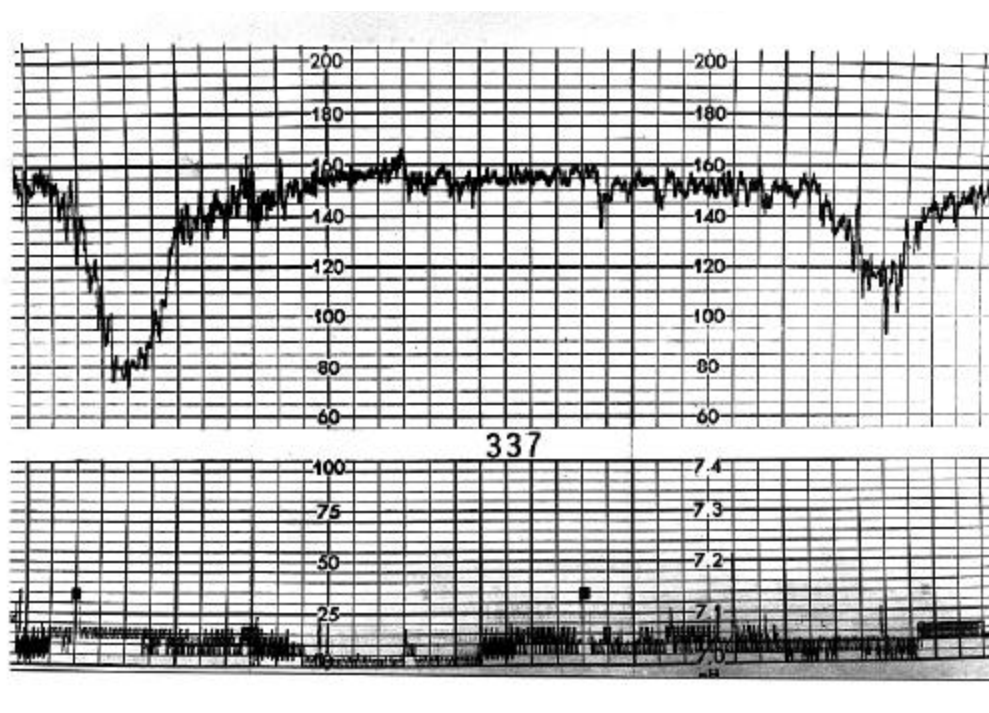
Ante estos hallazgos se decide finalizar la gestación mediante cesárea electiva. Practicándose previamente una recogida de plasma sanguíneo para determinación del estríol no conjugado. En la cesárea se comprueba la existencia de escaso líquido meconial y se obtiene un feto varón de 1460 grs (bajo peso para la edad gestacional) con Apgar de 9/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales que presenta en arteria umbilical un pH de 7.34 con una pCO de 44 y un exceso de bases de +0.8 y en vena umbilical un pH de 7.36, una pCO de 43 y un exceso de bases de +0.7. La evolución del recién nacido fue normal excepto por ciertas descompensaciones meta-

bólicas los primeros días de vida. La determinación del estriol plasmático no conjugado resultó ser inferior al décimo percentil para su edad gestacional.

CASO 13

J.P.A. Historia clínica: 74978. Tercigesta de 37 años de edad con antecedentes personales de ansiedad tratada con melitraceno y flupentixol y una muerte anteparto de origen desconocido a las 39 semanas en la última gestación.

Se controló en 7 ocasiones en nuestras consultas externas siendo los datos clínicos, analíticos y ecográficos normales. Presenta una cistitis a las 21 semanas tratada con amoxicilina.



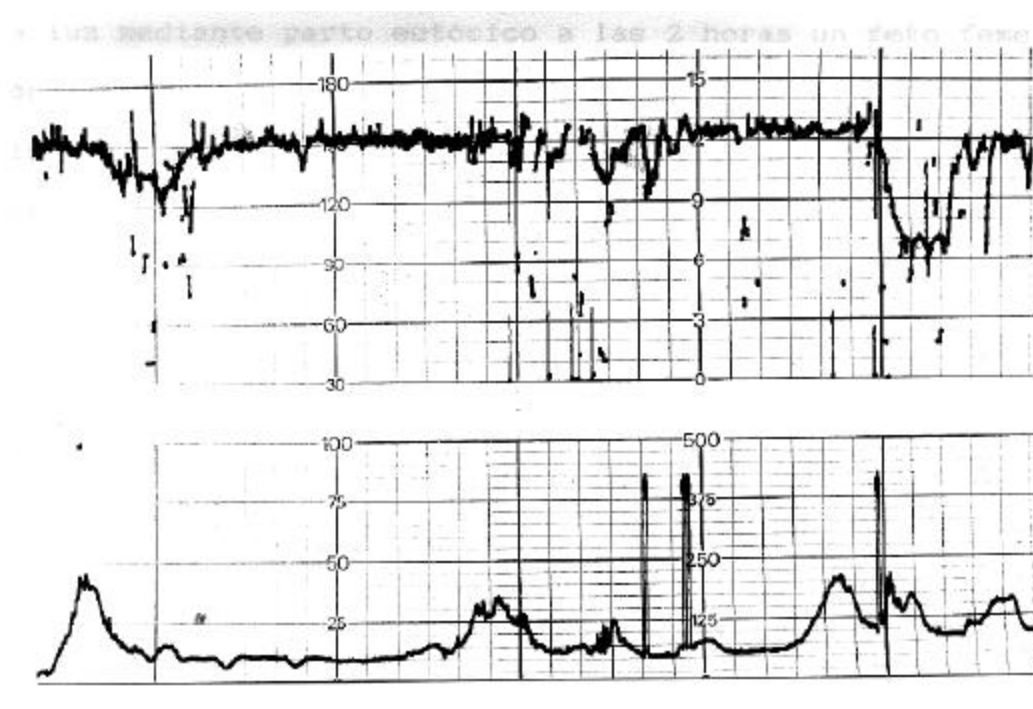
A las 34 semanas acude al servicio de monitorización antenatal de la F.C.F., para iniciar el control por malos antecedentes obstétricos. Se aprecia la aparición de un patrón ominoso con ausencia de movimientos fetales, tal como puede apreciarse en la figura anterior, motivo por el cual se practica nueva ecografía, que demuestra la existencia de un retraso de crecimiento intrauterino, con un D.B.P. que corresponde a 30 semanas y líquido amniótico en cantidad normal.

Se decide finalizar la gestación mediante cesárea electiva, apreciándose la salida de líquido amniótico meconial y la obtención de un recién nacido de 1400 grs. (bajo peso para la edad gestacional) con un índice de Apgar 1/3/5 y una bioquímica de vasos umbilicales, que presenta una arteria umbilical con un pH de 7.33, una pCO de 43 y un exceso de bases de -1.6 , y en vena umbilical un pH de 7.35, una pCO de 40 y un exceso de bases de -1.8 . El recién nacido presenta múltiples descompensaciones metabólicas las primeras 24 horas, siendo exitus posteriormente.

CASO 14

D.G.O. Historia clínica: 74107. Tercigesta primipara de 22 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, fumadora de 10 cigarrillos al día y bebedora de más de 80 grs de alcohol al día.

Es controlada en nuestras consultas externas en 8 ocasiones siendo todos los controles analíticos y ecográficos normales, destacando a nivel clínico un aumento escaso de la altura uterina. Siguió tratamiento para su hipertensión con atenolol sin presentar descompensaciones.



Acude al servicio de monitorización antenatal de la F.C.F. a las 34 semanas, practicándose controles semanales, que son reactivos hasta las 38 semanas, en que aparece una prueba basal no reactiva. Se practicándose controles semanales, que son reactivos hasta las 38 semanas, en que aparece una prueba basal no reactiva. Se practica posteriormente una prueba de oxitocina, que resulta positiva como puede verse en la figura anterior.

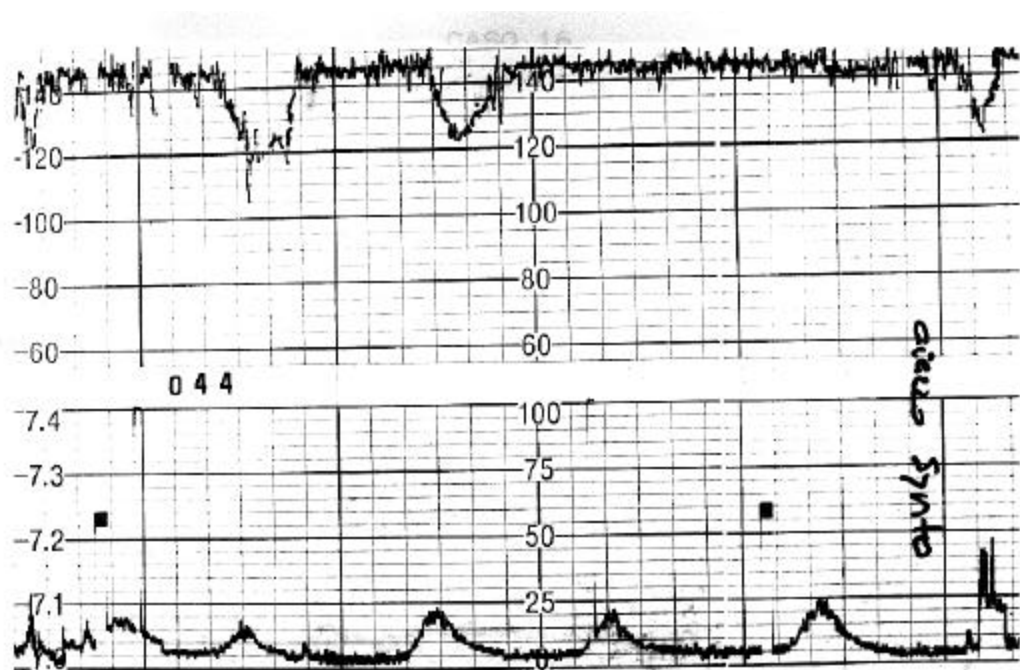
Se decide finalizar la gestación y dada la no presencia de retraso de crecimiento intrauterino en el control ecográfico, así como el hallazgo de aguas claras en la amniorrexia artificial y las buenas condiciones obstétricas se procede a inducción apreciándose en el registro cardiotocográfico desaceleraciones de tipo variable así como alguna tardía. Da a luz mediante parto eutócico a las 2 horas un feto femenino de 2400 grs (bajo peso para la edad gestacional) con un índice de Apgar de 9/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales que presentaba en arteria umbilical un pH de 7.14, una pCO de 66.5 y un exceso de bases de -4.5 y en vena umbilical un pH de 7.23, una pCO de 51 y un exceso de bases de -4. La recién nacida evolucionó favorablemente, diagnosticándose un síndrome alcohólico fetal.

CASO 15

M.R.R. Historia clínica: 73659. Secundípara de 39 años de edad, sin antecedentes personales de interés y con un antecedente de feto muerto anteparto de causa desconocida en su anterior gestación, a las 41 semanas (recién nacido con peso adecuado para su edad gestacional)

Se controló en nuestras consultas externas en 10 ocasiones en esta gestación, siendo todos los controles clínicos, analíticos y ecográficos normales.

Se efectúa monitorización antenatal de la F.C.F., desde las 32 semanas de gestación y a intervalos semanales por malos antecedentes obstétricos. Todos los controles efectuados demuestran la presencia de un patrón reactivo hasta las 37 semanas en que aparece alguna desaceleración esporádica acompañando a contracciones de Braxton Hicks, motivo por el cual se practica prueba de oxitocina, que resulta no concluyente. La repetición de la prueba basal a las 24 horas es reactiva, por lo que se decide continuar los controles dos veces a la semana. A las 39 semanas ante la presencia de un patrón no reactivo, se practica nueva prueba de oxitocina, que resulta positiva, tal como puede apreciarse en la siguiente figura.



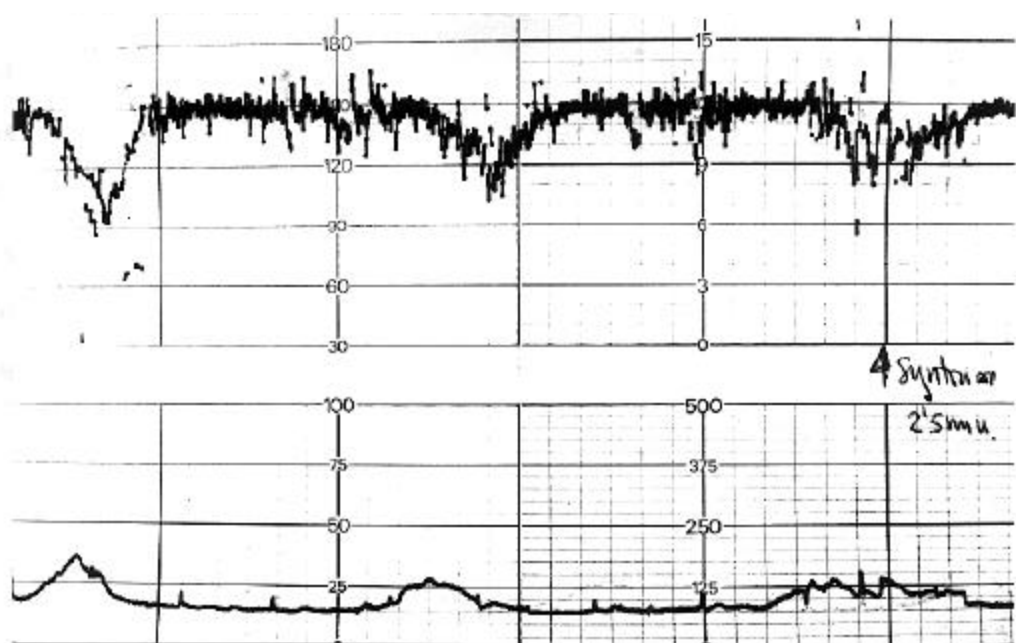
Se finaliza la gestación mediante cesárea electiva observándose la presencia de líquido amniótico meconial y obteniéndose un feto varón de 3100 grs. Con un índice de Apgar de 7/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que en arteria umbilical demuestra la presencia de un pH de 7,26, una pCO de 44 y un exceso de bases de -0.8 y en vena umbilical un pH de 7.31 con una pCO de 48 y un exceso de bases de -0.4. A la exploración física se comprueba la existencia de un síndrome de Down y una malformación cardíaca con ventrículo único. La evolución neonatal inmediata es correcta, practicándose cirugía paliativa al mes de vida.

CASO 16

R.M.R. Historia clínica: 81676. Sacundigesta de 24 años de edad. Sin antecedentes de interés y con antecedentes obstétricos de retraso de crecimiento en su anterior gestación

La primera visita en nuestro servicio de efectuó a las 38 semanas según fecha de última regla por dinámica uterina, no habiéndose controlado anteriormente, Se practica ecografía ante la sospecha clínica de una altura uterina que no correspondía a la edad gestacional, hallándose un D.B.P correspondiente a una gestación de 34 semanas sin signos de retraso de crecimiento intrauterino, motivo por el cual se trata como una amenaza de parto prematuro.

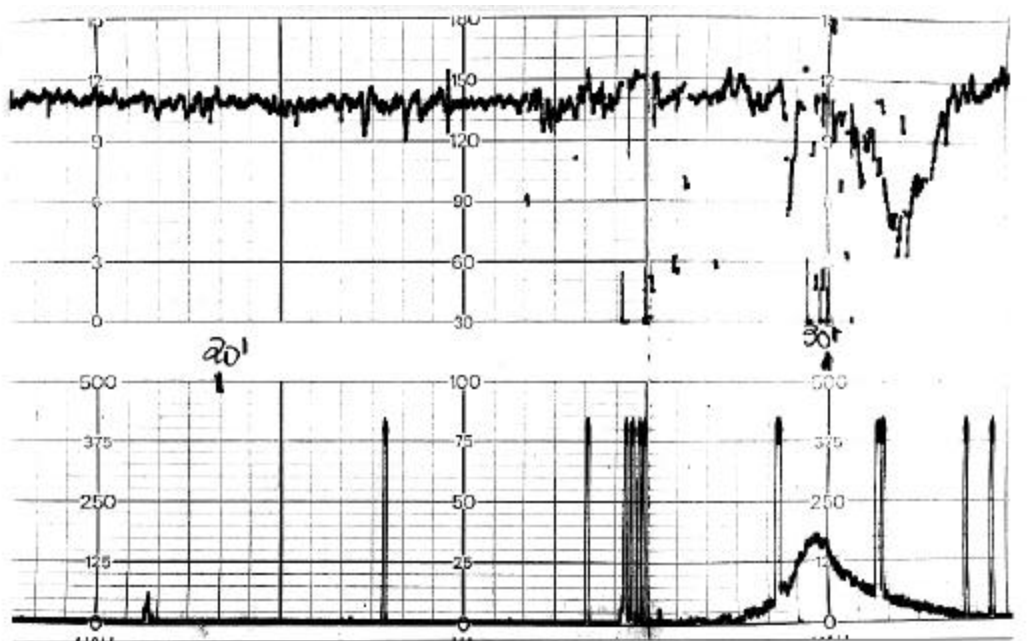
A las 24 horas de su ingreso se practica monitorización antenatal de la F.C.F. con el hallazgo de un patrón no reactivo, practicándose posteriormente prueba de oxitocina, que resulta negativa, tal como puede verse en la siguiente figura



Se decide la interrupción de la gestación mediante amniorrexia artificial, que demuestra la salida de muy escaso líquido amniótico teñido de meconio y dadas las buenas condiciones locales se practica microtoma de calota fetal que demuestra un pH de 7.26, por lo que se inicia estimulación oxitócica. A la hora y treinta minutos de iniciada la inducción y tras una microtoma previa, que continuaba demostrando un pH de 7.26, por persistencia de desaceleraciones tardías se practica nueva microtoma que da un pH de 7.24 por lo que se decide el parto mediante cesárea por pH prepatológico, obteniéndose un feto femenino de 2200 grs con un índice de Apgar de 2/5/8 y una bioquímica de vasos umbilicales, demostrando en arteria umbilical un pH de 7.16, con una pCO de 47 y un exceso de bases de -9 y una vena umbilical con un pH de 7.20, una pCO de 48 y un exceso de bases de -10.9. La edad gestacional valorada por Ballard era de 41 semanas, presentando el recién nacido clínica neurológica con signos de irritabilidad en el electroencefalograma. Siendo dado de alta a los 35 días de su ingreso con tratamiento anticonvulsante.

CASO 17

C.P.G. Historia clínica: 50612. Quitipara de 35 años de edad sin antecedentes personales de interés y con antecedentes obstétricos de fetos macrosomas (el último 5250 grs.).



Controlada fuera de nuestro servicio con datos clínicos, analíticos y ecográficos correctos, nos es remitida de urgencias, por gestación cronológicamente prolongada a las 43 semanas, practicándose una amnioscopia que demuestra la existencia de un color dudoso en el líquido amniótico, motivo por el cual se practica amniocentesis, que a pesar de repetirse no consigue la obtención de líquido amniótico. Se practica monitorización antenatal de la F.C.F., que demuestra la existencia de un patrón no reactivo desacelerativo con variabilidad normal y movimientos fetales conservados tal como puede verse en la figura anterior.

No se valora suficientemente la presencia de este patrón y se remite a la paciente a domicilio, programándole ingreso y nueva monitorización antenatal a las 24 horas. La paciente no acude a dicho control, presentándose a los tres días con dinámica uterina espontánea y apreciándose la presencia de frecuencia cardíaca negativa. Tras estimulación da a luz mediante parto eutócico feto varón de 3260 grs macerado, sin malformaciones en la necropsia.

CASO 18

R.R. Historia clínica: 48518. Septigesta terci para de 28 años de edad sin antecedentes personales de interés y obstétricos de dos fetos muertos anteparto de causa desconocida a los 7 y 8 meses



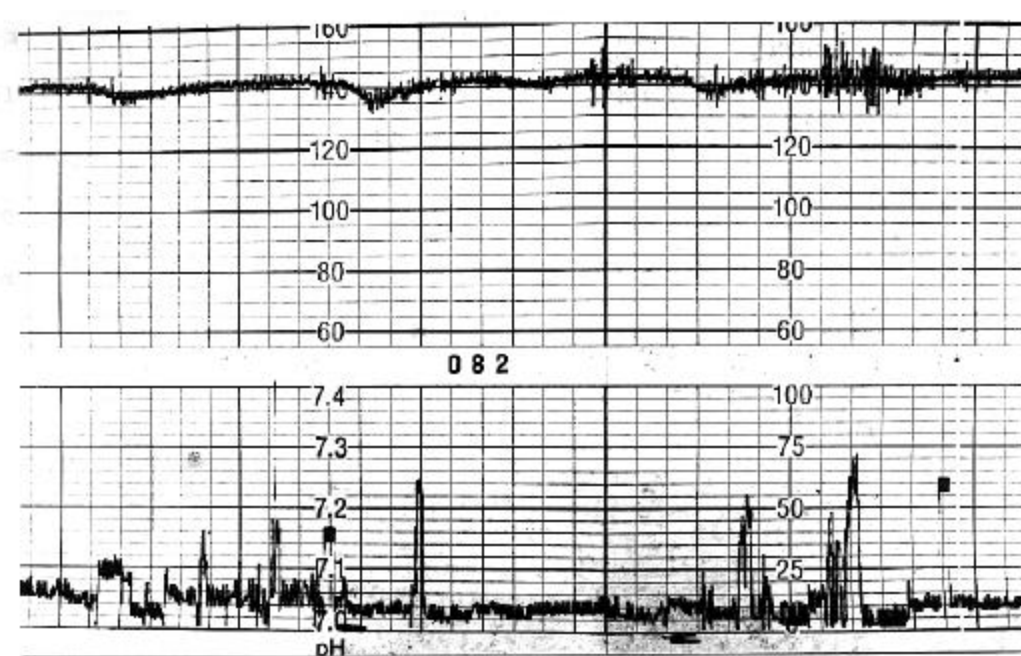
Es controlada en 7 ocasiones en nuestras consultas externas con datos clínicos, analíticos y ecográficos normales. Acude al servicio de monitorización antenatal de la F.C.F. a las 35 semanas, practicándose una prueba basal que resulta reactiva. A la semana se practica nueva prueba basal, que resulta no reactiva y una prueba de oxitocina a continuación con un resultado no concluyente. A las 24 horas se repite nueva prueba de oxitocina, que demuestra la presencia de un resultado positivo, tal como puede verse en la figura anterior.

Se finaliza la gestación inmediatamente mediante cesárea electiva, evidenciándose la salida de líquido amniótico teñido de meconio y obteniéndose un feto varón 1550 grs (bajo peso para la edad gestacional), con un índice de Apgar de 4/8/10 y una bioquímica de vasos umbilicales con un pH de arteria umbilical de 7.27, una pCO de 65 y un exceso de bases de +2.43 y en vena umbilical un pH de 7.30, una pCO de 58 y un exceso de bases de +1.7. La evolución del recién nacido fue normal.

CASO 19

M.L.F. Historia clínica: 48772, Septipara de 40 años de edad con antecedentes de diabetes insulino dependiente de 6 años de evolución hipertensional esencial y antecedentes obstétricos de un feto muerto post parto por una cardiopatía congénita.

Controlada en nuestras consultas externas con los controles analíticos, que demostraban la presencia de una diabetes tipo A de White, que resultó muy difícil de controlar con dieta, por lo que se insulinizó a las 31 semanas. Las cifras tensionales se mostraban dentro de la normalidad excepto alguna determinación esporádica de 13/9, siendo el fondo de ojo y la analítica renal normales. Las ecografías practicadas a las 28 y 35 semanas correspondían.



Inicia controles en el servicio de monitorización antenatal de la F.C.F. a las 34 semanas por su diabetes, hipertensión arterial y antecedente de feto muerto postparto, apreciándose la existencia de patrones reactivos, hasta las 37 semanas en que aparece un patrón ominoso o terminal, tal como aparece en la figura anterior, motivo por el cual se decide finalizar la gestación.

Dadas las buenas condiciones obstétricas y la presencia de líquido amniótico claro se decide practicar microtoma de calota fetal, previa amniorrexia artificial. La microtoma demuestra un pH de 7.2, por lo que se practica cesárea electiva por profilaxis de sufrimiento fetal, obteniéndose un feto varón de 400 grs, con un índice de Apgar 3/8/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demuestra en arteria umbilical un pH de 7.11 y una pCO de 92.9 y un exceso de bases de -0.7 y en vena umbilical en pH de 7.25, una pCO de 61 y un exceso de bases de +0.5, demostrándose la presencia de un nudo verdadero. A las 5 horas de vida presenta una depresión respiratoria severa, motivo por el cual fallece a las 8 horas de vida.