

## **CASO PRÁCTICO 1**

Se encuentra en el área de Paritorio de un centro de tercer nivel. Acude al mismo una paciente de 29 años gestante de 37+3 semanas de amenorrea con los siguientes antecedentes obstétricos (G3 A1 P1 gestación única parto eutócico a término de un varón de 3570 gr) con sensación de dinámica uterina).

En la historia del embarazo consta el mismo con un seguimiento normal siendo una gestación gemelar bicorial biamniótica tras tratamiento mediante FIV con cribado de aneuploidías de bajo riesgo, de preeclampsia de bajo riesgo, morfología normal de ambos fetos, crecimiento correcto de ambos fetos con una ecografía en la semana 35 con percentil 45 y 51 respectivamente y con controles serológicos y analíticos normales. El cribado mediante exudado vagino-rectal de estreptococo del grupo B es POSITIVO.

A la exploración presenta un cérvix en posición media, de consistencia blanda, borrado un 80% y permeable 6 cm, con la presentación fetal sobre estrecho. En la especuloscopia se objetiva la salida de líquido amniótico claro.

La ecografía realizada en el momento de recepción de la paciente objetiva una gestación gemelar con el primer gemelo en posición longitudinal cefálica dorso anterior y el segundo gemelo en posición transversa izquierda ambos con actividad cardiaca positiva.

### **Preguntas:**

- 1. Explique la puntuación que presenta esta paciente con el test de Bishop y cómo proceder en el momento de su paso a paritorio.**
- 2. Explique la vía del parto asumible en esta gestante dada la presentación fetal y la edad gestacional.**
- 3. En caso de plantear una vía del parto vaginal, explique la fase de expulsivo del segundo gemelo en posición transversa.**
- 4. Explique la vía del parto asumible en esta gestante en caso de haberse tratado de una gestación monocorial-biamniótica.**

## **CASO PRÁCTICO 2**

Mujer de 19 años que acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal de unas horas de evolución.

Antecedentes familiares. Madre muerta de cirrosis hepática alcohólica.

Antecedentes personales: Hepatitis tipo B diagnosticada hace un año. Actualmente se encuentra en una clínica de desintoxicación por consumo de estupefacientes, en régimen abierto y en tratamiento con metadona.

Presenta baches amenorreicos desde hace un año. Utiliza el preservativo como método anticonceptivo. Entre sus antecedentes obstétricos cuenta con tres gestaciones, un parto eutócico y dos interrupciones voluntarias de embarazo.

Exploración: Peso 47 Kg. Talla 165 cm. IMC 17.26.

Tras realizar prueba de embarazo que es negativa, se realiza exploración ginecológica que es normal. No se produce dolor con la movilización uterina ni la palpación bimanual. Se realiza ecografía ginecológica con ecoestructura del aparato genital de apariencia normal.

Al informar a la paciente sobre la normalidad de la exploración, esta refiere que realmente su motivo para acudir a urgencias, no es el dolor abdominal sino la necesidad de conseguir anticoncepción de urgencia ya que ha tenido una relación sexual sin ningún tipo de protección tres días antes. La paciente acude a urgencias con un motivo falso ya que la cita para su médico de atención primaria se demora varios días y en este tiempo, no ha podido conseguir anticoncepción de urgencia.

### **Preguntas:**

- 1.- Indique los tipos de anticoncepción de urgencia (AU) disponibles en España.**
  
- 2.- Señale las características y el tiempo hasta que puede utilizarse cada uno.**
  
- 3.- Señale, al menos, cuatro indicaciones para la utilización de la anticoncepción de urgencia.**
  
- 4.- Señale algunos posibles efectos adversos de este tipo de anticoncepción.**
  
- 5.- La mujer pregunta si puede utilizarse varias veces porque ella tiene relaciones ocasionales y estaría interesada en su uso como método habitual.**

### **CASO PRÁCTICO 3**

Múltipara de 43 años que acude a Urgencias Obstétricas en la semana 35 de embarazo. Refiere dolor abdominal generalizado de inicio súbito acompañado de metrorragia de sangre oscura y en cantidad moderada. Refiere gestación bien tolerada, si bien 24 horas antes presentó cefalea que no cedió con paracetamol oral y determinación de tensión arterial de 148/98 (motivos por los que no consultó).

Exploración:

Consciente, orientada, colaboradora, buen estado general. Tensión arterial 110/60. Altura uterina corresponde. Se palpa un útero duro, hipertónico y doloroso a la exploración. Especuloscopia: Metrorragia de sangre oscura procedente de cavidad. Test de Bishop 3. Ecografía urgente: feto en cefálica con una frecuencia cardiaca fetal entre 80 y 90 lpm. Ausencia movimientos fetales. Placenta normoinserta sin hallazgos patológicos. Líquido amniótico normal. Monitorización cardiotocográfica fetal: frecuencia cardiaca fetal 80 lpm, ausencia de variabilidad.

**Preguntas:**

- 1. ¿Cuál debe ser la primera sospecha diagnóstica y con qué entidades debemos realizar un diagnóstico diferencial? Justifique la sospecha diagnóstica y realice una descripción detallada del diagnóstico diferencial.**
- 2. ¿Cómo se justificaría la ausencia de hallazgos ecográficos patológicos a nivel placentario?**
- 3. ¿Cuáles son las posibles complicaciones maternas de esta entidad?**
- 4. ¿Cuál sería la conducta obstétrica en esta situación? Justifique su respuesta**