

CASO 20

D.S.M. Historia clínica: 42587. Sextigesta, cuartipara de 39 años de edad con antecedentes personales de diabetes insulino dependiente desde los 25 años de edad e hipertensión arterial crónica y antecedentes obstétricos de un feto muerto intraparto (macrosoma de 5000 grs).

Controlada en 10 ocasiones en nuestro servicio con control clínico, analítico y ecográfico normal, hasta las 26 semanas de gestación en que se observan unas cifras tensoriales de 17/11, por lo que es ingresada con tratamiento sedativo e hipotensor. En el fondo de ojo se demuestra una retinopatía diabética. La proteinuria en orina de 24 horas es de 2179 mgrs y en el perfil glucémico se demuestra un mal control. El control ecográfico a las 31 semanas demuestra la presencia de un D.B.P. que corresponde a 28 semanas diagnosticándose un retraso de crecimiento intrauterino.

Se inicia el control mediante monitorización antenatal de la F.C.F. a las 31 semanas, siendo los patrones iniciales reactivos, apareciendo a las 33 semanas la primera prueba no reactiva. Puesto que la variabilidad y movilidad fetal eran normales y las pruebas de madurez en líquido amniótico eran insatisfactorias se persiste con controles diarios, persistiendo el mismo patrón. A las 35 semanas de demuestra madurez en el líquido amniótico, por lo que practica prueba de oxitocina, que resulta positiva, tal como puede verse a continuación.



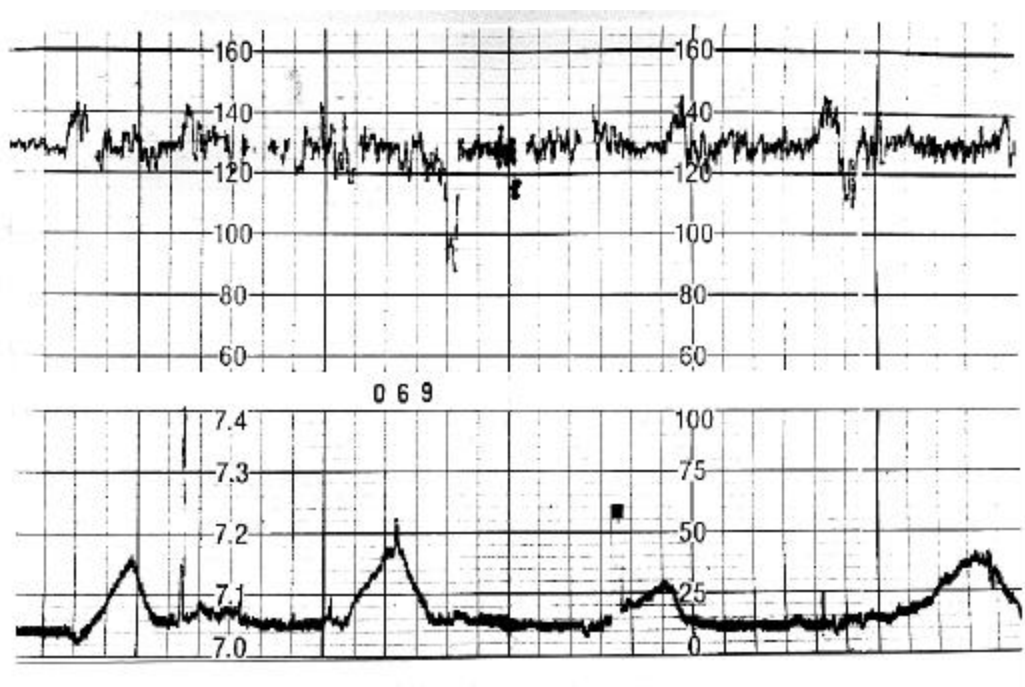
Se decide finalizar la gestación mediante cesárea electiva, apreciándose la salida de líquido amniótico claro y obteniéndose un feto varón de 1700 grs (bajo peso para su edad gestacional), con un índice de Apgar de 2/5/5 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demostraban en arteria umbilical un pH de 7.23, una pCO de 56.2 y un exceso de bases de -2.8, y en vena umbilical un pH de 7.25, una pCO de 54 y un exceso de bases de -1.5. A la exploración física el recién nacido presentaba in síndrome malformativo no tipificable y en su evolución presentó un pulmón húmedo con atelectasia pulmonar con una evolución posterior normal.

CASO 21

C.I.V. Historia clínica 75263, Sextigesta, quintapara de 31 años de edad con antecedentes personales de ser fumadora de más de 20 cigarrillos al día y antecedentes obstétricos de dos fetos muertos anteparto a las 36 y 38 semanas, comprobándose en ambos casos un retraso de crecimiento intrauterino marcado.

Controlada en nuestras consultas externas en 8 ocasiones con controles clínicos u analíticos, incluida curva de glicemia normales. Las ecografías practicadas fueron normales hasta las 35 semanas, en que se demuestra la presencia de un D.B.P., que correspondía a 32 semanas, estableciéndose el diagnóstico de sospecha de retraso de crecimiento intrauterino.

Se controló en el servicio de monitorización antenatal desde las 30 semanas siendo todas las pruebas, practicadas dos veces por semana, normales, hasta las 35 semanas en que aparece un patrón negativo desacelerativo, motivo por el cual se practica una prueba de oxitocina con un resultado de patrón no concluyente. A las 24 horas se aprecia la aparición nuevamente de un patrón reactivo desacelerativo, por lo que practica nueva prueba de oxitocina con un resultado claramente negativo, tal como puede verse en la figura siguiente:



Debido a los malos antecedentes obstétricos y la presencia de un retraso de crecimiento intrauterino se decide finalizar la gestación a las 36 semanas, mediante cesárea electiva, observándose la presencia de líquido amniótico claro y obteniéndose un feto varón de 2170 grs (bajo peso para la edad gestacional) con un índice de Apgar de 9/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demostraban en arteria umbilical un pH de 7.34, una pCO de 48 y un exceso de bases de +0.8 y en vena umbilical un pH de 7.38, una pCO de y un exceso de bases de +1. La evolución del recién nacido fue normal.

CASO 22

M.J. Historia clínica: 47556. Secundigesta de 31 años de edad sin antecedentes personales de interés y antecedentes obstétricos de intervención cesárea en la gestación previa por gestación cronológicamente prolongada

Controlada en nuestras consultas externas en 8 ocasiones con todos los controles clínicos, analíticos y ecográficos normales.



Inicia su control en la unidad de monitorización antenatal de la F.C.F a las 42 semanas de gestación, observándose un patrón no reactivo, motivo por el cual se programa prueba de oxitocina para el día siguiente. A las 24 horas la prueba basal, previa a la practica de la prueba de oxitocina demuestra la presencia de un patrón ominoso o terminal, tal como puede verse en la figura anterior.

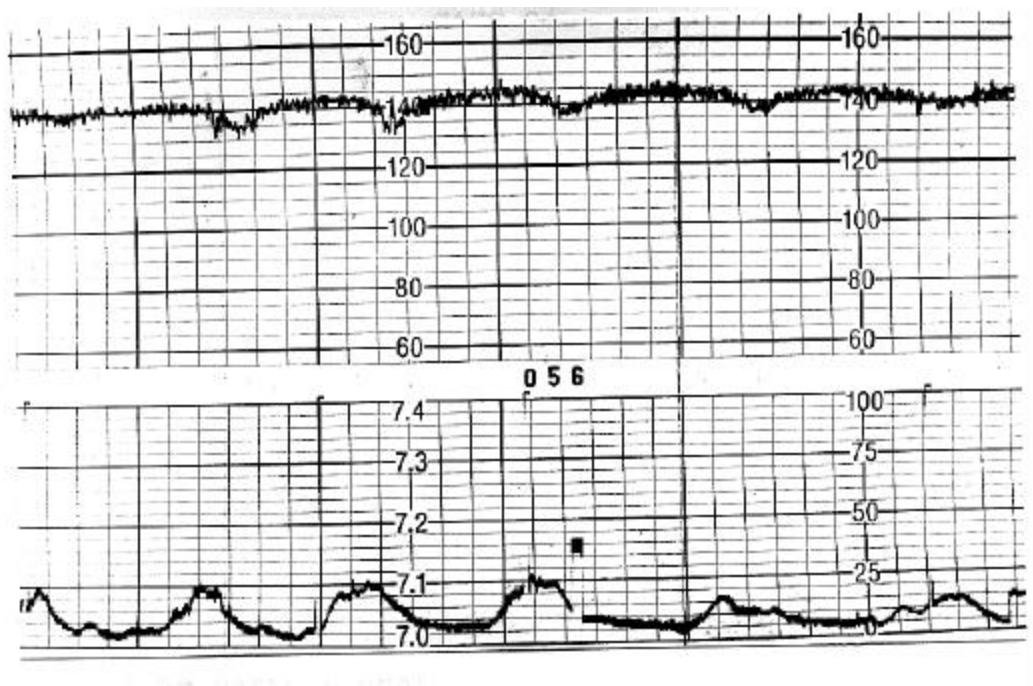
Ante la aparición de este resultado se practica cesárea electiva inmediata, observándose la presencia de líquido amniótico intensamente teñido de meconio y obteniéndose un feto varón de 2800 grs, con un índice de Apgar de 7/8/10 y una bioquímica de vasos umbilicales demostrando en arteria umbilical un pH de 7.21, con una pCO de 56 y un exceso de bases de 11.2 y en vena umbilical un pH de 7.25, con una pCO de 52 y un exceso de bases de -7.8. A la exploración se trataba de un recién nacido con claros signos de postmadurez y la analítica demostraba la presencia de una deshidratación severa con múltiples alteraciones metabólicas. La evolución final del recién nacido fue normal siendo dado de alta a los 16 días de su ingreso.

CASO 23

A.R.M. Historia clínica: 81345. Tercigesta de 38 años de edad con antecedentes personales de anemia hemolítica por déficit de piruvatoquinasa y antecedentes obstétricos de cesárea en el último parto por sufrimiento fetal.

Controlada en nuestras consultas externas en 10 ocasiones, La analítica demostró la presencia de una anemia persistente con una hemoglobina de 7.2 a las 24 semanas. Los controles clínicos fueron normales y los controles ecográficos también, hasta las 37 semanas en que apareció un D.B.P., que correspondía a 35 semanas, con oligoamnios marcado y movimientos respiratorios muy disminuidos.

Se inicia su control en la unidad de monitorización antenatal de la F.C.F. a las 32 semanas siendo todos los controles semanales practicados normales hasta las 37 semanas, en que aparece un patrón no reactivo desacelerativo, motivo por el cual se practica a continuación una prueba de oxitocina, que resulta positiva, tal como puede verse en la figura siguiente.

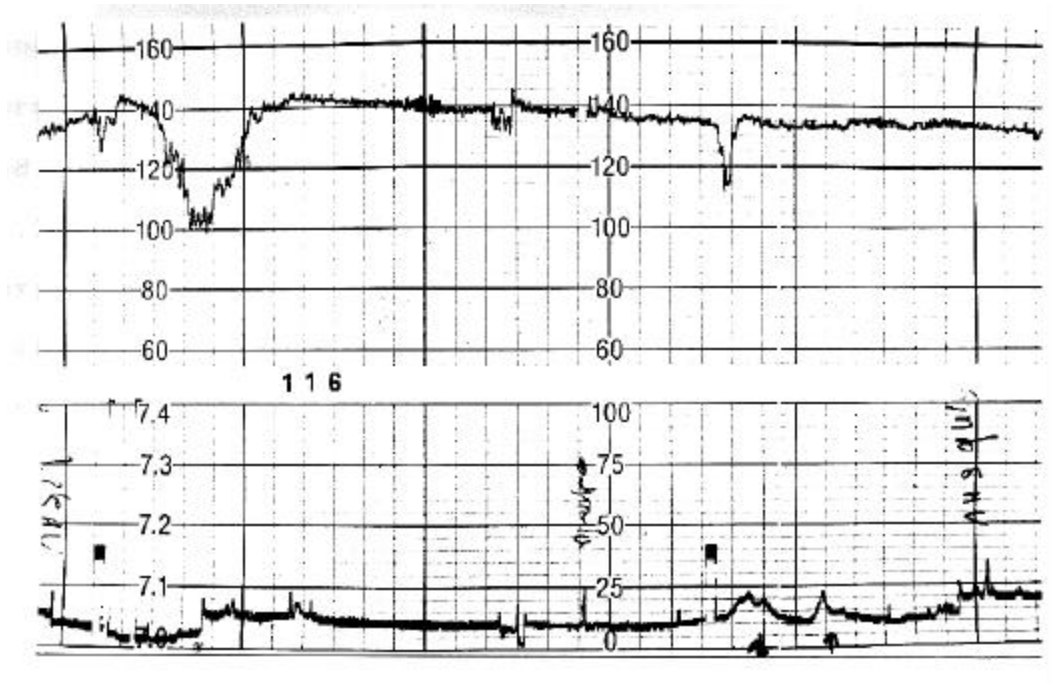


Se practica amniocentesis para comprobación del color del líquido amniótico, obteniéndose meconio, motivo por el cual se practica cesárea electiva, con la obtención de un feto varón de 2330 grs (bajo peso para la edad gestacional), con un índice de Apgar de 4/8/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demuestran la presencia en arteria umbilical de un pH de 7.14, una pCO de 56.4 y un exceso de bases de -7.8 y en vena umbilical un pH de 7.18, una pCO de 56.5 y un exceso de bases de -5.8. El recién nacido presentó clínica neurológica, siendo dado de alta a las tres semanas con tratamiento anticonvulsivante.

CASO 24

L.A.M. Historia clínica 81453. Primigesta de 27 años de edad sin antecedentes personales de interés.

Controlada fuera de nuestro servicio hasta las 32 semanas, en que nos es remitida con un control clínico, analítico y ecográfico normal. En la primera visita se observa la presencia de un hidramnios marcado, que se comprueba posteriormente por ecografía, así como una dilatación cervical de 3 cms. Por lo que se ingresa para estudio y tratamiento de la amenaza de parto prematuro.



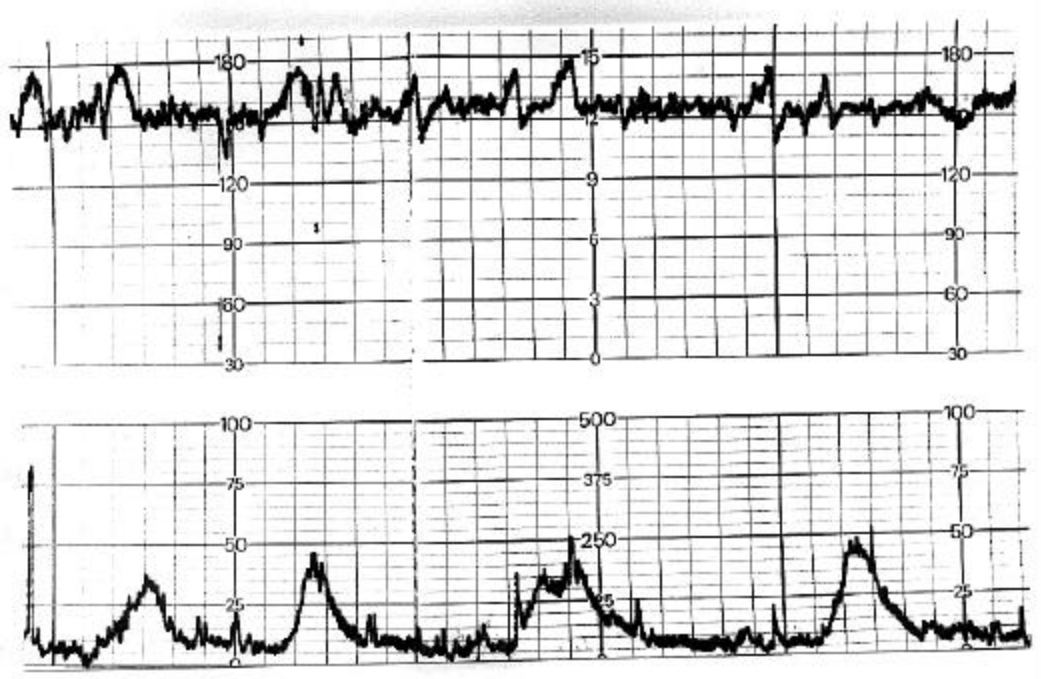
Se inicia a su ingreso control en la unidad de monitorización antenatal de la F.C.F., comprobándose inicialmente la presencia de un patrón no reactivo, con variabilidad normal y movimientos fetales conservados. Puesto que estaba contraindicada la prueba de oxitocina por la amenaza de parto prematuro, se decide practicar prueba basal diaria, observándose a las 33 semanas la aparición de un patrón ominoso o terminal, tal como puede verse en la figura anterior.

Se finaliza la gestación mediante cesárea electiva, apreciándose la salida de dos litros de líquido amniótico claro y obteniéndose un recién nacido de 1200 grs (bajo peso para la edad gestacional), con un índice de Apgar de 3/5/0 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demostraban la presencia en arteria umbilical de un pH de 7.25, una pCO de 48 y un exceso de bases de -5 y en vena umbilical un pH de 7.28, una pCO de 46 y un exceso de bases de -4.2. A la exploración física se evidencia la presencia de un síndrome malformativo, practicándose cariotipo, que demuestra la existencia del síndrome de Edwards.

CASO 25

P.B.L Historia clínica: 76837, Tercipara de 21 años de edad con antecedentes personales de adicción a opiáceos y fumadora y antecedentes obstétricos de retraso de crecimiento intrauterino en su última gestación, que condicionó un sufrimiento intraparto.

Sin control previo, ingresa en nuestro servicio a las 38 semanas por dinámica uterina. Ante la altura uterina que no correspondía con la edad gestacional, se decide ingresar para estudio con tratamiento de amenaza de parto prematuro. La analítica practicada demuestra la existencia de una hemoglobina de 8.3, la ecografía demuestra un D.B.P., que corresponde a una gestación de 34 semanas y el estriol plasmático no conjugado presenta niveles por debajo del décimo percentil.



Se comprueba la madurez pulmonar, motivo por el cual se decide finalizar la gestación mediante inducción. La amniorraxis artificial demuestra la existencia de aguas claras y la microtoma inmediata de sangre fetal demuestra un pH de 7.30. Nace mediante parto eutócico un feto varón de 2570 grs (bajo peso para la edad gestacional) con un índice de Apgar de 9/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demuestra en arteria umbilical un pH de 7.25, una pCO de 46.5 y un exceso de bases de -4 y en vena umbilical un pH de 7.34, una pCO de 37 y un exceso de bases de -2.9 . La evolución del recién nacido fue normal

CASO 26

A.F.L. Historia clínica 83911. Secundigesta primipara de 21 años de edad con antecedentes personales de ser fumadora importante.

Inicia el primer control en nuestro servicio a las 37 semanas según fecha de última regla, aportando datos clínicos y analíticos normales excepto por tres episodios de cistitis tratados con antibióticos y una vulvovaginitis candidiásica tratada con micostatin. Se practica ecografía de control que muestra la existencia de un D.B.P, que corresponde a una gestación de 32 semanas, estableciendo una sospecha ecográfica de retraso de crecimiento intrauterino.

Se inicia control en la unidad de monitorización antenatal de la F.C.F., que demuestra la existencia de un ritmo silente persistente con ausencia total de movimientos fetales, tal como puede apreciarse en la figura siguiente.



Se decide finalizar la gestación inmediatamente por lo que se practica amniorrexis artificial, que demuestra la presencia de meconio y la microtoma de calota fetal informa de un pH de 7.20, motivo por el cual se practica cesárea por sufrimiento fetal, con la obtención de un feto de 1400 grs. (bajo peso para la edad gestacional), con un índice de Apgar de 7/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demuestra la presencia en arteria umbilical un pH de 7.17, con una pCO de 55 y un exceso de bases de -6.7 y en vena umbilical un pH de 7.25, una pCO de 45 y un exceso de bases de -5.5 . La edad gestacional estimada por Ballard es de 40 semanas siendo la evolución del recién nacido normal.

CASO 27

J.G.B. Historia clínica: 72604. Secundigesta primipara de 18 años de edad sin antecedentes personales de interés.

Controlada por facultativo privado hasta las 37 semanas, en que la remite a nuestro servicio por sospecha clínica y ecográfica de retraso de crecimiento intrauterino. La ecografía practicada en nuestro servicio comprueba la existencia de dicho retraso, demostrando un D.B.P., que corresponde a 34 semanas. El estriol plasmático no conjugado se halla por debajo del décimo percentil del valor adecuado para su edad gestacional.

Inicia control en la unidad de monitorización antenatal de la F.C.F., al día siguiente de su ingreso, observándose la presencia de un patrón reactivo. Ante la verificación del retraso de crecimiento intrauterino por ecografía y las cifras disminuidas de estriol plasmático se decide finalizar la gestación, practicándose antes de la misma prueba de oxitocina, que resulta negativa. Tal como puede apreciarse en la siguiente figura.



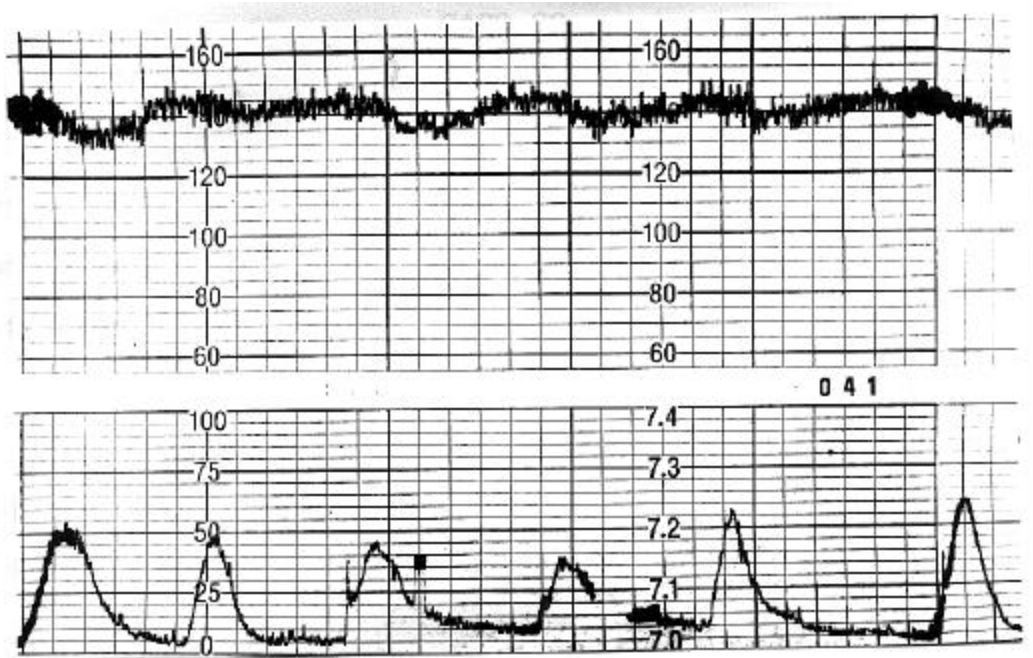
Ante este resultado se decide practicar inducción, apreciándose tras amniorrexia artificial la salida de líquido amniótico meconial y demostrando la microtoma de calota fetal un pH de 7.35. Da a luz a las 5 horas y mediante parto eutócico, feto femenino de 2360 grs (bojo peso para la edad gestacional). Con un índice de Apgar de 9/10/10 y una bioquímica de vasos umbilicales, que demuestra la presencia en la arteria umbilical de un pH de 7.28, una pCO de 45 y un exceso de bases de -3.7 y en vena umbilical un pH de 7.35, una pCO de 43 y un exceso de bases de +0.1. La evolución del recién nacido fue normal.

CASO 28

E.A.C. Historia clínica: 46779. Tercipara de 40 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial crónica

Controlada en nuestras consultas externas por primera vez a las 31 semanas, hallándose unas cifras tensionales de 10/12. Se practica ecografía que corresponde y en el siguiente control a las 34 semanas se observa una tensión de 16/10, motivo por el cual es ingresada, con tratamiento sedativo e hipotensor. La proteinuria en orina de 24 horas es negativa, la analítica renal es normal y el fondo de ojo demuestra la existencia de un síndrome vascular hipertono-hipertensivo.

Se inicia control semanal en nuestra unidad de monitorización antenatal de la F.C.F., que demuestra la presencia de patrones reactivos en todos los registros semanales, hasta las 38 semanas, en que aparece una prueba basal no reactiva, motivo por el cual se practica prueba de oxitocina no concluyente, repitiéndose al día siguiente, en que aparece una prueba positiva, tal como puede apreciarse en la figura siguiente,

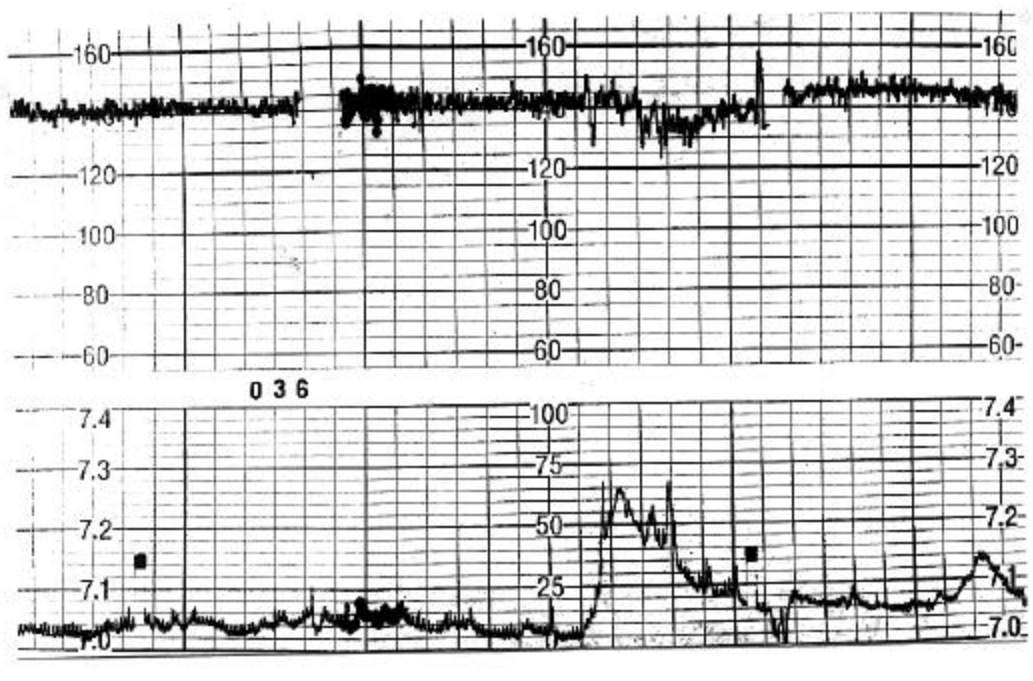


Se decide finalizar la gestación, apreciándose tras amniorrexis artificial la aparición de líquido amniótico meconial y la microtoma de calota fetal demuestra un pH de 7.31, por lo que se decide proceder a estimulación oxitócica. Da a luz a las 3 horas de iniciada la inducción, mediante fórceps para acortamiento de expulsivo, obteniéndose un feto varón de 2200 grs (bajo peso para la edad gestacional), con un índice de Apgar de 7/8/9 y una bioquímica de vasos umbilicales, demostrando la presencia en arteria umbilical de un pH de 7.18 y en vena umbilical de 7,20. La evolución del recién nacido fue normal.

CASO 29

C.A.G. Historia clínica: 61224. Secundigesta de 23 años de edad sin antecedentes personales de interés y con antecedentes obstétricos de cesárea en el anterior embarazo por sufrimiento fetal.

Controlada en 8 ocasiones en nuestras consultas externas con todos los controles clínicos, analíticos y ecográficos normales.



Inicia sus controles en la unidad de monitorización antenatal de la F.C.F. por malos antecedentes obstétricos, a las 36 semanas siendo todos los resultados normales hasta las 39 semanas en que aparece un patrón no reactivo, motivo por el cual se practica una prueba de oxitocina, que resulta negativa. A la semana en una nueva prueba basal se aprecia la existencia de un patrón ominoso o terminal tal como puede apreciarse en la figura anterior.

Se decide finalizar la gestación mediante cesárea electiva, apreciándose la salida de líquido amniótico meconial y obteniéndose un feto femenino de 2560 grs (bajo peso para la edad gestacional) con un Índice de Apgar de 3/7/9, y con una bioquímica de vasos umbilicales, que demuestra la existencia de una arteria umbilical con un pH de 7.25, una pCO de 54 y un exceso de bases de -4 y en vena umbilical un pH de 7.27, una pCO de 56 y un exceso de bases de -3.7. La evolución del recién nacido fue normal.