1. **Mecanismo de acción del sulfato de magnesio, funciones y dosis**
   - ✔ **Disminución del edema cerebral**: Antagonista de los canales de calcio: produce vasodilatación y disminuye la expresión de AQP4 en los astrocitos.
   - ✔ **Mantiene la permeabilidad de la barrera hematoencefálica**: disminuye la activación de la microglía y del oligodendrocito.
   - ✔ **Disminuye el umbral convulsivo**:
     - o Al reducir los niveles de citoquinas como el TNF-α impediría también la internalización de los receptores inhibitorios de la neurona; sobre los receptores de N-metil D-aspartato (NMDA)
     - o Produce reducción en el acoplamiento a su receptor del N-Metil-D-Aspartato.
     - o Limita los efectos del glutamato y evita la despolarización neuronal masiva, elevando así el umbral convulsivo en la gestante.

- **Dosis de carga:** 5 g diluidos en 100 ml de solución dextrosa al 5% VEV STAT (pasar en 30 minutos).

- **Dosis de mantenimiento**: 5 g diluidos en 500 ml de solución dextrosa al 5% (pasar por máximo 24 horas a razón de 100 ml/hora; 1 g/hora; 7 gotas/minuto).

La dosis de mantenimiento debe ser aumentada hasta que la frecuencia de las contracciones uterinas sea de una contracción en 10 minutos o hasta alcanzar la dosis máxima (4 – 5 g/hora).

Tocólisis + neuroprotección fetal.

- ✔ Neuroprotección fetal: la administración debe ser mantenida durante al menos 4 horas antes de la finalización de la gestación.

- ✔ La administración debe ser suspendida en caso de que finalice la gestación o pasadas 24 horas tras haber iniciado la infusión.

La administración debe continuarse con nifedipina: 10 mg VO cada 6 horas o 30 mg VO cada 12 horas durante máximo una semana

2. **Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo:**

Preeclampsia	Hipertensión crónica	Hipertensión gestacional	Eclampsia
Hipertensión de nueva aparición con o sin proteinuria después de la semana 20 de gestación. A) **Sin signos de gravedad:** hipertensión de nueva aparición, con proteinuria después de la semana 20 de gestación en ausencia de signos de gravedad. B) **Con signos de gravedad:** hipertensión de nueva aparición con o sin proteinuria después de la 20 semanas de gestación en presencia de ≥ 1 signo de gravedad.	**A) Exacerbada con el embarazo:** hipertensión diagnosticada o presente antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación que persiste después de las 12 semanas postparto. **B) Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada**: -A menudo es un diagnóstico de exclusión. -La aparición de proteinuria, aumento súbito de la presión arterial o el desarrollo del síndrome HELLP: posible dx de hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada	Se define como la hipertensión de nueva aparición SIN proteinuria después de las 20 semanas de gestación que desaparece antes de las 12 semanas postparto	Se define como convulsiones tónico-clónicas focales o multifocales de nueva aparición en ausencia de otras causas. -Epilepsia -Isquemia e infarto de las arterias cerebrales -Hemorragia intracraneal -Uso de fármacos

3. **Diferencia entre PP Y DPPNI**

   DIFERENCIA ENTRE:
   PLACENTA PREVIA: IMPLANTACION ANORMAL D ELA PLACENTA EN LA PARTE INFERIOR DEL UTERO EN RELACION DEL Orificio cervical interno
   1. Inicio del cuadro lento

2. Sangrado genital de color rojovinoso
3. NO hay dolor abdominal
4. Tono uterino normal
5. Abdomen blando depresible, se pueden palpar partes fetales
6. Buen pronostico fetal. NO hay sufrimiento fetal

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA: SEPARACION PARCIAL O COMPLETA DE LA
PLACENTA NORMALMENTE INSERTA ANTES DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO O ANTES DEL NACIMIENTO
DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION.

1. Inicio del cuadro brusco
2. Sangrado genital de color rojo rutilante
3. SI hay dolor abdominal, intenso y brusco.
4. Tono uterino aumentado. Hipertónico, útero leñoso
5. Abdomen duro, contraído. Difícil o imposible de palpar partes fetales
6. Mal pronostico fetal, SI hay sufrimiento feta

4. Calcular la fecha probable de parto por la regla de Naegele para una paciente que tiene FUR el 26/03/22

Fur: 26/03/23
26+7= 02
03-2= 1

FPP: 02/01/2024
EG: 5S+1D

FUR 26/03
Al 26/04(4 sem)
Al 03/05 (1 sem más)
Y al 4/05 1 día más

5. Conducta ante una eclampsia

1. Hospitalizar.
2. Dieta absoluta
3. Hidratación parenteral
4. Sondaje vesical con bolsa recolectora.
5. Reposo en decúbito lateral izquierdo
6. Medidas anticonvulsivantes. Sulfato de magnesio: 4 - 6 gr en 100 cc de sol 0,45% VEV pasar en 30 min de impregnación; 4 - 6 gr en 500 ml de sol 0,45% pasar 1 gr por hora durante 24 horas.
7. Maduración pulmonar fetal.
   Dexametasona: 4 mg VIM c/12 horas por 2 días
   Betametasona: 12 mg c/24 horas VIM por 2 días
8. Interrupción del embarazo: Parto o cesárea
9. Laboratorios. Hematología completa, tiempos de coagulación, glicemia, urea, creatinina, LDH, TGO, TGP
10. Control de signos vitales.
11. Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal
12. Monitoreo de movimientos fetales
13. Monitoreo de dinámica uterina
14. Monitoreo de signos vitales maternos
15. Avisar eventualidades: ¿Signos de toxicidad? Pérdida de reflejo patelar (9 mg / dl); parálisis respiratoria (12 mg/dL), utilizar gluconato de calcio.
    Nifedipino: (10mg) 20-30 mg c/8h hasta 120mg

6. Conducta ante una procedencia de cordón

1. Hospitalizar
2. Dieta absoluta
3. Hidratación parenteral: 1500 cc de Sol 0,9% alterna con solución 0,45% a razón de 21 gotas x min en 24 horas
4. Introducir la mano a través del introito vaginal y rechazar la presentación para evitar que esta comprima el cordón umbilical.
5. Laboratorios: Hematología completa, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, HIV, VDRL, Tipiaje.
6. Preparar para quirófano.
7. Control de bienestar materno-fetal
8. Control de signos vitales

7. Conducta ante una amenaza de parto prematuro en paciente con 33 semanas, 2 contracciones en 10 minutos, 3 cm de dilatación, cuello central, grueso, cerrado

1. Hospitalizar en servicio de Ginecología y obstetricia
2. Dieta completa
3. Hidratación parenteral 1500 cc sol 0.9% alt con 0,45% a razón de 21 gotas por minuto
4. Ranitidina 50 mg VEV c/12 horas
5. Nifedipino (dosis inicial) 10 mg VO. Repetir cada 20 minutos hasta ceder dinamica uterina, dosis maxima 60 mg en la primera hora.
6. Nifedipino (dosis de mantenimiento) 10mg VO cada 8 horas, dosis maxima 160mg (por 48 horas). Si no cesa la dinamica uterina pasar a tocolítico endovenoso.
7. Dexametasona: 6 mg VIM c/12 horas por 2 días (4 dosis)
8. Betametasona: 12 mg c/24 horas VIM por 2 días (2 dosis)
9. Antibióticos en caso de infecciones si las hubiese
10. Hematología completa, tiempos de coagulación, glicemia, urea, creatinina, LDH, TGO, TGP
11. Ecografía
12. Control de signos vitales
13. Vigilancia materno-fetal (Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, dinámica uterina)
14. Definir vía del parto
15. Avisar eventualidad

8. Conducta ante de unas primigesta con presentación pelviano, 4 cm de dilatación, 100% borrado, 30 cm de altura uterina

1. Hospitalizar en sala de parto
2. Dieta absoluta
3. HP: 500cc solución 0,9% + 2,5 unidades de oxitocina VEV a razón de 21 gotas x min
4. Ranitidina 50mg VEV c/12h
5. Irtopan 10 mg VEV c/8h SOS náuseas /vómitos
6. Laboratorios: HC, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, tipeaje, VIH, VDRL, uroanálisis
7. Vigilar bienestar materno fetal
8. Amniorrexis oportuna
9. Control de signos vitales
10. Avisar eventualidad

9. Conducta ante un DPP

1. Hospitalizar
2. Dieta absoluta
3. Hidratación parenteral: 1500 cc de Sol 0,9% alterna con solución 0,45% a razón de 21 gotas x min en 24 horas

4. Introducir la mano a través del introito vaginal y rechazar la presentación para evitar que esta comprima el cordón umbilical.
5. Laboratorios: Hematología completa, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, HIV, VDRL, Tipiaje.
6. Preparar para quirófano.
7. Control de bienestar materno-fetal
8. Control de signos vitales

No conservador:
Si el monitoreo fetal está patológico o la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable. Interrupción inmediata del embarazo. cesárea de emergencia.

Si la madre está hemodinámicamente estable, se opta generalmente por parto vía vaginal.

Si el feto ha muerto o si no se considera lo suficientemente maduro como para vivir fuera del útero, es preferible el parto vaginal. En este caso, existe un mayor riesgo de complicaciones, tales como la CID y la hemorragia post parto severa.

10. Conducta ante una RPM con 32 semanas

1. Hospitalizar
2. Hidratación parenteral
3. Inductores de maduración pulmonar fetal
4. Tratamiento de infecciones si las hubiere
5. Tocolíticos
6. Exámenes paraclínicos
7. Vigilancia materno-fetal
8. Definir vía del parto

11. Manejo de una hemorragia postparto

Medidas generales.
1. Hospitalizar
2. Dieta absoluta
3. Hidratación parenteral a través de vías periféricas con catéter n° 14: solución fisiológica y/o Ringer lactato con o sin oxitócicos; coloides después de usar hasta 3,5 litros de cristaloides se sugiere usar 1,5 litros de sustancias coloides.
4. Oxigenoterapia por máscara a 5 - 8 litros X'
5. Catéter vesical con bolsa recolectora.

Medidas para detener la hemorragia
6. Masaje uterino externo continuo
7. Compresión bimanual del útero
8. Taponamiento uterino con catéter especial SOS BAKRI o Foley con 20 cc de solución fisiológica.

Tratamiento médico
9. Oxitocina (Pitocin® Syntocinon®) 20 - 40 unidades en 500 - 1000 mL de sol. 0.9% y Ringer VEV a razon de 100 - 200 miliunidades por minutos, en infusión continua.
10. Metilergometrina. Ergonovina (Methergin ®) 0.2 mg VIM o VEV cada 2 - 4 horas (no usar en pacientes con hipertensión)
11. Misoprostol 800 - 1000 microgramos VO, vaginal o VR DU
12. Antibioticoterapia

Tratamiento quirúrgico.
13. Ligadura de arterias uterinas
14. Ligadura de arterias hipogástricas
15. Histerectomia con ligadura de arterias hipogástricas