



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

CASO CLINICO

MATERIA: CLINICA GINECOLÓGICA

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SÉPTIMO GRUPO A

CASO CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente de 24 años de edad, sin antecedentes de patologías previas, gesta 2 parto I (su parto fue hace 1 año 6 meses, embarazo de 34 semanas, peso fetal al nacer 2400g, actualmente sano), FUM 26 de enero 2021, control prenatal 4 consultas, ingesta de ácido fólico y vitaminas, cursó con infección de vías urinarias y vaginal tratadas, no recuerda el medicamento tomado por 5 días.

•Acude a consulta por presentar dolor en hipogastrio irradiado a cintura, que inició ayer, con salida de flujo tipo moco por vagina, percibe movimientos fetales.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la exploración consciente, hemodinámicamente estable, cardio pulmonar sin compromiso, abdomen con útero gestante, con presencia de contracciones uterinas 1 en 10min, feto cefálico, dorso a la izquierda, FCF 146xmin, al tacto vaginal cérvix central con 2cm de dilatación, 80% de borramiento, amnios íntegro, Tarnier y valsalva negativo, presencia de tapón mucoso, pelvis ginecoide, extremidades íntegras y funcionales.

PREGUNTAS

¿Cuál es su diagnóstico?

- Amenaza de parto prematuro

¿Qué factores de riesgo para la patología actual encuentras?

- La paciente presenta en su anterior embarazo un parto pretérmino a las 34 semanas

¿Qué tratamiento darías y por qué?

-Iniciar tratamiento tocolítico: disminuyen las contracciones uterinas y el tono muscular del miometrio mediante dos mecanismos: disminuyendo las concentraciones del calcio intracelular o incrementando los sistemas adenil-ciclase o guanilato-ciclase. Se usan:

Antagonistas de la oxitocina como:

- Atosibán dividida en 4 pasos. Paso 1: bolo IV de 0.9 ml. Paso 2: 24 ml/hr x 3 hrs y luego 8 ml/hr x 3.5 hrs. Paso 3: 8 ml/hr x 45 hrs.

Antagonistas del calcio

- Nifedipino: Iniciar 5 a 10 mg sublingual cada 20 minutos, luego 10 a 20 mg/ cada 6-8 hrs.

Agonista de receptores beta 2 adrenérgicos

- Ritodrine: inicial 50 a 100 ug/min, aumento 50 ug/min/10 minutos, máxima 350 ug/min.

-Administración de corticoides: porque necesitamos acelerar la madurez pulmonar fetal y reducir la incidencia y gravedad del síndrome de distrés respiratorio fetal.

-Tratamiento no farmacológico

- Reposo en cama e hidratación

-Antibioticoterapia: Antibióticos para profilaxis de la infección por el estreptococo del grupo B si el resultado es desconocido

Profilaxis intraparto Penicilina 5×10^6 UI ev + Penicilina 2.5×10^6 UI/4h ev o ampicilina 2g + Ig/4 h ev . En caso de alergias el fármaco de elección es clindamicina 900mg/8 h ev . Si es resistente a clindamicina o se desconoce antibiograma, teicoplanina 600 mg/24h ev.

NOTA

- Si con el tratamiento se inhibe la actividad uterina y no se modifican las condiciones cervicales, se mantiene 48 horas y se interrumpe.
- Si el tratamiento no es eficaz o se producen efectos secundarios derivados del tratamiento farmacológico, se producirá el progreso hacia el parto pretérmino.