



# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

**“Caso clínico”**

---

**Materia:**

**Ginecología y obstetricia.**

**Docente:**

**Dra. Carmen del Rosario Hernández Velasco**

**Alumno:**

**Oscar Miguel Sánchez Argüello**

**Semestre:**

**7° “A”**

## PADECIMIENTO ACTUAL

- Paciente de 24 años de edad, sin antecedentes de patologías previas, gesta 2 parto 1 (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 consiente, 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 146x/min, 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?
  - Parto Pretermino
- ¿Qué factores de riesgo para la patología actual encuentras?
  - Contracciones uterinas de 1/10 min
  - Dilatación cervical de 2 cm
  - Borramiento cervical del 80%
- ¿Qué tratamiento darías y por qué?
  - Se inicia tratamiento tocolítico:
    - Antagonistas de la oxitocina: atosiban (paso 1: bolo IV .9 ml, paso 2: 24 ml/h x 3h y 8 ml/h x 3.5 h. Paso 3: 8ml/h hasta 45h.
    - Antagonistas del calcio. Nifedipino: inicio 5-10 mg sublingual cada 20 min. Luego 10-20 mg/6-8h
    - Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas: idometacina (inicio: 50-100 mg vo o rectal, luego 25-50 mg/6h vo
    - Beta-miméticos. Ritodrine: 50-100 ug/min, aumento 50 ug/min/10/min, máxima 350 ug/min

- Se administra corticoides para para acelerar la madurez pulmonar fetal y reducir la incidencia y gravedad del síndrome de distrés respiratorio fetal.
- A la par se debe de administrar antibióticos para evitar llevar acabo la profilaxis ante una infección (estreptococo del grupo B si el resultado es desconocido):
  - Profilaxis intraparto Penicilina 5x10<sup>6</sup> UI ev + Penicilina 2.5 x10<sup>6</sup> UI/4h ev o ampicilina 2g + 1g/4 h ev.
  - alergia a pencilina: clindamicina 900mg/8 h ev.
  - Si es resistente a clindamicina o se desconoce antibiograma, teicoplanina 600 mg/24h ev
- Neuroprofilaxis con sulfato de magnesio en partos menores a 32 semanas disminuye el riesgo de parálisis cerebral un 30 a 40%
- Si la actividad uterina es inhibida, sin modificaciones en las condiciones cervicales se mantiene el tratamiento por 48 horas y se interrumpe
- Si el tratmiento no es eficaz y presenta efectos secundarios se procede a inducir el parto pretermino.

