

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina
Campus Comitán, facultad de medicina

CASO CLÍNICO

Alumno:

Andrés Alonso Cancino García

Semestre:

7MO SEMESTRE Y GRUPO "B".

Materia:

Clínica de ginecología y obstetricia.

Docente:

Dra. Carmen del Rosario Hernández.

Fecha y lugar:

Comitán de Domínguez, Chiapas

10 de septiembre de 2021.

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 conciente, 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 integro, Tarnier y valsalva negativo, presencia de tapón mucoso, pelvis ginecoide, extremidades integras y funcionales.

PREGUNTAS

¿Cuál es su diagnóstico?

R= Amenaza de parto pretermino en fase activa

¿Qué factores de riesgo para la patología actual encuentras?

R= Los dos factores de riesgo son el antecedente previo de una infección de vías urinarias y vaginal y el parto pretermino anterior que fue de 34 SDG, porque el Bishop es de 4 y no menor a las 34 semanas, sería importante realizarla medición de longitud cervical que podría ser otro riesgo si fuera <20mm, otro punto que, aunque no sea un factor de riesgo es el control incompleto de las consultas prenatales, las cuales son mínimo 5 consultas.

¿Qué tratamiento darías y por qué?

R= el tratamiento a indicar es el reposo parcial, iniciar un tratamiento tocolítico para la disminución de las contracciones uterinas y el tono muscular del miometrio, por medio de tratamiento con Nifedipino de 5 a 10 mg sublingual cada 20 min de manera inicial y luego 10-20 mg/6-8 h y administración de corticoides para inducir la maduración pulmonar debido a que el embarazo se encuentra < 34 SDG, con tratamiento de Betametasona 2 dosis de 12 mg IM c/24 horas o Dexametasona de 6mg IM c/12h.