



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LIC. EN MEDICINA HUMANA**

**SÉPTIMO SEMESTRE
SEGUNDO PARCIAL**

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CASO CLÍNICO**

**DOCENTE: Dr. Óscar A. Gómez Morales
ALUMNA: Angélica Montserrat Mendoza Santos**

CASO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 23 AÑOS, GESTA 1, EMBARAZO DE 39.3 SEMANAS DE GESTACIÓN, NIEGA COMORBILIDADES O PATOLOGÍAS ASOCIADAS. REFIERE INICIO DE SINTOMATOLOGIA HACE 12 HORAS, CON EXPULSION DE TAPON MUCOSO, Y DOLOR ABDOMINAL DE TIPO COLICO A NIVEL DE HIPOGASTRIO, ALTURA DE FONDO UTERINO DE 30CM, A LA EXPLORACION; ABDOMEN GRAVIDO POR PUVI, FETO EN PRESENTACION CEFALICA, SITUACION LONGITUDINAL, DORSO A LA IZQUIERDA, FRECUENCIA CARDIACA FETAL DE 145 LADITOS POR MINUTO, SE PERCIBEN MOVIMIENTOS FETALES A LA EXPLORACION. AL TACTO VAGINAL CERVIX POSTERIOR, REBLANDECIDO, CON 1 CM DE DILATACION Y 50% DE BORRAMEINTO, TARNIER Y VLASALVA NEGATIVO. VARIEDAD DE POSICION OCCIPITO ANTERIOR IZQUIERDO. ALTURA DE LA PRESENTACION – 3 DE LEE, PRIMER PLANO DE HODGE.

SIGNOS VITALES:

TA: 110/70 mmHg FC: 77 LPM FR: 18 RPM TEMP: 36

1.- CONFORME A LA EXPLORACION OBSTERICA MENCIONE LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD:

1° Identificación del polo fetal que ocupa el fondo uterino

Relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre

2° Determinación de la posición del dorso

Relación del dorso fetal con el lado derecho o izquierdo de la madre

3° Confirmar la presentación, determinar encajamiento

Parte fetal que se aboca al estrecho superior de la pelvis, lo llena en su totalidad y es capaz de desencadenar un trabajo de parto

4° Confirmar el encajamiento

Relación que guardan las diferentes partes entre sí

2.- DESCRIBA LA PELVIMETRIA INDIRECTA CONFORME A EXPLORACION VAGINA

El cuello del útero está blando, con **1 cm** de dilatación y **50%** de borramiento

La posición del feto es occipito anterior izquierdo, y la altura de presentación es **-3 de Lee**, **primer plano de Hodge**

3.- CONFORME A LA GPC, MENCIONE LA CONTINUIDAD DE DILATACION POR HORA EN ESTE CASO

La GPC menciona que en un trabajo de parto normal se espera una progresión de 1 cm de dilatación por hora esto en la fase activa del trabajo de parto.

En el caso de la paciente tiene 1 cm de dilatación, pero no hay más datos, en ese caso se le debe de llevar un seguimiento para ver la evolución que tiene, si dilata y va de acuerdo a lo que marca la GPC o se requieren otras medidas para acelerar el proceso.

4.- DESCRIBA CUAL ES LA CONDUCTA POR SEGUIR

Se le debe de colocar un tococardiografo a la paciente para darle un seguimiento y saber si hay alguna alteración en la frecuencia cardiaca fetal, las contracciones si son efectivas o no. Esto con el fin de saber si tiene que ser cesárea o parto, dependiendo de la clínica y evolución de la paciente

5.- DESCRIBA QUE PUNTUACIÓN DE BISHOP OBTENDRÍA LA PACIENTE CONFORME A LOS DATOS PREVIAMENTE MENCIONADOS Y CUAL SERIA LA ACTITUD MANEJO OBSTETRICO

La paciente tiene 1 cm de dilatación, un cuello posterior, 50% de borramiento y una presentación en posición occipito anterior izquierdo, de acuerdo a la puntuación de Bishop la paciente tendría 6. Mayor a 6 significa que hay probabilidad de que sea parto vaginal sin complicaciones.

- **Dilatación cervical: 1 punto**
- **Borrado cervical: 1 punto**
- **Consistencia cervical: 2 puntos**
- **Posición cervical: 1 punto**
- **Estación fetal: 1 punto**

6.- DESCRIBA LA PUNTUACION DE BISHOP Y PARA QUE UTILIZAMOS ESTA ESCALA

Se utiliza para predecir la probabilidad de éxito del parto vaginal después de un intento de inducción del trabajo de parto.

Evalúa:

- ❖ La consistencia
- ❖ Dilatación
- ❖ Borramiento
- ❖ Posición
- ❖ Altura de la presentación fetal

Una puntuación más alta indica un cuello uterino más favorable para el parto vaginal, mientras que una puntuación más baja sugiere que la inducción del trabajo de parto puede ser menos exitosa y podría ser necesaria una cesárea

TRABAJO DE PARTO EUTÓCICO

El trabajo de parto comienza con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable; aparentemente ablandan el cuello y comienzan a borrarlo y dilatarlo.

A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia.

Durante la **fase latente**, las contracciones irregulares se vuelven progresivamente coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata unos **4 cm**

Durante la **fase activa**, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura **5 a 7 horas** en las nulíparas y **2 a 4 horas** en las multíparas.

El estadio 2 es el momento desde la dilatación cervical completa hasta el parto.

En promedio, dura unas 2 horas en las nulíparas (**mediana 50 minutos**) y 1 hora en las múltiparas (**mediana 20 minutos**)

El estadio 3 del trabajo de parto comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta. Esta etapa suele durar solo unos minutos, pero puede durar hasta **30 minutos**.