Caso Clínico 4

Paciente femenino de 26 años con embrazo de 34 semanas de gestación que acude a la unidad tocoquirúrgica referida por su médico familiar. Al interrogatorio refiere:

Antecedentes heredofamiliares:
Madre con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento. Padre finado debido a cáncer de pulmón. Resto de los antecedentes heredofamiliares interrogados y negados.

Antecedentes personales no patológicos:
Habita en casa propia, cuenta con todos los servicios de urbanización. Refiere cartilla de vacunación completa para edad. Hábitos higiénico-dietéticos sin alteraciones.

Antecedentes personales patológicos:
Diagnóstico de varicela a los 10 años, sin secuelas o complicaciones. Resto de las enfermedades exantemáticas negadas. También niega diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas, toxicomanías, cirugías, fracturas y transfusiones.

Antecedentes ginecoobstétricos:
Menarca a los 12 años. Inicio de vida sexual activa a los l6 años. Número de parejas sexuales: 4. Uso de método de planificación familiar: preservativo. Gestas: 2, Partos: 0, Cesáreas: 0, Abortos: 1. El aborto sucedió hace 4 años, cuando la paciente contaba con cuatro semanas de gestación y desconoce la razón del aborto.

Padecimiento actual:
Refiere que su malestar inició con disuria hace cuatro días, agregándose tenesmo vesical y urgencia urinaria dos días después. Debido a lo anterior, decide automedicarse con paracetamol de 500 mg en dos ocasiones y solicitar cita con su médico familiar. El día de hoy acude a su cita médica, en la cual refiere dolor pélvico y sensación de “que se le abre la cadera”, el cual ha ido en aumento. Durante la consulta la paciente presenta salida de líquido transvaginal hialino en moderada cantidad. Por todo lo anterior el médico familiar decide referir a la unidad tocoquirúrgica para diagnóstico y tratamiento.

Exploración física:

Signos vitales y somatometría:

- Tensión arterial: 120/80 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 90 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 36.6°C
- Frecuencia cardiaca fetal: 140 lpm.
- Peso: 75 kg
- Talla: 1.64 m

Paciente ansiosa, consciente, orientada, sin presencia de movimientos anormales. Cabeza sin hundimientos ni salientes; ojos con pupilas isocóricas, reflejos pupilares conservados; nariz con narinas permeables; boca con mucosa oral bien hidratada. Cuello cilíndrico no se palpan adenomegalias. Tórax normolíneo, movimientos respiratorios disminuidos; ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos, con adecuada intensidad, sin ruidos agregados; campos pulmonares sin presencia de estertores ni sibilancias. Abdomen globoso a expensas de útero gestante, blando, no doloroso a la palpación superficial y profunda; se auscultan ruidos peristálticos sin alteraciones, sin datos de irritación peritoneal. Producto único, vivo, situación longitudinal, dorso a la derecha, encajado. Se ausculta frecuencia cardiaca fetal de 140 lpm con monitor fetal Doppler. Al tacto vaginal cérvix posterior, borramiento del 40%, dilatación de 4 cm. Extremidades íntegras, con adecuada coloración y temperatura, fuerza y reflejos osteotendinosos sin alteraciones, edema en miembros inferiores; signo de Godet ++/+++. Llenado capilar de 2 segundos.

Se decide realizar estudios de laboratorio y gabinete que reportan:

Examen general de orina (EGO)

	Valor del paciente	**Valor de referencia**
Aspecto	Turbio	Transparente
Color	Amarillo	Amarillo
pH	7.2	4,6 – 8
Glucosa	Negativo	Negativo
Cetonas	Negativo	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo
Nitritos	Positivo	Negativo
Esterasa leucocitaria	Positivo	Negativo
Sedimento		
Leucocitos	> 50 por campos	0 – 5 por campo
Bacterias	Incontables	Bacterias escasas

Cristalografía:

Se reporta patrón de helechos a la microscopía

Con lo anterior se sospecha de los siguientes diagnósticos:

1. Extracción de un feto viable en un embarazo abdominal (JB23.3).
2. Infección del aparato genitourinario en el embarazo (JA62).
3. Ruptura prematura de membranas antes del término del embarazo (JA89.3).
4. Trabajo de parto falso antes de las 37 semanas completas de gestación (JA8D.0).

Cédula de evaluación

Nombre del Alumno: _____ Grupo: _____

Caso Clínico 4

Lee el caso clínico anexo a esta cédula de evaluación y a continuación, realiza un análisis y llena los campos que se solicitan, justificando tu respuesta:

- **Signos vitales:**

Signo vital	*Valores del paciente*	*Valor de referencia*
Tensión arterial (T/A)		
Frecuencia cardiaca (FC)		
Frecuencia respiratoria (FR)		
Temperatura (T)		

- **Signos y síntomas:**

Signos	**Síntomas**

- **Justifique los estudios de laboratorio y gabinete que se solicitaron:**

- **Diagnóstico presuncional**

- **¿Qué otros estudios de laboratorio o gabinete realizaría para descartar o confirmar los diagnósticos diferenciales?**

- **Patogenia y fisiopatología del diagnóstico propuesto (realizar un mapa conceptual):**

- **Tratamiento propuesto (justifique su respuesta):**

- **Glosario**