



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetiz.

TEMA PROPUESTA DEL CASO CLINICO

CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PRIMIGESTA DE 21 AÑOS CON VAGINOSIS BACTERIANA

AUTORA

Heydi Ginette Barroso Ayala

TUTORA

Dra. Katterine kariuxy Vásquez Bone

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRAC	6
INTRODUCCIÓN	7
1. MARCO TEÓRICO	8
1.1 DEFINICIONES	8
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO VINCULADO CON VAGINOSIS BACTERIANA	8
1.2 CAUSAS	8
1.3 VAGINOSIS BACTERIANA	10
1.4 LA VAGINOSIS BACTERIANA Y SUS IMPLICACIONES PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO	11
1.5 EPIDEMIOLOGÍA DE VAGINOSIS BACTERIANA	12
1.6 BACTERIOLOGÍA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA	13
Fuente: (Perez, 2013)	14
1.7 ETIOLOGIA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA	14
1.8 VAGINOSIS BACTERIANA EN EL EMBARAZO	15
1.9 SÍNTOMAS	16
1.10 RIESGO DE LAS COMPLICACIONES DE VAGINOSIS BACTERIANA EN GESTANTES	16
1.11 TRATAMIENTO	17
1.12 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	18
1.13 JUSTIFICACIÓN	19
1.14 OBJETIVO GENERAL	20
1.14.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.15 DATOS GENERALES	21
2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO	21
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	21
2.2 HISTORIAL CLINICA DE LA PACIENTE	22
2.3 EXPLORACION CLINICA	23
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS ..	24
2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	25
2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	25

2.7	INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	27
2.8	SEGUIMIENTO	28
2.9	OBSERVACIONES	29
	CONCLUSIONES.....	30
	ANEXOS	33

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Ecosistema Vaginal Normal Y Vaginosis Bacteriana	13
Tabla 2	Los siguientes regímenes terapéuticos son recomendados para el tratamiento de la vaginosis bacteriana.	18
Tabla 3	Se realiza exámenes de laboratorio al ingreso.....	24

TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN
PRIMIGESTA DE 21 AÑOS CON VAGINOSIS BACTERIANA”

RESUMEN

Se realiza un estudio y análisis clínico frente a la aparición de vaginosis bacteriana con amenaza de parto pretérmino en primigesta de 21 años. Vaginosis bacteriana es un problema de salud pública con complicaciones gineco-obstétrica, se estima que está presente en un 25-35% de las pacientes que acuden a consultas ginecológicas y aproximadamente den 50% de los casos asintomático. La misma constituye el factor de riesgo predominante en el parto pretérmino y con ello todas las complicaciones tanto para la madre como para el neonato. El objetivo del presente estudio de caso es identificar los procesos que fueron empleado en el manejo de vaginosis bacteriana y sus incidencias ante amenazas en el parto pretérmino en una gestante de 34 semanas, de la misma forma los diferentes factores externos que inciden en el paciente.

Se evaluó a una paciente primigesta de 34 semanas, que asiste por presentar dolor en el bajo vientre que se irradia en la región lumbar de leve intensidad 12 horas de evolución. Se realizó valoración ginecológica, tacto 4cm de dilatación, Borramiento 60%, membranas integras planas por lo cual la paciente se encontró cursando un trabajo de parto pretérmino. Especuloscopia se evidencia flujo vaginal blanco homogéneo en leve cantidad, con olor a pescado relacionado a vaginosis bacteriana. Mediante los diagnósticos utilizados se determinó Vaginosis Bacteriana por criterios clínicos (criterios Amsel): Secreción homogénea blanquecina, PH >4,5 y olor a aminas (pescado). Se concluye que entre los factores de riesgos para el parto pretérmino solo mantiene la identificación de parto pretérmino bajo la presencia de vaginosis bacteriana.

PALABRAS CLAVES: Vaginosis Bacteriana, Parto Pretérmino

ABSTRAC

A study and clinical analysis were carried out against the appearance of bacterial vaginosis with threat of preterm birth in a primitive woman aged 21 years. Bacterial vaginosis is a public health problem with gynecological-obstetric complications, it is estimated that it is present in 25-35% of patients who attend gynecological consultations and approximately 50% of asymptomatic cases. It constitutes the predominant risk factor in preterm delivery and with it all complications for both the mother and the newborn. The objective of this case study is to identify the processes that were used in the management of bacterial vaginosis and its incidence in the face of threats in preterm delivery in a 34-week pregnant woman, in the same way the different external factors that affect the patient.

A 34-week pregnant patient was evaluated, who attends for presenting pain in the lower abdomen that radiates in the lumbar region of mild intensity 12 hours of evolution. Gynecological evaluation was performed, 4cm dilation touch, 60% effacement, integral flat membranes, for which the patient was found in preterm labor. Speculoscopy shows homogeneous white vaginal discharge in slight quantity, with a fishy odor related to bacterial vaginosis. By means of the diagnoses used, Bacterial Vaginosis was determined by clinical criteria (Amsel criteria): homogeneous whitish secretion, PH> 4.5 and odor of amines (fish). It is concluded that among the risk factors for preterm delivery, only the identification of a preterm delivery in the presence of bacterial vaginosis remains.

KEY WORDS: BACTERIAL VAGINOSIS, PRETERM LABOR

INTRODUCCIÓN

Existen un sin número de infecciones descubiertas por el hombre, gracias a la evolución que ha tenido la misma permite conocer e investigar enfermedades e infecciones que afectan al ser humano, entre ellas se determina el síndrome de infecciones vaginales cervicales que tienen conexión con el trabajo de parto pretérmino en la mujer. Es importante manifestar que la vaginosis bacteriana ha sido subestimada por muchos años como enfermedad, pero a partir de la década de los 80 del siglo XX, se asoció con muchas enfermedades obstétricas y ginecológicas y en la actualidad, ha cobrado una importancia extraordinaria. (Martínez, 2013)

La infección vaginal y embarazo han sido documentados desde hace muchos años, se ha relacionado con amenaza de parto prematuro hasta un 15-20%, estimando que anualmente se efectúa alrededor de 15 millones de partos pretérminos. Es probable que factores poco conocidos de la actividad sexual alteren de alguna forma el medio vaginal, dando lugar a la alteración de la flora vaginal, en donde se encuentra una mayor concentración de *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma ureolyticum* y algunas bacterias anaeróbicas en el flujo de algunas mujeres con este síndrome. (Pérez, 2013)

En el presente estudio de caso clínico mantiene el objetivo principal de identificar las principales consecuencias y diferentes factores que influyen en la infección de vaginosis bacteriana, que puede ocasionar un trabajo de parto pretérmino, que se demuestra los resultados clínicos efectuado en una primigesta de 21 años (34 semanas de gestación). Dentro de lo cual se sostiene la información probatoria y la recopilación de datos científica utilizando el método descriptivo (cuantitativo y cualitativo) para la recolección de información. Partiendo de ella algunos temas tratados con mayor relevancia como los métodos de prevención, tratamientos y su incidencia que tiene en la mujer y el neonatal.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIONES

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO VINCULADO CON VAGINOSIS BATERIANA

El parto pretérmino es la vía final común de una serie de procesos fisiopatológicos diferentes, por lo que constituye un síndrome. El parto pretérmino espontáneo representa las dos terceras partes del parto pretérmino. Su prevención puede ser primaria o secundaria, y se centra básicamente en la predicción, la que actualmente se realiza mediante calculadoras de riesgo que combinan factores de historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal. La progesterona vaginal reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo en 35 a 40%, si se administra desde las 16 hasta las 34 semanas. (Monge , 2017)

Por otro lado, se manifiesta que el parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África) (1). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. En el INMP, centro de referencia de la patología obstétrica en Perú, la tasa de partos pretérminos se mantiene entre 8 y 10 % en los últimos 8 años. (Huertas , 2018)

1.2 CAUSAS

Actualmente se considera al parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología en sí. Por tanto, se postula tenga un origen multifactorial. No existe

consenso acerca de las causas que puedan originar un parto pretérmino. Algunos autores subdividen al parto pretérmino en 2 grandes grupos:

Parto pretérmino espontáneo: responsable de las 2/3 partes de PPT. En este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término. (Tacchino , 2018)

Parto pretérmino iatrogénico: aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. La lista de complicaciones incluye:

- Preeclampsia severa
- Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler
- Colestasis intrahepática
- Rotura prematura de membranas pretérmino prolongada
- Placenta previa sangrante
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Embarazo monocoriónico complicado.

a. Intrínsecas, que comprenden

- Activaciones hormonales
- Activaciones neurales.

b. Extrínsecas, entre las que se encuentran

- Infecciones maternas
- Isquemia uteroplacentaria
- Malformaciones uterinas
- Enfermedades cervicales

- Estrés.

1.3 VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana (VB) es un desequilibrio de la flora vaginal normal en el que proliferan las bacterias anaerobias y disminuyen los lactobacilos. Se ha demostrado que durante el embarazo esta se asocia con un resultado perinatal adverso y, en gran medida, con el nacimiento pretérmino. (Napoles , 2017)

En la VB proliferan bacterias como la *Gardnerella vaginalis* y gérmenes anaeróbicos del tipo *Mycoplasma hominis* y especies de *Mobiluncus*, *Peptococcus* y *Peptostreptococcus*. Permanecen en dudas los mecanismos por los cuales estos microorganismos, que normalmente se encuentran en pequeñas cantidades en la vagina, comienzan a multiplicarse; mientras que los lactobacilos disminuyen y pueden llegar a desaparecer.

El síndrome de vaginosis bacteriana conocida anteriormente como vaginitis inespecífica o leucorrea asociada a *gardnerella*, se caracteriza por un aumento del flujo vaginal blanco mal oliente homogéneo, poco viscoso y uniformemente impregnado a células de pared vaginal, aproximadamente el 50% de todas las pacientes con vaginosis bacteriana no se queja de padecer flujo vaginal anormal , la asociación de infección vaginal y embarazo han sido documentados desde hace muchos años, se ha relacionado con amenaza de parto prematuro hasta un 15-20% (2) no se sabe con certeza si la vaginosis bacteriana es una infección de transmisión sexual pero el síndrome se asocia a factores de riesgo de esta, como son la existencia de varios compañeros sexuales y de un contacto con un nuevo compañero sexual, sin embargo no se ha podido identificar como agente causal a ningún microorganismo transmitido sexualmente. (Perez, 2013)

La vaginosis bacteriana consideradamente anteriormente como un proceso benigno, es al parecer un factor de riesgo para el parto prematuro, la salpingitis aguda y las complicaciones neonatales y perinatales la amenaza de parto pretérmino constituye un importante motivo de consulta a la emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa infección del tracto vaginal

1.4 LA VAGINOSIS BACTERIANA Y SUS IMPLICACIONES PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO

La vaginosis bacteriana se caracteriza por un desequilibrio de la flora normal de la vagina y son varios los microorganismos implicados en su etiología (Gardnerella vaginalis, anaerobios, Mobiluncus, Mycoplasma), conocidos como complejo GAMB

Algunas teorías intentan explicar la relación entre la vaginosis bacteriana y los efectos adversos en el embarazo y el parto:

- La producción de enzimas como las sialidasas (neuraminidasas), proteasas y mucinasas por las bacterias anaerobias implicadas en la vaginosis bacteriana actúan como factores de virulencia aumentando la capacidad de estos microorganismos de adherirse, invadir y destruir las mucosas.
- La habilidad de algunas bacterias de liberar gran cantidad de fosfolipasa Ha, la cual interfiere con la cascada de las prostaglandinas, afectando su aporte y en consecuencia el desencadenamiento del parto pretérmino.
- Los lipopolisacáridos, uno de los mayores componentes de la membrana externa de las bacterias gramnegativas y el ácido lipoteicoico, ligado a la membrana de los grampositivos, estimulan la producción de prostaglandinas por las células amnióticas aumentando así las

contracciones uterinas que producen dilatación cervical y aumento de la presión amniótica que puede producir ruptura prematura de membranas y parto prematuro.

- La propia acción de los patógenos en la cervicitis puede causar alteración de las membranas ovulares produciendo fragilidad ovular y posterior ruptura prematura de membranas.
- Indirectamente al pH vaginal se le ha vinculado con la ruptura prematura de membranas, ya que, en aquellas pacientes con una vagina sin el medio ácido adecuado, existe una mayor predisposición a las infecciones vaginales. (Relis , Aguilar , Rivera , & Martinez , 2007)

1.5 EPIDEMIOLOGÍA DE VAGINOSIS BACTERIANA

La VB es una condición bastante prevalente, ocurriendo hasta en un 30% de la población. Es la causa más común de afección vaginal que existe. Aproximadamente entre un 4-15% de las adolescentes con vida sexual activa pueden cursar con esta enfermedad; en mujeres embarazadas se ha detectado una cifra del 25% y en mujeres con enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre un 30 y 37%³⁴.

Un estudio realizado por el Centro de Enfermedades y Controles (CDC) en Estados Unidos entre 2001-2004, muestra cifras de prevalencia muy variadas por etnia y raza. Del número total de participantes, la prevalencia de VB fue del 29.2% correspondiente a 21 millones de mujeres. De esta cifra, sólo el 15.7% reportó síntomas relacionados con VB. Entre las etnias, la prevalencia fue de: 51.4% para mujeres negras de origen no-hispánico; 31.9% para mexicanas-americanas; 23.3% para mujeres blancas no-hispánicas. (Zuñiga & Tobar , 2017)

De las alteraciones del embarazo asociadas a la vaginosis bacteriana en la actualidad, el parto pretérmino es la condición patológica más común asociada a VB. Esta condición es la principal causa de mortalidad neonatal y la frecuencia de este acontecimiento fluctúa entre el 5 y el 12% en países desarrollados y del 40% en países en vías de desarrollo. Entre los principales factores de riesgo para el parto pretérmino está el antecedente de un parto pretérmino anterior y el diagnóstico por VB, asociada con corioamnionitis. En el año 2000, se realizó un ensayo clínico donde no se logró probar la reducción del riesgo de parto pregermino, en mujeres embarazadas tratadas con antibioticoterapia con vaginosis bacteriana asintomática. (Zuñiga & Tobar , 2017)

1.6 BACTERIOLOGÍA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA

La flora bacteriana de una paciente con vaginosis bacteriana difiere de forma importante a la de una mujer sana, aunque se desconoce de su patogénesis exacta, sin embargo, los factores hormonales juegan un papel importante esta patología no es provocada por un solo patógeno si no que es una entidad clínica polimicrobiana, que se distingue por una alteración de la ecología microbiana normal con una proliferación de los anaerobios, pero sin respuesta inflamatoria (10) (23). En mujeres con vaginosis bacteriana la concentración de Gardnerellavaginalis es 100 a 1000 veces más alta que las mujeres que no la padecen, demás produce succinato que es necesario para la proliferación de los anaerobios, el molibuncus y las micoplasmas se encuentran también presentes en flora anormal de las pacientes con vaginosis bacteriana. (Morales, 2015)

Tabla 1

ECOSISTEMA VAGINAL NORMAL Y VAGINOSIS BACTERIANA

Parámetro	Vagina normal	Vaginosis bacteriana
Presencia de lactobacilos	Predominantemente lactobacilos	Pocos lactobacilos

Cantidad de lactobacilos	Generalmente mayor 10 organismos por gramo de tejido	10 organismos por grado de tejido
Rel/anaerobios/aerobios	2 a 5:1	100 a 1000.1
Presencia de G.vaginalis	5 a 60% de mujeres	95%de mujeres
Presencia de mobiluncus	0 a 5% de mujeres	50 a 70%de mujeres
Presencia de micoplasmahominis	15 a 30% de mujeres sexualmente activas	60 75% de mujeres

Fuente: (Perez, 2013)

1.7 ETIOLOGIA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana es una condición de etiología desconocida en la cual hay un disturbio global de la ecología microbiana vaginal, que consiste en el reemplazo de los lactobacilos predominantes en la flora con un aumento en la cantidad de Gardnerella vaginalis y otros organismos anaeróbicos mixtos. Es la causa más común de flujo vaginal en mujeres en edades reproductivas y está asociada con una gran variedad de condiciones. (Herrero, 2016)

La etiología de la Vaginosis bacteriana no es muy clara. La transmisión sexual ha sido implicada debido a que esta enfermedad raramente se encuentra en mujeres que no han experimentado relaciones sexuales. La prevalencia de vaginosis bacteriana es estimada en el 16% en el embarazo y esta es la causa más común de descarga vaginal, y mal olor en la población obstétrica. Aproximadamente el 50% de las mujeres que cumplen con los criterios clínicos de vaginosis bacteriana, no tienen síntomas, sin embargo, el tratar pacientes asintomáticos de bajo riesgo con vaginosis bacteriana, no siempre prevé al parto pretérmino, ni reduce su incidencia, aunque hay controversia al respecto, ya que se ha

reportado reducción de hasta el 50% de parto pretérmino espontáneo con la detección temprana y tratamiento de infecciones vaginales. (Martínez , 2013)

1.8 VAGINOSIS BACTERIANA EN EL EMBARAZO

La vaginosis bacteriana ha sido asociada con alteraciones perinatales importantes fundamentalmente relacionadas con la terminación del embarazo entre ellas; la ruptura de membranas ovulares, el inicio prematuro del trabajo de parto, el parto pretérmino, trastornos infecciosos como la corioamnionitis y el riesgo incrementado de endometritis posparto o post cesarí. (Sevilla , 2018)

La vaginosis bacteriana se asocia con endometritis subclínica, lo que puede crear un tejido endometrial adverso para el desarrollo del embrión o del feto. Esta relación podría ser uno de los motivos por los cuales se asocia la vaginosis bacteriana o la presencia de flora vaginal intermedia con el aborto del primer trimestre de la gestación

Respecto al inicio prematuro del trabajo de parto que se presenta en la vaginosis bacteriana, las especies de bacteroides y de peptostreptococos que se encuentran con frecuencia en esta patología, parecen ser las responsables de este evento al producir grandes cantidades de fosfolipasa A2 la que causa la cascada de las prostaglandinas que a su vez provoca el trabajo de parto pretérmino. (Sevilla , 2018)

Vaginosis bacteriana factor de riesgo relativo de trabajo de parto pretérmino 2.6 veces más que el normal, asociado con el hallazgo de molibuncus en la tinción de Gram, o aislamiento de mycoplasma en la flora vaginal, las tasas relativas de nacimientos antes de término se incrementan 6 veces más, en comparación con las tasas normales (16) (25), por lo tanto la administración de antibióticos

sistémicos en forma temprana podría brindar una mejor oportunidad para modificar los riesgos asociados con la flora anormal y vaginosis bacteriana. (Sevilla , 2018)

1.9 SÍNTOMAS

Una vaginosis bacteriana es una vaginitis debida a una alteración compleja de la flora vaginal en la que disminuye la cantidad de lactobacilos y aumenta la de anaerobios patógenos. Los síntomas pueden incluir un flujo vaginal grisáceo, líquido y con olor a pescado. El diagnóstico se confirma mediante un estudio de las secreciones vaginales. En el proceso del parto pretérmino también se agregan síntomas más notorios como son: dolores tipo menstruación, dolor de espalda en la región lumbar, presión en hipogastrio, aumento o cambios en la secreción vaginal y contracciones uterinas con separación de 10 minutos o menos. (Avila & Ortiz, 2010)

1.10 RIESGO DE LAS COMPLICACIONES DE VAGINOSIS BACTERIANA EN GESTANTES

Diversos autores han sugerido que la vaginosis bacteriana durante el embarazo es factor de riesgo importante para el desarrollo de complicaciones, como parto pretérmino⁸⁻¹⁴, corioamnionitis ^{9,12,15,16}, ruptura prematura de membranas^{9,11,14,17,18}, peso bajo al nacer⁷⁻⁹, endometritis postparto^{19,20} y aborto²¹⁻²³. El mecanismo por el cual se producen estas complicaciones no está del todo claro, pero existen las siguientes hipótesis:

- Los microorganismos involucrados en la vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y bacterias anaeróbicas) producen fosfolipasa A2, iniciándose la síntesis de prostaglandinas a partir del catabolismo del ácido

araquidónico -componente fosfolipídico de las membranas amnióticas-, trayendo como consecuencia el parto pretérmino^{9,24}. Los lactobacilos, componentes importantes de la flora normal vaginal, protegen a que se incremente el riesgo del parto pretérmino^{1,8}.

- La producción de enzimas virulentas, como mucinasa y sialidasa por microorganismos cervicovaginales, como la *G. vaginalis*, *Mobiluncus spp* y *M. hominis*, juegan rol importante en la perturbación de los mecanismos de defensa cervical e intrauterino, permitiendo el ascenso de estos microorganismos en la cavidad uterina, favoreciendo de esta manera su infección¹⁸.
- La persistencia de vaginosis bacteriana indica concentraciones altas de patógenos oportunistas en el tracto genital bajo, exponiendo a las mujeres a un mayor riesgo de infección, particularmente cuando las defensas disminuyen. Parece ser que las bacterias anaeróbicas ingresan al tracto genital alto por continuidad, provocando corioamnionitis y endometritis^{12,15,19,24}.
- Se ha encontrado en el líquido amniótico la presencia de microorganismos involucrados en la patología de la vaginosis bacteriana¹⁶. (Rando , Mere , & Garcia, 2001)

1.11 TRATAMIENTO

Siempre deben considerarse los posibles efectos fetales adversos de los medicamentos administrados a una mujer gestante. Por fortuna muchos de los fármacos que se emplean en el tratamiento de las infecciones cérvico vaginales, han sido ampliamente utilizados en el embarazo sin efectos adversos evidentes.

El tratamiento consiste en eliminar las manifestaciones clínicas de infección vaginal, por lo que toda mujer con sintomatología requiere tratamiento durante el embarazo, así mismo indicar tratamiento a embarazadas asintomáticas de alto

riesgo de amenaza de parto pretérmino o bajo riesgo con sintomatología. (Perez, 2013)

Tabla 2

Los siguientes regímenes terapéuticos son recomendados para el tratamiento de la vaginosis bacteriana.

Medicamento	Dosis	Dosis
Metronidazol	500 mg. Oral, 2 veces al día	7 días
Clindamicina 2% crema	5 grs. Intravaginal al acostase	7 días
Metronidazol crema 0.75%	5 grs. Intravaginal 2 veces al día	5 días
REGIMENES ALTERNATIVOS		
Metronidazol	2 gramos vía oral	Dosis única
Clindamicina	300 mg. Vía oral cada 8 horas	7 días

Fuente: (Perez, 2013)

1.12 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de vaginosis bacteriana se basa en la presencia de al menos tres de los cuatro criterios clínicos propuestos por Amsel y colaboradores en el simposio internacional de vaginosis bacteriana en Estocolmo y establecidos como estándares para indicar la presencia de la enfermedad. (Perez, 2013)

Criterios de Amsel

- Flujo o descarga fina, blanca-grisáceo adherente y homogéneo
- Ph, vaginal superior a 4.7 3- Prueba de amina positiva
- Presencia de células indicadoras, en preparación salina.

Cabe mencionar que se tener en cuenta principalmente tres elementos:

- Edad gestacional,

- Características de las contracciones uterinas
- El estado del cuello uterino

1.13 JUSTIFICACIÓN

Los sucesos identificados como amenaza del parto pretérmino en gestantes con presencia de vaginosis bacteriana, mediante datos estadísticos demuestran que en Ecuador existen un 7% de partos pretérminos los cuales un 4.3% son ocasionados por infección vaginal, por otro lado, mantiene un índice de muerte neonatales al parto pretérmino aproximadamente de un 50%.

El determinado caso de estudio clínico se busca identificar soluciones frente a las amenazas del parto pretérmino bajo la presencia de infecciones vaginales, asociando a las gestantes de 34 semanas, a quien se le realizó los diferentes diagnósticos para determinar la presencia de vaginosis bacteriana lo cual pudo haber conllevado consecuencias significativas para el neonato.

El efectuar el presente estudio destaca la importancia, lo cual es el asesoramiento a las mujeres que padecen de esta infección especialmente a gestantes a que se sometan a tratamientos clínicos respectivos, con la finalidad de evitar amenazas de parto pretermiód y resguardar la salud de la mujer y el neonato y así evitemos el bajo índice de mortalidad en estos casos de que estén vinculados a la infección de vaginosis bacteriana.

Contribuyendo con la objetividad de la Organización Mundial de la salud en Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, agrupamos el planteamiento de objetivos:

Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación,

y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. (Organización de Naciones Unidas , s.f)

1.14 OBJETIVO GENERAL

Determinar la conducta obstétrica ante amenaza de parto pretérmino en primigesta de 21 años con vaginosis bacteriana

1.14.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las posibles causas del parto preterminó en la gestante de 34 semanas con presencia de vaginosis bacteriana.
- Establecer el riesgo obstétrico que inciden en la amenaza de parto pretermino.
- Valorar la conducta obstétrica del tratamiento de la amenaza del parto pretérmino

1.15 DATOS GENERALES

EDAD: 21 AÑOS	SEXO: Femenino
FECHA DE NACIMIENTO: 13/04/2000	ESTADO CIVIL: Unión libre
NACIONALIDAD: Ecuatoriana	OCUPACION: Estudiante
DIRECCION: José Luis Tamayo (Santa Elena)	RAZA: Mestiza
NIVEL SOCIOCULTURAL/ ECONOMICO: Medio	RELIGION: Católica
NIVEL DE ESTUDIO: Secundaria	HOSPITAL: Hospital Rafael Serrano "La Libertad"
FECHA DE INGRESO: 21/01/2021	FUM: 23/05/2020

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Heydi Barroso

2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Gestante de 21 años de edad, que asiste por presentar dolor en el bajo vientre que se irradia en la región lumbar de leve intensidad 12 horas de evolución. Sus Controles prenatales fueron realizados en Centro de Salud José Luis Tamayo.

Gestas: 0 Partos: 0 Cesárea: 0, fecha de ultima menstruación 23/05/2020 y por ecografía 34 semanas de gestación, feto único vivo, latidos fetales 145 por minuto, con patrón de monitoreo reactivo, situación longitudinal izquierda cefálico,

altura uterina 34 cm. Paciente refirió haber recibido maduración pulmonar hace un mes.

2.2 HISTORIAL CLINICA DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	Infecciones vaginales recurrentes
Antecedentes patológicos familiares	Hipertensión (Madre)
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarquia	13 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 5 días
Inicio de vida sexual:	19 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 0	abortos: 0
Partos 0	cesáreas 0
Fecha de la última menstruación:	23/05/2020
Controles prenatales del embarazo actual:	5
Ecografías:	2
Edad gestacional:	34 semanas por ecografía

Papanicolaou:

Ninguna

Elaborado por: Estudiante egresada de obstetricia Heydi Barroso

ANAMNESIS

Gestante de 21 años de edad, que asiste por presentar dolor en el bajo vientre que se irradia en la región lumbar de leve intensidad 12 horas de evolución. Sus Controles prenatales fueron realizados en Centro de Salud José Luis Tamayo, refirió que le realizaron maduración pulmonar hace un mes.

Gestas: 0 Partos: 0 Cesárea: 0, fecha de ultima menstruación 23/05/2020 y por ecografía 34 semanas de gestación, feto único vivo, latidos fetales 145 por minuto, con patrón de monitoreo reactivo, estática fetal situación longitudinal izquierdo cefálico, altura uterina 34 cm.

Se realizó valoración ginecológica, tacto 4cm de dilatación, Borramiento 60%, membranas integras planas por lo cual la paciente se encontró cursando un trabajo de parto pretérmino, Fase activa, posteriormente se hizo el respectivo ingreso al área de observación para un seguimiento. Paciente refirió haber recibido maduración pulmonar hace un mes, por presentar mismas sintomatologías.

2.3 EXPLORACION CLINICA

Se detalla exploración de la paciente:

GENERAL: Consciente, Orientada.

CABEZA: Normocefalo

CUELLO: Sin adenopatías.

TÓRAX: Simétrico expansible.

MAMAS: Simétricas, no dolorosas a la palpación.

ABDOMEN: Globuloso compatible con embarazo de 24 semanas con feto único vivo, latidos fetales 145 latidos por minuto, con patrón de monitoreo reactivo

estática fetal situación longitudinal izquierda cefálica, altura uterina 33cm, movimientos fetales presentes, dinámica uterina a la palpación 3/10.

GENITALES: Especuloscopia se evidencia flujo vaginal blanco homogéneo en leve cantidad, con olor a pescado relacionado a vaginosis bacteriana, no se observa lesiones papilomatosas, al tacto vaginal: dilatación 4cm, borramiento 70% plano I, membranas integra planas.

EXTREMIDADES: No edemas

Signos vitales Score mama: 0

Fuente: Valores de referencia Score Mama (LIBERTAD, 2021).

Sístole	90	Diástole	60
Frecuencia Cardíaca	98	Frecuencia respiratoria	20
Temperatura	36.6	Saturación de Oxígeno	99%
Estado de Conciencia	Alerta	Proteinuria	(-)

Elaborado por estudiante egresada de Obstetricia Heydi Barroso.

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Tabla 3 Se realiza exámenes de laboratorio al ingreso

EXAMENES COMPLEMENTARIOS			
BIOMETRIA HEMATICA	BIOQUIMICA SANGUINEA	UROANALISIS	ECOGRAFIA
Leucocitos #11.48	Glucosa # 80.85	COLOR AMARILLA CLARA	TRAE ECOGRAFIA- REPORTA: feto único,
Neutrófilos #55	Urea #20	ASPECTO LIGERO TURBIO	longitudinal, dorso izquierdo, movimiento fetal, latidos cardiacos presentes.
Hemoglobina #11.7	Ácido úrico #4.01	DENSIDAD 1.000	

Hematocrito	Tgp	PH	Mediciones
#38,0	#9.01	7.0	DBP: 8.34CM, HC:
Plaquetas	Tgo	LEUCOCITOS	30.67CM.AC:
#218.0	#33.95	1-2 POR CAMPO	28.95CM, FL: 6.09CM
		BACTERIAS ++	ILA: 17.77CM,
			Placenta anterior y
			fundida grado I, peso
			fetal 2042gr, edad
			ecográfica 32.3
			semanas. FPP:
			21/02/2021.
			GESTACION UNICA
			DE 32 SEMANAS.

FUENTE: Elaborado por estudiante egresada de obstetricia Heydi Barroso.

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico definitivo amenaza de parto pretérmino con vaginosis bacteriana se basa en la presencia de contracciones uterina persistentes, modificación cervical (borramiento y dilatación).

Diagnóstico Vaginosis Bacteriana por criterios clínicos (criterios Amsel): Secreción homogénea blanquecina, PH >4,5 y olor a aminas (pescado).

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

EVOLUCIÓN

INGRESO: 21/01/2021 00:10AM

Gestante de 21 años de edad, primigesta ingresa el 21/01/2021 por presentar dolor tipo contráctil, dilatación 4 cm, borramiento 60%, más flujo vaginal blanco homogénea en leve cantidad, relacionada con vaginosis bacteriana, refería presentarla durante el embarazo.

21/01/2021 01:00AM

Se hace el ingreso correspondido a la gestante a sala de observación con un diagnóstico definitivo de trabajo de parto pretérmino, donde se realiza rastreo ecográfico, feto vivo longitudinal dorso derecho, frecuencia cardiaca 145 latidos por minuto, edad gestacional 34 semanas de gestación, placenta fundida grado II/III de maduración, se decide una evolución de manera espontánea, con valoración del ginecólogo, score mama y monitoreo fetal cada 4 horas

TRATAMIENTO

Metronidazol 500mg cada 8 horas

Cloruro de sodio 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto

21/01/2021 05:00AM**Score mama: 0**

Se realiza valoración obstétrica, la paciente se encuentra caminando, orientada en tiempo y espacio, al tacto presenta una dilatación de 8cm borramiento 80%, plano II membranas abombadas, se la envía a sala de parto.

Monitoreo Fetal: categoría I, frecuencia cardiaca 140 latido por minuto, presencia actividad uterina 3/10

21/01/2021 08:00 AM**Score mama: 0**

Se realiza valoración ginecológica la gestante se encuentra en sala de parto, orientada en tiempo y espacio, al tacto dilatación de 9cm borramiento 90%, plano II, membranas rotas espontáneamente.

Monitoreo Fetal: categoría I, frecuencia cardiaca 150 latido por minuto, actividad uterina 3/10

21/01/2021 09:15 AM

Score mama: 0

Paciente en sala de parto, con una dilatación completa se realiza un parto eutócico sin ninguna complicación, se obtiene un neonato femenino, bajo peso de 35 semanas de gestación e ingresa a neonatología.

Paciente pasa a sala de postparto para observación, se realiza masaje uterino cada 15 minutos por dos horas para evitar una hemorragia post parto y toma de signos vitales, no presenta ninguna complicación durante 2 horas.

05/07/2020 11:15

Se realiza el paso de la paciente a sala de hospitalización, para observación y a las 24 horas darle el alta indicado por el ginecólogo.

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Según la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública del Ecuador el diagnóstico y tratamiento de infecciones vaginales de obstetricia manifiesta lo siguiente:

La vaginosis bacteriana es la causa más común de flujo vaginal anormal en mujeres de edad reproductiva y embarazos, la Gardnerella vaginalis se encuentra comúnmente en mujeres con vaginosis bacteriana, aunque la presencia de este solo es para confirmar su diagnóstico.

Una mujer gestante o no gestante puede presentar signos y síntomas variables, los estudios han corroborado una asociación entre vaginosis bacteria y un parto pretérmino.

Dentro de la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública del Ecuador parto pretérmino: Nos indica que un parto prematuro presenta una mortalidad alta

a comparación de un recién nacido a término y este tiene un riesgo mayor a presentar complicaciones.

Una vez diagnosticada la patología se necesita un constante seguimiento y evitar complicaciones materno-fetales y poder reducir la incidencia de un parto pretérmino.

2.8 SEGUIMIENTO

Se ingresó a la gestante, se realizó manejo adecuado, donde el ginecólogo decidió un seguimiento para un trabajo de parto espontáneo, luego de haber valorado las condiciones y realizado un examen físico se pudo evidenciar un flujo vaginal blanco homogéneo de cantidad leve y no se observaban lesiones papilomatosas. Se determinó que la paciente no presentaba ninguna complicación para que el parto finalizara por vía vaginal.

El trabajo de parto tuvo una evolución de 9 horas, donde se realizó monitoreo fetal, psicoprofilaxis obstétrica, no se presentó ninguna complicación y fue un parto eutócico, obteniendo un neonato femenino, bajo peso, donde pediatra hizo el respectivo ingreso a sala de neonatología.

Luego de haber permanecido dos horas en sala de postparto y sin ninguna complicación, se traslada a la paciente a sala de hospitalización.

Antes de que la paciente cumpliera 24 horas en hospitalización se realizan los exámenes complementarios para así dar el alta y evidenciar que no presenta ninguna novedad, se envía tratamiento para seguir combatiendo la vaginosis bacteriana + hierro y ácido fólico 1 tableta diaria.

2.9 OBSERVACIONES

Este presente caso clínico se basó en identificar las causas de una amenaza de parto pretérmino ocasionado por una vaginosis bacteriana, debemos tomar en cuenta el manejo que la paciente recibió para el tratamiento de la vaginosis bacteriana y posteriormente colaborar durante el trabajo de parto.

Se recomienda realizarse un cultivo vaginal a aquella paciente que presente síntomas para así recibir un tratamiento oportuno y evitar las complicaciones futuras como: rotura prematura de membrana, patologías ginecológicas, hasta llegar a una infertilidad.

Es de vital importancia para las gestantes que lleguen a sus controles prenatales, ser asesoradas con una mayor información ya que las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil cualquier infección vaginal, esto suele darse por cambios hormonales.

También se asesora a la paciente a llevar un control obstétrico y tratamiento continuo en caso de que persista la infección vaginal y una consejería de planificación familiar.

CONCLUSIONES

La presencia de vaginosis bacteriana en la mujer gestante puede ocasionar algunas complicaciones de parto pretérmino, puesto que están en el proceso donde el cambio hormonal es muy frecuente y están expuestas a la contracción de enfermedades infecciosas, por ello debe mantener un control médico obstétricos constante. Como se a plasmado en el presente estudio de caso clínico donde se detalla que un 93% de los pacientes su adquisición aumenta por vaginosis bacterias, mediante el acto sexual (sexo oral y masturbación).

Mediante el proceso de análisis a la paciente que se lo diagnóstico esta infección se lo realizo los respectivos estudios clínicos antes de manifestar y emitir algún diagnóstico lo cual fue de gran ayuda puesto que permitió cumplir con el objetivo que es determinar la causa de la vaginosis bacteria, de esta forma permitió reaccionar de forma rápida para evitar la mortalidad del neonatal. Se logro controlar la infección y que el proceso de parto se gestione de la forma correcte sin dificultades externas, se recomienda; realizarse el respectivo tratamiento a tiempo y evitar complicaciones maternas- neonatales, desarrollando el proceso obstétrico ante las amenazas de parto pretérmino.

BIBLIOGRAFÍA

- Avila , L., & Ortiz, F. (12 de Marzo de 2010). *Sintomas de infeccion por Vaginosis Bacteriana* . Obtenido de <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v1/Numero%201/Infeccion%20por%20candida%20y%20vaginosis%20bacteriana.pdf>
- Herrero, D. (12 de Julio de 2016). *Vaginosis bacteriana*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X16302142>
- Huertas , E. (18 de Septiembre de 2018). *Parto pretérmino causas y medias de prevencion* . Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013
- Martrinez , W. (12 de Diciembre de 2013). *Vaginosis bacteriana*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400012
- Monge , T. (15 de Agosto de 2017). *Parto pretermino* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179c.pdf>
- Morales, G. (12 de Octubre de 2015). *Aspectos clínicos y diagnóstico de laboratorio de la vaginosis bacteriana*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000500008
- Napoles , D. (12 de Mayo de 2017). *Vaginosis bacteriana*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds138o.pdf>
- Organizacion de Naciones Unidas . (s.f). *Salud y Bienestar*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

- Perez, N. (12 de Junio de 2013). *VAGINOSIS BACTERIANA Y AMENAZA DE PARTO*. Obtenido de <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/post/2013/135.pdf>
- Rando , A., Mere , J., & Garcia, M. (12 de Mayo de 2001). *RIESGO DE LAS COMPLICACIONES DE VAGINOSIS BACTERIANA EN GESTANTES*. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n3_2001/ries_comp_vag.htm
- Relis , P., Aguilar , E., Rivera , Y., & Martinez , L. (12 de Mayo de 2007). *Infeccion vaginal cin vaginosis bacteriana* . Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757329014.pdf>
- Sevilla , M. (12 de Julio de 2018). *Vaginosis bacteriana durante el embarazo*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/2017/03/19/vaginosis-bacteriana-durante-embarazo-141891.html>
- Tacchino , E. (18 de Septiembre de 2018). *Causas Parto pretérmino*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013
- Zuñiga , A., & Tobar , F. (12 de Junio de 2017). *Vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis:.* Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/986680/03_vol01_num01_2015.pdf

ANEXOS

FECHA : 21 DE SEPTIEMBRE 2020
 FUM : ?????????
 EXAMEN SOLICITADO POR :

EXAMEN GENERAL

Nº. DE FETOS : UNO
 POSICION : CEFALICO, DORSO ANTERIOR IZQUIERDO LONGITUDINAL

EJE NEURAL : NORMAL
 ACTIVIDAD CARDIACA : NORMAL
 MOVIMIENTOS FETALES : NORMAL
 TONO FETAL : NORMAL
 RELACION CARDIOTORAXICA FETAL : 2 A 1 DENTRO DEL RANGO NORMAL

MEDICIONES

DIAMETRO BIPARIETAL : 3.6 CM.
 DIAMETRO FRONTO-OCCIPITAL : 4.7 CM.
 LONGITUD CRANEO RABADILLA :
 LONGITUD DEL FEMUR : 2.0 CM.
 CIRCUNFERENCIA DEL CRANEO : 13.2 CM.
 CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL : 10.3 CM.
 INDICE CEFALICO: V NORMAL 70 - 86 % : 77.8 %
 INDICE AMNIOTICO PHELAN : 12.0 CM. (V.N. PARA LA EDAD GESTACIONAL 6.0 a 20.0)
 RADIOS :
 FL/BDP : VALOR NORMAL 71 - 86 : 76.5 %
 FL/AC : VALOR NORMAL 20 - 24 : 21.9 %

PLACENTA : ANTERIOR MADUREZ GRADO 0/3

INDICE AMNIOTICO : NORMAL

PESO FETAL APROXIMADO : 155 GRAMOS

EDAD MENSTRUAL : ?????????

EDAD ECOGRAFICA : 17 SEMANAS

EDAD DEFINITIVA : 17 SEMANAS

FECHA APROXIMADA DE PARTO : FINES DE FEBRERO 2021

COMENTARIOS : GESTACION UNICA DE 17 SEMANAS.

Dr. Jorge Layana
 MEDICO GINECOLOGO
 REG. SANIT. 3823
 REG. PROFESIONAL 820
 LIBRO FOLIO 8910
 PROVINCIA SANTA ELENA

17
 12
 29

21092020120624 Figueroa RODRIG VERONICA 38 21-09-2020

Indicacion		Medico solicit.		Operador	
FUM	EG(FUM)	FEP(FUM)	Embarazos	Partos	
EC Compuesto	EG(EEU5)	FEP(EEU5)	Abortos	Ecotopico	
PFE1	HADLOCK2 DBP,CA,LF	155 g (5oz)	19s2d	HADLOCK	

Biometr. fetal		Valor	EG	PC	m1	m2	m3	Método	JS pct
LCC	HADLOCK	10.94 cm	16s6d	11s2d	10.94			Ultimo	
DBP	HADLOCK	3.67 cm	17s2d	11s1d	3.67			Ultimo	
LF	HADLOCK	2.09 cm	16s2d	11s3d	2.09			Ultimo	
CA	HADLOCK	10.36 cm	16s2d	11s5d	10.36			Ultimo	
DFD	HANSMANN	4.71 cm	17s2d		4.71			Ultimo	
CC	HADLOCK	13.26 cm	16s6d	11s1d					

Cálculos 2D		Valor	EG	PC	m1	m2	m3	Método	JS pct
IC	HADLOCK	77.8 %	(70.0 % - 86.0 %)	LF/CA	HADLOCK	20.2 %	(20.0 % - 24.0 %)		
LF/DBP	HOHLER	57.0 %	(71.0 % - 87.0 %)	LF/CC	HADLOCK	15.8 %	(- -)		
CC/CA	CAMPBELL	1.28	(- -)						

Feto: [A] Imprimir gráfico Blanco y negro Página 1 / 1



LABORATORIO
DE QUÍMICA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO DE QUÍMICA

LABORATORIO DE QUÍMICA ANALÍTICA

1997-98

MEMORANDUM

FECHA: 22/07/98
HORA: 10:00

ASUNTO: RESULTADOS DE ANÁLISIS DE MUESTRA N.º 1234

ANÁLISIS: DETERMINACIÓN DE NITRÓGENO EN MUESTRA SÓLIDA

RESULTADOS:

1. NITRÓGENO TOTAL	15.20%
2. NITRÓGENO AMONÍACO	8.50%
3. NITRÓGENO NITRATO	6.70%

COMENTARIOS: La muestra presenta un contenido normal de nitrógeno total, acorde con el tipo de muestra.

LABORANTE: DR. CARLOS GARCÍA

FECHA DE ENTREGA: 23/07/98

REVISADO POR: DR. CARLOS GARCÍA

FECHA DE REVISIÓN: 23/07/98

LABORATORIO DE QUÍMICA ANALÍTICA

GESTACION ACTUAL dia mes año: 23 05 2020 TALLA (cm): 1436 PUM: 24 02 2021 BO CONFIABLE por: FUM <28 a: no ECOGRAFA 11-13 semanas: no FUMA ACT: 1 ^a vez: no, 2 ^a vez: no, 3 ^a vez: no FUMA PAS: no FUMAS PAS: no ALCOHOL: no VIOLENCIA: no ANTIBIOTICA: no ANTITETANICA: no EX. NORMAL: no MAMAS: no COONT: no																																																																																																																							
CONTROL PRENATALES <table border="1"> <tr> <th>Fecha</th> <th>Edad gest.</th> <th>Peso</th> <th>T.A.</th> <th>F.C.</th> <th>F.R.</th> <th>T.C.</th> <th>Est.</th> <th>Pre-tensión</th> <th>Est. cons.</th> <th>Altera status</th> <th>Preseñales</th> <th>FC (pm)</th> <th>Movim. fetales</th> <th>Sangrado vaginal</th> <th>Estimen. tratamiento, SCORE NAMA</th> <th>Indicaciones Técnicas</th> <th>Próxima cita</th> </tr> <tr> <td>04/09/2020</td> <td>17</td> <td>58.4</td> <td>100/64</td> <td>93</td> <td>20</td> <td>35.8</td> <td>98</td> <td>neg</td> <td>Alert</td> <td>NA</td> <td>UA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>no</td> <td>Score momo 0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22/09/2020</td> <td>17.5</td> <td>58.2</td> <td>100/60</td> <td>85</td> <td>20</td> <td>36.5</td> <td>94</td> <td>neg</td> <td>Alert</td> <td>NA</td> <td>UA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>no</td> <td>Score momo 0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19/10/2020</td> <td>21</td> <td>59.5</td> <td>100/60</td> <td>100</td> <td>20</td> <td>36.2</td> <td>94</td> <td>neg</td> <td>Alert</td> <td>20</td> <td>FND</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>no</td> <td>Score momo 0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20/11/2020</td> <td>25</td> <td>61.2</td> <td>100/60</td> <td>99</td> <td>20</td> <td>36.5</td> <td>98</td> <td>neg</td> <td>Alert</td> <td>25</td> <td>FND</td> <td>138</td> <td>Si</td> <td>no</td> <td>Score momo 0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28/12/2020</td> <td>31.3</td> <td>67.7</td> <td>100/60</td> <td>100</td> <td>20</td> <td>36.5</td> <td>98</td> <td>neg</td> <td>Alert</td> <td>31</td> <td>conf</td> <td>150</td> <td>Si</td> <td>no</td> <td>Score momo 0</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												Fecha	Edad gest.	Peso	T.A.	F.C.	F.R.	T.C.	Est.	Pre-tensión	Est. cons.	Altera status	Preseñales	FC (pm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Estimen. tratamiento, SCORE NAMA	Indicaciones Técnicas	Próxima cita	04/09/2020	17	58.4	100/64	93	20	35.8	98	neg	Alert	NA	UA	NA	NA	no	Score momo 0			22/09/2020	17.5	58.2	100/60	85	20	36.5	94	neg	Alert	NA	UA	NA	NA	no	Score momo 0			19/10/2020	21	59.5	100/60	100	20	36.2	94	neg	Alert	20	FND	NA	NA	no	Score momo 0			20/11/2020	25	61.2	100/60	99	20	36.5	98	neg	Alert	25	FND	138	Si	no	Score momo 0			28/12/2020	31.3	67.7	100/60	100	20	36.5	98	neg	Alert	31	conf	150	Si	no	Score momo 0		
Fecha	Edad gest.	Peso	T.A.	F.C.	F.R.	T.C.	Est.	Pre-tensión	Est. cons.	Altera status	Preseñales	FC (pm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Estimen. tratamiento, SCORE NAMA	Indicaciones Técnicas	Próxima cita																																																																																																						
04/09/2020	17	58.4	100/64	93	20	35.8	98	neg	Alert	NA	UA	NA	NA	no	Score momo 0																																																																																																								
22/09/2020	17.5	58.2	100/60	85	20	36.5	94	neg	Alert	NA	UA	NA	NA	no	Score momo 0																																																																																																								
19/10/2020	21	59.5	100/60	100	20	36.2	94	neg	Alert	20	FND	NA	NA	no	Score momo 0																																																																																																								
20/11/2020	25	61.2	100/60	99	20	36.5	98	neg	Alert	25	FND	138	Si	no	Score momo 0																																																																																																								
28/12/2020	31.3	67.7	100/60	100	20	36.5	98	neg	Alert	31	conf	150	Si	no	Score momo 0																																																																																																								
PARTO • ABORTO FECHA DE INGRESO: 21.01.2021 CONSULTAS PRENATALES: total: 05 HOPITALIZACIÓN EMBARAZO: no CORTICOIDES ANTENATALES: completo: no, incompleto: no, ninguna: no UTEROINHIBIDORES: no INICIO: espontáneo: no, inducido: no, cesárea: no RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no EG AL PARTO ABORTO: no PRESENTACIÓN SITUACIÓN: cefálica: no, pélvica: no, transversa: no																																																																																																																							
ACOMPAÑANTE Pareja: no, Familiar: no, Partera/o: no, Otro: no, Ninguno: si TDP: no, P: no PRÁCTICAS INTERCULTURALES Visitaria: no, Entrega placenta: no, Ingesta líquidos: no, Otras: no POSICIÓN PARTO amodada: no, de pie: no, cuclillas: no, sentada: no, acostada de lado: no, litomica: no NACIMIENTO Establecimiento de salud: casa, otro: no VIVO: si, MUERTO: no Parto: no, Anteparto: no, Se ignora: no Episiotomía: no, Manejo activo: no																																																																																																																							
PLACENTA completa: si, referida: no LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES: no RECIPIO: Inducto: no, Ombilico en TCP: no, Antibit.: no, Analgésico: no, Anest. local: no, Anest. región: no, Anest. gen.: no, Tetrólisis: no, Sulfato de Mg: no																																																																																																																							
MORBILIDAD <table border="1"> <tr> <th>TRASTORNOS HIPERTENSIVOS</th> <th>INFECCIONES</th> <th>HEMORRAGIA</th> </tr> <tr> <td>Edematoso: no, Help: no, Transitoria: no, Previa con proteinuria intragrávida: no, Previa: no, Preeclampsia: no</td> <td>SRIS: no, Sepsis: no, Endometritis: no, Infección exógena: no, Infección genital: no, Bacteriemia asintomática: no, Pelionelitis: no</td> <td>1 TRIM. no, 2 TRIM. no, 3 TRIM. no</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Neumonía: no, Mastitis: no, Gonorrea: no, Parotiditis: no, Infección herida cesárea: no, Infección epistaxia: no, Otro infección: no</td> <td>Post aborto: no, Mola hidatiforme: no, Embarazo ecláptico: no, Placenta previa: no, Acretismo placentario: no, DPPN: no</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Rotura úterina: no, Hemorragia postparto: no, Anemia úterina: no, Desgarros: no, Roturas: no, Defecto de coagulación: no</td> </tr> </table>												TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	INFECCIONES	HEMORRAGIA	Edematoso: no, Help: no, Transitoria: no, Previa con proteinuria intragrávida: no, Previa: no, Preeclampsia: no	SRIS: no, Sepsis: no, Endometritis: no, Infección exógena: no, Infección genital: no, Bacteriemia asintomática: no, Pelionelitis: no	1 TRIM. no, 2 TRIM. no, 3 TRIM. no		Neumonía: no, Mastitis: no, Gonorrea: no, Parotiditis: no, Infección herida cesárea: no, Infección epistaxia: no, Otro infección: no	Post aborto: no, Mola hidatiforme: no, Embarazo ecláptico: no, Placenta previa: no, Acretismo placentario: no, DPPN: no			Rotura úterina: no, Hemorragia postparto: no, Anemia úterina: no, Desgarros: no, Roturas: no, Defecto de coagulación: no																																																																																																
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	INFECCIONES	HEMORRAGIA																																																																																																																					
Edematoso: no, Help: no, Transitoria: no, Previa con proteinuria intragrávida: no, Previa: no, Preeclampsia: no	SRIS: no, Sepsis: no, Endometritis: no, Infección exógena: no, Infección genital: no, Bacteriemia asintomática: no, Pelionelitis: no	1 TRIM. no, 2 TRIM. no, 3 TRIM. no																																																																																																																					
	Neumonía: no, Mastitis: no, Gonorrea: no, Parotiditis: no, Infección herida cesárea: no, Infección epistaxia: no, Otro infección: no	Post aborto: no, Mola hidatiforme: no, Embarazo ecláptico: no, Placenta previa: no, Acretismo placentario: no, DPPN: no																																																																																																																					
		Rotura úterina: no, Hemorragia postparto: no, Anemia úterina: no, Desgarros: no, Roturas: no, Defecto de coagulación: no																																																																																																																					
TRASTORNOS METABÓLICOS DIABETES MELLITUS: no, TRASTORNOS TIROIDEOS: no Hipotirodismo: no, Hipertirodismo: no, Crisis frías: no, Otro trastorno metabólico: no OTROS TRASTORNOS Hipertensión gestacional: no, Trombosis venosa prof.: no, Tromboembolismo pulm.: no, Embolia L.A.: no, Cardiopatía: no, Valvulopatía: no, Convulsiones: no Oliguria: no, Anemia hemolítica: no, Anemia talofémica: no, Enfermedad renal: no, Neofalacia maligna: no, Trastorno alérgico: no, Alteración del estado de conciencia: no																																																																																																																							
INTERVENCIÓN Alambriamiento manual: no, Liberación para fto. hemorragia: no Via venosa central: no, Administración de hemoderivados: no Laparotomía (extoje cesárea): no, Ingreso a UCI > 7 días: no, Uso de ATB IV para fto. de complicación infecciosa: no Quilosis: no Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligadura hemostática de las arterias uterinas / hipogástricas: no, Embolizaciones: no, Traje umbilical no retractorio: no, Balones hidroelásticos: no																																																																																																																							