



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE OBSTETRICIA



**DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DE GRADO ACADEMICO DE OBSTETRIZ**

TEMA:

**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTA DE 23 AÑOS CON
EMBARAZO DE 32 SEMANAS**

AUTOR:

CAROLINA GISELA LOZANO LEDESMA

TUTOR:

Dra. KATTERINE VASQUEZ BONE

BABAHOYO- LOS RIOS

2019

DEDICATORIA

Dedico con mucho cariño mi trabajo principalmente a Dios quien siempre me dio las fuerzas y sabiduría que necesito para no desistir y culminar con éxito mi carrera profesional. A mis queridos padres por estar conmigo en los buenos y malos momentos, quienes han sido mi apoyo incondicional moral y económicamente. A mis hermanos como muestra de amor y ejemplo a seguir, decirles que así como yo puedo ellos también pueden alcanzar sus sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos van dirigido a Dios por brindarme sabiduría y esperanzas en mi carrera, siempre cuando uno quiere alcanzar algo, podemos lograrlo con mentes positivas.

A mis queridos Padres y hermanas(os) por todo su amor y cariño que me brindan, por sus buenos consejos y sus buenos deseos durante mi proceso de formación académica.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme abierto las puertas de la enseñanza para mis estudios en mi carrera profesional, a todos los Docentes que gracias a sus conocimientos e logrado tener muchas capacidades y destrezas, mis agradecimientos siempre a la Facultad Ciencias de la Salud.

Agradezco a mi tutora la Dra. Kattherine Vásquez Bone, por guiarme y ayudarme a realizar mi caso clínico con sus conocimientos.

TEMA:

**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTA DE 23 AÑOS CON
EMBARAZO DE 32 SEMANAS**

ÍNDICE

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO.....	III
TEMA:	IV
ÍNDICE	V
RESUMEN.....	VII
PALABRAS CLAVES	VII
ABSTRACT	VIII
KEYWORDS	VIII
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	3
Amenaza de parto pretermino	3
Epidemiología	3
Etiología	4
Causas	4
Fisiopatología.....	5
Factores de riesgo.....	6
Comportamientos maternos:	6
Clasificación tipos de nacimiento pretérmino	7
Diagnóstico.	9
Tratamiento.	10
Prevención.....	12

1.1.	JUSTIFICACIÓN	13
1.2.	OBJETIVOS	14
1.2.1.	Objetivo general:.....	14
1.2.2.	Objetivos específicos:	14
1.3.	DATOS GENERALES	15
II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO		16
2.1.	Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	16
2.2.	Principales datos clínico que requiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	18
2.3.	Examen físico (exploración clínica)	19
2.4.	Información de exámenes complementarios realizados	20
2.5.	Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	22
2.6.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	23
2.7.	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, conservando valores normales.	23
2.8.	Seguimiento.	24
2.9.	Observaciones	25
REFERENCIAS		29
ANEXOS.....		31

RESUMEN

El parto pretérmino es un fenómeno que continúa ocasionando un impacto significativo global. La primordial causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo y su prevalencia está en aumento. No exclusivamente conlleva un costo social significativo, sino que el nacimiento pretérmino provoca una carga económica propia para el sistema de salud. Cada vez más, hay datos que manifiestan que el parto prematuro es un síndrome multifactorial, efectuando así un gran número de avances en las herramientas predictivas y preventivas en la práctica clínica. Uno de los progresos más recientes es la capacidad de la fibronectina fetal para predecir un parto pretérmino espontáneo tanto en mujeres de alto riesgo como de bajo riesgo, una avanzada identificación de los factores de riesgo que causan parto pretermino, así como la introducción en estos últimos años sobre el control ecográfico de la longitud del cérvix han consentido evaluar un mejor pronóstico de riesgo de parto prematuro en las pacientes que expresan sintomatología de este problema.

Algunas medidas de prevención de parto pretérmino positivas pueden ser un correcto control prenatal, tratamiento de algunas infecciones vaginales, rotura prematura de membranas pueden impedir esta complicación, la suplementación con zinc en mujeres de escasos recursos y mala nutrición, el aumento de intervalo intergenésico a más de 12 meses, y últimamente el manejo estricto a pacientes que ameriten el uso de corticoides con la finalidad de impedir la mortalidad neonatal.

PALABRAS CLAVES

Parto prematuro- riesgo- mortalidad- prevención.

ABSTRACT

Preterm birth is a phenomenon that continues to cause a significant global impact. The main cause of perinatal morbidity and mortality worldwide and its prevalence is increasing. Not only does it carry a significant social cost, but preterm birth produces a significant economic burden on the health system. Increasingly, there are data that indicate that preterm birth is a multifactorial syndrome, thus implementing a large number of advances in predictive and preventive tools in clinical practice. One of these more recent advances is the ability of fetal fibronectin to predict spontaneous preterm birth in both high-risk and low-risk women, an early identification of the risk factors that cause preterm birth, as well as the introduction into the latter Years on the ultrasound measurement of the length of the cervix have allowed us to better evaluate the prognosis of the risk of premature delivery in patients presenting symptoms of this situation.

Some positive preterm labor prevention measures can be a correct prenatal control, treatment of some vaginal infections, premature rupture of membranes can prevent this complication, zinc supplementation in women with limited resources and poor nutrition, the increase of intergenic interval to more of 12 months, and lately the strict management of patients who merit the use of corticosteroids in order to prevent neonatal mortality.

KEYWORDS

Preterm birth-risk-mortality-prevention.

INTRODUCCIÓN

El parto pretermino es un problema social y de salud pública de mayor magnitud mundial. Las tasas nacimientos preterminos indican un problema familiar y un elevado costo monetario en la atención pública. Al momento de presentarse una parto pretermino, el neonato puede desencadenar múltiples secuelas como cardiovasculares, dificultad respiratoria que provocan internación e ingresos a unidad de cuidados intensivos y aumentar días de hospitalización materno-neonatal. Otros problemas como la discapacidad visual y auditiva afectando el desarrollo intelectual y físico en el futuro del neonato. (Romero, 2014).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la población general se estima entre el 8% en riesgo de nacimientos prematuros, el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros con el 5,1%. La primera causa de mortalidad infantil según datos del INEC, es la corta duración de la gestación. (MSP M. d., 2015)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el parto prematuro ocurre antes de las 37 semanas, siendo una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo, provocando estrés familiar y preocupación a nivel médico. El 30% las contracciones cesaban espontáneamente y el 50% terminan en parto pretermino. En su mayoría los factores de riesgos pueden asociarse a malformaciones congénitas, que no son diagnosticadas a tiempo durante el control prenatal. (Donoso, 2012).

El Parto pretermino se define por la presencia de dinámica uterina regular asociado a modificaciones cervicales desde las 22 hasta las 36.6 semanas. La principal causa que

provoca este problema es la infección de vías urinarias, la presencia de rotura prematura de membranas, donde el parto pretermino ocurrió al 7% de las embarazadas. (Romero, 2014).

Cabe mencionar que el presente trabajo está basado por el caso clínico de una paciente primigesta de 23 años con una posible amenaza de parto pretérmino, la paciente refiere presentar hace 18 horas de evolución dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad, con sintomatología de disuria y urgencia urinaria acompañada de salida de secreción blanquecina, fétida. Debido a presentar diversos problemas, se procedió a realizarle exámenes complementarios y ecografía obstétrica.

I. MARCO TEÓRICO

Amenaza de parto pretermino

La amenaza de parto pretérmino se define por la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino de 50% o menor y una dilatación de igual o menor a 3 cm entre las 22 y 36.6 semanas. (Ibarra & Aparicio, 2009)

Epidemiologia

El parto pretérmino es el problema clínico patológico significativo que desafía la reproducción contemporánea. Se ha desarrollado en un genuino reto para la medicina moderna, pediatría, obstetricia. Surgieron que en 2005 se examinaron 12,9 millones de recién nacidos prematuros, lo que constituye el 9,6 % de todos los nacimientos a nivel universal. Alrededor de 85 % de ellos se centralizaron en Asia y África, mientras que en América del Norte y Europa se reconocieron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más altas de prematuridad ocurrieron 11,9 % y 10,6 en África y América del Norte y las más inferiores 6,2 % en Europa. Finalizan que el nacimiento prematuro es una dificultad de salud perinatal sustancial en todo el mundo. (Fainete, 2012)

Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia, son los que sobrellevan la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también presenta una tasa superior. Es preciso percibir los factores de la prematuridad y lograr valoraciones más precisas de la incidencia de esa complicación en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. En los países industrializados, el conjunto de niños con

bajo peso al nacer suelen ser pretérminos con un peso menor de 1500 gr que constituyen el 1% de todos los nacimientos, dando un costo de atención médica durante el primer año de vida de \$ 60.000 en promedio. (Fainete, 2012)

Etiología

Son algunos los estudios que han pretendido establecer las causas de la amenaza de parto pretermino. La hiperdistensión uterina, el aumento de receptores de oxitocina hacia el final de la gestación, la presencia de mediadores celulares como las prostaglandinas y las citocinas, el metabolismo del calcio son algunos de los mecanismos fisiológicos que se han relacionado con el inicio del parto prematuro. (Castro, 2004)

Puede ser de origen multifactorial (Quirós et al., 2015), sus posibles causas se han optado en tres grupos: Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término debido a patología materna-fetal. Rotura Prematura de Membranas -Idiopático: sin causa aparente.

Causas

No existe consenso acerca de las causas que logren producir un parto pretérmino. Diversos autores señalan al parto pretérmino en 2 grandes grupos:

Espontáneo: En este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término.

Iatrogénico: Es aquel que se provoca por indicación médica ante la aparición de una dificultad del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave peligro la vida de la madre, el feto o ambos. La lista de complicaciones incluye:

Preeclampsia severa

Restricción del crecimiento intrauterino

Placenta previa sangrante

Desprendimiento prematuro de la placenta

Rotura prematura de membranas prolongada.(Huertas, 2018)

Fisiopatología

El trabajo de parto pretérmino tiene un origen multifactorial, y es el final del camino de una serie de alteraciones fetales o maternas, creando así una serie de eventos fisiopatológicos que llevan a una prolongación de citoquinas proinflamatorias esencialmente en el líquido amniótico. Debido a que el sistema endocrino y el sistema inmune se regulan mutuamente, entiende que la Hormona liberadora de adrenocorticotropa, es una unidad de medida y regulación de liberación de citoquina. (Iragorri & Rodríguez)

En el miometrio el gen de la conexina 43 y otros productos genéticos se activa para estimular la formación de vínculos entre las membranas celulares de miles de millones de células musculares lisas en el miometrio, estas son necesarias para permitir la contractilidad regulada del trabajo de parto.

Otros autores señalan la existencia de una vía general usual que implica la inversión de la razón estrógenos, progesterona, que induce cambios requeridos antes del parto a término y pretérmino aunque están poco caracterizados en seres humanos ya que el proceso no se puede investigar directamente. Los cambios incluyen la preparación del miometrio para la contractilidad coordinada del trabajo de parto, estimulación de la producción decidual de agentes ecbólicos y maduración cervicouterina por el trascurso de modificación de la sustancia fundamental y colagenolisis. (Iragorri & Rodríguez)

Factores de riesgo

- Nivel socioeconómico bajo.
- Antecedente de parto pretérmino
- Raza negra o etnia afroamericana.
- Ruptura prematura de membranas.
- Edad materna menor de 18 o mayor de 40 años.
- Sangrado de primer o segundo trimestre.
- Historia materna de 1 o más abortos espontáneos en segundo trimestre.
- Gestación múltiple.

Comportamientos maternos:

- Cigarrillo.
- Drogas adictivas o psicofármacos.
- Alcohol.
- Falta de control prenatal.
- Estrés físico, jornadas laborales extenuantes y prolongadas
- Índice de Masa Corporal materno inicial bajo ($< 19,8 \text{ Kg/m}^2$)
- Estrés psicológico, abuso, violencia familiar.

Causas uterinas:

- Miomas.
- Útero bicorne
- Incompetencia cervical.

Causas infecciosas:

- Corioamnionitis.
- Vaginosis bacteriana.
- Bacteriuria asintomática.
- Pielonefritis.
- Colonización cervical o vaginal.
- Enfermedad periodontal

Causas fetales:

- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Anomalías congénitas.
- Muerte fetal.

Otras causas:

- Placentación anormal.
- Polihidramnios.
- Desprendimiento de placenta
- Presencia de DIU retenido.

Clasificación tipos de nacimiento pretérmino

El término prematuro comprende un grupo de niños muy heterogéneo, con edad gestacional, peso de nacimiento por lo que ha sido necesario clasificarlos en subgrupos.

Tabla 1: Tipos de Nacimientos pretérmino

Nacimiento pretérmino	Incidencia (%)
Idiopático o espontáneo	40%-50%
Asociado a Rotura Prematura de Membranas Pretérmino	25%-30%
Indicado (por indicación materno-fetal)	25%-30%

Fuente: (Di Marco, 2015)

Elaborado por: Carolina Lozano.

Tabla 2: Según el peso al nacer

Recién nacidos de bajo peso al nacer	menor a 1.500 g.
Recién nacidos de extremo bajo peso al nacer	menor a 1.000 g.
Recién nacidos micronatos o neonatos fetales	peso entre 500 g y 750 g

Fuente: (Di Marco, 2015)

Elaborado por: Carolina Lozano

Tabla 3: Según la edad gestacional.

Prematuros tardíos:	34 a 36 semanas 6 días
Prematuros moderados :	32 a 33 semanas 6 días
Muy prematuros:	28 a 31 semanas 6 días
Prematuros extremos:	menor o igual a 27 semanas 6 días

Fuente: (MSP M. d., 2015)

Elaborado por: Carolina Lozano.

La mortalidad en el recién nacido prematuro tardío es más alta en comparación a los nacimientos a término ya que tienen un elevado riesgo de presentar diversas complicaciones,

como la taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar persistente, inestabilidad de la temperatura, dificultad para la alimentación, y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales. (MSP M. d., 2015)

Diagnóstico.

Deberá realizarse una correcta anamnesis, en el examen clínico-obstétrico y en la exploración vaginal. Se valorarán los antecedentes de prematurez, la seguridad de la fecha de la última menstruación (FUM) y la edad gestacional, el momento del inicio y las características de las contracciones uterinas y la presencia de síntomas asociada (por ejemplo, las pérdidas de líquido amniótico o hemáticas por los genitales externos, disuria, polaquiuria, fiebre, escalofríos, dolor abdominal). (Di Marco, 2015)

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones:

❖ **Presencia de contracciones uterinas**

Con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25 a 30 segundos de duración mediante la palpación.

❖ **Modificaciones cervicales**

Borramiento del cuello uterino del 50% o menor

Dilatación cervical igual o menor a 3 cm

❖ **Todo ello en una edad gestacional comprendida entre las 22 y 36.6 semanas**

(Di Marco, 2015)

Marcadores bioquímicos.

Fibronectina Fetal: Es una glicoproteína extracelular procedente de la decidua y el corion, encontrada en líquido amniótico. Está presente en secreciones cervicovaginales. La presencia de esta glicoproteína en secreciones vaginales entre las 24 y 34 semanas de gestación ha sido asociada con parto pretérmino.

Estriol.

El estriol es un derivado natural del estrógeno hormonal. Varias semanas antes de que se efectuó el parto pretérmino espontáneo, se produce un ligero incremento de la concentración de estriol en la saliva. Se ha estudiado que la presencia de estriol en la saliva como indicador de riesgo de parto pretérmino.

Marcador predictivo.

Cervicometría: Es el método ideal para la medición de la longitud cervical, diversos estudios han demostrado que la cervicometría tiene un valor predictivo y que los resultados dependen de la edad gestacional. En mujeres que demuestran factores de riesgo es importante requerir una cervicometría entre las 18 y 22 semanas. Cuando el tamaño del cérvix es inferior de 30 mm, el riesgo de prematuridad se aumenta.

Tratamiento.

Una vez diagnosticada, los pilares del tratamiento de la APP son:

Examen genital completo: Introducir el espéculo para visualizar cuello y observar la presencia o no de líquido amniótico a fin de descartar rotura prematura de membranas (RPM).

Reposo en decúbito lateral en ambiente aislado y tranquilo-Colocación de solución salina endovenosa a razón de 100 ml/hora. (Laterra & Andina, 2003)

Tocolíticos: Tiene como finalidad reducir la probabilidad de parto pretérmino en las próximas 48 horas de iniciado el tratamiento. El medicamento de primera línea es el Nifedipino 10 mg, 2 cápsulas blandas v/o cada 20 minutos por 3 veces. A los 10 minutos de la administración del fármaco se controlará DU en 10 minutos, si persiste se administrará la siguiente cápsula hasta un máximo de 3 veces.

Si la DU cede, se continuará con Nifedipino 10 - 20 mg cada 6 horas. (Robert S etc al., 2014)

Corticoides (Para provocar la maduración pulmonar fetal): reduce la severidad, frecuencia, el síndrome de distrés respiratorio, la hemorragia interventricular, las infecciones. Se puede disponer betametasona en dos dosis de 12 mg intramuscular cada 24 horas o dexametasona, 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.

Sulfato de magnesio: La primera función del sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal es comprimir la severidad y peligro de parálisis cerebral (Garcia C, 2015). En los embarazos con edad gestacional mínimo de 32 semanas.

Antibióticos: Según el autor García (2015) Los antibióticos no deben ser utilizados de rutina ya que no prolongan la gestación. Se debe disponer el manejo antibiótico en caso de infecciones que lo ameriten, profilaxis del estreptococo del grupo B y corioamnionitis.

(pág. 85)

Prevención

Progesterona.

En embarazadas asintomáticas con antecedente de parto pretérmino espontáneo y con cérvix corto relatado en ecografía transvaginal recomendamos indicar progesterona vaginal micronizada 200 mg, una vez al día durante la noche desde el inicio del segundo trimestre en adelante o por lo menos hasta la semana 34. (Yanque, 2018)

Ecografía transvaginal (Eco TV).

Mediante la valoración seriada del cérvix uterino es recomendable en las pacientes con antecedente de parto pretérmino, antecedentes de conización realizar ecografías transvaginales en las semanas 18 a 22 en promedio para determinar cambios cervicales predictores de parto pretérmino. Constituyéndose en uno de los predictores más potentes. (MSP M. d., 2017)

Suplementos Nutricionales.

Es importante señalar que toda mujer en edad reproductiva o con planes de embarazo debe tener una dieta equilibrada desde el punto de vista calórico y proteico. Además consumir la suplementación de ácido fólico para evitar defectos congénitos del cierre del tubo neural. El cual debe continuar una vez conseguido el embarazo.

Toda mujer que cursa un embarazo se recomienda una alimentación de proteínas, minerales incluyendo ácidos grasos Omega-3 el cual disminuyen las concentraciones de citoquinas proinflamatorias. (Di Marco, 2015)

1.1.JUSTIFICACIÓN

Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz, mediante una intervención integral y oportuna en acciones de prevención, promoción, curación, rehabilitación, así como intervenciones intersectoriales, puede permitir un importante impacto en la disminución de muertes y complicaciones evitables. Efectuando hábitos saludables, adquiriendo suplementos necesarios, control prenatal para asegurar por lo menos 5 controles en las embarazadas, y así obtener valores más precisos de la incidencia de ese problema en cada país si se desea corregir el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. (M.S.P, 2012)

1.2.OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general:

- ✓ Disminuir la morbilidad neonatal y sus secuelas a corto y largo plazo en embarazo de 32 semanas.

1.2.2. Objetivos específicos:

- ✓ Definir si un deficiente o eficaz control prenatal incrementa la tasa de prematuros.
- ✓ Ofrecer atención especializada a todas las gestantes sobre los signos y síntomas asociados a este problema.
- ✓ Identificación temprana de los factores de riesgo, un diagnóstico precoz e intervención eficaz que ocasiona un parto pretermino.

1.3.DATOS GENERALES

Tabla 4: Datos de Historia Clínica

Nombres	FAZY
Fecha de nacimiento	1996/01/10
Lugar de nacimiento	Quito
Grupo cultural	Mestizo
Edad	23 años
Nacionalidad	Ecuatoriana
Estado Civil	Unión Libre
Grado de Instrucción	Secundaria
Nivel socioeconómico	Medio
Ocupación	Ama de Casa
Dirección	San Pablo
Fecha de Ingreso	2019/04/11

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Carolina Lozano

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Gestante de 23 años de edad primigesta, con antecedentes de complicaciones (amenaza de aborto) y quirúrgicos (apendicetomía hace 2 años). Cuenta con un embarazo de 32.4 semanas por FUM 26/08/2018 y por ECO 33.2 semanas de gestación.

Paciente femenino de 23 años de edad refiere presentar cuadro clínico desde hace 18 horas de evolución dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad que se irradia a región lumbar acompañado con síntomas de disuria, urgencia urinaria y leucorrea vaginal en abundante cantidad fétida. Al tacto vaginal presenta 1 cm de dilatación, borramiento 20% motivo por el que acude a esta casa de salud.

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Tabla 5: Antecedentes personales

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	Apendicetomía hace 2 años
Alergias:	No refiere

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Carolina Lozano

Tabla 6: Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarquia:	13 años
Dismenorrea:	Si
Ciclos menstruales:	regulares
Duración	3-4 días
Inicio de vida sexual activa:	17 años
Parejas sexuales:	2
Paptest:	Normal
Anticoncepción:	Hormonal
Gestas:	0
Vacunas:	Si
Controles:	6
Ecos:	3
Complicaciones:	Amenaza de aborto
Fecha de la última menstruación:	26/08/2018
Fecha probable de parto:	02/06/2019
Edad gestacional:	32.4

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Carolina Lozano

2.2.Principales datos clínico que requiere el paciente sobre la enfermedad actual

(anamnesis).

Gestante de 23 años primigesta con complicaciones al inicio del embarazo con amenaza de aborto, y con antecedente quirúrgico de apendicetomía hace 2 años. Presenta un embarazo de 32.4 semanas de gestación por FUM 26-06-2019 y por Ecografía 33.2 de semanas. Refiere haberse realizado 6 controles prenatales en el subcentro cerca de su domicilio.

Acude al servicio de emergencia por presentar cuadro clínico caracterizado de dolor abdominal en hipogastrio tipo contracción de moderada intensidad de 18 horas de evolución con irradiación a la región lumbar, acompañado de molestias urinarias como disuria y salida de secreción vaginal en abundante cantidad.

Inmediatamente se valora a paciente, donde se evidencia actividad uterina 2 contracciones en 10 minutos de 25 segundos captadas a la palpación y por consiguiente monitoreo fetal reactivo, con línea basal de 140 latidos por minutos. Al tacto vaginal se evidencia 1 cm de dilatación, 20% de borramiento, plano móvil.

Se informa a médico residente sobre el cuadro clínico de la paciente, en donde se decide su ingreso para tratamiento tocolítico para la prevención de un parto pretermino .Se envían exámenes complementarios.

Tratamiento

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 Ml pasar IV a 28 gotas por min.
- Paracetamol 1 gr IV cada 8 horas
- Nifedipino 20 mg dosis inicial, luego 10 mg cada 6 horas.

- Cefazolina 2 gr IV STAT
- Betametazona 12 mg IM cada 24h por 2 dosis.

2.3.Examen físico (exploración clínica)

Tabla 7: Signos Vitales

Condición Paciente:	Consiente, orienta, afebril.	
Presión Arterial:	118/72	SCORE MAMA: 0
Frecuencia Cardiaca:	91	
Frecuencia Respiratoria	18	
Temperatura	36.6	
Saturación de oxígeno	95%	
Estado conciencia	Alerta	
Proteinuria	Negativa	

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Carolina Lozano

Examen Físico

Cabeza: normocefálica móvil

Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado.

Abdomen: globoso ocupado por útero gestante, feto único vivo, cefálico, FCF 140 lpm, movimientos fetales presentes

Altura uterina: 32 cm.

Actividad uterina: 2/10/25 segundos

Genitales: genitales externos normales, de nulípara.

Especuloscopia: Se visualiza cérvix posterior entreabierto. La pared vaginal con presencia de leucorrea blanquecina de consistencia lechosa, en abundante cantidad fétida.

Tacto Vaginal

Dilatación: 1 cm

Borramiento: 20%

Plano: Móvil

Membranas: integras

Miembros inferiores: simétricos no edemas.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 8: Resultados de Examen

Hematológico	
Hematocrito:	43%
Hemoglobina:	13.9
Plaquetas	246.000
Leucocitos:	13.400
Grupo	O
Factor RH	Positivo
Tiempo de Protrombina (TP)	11.5 s
Tiempo de tromboplastina parcial (TTP)	20.7 s

Serología	
VIH	No reactivo
VDRL	No reactivo
Química	
Glucosa en ayunas	76.6
Urea	9.8
Creatinina	0.58
Uroanálisis	
Densidad	1005
PH	7
Hemoglobina	+++
Aspecto	Turbio
Piocytes	Campo lleno
Eritrocitos	8-10
células	Algunas
Bacterias	++
Secreciones vaginales	
Fresco: negativo para trichomonas vaginalis, piocytes +++	
KOH para hongos: negativo	
KOH para aminas volátiles: positivo	
Gram: bacilos grampositivos ++	

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Carolina Lozano

Reporte Ecográfico

Útero gestante, se observa:

Feto único vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo, movimientos fetales espontáneos.

DBP: 8, 35 cm

LF: 6, 44 cm

CA: 29, 42 cm

PESO: 2171 gramos aprox.

Cardiotocografía: Corazón con cuatro cavidades, FCF: 140 latidos por minutos

Placenta:

Fundida anterior, grado II-III de maduración

Líquido amniótico:

Adecuada cantidad

Conclusión: Embarazo único de 33.2 semanas por ECO.

Cardiotocografía fetal

- ❖ Reactivo
- ❖ Categoría I
- ❖ Línea basal de 140 latidos por minutos.
- ❖ Dinámica uterina 2/10

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo

Amenaza de parto pretermino

Infección urinaria

Vaginosis

Diagnóstico diferencial

Vaginosis

Placenta previa

Infección de vías urinarias

Diagnóstico definitivo

Amenaza de parto prematuro+ Infección de vías urinarias + vaginosis bacteriana.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

La mayoría de los embarazos tiene una duración de entre 37 a 42 semanas que es lo que se conoce como embarazo a término. La amenaza de parto pretermino se puede originar entre las semanas 21 y 36.6. Cuando el parto se produce antes de las 21 semanas se refiere aborto y si el embarazo llega más de las 42 semanas se habla de parto tardío. Por debajo y encima de estas semanas, la morbilidad y mortalidad aumenta gradualmente. Si se desencadena el parto entre las 21 y 36.6 semanas el recién nacido será prematuro presentando problemas respiratorios y dificultad en la alimentación.

La principal causa es Idiopática 39% (causa aparente), Iatrogénico en un 33% por indicación médica, debido a complicaciones materno- fetal (Robert S etc al., 2014)

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, conservando valores normales.

Las estadísticas mundiales muestran que 15 millones de nacimientos prematuros ocurren anualmente y 1,1 millones de recién nacidos mueren por complicaciones en el parto. EL 9.6%

se presentan en África y Asia con el 85%. El 7.4% ocurrieron en Europa y Norte América, mientras que 0.9 millones sucedieron en América Latina y el Caribe. En países desarrollados el 50% de infantes nacidos en los Estados Unidos entre la semana 22-25 gestación pueden sobrevivir, en diferencia los infantes nacidos con 32 semanas en países en desarrollo tienen muy poca oportunidad de sobrevivir. (Alvarez y Perez, 2017)

Los principales factores de riesgo que se muestran en la mayoría de las embarazadas siendo de mayor importancia, están los demográficos mostrando edad menor de 18 años o mayor de 40, nivel socioeconómico bajo, inadecuado control prenatal, raza negra, periodo intergenésico menor o igual de 1 año, tabaquismo y abuso de drogas. Problemas obstétricos como infecciones cervico-vaginales, la bacteriuria asintomática, embarazos múltiples y el sangrado vaginal. (Lina P et al., 2015)

2.8.Seguimiento.

El estudio respectivo de la paciente con problemas de amenaza de parto pretermino en una gestante de 23 años de edad nulípara, se efectuó el 11 de abril del 2019, en lo que se puede evidenciar antecedente de amenaza de aborto.

El 11/04/2019 se procedió a realizar exámenes de laboratorio y una ecografía obstétrica. La ecografía reporta feto único vivo, cefálico dorso izquierdo, movimientos fetales espontáneos Frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minutos, líquido amniótico en adecuada cantidad. El uroanálisis indica un PH: 7, Hemoglobina +++, piocitos campo lleno y bacterias +++. Identificando una infección de vías urinarias. Por indicación médico de guardia se realiza plan terapéutico.

Durante su estadía, la paciente responde poco a poco su tratamiento, debido a que sus contracciones no cesan del todo, mostrando en los siguientes días monitoreos fetales con actividad uterina. Se continúa el tratamiento con tocólisis.

Se procede a realizar una ecografía obstétrica y transvaginal de control el día **15/07/2019**, donde informa feto único vivo, cefálico, movimientos fetales espontáneos, líquido amniótico en adecuada cantidad, peso de 2252 gramos, Frecuencia cardiaca Fetal 179 latidos por minutos. Cérvix mide 31.1 mm de longitud.

La Gestante y familiares son poco colaboradores, impacientes, ya que solicitan alta voluntaria, donde se les advirtió sobre las posibles complicaciones materno-fetales que causaría si no recibe un tratamiento completo.

2.9.Observaciones

Durante su hospitalización se realizaron los respectivos procedimientos para el manejo clínico de acuerdo a los protocolos de atención en la amenaza de parto pretermino.

Respondiendo de forma favorable a los antibióticos de amplio espectro durante un lapso de 7 días, donde los más utilizados fueron la Ceftriaxona de 1 mg IV c/12h, Gentamicina 80 mg IV c/8horas, y el Metronidazol 500 mg Óvulos vaginal. Ácido ascórbico 1 gr IV cada día por 3 días, para así disminuir la carga microbiana.

Mediante los controles de uroanálisis realizado los días posteriores al tratamiento se demuestra mejoría al tratamiento antibiótico. Mostrando resultados el día **13/04/2019** obteniendo aspecto turbio, piocitos 2- 4, eritrocitos: 1-2, bacterias +. Por último el examen del **16/04/2019** informa aspecto transparente, piocitos 0-2 eritrocitos 0-1 y bacterias algunas.

Por decisión de ginecólogo de turno, se decide alta hospitalaria en condiciones estables de la paciente y se prescribe cefalexina 500 mg VO c/8h por 5 días con sus respectivas consejerías en nutrición, consejería en lactancia materna, en señales de peligro que debe tener en cuenta la embarazada y control ginecológica por consulta externa.

CONCLUSIONES

Luego del estudio y observación en la paciente, las infecciones de vías urinarias recurrentes así como las infecciones vaginales constituyen un factor de riesgo en la amenaza parto pretérmino en la embarazada de 23 años de edad, por esta razón se plantea la educación adecuada de la paciente y del personal de salud para la detección oportuna y el tratamiento apropiado de las infecciones genitourinarias para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad neonatal subsiguiente a prematuridad.

RECOMENDACIONES

Es recomendable a toda paciente que cursa un embarazo, realizarse los controles prenatales en el primer nivel más cercano a su domicilio con el fin de evitar complicaciones a un futuro, realizándose exámenes de laboratorio como un uroanálisis de control con el fin de detectar a tiempo infecciones urinarias, una biometría hemática para detectar anemia, controlar el peso y todos los factores que conllevan a una amenaza de parto pretérmino. Además tener un correcto estado nutricional de vitaminas, minerales y el consumo de ácido fólico para evitar malformaciones del cierre del tubo neural.

REFERENCIAS

- Donoso Bernal, B. (Medwave 2012 Sep). Parto prematuro. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*.
- Quirós et al. (2015). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*, 76.
- Robert S etc al., J. (2014). Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro. *Clinica las Condes*.
- Alvarez y Perez. (2017). Amenaza de parto pretérmino. *Avances en Enfermería*.
- Castro, M. P. (2004). Matronas profesion. *Amenaza de parto pretermino*, 30.
- Di Marco, I. Y. (2015). Amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretermino espontaneo y rotura prematura de membranas. 27.
- Donoso, B. B. (2012). Parto prematuro. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*.
- Fainete, P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Rev Obstet Ginecol Venez vol.72 no.4 Caracas dic. 2012*.
- Faneite, P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Rev Obstet Ginecol Venez vol.72 no.4 Caracas dic. 2012*.
- Garcia C, O. R. (2015). Guía fármacoterapéutica de amenaza. *Rev. colomb. enferm*, 85.
- Huertas, T. E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- Ibarra, H., & Aparicio, A. M. (2009). Resultados Perinatales en la Amenaza de Parto Prematuro. *Experiencia del hospital de San Pablo,Asuncion.*, 2 (14).
- Iragorri, V. A., & Rodríguez, D. A. (s.f.). *Guía de manejo de trabajo de parto pretérmino*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
- Laterra, C., & Andina, E. D. (2003). Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 32.

Lina P et al. (2015). Progesterona para la prevención del parto pre-término: *Una revision narrativa y recomendaciones*, 22.

M.S.P, M. d. (2009). Guia practica clinica, diagnostico y tratamiento del parto pretermino. *Secretaria de salud*, 8.

MSP, M. d. (2015). Recién nacido prematuro. *Guía de Práctica Clínica*, 14.

MSP, M. d. (2017). Prevención, Diagnóstico y tratamiento del parto pretermino. *Guía de Referencia Rápida*, 5.

Romero, R. M. (2014). Incidencia de nacimientos. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:465-471.

Yanque, R. O. (2018). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú. *Acta méd. Peru*. Peru: Acta méd. Peru.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL PROVINCIAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"
DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA
SERVICIO DE ECOGRAFIA

Guaranda, Fecha (15/04/19) Hora (13:27:09)

NOMBRE:

SRA. FAHING ALEXANDRA ZURITA YANEZ
CC 1720646684

EXAMEN:

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA.

INFORME:

Útero gestante, se observa:

Feto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo, movimientos fetales espontáneos.

DBP: 8,39 cm L.F: 6,57 cm CA: 29,66 cm PESO: 2252 gramos aprox.

Cardiotocografía: Corazón con cuatro cavidades, FCF: 179 latidos por minuto.

Placenta:

Fúndica Anterior, Izquierda, Grado III de maduración.

Líquido amniótico:

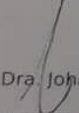
adecuada cantidad.

Cervix: mide 31,1 mm de longitud mayor, medidos desde el OCI hasta el oco.

CONCLUSIÓN:

Embarazo único de 33,5 semanas por Eco +/- 1 semana.

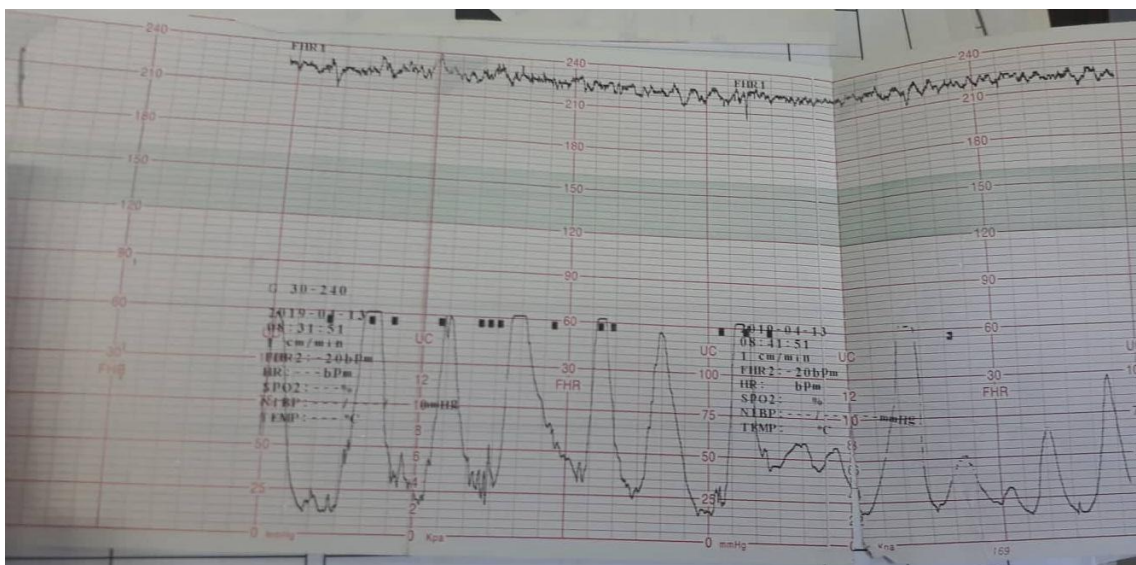
Atentamente


Dra. Johanna Chimbo Ordóñez.
MEDICO HANM

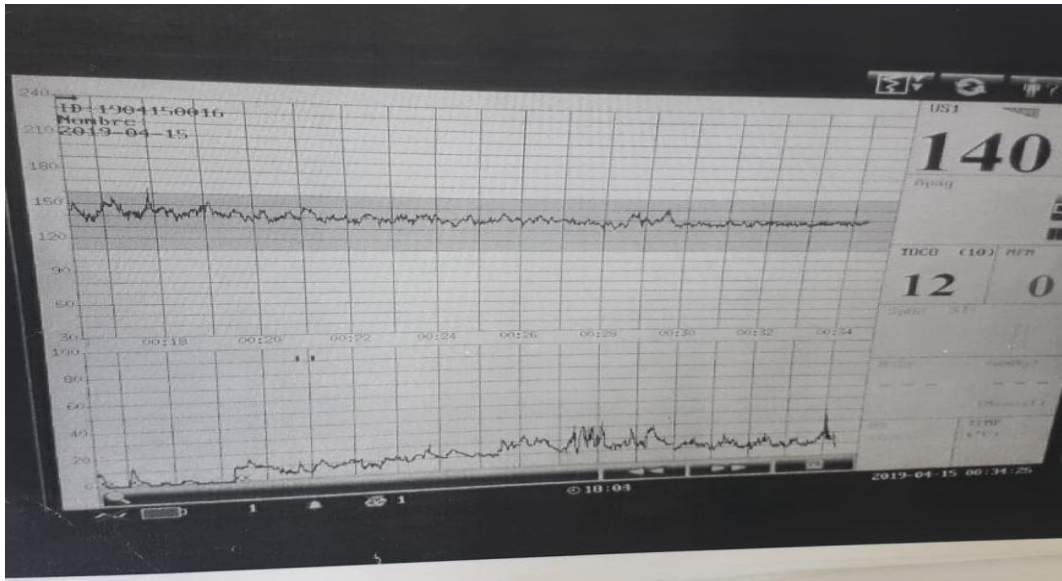
Nota: Ecografía realizada en el hospital a los 2 días ingresada a la paciente. Donde se realiza la longitud del cérvix uterino.



Nota: Monitoreo fetal realizado al momento del ingreso donde se muestra reactivo y con la presencia de contracciones uterinas 2 en 10 minutos.



Nota: Monitoreo fetal realizado días posteriores al ingreso, mostrando contracciones uterinas, reactivo, con línea basal de 149 latidos por minutos.



Nota: Monitoreo fetal realizado un día antes del alta hospitalaria, reactivo con línea basal de 145 latidos por minutos. Se muestra un monitoreo normal.