



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



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetrix**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA.

AUTORA

Evelyn Stefany Yépez López

TUTORA

Dra. C. Ana María Pasos Baño

**Babahoyo- Los ríos- Ecuador
Santa Elena - Santa Elena – Ecuador 2019**



I. TEMA	3
“TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA”	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	6
TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA	7
1.2. CAUSAS DEL PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA... 9	
1.3. ETIOLOGIA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.....	11
1.4. FISIOPATOLOGIA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO	11
1.7. TRATAMIENTO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL TRABAJO DE PARTO DE PRETERMINO	16
1.8. JUSTIFICACION	19
1.9. OBJETIVO GENERAL	20
1.9.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.10. 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.....	25
2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	26
2.6. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	26
2.7. INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	28
2.8 SEGUIMIENTO.....	29
2.9. OBSERVACIONES.....	29
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	34



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



I. TEMA

“TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA”



RESUMEN

La asociación de infecciones vaginales cervicales y embarazo, se ha relacionado con trabajo de parto pretérmino en un 5-10%, con costos elevados de atención por ocupación de cama hospitalaria, antimicrobianos, así como el costo emocional de los familiares, además, las repercusiones en los efectos causados a los prematuros, el objetivo del caso es verificar los procesos aplicados durante el manejo de la vaginosis bacteriana y el riesgo de parto de pretérmino en una gestante de 36 semanas en base al algoritmo de manejo del Ministerio de Salud Pública.

Se presenta caso de primigesta de 36 semanas por ecografía de primer trimestre, acudió autorreferida por presentar dolor en hipogastrio tipo contráctil irradiado a región lumbar de leve intensidad, de aproximadamente 12 horas de evolución. Refiere presentar infecciones vaginales recurrentes (Vaginosis bacteriana). La metodología de diagnóstico se basa en los controles prenatales previos, antecedentes de maduración pulmonar administrada hace un mes, cultivo de secreción vaginal con resultado de Gardnerella vaginalis, se realizó anamnesis y examen físico: edad gestacional, presencia de contracciones uterinas, modificaciones cervicales (borramiento del cuello >50% y dilatación 3 centímetros), se complementó con biometría hemática completa, bioquímica sanguínea, uroanálisis por lo que se diagnosticó trabajo de parto pretérmino asociado a vaginosis bacteriana. Entre los principales factores de riesgo para el parto pretérmino está el antecedente de un parto pretérmino anterior y el diagnóstico por Vaginosis Bacteriana.

PALABRAS CLAVES: VAGINOSIS BACTERIANA, TRABAJO DE PARTO PRETERMINO



ABSTRAC

The association of cervical vaginal infections and pregnancy has been related to preterm labor in 5-10%, with high costs of care due to hospital bed occupation, antimicrobials as well as the emotional cost of relatives, in addition, the repercussions on the effects caused to premature infants, the objective of the case is to verify the processes applied during the management of bacterial vaginosis and the risk of preterm delivery in a 36-week pregnant woman based on the management algorithm of the Ministry of Public Health.

A case of a 36-week pregnancy is presented by first trimester ultrasound, she came self-referred for presenting pain in the contractile type hypogastrium radiating to the lumbar region of mild intensity, of approximately 12 hours of evolution. She refers to having recurrent vaginal infections (bacterial vaginosis). The diagnostic methodology is based on previous prenatal controls, a history of lung maturation administered a month ago, a culture of vaginal discharge with a result of Gardnerella vaginalis, anamnesis and physical examination were performed: gestational age, presence of uterine contractions, cervical modifications (effacement neck > 50% and 3 cm dilation), it was complemented with complete hematic biometry, blood chemistry, urinalysis, for which preterm labor associated with bacterial vaginosis was diagnosed. Among the main risk factors for preterm delivery is a history of a previous preterm delivery and a diagnosis of Bacterial Vaginosis.

KEY WORDS: BACTERIAL VAGINOSIS, PRETERM LABOR



INTRODUCCION

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto pretérmino (P, 2004). Cada año se estima que se producen alrededor de 15 millones de partos pretérminos, y estas cifras están incrementando a nivel mundial. De estos, el 70 a 80% se deben a partos prematuros espontáneos y el 20 a 30% restante a causas iatrogénicas, incluyendo problemas materno-fetales. (COBA, 2019), el objetivo del caso es verificar los procesos aplicados durante el manejo de la vaginosis bacteriana y el riesgo de parto de pretérmino en una gestante de 36 semanas en base al algoritmo de manejo del Ministerio de Salud Pública.

En este documento se detalla como las infecciones vaginales pueden desencadenar un trabajo de parto pretérmino, y posibles complicaciones al neonato. Se presenta caso de primigesta de 36 semanas de gestación, acudió a unidad de salud por presentar dolor tipo contráctil en región lumbar de moderada intensidad de evolución 12 horas. Antecedente de infecciones vaginales recurrentes. Se realizó valoración y se diagnosticó trabajo de parto pretérmino.

Por lo expuesto, se recalca la necesidad de la prevención primaria, ya que una parte de los partos pretérminos son evitables cuando se identifican los factores de riesgo. La identificación de los factores, así como la adecuada intervención durante los controles en el embarazo, ayudará a reconocer y actuar a tiempo sobre las comorbilidades que se presentan, y sobre todo reducir las cifras de morbimortalidad neonatal, así como sus complicaciones.



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA

La Organización Mundial de la Salud considera nacido pretérmino a “Aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), independiente del peso al nacer”. Con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación, en: moderado (33–36 semanas), muy pretérmino (28–32 semanas) y extremadamente pretérmino (< 28 semanas) (1, 3, 17). Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años. (Huaoroto, 2013)

Se define como 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). 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)

El parto pretérmino es un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia



broncopulmonar o apneas. Por consiguiente, la sobrevida neonatal es dependiente de la madurez del neonato y aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día impacta críticamente y disminuye el riesgo de mortalidad y complicaciones. Un nacimiento prematuro se define comúnmente como aquel que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de finalizar las 37 semanas, independientemente del peso al nacer. De la misma manera, Amenaza de Parto Pretérmino (APP) consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares en este mismo rango de tiempo, asociado a cambios progresivos del cérvix, tales como dilatación y borramiento característicos. (GARCIA, 2009).

El parto pretérmino representa un problema obstétrico que contribuye incluso con el 70% de la mortalidad perinatal. La mortalidad aumenta desde el 2% en niños nacidos a las 32 SDG hasta más de 90% en niños nacidos a las 23 SDG. Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino. De las infecciones más frecuentes que lo pueden desencadenar se mencionan las genitourinarias. (Vasquez, 2018)

La vaginosis bacteriana es una disbacteriosis, con distribución errónea de la población bacteriana que compone la flora vaginal normal. Existe alteración de la flora normal, con reducción de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno y aumento en la prevalencia y concentración de *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y anaerobios *Mobiluncus* sp., *Prevotella* sp., *Bacteroides* sp. y *Peptostreptococos*, con interacción de los mismos como centro de la patología de la vaginosis bacteriana. Respecto al inicio prematuro del trabajo de parto que se presenta en la vaginosis bacteriana, las especies de bacterias y de estreptococos que se encuentran con frecuencia en esta patología, son 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. (Wen, 2014)

1.2. CAUSAS DEL PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA.

Actualmente se considera al parto pretérmino 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:

1. 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.

2. 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.

El estudio de las causas de parto pretérmino se restringe al parto pretérmino espontáneo. La evidencia actual sugiere dos grandes grupos de causas:



- a. Intrínsecas, que comprenden
- Activaciones hormonales
 - Activaciones neurales.
- b. Extrínsecas, entre las que se encuentran
- Sobredistensión uterina
 - Infecciones maternas
 - Isquemia uteroplacentaria
 - Malformaciones uterinas
 - Enfermedades cervicales
 - Estrés.

Fuente: (Tacchino, 2018)

En la siguiente tabla detallaremos los factores de riesgo que desencadenan un trabajo de parto pretérmino.

CAUSAS OBSTETRICAS	CAUSAS NO OBSTETRICAS
Antecedentes de partos pretérmino anteriores.	Bajo nivel socioeconómico.
Antecedente de aborto tardío (posterior a las 17 semanas).	Edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años.
Antecedente de fetos muertos. Antecedentes de ruptura prematura de membranas.	Stress, abuso doméstico, violencia familiar.
Infecciones urinarias.	Índice de masa corporal inicial bajo (<percentil 10).
Pielonefritis.	Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.



Vaginosis bacteriana.	Intervenciones abdominales durante el embarazo.	quirúrgicas
------------------------------	--	-------------

Fuente: GUIA PRACTICA CLINICA (RAMON SARDA , 2011)

1.3. ETIOLOGIA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

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. (VALVERDE, 2012)

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 espontaneo con la detección temprana y tratamiento de infecciones vaginales. (AVILA, 2010)

1.4. FISIOPATOLOGIA DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO



Las vías demostradas para la invasión microbiana de la cavidad amniótica son la ascendente desde la vagina y el cuello uterino, la hematógena transplacentaria por infección sistémica, la retrógrada desde la cavidad peritoneal -apendicitis, absceso- y la introducción accidental por procedimientos invasores - amniocentesis, muestreo percutáneo de sangre fetal, biopsia de vellosidad corial, colocación de shunt-, siendo de todas ellas, la ruta ascendente la vía más frecuente de Infecciones Uterinas. (HASBUN, 2000)

En la primera etapa hay un sobre crecimiento de microorganismos patógenos o facultativos en la vagina y cuello uterino, por ejemplo: Vaginosis bacteriana (VB). En la segunda etapa los microorganismos acceden a la cavidad uterina localizándose en la decidua y generando una reacción inflamatoria local, - deciduitis- y posterior extensión al corion. En la tercera etapa la infección alcanza el amnios -amnionitis- y la cavidad amniótica. (HASBUN, 2000)

En el Parto Pretérmino debe considerarse que los macrófagos son células presentes en la decidua materna, fetal y en la placenta y que son activados por los productos bacterianos liberando las citoquinas proinflamatorias citadas, desde la interfase coriodecidual, las que, actuando como mediadores, aumentan la producción de prostaglandinas por el amnios, corion y decidua. Las prostaglandinas son mediadores claves en los mecanismos bioquímicos que regulan el desencadenamiento del parto ya que inducen contractilidad miometrial y cambios en la matriz extracelular por aumento de la actividad colagenolítica asociada al borramiento y dilatación cervical. Además, las citoquinas, como mediadores de infección, pueden inducir liberación de proteasas (colagenasas, elastasas) que alteran la estructura de las membranas favoreciendo su rotura. (HASBUN, 2000)



La presencia de vaginosis bacteriana, es un factor de riesgo. Se caracteriza por la alteración de la flora vaginal normal, con disminución de los lactobacilos e incremento de bacterias gramnegativas y anaerobias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *peptoestreptococcus*) y micoplasmas genitales. Los microorganismos involucrados en la vaginosis bacteriana 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. Los lactobacilos, componentes importantes de la flora normal vaginal, protegen a que se incremente el riesgo. La producción de enzimas virulentas, como mucinasa y sialidasa por estos microorganismos cervicovaginales, juegan rol importante en la perturbación de los mecanismos de defensa cervical e intrauterino, permitiendo el ascenso de estos microorganismos a la cavidad uterina y se favorece de esta manera la corioamnionitis y endometritis. (Iglesias, 2007)

1.5. SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA

Los síntomas que indican Trabajo de Parto Pretérmino 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.

Los indicadores clínicos son las contracciones uterinas y los cambios cervicales, los cuales son conocidos como predictores biofísicos. (Cuartas, 2002)

1.6. DIAGNOSTICO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ASOCIADO A VAGINOSIS BACTERIANA.



Principalmente se basa en tres elementos: edad gestacional, características de las contracciones uterinas y el estado del cuello uterino. Cuando estos signos y síntomas no son evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de algún factor que eleva el riesgo de prematuridad (partos previos de pretérmino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc.). La edad del embarazo oscila entre las 22 semanas y las 36 semanas con 6 días de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen dicha edad gestacional. (Barrios, 2012)

Cuando hay dudas sobre la fecha de la última menstruación o esta se desconoce, el tamaño y la madurez fetal son los signos de mayor importancia. La actividad uterina sola puede ser desorientadora debido a las contracciones de Braxton-Hicks. Estas contracciones, descritas como irregulares, no rítmicas y dolorosas o indoloras pueden suscitar confusión considerable en el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad gestacional. Las contracciones de un trabajo de parto se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. En el cuello uterino se deben apreciar modificaciones con relación al último examen vaginal realizado. (Barrios, 2012)

Los principales signos a tener en cuenta son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino, así como el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares. Los cambios cervicales han de ser importantes para ser tenidos en cuenta, dada la subjetividad del método que los valora. Las modificaciones deben sobrepasar los cambios fisiológicos del cérvix, que es dable esperar de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el último examen y el actual. Estos síntomas y signos constituyen la base para establecer el diagnóstico:



1. Cuatro contracciones en 20 minutos, u ocho en 60 minutos, más cambio progresivo del cuello uterino.
2. Dilatación cervicouterina de más de 1 centímetro.
3. Borramiento del cuello uterino de 80% o más. (Barrios, 2012)

Para la detección de vaginosis bacteriana se investigará el valor de las pruebas de detección firmes aplicados del tamizaje universal de vaginosis bacteriana.

Estudio diagnóstico	Categorías
Criterios de Amsel (3 de 4 presentes es diagnóstico)	Características del flujo: homogéneo, delgado y blanco. Presencia de células guía al microscopio. PH del flujo vaginal >4,5 .Olor a pescado con KOH al 10%
Tinción de Gram (evaluada con los criterios de Hay & Ison)	1.Grado 1 (normal): predominio de lactobacilos. Grado 2 (intermedio): flora mixta con algunos lactobacilos presentes, pero se observan morfotipos de Gardnerella y/o Mobiluncus. Grado 3 (vaginosis bacteriana): predominan morfotipos de Gardnerella y/o Mobiluncus. Hay otros grados adicionales que no se han relacionado con la clínica características: Grado 0: no hay presentes Grado 4: predomina como Gram positivos
Índice de Nugent	Se deriva de estimar las proporciones relativas de morfotipos bacterianos para asignar un valor entre 0 y 10. Un valor <4 es normal, de 4 –6 es intermedio y >6 es vaginosis bacteriana.

FUENTE: (SILVA, 2019)



1.7. TRATAMIENTO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA EN EL TRABAJO DE PARTO DE PRETERMINO

TRATAMIENTO TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

En las últimas décadas la frecuencia del parto Parto Pretérmino ha permanecido sin grandes variaciones, a pesar de la aparición de nuevos agentes tocolíticos. El manejo tradicionalmente se ha dividido en: medidas generales, uso de esteroides, tocolíticos y antibióticos.

MEDIDAS GENERALES. El reposo en cama y la hidratación parecen no mejorar la frecuencia de nacimientos pretérmino, por lo que no deben ser recomendados rutinariamente.

TOCOLÍTICOS

Se han descrito diversos medicamentos enfocados a la inhibición de la actividad uterina para reducir la mortalidad perinatal y la morbilidad asociada a la prematuridad severa. Para determinar cuál es el mejor tocolítico se deben conocer los beneficios, efectos secundarios, su costo de aplicación, la factibilidad de uso, disponibilidad y la posibilidad de traslado a un hospital de tercer nivel. (Méndez, 2010)

En las guías clínicas revisadas, los agentes tocolíticos mencionados que tienen menores efectos colaterales maternos y fetales son: los inhibidores de los receptores de oxitocina (Atosigan) y los bloqueadores de los canales de calcio (Nifedipina), aunque también los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (Indometacina); se recomienda no utilizarlos después de la semana 32 de gestación ni más de 48 horas. Las drogas tocolíticas pueden prolongar el embarazo de 2 a 7 días, tiempo necesario para la administración de la terapia con



esteroides para la madurez pulmonar y considerar trasladar a la paciente a un tercer nivel de atención. (Méndez, 2010)

Las contraindicaciones generales para el uso de tocolíticos son: preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta, amnioititis, malformación congénita y anormalidades cromosómicas letales; muerte fetal, dilatación cervical avanzada, evidencia de compromiso fetal (registros cardiotocográfico anormales) o insuficiencia placentaria y restricción del crecimiento intrauterino severo. (Méndez, 2010)

El uso de esteroides debe hacerse siempre que se presente el Parto Pretérmino y debe darse el esquema completo con el objeto de reducir la incidencia y severidad del síndrome de dificultad respiratoria y facilitar el manejo en una unidad de cuidados intensivos neonatales. El esquema debe administrarse entre las semanas 24-34, los esteroides que han demostrado beneficio y que no existen estudios que demuestren diferencia entre ambos en su efecto protector son: Betametasona 2 dosis de 12 mg cada 24 h IM y Dexametasona a dosis de 6 mg cada 12 h (4 dosis) IM.

ANTIBIÓTICOS: Es controvertido su uso; si el Parto Pretérmino se asocia con Rotura Prematuro de Membrana sí está indicado; de no ser así, el uso de antibiótico está sujeto

- a. biometría hemática alterada, la presencia de cultivos positivos (vaginal, urinario), principalmente la presencia de estreptococo del grupo
- b. El uso de antibiótico no debe ser utilizado para prolongar el embarazo, sino como profilaxis en pacientes con estreptococo del grupo B. (Méndez, 2010)



TRATAMIENTO DE VAGINOSIS BACTERIANA

	Terapias orales	Terapias intravaginales
Medicamento de elección	Metronidazol: 500 mg dos veces al día durante siete días Metronidazol: 250 mg tres veces al día durante siete días	Metronidazol: un óvulo de 500 mg diario intravaginal por siete días
Medicamento alternativo	Clindamicina: 300 mg dos veces al día por siete días	Clindamicina: aplicar 5 gramos (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina por la noche, durante siete días.

FUENTE: (PUBLICA, 2014)



1.8. JUSTIFICACION

Cada año en Ecuador ocurren alrededor de 4.9-7% de partos de pretérmino entre ellos el 4.1% está relacionado a un tipo de infección vaginal, el porcentaje de muertes neonatales secundarias al parto de pretérmino es de alrededor de 50%.

El costo diario de hospitalización representa 50%. Realizar el diagnóstico de las infecciones vaginales se lo puede realizar durante el control prenatal, la educación materna se vuelve fundamental en el reconocimiento de los signos de alarma. El costo del diagnóstico y tratamiento de una infección vaginal es de aproximadamente de 50-80%. Por esto se vuelve imprescindible el análisis y exposición de esta patología que tan frecuente puede resultar a veces desapercibida o subestimada dentro de la población de mujeres en edad fértil.

El presente caso clínico tiene como objetivo asociar las infecciones vaginales al trabajo de parto pretérmino en una gestante de 36 semanas. Es importante identificar los factores de riesgo de la gestante, las señales de alarma, las causas que producen un trabajo de parto pretérmino entre ellas infecciones vaginales recurrentes ya que puede conllevar consecuencias significativas para el neonato.



1.9. OBJETIVO GENERAL

Verificar los procesos aplicados durante el manejo de la vaginosis bacteriana y el riesgo de parto de pretérmino en una gestante de 36 semanas en base al algoritmo de manejo del Ministerio de Salud Pública.

1.9.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la vaginosis bacteriana durante la segunda mitad de la segunda mitad de la gestación.

Exponer las posibles causas de parto de pretérmino a las 36 semanas de gestación.



1.10. DATOS GENERALES

CODIGO: 00003	SEXO: Femenino
	EDAD: 20 años
FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/2000	ESTADO CIVIL: Unión libre
NACIONALIDAD: Ecuatoriana	OCUPACION: Ama de casa
DIRECCION: Zapotal (Santa Elena)	RAZA: Mestiza
NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONOMICO: BAJO	RELIGION: Ninguna
NIVEL DE ESTUDIO: Secundaria	HOSPITAL: Hospital Rafael Serrano " La Libertad"
FECHA DE INGRESO: 04/07/2020	FUM: 20/10/2019

Elaborado por: Estudiante egresada Evelyn Yopez.

2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Gestante primigesta de 20 años de edad, fecha de ultima menstruación (03/11/2019), acudió autorreferida al área de emergencia cursando un embarazo de 34 semanas por fecha de ultima menstruación y 36 por ecografía del primer trimestre de gestación, por presentar dolor en hipogastrio, tipo contracción irradiado a región lumbar de leve intensidad de aproximadamente 12 horas de evolución. Sus Controles prenatales fueron realizados en Centro de Salud Santa Elena, refirió que le realizaron maduración pulmonar hace un mes.



2.2 HISTORIAL CLINICA DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	Infecciones vaginales recurrentes
Antecedentes patológicos familiares	DIABETES, HIPERTENSION (PADRES)
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-obstetricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 5 días
Inicio de vida sexual:	17 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 0	abortos: 0
Partos: 0	cesáreas: 0
Fecha de la última menstruación:	20/10/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	4
Ecografías:	3
Edad gestacional:	34 semanas por FUM Y 36 semanas por ecografía del primer trimestre.
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Evelyn Yopez



ANAMNESIS

Gestante primigesta de 20 años de edad, fecha de última menstruación (03/11/2019), sin antecedentes personales de importancia, acudió autorreferida al área de emergencia cursando un embarazo de 34 semanas por fecha de última menstruación y 36 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre, presentando dolor en hipogastrio, tipo contráctil irradiado a región lumbar de leve intensidad, de aproximadamente 12 horas de evolución.

Se realizó valoración ginecológica, al tacto 3 cm de dilatación, Borramiento: 50%, membranas integra planas por lo cual paciente se encontró en trabajo de parto pretérmino, Fase latente, se realizó monitoreo fetal categoría I, actividad uterina 2/10, se decidió ingreso para posterior seguimiento. Paciente refirió haber recibido maduración pulmonar de hace un mes. Porque presento misma sintomatología.

2.3 EXPLORACION CLINICA

Se detalla exploración de la paciente:

GENERAL: Consciente, Orientada.

CABEZA: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

CUELLO: sin adenopatías.

TÓRAX: simétrico expansible, cardiopulmonar normal.

MAMAS: simétricas, no dolorosas al palpar, no masas ni tumoraciones.

ABDOMEN: globuloso compatible con embarazo, altura uterina 30 Cm maniobras de Leopold producto único vivo, longitudinal cefálica, dorso derecho. Fcf; 145 lpm, movimientos fetales presentes, dinámica uterina a la palpación 2/10.

GENITALES: a la especuloscopia se evidencia flujo vaginal blanco homogéneo en leve cantidad, con olor a pescado relacionado a una vaginosis bacteriana, no se observa lesiones papilomatosas, ni cervicitis. Al tacto vaginal: cérvix anterior, corto, DILATACION 3 CM. Borramiento 50% I plano, membranas integra planas.

EXTREMIDADES: sin patología aparente, no edemas.



Signos vitales Score mama:0

Fuente: Valores de referencia Score Mama (libertad, 2020).

CLASIFICACION DEL SCORE MAMA	PARAMETROS DE LA PACIENTE
Sístole	100
Diástole	70
Frecuencia cardiaca	100
Frecuencia respiratoria	20
Temperatura	36.5
Saturación de oxígeno	99
Estado de conciencia	Alerta
Proteinuria	(-)

Elaborado por estudiante egresada Evelyn Yopez.



2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Se realiza exámenes de laboratorio al ingreso:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS			
BIOMETRIA HEMATICA	BIOQUIMICA SANGUINEA	UROANALISIS	ECOGRAFIA 02/06/2020
Leucocitos #11.49 Neutrófilos #64.9 Hemoglobina #12.0 Hematocrito #35.6 Plaquetas #219.0	Glucosa # 90.9 Urea #20.72 Ácido úrico #4.02 Tgp #9.03 Tgo #33.97	COLOR AMARILLA CLARA ASPECTO LIGERO TURBIO DENSIDAD 1.025 PH 6.0 LEUCOCITOS 1-2 POR CAMPO BACTERIAS ++	TRAE ECOGRAFIA- REPORTA: feto único, cefálico dorso anterior izquierdo longitud. Mediciones DBP:7.3CM, DFO 8.8 CM, LF;5.3CM, CC: 25.6 CM, CA: 25.5CM, ILA: 17CM, Placenta derecha posterior madurez grado 1/3, feto fetal 1380gr, edad ecográfica 29 semanas. FPP:22/08/2020. GESTACION UNICA DE 29 SEMANAS.

FUENTE: Elaborado por estudiante egresada Evelyn Yopez.



2.5. FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

El diagnóstico definitivo de trabajo de parto pretérmino asociado a vaginosis bacteriana, se basó en los criterios clínicos, como es examen físico mediante: edad gestacional, modificaciones cervicales, (dilatación-borramiento), contracciones uterinas presentes.

El diagnóstico de vaginosis bacteriana según los criterios de Amsel en donde paciente presento 3 criterios: flujo vaginal, pH >4.5, olor a pescado.

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

INGRESO: 04/07/2020 20:00 PM

Gestante de 20 años de edad ingresa el 04/07/2020 por presentar dolor tipo contráctil, dilatación 3cm, más flujo vaginal blanco homogéneo en leve cantidad, relacionada a vaginosis bacteriana, refiere presentarla durante todo el embarazo, habiendo recibido tratamiento CLOTRIMAZOL 200MG cada noche por 3 días, por lo que dicho flujo permanecía y no cedía.

04/07/2020 21:00 PM

Se ingresa a la gestante a sala de hospitalización ginecología con diagnóstico definitivo de trabajo de parto pretérmino, donde se realiza rastreo ecográfico: feto único vivo longitudinal dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minutos, edad gestacional 35.6 semanas, placenta fundica posterior grado II/III de maduración, donde se decide evolución espontanea, con valoración ginecológica cada 4 horas, monitoreo fetal cada 4 horas, score mama cada 4 horas.

TRATAMIENTO

Cloruro de sodio 0.9% 1000ml 30 gotas cada minuto

Metronidazol 500 mg cada 8 horas.

05/07/2020 01:00 AM

Score mama:0



Se realiza valoración ginecológica monitoreo fetal donde la gestante se encuentra parada caminando, orientada en tiempo y espacio, presenta cuello anterior, dilatación de 6 cm, borramiento 70%, segundo plano, membranas abombadas.

Monitoreo fetal: categoría I, frecuencia cardiaca fetal 135 latidos por minutos, presencia de aceleraciones y desaceleraciones, actividad uterina 3/10.

05/07/2020 05:00 AM

Score mama:0

Se realiza valoración ginecológica monitoreo fetal donde la gestante se encuentra orientada en tiempo y espacio, presenta cuello anterior, dilatación de 9 cm, borramiento 80%, segundo plano, membranas abombadas.

Monitoreo fetal: categoría I, frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minutos, presencia de aceleraciones y desaceleraciones, actividad uterina 3/10.

05/07/2020 09:00 AM

Score mama:0

Se pasa paciente a sala de parto, con dilatación completa donde se realiza parto eutócico sin ninguna complicación, se obtiene neonato masculino, bajo peso 36 semanas, se ingresa a sala de neonatología.

Se pasa a paciente a sala de postparto para observación, donde se realiza masaje uterino por 2 horas para evitar hemorragias postparto, y toma de signos vitales, donde no presenta ninguna complicación durante las 2 horas.

05/07/2020 11:00

Se pasó a sala de hospitalización, para observación a las 24 horas valorar su alta.



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

Dentro de la guía práctica del ministerio de salud pública sobre diagnóstico y tratamiento de infecciones vaginales, el algoritmo del manejo de las infecciones vaginales encontramos lo siguiente:

Mujer gestante y no gestante con flujo vaginal anormal, prurito o ardor vulvovaginal, se debe realizar; Anamnesis, examen físico externo, especular y bimanual, determinar factores de riesgo. Realice tratamiento sintomático según sospecha diagnóstica. Realizar un examen microscópico, Gram y fresco de la secreción vaginal si mujeres de alto riesgo. Si presenta más de 3 Criterios de Amsel se debe dar Tratamiento para vaginosis bacteriana. (ANEXO 1)

Dentro de la guía de control prenatal del ministerio de salud pública encontramos que en las consultas prenatales se debe realizar tamizaje de infección vaginal. No realizar detección de infección vaginal asintomática. En caso de presentar síntomas corroborar diagnóstico con exudado y cultivo vaginal y proporcionar tratamiento.

Cabe mencionar que cuando se diagnostica esta patología se requiere de un seguimiento oportuno, para así evitar complicaciones materno-fetales, si mejoraríamos la atención desde el primer nivel y visitas domiciliarias, disminuiría la incidencia del mismo, ya que el parto pretérmino se debe a muchas causas y no solo por la vaginosis bacteriana.



2.8 SEGUIMIENTO

Durante el ingreso de la paciente, se realizó manejo correspondiente, donde se decidió seguimiento de trabajo de parto, luego de valorar condiciones; donde se observó que paciente no presentaba ninguna complicación para terminar gestación por vía vaginal, ya que mediante el examen físico se pudo observar que no presentaba lesiones, ni pápulas condilomatosas, presentaba pelvis útil, flujo homogéneo leve, membranas íntegras se administra medicación para manejo de vaginosis bacteriana.

Durante todo el proceso se realizó un seguimiento de 13 horas de evolución de trabajo de parto en donde, gestante y producto, no presentó ninguna complicación, se pudo obtener un parto eutócico sin complicaciones, neonato sexo masculino bajo peso, donde se ingresó a sala de neonatológica.

Luego de cumplir observación 24 horas, y realizarle exámenes complementarios postparto a paciente se da alta por no presentar ninguna novedad, se envía tratamiento correspondiente para vaginosis bacteriana, seguida de hierro+ ácido fólico una tableta diaria.

2.9. OBSERVACIONES

El presente caso clínico se basó en la investigación en diferentes bibliografías con la finalidad de un correcto manejo para evitar un trabajo de parto pretérmino.

En este caso se debe destacar el manejo que recibió la paciente sobre el tratamiento para la Vaginosis Bacteriana, debemos tener en cuenta el tipo de patología y la medicación correspondiente.



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



Una de las recomendaciones primordiales sería un tamizaje vaginal a toda paciente que presente algún signo y síntoma y reciba tratamiento correspondiente para así disminuir incidencia de parto pretérmino, ya que la Vaginosis Bacteriana puede desencadenar complicaciones en mujeres embarazadas, como corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, endometritis posparto, infecciones del tracto urinario alto y otras patologías ginecológicas. Entre ellas, una de las más importantes; la enfermedad pélvica inflamatoria, puede generar infertilidad en la mujer.

Debido a lo antes mencionado se realizó el tratamiento correspondiente a la paciente, seguida de consejería de anticoncepción y educación sexual, como medida de prevención.



CONCLUSIONES

La recurrencia de dicha infección vaginal produjo el desencadenamiento de trabajo de parto pretérmino, Gardnerella. vaginalis, está presente en el 95% de las pacientes que cursan con vaginosis bacteriana, su adquisición aumenta con el acto sexual y algunos contactos sexuales que no impliquen necesariamente la penetración (el sexo oral y la masturbación también se han visto asociados). (Andrés Zúñiga^{1,a}, Fabián Tobar-Tosse^{2,a}, 2015).

Entre los principales factores de riesgo para el parto pretérmino está el antecedente de un parto pretérmino anterior y el diagnóstico por Vaginosis Bacteriana. En el año 2000, se realizó un ensayo clínico donde no se logró probar la reducción del riesgo de parto pretérmino, en mujeres embarazadas tratadas con antibioticoterapia con vaginosis bacteriana asintomática.

El tamizaje de la vaginosis bacteriana y su tratamiento reducen la incidencia del parto pretérmino, pero solo en aquellas mujeres que tienen antecedentes de partos prematuros.

La mejor manera de evitar este tipo de casos es mediante la prevención y el correcto manejo de las pacientes que presente vaginosis bacteriana, tratar el problema a tiempo y evitar complicaciones maternas-neonatales.



BIBLIOGRAFIA

APP, C., & Sin, A. P. P. (2004). PREVALENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA EN AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

Ayala Coba, A. A. (2019). Prevalencia del parto pretérmino y factores maternos del mismo en el Hospital Pablo Arturo Suárez de mayo del 2017-abril 2018.

Huertas Tacchino, Erasmo. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(3), 399-404

Huaroto-Palomino, K., Paucca-Huamancha, M. A., Polo-Alvarez, M., & Meza-Leon, J. N. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Revista Médica Panacea, 3(2).

Wen, A., Srinivasan, U., Goldberg, D., Owen, J., Marrs, C. F., Misra, D., ... & Abbas, K. (2014). Selected vaginal bacteria and risk of preterm birth: an ecological perspective. The Journal of infectious diseases, 209(7), 1087-1094.

Acuña, T. M. (2017). Parto pretérmino. Revista Médica Sinergia, 2(9), 12-14.

Avila, L. L., Ortiz, F. M., Estrada, V. F. M., Zumara, M., Rodriguez, R., Navidad, M.

G. L., & Gutiérrez, C. L. L. (2010). Infección por cándida y vaginosis bacteriana y su asociación con parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. Rev Med UAS Nueva época; Vol, 1(1).

Valverde, R. T. (2012). Vaginosis bacteriana. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, 69(602), 183-187.



Iglesias, M., Samoroo, J., Casanova, E., & Uzcátegui, O. (2007). Parto pretérmino: valor predictivo del estriol salival, vaginosis bacteriana y longitud cervical. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 67(3), 143-151.

HASBUN, J., & HUSBUN, A. (2000). Infección y parto prematuro: Enlace epidemiológico y bioquímico. *Revista chilena de infectología*, 17(1), 7-17.

Calle, A. M. C. (2002). Predicción de trabajo de parto pretérmino espontáneo. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53(4), 341-354.

Díaz Silva, T. L., & Guevara Suárez, N. R. (2019). Infecciones vaginales como factor de riesgo en amenaza de parto pretérmino en el Hospital General Teófilo Dávila (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia)

López, Á. G. A., Ortiz, S. R., Solís, G. J., Méndez, J. A. A., Rodríguez, O. S., Ramos, J. N., & Bosch, M. R. R. (2010). Diagnóstico y manejo del Parto Pretérmino.

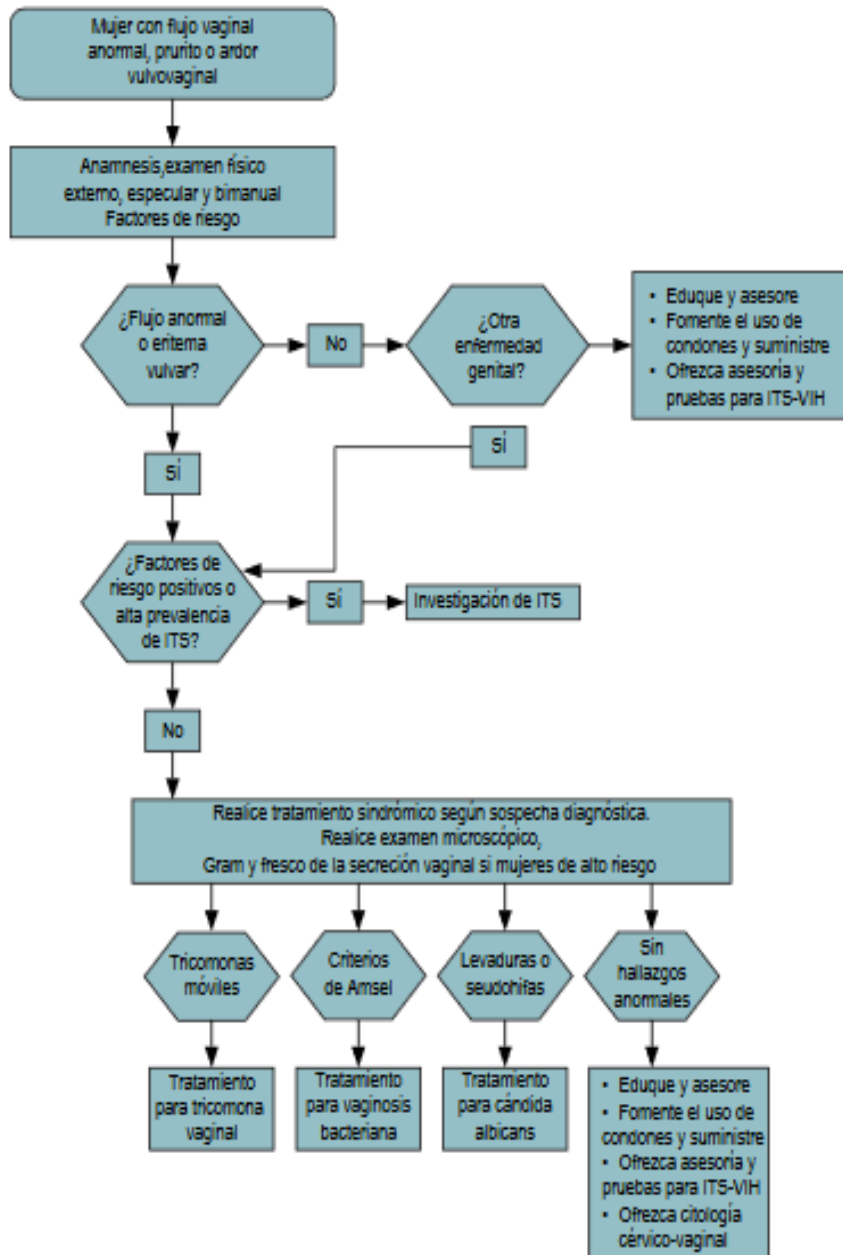
Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia. *Guía de Práctica Clínica*. Quito: MSP; 2014.

Escobar-Padilla, B., Gordillo-Lara, L. D., & Martínez-Puon, H. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(4), 424-428.

Martínez, W. M. (2013). Actualización sobre vaginosis bacteriana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4), 427-441.

ANEXOS

ANEXO 1 FLUJOGRAMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN VAGINAL EN LA EMBARAZADA





ANEXO 2. ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE 13/01/2020

UTERO: En antroversión, en el fondo se observa un saco gestacional con doble reacción coriódécidual, que mide 65 mm y corresponde 12 s en el interior se observa embrión de morfología y actividad embriocardiográfica.

C R L: Mide 53 mm y corresponde a 12 semanas 3 días +/- 1 semana.

FRECUENCIA CARDIACA: Positivo

OVARIO DERECHO: Normoecogénico

OVARIO IZQUIERDO: Normoecogénico

PLACENTA: En formación circular (relación saco amniótico y embrión)

FECHA PROBABLE DEL PARTO: 03 de septiembre del 2020

IDG: EMBARAZO DE 12 SEMANAS 1 DÍAS +/- 1 SEMANA.