



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD

CARRERA DE OBSTETRICIA

Dimensión practica del examen complexivo previo a la Obtención del grado académico de Obstetra- obstetriz

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“CONDUCTA OBSTETRICA ANTE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN MULTIPARA DE 27 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE +/-33 SEMANAS

AUTOR

Nicole Margarita Asencio Moran

TUTOR

Dr. Andrés Escudero Castro

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

Milagro - Ecuador

2021



INDICE

INDICE.....	2
AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
TEMA.....	6
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCION	9
I. MARCO TEORICO.....	10
1.1 DEFINICION.....	10
CAUSAS.....	10
ETIOLOGÍA.....	12
FISIOPATOLOGIA	13
OTROS FACTORES.....	14
Factores fetales	16
Yatrogenia	17
SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	17
COMPLICACIONES	17
DIAGNOSTICO.....	18
TRATAMIENTO.....	19
PREVENCIÓN	21
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	21
1.2 OBJETIVOS	22
1.3 DATOS GENERALES.....	23
2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	24
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	24
2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	25
2.3 ANAMNESIS.....	26
2.4 EXPLORACIÓN CLÍNICA.....	26



.....	27
2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	28
REPORTE DE RESULTADO DE TAMIZAJE.....	31
2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	32
2.7 CONDUCTA A SEGUIR.....	32
2.8 SEGUIMIENTO.	33
2.9 OBSERVACIONES	35
<u>3. CONCLUSIONES</u>	35
<u>3.1 BIBLIOGRAFÍA</u>	¡Error! Marcador no definido.
<u>3.2 ANEXOS</u>	38



AGRADECIMIENTO

Un sueño se convierte en una meta cuando se tomen medidas hacia su logro. Nada es imposible fueron las palabras que siempre me dice mi mami.

En primer lugar agradezco a Dios por la fuerza que me da cada día para seguir adelante a pesar de las circunstancias que se pone en el camino muy difícil.

Agradezco a mis padres Silvia Moran Villalba y Denni Asencio Casimanza quienes fueron los que apoyaron toda mi vida, están ahí siempre conmigo aconsejándome, dándome fuerza en toda paso que doy, aunque el camino es difícil siempre hubieron personas que alumbraban mis camino y ponían mucho color como mis hermanas Denise Muñoz, Valeria Muñoz y mi esposo Bryan Chevez que fueron las personitas que jamás permitieron dejarme derrotar, me animaron seguir adelante ante todo.

Nicole Asencio moran



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado a este momento tan importante en mi formación profesional.

A mi madre Silvia Moran Villaba por ser mi inspiración, mi apoyo incondicional sin importar las adversidades, por darme su cariño y palabras que la hacen tan única, por jamás dejarme sola en mis malos momentos y por enseñarme muchas cosas tan importante que van a valer en la vida.

Dedico a mi papa Denny Asencio Casimanza porque a pesar de todo se esforzaba cada día para darme mis estudios que sin aquello no estaría aquí presente.

A mis hermanas y esposo quienes fueron que me daban animo cada vez que me quería dar por vencida. Y a los amigos que en el camino encontré que estuvieron ahí cuando más lo necesite quien en mi carrera apoyaron y dedicaron un poquito de su tiempo.

Nicole Asencio Moran



TEMA

CONDUCTA OBSTETRICA ANTE AMENAZA DE PARTO PREMATURO
EN MULTIPARA DE 27 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE +/-33
SEMANAS



RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino consiste en presencia de actividad uterina acompañadas de modificaciones cervicales que sucede entre las semanas 20 y 37 de gestación. APP se ha logrado disminuir a lo largo del tiempo gracias al aumento de estrategias para prevenir esta patología, ya que es una de las principales causas de muerte neonatal. (Marin, 2020)

Su relevancia no se debe, a su frecuencia de aparición, sino también a las consecuencias que da este proceso, siendo las secuelas en los recién nacidos, que son los problemas físicos y psicológicos en la gestante. Este caso clínico se anhela brindar información actualizada de esta patología y se presentan los aspectos que pudieran utilizar para el buen manejo de la práctica clínica. (QUIROS, 2016)

PALABRAS CLAVES

Parto prematuro, tocolíticos, corticoides.



ABSTRACT

The threat of preterm labor consists of the presence of uterine activity accompanied by cervical.

Changes that occur between weeks 20 and 37 of gestation. APP has been reduced over time thanks to the increase in strategies to prevent this pathology, since it is one of the main cause of neonatal death. (M.Picot, 2019)

Its relevance is not due to its frequency of appearance, but also to the consequences that this

Process gives, being the sequelae in newborns, which are physical and psychological problems in the pregnant woman. This clinical case aims to provide updated information on this pathology and the aspects that could be used for the proper management of clinical practice are presented. (QUIROS, 2016)

PALABRAS CLAVES

Premature labor, tocolytics, corticosteroids



INTRODUCCION

Amenaza de parto pretérmino es aquel parto que se desencadena después de la semana 20 y antes de la 37 muy aparte del peso que tenga el recién nacido.

Comienza con dolores leves en el abdomen bajo que se irradia hacia las caderas y se dan a repeticiones, luego se produce una rotura prematura de membrana que desencadena las contracciones y se produce cambios cervicales progresivamente, que consiste en dilatación y borramiento.

En la actualidad es uno de los mayores problemas que existe en la medicina perinatal, en la que los prematuros quedan con secuelas mientras que se dice que un 70% pertenece a muertes perinatales. La amenaza de parto prematuro tiene síntomas que no tienen precisión o exactitud. (M.Picot, 2019)

Los recién nacidos prematuros conllevan complicaciones graves a poco plazo tal como dificultad para respirar, un niño deprimido, hemorragia internas, infección, disnea, problemas metabólicos, muerte del tejido intestinal, abertura de vasos sanguíneos que están en el corazón y displasia broncopulmonar. A mayor plazo ceguera, sordera e inmovilidad general. (QUIROZ, 2016)

La Amenaza de Parto Prematuro es una de las problemática más común que ven las obstetras lo cual se encuentra a diario; por eso es muy importante el objetivo de este caso sea de conocimientos importante para mi profesión ya que conllevan algunos aspectos fundamentales en el manejo de esta situación.



I. MARCO TEORICO

1.1 DEFINICION

La amenaza de parto prematuro, son consecuencia de contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, no importa el peso al nacer, y es consecuencia de muchas causas. Lo que ha ido disminuyendo con frecuencia, debido a las mejores prácticas de fertilidad y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; es una causa primordial de mortalidad y morbilidad en niños, lo que ocasiona un efecto precario, y lo convierte en un problema de salud pública. (QUIROS, 2016)

La Asociación Europea de Neonatología, (M.Picot) Se dice que los recién nacidos pretérmino son unas de las principales fuente de muerte en niños recién nacidos. En Estados Unidos, se estima que hay un porcentaje elevado de muertes neonatales, incluso ganando las malformaciones congénitas. A las 28 semanas se considera extremadamente prematuro, entre las 28 y 32 muy prematuro, entre las 32 y 34 semanas se considera prematuro moderado y entre las 34 y 37 pretérmino tardío. En los últimos años se ha demostrado una mayor porcentaje de muerte neonatal en recién nacidos prematuros se aumentado el números de neonatos con secuelas. (M.Picot, 2019)

CAUSAS

Amenaza de parto pretermo se da por algunas causas pueden ser espontáneos como las intrínsecas, que comprende por activaciones de hormonas o activaciones neurales y las extrínsecas que pueden ser infecciones maternas. Los iatrogénicos, que es aquella que se produce por alguna complicación del embarazo y que pone en riesgo tanto la vida del feto como la de la madre. (LAURENT, 2018)

Tabla1. Causas de Parto Pretermito

Parto pretérmino espontáneo		Parto pretérmino iatrogénico
Intrínsecas		<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia severa
Extrínsecas		
Activaciones Hormonales	Sobredistensión uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler
	Infecciones maternas	<ul style="list-style-type: none"> • Colestasis intrahepática
Activaciones Neurales.	Isquemia Uteroplacentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura prematura de membranas pretérmino prolongada
	Malformaciones Enfermedades Uterinas y cervicales	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta previa sangrante o Desprendimiento prematuro de la placenta

Fuente (LAURENT, 2018) Elaborado por egresada de obstetricia Nicole Asencio Moran

ETIOLOGÍA

La amenaza de parto prematuro se da por múltiples factores que desencadena varios síntomas durante la gestación esta se divide en tres grades grupo.

Por causas Iatrogénicas que consiste en el Medico dar por finalizar el embarazo ya sea por bienestar materno o fetal. Ya que puede ser por alguna patología materna que impida desarrollar el embarazo.

Secundario que se diera por perdida de líquido ya que es producido por una rotura de membranas. (Barcelona., 2020)

Idiopática por causa desconocida, los estudios recientes clínicamente experimentales se ha visto que los partos prematuros ha sido resultado de:

1. Se activa eje hipotalámico.
2. Inflamación en la unión deciduo-miometrial.
3. Hemorragia de algunas partes de las paredes del útero.
4. Embarazos múltiples
5. polihidramnios.

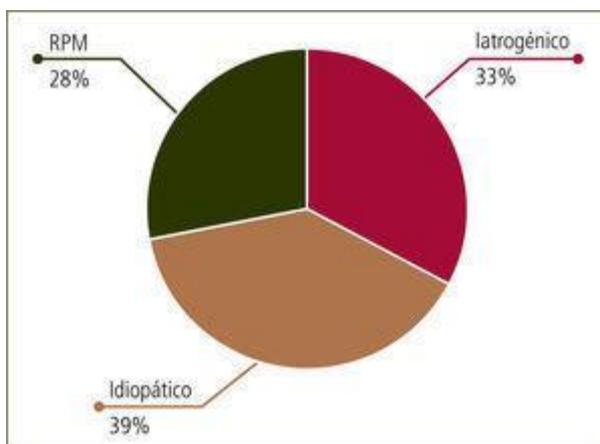


Fig. 1 Porcentaje de causas de parto prematuro



Estos procesos ocurren comúnmente sin embargo cada una tiene sus características propias, que se da por liberación de mediadores bioquímicos.

Se produce un aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua lo que desencadena el inicio de parto activando contracciones uterinas y modificación cervical con o sin rotura de membrana. (QUIROS, 2016)

FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología de la rotura prematura de membrana se da según Malack Cols (RENE RIVERA, 2004) en sus estudios microscópicos los partos prematuros se dan por agentes extraños infecciosos, hormonales y paracrinos etc.

Es decir la zona morfológica se altera de tal manera que se produce un cambio en la capa fibroblástica esponjosa y reticular que se va engrosando, lo que ocasiona un desorden del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. Lo que concluyeron que se producía una apoptosis (muerte celular programada) en el epitelio amniótico, degradación ribosomal activación de metaloproteinasas. Lo que ocasionaba un cambio cervical y activación de contracciones uterinas lo que desencadena la esta etapa de parto antes de tiempo. (RENE RIVERA, 2004)

El origen de las citosinas del útero es importante para el trabajo de parto pretérmino, las citosinas producidas en el miometrio y la decidua materna mantendrán el efecto en ese lado, mientras tanto las membranas que produce las citocinas o en las células dentro del líquido amniótico no serán transferidas a los tejido de la madre.



La transferencia de citocinas como la IL-1 β de la decidua, a través de las membranas en el fluido amniótico. Adicionalmente, el miometrio humano reflejara

receptores de quimiocina que disminuyen durante el trabajo de parto. (william obstetricia vigesimoquinta edicion, 1962-2011)

Los requerimientos de leucocitos para la iniciación del trabajo de parto a término en las mujeres permanecen inconclusos. Mientras que en una infección que produce inflamación se generan leucocitos invasores que producen el grueso de citosinas, los neutrófilos, los macrófagos y linfocitos T, estos se infiltran en el fondo, en el segmento inferior uterino y las membranas en el momento del parto.

Los leucocitos que invaden y ciertas células del parénquima producen citosinas de tal manera que en la decidua, las células estromales y los leucocitos asisten. En el cuello del útero, las células epiteliales de superficie y glandulares producen citosinas.

Por lo tanto la presencia de citocinas en el fluido amniótico se asocia con el trabajo de parto pretérmino. (william obstetricia vigesimoquinta edicion, 1962-2011)

Un asentamiento de microorganismos en el cérvix, la placenta y las membranas producen citosina y prostaglandina con un efecto toxico que es provocado por una infección genitourinaria.

La infección genitourinaria más relacionada con los partos prematuros es la bacteriuria asintomática (con su gravedad pielonefritis aguda y crónica), vaginosis bacterianas y la cervicitis gonocócica. Otras enfermedades graves como sífilis, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis B13 también producen parto prematuro. (ROBERT, 2014)

OTROS FACTORES

Enfermedad cervical: puede ser producido por un problema congénito (cuello uterino hipoplásico), traumatismo quirúrgico (conización cervical) o lesión traumática de la integridad estructural del cérvix (dilatación cervical) que produce



Incompetencia cervical durante el segundo trimestre del embarazo.

(Alemán, 2016)

Isquemia uteroplacentaria: es un aumento de renina-angiotensina funcional. Cuando la isquemia uteroplacentaria es severa se produce muertes en las células deciduales lo que conduce a una hemorragia, la misma que genera trombina que puede activar a un parto. (Alemán, 2016)

Fenómenos alérgicos: el útero es una fuente rica de mastocitos, cuya degranulación farmacológica induce contractilidad miometrial. En pacientes con trabajo de parto pretérmino se han visto eosinófilos en el líquido amniótico, lo que provoca una respuesta inmunológica anormal respuesta de una reacción alérgica. (Alemán, 2016)

Reacción anormal del aloinjerto: determinadas pacientes en la hora de parto pretérmino, sin presencia de infección tienen concentraciones elevadas del receptor soluble de IL-2, que son consideradas signo temprano de rechazo, en pacientes con trasplantes renales.

Distensión uterina excesiva

Son los que ocasionan aumento de presión intrauterina o hiperdistension como embarazo múltiple o un polihidramnios, los embarazos gemelares comúnmente nacen antes de tiempo. (ROBERT, 2014)

Duración media de la gestación según el número de fetos	
Fetos	Semanas
Único	39s
Gemelar	36s
Trillizos	33s



Cuatrillizos	31s
--------------	-----

Tabla 2. Duración de embarazo según el número de fetos

Las malformaciones de útero como, útero bicorne o presencia de miomas (sobre todo los submucoso) aumentan probabilidad de partos prematuros.

Factores fetales

En ello incluye malformaciones en especial las del tubo neural o muerte fetales.

Factores ovulares también son causas de parto prematuro y factores maternos están clasificados de diferentes formas.

Como factores sociales, los niveles bajos económico, violencia, edad de la madre menos de 18 o mayor de 40 años, el consumo de drogas (incluido el tabaco y al alcohol) y la raza se evidencia que tiene un índice mayor de parto prematuro sobre aquello. Otro aspecto que influye a la gestante es su lugar de trabajo ya que podría ser que haga mucha fuerza, estar mucho tiempo parada, tener contacto con sustancia químicas o exceso de estrés.



Los Antecedentes obstétricos son otro factor muy importante de tal manera que los partos prematuros anteriores o bajo peso al nacer inciden en el embarazo actual, ya que esto implica un riesgo de recurrencia estimado de un 17-37% como también están relacionados con abortos tardíos. (Médico Ginecoobstetra, 2018)

Yatrogenia

Son aquellos que son prescritos por los médicos ya sea por una malformación fetal o alguna patología que ponga el peligro de la vida de la madre. Unas de las causas puede ser la Preeclampsia. (M.Picot, 2019)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- ✚ Sensaciones endurecimiento del abdomen frecuentemente (contracciones).
- ✚ Dolor leve que se irradia hacia la cadera.
- ✚ Sensación de endurecimiento en el abdomen.
- ✚ Leve sangrado vaginal.
- ✚ Leves cólicos.
- ✚ Rotura prematura de membranas: pérdida de líquido, en forma de chorro o goteo con olor característico a cloro.
- ✚ Presencia de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento. (MayoClinic.org, 2020)

COMPLICACIONES



Las complicaciones del trabajo de parto prematuro comprenden un recién nacido prematuro. Esto puede ocasionar una serie de problemas de salud para el neonato, como el bajo peso al nacer, dificultades respiratorias, órganos subdesarrollados, sangrado dentro del cerebro, infección, disnea, problemas metabólicos, muerte del tejido intestinal, ductus arterioso persistente.

Los neonatos prematuros también tienden un mayor riesgo de desarrollar parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y problemas de comportamiento. (Cristina Laterra, 2003)

DIAGNOSTICO

Se diagnostica a base de una correcta anamnesis que consiste en adjuntar datos de la paciente, además hay que tener en cuenta las semanas que tiene la paciente si son entre las 20 y 37 semanas de gestación.

Exploración física con el espejo tales como visualizar si tiene algún sangrado o está perdiendo líquido, es importante tener en cuenta la modificación cervical > 2 cm y/o un borramiento $> 80\%$. No se recomienda realizar tacto vaginal ya que la paciente conlleva el riesgo de amenaza de parto. (QUIROS, 2016)

No esta demás realizar un monitoreo para visualizar la intensidad y frecuencia de las contracciones al menos debería tener 4 contracciones en 20 minutos.

Ecografía transvaginal y Longitud cervical:

Es importante realizar una ecografía para ver la longitud de cuello, ver la inserción de la placenta en el caso de que no tenga una ecografía previa, también podemos evaluar el volumen de líquido amniótico y la variabilidad del bebe.

Test de fibronectina



La fibronectina es una proteína que se encuentra en la parte externa de la célula en las membranas, decidua y líquido amniótico, que tiene como función adherirse entre la interface coriodecidual y el feto en desarrollo.

Cuando se implanta el saco gestacional se presentan las fibronectina en el cérvix vaginal. Estas se encuentran normalmente entre las semana 20^a-22^a y al final del embarazo. Entre las semanas 24^a y 34^a es poco frecuente, la cual pueden producir separación de las membranas fetales en la decidua. (A.OCHOA, 2009)

Un valor mayor a 50 ng/ml se considera un riesgo en el incrementado de amenaza de parto pretérmino. Esta prueba se realiza entre las 24 y 28 de gestación.

Y es ahí donde podemos decidir en hospitalizar y recibir tratamiento tocolíticos. (NIEBY, 2019)

TRATAMIENTO

El objetivo primordial del tratamiento es ganar tiempo de tal manera si estamos en un centro de salud deberíamos realizar transferencia a un centro de mayor complejidad en la que el paciente lleve su debido manejo.

Según guía de práctica clínica de recién nacido prematuro se recomienda guardar reposo absoluto sin ninguna actividad física, como prevención:

PROGESTERONA VAGINAL debería utilizarse como preventiva a paciente con partos prematuros anteriores y a pacientes asintomáticas con ecografía que diagnostique cuello cortó en segundo trimestre de embarazo porque reduce el riesgo de mortalida en neonatos (CABERO, 2004)



CORTICOSTEROIDES en primera elección Betametasona 12 mg

intramuscular cada 24 horas, por dos dosis o Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro Dosis.

Esta administrara en gestantes con menos de 34 sg. Cuando se presenta una amenaza de parto prematuro, la administración de corticoide antenatal a la mama provoca la maduración pulmonar fetal y disminuye la mortalidad perinatal. (PUBLICA, 2015)

LOS Tocolíticos nos ayudara a retrasar las contracciones estos pueden utilizarse hasta 48 horas para ayudar que los corticosteroides nos proporcionen su efecto. Los tocolíticos consisten con Nifedipino 10mg 2 cápsulas vía oral cada 20 minutos por 3 veces. Después de 10 minutos consecutivos de la primera toma se controlara las contracciones si no mejorado se le administrara la siguiente capsula, máximo tres tomas. (ROBERT, 2014)

En rotura prematura de membrana, no se recomienda, ya que este tratamiento no mejora los resultados perinatales.

ANTIBIÓTICOS

En el caso de presentar rotura prematura de membrana, para disminuir infección neonatal y también reducir la mortalidad perinatal.

La terapia es con antibióticos por 7 días: -Ampicilina 2 gramos intravenosa en dosis inicial, seguido de 1 gramo intravenosa cada 6 horas + Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas. - continuar por 5 días con Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas + Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas.

En el caso de alergia a la penicilina, se recomienda: - Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 10 días solo en el caso de rotura pretura de membrana o Clindamicina 900 mg intravenosa cada 8 horas por 7 días.



(PAUCAR, 2012)



PREVENCIÓN

Para prevenir y disminuir el riesgo de amenaza de parto prematuro, se debe evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco. Tener buena salud, así como de prevenir infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática, ha demostrado la prolongación del embarazo de hasta una semana en poblaciones que agregan a su alimentación productos ricos en omega 3, en comparación de aquellas que no la consumen.

También se recomienda no tener jornadas laborales tan extendida ni nocturnas ni de estar mucho tiempo de pie. (Social, 2017)

1.1 JUSTIFICACIÓN

En el presente caso clínico se basa en información obtenida de la historia clínica de la paciente múltipara de 27 años de edad con embarazo de 33 semanas de gestación que acudió al centro de salud CAI 3, cuando presentaba dolor en el hipoblasto que se irradia hacia la región lumbar, la cual eran contracción de 40 mmhg² cada 20 minutos. El objetivo de este caso es diagnosticar y dar un determinado tratamiento a tiempo la cual se aplicó de acuerdo a lo que se encuentra en la guía práctica clínica de recién nacido prematuro y caso clínicos de amenaza de parto prematuro ya diagnosticados.



La carrera de Obstetricia está encaminada a cuidar y proteger el bienestar materno fetal, por tal motivo se necesita vocación, disciplina y eficiencia al momento de tratar a las gestantes, tiene que tener paciencia y ser sutil para diagnosticar y tratar a tiempo, como este caso clínico se analizó la conducta obstétrica para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evaluación de esta paciente con amenaza de parto prematuro, se analizó su estado clínicamente, sus estudios y se dio un buen tratamiento de prevención para que así tenga un nacimiento a término ya que en el caso que no se hubiera tratado se ven las consecuencias de este. También se analizó los peligros que comprometen al neonato y a la madre, las posibilidades de supervivencia de los neonatos y esto como compromete las condiciones biológicas, sociales y psicológicas de la madre.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- ✚ Conducta obstétrica de diagnóstico y prevención ante amenaza de parto prematuro.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✚ Analizar los factores más comunes que desencadena la amenaza de parto prematuro.
- ✚ Identificar complicaciones y prevenir un parto prematuro.



1.3 DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX

Sexo: Femenino

Cedula de identificación: 0929138048	Edad: 27 años
Fecha de nacimiento: 23/10/1992	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Secundaria	Raza: Mestiza
Dirección: cdla. San Carlos vía Mariscal Sucre	Religión: Católica



Nivel sociocultural/económico: bajo

Subcentro:

CAI 3

Fecha de atención: 23/07/2020

FUM: 04/12/2019

Tabla.3 Escrito por la egresada de Obstetricia Nicole Asencio Moran

2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente múltipara de 27 años de edad asiste a consulta de control prenatal, Consiente orientada en tiempo y espacio, refiere dolor tipo contráctil que se irradia a la región lumbar.

Presenta al momento producto único, vivo, longitudinal, cefálico con frecuencia cardiaca fetal 146LPM, movimientos fetales activos, mediante el examen físico con espejo no se observa sangrado vaginal, no edema en sus extremidades inferiores.

2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	niega
Antecedentes patológicos familiares	niega
Antecedentes quirúrgicos	niega
Alergias	niega
Hábitos	Ninguno
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	
Menarquia	13 años
Ciclos Menstruales:	Cada 30- 4 días
Inicio de vida sexual:	16 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 4	abortos: 0
Partos 4	cesáreas 0
Fecha de la última menstruación:	04/12/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	4
Ecografías:	2
Edad gestacional:	33 semanas por FUM
Papanicolaou:	Ninguno

Tabla 4. Escrito por la egresada de Obstetricia **Nicole Asencio Moran**

2.3 ANAMNESIS

Paciente múltipara de 27 años de edad Gestas: 4, Partos: 4, Cesárea: 0, Aborto: 0.

Fecha de última menstruación: 14/12/2019. Fecha probable de parto: 11/09/2020.

Telarquea: 13 años. Antecedentes personales: niega, Antecedentes familiares: niega, Antecedentes quirúrgicos: niega, Alergias: niega.

Acude a consulta de control prenatal Consiente orientada en tiempo y espacio, refiere dolor tipo contráctil que se irradia a la región lumbar además refiere también hincones en la vagina.

Al momento producto único, vivo, longitudinal, cefálico con frecuencia cardiaca fetal 146LPM. Movimientos fetales activos, mediante el examen físico con espejulo no se observa sangrado vaginal, no edema en sus extremidades inferiores.

Exámenes de laboratorio del 08/06/2020; hemoglobina 10.1 gr, hematocrito 30.4 g%, plaquetas 316 mmhg, grupo sanguíneo RH (+).

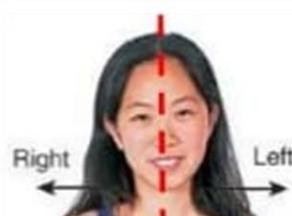
Presenta ecografía de 15/03/2020 embarazo de +/- 14.3 semanas de gestación.

DIAGNOSTICO Embarazo de +/- 33 semanas de gestación + anemia moderada con amenaza de parto pretérmino.

2.4 EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura:

General: Consciente, orientada en tiempo espacio.



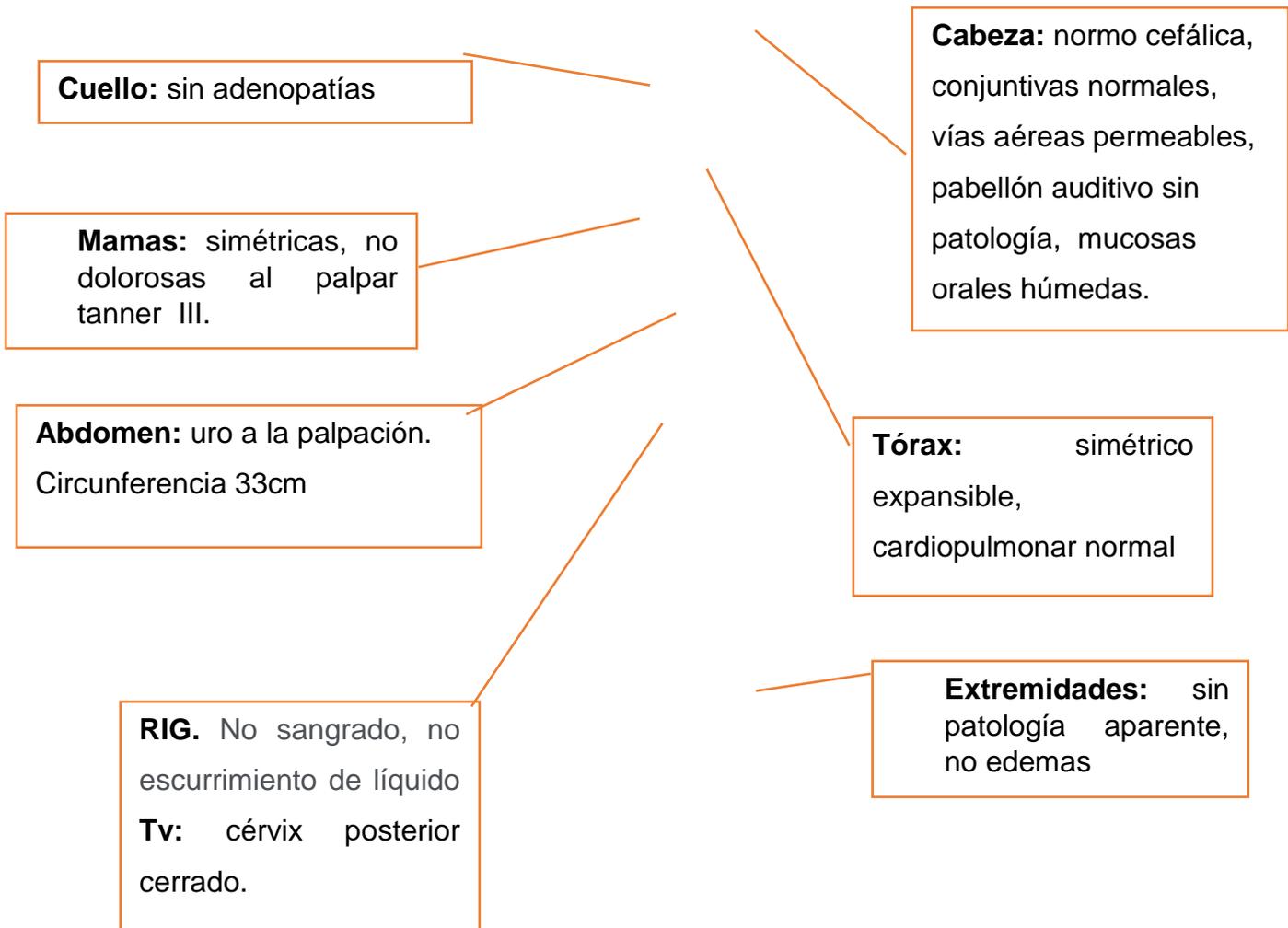
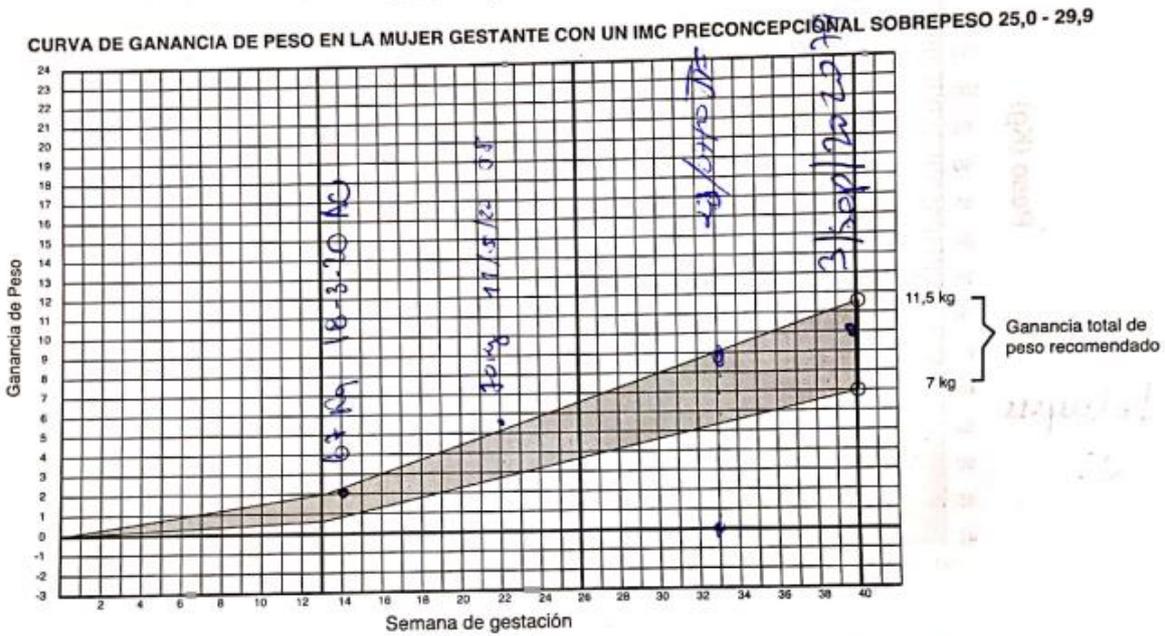


Fig.2 Fuente. Realizada por Nicole Asencio Moran



Ganancia de peso de la paciente se visualiza que ha incrementado de peso **Fig.3**

AL momento SCORE MAMA IGUAL a 0

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACION DE DISMINUCION MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ**

PARAMETRO	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACION	TOTAL
FC	≤ 50	-	51 - 59	60 - 100	101 - 110	111 - 119	≥ 120	FC	71
Sistólica	≤ 70	71 - 89	-	90 - 139	-	140 - 159	≥ 160	Sistólica	100
Diastólica	≤ 50	51 - 59	-	60 - 85	86 - 89	90 - 109	≥ 110	Diastólica	60
FR	≤ 11	-	-	12 - 22	-	23 - 29	≥ 30	FR	90
T (°C) (*)	-	≤ 35.5	-	35.6 - 37.5	37.6 - 38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	36
Sat O2	≤ 85	86 - 89	90 - 93 *	94 - 100	-	-	-	Sat O2	99.7
Estado de Conciencia	-	Confusa / agitada	-	Alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estuporos a	No responde	Estado de Conciencia	Alerta
Proteinuria (***)	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Proteinuria (***)	-
TOTAL SCORE MAMA									0

23/07/22

Fig.4 score mama de la paciente el día de la consulta

2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Leucocitos	9.67 $10^3/uL$ 4 - 12
Hematies	* 3.34 x $10^6/\mu L$ 3.5 - 5.2
Hemoglobina	* 10.1 g/dl 12 - 16
Hematocrito	30.4 % 36.0 - 45.0 %
MCV	80.6 fL 80 - 100
MCH	28.6 pg 27 - 34
MCHC	32.7 g/dl 31 - 37
RDW-CV	13.5 % 11 - 16
RDW-SD	45.3 fL 35 - 56
Plaquetas	316 $10^3/uL$ 150 - 450
VPM	9.8 fL 6.5 - 12
Neutrófilos	% * 70.6 % 50 - 70
Linfocitos	% 23.6 % 20 - 40
Monocitos	% 3.9 % 3 - 10
Eosinofilos	% 1.7 % 0.5 - 5

Basofilos	% 0.2 % 0 - 1
Neutrófilos	# 6.83 10 ³ /uL 2 - 8
Linfocitos#	2.28 10 ³ /uL 0.8 - 7
Monocitos	# 0.38 10 ³ /uL 0.12 - 1.2
Eosinofilos	# 0.16 10 ³ /uL 0.02 - 0.8
Basofilos	# 0.02 10 ³ /uL 0 - 0.1
PDW	16.2 9 - 17
PCT	0.31 % 0.11 - 0.4
GRUPO SANGUINEO.	GRUPO SANGUINEO A
	FACTOR RH POSITIVO

Tabla 5. Exámenes de laboratorio realizados el 08/06/2020

REPORTE DE RESULTADO DE TAMIZAJE

VIH	No reactivo
VRDL	No reactivo
CHAGAS	No reactivo

TABLA 6. Reporte de exámenes realizados el 23/07/2020.

Ecografía obstétrica de 15/03/2020

Reporta feto único vivo presentación pelviano izquierdo

BIOMETRIA FETAL

DPB: 2.68CM-14.5SG

PC:9.37CM-14.1 SG

AC:8.43CM-14.5 SG

LF1.51CM-14.3 SG

ILA: 15(INDICE PHELAN) Normal

PLACENTA Corporal Posterior Grado0/3 (GRANUM)

LCF: 161X MINUTOS

Movimientos fetales: Activos

PESO: 101.12 gramos (LB OZ)

Sexo: Aun no se visualiza

MORFOLOGIA FETAL

Cabeza: Normal

Cara: Normal

Área Cardíaca: 4 cámaras

Columna: Normal

Estomago: Presente

Extremidades: Normales

ID: GESTACION UNICA ACTIVA DE 14.3 SEMANAS X ECO

TABLA 7. Ecografía realizada el 15/03/2020



2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Paciente que llega al subcentro con cuadro clínico de 24 horas de dolor tipo contráctil que irradia hacia la región lumbar, se realiza la respectiva inspección física con especulo, se visualiza membranas integra, cérvix posterior con 1 cm de dilatación y no hay sangrado, se lo monitorea al bebe con Doppler fetal en la que presenta 145 latidos por minutos, se visualiza una pequeña contracción cada 20 minutos. También se le realiza score mama en la que registra 0.

2.7 CONDUCTA A SEGUIR

Se realiza una respectiva valoración Gineco obstétrica. Primero se le hace una correcta anamnesis, luego realizamos una exploración física.

Se mandó exámenes de laboratorio complementario y una orden de ecografía.

Se le medica sulfato ferroso 60 tabletas + ácido fólico vía oral por 90 días, Complejo B 30 tabletas vía oral 1 cada día, Calcio 90 tabletas 500 mg cada 8 hora por 30 días, ácido acetil salicílico 30 tabletas de 100 mg 1 cada noche por 30 días, Betametazona 6 ampollas de 4 mg (6 mg intramuscular glútea cada 12 horas, por dos días).

Consejería nutricional, planificación familiar, referencia a emergencia al hospital León Becerra a Ginecología, interconsulta con la MGI.

2.8 SEGUIMIENTO.

Paciente de 26 años de edad regresa a consulta obstétrica al centro de salud CAI 3 El 24 de julio, por el motivo que fue referida al Hospital León Becerra con el diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación + anemia moderada con amenaza de parto prematuro el día 23 de julio del 2020 a las 12:30 pm, la paciente refiere que en el Hospital León Becerra le realizaron monitoreo fetal y le dijeron que regrese a casa y guarde reposos absoluto.

Paciente refiere que continua con el dolor tipo contráctil, al momento presento feto único vivo longitudinal podálico con una frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minutos, y actividad uterina 1 en 20 minutos. Se continuó con las dosis de betametazona, y Nifedipino 10 mg cada 8 horas por 5 días, reposo absoluto y visita domiciliaria con la MGI.

Paciente de 26 años de edad regresa a consulta obstétrica al centro de salud CAI 3. El 24 de julio, por el motivo que fue referida al Hospital León Becerra con el diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación + anemia moderada con amenaza de parto prematuro el día 23 de julio del 2020 a las 12:30 pm, la paciente refiere que en el Hospital León Becerra le realizaron monitoreo fetal y le dijeron que regrese a casa y guarde reposos absoluto.

Paciente refiere que continua con el dolor tipo contráctil, al momento presento feto único vivo longitudinal podálico con una frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minutos, y actividad uterina 1 en 20 minutos. Se continuó con las dosis de betametazona, y Nifedipino 10 mg cada 8 horas por 5 días, reposo absoluto y visita domiciliaria con la MGI.

A la visita de la MGI el 21 de agosto del 2020. La paciente de 27 años de edad con embarazo de 36 semanas de gestación. Refiere no tener dolores, le realizaron monitoreo fetal que registraba 145 latidos por minuto, paciente consiente orientada en tiempo espacio, no edema en sus extremidades inferiores y presento un score mama de 0.



Ingreso a ginecología el 12 de septiembre del 2020 en el Hospital León Becerra.

DX: paciente de 27 años de edad con embarazo de 39.3 semanas de gestación más trabajo de parto.

La cual finalizo con éxito.

Tabla 8.



2.9 OBSERVACIONES

Se analizaron diferentes fuentes de información con el fin de garantizar una buena salud materna y neonatal con el propósito de diagnosticar y tratar a tiempo una amenaza de parto prematuro que fue en el caso de esta paciente.

En el caso de esta paciente los profesionales de salud lo diagnosticaron a tiempo y pudieron darle un manejo correcto con el fin de dar un bienestar a la madre y al bebe.

Una amenaza de parto prematuro no diagnosticada a tiempo hubiera terminado en un neonato prematuro con dificultad respiratoria entre otras enfermedades y en caso de la madre con problemas psicológicos.

En esta paciente no se pudo descubrir la causa en sí, ya que tuvo algunos factores sin embargo se le dio una buena prevención y se pudo manejar a tiempo.

3 CONCLUSIONES

La amenaza de parto prematuro es un cuadro clínico muy común en obstetricia y se da por muchos factores ya sean psicológicos, hormonales, físicos o socioeconómico y el no diagnosticarse a tiempo y no darle un buen manejo, trae muchas consecuencia a corto y largo plazo ya sea a la madre o al bebe.

A la paciente que en primera estancia se vio con dolores tipo contráctil que asistió al subcentro CAI 3 la cual la profesional de salud le diagnosticó a tiempo y tuvo un gran manejo preventivo la cual la paciente culminó su embarazo satisfecha y sin ninguna complicación alguna. Y el neonato nació a término con un apgar de 8-9-10 lo cual pudo compartir con su madre.



3.1 Bibliografía

A.OCHOA, K. P. (2009). AMENAZA DE PARTO PREMATUROANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA.

Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*. <https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.

Alemán, H. (2016). Principales causas que desencadenan, amenaza de parto prematuro en obstetricia del Hospital San Juan De Dios de Santa Ana, durante el periodo comprendido del 01 de Julio al 31 de Diciembre de 2016”.

Barcelona., H. C. (2020). *AMENAZA DE PARTO PREMATURO*.

CABERO, L. (2004). *PARTO PREMATURO*.

Cristina Laterra, E. A. (2003). GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS. AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

Gonzales, G. Q. (2016). Amenaza de parto prematuro. *revista clinica de escuela de medicina UCR*.

LAURENT, A. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. (L. P. Médico Asistente del Instituto Nacional Materno Perinatal, Ed.) *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 1.

M.Picot. (2019). amenaza de parto pmaturo. *matronas deprofesion*, 1.

Marin, A. D. (2020). PARTO PREMATURO . *Clínica Ginecotocológica “B” Hospital de Clínicas*.

MayoClinic.org. (2020). *MayoClinic.org*. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER).



Médico Ginecoobstetra, P. A. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención.

Moran, N. A. (2021).

NIEBY, G. Y. (2019). *OBSTETRICIA*.

PAUCAR, G. (2012). PARTO PRETERMINO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

PUBLICA, M. D. (2015). *ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*.

QUIROS. (2016). Amenaza de parto pretermino. *Revista clinica de escuela de Medicina*, 1.

RENE RIVERA, F. C. (2004). FISIOPATOLOGÍA DE LA ROTURA PREMATURA DE.

ROBERT, J. A. (2014). Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica las condes. *Revista Médica Clínica Las Condes*.

Social, P. p. (2017). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC Prevención, Diagnóstico y TRATAMIENTO.

william obstetricia vigesimoquinta edicion. (1962-2011). MADRID: 25.

Fig.5

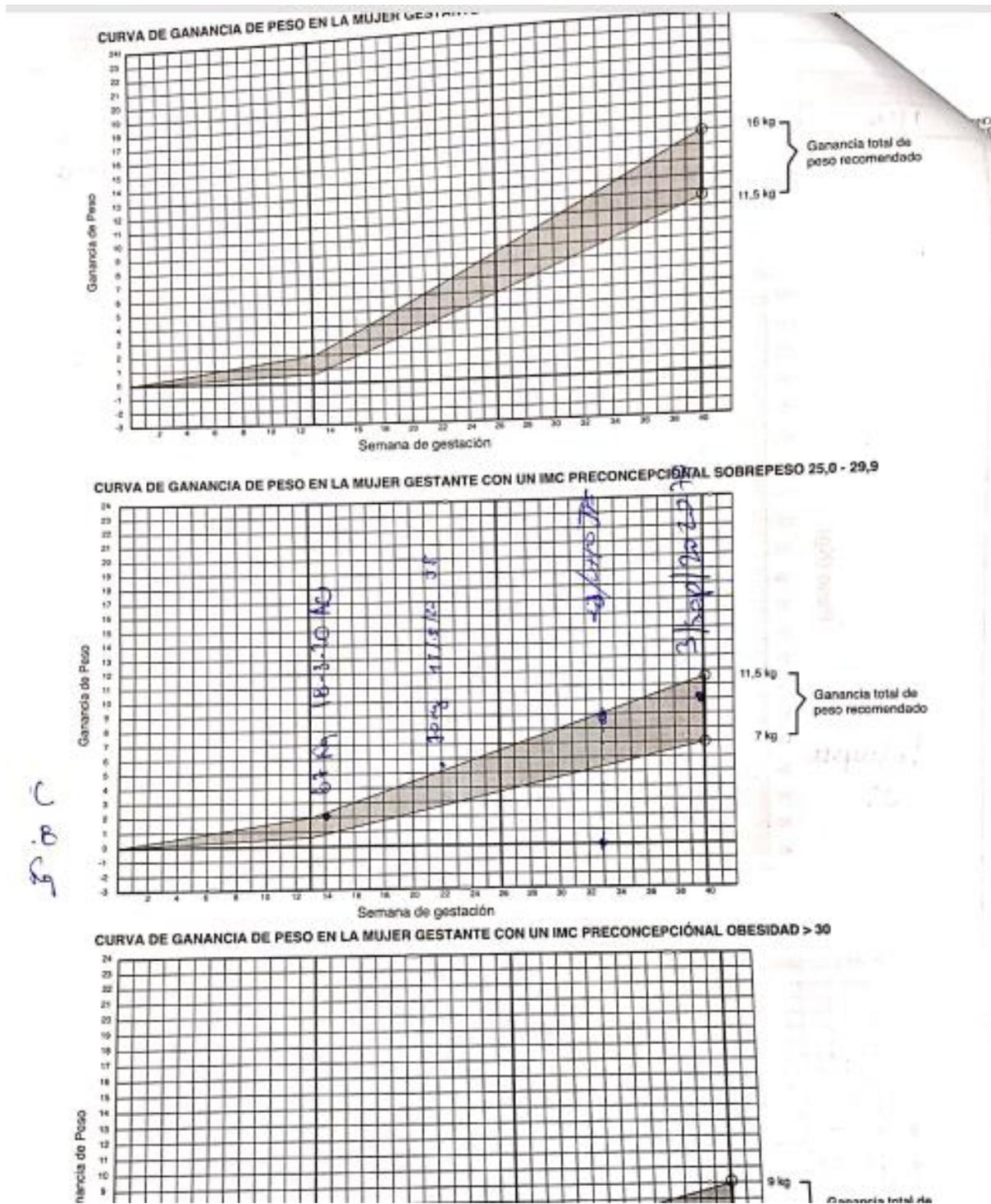


Fig.6

DIRECCIÓN ZONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IGUALDAD COMUNITARIA
DIRECCIÓN ZONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD E IGUALDAD COMUNITARIA
TABLERITA DE SEGUIMIENTO A EMBARAZADAS N°

Nombre y Apellido de la Mujer: Rosa María Trujal Nº HCE: 33-10-1792 SI NO
 Comunidad: CAL 3
 Contacto Teléfono: 018753331 Unidad Operativa que Corresponde: Gran Salsipua
 Uzuata: 100 Fecha de nacimiento: 02/13/84
 Estado Civil: casada Cédula de Identidad: 027138048
 Número de Embarazo: 05 Sexo: M Embarazo Actual de: NO Factor Principal del Riesgo (Si existe):
 Puntaje Nutricional: 6.76 Peso Desiderado al término del embarazo: Presión Arterial Basal:

EVOLUCIÓN NUTRICIONAL Y DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO

Nº de Control	1	2	3	4	5	6	7
Fecha	10/3/10	11/10/10	12/10/10	01/11/11	02/11/11	03/11/11	04/11/11
Semana de Gestación	14.6	15.6	16.6	17.6	18.6	19.6	20.6
GANANCIA DE PESO ADICIONAL	SI X	NO	SI X	NO	SI	NO	SI
P/A	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60	100/60
Proteínas	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Hemoglobina	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0	14.0
Arterias	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Responsable Control:	del AC	del AC	del AC	del AC	del AC	del AC	del AC
Lugar:	del AC	del AC	del AC	del AC	del AC	del AC	del AC
Nº de Control	1	2	3	4	5	6	7
Fecha							
Semana de Gestación							
Peso							
P/A							
Proteínas							
Hemoglobina							
Arterias							
Responsable Control:							
Lugar:							
FECHA PROBABLE DEL PARTO:	11-07-1010						
LUGAR DONDE SE CEE VA A DAR A LUZ:	HCB						
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:	Ejemplo						
TELÉFONO DEL ACOMPAÑANTE:							

Puesto de Salud
Una responsabilidad compartida

Fig.7

18-03-2020

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACION DE DISMINUCION MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

PARAMETRO	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACION	TOTAL
FC	≤ 50	-	51 - 59	60 - 100	101 - 110	111 - 119	≥ 120	FC	37
Sistólica	≤ 70	71 - 89	-	90 - 139	-	140 - 159	≥ 160	Sistólica	100
Diastólica	≤ 50	51 - 59	-	60 - 85	86 - 89	90 - 109	≥ 110	Diastólica	60
FR	≤ 11	-	-	12 - 22	-	23 - 29	≥ 30	FR	25
T (°C) (*)	-	≤ 35.5	-	35.6 - 37.5	37.6 - 38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	26
Sat O2	≤ 85	86 - 89	90 - 93 *	94 - 100	-	-	-	Sat O2	98
Estado de Conciencia	-	Confusa / agitada	-	Alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estupeorosa	No responde	Estado de Conciencia	A
Proteinuria (***)	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Proteinuria (***)	0
TOTAL SCORE MAMA									227

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACION DE DISMINUCION MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

11/5/2020

PARAMETRO	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACION	TOTAL
FC	≤ 50	-	51 - 59	60 - 100	101 - 110	111 - 119	≥ 120	FC	37
Sistólica	≤ 70	71 - 89	-	90 - 139	-	140 - 159	≥ 160	Sistólica	100
Diastólica	≤ 50	51 - 59	-	60 - 85	86 - 89	90 - 109	≥ 110	Diastólica	60
FR	≤ 11	-	-	12 - 22	-	23 - 29	≥ 30	FR	25
T (°C) (*)	-	≤ 35.5	-	35.6 - 37.5	37.6 - 38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	26
Sat O2	≤ 85	86 - 89	90 - 93 *	94 - 100	-	-	-	Sat O2	98
Estado de Conciencia	-	Confusa / agitada	-	Alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estupeorosa	No responde	Estado de Conciencia	del 0
Proteinuria (***)	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Proteinuria (***)	0
TOTAL SCORE MAMA									0

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACION DE DISMINUCION MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

23/07/20

PARAMETRO	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACION	TOTAL
FC	≤ 50	-	51 - 59	60 - 100	101 - 110	111 - 119	≥ 120	FC	37
Sistólica	≤ 70	71 - 89	-	90 - 139	-	140 - 159	≥ 160	Sistólica	100
Diastólica	≤ 50	51 - 59	-	60 - 85	86 - 89	90 - 109	≥ 110	Diastólica	60
FR	≤ 11	-	-	12 - 22	-	23 - 29	≥ 30	FR	25
T (°C) (*)	-	≤ 35.5	-	35.6 - 37.5	37.6 - 38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	26
Sat O2	≤ 85	86 - 89	90 - 93 *	94 - 100	-	-	-	Sat O2	98
Estado de Conciencia	-	Confusa / agitada	-	Alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estupeorosa	No responde	Estado de Conciencia	Nota
Proteinuria (***)	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Proteinuria (***)	0
TOTAL SCORE MAMA									0

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA DE IMPLEMENTACION DE DISMINUCION MORTALIDAD MATERNA
SCORE MAMÁ

03/08/2020

PARAMETRO	3	2	1	0	1	2	3	PUNTUACION	TOTAL
FC	≤ 50	-	51 - 59	60 - 100	101 - 110	111 - 119	≥ 120	FC	37
Sistólica	≤ 70	71 - 89	-	90 - 139	-	140 - 159	≥ 160	Sistólica	100
Diastólica	≤ 50	51 - 59	-	60 - 85	86 - 89	90 - 109	≥ 110	Diastólica	60
FR	≤ 11	-	-	12 - 22	-	23 - 29	≥ 30	FR	25
T (°C) (*)	-	≤ 35.5	-	35.6 - 37.5	37.6 - 38.4	-	≥ 38.5	T (°C)	26
Sat O2	≤ 85	86 - 89	90 - 93 *	94 - 100	-	-	-	Sat O2	98
Estado de Conciencia	-	Confusa / agitada	-	Alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estupeorosa	No responde	Estado de Conciencia	Alerta
Proteinuria (***)	-	-	-	Negativo	Positivo	-	-	Proteinuria (***)	negativo
TOTAL SCORE MAMA									0

Fig.8

E.T.S.

Corona alguna? No Si ¿Cuánt? _____

Tatamiento: No Si ¿Cuánt? _____

Paraja actual? No Si ¿Cuánt? _____

Tatamiento: No Si ¿Cuánt? _____

Paraja actual? No Si ¿Cuánt? _____

Tatamiento: No Si ¿Cuánt? _____

Observaciones: _____

FECUNDIDAD

ENFERMAZOS No Si

EMBARAZO ACTUAL No Si

LACTANCIA ACTUAL No Si

Edad 1er Embarazo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Edad 1er parto: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Patología en embarazo: No Si

Hospitalizaciones: No Si

Infecciones: No Si

Revisión de peso de: 1er. R.N. 2do. R.N. 3er. R.N. 4to. R.N.

Recién nacido: Muerto Vivo

Sexo: Masculino Femenino

Parto: Normal Cesárea

Lactancia: Exclusiva Mixta No

Regulación menstrual: Si No

Observaciones: _____

EXAMEN FISICO GENITO URINARIO

PATRON DE VELLO CORPORAL Normal anormal Completar el examen físico en el formulario 002 u 003 y 004 (Si se trata de reabstaca)

ELIAS VAGINAL Atrial: No Si Exceso Regular Abundante n/c

OLOR No Si

COLOR Normal Anormal

ACNEIAS No Si Prurito Ardor

SECRECIÓN UTERINA Atrial: No Si Exceso Regular Abundante n/c

OLOR No Si

COLOR Normal Anormal

TRATAMIENTO No Si

EXAMEN GINECOLÓGICO

TAMBIEN VULVA Normal Anormal

CUTIS Normal Anormal

HIEMEN Normal Anormal

VAGINA Normal Anormal

CUELLO UTERINO Normal Anormal

CUERPO UTERINO Normal Anormal

DUCTO VAGINAL Normal Anormal

TACTO RECTAL Normal Anormal

ANERO UZ Normal Anormal

ANERO DPL Normal Anormal

EXAMEN MAMARIO Normal Anormal

TOMA MUESTRA Si No

Observaciones: _____

EXAMEN GENTAL MASCULINO

TESTICULO DERECHO Normal Anormal

TESTICULO IZQUIERDO Normal Anormal

EXAMEN MAMARIO Normal Anormal

Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, epididimitis o tumores.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hemograma Normal Anormal

Sedimento urinario Normal Anormal

Química de orina Normal Anormal

Urocult. Y Antibio: Normal Anormal

Uterino Normal Anormal

Glicemia Normal Anormal

Mediograma urinario Normal Anormal

Perfil lipídico Normal Anormal

VERL u otro Normal Anormal

HIV Normal Anormal

Psicología Normal Anormal

Test de Shilar Normal Anormal

Examen Físico vaginal Normal Anormal

Cultivo Flujo vaginal Normal Anormal

Perfil hormonal Normal Anormal

Pelvicograma Normal Anormal

Ecografía Normal Anormal

Colposcopia Normal Anormal

Diagnóstico:

1. Condiloma genital 2. HPV

3. HPV

Tratamiento:

1. Aplicación de Mupirocin 2. Remojo con solución de ácido bórico

3. Remojo con solución de ácido bórico

Observaciones: _____

FONDO AGUIAR JENNY DEL PILAR
OBSTETRIZ
 REG. SANIT. # 342
 LIBRO: II FOLIO: 114 No.
 Perteneciente al Hospital de Milagro - Salud

Fecha: _____

Este formulario debe ser actualizado con los datos de la paciente entre 3 años o cuando ocurra un evento importante de la salud reproductiva de la usuaria.
 Adaptado de formulario Complementario de S.R. CLAP-CPS/015

Fig.10

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Paciente: Troya Alvarado Rosa María
 F. Orden: 08/06/2020
 U. Médica: DISTRITO 09D17
 Médico: Administrador Administrador

Cédula: 0929138048
 Turno: 8200608014
 Edad: 27 años
 Género: FEMENINO

Resultados

Orina

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
FISICO			
Color	Pale yellow		
Densidad	1.020		
QUIMICO			
LEUCOCITOS			
Nitritos	NEGATIVO		
Cetona	NEGATIVO		
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl	<30 mg/dl
Proteínas	NEGATIVO		
Urobilínogeno	NEGATIVO	mg/dl	0.1 - 1.5 mg/dl
Bilirubina	NEGATIVO	mg/dl	
PH	6.5	mg/dl	
SEDIMENTO			
Sangre	NEGATIVO		
Bacterias	ESCASAS		
Hemadías	0		0-5 p/ul
Leucocitos	0-2 XCAMPO		0-9 p/ul
Levaduras	0		0-3 p/ul
Cristales	0		0-6 p/ul
Cilindros Hialinos	0		
Filamentos mucoso	ESCASOS		0-264 p/ul
Células Epiteliales	0		0-5 p/ul

* Solo para información. Para fines legales retire el original en nuestro Laboratorio.

Fig.12

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Paciente: Troya Alvarado Rosa María
 F. Orden: 08/06/2020
 U. Medica: DISTRITO 09D17
 Médico: Administrador Administrador

Cédula: 0929138048
 Turno: 8200608014
 Edad: 27 años
 Género: FEMENINO

Resultados

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA			
Leucocitos	9.67	10 ³ /uL	4 - 12
Hemalias	* 3.34	x 10 ⁶ /uL	3.5 - 5.2
Hemoglobina	* 10.1	g/dl	12 - 16
Hematocrito	30.4	%	36.0 - 45.0 %
MCV	80.6	fL	80 - 100
MCH	28.6	pg	27 - 34
MCHC	32.7	g/dl	31 - 37
RDW-CV	13.5	%	11 - 16
RDW-SD	45.3	fL	35 - 56
Plaquetas	316	10 ³ /uL	180 - 450
VPM	9.8	fL	6.5 - 12
Neutrofilos%	* 70.6	%	50 - 70
Linfocitos%	23.6	%	20 - 40
Monocitos%	3.9	%	3 - 10
Eosinofilos%	1.7	%	0.5 - 5
Basofilos%	0.2	%	0 - 1
Neutrofilos#	6.83	10 ³ /uL	2 - 8
Linfocitos#	2.28	10 ³ /uL	0.8 - 7
Monocitos#	0.38	10 ³ /uL	0.12 - 1.2
Eosinofilos#	0.16	10 ³ /uL	0.02 - 0.8
Basofilos#	0.02	10 ³ /uL	0 - 0.1
PDW	16.2	%	9 - 17
PCT	0.31	%	0.11 - 0.4
GRUPO SANGUINEO	A		
GRUPO SANGUINEO	POSITIVO		
FACTOR RH			

* Solo para información. Para fines legales retire el original en nuestro Laboratorio.

Fig. 13



LABORATORIO CLÍNICO NOBOA

MILAGRO: AV. TORRES CAUSANA Y CHIRIGUAYA,
FRENTE AL CENTRO MÉDICO VACA.

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A VIERNES: 07H00 A 17H00
SÁBADOS: 07H00 A 16H00

CELULAR: 098 070 2588
TOMA DE MUESTRA A DOMICILIO
SIN COSTO ADICIONAL

Médico solicitante:

Paciente: SRA. ROSA TROYA
ALVARADO

Fecha: 15-03-2020

Edad: 27 años

ECOGRAFÍA: OBSTETRICO

INFORME ECOGRAFICO

FETO UNICO VIVO EN PRESENTACION PELVIANO IZQUIERDO

BIOMETRIA FETAL

DPB: 2.68 cm – 14.5 SG

PC: 9.37 cm – 14.1 SG

AC: 8.43 cm – 14.5 SG

LF: 1.51 cm – 14.3 SG

ILA: 15 (INDICE PHELAN) NORMAL

PLACENTA: CORPORAL POSTERIOR GRADO 0/3 (GRANUM)

LCF: 161 XMINUTO

MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES ACTIVO

PESO: 101.12 GRAMOS (LB OZ)

SEXO: AUN NO SE VISUALIZA

MORFOLOGIA FETAL:

Cabeza: Normal

Cara: Normal

Área cardiaca: 4 cámaras

Columna: Normal

Estomago: Presente

Extremidades: Normales

**ID: GESTACION UNICA ACTIVA DE 14.3 SEMANAS X ECOGRAFIA
ECO CONTROL EN 4 SEMANAS**

Fig .14



LABORATORIO CLINICO NOBOA

MILAGRO: AV. TORRES CAUSANA Y CHIRIGUAYA.
FRENTE AL CENTRO MÉDICO VACA.

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A VIERNES: 07H00 A 17H00
SÁBADOS: 07H00 A 16H00

CELULAR: 098 070 2588
TOMA DE MUESTRA A DOMICILIO
SIN COSTO ADICIONAL

Médico solicitante:

Fecha: 08-02-2020

Paciente: SRA ROSA TROYA
ALVARADO

Edad: 27 años

ECOGRAFÍA: OBSTETRICO

INFORME ECOGRAFICO

SE OBSERVA ÚTERO AUMENTADO DE TAMAÑO DE BORDES REGULARES EN CUYO INTERIOR SE OBSERVA:

- ❖ SACO GESTACIONAL DE IMPLANTACIÓN FUNDICA DE BORDES REGULARES MIDE 19.5 CM - 9.4 SG, CON UNA REACCIÓN CORIODECIDUAL DE 2 MM
- ❖ VESÍCULA VITELINA DE 5 MM
- ❖ EMBRION CON LATIDO CARDIACO, DE 160 X', AL DOPPLER COLOR CON CAPTACION DE FLUJO Y CRL DE 2.48 CM - 9.1SG
- ❖ DECIDUA DE IMPLANTACIÓN POSTERIOR
- ❖ SE OBSERVA ZONA DESPRENDIMIENTO SUBCORIONICO DEL 20 %

OVARIO DERECHO: DE ASPECTO ECOGRÁFICO NORMAL.
OVARIO IZQUIERDO: DE ASPECTO ECOGRÁFICO NORMAL.

CERVIX: LONGITUD DE 35 MM SIN LESIONES

FONDO DE SACO DOUGLAS LIBRE

ID. GESTACION UNICA ACTIVA DE 9.1 SEMANAS POR ECOGRAFIA
AMENAZA DE ABORTO

Fig. 15

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH / SIDA
SOLICITUD DE EXAMEN CONFIRMATORIO GAVIA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA (VIH)

DATOS DE LA UNIDAD QUE SOLICITA	1. NOMBRE DE LA UNIDAD QUE SOLICITA <i>CAT3</i>		WB	CD4	CV
	2. PROVINCIA <i>Guayas</i>		3. TELÉFONO <i>099771-7760</i>		
DATOS USUARIO	4. CÓDIGO PACIENTE <i>TRINLRO-MA</i>	5. CÉDULA DE IDENTIDAD <i>0929168044</i>	6. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA		
	7. PROCEDENCIA PROVINCIA <i>Guayas</i>		8. CANTÓN <i>Nitango</i>		
	9. CIUDAD <i>Nitango</i>		10. PARROQUIA		
	11. EDAD <i>26</i>	12. SEXO 1.H <input type="checkbox"/> 2.M <input checked="" type="checkbox"/>	13. OCUPACIÓN <i>C.D</i>	14. INSTRUCCIÓN NÚMERO DE AÑOS CONCLUIDOS <i>7/7</i> IGNORADO <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DE EXAMEN	1. EMBARAZADA <input checked="" type="checkbox"/>		2. USUARIO CON ITS <input type="checkbox"/>		3. USUARIO CON TB <input type="checkbox"/>
	4. DONANTE <input type="checkbox"/>		5. CONTACTO CON PWS <input type="checkbox"/>		6. CONTACTO DE EMBARAZADA <input type="checkbox"/>
	7. TRABAJADORA SEXUAL <input type="checkbox"/>		8. SOLICITUD VOLUNTARIA <input type="checkbox"/>		9. OTROS ESPECIFICAR <input type="checkbox"/>
FECHA DE ENVÍO DE LA MUESTRA: DIA MES AÑO <i>23/07/20</i>					
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE SOLICITA... <i>Del Pilar Obispo</i> <i>Del Pilar</i> <i>VIH, VIH, gota</i> <i>Chapas</i>					
REG. N.º <i>12</i> LIBRO: No. <i>12</i> DIRECCIÓN DISTR. <i>Salud</i>					

REPORTE DE RESULTADO DE TAMIZAJE

1. Código <i>TR-AL-RO-MA</i>	2. Edad <i>26</i>	Sexo <i>M</i>	3. Tipo usuario <i>K</i>	ITS	EMB	TB	DE
4. Pruebas de Tamizaje							
	MARCA DE LA PRUEBA		Reactiva	No reactiva			
1ra. prueba / fecha	<i>VIH 23/7/20</i>			<i>X</i>			
2da. prueba / fecha	<i>VDRL 23/7/20</i>			<i>X</i>			
3ra. prueba / fecha	<i>Chagas 23/7/20</i>			<i>X</i>			
5. SE ENVIÓ MUESTRA INH PARA PRUEBA CONFIRMATORIA			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
6. Fecha de envío:							

7. Observaciones:

Fig .16

DIRECCION DISTRITAL 09D17 - MILAGRO - SALUD

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLINICA
MSP	Laura Xauxa	Turquesa Alvarado	F		0927238048

1 EVOLUCION

FECHA	HORA	DEBIDO A	NOTAS DE EVOLUCION
21/03/2020			visita domiciliar
IC = 100%			
FE = 10%			
TC = 36.4°C			
SpO2 = 98%			
PA = 100/70			
Frec. Card.			
Adi. respir.			
C=1			
Laminar			
0			
23-07-2020			Recibo prenatal multigesta de 26 años de edad
FE = 74, 9%			
ED = 103/6mmHg			
TC = 36°C			
Frec = 98%			
FC = 91R			
T = 152.6cm			
			<p>Calderon Cordero Alexander Guillermo OBSTETRA RURAL C.I. 0964036856 DIRECCION DISTRITAL 09D17 MILAGRO SALUD</p>
			<p>Control Prenatal</p> <p>Recibo prenatal multigesta de 26 años de edad</p> <p>G = 4 P = 4 A = 0 C = 0</p> <p>FUG = 02/12/2019</p> <p>FPP = 11/04/2020</p> <p>Placenta que llega sincaja presentada en tiempo oportuno</p> <p>Presente al momento fetalista: Uterino, mto, longitudinal, cephalo</p> <p>FCF 146/1</p> <p>AV: 38cm</p> <p>Indicaciones fetales: cefalica</p> <p>NO sangrado vaginal</p> <p>NO edema de extremidades inferiores</p> <p>Reflexo que llega a la consilla</p> <p>Reflexo dolor tipo contractil a los 30" en 10 minutos</p> <p>datos que se inyecta a rasura</p> <p>tambi paco</p> <p>Examen de laboratorio del 8/06/20: 10,1 g Hb, 10,1 g Hto: 30,4 % Plaquets 316 mm³ Sangre grupo A Rh (+) Seropos: 15/3/20 subgrupos E mto 6/1</p> <p>ED: Embarazo 33 semanas de gestacion + anemia moderada + anemia de tipo fisiologica</p>

2 PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (VIA ORAL / INYECTIVA / OTRO PERSONAL)	ESTADO DE FARMACOS INYECTADOS
Calderon Cordero Alexander Guillermo OBSTETRA RURAL C.I. 0964036856 DIRECCION DISTRITAL 09D17 MILAGRO SALUD	
Huani Rosa Enaya C.I. 0929138048	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Examen de sangre Hta, Hb, glicemia, FOS, glicemia 2) Escografía 3) Aspirina 60 mg tabletas # 30 via oral qd 4) Calcio D tabletas # 30 via oral qd 5) Calcio 500 mg tabletas # 30 c/ 8 horas x 3 dias 6) Acido acetilsalicilico 100 mg tabletas # 30 1 tableta qd 7) Bacteriostatico 4 mg # 5 ampollas 6 mg c/ 12 horas x 2 dosis (2 dias) FT 8) Contracepción Metformina 9) Contracepción planificación 10) Referencia a ginecología al HLA 11) Ruta control HGT 	

OBSTETRA RURAL
 REG. F. 12 No.
 LIBRO: 12 No.
 DIRECCION DISTRITAL 09D17 MILAGRO SALUD

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)

fig. 17

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION DISTRITAL 09D17 - MILAGRO - SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

12h 35 pm

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Etal	Sexo
Tanya		Hernandez		Rosa Maria		23 10 1992		26	F
Nacionalidad	País	Cedula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico		
1	Ecuador	0929138048	09	10	50	Calle San Carlos	098997297		

II. REFERENCIA: 1 **DERIVACIÓN:** 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
MSP	0929138048	C-5-CAI 3	4	H/24	

Refiere o Deriva a:

Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha
MSP	H.L.B. 7	Emergencia	ginecología	23 07 2020

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive Saturación de capacidad instalada 4

Ausencia temporal del profesional Otros /Especifique: 5

Falta de profesional 3

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente multiparita de 26 años de edad G:4 P:4 A:0 C:0
FUM 04/12/2019 FPP 11/04/2020. Presenta al momento producto único con longitudinal cefálica FETIV. Al momento presenta dolor tipo contractura
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos en el momento - Tacto: B.6.5cm 2cm P:13.5.
Se confirma embarazo de término 8/decada y gestación.
Beta-matigna 6 mg IU c/12 hrs x 2 dosis. 1ra dosis 12h30 pm.

5. Diagnóstico

1	Embarazo a 33 semanas de gestación + amenaza	CIE-10	PRE	DEF
2	+ Amenaza de parto prematuro	0970	X	
		0600	✓	

Nombre del profesional: Penny Rojas Código MSP: 342 Firma: CBSL

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4 **OBST:** 12

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo de Servicio	Especialidad del servicio
			REG. 5	12

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha
			DIRECCION DISTRITAL 09D17 MILAGRO - SALUD	

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Fig.18



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCION DISTRITAL 09D17 - MILAGRO - SALUD



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno Troya		Apellido materno Morales		Nombres Rosa María		Fecha de Nacimiento 23 10 1992		Sexo F
Nacionalidad 1 Ecuador	País Ecuador	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte 09271380448	Lugar de residencia actual 09 10 50		Dirección Domicilio Calle San Carlos		N° Telefónico 099447267	

II. REFERENCIA: 1 DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema MSP	Hist. Clínica No. 0921380448	Establecimiento de Salud C.S. CAI 3	Tipo 4	Distrito/Área 17/21
Refiere o Deriva a: Monitoreo fetal				
Entidad del sistema MSP	Hist. Clínica No. H.L.B.M	Establecimiento de Salud Emergencia	Tipo Especialidad	Fecha 03 09 2020

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive Saturación de capacidad instalada 4
 Ausencia temporal del profesional Otros /Especifique: 5
 Falta de profesional

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente multipárra de 27 años de edad G:4 P:4 A:0 C:0.
 FUM 4/12/2018 FPP 11/09/2020. Presenta el momento producto único
 9500, longitud del cuello FCEVBA Tacto: dilatación 2 cm. Desmembrado 10/
 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos **membranas íntegras:**
 8/06/20 14:10 H 9 Hta 90% Sangre serosa AA(HT) Ullt y UOnk
 no mectivo 2 casillas 8/07/2020 E a 3 7.1 Sangre serosa

5. Diagnóstico

	CE-10	PRE	DEF
1 Embarazo 39 Semanas de gestación x FUM y 40 semanas	235P	X	
2 de gestación x Esc + Presenta médium 3/3 + T. Bajo (tear) 0600			X

Nombre del profesional: **Prny Fejoo** Código MSP: **742 FELIJO ACUILAR BENNY DEL PILAR**

III. CONTRAREFERENCIA: 5 REFERENCIA INVERSA: 4

OBSTETRIZ
REG. SANIT. # 342
LIBRO: II FOLIO: 114 No.

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha

Contrarefiere o Referencia Inversa a: Fecha

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CE-10	PRE	DEF
1			
2			

Se recomienda a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M.F.)	N.° FOLIO	N.° HISTORIA CLINICA
C.H. 3	Rosa Neus	Trujillo	F	0929138048	

1 EVOLUCION		
FECHA (DIRECCION)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
3/09/2020		Control prenatal Repaso paciente multipara adelantada a edad G: 4 P: 4 A.O C.O
		Peso FUM: 4/12/2019
		30kg FPP 01/10/2020
		HA APP normal
		12/80 APP normal
		multif A.Ox no.
		SIOx A. físicos no
		98% memoria 12
		EC 98% PRS: 10 aus
		FA 20% # hijos 3 hijos
		T: 36°C edad al prim. hijo 12 años
		frío último hijo: 11/07/2018
		(-) paciente que llega con sintoma de inicio en tiempo y espacio. Presenta al momento físico normales: peso, longitud, capla. FOP: 140cm AU: 39cm mamarios: fetos activos NO sangrado vaginal. NO dolor de extremidades inferiores. Táctil: Dilataz: 2 cm Boculta: 10/10 membranas íntegras ID: Embarazo 39 semanas y FUM 40 SA y ECO + Saborosa + mal líquido + DAC normal; detección de inicio de lance normal FELJOO AGUILAR JENNY DEL PILAR OBSTETRIZ REG. SANIT. # 342 LIBRO: II FOLIO: 114 No. DIRECCION DISTRITAL 09D17 MILAGRO - SALUD

2 PRESCRIPCIONES	
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA EMERGENCIA Y OTRO PERSONAL)	ASISTENTE FARMACOS (PRELADOS)
<ol style="list-style-type: none"> 1) Vitamina B12 mg + ácido fólico 97mg tabletas # 30 VO c/día. 2) complejo B tabletas # 30 + tabletas c/día 3) calcio 500 mg tabletas # 30 H: 10 tabletas c/día + 20 días 4) ácido acetil salicílico 100mg tabletas # 30 VO x 2 días 5) cila pap cila odontológica 6) complejo multivitaminado 7) complejo lactancia materna exclusiva x 6 meses 8) complejo planificación familiar. 9) planes de educación prenatal. 10) signos de alarma: - presión arterial alta - falta de movimientos fetales - pérdida de líquido amniótico - dolor de espalda - dolor de piernas 11) Plan de parto 12) Plan de hospitalización UGT 13) Reforzar HLA y embarazo que se realiza 	

FELJOO AGUILAR JENNY DEL PILAR
OBSTETRIZ
REG. SANIT. # 342
LIBRO: II FOLIO: 114 No.
DIRECCION DISTRITAL 09D17 MILAGRO - SALUD

Fig. 20