



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



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

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
de Obstetriz/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 36 AÑOS CON AMENAZA
DE PARTO PRETERMINO CON 30 SEMANAS DE GESTACION”

AUTOR

Josué Salvador Contreras Merchán

TUTOR

DR. Edmundo Raul Encalada Salcedo

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022



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



ÍNDICE:

AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
TEMA	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
Marco teórico.....	10
Definición:	10
Causas:	10
Factores de riesgo:	11
Fisiopatología:	12
Signos y Síntomas:.....	13
Diagnostico:.....	14
Diagnóstico clínico.....	15
Manejo y Tratamiento:	15
Tocolisis:	18
Tocolisis con Nifedipino	19
Nueroproteccion	19
Antibioticoterapia	20
CERCLAJE CERVICAL.....	20
Cesárea de emergencia	21
Recomendaciones finales para la atención de un parto pretermino:	21
Prevención:.....	22
Prevención primaria	22
Prevención secundaria	22
Justificación:.....	24
Objetivos:	24
Objetivo general:.....	24
Objetivo específico:.....	24
DATOS GENERALES:.....	25
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	25
ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	25



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



HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	25
Primera atención de la paciente	26
Preparación:	26
ANAMNESIS	27
EXPLORACION CLINICA	27
Examen Físico	27
General:	27
Segunda atención de la paciente (09/01/2022)	27
Preparación:	27
ANAMNESIS	28
Hallazgos Ecográficos:	28
EXPLORACION CLINICA	28
Examen Físico	28
Exámenes complementarios realizados	29
Medidas generales y terapéuticas	30
Diagnostico presuntivo:	31
Diagnóstico diferencial:	31
Diagnóstico definitivo:	31
Seguimiento:	31
Primera consulta ginecológica	31
Medidas obstétricas generales y terapéuticas:	32
Interconsulta por emergencia	33
Medidas obstétricas generales y terapéuticas:	34
Observaciones	36
Conclusiones	37
Bibliografía	38
Anexos:	39



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



AGRADECIMIENTO

Seré sincero yo nunca tuve muchas persona detrás de mí apoyándome en cada momento, claro palabras de aliento por parte de familiares y amigos nunca faltaron y estoy agradecido eternamente por eso, pero principalmente fueron 2 personas que siempre estuvieron para mí en cada día, semana y año en esta larga y complicada travesía

A mis padres JOSE MODESTO CONTRERAS MORAN y HELLEN VIOLETA MERCHAN PEREIRA por ser la base de mi vida y formación, por el amor, comprensión y apoyo incondicional en todos los momentos, siempre estuvieron cuando los necesite me ayudaron en todos los sentidos posibles este triunfo no solo es mío si no de ellos ya que sin ellos JOSUE CONTRERAS no sería nada gracias por celebrar mis logros, los amo con todo mi ser.

A mi hermana JOSELINE, por el apoyo que siempre me ha brindado y por todo su cariño.

A mi abuela VIOLETA PEREIRA y a mi tía JOHANA TORRES su apoyo incondicional y consejos que nunca faltaron.

A aquellos docentes que conocí en este trayecto y llegaban a las aulas de formación universitaria con el propósito de dejar un buen legado y formar grandes profesionales.

A los profesionales que conocí en mi último año de formación práctica que contribuyeron con información para el desarrollo de este trabajo y en mi aprendizaje.

Y en general a mis amigos cercanos y compañeros que estuvieron presentes en todos estos años, de los que aprendí y con los que compartí muchos momentos especiales.

Josué Contreras M.



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



DEDICATORIA

Todo mi esfuerzo, cada gota de sudor, cada vez que tuve que caminar por varias horas, todo el cansancio, todo lo que soy y como todos mis triunfos esto va dedicado a mis padres JOSE CONTRERAS y HELLEN MERCHAN por todo el amor, esfuerzo y dedicación que le han puesto a mi desarrollo personal y académico, porque sin su apoyo incondicional yo no estaría en el lugar en el que estoy ahora. A mi hermana JOSELINE CONTRERAS, mi abuela VIOLETA PEREIRA y a mi tía JOHANA TORRES por su cariño y presencia en todos los momentos. Y por su puesto a mí porque fui yo quien paso horas estudiando, horas caminando, levantándome siempre que caía porque a mí nadie me regalo esto.

Josué Contreras M.



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



TEMA

“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 36 AÑOS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO CON 30 SEMANAS DE GESTACION”



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



RESUMEN

El parto pre término es uno de los problemas obstétricos más comunes en salud pública teniendo una incidencia cerca del 10% en nuestro país, a pesar de los esfuerzos realizados por el sector público de salud sobre la importancia de la planificación familiar mucho de estos esfuerzos son en vano ya que la mayor parte de la población no planifica sus embarazos y como sabemos una buena planificación ayuda a determinar cuáles son los riesgos en un embarazo y así podemos actuar mejor antes un embarazo de riesgo permitiendo que el embarazo llegue a término.

Factores como anemia, ruptura prematura de membranas, infecciones vaginales, pre eclampsia entre muchos más que iremos detallando a lo largo de esta investigación son los más frecuentes para producción un embarazo pre término

Por tal motivo se decidió dar estudio y seguimiento a dicha patología en el caso de una paciente de 36 años de edad, primigesta con amenaza de parto pretermino con edad gestacional de 30 semanas, el mismo que se presentó en el Hospital General Babahoyo

El manejo de este caso fue junto con la evolución de las consultas, ecografías y exámenes que se realizaron al momento en que la paciente llegó a la emergencia, estos datos siendo otorgados por el Hospital General Babahoyo

En este documento se presenta la situación a la que se enfrenta el profesional de salud y el binomio madre hijo debido a las situaciones adversas de gravedad que complican el embarazo, y en ciertas ocasiones se debe elegir el mejor momento para la finalización del mismo, con el objetivo de que la afectación al binomio materno fetal no sea extrema.

PALABRAS CLAVE: pretermino, primigesta, amenaza, embarazo.



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



ABSTRACT

Preterm birth is one of the most common obstetric problems in public health, having an incidence of about 10% in our country, despite the efforts made by the public health sector on the importance of family planning, many of these efforts are in vain since most of the population does not plan their pregnancies and as we know good planning helps to determine what the risks are in a pregnancy and thus we can act better before a risky pregnancy allowing the pregnancy to come to term.

Factors such as anemia, premature mangrin rupture, vaginal infections, preeclampsia among many more that we will detail throughout this investigation are the most frequent to produce a preterm pregnancy.

For this reason, it was decided to study and follow up this pathology in the case of a 36-year-old patient, primigravida with threat of preterm labor with a gestational age of 30 weeks, the same one who presented at the Babahoyo General Hospital. The management and follow-up of this case was together with the evolution of the pregnancy, both the pertinent controls, ultrasounds, monitoring and maternal-fetal surveillance, these data being provided by the Babahoyo General Hospital.

This document presents the situation faced by the health professional and the mother-child binomial due to serious adverse situations that complicate pregnancy, and on certain occasions the best moment for its termination must be chosen, with the objective that the affectation to the maternal-fetal binomial is not extreme.

KEY WORDS: preterm, primigesta, threat, pregnancy



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



INTRODUCCION

Debe entenderse al parto prematuro como una enfermedad multifactorial. Estos factores se conjugan en forma sucesiva y simultánea para desencadenarlo y pueden variar no solo entre distintas gestantes sino también en los embarazos sucesivos de la misma embarazada

Se trata de una situación clínica que puede ser grave, constituyendo una de las entidades obstétricas más importantes de la medicina materno-fetal. A pesar de los importantes avances diagnósticos y terapéuticos sigue presentándose como riesgo muy frecuente.

En este caso evaluamos el manejo obstétrico de una paciente primigesta con amenaza de parto pretermino de 30 semanas la misma que no presenta por ecografía una embarazo gemelar, la paciente presenta pocos controles obstétricos dentro de la institución, este caso fue atendido por el área de emergencia y posteriormente trasladado al área de quirófano después de su diagnóstico para una óptima finalización del embarazo

La conducta Gineco Obstétrica aplicada fue ideal para manejar el caso de forma oportuna, la misma que fue prescrita en la Historia Clínica, y fueron aplicadas con fundamento en algunas guías de práctica clínica, trabajo en conjunto de los profesionales priorizando la vida materna y fetal.



Marco teórico

Definición:

La amenaza de parto pre término, consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial. A pesar de que se ha logrado disminuir su frecuencia, debido a las mejoras existentes en prácticas de fertilidad y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil, lo que ocasiona secuelas a corto y largo plazo, y lo convierte en un importante problema de salud pública. Debido a esto es trascendental reconocer a todas aquellas mujeres que tengan riesgo de presentar una amenaza de parto pretérmino, principalmente aquellas que ya tuvieron antecedente de un parto prematuro. Sin embargo en muchas ocasiones no es posible encontrar factores de riesgo por lo que se debe tener conocimiento de las diferentes herramientas clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta patología para poder así realizar un diagnóstico rápido y tomar las medidas necesarios del caso, ya que la sobrevida neonatal aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día tiene un impacto crítico en esta, además disminuye el riesgo de mortalidad y de complicaciones (Quirós González, 2016)

Causas:

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.



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



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. (Tacchino, 2018)

Factores de riesgo:

Con objeto de prevenir los nacimientos prematuros y las complicaciones que con ellos se asocian, a menudo se ha intentado identificar a las embarazadas en alto riesgo de parto pretérmino. Algunos factores de riesgo son bien conocidos: antecedentes de parto pretérmino o aborto tardío, embarazo múltiple, bajo peso antes del embarazo, aumento insuficiente del peso corporal durante el embarazo, edad menor de 20 ó mayor de 35 años, ocupación que requiere esfuerzo físico intenso o estar de pie durante largos períodos y nivel socioeconómico bajo (Fernando Althabe, 2017)

También podemos clasificarlos de la siguiente forma:

- Antecedentes de partos pretérminos anteriores.
- Antecedente de aborto tardío (posterior a las 17 semanas).
- Antecedente de fetos muertos.
- Antecedentes de ruptura prematura de membranas.
- Factores uterinos (como malformaciones).
- Conización cervical.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHoyo
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD Y BIENESTAR
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años.
- Stress, abuso doméstico, violencia familiar.
- Índice de masa corporal inicial bajo (<percentil 10).
- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones urinarias.
- Pielonefritis.
- Vaginosis bacteriana.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Embarazo doble o múltiple.
- Polihidramnios.
- Traumas físicos o emocionales graves.
- Metrorragias del primer o segundo trimestre. (Cristina M. Laterra, 2011)

Fisiopatología:

El trabajo de parto prematuro es un síndrome, manifestado clínicamente por contracciones uterinas, modificaciones cervicales y finalmente el parto prematuro, que corresponde a una “vía final común” de distintos mecanismos fisiopatológicos.

- * Infección/ Inflamación: el único probado que induce el parto por si solo
- * Isquemia: presente en un 20 a 30% de los partos prematuros idiopáticos
- * Incompetencia cervical: dilatación pasiva del cuello que impide retener al feto in útero, la historia clásica son abortos espontáneos en el segundo trimestre, sin contracciones,



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



- * Sobre distensión uterina: aumenta la contractilidad miometrial pero puede ser causal de parto prematuro si ocurre después de las 24 semanas.
- * Autoinmune
- * Tóxicos
- * Disfunción miometrial (termino prematuro de la quiescencia uterina). (A, 2017)

A pesar de los avances en la investigación de los procesos involucrados en el trabajo de parto, aún se desconocen las condiciones fisiológicas y patológicas que desencadenan este proceso. Sin embargo, las pruebas experimentales sugieren que el trabajo de parto a término o pretérmino es un proceso de tipo inflamatorio que comienza probablemente en respuesta a señales derivadas del feto y que lleva a la activación del miometrio, el borramiento del cuello uterino y la rotura de las membranas corioamnióticas.

Como respuesta a estas señales, las células de los distintos tejidos locales producen cantidades limitadas de citocinas proinflamatorias, suficientes para inducir la síntesis de quimiocinas y moléculas de adhesión celular con el fin de permitir la infiltración y permanencia de leucocitos en dichos tejidos. Una vez establecidos, los leucocitos secretan mayor concentración de citocinas proinflamatorias, lo que produce moléculas efectoras, como prostaglandinas y metaloproteasas de matriz extracelular. La actividad de estos mediadores activará las contracciones uterinas, la remodelación y borramiento cervical y la degradación y rotura de las membranas cario amnióticas, características del trabajo de parto. (Vega, 2006)

Signos y Síntomas:

Los signos y síntomas del parto prematuro comprenden los siguientes:

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones)
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda
- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen
- Cólicos leves



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



- Manchado o sangrado vaginal leve
- Rotura prematura de las membranas: pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo, después de que se rompa o se desgarre la membrana alrededor del bebé
- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento) (Clinic, 2021)

Diagnostico:

Se efectuará el diagnóstico de APP ante:

- Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañadas de cualquiera de los siguientes ítems:
 - Ruptura de membranas
 - Dilatación cervical ≤ 3 cm
 - Borramiento $\leq 50\%$ o cambios cervicales detectados en exámenes seriados entre las 20 y 36,6 semanas de gestación.

Si es posible, completar el examen de cervix con ecografía transvaginal sobre todo cuando la contractilidad no es franca o las modificaciones cervicales es dudosas.

Si la ecografía TV muestra una longitud cervical ≥ 3 cm independientemente de la EG, se evitará la internación de la paciente.

Si hay dudas se aconseja reevaluar a la paciente después de una o dos horas en reposo.

Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio con la recomendación de limitar la actividad física y de consultar nuevamente ante el reinicio de la sintomatología. (Cristina M. Laterra, 2011)



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



Diagnóstico clínico:

- Dinámica uterina igual o mayor a la descripta para la definición de amenaza de parto prematuro, pero con modificaciones cervicales tales como:
- Borramiento del cérvix mayor al 50% y una
- Dilatación ≥ 4 cm.

Se indica internación inmediata y comunicación con Neonatología. (Cristina M. Laterra, 2011)

Manejo y Tratamiento:

En cuanto al manejo se refiere tenemos los siguientes puntos necesarios para un correcto manejo del caso:

Hospitalizar a la madre en un centro especializado de tercer nivel de atención que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales y cirugía neonatal

- Reposo en cama
- Controles de TA, temperatura, FC materna, dinámica uterina, FCF y evaluación cervical digital según sintomatología de la paciente.
- Estudios complementarios: laboratorio, cultivo de orina y cérvico vaginales.
- Búsqueda de vaginosis bacteriana: Se tomará muestra cervicovaginal para análisis con medición de pH, flujo vaginal sugerente de infección y, según resultado, se dará tratamiento. El tratamiento de elección es: Metronidazol 2 g única dosis o 500 mg c/8 h por 5 días, VO o Clindamicina VO o vaginal.
- Ecografía obstétrica y de cérvix transvaginal para medición de longitud cervical, dilatación del orificio interno y presencia del signo del embudo en gestaciones <32 semanas.
- Monitoreo fetal semanal en gestaciones ≥ 32 semanas sin otra patología.
- Detección de condiciones obstétricas o enfermedades sistémicas que condicionen un tratamiento o manejos específicos.
- Evaluación de estudios complementarios realizados al ingreso de la paciente.



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



- Completar esquema de maduración pulmonar fetal.
- Evaluación cardiológica, clínica y ECG
- Establecer con certeza la edad gestacional
- Evaluar el estado clínico de la madre
- Evaluar el crecimiento, el desarrollo y el estado fetal
- Tranquilizar y dar confianza a la madre y familiares
- Obtener consentimiento firmado por la paciente y familiares para las intervenciones médicas
- Hidratación
- Agentes tocolíticos con el objeto de retener al concepto por lo menos 48 horas
 - Sulfato de magnesio
 - Nifedipino
- Corticosteroides en gestaciones menores de 34 semanas
- En caso de sospecha de infección intrauterina, realizar amniocentesis e iniciar terapia antibiótica

Parte inicial del manejo del parto pretérmino es catalogar estrictamente el caso, estableciendo para ello la edad gestacional, determinada tanto por la clínica como por los estudios ecográficos realizados durante la gestación, si los hubiera. El examen clínico abarcará el estado general y clínico de la madre y el bienestar fetal, de manera de tomar las medidas necesarias. En este lapso, y mientras se corrobora el diagnóstico y se dicta las primeras medidas terapéuticas, se debe infundir confianza a la madre, quien ya se encuentra afectada por el estrés de la situación, así como a la pareja y/o familiares (pacheco, 2008)

Frente a una paciente que consulta por contracciones uterinas entre las semanas 24 y 34, lo importante es diferenciar aquellas que están realmente



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



tienen riesgo de tener un parto prematuro y requieren hospitalización, de las que no.

El tema con la amenaza de parto prematuro es que solo predice un 10% de los embarazos que realmente llegaran a fin en los próximos 7 días. Para esclarecer esta situación se realiza cervicometría.

* $>30\text{mm}$: 1% de riesgo de tener un parto prematuro en próximos 7 días.

O Medidas generales y reevaluación a las 2 horas.

* $< 15\text{mm}$: 50% de riesgo de tener un parto prematuro en los próximos 7 días

O Se realiza tocolisis + corticomaduración

* En la práctica, valores intermedios se manejan como $<15\text{mm}$. (A, 2017)

Se indicará reposo, en decúbito lateral, en ambiente aislado y tranquilo y se colocará solución salina endovenosa, a razón de 100 mL/hora, ya que la rápida expansión intravascular pudiera disminuir las contracciones de un útero irritable. Sin embargo, no existe evidencia de beneficio del reposo o del uso de la hidratación para ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro, aunque la hidratación puede ser útil para las mujeres que estén deshidratadas. (pacheco, 2008)

A pacientes con cuellos $>30\text{mm}$, se hospitalizan para su observación durante 2 horas, periodo en el cual se aplican las siguientes medidas:

* Hidratación: 500mL ringer lactato o fisiológico EV

* Sedación: 10mg diazepam

* Antiespasmódicos

* Estudio bienestar materno-fetal

O Madre: hemograma, sedimento orina, cultivos cervicovaginales (descartar infección como causa)

O Feto: fetometría (RCIU), perfil biofísico, doppler arterias uterinas.

Si las contracciones persisten a las 2 horas, la paciente va a tocolisis. (A, 2017)



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



Tocolisis:

El empleo de agentes tocolíticos en el trabajo de parto es frecuentemente innecesario, a menudo inefectivo y ocasionalmente dañino. En muchas mujeres, los tocolíticos parecen detener las contracciones temporalmente, pero, raramente evitan el parto pretérmino. Además, existe una morbilidad potencial, por lo que antes de su uso se debe descartar eventuales contraindicaciones médicas u obstétricas, principalmente cardiovasculares

Contraindicaciones relativas al empleo de tocolisis:

- Enfermedades maternas, principalmente cardiovasculares
- Restricción del crecimiento fetal
- Oligohidramnios
- Prueba no estresante no reactiva
- Prueba estresante positiva
- Flujo umbilical diastólico ausente o revertido al examen Doppler
- Deceleraciones variables severas repetidas
- Probabilidad de desprendimiento prematuro de la placenta. (pacheco, 2008)

Si luego de una hora con tocolisis las contracciones no ceden se debe descartar infección intramniótica con amniocentesis, en caso de haber infección se debe interrumpir inmediatamente el embarazo, de no ser así, se pasa a tocolisis de segunda línea (otro fármaco) y si no funciona, se deja su curso normal.

Los tocolíticos disponibles pertenecen a 4 categorías

1. β -miméticos: Fenoterol
2. Bloqueador de canales de calcio: Nifedipino
3. Bloqueador del receptor de oxitocina: Atosiban
4. Inhibidores de la COX: Indometacina



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



Actualmente el fármaco de elección es el nifedipino, por su buena efectividad y pocos efectos adversos en la madre (relativo a los otros tocolíticos), además de ser el único que disminuye el riesgo de SDR, es fácil de usar y de bajo costo.

Una buena alternativa es la indometacina, usarla con precaución luego de las 32 semanas por riesgo de cerrar, reversiblemente, el ductus arterioso.

El atosiban tiene poco efecto y costo muy elevado, mientras que el fenoterol se asocia a grandes efectos adversos en la madre. (A, 2017)

Tocolisis con Nifedipino:

El nifedipino es un bloqueador de los canales de calcio empleado para tratar la hipertensión y la enfermedad cardiodiovascular, debido a que inhibe la contractilidad de las células musculares lisas, al reducir el flujo del calcio hacia las células. También pueden relajar las contracciones uterinas, por lo que el nifedipino ha surgido como un agente tocolítico efectivo y seguro para el manejo del parto pretérmino.

La dosis inicial recomendada es 20 mg de nifedipino vía oral, seguida de 20 mg PO después de 30 minutos. Otro esquema emplea 10 mg cada 20 minutos, en 4 dosis, seguida de 20 mg vía oral cada 4 a 8 horas. La concentración plasmática máxima ocurre entre los 15 y 90 minutos después de su administración, la vida media es de 81 minutos y la duración de su acción, alrededor de 6 horas. Si las contracciones persisten, se puede continuar la terapia con 20 mg PO cada 3 a 8 horas, por 48 a 72 horas, con dosis máxima de 160 mg/d. Después de 72 horas, si se requiere dosis de mantenimiento, se emplea nifedipino de acción prolongada, 30 a 60 mg diario (pacheco, 2008)

Nueroproteccion:

Se realiza en gestaciones de <34 semanas con sulfato de magnesio, en dosis de 4gr/carga y luego 2gr/hora por lo menos por 24 hr idealmente hasta completar 48hr, con lo que se reduce en un 68% el riesgo de parálisis cerebral. (A, 2017)



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



Antibioticoterapia:

Las evidencias hasta el momento no han mostrado beneficios con el uso de antibioticoterapia para prevenir el parto pretérmino, ni reducción de la mortalidad o la morbilidad en pacientes con membranas intactas (pacheco, 2008)

Pero si es prudente su uso cuando el parto se realiza vía vaginal y este colonizada por *S. agalactiae*, el cultivo para evidenciar colonización de *S. agalactiae* se hace las 35-37 semanas, en embarazos de menor edad, se le dan antibióticos por si acaso. En la sección de infecciones cervicovaginales de la misma guía perinatal, si se recomienda entregar el esquema antibiótico a todas las mujeres en trabajo de parto prematuro. (A, 2017)

CERCLAJE CERVICAL:

Existe controversia acerca de los beneficios y efectos adversos del cerclaje cervical en mujeres con riesgo de parto pretérmino debido a incompetencia cérvico-ístmica. El cerclaje cervical ha mostrado beneficios solo en aquellas mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de tres o más partos pretérmino, pero debemos recordar que hay complicaciones asociadas con la cirugía y con el riesgo de estimulación de las contracciones uterina.

En un estudio, el cerclaje asociado al reposo redujo los nacimientos anteriores a las 34 semanas en mujeres con factores de riesgo y/o síntomas de incompetencia cervical y con longitud cervical menor a 25 mm antes de las 27 semanas. Otros investigadores encontraron que el cerclaje en pacientes con diagnóstico de dilatación cervical por ultrasonografía durante el segundo trimestre del embarazo no mejoró los resultados perinatales, y más bien el seguimiento de la longitud del cérvix parece disminuir la necesidad de un cerclaje (pacheco, 2008)

El cerclaje cervical puede ser recomendado si tienes menos de 24 semanas de embarazo, si tienes un historial de nacimiento prematuro temprano, y si una ecografía muestra que el cuello del útero se está abriendo o que la longitud del cuello del útero es menor de 25 milímetros. (Clinic, 2021)



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



Cesárea de emergencia:

En muchos casos las pacientes se presentan en la emergencia con parto inminente y este caso cuando no se puede evitar el parto y las circunstancias de la paciente no son óptimas para un parto vaginal se debe recurrir al parto por cesárea de emergencia.

Las mujeres con trabajo de parto pretérmino tienen mayor probabilidad de tener fetos en presentación podálica que aquellas a término, y cuanto más temprano sea el trabajo de parto, mayor la probabilidad de presentar distocias de la presentación. Los fetos en presentación podálica, sobre todo los menores a 32 semanas, en el parto vaginal están más predispuestos a tener prolapso del cordón, traumatismos musculoesqueléticos y retención de cabeza última. Parecería que es menos probable que presenten injurias traumáticas y asfixia si nacen por cesárea.

Existe poca evidencia de que la cesárea de rutina en niños pretérmino con presentación cefálica sea beneficiosa. Por lo tanto, en niños pretérmino con presentación de vértex, la indicación de cesárea debe ser la misma que en los niños a término. Las indicaciones más comunes para la intervención médica son la preeclampsia, sufrimiento fetal, pequeño para edad gestacional, desprendimiento prematuro de placenta. Además, tener presente que la cesárea electiva se acompaña de un mayor riesgo de morbilidad respiratoria del recién nacido (pacheco, 2008)

Recomendaciones finales para la atención de un parto pretermino:

- Atención del parto en centro con unidad de cuidados neonatales
- Neonatólogo con experiencia, presente en el parto
- Incubadora y equipo y materiales de resucitación preparados
- Parto por cesárea en feto menor de 32 semanas en presentación podálica
- Atender los deseos de los progenitores en fetos menores de 26 semanas
- No emplear parto instrumentado
- Maniobrar cuidadosamente al recién nacido para evitar traumatismos



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



- Obtener consentimiento firmado por los padres antes de cualquier intervención médica
- No romper las membranas corioamnióticas artificialmente. (pacheco, 2008)

Prevención:

Prevención primaria:

Orientada a la población general, hay muchas acciones que se han postulado para prevenir el parto prematuro en este grupo, las que están científicamente probadas son:

- * Cese del hábito tabáquico
- * Progesterona micronizada 200mg c/24 horas vía vaginal, en mujeres con cuello <25mm en la ecografía de las 20 -24 semanas
- * Pesquisa de infección (principalmente bacteriuria asintomática, ITU)
- * Otras: disminución de la carga laboral y actividad física, tratamiento de enfermedad periodontal

Prevención secundaria:

En pacientes con riesgo, siendo el principal target las mujeres con parto prematuro previo (las con embarazo múltiple no responden muy bien a las terapias)

- * Medidas Generales: pesquisa y control de factores de riesgo modificables, derivación a centros de control de alto riesgo obstétrico, educación para reconocer síntomas precozmente.
- * Tratamiento Infecciones: principalmente ITU y Vaginosis Bacteriana (criterios clínicos o test de Nugget), erradicación de Chlamydia, Mycoplasma y/o Ureaplasma en el caso de estar presentes. La vulvovaginitis micótica no aumenta el riesgo de parto prematuro (se trata en caso de estar presente, pero no se busca activamente).

O Tratamiento Vaginosis Bacteriana: Metronidazol 500mg VO c/12 x 7días



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



* Cerclaje cervical: procedimiento quirúrgico, como en “bolsa de joyas” se pasa una sutura no reabsorbible en el espesor del cuello que luego se tensa y se amarra, para evitar la incompetencia cervical. Este procedimiento se realiza bajo anestesia sólo en 3 situaciones clínicas, desde las 12-14 semanas de gestación y luego se retira a las 36 semanas para permitir el parto.

O Cerclaje electivo: en mujeres con historia clásica de incompetencia cervical.

O Cerclaje terapéutico: en mujeres con riesgo epidemiológico (antecedente) y acortamiento cervical progresivo (<15mm).

O Cerclaje de salvataje: mujer que consulta de urgencias, con un embarazo entre 14 y 24 semanas, por flujo vaginal y con dilatación pasiva del cuello que permite visualizar las membranas. En este caso se debe descartar presencia de contracciones y invasión microbiana de la cavidad (mediante amniocentesis) previo al procedimiento.

O NO realizar un cerclaje si

* Hay contracciones uterinas

* Es embarazada de bajo riesgo con cuello corto

* Embarazo gemelar

* Progesterona: se da en las mismas dosis (200mg c/24 hr vía vaginal) desde las 14 semanas hasta la rotura de membranas o parto, en pacientes con antecedentes de parto prematuro previo o cuello corto menor de 15mm. No ha demostrado beneficios en embarazo gemelar.

* Pesario Vaginal: anillo plástico que cambia la inclinación del canal. (A, 2017)



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



Justificación:

El presente estudio está dirigido a evaluar y dar seguimiento a la evolución y posterior finalización de embarazo de 30 semanas con amenaza de parto prematuro como patología de base, con la novedad de ser un embarazo gemelar la cual acudió por emergencia ya con trabajo de parto siendo un parto inminente tomando la decisión de hacerlo por cesárea haciendo que todo el equipo de gineco – obstetricia más la efectividad del personal neonatal del hospital general babahoyo dé como resultado un parto exitoso con signos de estabilidad en los recién nacidos hasta la fecha de realización de este trabajo.

Es por eso se impulsó para dar seguimiento e investigar de forma exhaustiva la evolución y desarrollo del caso con el objetivo de evitar complicaciones que puedan afectar la vida de madre e hijo.

Objetivos:

Objetivo general:

- Analizar la evolución y finalización del embarazo de 30 semanas en paciente con amenaza de parto prematuro

Objetivo específico:

- Identificar los factores de riesgo que podrían desencadenar un parto prematuro en un embarazo de 30 semanas
- Detallar el tratamiento aplicado para un parto pretermino gemelar de 30 semanas



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



DATOS GENERALES:

Código: ARBOGRAM	Edad: 36 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 16/10/85
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: bachillerato	Raza: Mestizo
Religión: Católica	Nivel socioeconómico: Bajo
Domicilio: ciudadela nueva Babahoyo	Hospital: General Babahoyo IESS

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Josue Contreras Merchan.

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, acude a consulta de emergencia por presentar dolor tipo contráctil en región del hipogastrio con 30 semanas de gestación al momento, con indicación para consulta Ginecológica por presentar embarazo de alto riesgo debido a patología presente.

HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

Antecedentes Personales y Familiares	
Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas



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



Antecedentes Gineco- Obstétricos	
Menarquia: 13 años	Ciclos menstruales: 28 días
Planificación familiar: NO	Inicio de vida sexual: 15 años
Parejas sexuales: 4	Gestas: 0 P:0 A:0 C:0
FUM: 13/ Junio/2021	Controles prenatales: 2. HGB
Vacunas: 2	Ecografía : 1 particular
PIG: 0	ITS: ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Josue Contreras Merchan.

Primera atención de la paciente **(15/12/2021)**

Preparación:

Peso: 60 kg	Talla: 152 cm
Score mama: 0	TA: 122/70 FC: 98 Lx' T: 36,3 C FR: 20 Rx' SPO2: 99% ESTADO DE CONCIENCIA: alerta PROTEINURIA: 0

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Josue Contreras Merchan.



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



ANAMNESIS:

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, primigesta orientada en tiempo, espacio. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes acude a consulta por control obstétrico con 27 semanas de gestación por FUM. Paciente es atendida en consulta externa de Ginecología, al interrogatorio paciente activa electiva, no refiere ni signos, ni síntomas agregados. Se solicita exámenes de control y se receta suplementos para el seguimiento activo del embarazo.

La paciente no refiere ecografías en la entidad hospitalaria solo refiere una realizada de manera particular el día 11/11/2021 donde se revelo embarazo gemelar de aproximadamente 26/27 semanas de gestación no se refieren más detalles debido a que la paciente perdió los resultados de dicho examen, se solicita nueva ecografía

EXPLORACION CLINICA:

Examen Físico:

General: Paciente orientada en tiempo, espacio y persona

Segunda atención de la paciente (09/01/2022)

Preparación:

Peso: 61 kg	Talla: 152 cm
Score mama: 0	TA: 125/75 FC: 100 Lx' T: 36,5 C FR: 19 Rx' SPO2: 99% ESTADO DE CONCIENCIA: alerta



PROTEINURIA: 0

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Josue Contreras Merchan.

ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, primigesta orientada en tiempo, espacio. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes acude a consulta por emergencia por presentar dolor tipo contráctil en el hipogastrio y al momento de exploración se evidencia distocia de presentación con 30 semanas de gestación por ecografía. Paciente es atendida en emergencia por Ginecología al interrogatorio paciente activa electiva, no refiere ni signos, ni síntomas agregados. Paciente indica que tuvo una atención previa en clínica y ya ha realizado control obstétrico. Se solicita que la paciente sea egresada para posterior control y evolución, al no poder realizar ecografía en el momento se utiliza la ecografía realizada en manera particular que evidencia embarazo gemelar con aproximadamente 30 semanas de embarazo.

Hallazgos Ecográficos:

Embarazo gemelar

Situación longitudinal cefálico dorso lateral izquierdo

Edad gestacional 30/28 semanas

Placentas anterior y posterior

Líquido amniótico normal

Cordón umbilical trivascular

Actividad cardiaca normal y movimientos espontaneos

Sexos masculinos

Peso aproximado 2300 G.

EXPLORACION CLINICA :

Examen Físico

General: Paciente orientada en tiempo, espacio y persona. Hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.



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



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

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: suave depresible, levemente globuloso a nivel de hipogastrio, sin visceromegalias o masas, no doloroso a la palpación.

Extremidades: simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

RIG: Tanner V, se evidencia sangrado color rojo rutilante y pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

Exámenes complementarios realizados

Al rastreo ecográfico: se reporta embarazo gemelar vivos de posiciones antagonistas, FCF 1 de 144 Lx, FCF 2 de 156 Lx, ILA de 3.45 cm, placenta anterior y posterior. ID: embarazo de 29.6 semanas de gestacion + oligohidramnios moderado.

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA 04/01/2022	
Hemoglobina	13.1 g/dl
Hematocrito	39.6%
Hematíes	4'170.000 10/uL
Leucocitos	10.210 10/uL
Plaquetas	8.1 fl
Linfocitos	25.8%
Neutrófilos	50.0%
Eosinófilos	3.6%
TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)	



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



Grupo sanguíneo: B	
Factor Rh: positivo	
COAGULACION	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 28 sg	
Tiempo de protrombina (TP): 10sg	
QUIMICA	
Glucosa en Ayunas	82.18 mg/dl
Urea	18.11 mg/dl
Creatinina	0.10 mg/dl
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS	
HIV 1-2 generación: no reactivo	
VDRL: negativo	
TORCH: negativo	

Medidas generales y terapéuticas

Reposo.

Score mama cada 15 min las primeras 2 horas, luego cada hora hasta el alta.

Dieta y nutrición adecuada.

Consulta ginecológica 15 días después.

Eritropoyetina 200 U, vía subcutánea.

Solución salina al 0.9% + hierro sacarosa 200 mg IV.

Ácido fólico 1 por día.



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



Diagnostico presuntivo:

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO CON 30 SEMANAS DE GESTACION

Diagnóstico diferencial:

Anemia por falta de nutrición

Diagnóstico definitivo:

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO CON 30 SEMANAS DE GESTACION

Seguimiento: Durante el embarazo la paciente solo tuvo 2 consultas ya que refiere complicaciones al momento de asistir al hospital y por eso la paciente tuvo sus controles de manera particular y por esa misma razón no contamos con los datos exactos de dichas consultas es por eso que validamos las consultas exclusivas en el hospital general Babahoyo las cuales juntos con el testimonio de la pacientes podemos darnos cuenta que no se presentaron complicaciones previas antes de la realizar la cesárea de emergencia dichas consultas fueron una previa de control prenatal y la consulta correspondiente al día de la cesárea

Primera consulta ginecológica 15/12/2021

Paciente acude a primer control prenatal, al momento de preparación signos vitales:

Peso: 60 kg

Talle: 152 cm

Score mama: TA: 122/70; FC: 98; T: 36,3C; FR: 20 Rx; SPO2: 99%;

PROTEINURIA: 0; ESTADO DE CONSCIENCIA: ALERTA

Paciente primigesta con 27 semanas de gestación por FUM orientada en tiempo, espacio. Hemodinamicamente estable sin signos ni síntomas neurológicos aparentes.



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



Examen físico: cabeza: normo cefálica, conjuntivas normaes, vías aéreas permeables, oído normal, mucosas orales sin patología.

Cuello: sin adenopatías.

Tórax: expandible, simétrico, mamas aparentemente normales, corazón rítmico, campos pulmonares ventilados.

Abdomen: abdomen gestante, fetos vivos con movimientos activos, FCF 1 de 140 Lx, FCF 2 de 152 Lx, no refiere dolor al palpar, sin visceromegalias

RIG: Tanner V, sin sangrado aparente, sin pérdida de lliquido y no se evidencia secreción vaginal.

Extremidades: sin anormalidades, no presentan patologías, no edemas reflejos óptimos.

Exámenes previos realizados de manera particular: 09/12/2021

RBC: 4'100.000 mcl

HTCO: 40.2%

HGB: 14.1 mm

PLT: 8.0 fl

WBC: 7.050 mm³

NEU: 54.5%

LYM: 25.9%

EOS: 3.55

GRUPO Y FACTOR RH: B+

GLUCOSA EN AYUNAS: 86.60 mg/dl

UREA: 21.64 mg/dl

CREATININA: 0.9 mg/dl

ACIDO URICO: 6.02 mg/dl

Medidas obstétricas generales y terapéuticas:

Reposo



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



Llevar una correcta alimentación y nutrición

Hierro vía oral 1 diaria por 30 días

Calcio vía oral 1 diaria por 30 días

Ácido fólico vía oral 1 diaria por 30 días

Rastreo ecográfico: se reporta fetos vivos con variedad de posición cefálica y podálica con FCF 1 de 140 Lx, FCF 2 de 152 Lx, placenta anterior y posterior embarazo de 27 semanas aproximadamente

Interconsulta por emergencia 09/01/2022

Paciente acude a emergencia por presentar dolor tipo contráctil a nivel de hipogastrio de moderada intensidad, al momento de preparación signos vitales:

Peso: 60 kg

Talla: 152 cm

Score mama: TA: 135/91; FC: 102; T: 36,1C; FR: 26 Rx; SPO2: 99%;

PROTEINURIA: 0; ESTADO DE CONSCIENCIA: ALERTA

Paciente primigesta con 29/30 semanas de gestación por FUM orientada en tiempo, espacio. Hemodinamicamente estable sin signos ni síntomas neurológicos aparentes.

Examen físico: cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, oído normal, mucosas orales sin patología.

Cuello: sin adenopatías.

Tórax: expandible, simétrico, mamas aparentemente normales, corazón rítmico, campos pulmonares ventilados.

Abdomen: abdomen gestante, fetos vivos con movimientos activos, FCF 1 de 155 Lx, FCF 2 de 168 Lx, refiere dolor al palpar, sin visceromegalias

RIG: Tanner V, sangrado leve, pérdida de líquido leve, se evidencia secreción vaginal.



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



Extremidades: presenta edemas con reflejos variables.

Exámenes previos realizados de manera particular: 04/01/2022

RBC: 4'170.000 mcl

HTCO: 39.6%

HGB: 13.1 mm

PLT: 8.0 fl

WBC: 7.070 mm³

NEU: 50.0%

LYM: 25.8%

EOS: 3.6

GRUPO Y FACTOR RH: B+

GLUCOSA EN AYUNAS: 82.18 mg/dl

UREA: 18.11 mg/dl

CREATININA: 0.10 mg/dl

ACIDO URICO: 6.09 mg/dl

Medidas obstétricas generales y terapéuticas:

Monitoreo materno fetal en el cual se evidencia poca variabilidad y en uno de los fetos frecuencia cardiaca fetal elevadas asociando a sufrimiento fetal.

Al momento del tacto se evidencia secreción teñida levemente, se evidencia cérvix borrado al 80% con 2 a 3 cm de dilatación.

Se opta por cesárea de segmentaria de emergencia.

Se realiza bajo todas las normas de asepsia y antisepsia con anestesia raquídea, útero grávido expuesto, se obtiene productos vivos, sexos masculinos, llanto presente al estímulo apgar 1: 5/6, apgar 2: 5/7, se obtienen



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



membranas de la concepción, se realiza limpieza de cavidad uterina y se procede a cerrar abdomen.

Neonatos: apgar 1: 5/6, apgar 2: 5/7 a pesar de las semanas de nacimiento según el teste de capurro se evidencian prematuros moderados con 32 semanas de gestación se realizan toda la profilaxis y antropometría: peso y talla feto 1: 1500 y 28 centímetros, talla y peso feto 2: 1460 y 27 centímetros.

Indicaciones post cirugía: nada por via oral, control de signos vitales, control de loquios

Medidas generales y terapéuticas:

Cuidado de enfermería

Control de signos vitales

Control de score mama

Control de loquios y apsoitio

Lactato de ringer de 1000 cc pasar 20 gotas por minuto

Comunicar novedades.



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



Observaciones.

Se siguió en la medida de lo posible la evolución y criterios aplicados a la pacientes las cuales dieron como resultado un fin de embarazo en condiciones moderadas recordando que fue un resultado poco favorable tanto como para los recién nacidos como para la madre sin embargo es satisfactorio ver que ambos han evolucionado de una manera correcta y están estables hasta el momento.

Se sustentó la correcta aplicación de todas las medidas realizadas por los profesionales, juntos con las bibliografías y criterios proporcionados por profesionales por medios digitales para así fortalecer y respaldar el correcto manejo hacia las pacientes en estas condiciones.

También es importante resaltar el rápido accionar de los profesionales al momento de tomar la correcta decisión de interrumpir el embarazo ante el parto pretermo inminente y ante la poca información brindada por la paciente ya que apenas se presentó a una consulta de control prenatal en esta institución.



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



Conclusiones

La elección y desarrollo de este caso se realizó con toda la información prescrita en la historia clínica otorgada por el hospital, la conducta gineco obstétrica tomada fue la oportuna para llevar de una manera óptima la evolución, finalización y seguimiento de puerperio de este embarazo.

Todas las medidas aplicadas se corroboraron y tuvieron sustento bibliográfico, con toda la información obtenida basada en las guías de práctica clínica, libros, artículos y demás fuentes de las bibliografías anteriormente mencionadas, se logró el correcto enfoque al momento de presentar todos los acontecimientos que conllevaron al parto pre termino.

Con este caso podemos darnos cuenta que el embarazo es un estado muy delicado en el cual no se necesitan tener antecedentes tanto personales como familiares como para desencadenar cualquier patología o complicación ya que nuestra paciente no presento ningún tipo de antecedente que conlleve a un parto pre termino y junto a esto los pocos controles realizados en el hospital general sumando la perdida de documentos de los resultados de las consultas previas particulares nos permite evidenciar que tenemos que estar preparados ante cualquier tipo de emergencia.

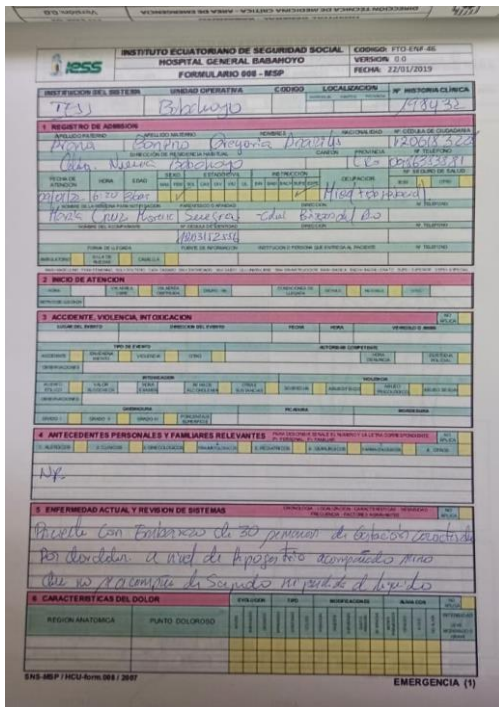
Es por eso que resaltamos la importancia de realizar los respectivos controles en una misma entidad de salud para que todos los datos pertinentes y necesarios estén dentro de nuestro conocimiento para una óptima atención y teniendo un trato excepcional con nuestra paciente para que acuda a nuestros controles de la mejor manera asegurándonos así de priorizar la salud tanto de la madre como la del feto por igual.



Bibliografía

- A, T. P.-L. (2017). *sintesis.med.uchile*. Obtenido de <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1629-parto-prematuro>
- Clinic, M. (2021). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>
- Cristina M. Laterra, S. S. (2011). *sarda.org*. Obtenido de <https://sarda.org.ar/images/2012/25-40%20Guia%20Amenaza%20parto.pdf>
- Fernando Althabe, G. C. (2017). El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- pacheco, j. (2008). *PARTO PRETÉRMINO: TRATAMIENTO Y LAS EVIDENCIAS*. lima: SIMPOSIO.
- Quirós González, a. p. (2016). Amenaza de parto pretérmino. *Portal de Revistas UCR*.
- Tacchino, E. H. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- Vega, R. (2006). *Academia.edu*. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/12979846/Fisiopatologia_del_nacimiento_pretermino-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1642756102&Signature=O42JJ0jNGcRyWPfn18W8lwNOTHcf5n-Gutv7TxzglrTJk0NdrCGgzUBHqgTuHDpP9OC8R3dR8Op65cCFNMxwGy8QxIxzB09tQZkc7LWOyWczsRcGVqY

Anexos:



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL BABAHOYO
FORMULARIO 008 - MSP

FECHA: 22/01/2019

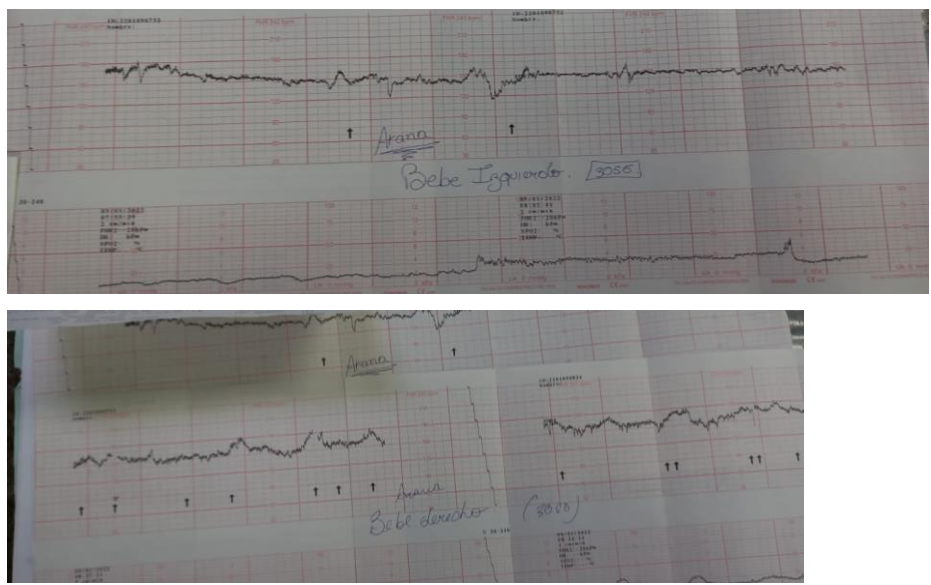
UNIDAD OPERATIVA: Babahoyo

REGISTRO DE ADMISION: Arana Bebe Iguaquerdo

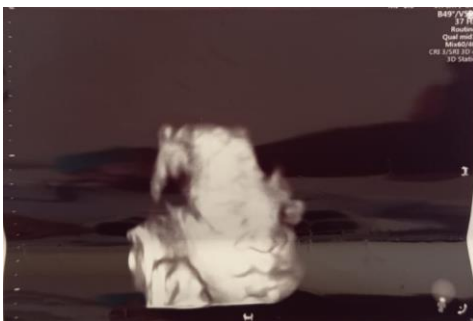
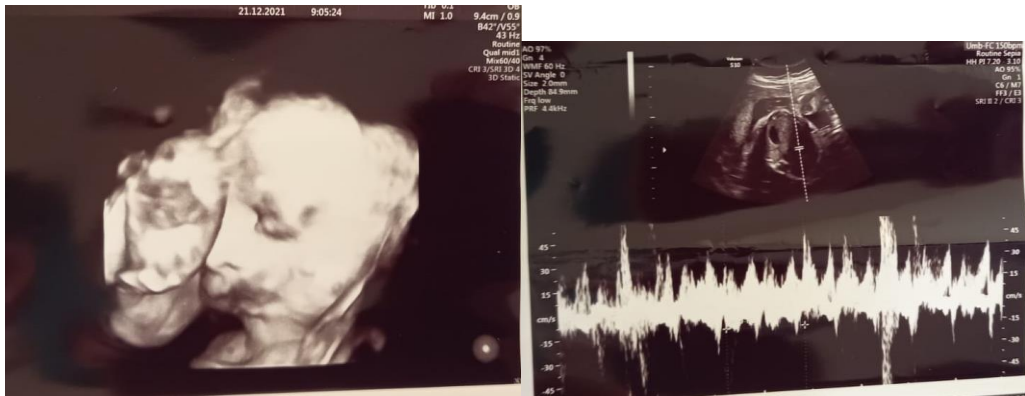
5. ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS:
Paciente con Embarazo de 30 semanas de embarazo controlado por ultrasonido a nivel de la gestación de 30 semanas que no presenta de Sangrado ni pérdida de líquido.

EMERGENCIA (1)

ANEXO 1: formulario 008 que evidencia la consulta por emergencia de la paciente



ANEXO 2: frecuencias cardíacas fatales detectadas de ambos fetos



<p>MARIA AUXILIADORA Dr. Cesar Bermeo Nicola Hospital Clínico Valencia - España Hospital HNOA. Artimejeras - Habana - Cu</p> <p>CÓDIGO 2 MEDICINA GENERAL - CIRUGÍA GENERAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</p> <p>PACIENTE: GREGORIA MARILIS RAMONA BORTHO SF</p> <p>ECOGRAFIA</p> <p>EMBARAZO GEMELAR</p> <p>SITUACIÓN LONGITUDINAL CEFÁLICO DORSO</p> <p>LATERAL IZQUIERDO</p> <p>EDAD GESTACIONAL 37/28 SEMANAS</p> <p>PLACENTAS ANTERIOR Y POSTERIOR</p> <p>LIQUIDO AMNIÓTICO NORMAL</p> <p>CORDON UMBILICAL TRIVASCULAR</p> <p>ACTIVIDAD CARDIACA NORMAL Y MOVIMIENTOS ESPONTÁNEOS.</p> <p>Dirección: General Dávila y Maja - Telef: 05 73390 - 05 73008</p>	<p>MARIA AUXILIADORA Dr. Cesar Bermeo Nicola Hospital Clínico Valencia - España Hospital HNOA. Artimejeras - Habana - Cu</p> <p>MEDICINA GENERAL - CIRUGÍA GENERAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</p> <p>FECHA: martes, 21 de diciembre de 2021</p> <p>PRESCRIPCIÓN:</p> <p>SEXO MASCULINOS</p> <p>PESO APROXIMADO 2300 G.</p> <p>Dirección: General Dávila y Maja - Telef: 05 73390 - 05 73008</p>
--	--

ANEXO 3: ecografías previas realizadas de manera particular