



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:

**CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 17 AÑOS CON
EMBARAZO DE 36.5 SEMANAS Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

AUTORA

LESSLY JELIPSA MORLA ANCHUNDIA

TUTORA

OBST. ANA PASOS BAÑO

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2022

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIA	4
TEMA:	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCION	8
I. MARCO TEÓRICO	10
Conducta obstétrica en paciente primigesta con amenaza de parto pretérmino	¡Error! Marcador no definido.
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	10
DIAGNOSTICO	11
TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PREMATURO	11
SINTOMAS	14
COMPLICACIONES	14
Conducta obstétrica según el MSP	15
PREVENCION	16
1.1. JUSTIFICACION	17
1.2. OBJETIVOS	18
1.2.1. Objetivo General	18
1.2.2. Objetivos Específicos	18
1.3. Datos generales	19
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
2.1. Análisis del motivo de consulta	20
2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	21
2.3. Examen físico (exploración clínica)	21
2.4. <i>Información de exámenes complementarios realizados</i>	22
2.5. <i>Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.</i>	24
2.6. <i>Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.</i>	25
2.8. <i>Seguimiento.</i>	27
2.9. <i>Observaciones</i>	28
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	32

AGRADECIMIENTO

Agradecida con Dios, la vida y el destino porque han estado de acuerdo en permitirme lograr este preciado momento de realizar mi caso y poder defenderlo con mis conocimientos. Agradecida con mis padres por ser el motor y los impulsores para lograr todo lo que me propongo.

Gracias a mis maestros que me han tocado a lo largo de mi carrera, han aportado su granito de arena para conseguir el anhelado título.

DEDICATORIA

Este caso de estudio va dedicado en primer lugar a Dios quien me ha permitido estar día a día luchando por mi anhelado título y sobre todo poder realizar lo que amo.

A mis padres que han estado presentes en los mejores momentos de mi vida y, sobre todo, por estar apoyándome en los peores momentos pues han sido ellos quienes me han aconsejado y me han sabido levantar con dulzura, amor y disciplina.

TEMA:

“CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 17 AÑOS CON EMBARAZO DE 36.5 SEMANAS Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO”

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar los principales factores de riesgo maternos asociados a amenaza de parto pretérmino, en una mujer primigesta de 17 años a las 36,5 semanas de gestación. El riesgo de parto prematuro en la población general se estima entre un 6% y un 10%. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Ecuador el INEC reportó 15.185 casos de amenaza de parto pretérmino, los cuales fueron registrados como Falso trabajo de parto (CIE-10 O.47), estos casos constituyeron 0,22% de egresos hospitalarios en todo el país.

Metodología

Para la selección del caso se realizó la observación de la Historia Clínica que fue obtenida del área de estadística del Hospital Básico de la Libertad “Dr. Rafael Serrano López” se guardó la confidencialidad ya que para identificar a la paciente se asignó un código numérico. Para el sustento teórico se realizó la revisión bibliográfica de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, revistas indexadas del Google académico, se detectó como factores de riesgo a la rotura prematura de membranas, cérvico-vaginitis, infección de vías urinarias y anemia. El manejo obstétrico aplicado es que toda paciente que consulte a urgencia por contracciones uterinas será evaluada mediante Monitoreo basal, para constatar la presencia de contracciones uterinas, evaluación de la frecuencia cardíaca fetal, tacto vaginal para evaluar las condiciones cervicales, ecografía transvaginal para medición de la longitud del cérvix, hospitalización, maduración pulmonar. La vía del parto fue vaginal, el resultado materno fue favorable, sin complicaciones y el resultado fetal producto nacido vivo único.

Palabras Claves: PRIMIGESTA, AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

ABSTRACT

The purpose of this study was: to identify the main maternal risk factors associated with: threat of preterm delivery in a 17-year-old primigravid woman at 36.5 weeks of gestation. The risk of preterm delivery in the general population is estimated to be between 6% and 10%. According to the Pan American Health Organization (PAHO), in Ecuador the INEC reported 15,185 cases of threatened preterm labor, which were registered as false labor (ICD-10 O.47), these cases constituted 0.22% of hospital admissions nationwide.

The threat of preterm labor, both globally and locally, is associated with significant morbidity and serious complications, thus its investigation constitutes a research tool to identify those susceptible maternal organisms.

Methodology

For the selection of the case, the observation of the Clinical History was made, which was obtained from the statistical area of the Basic Hospital of Liberty "Dr. Rafael Serrano López" confidentiality was kept since a numerical code was assigned to identify the patient. For theoretical support, a bibliographic review of the clinical practice guidelines of the Ministry of Public Health, indexed journals of the academic Google was carried out, it was detected as risk factors for premature rupture of membranes, cervico-vaginitis, urinary tract infection and anemia. . The obstetric management applied is that every patient who consults the emergency room due to uterine contractions will be evaluated by baseline monitoring, to verify the presence of uterine contractions, evaluation of the fetal heart rate, vaginal touch to evaluate cervical conditions, transvaginal ultrasound to measure the cervix length, hospitalization, lung maturation. The delivery route was vaginal, the maternal outcome was favorable, without complications and the fetal outcome was a single live birth.

Keywords: primigestation, medical care, threatened delivery.

INTRODUCCION

El presente caso clínico fue realizado bajo los tres lineamientos de la investigación: La línea de investigación de Senecyt en la cual abarca todo en cuanto se refiere a salud. El dominio de conocimiento de salud y calidad de vida y líneas de investigación institucional de la Universidad Técnica de Babahoyo la que abarca salud humana, y la línea de investigación de la carrera que corresponde a la salud sexual y reproductiva.

La amenaza de parto pretérmino (APP), consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares que están asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, muy independientemente del peso que tenga al nacer, y esta se produce por causa multifactorial. Pese a que se ha logrado amenorar 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 que pueden ser de corto y largo plazo, y esto lo conlleva a ser en un grave problema en salud pública.

Existen formas objetivas de evaluar este riesgo, con mejor poder predictivo y mayor especificidad, permite la exclusión de falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar la Ecografía transvaginal y métodos bioquímicos como la fibronectina, detección de IGFBP-1 (Partus test) o PAMG-1 (Parto Sure). Por su bajo costo y facilidad de aplicación clínica. En este contexto, se utilizará la medición de la longitud cervical como un examen complementario de preferencia.

Este estudio de caso se realizó con el fin de salvaguardar las vidas, tanto del neonato como el de la madre. Debemos saber correctamente como abordar este tipo de pacientes, los métodos y las aplicaciones prácticas van de la mano para obtener un buen resultado. Gestante primigesta de 17 refiere tener dolor a nivel pélvico de tipo contráctil de aproximadamente 6 horas de evolución, que no cede con el reposo, y que ha ido aumentando en frecuencia, duración e intensidad, más náuseas, indica que en casa expulso una secreción mucosa y sanguinolenta

no mal oliente en poca cantidad por vía vaginal. Se procedió a revisar a la paciente y luego de una exhaustiva valoración se decide internar a la paciente y realizarle su respectiva valoración y seguimiento. Pasado de un tiempo manifestó que su dolor se volvió intenso e intolerable, tiene dilatación de 8 cm lo cual se procedió a llevarla a sala de parto donde tuvo producto único vivo de sexo femenino, apgar 8-9 por parto eutócico

I. MARCO TEÓRICO

PARTO PRETERMINO

El parto prematuro puede producir un nacimiento prematuro. Cuanto antes ocurra el nacimiento prematuro, mayores serán los riesgos para la salud de tu bebé. Muchos bebés prematuros (recién nacidos prematuros) necesitan atención médica especial en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Los recién nacidos prematuros también pueden tener discapacidades mentales y físicas a largo plazo. (Clinic, 2022)

La causa específica del parto prematuro a menudo no está clara. Ciertos factores de riesgo pueden aumentar la probabilidad de un parto prematuro, pero el parto prematuro también puede ocurrir en mujeres embarazadas sin factores de riesgo conocidos. (Clinic, 2022)

Todos los elementos semiológicos deben ser evaluados en cada control prenatal, aunque por razones prácticas, se recomienda especial énfasis en el ingreso a control prenatal (primer control prenatal). Este control es la primera instancia para establecer una buena relación médico-paciente y para abarcar temas de salud y antecedentes que habrá que tener en cuenta en los controles posteriores, durante todo el embarazo. (Chile, 2018)

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Se define como amenaza de parto pretérmino (APP) aquella situación en la que en la que se da inicio el trabajo de parto y las modificaciones cervicales suponen un riesgo elevado de que el nacimiento tenga lugar entre la 22 y las 36 semanas completas de gestación. La incidencia general de parto pretérmino oscila entre el 5 y el 12%, dependiendo de las series, ya que estas cifras se ven incrementadas en los centros de referencia que cuentan con unidades especializadas de atención a neonatos. Se considera recién nacido prematuro al que nace entre las semanas 36 y 28, muy prematuro al nacido entre la 27 y la 31, y prematuro extremo, entre la 22 y la 27. La progresiva disminución que ha experimentado la tasa de mortalidad en los recién nacidos prematuros se ha visto acompañada por un aumento del número absoluto de niños con secuelas. Las principales patologías neonatales asociadas a la prematuridad son el síndrome disneico neonatal; la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrotizante. Las alteraciones sensoriales visuales y auditivas son también frecuentes en el niño prematuro. La APP es una de las situaciones clínicas con las que la matrona se

encuentra casi a diario en el ejercicio de su profesión; de ahí que el propósito de este artículo sea revisar algunos de los aspectos fundamentales en el manejo de esta situación. (Castillo, 2020)

DIAGNOSTICO

- Evaluación médica

El diagnóstico de trabajo de parto pretérmino por lo general es evidente y se basa en las señales de que el parto está comenzando y en la duración del embarazo. Se toman muestras de la vagina, el cuello del útero y el ano para su cultivo. Los análisis de estas muestras pueden indicar una infección específica como causa del parto prematuro. (Moldenhauer, 2021)

Para detectar infecciones renales y vesicales puede analizarse y cultivarse (colocar en condiciones que estimulan el crecimiento de microorganismos) una muestra de orina. (Moldenhauer, 2021)

- Pruebas diagnósticas

Ecografía transvaginal y Longitud cervical: Se realizará entre la semana 20 y 34 de gestación, si es posible como complemento del examen cervical, si la contractibilidad no es franca o las modificaciones cervicales son dudosas. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm y el mejor valor predictivo negativo con una longitud superior a 30 mm. (Piedra, 2016)

Test de fibronectina: Se realizará entre las semanas 24-34 de edad gestacional en pacientes con riesgo de parto pretérmino. La fibronectina es una proteína extracelular que se encuentra en las membranas, decidua y líquido amniótico, con una función adhesiva entre el feto en desarrollo y la superficie interna del útero (interfase coriodecidual). Un valor mayor a 50 ng/ml representa un riesgo incrementado de amenaza de parto pretérmino. (González, 2016)

Ambas pruebas tienen un alto valor predictivo negativo, de ahí su importancia, por lo tanto, el uso único o de ambas permite determinar cuáles pacientes necesitarán ser hospitalizadas y recibir tratamiento tocolítico. (González, 2016)

TRATAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO PREMATURO

- A veces se deja proseguir el trabajo de parto
- Antibióticos hasta que se descarte la infección

- Si es necesario retrasar el trabajo de parto, se indica descanso, líquidos, medicamentos que ralenticen el parto, antibióticos y, a veces, corticoesteroides (R, 2017)

Si se produce un sangrado vaginal o se han roto las membranas que envuelven al feto, lo mejor es dejar que continúe el parto.

Si no hay sangrado vaginal ni pérdidas de líquido amniótico, se aconseja a la paciente que repose y que limite sus actividades tanto como le sea posible, preferiblemente solo a las sedentarias. También se le administran líquidos y en ocasiones fármacos que pueden retrasar el parto. Estas medidas a menudo retrasan el parto, pero solo por corto tiempo. (R, 2017)

Entre los fármacos que pueden retrasar el parto se encuentran:

- **Sulfato de magnesio:** este fármaco suele administrarse por vía intravenosa para detener el trabajo de parto pretérmino, en especial si la duración del embarazo es inferior a 32 semanas. El sulfato de magnesio también parece reducir sustancialmente el riesgo de hemorragia cerebral y los problemas resultantes relativos al desarrollo cerebral del recién nacido, como la parálisis cerebral.
- **Bloqueantes de los canales del calcio:** estos fármacos se usan habitualmente para tratar la hipertensión arterial.
- **Inhibidores de las prostaglandinas:** pueden reducir temporalmente la cantidad de líquido amniótico. No se usan después de las 32 semanas de gestación porque pueden provocar problemas cardíacos en el feto.

Los antibióticos se administran hasta que se obtienen los resultados de los cultivos; si estos son negativos, se suspenden. Si el cuello uterino se dilata más de 5 cm, el parto suele continuar hasta que nace el bebé. (R, 2017)

Si la rotura de membranas se produce entre las 24 y las 34 semanas de gestación, se administran corticoesteroides a la madre para acelerar la maduración pulmonar del feto a menos que se espere pronto el parto. Los médicos también consideran la administración de corticoesteroides si las membranas se rompen

El corticoesteroides ayuda a los pulmones y otros órganos del feto a madurar más rápidamente. (R, 2017)

CAUSAS

En la actualidad al parto pretérmino es considerado como un síndrome y no una patología en sí. Por lo que se considera tiene un origen multifactorial. Algunos autores de diferentes estudios subdividen al parto pretérmino en 2 grandes grupos:

1. Parto pretérmino espontáneo: En este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85% son primigesta o han tenido embarazos a término.
2. Parto pretérmino iatrogénico: aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. (Tacchino, 2018)

Algunos autores de múltiples estudios, consideran hasta 7 causas de parto pretérmino:

1. Infección intrauterina: es el único proceso en el que se ha podido demostrar una relación causal con el parto pretérmino. Se estima que al menos 40% de todos los partos pretérmino ocurre en madres con infección intrauterina, la mayoría.
2. Isquemia uteroplacentaria: la isquemia uterina aumenta la producción de renina en el útero y las membranas fetales tienen un sistema renina-angiotensina funcional. Cuando la isquemia uteroplacentaria es severa conduce a la necrosis decidual y hemorragia, la misma que genera trombina que puede activar la vía común del parto.
3. Distensión uterina excesiva: el poli hidramnios y el embarazo múltiple se asocian a parto pretérmino espontáneo. El estiramiento uterino puede aumentar la contractilidad miometrial, la secreción de prostaglandinas, la expresión de conexina y la concentración de receptores de oxitocina en el miometrio.
4. Enfermedad cervical: puede ser consecuencia de 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.
5. Reacción anormal del aloinjerto: algunas pacientes en trabajo de parto pretérmino, en ausencia de infección tienen concentraciones elevadas del

receptor soluble de IL-2, que son consideradas signo temprano de rechazo, en pacientes con trasplantes renales.

6. Fenómenos alérgicos: el útero es una fuente rica de mastocitos, cuya degranulación farmacológica induce contractilidad miometrial. Se ha detectado eosinófilos en líquido amniótico de pacientes en trabajo de parto pretérmino, lo que sugiere una respuesta inmunológica anormal producto de una reacción alérgica.
7. Trastorno endocrino: alteraciones en las concentraciones séricas maternas de estrógenos, progesterona, cortisol y sulfato de dihidroepiandrosterona (DHEAs) están involucradas en la génesis del parto pretérmino, ya sea en forma primaria o como consecuencia de procesos infecciosos. (Tacchino, 2018)

SINTOMAS

Algunos de los síntomas son propios y naturales de un embarazo normal, sin embargo, ante cualquier duda o sospecha de parto prematuro se deberá acudir inmediatamente al médico. (Sanitas, 2022)

- Contracciones.
- Presión sobre el pubis, como si el bebé estuviera empujando hacia abajo.
- Dolor en la zona lumbar.
- Cólicos, como si se tuviera la menstruación.
- Dolor en el abdomen con o sin diarrea.
- Aumento de las secreciones vaginales y/o flujo vaginal pardo o sanguinolento.
- Sangrado vaginal.
- Rotura de la bolsa.

Por lo general las cesáreas son la mejor forma de resolver un parto prematuro, aunque en algunos casos se puede producir un parto vaginal. El bebé debe ser atendido en una unidad especializada para recibir el trato que requiera según sea más o menos prematuro. (Sanitas, 2022)

COMPLICACIONES

El trabajo de parto pretérmino puede conllevar a un nacimiento prematuro. Si bien la mayoría de los bebés nacen después de la semana 37, los que nacen prematuros tienen mayores riesgos de presentar complicaciones. (Stanford, 2022)

Los bebés prematuros nacen antes de que su cuerpo y su sistema de órganos hayan madurado en su totalidad. Estos bebés suelen ser pequeños, con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos o 5,5 libras). También pueden necesitar ayuda para respirar, comer, combatir infecciones y mantener la temperatura corporal. Los bebés que nacen antes de las 28 semanas son los que corren más riesgo de tener problemas. (Stanford, 2022)

Los bebés prematuros pueden tener:

- ◆ Problemas para mantener la temperatura corporal estable o conservar el calor
- ◆ Problemas para respirar
- ◆ Problemas en el corazón y los vasos sanguíneos, incluso defectos en el corazón y problemas en la sangre y el ritmo cardíaco
- ◆ Problemas en la sangre, como, por ejemplo, bajo recuento de glóbulos rojos (anemia), color amarillento de la piel por la descomposición de glóbulos rojos (ictericia) o bajos niveles de azúcar en la sangre (hipoglucemia)
- ◆ Problemas en los riñones
- ◆ Problemas digestivos, incluso dificultades para alimentarse y mala digestión
- ◆ Problemas del sistema nervioso que incluyen sangrado en el cerebro o convulsiones
- ◆ Infecciones

Los bebés prematuros también pueden tener problemas de salud a largo plazo. Por lo general, cuanto más prematuro es el bebé, más graves y duraderos son los problemas de salud. (Stanford, 2022)

Conducta obstétrica según el MSP

Preparación a la embarazada y a los futuros padres para encontrarse listos para el nacimiento, el cuidado del niño y la paternidad. actividad física a través de ejercicios y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia de acuerdo a las condiciones de la gestante. (MSP, 2015)

PREVENCION

- La calidad de atención al nacimiento y durante el primer mes de vida influye en toda la vida de los RN prematuros. (E-4) (MSP, 2016)
- La mejor estrategia en beneficio del RN es prevenir el parto prematuro, ya que la mayor incidencia de morbilidad relacionada se observa a menor edad gestacional. (E-3) (MSP, 2016)
- El período neonatal de mayor peligro son los siete primeros días, ya que 75% de la mortalidad se presenta en ese período, lo que hace fundamental las medidas de prevención y tratamiento oportuno. (E-3) (MSP, 2016)
- Las mujeres con alto riesgo de tener un parto prematuro deberán ser transferidas al segundo y/o tercer nivel de atención, con experiencia en el manejo de RN prematuros. (R-C) (MSP, 2016)
- Los médicos deben considerar el uso de fármacos tocolíticos para permitir la terminación de un ciclo de corticoesteroides prenatales y/o en la transferencia intrauterina a segundo y tercer nivel de atención. (R-B) (MSP, 2016)
- Se recomienda dar antibióticos a la madre con antecedente de ruptura prematura de membranas, ya que esto reduce el riesgo de parto prematuro. (R-A) (MSP, 2016)
- La frecuencia de los resultados neonatales adversos es menor entre embarazos sin complicaciones ocurridos entre las 39 y 40 semanas de gestación. (E-2^a) (MSP, 2016)
- Se recomienda tener precaución con el RN a término precoz, puede comportarse como un prematuro. (R-D) (MSP, 2016)
- El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que cumpla las 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas. (R-C) (MSP, 2016)

1.1. JUSTIFICACION

Se conoce que el parto pretérmino es multifactorial ya que se puede producir por varios factores que lo desencadenan. Algunos factores suelen ser las infecciones vaginales, preeclampsia, ruptura de la membrana prematuramente, colecistitis, entre otras.

Como futuros profesionales de salud especializados en el área obstétrica, la responsabilidad es guiar a las gestantes adecuadamente durante la gestación, con el compromiso social de frenar el incremento de la morbi-mortalidad materna y fetal, mediante la prevención, el diagnóstico temprano de patologías y el tratamiento idóneo.

En el presente caso se estableció como definir la conducta obstétrica en paciente primigesta de 17 años con embarazo de 36.5 semanas y amenaza de parto pretérmino.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Definir la conducta obstétrica en paciente primigesta de 17 años con embarazo de 36.5 semanas y amenaza de parto pretérmino

.

1.2.2. Objetivos Específicos

- ❖ Identificar los factores de riesgo de la paciente primigesta de 17 años con embarazo de 36.5 semanas y amenaza de parto pretérmino
- ❖ Describir la conducta obstétrica aplicada en paciente primigesta de 17 años con embarazo de 36.5 semanas y amenaza de parto pretérmino
- ❖ Establecer el resultado materno neonatal del parto pretérmino en una primigesta de 36.5 semanas de gestación.

1.3. Datos generales

Codigo: 001	Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 07/05/2004	Edad: 17 años
Nacionalidad: Ecuatoriana	Estado civil: Unión libre
Nivel de estudio: Bachiller	Ocupación: Ama De Casa
Dirección: Barrio San Raymundo, La Libertad, Santa Elena.	Raza: Mestiza
Nivel sociocultural/económico: medio	Religión: Creyente.
Fecha de ingreso: 24/04/2021	FUM: 12/08/2020

Elaborado por: Jelipsa Morla, egresada de obstetricia.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta

Gestante primigesta de 17 años con 36,5 semanas de gestación está orientada en tiempo y espacio, referida al área de emergencia gineco-obstetrica, manifestó tener dolor a nivel pélvico de tipo contráctil de aproximadamente 6 horas de evolución, que no cede con el reposo, y que ha ido aumentando en frecuencia, duración e intensidad, más náuseas que no llegan a vómito, e indica en casa haber expulsado una secreción mucosa y sanguinolenta no mal oliente en poca cantidad por vía vaginal.

Antecedentes Familiares Y Personales

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	Madre: Diabetes, Padre: Hipertensión
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarquía: 11 años	Ciclos menstruales: Regulares
Planificación familiar: no usaba	Inicio de vida sexual:
Parejas sexuales: 2	Gestas: 0 Partos: 0 Abortos: 0
	Cesárea: 0
Fum: 12/08/2020	Controles prenatales: 2
Vacunas: 2	Ecografías en CS: 1
Periodo intergenésico: no aplica	ITS: ninguno

2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

En la revisión la paciente refiere que el dolor tuvo inicio cuando se encontraba en su domicilio la cual empezó el dolor a nivel pélvico tipo contráctil, se encontraba sola, la paciente menciona haber sentido que expulso por su canal vaginal una secreción espesa y mucosa no mal oliente en poca cantidad. Por tal motivo decide llamar a su esposo y a su madre, y entre ellos deciden acudir hacia esta casa de salud. Además, refiere que estos últimos meses han sido bastante sobrecargado de estrés estudiantil ya que se encuentra cursando su último año de colegio y está estudiando para su examen de admisión a la universidad, por la cual indica que su estado de salud no ha sido tan favorable.

2.3. Examen físico (exploración clínica)

Se detalla exploración de la paciente:

CABEZA: normocefalo

CUELLO: sin adenopatías.

TÓRAX: simétrico, campos pulmonares ventilados.

ABDOMEN: globuloso compatible con embarazo, altura uterina 34 centímetros, maniobras de Leopold: producto único vivo, longitudinal cefálico, dorso derecho frecuencia cardíaca fetal.; 148 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina a la palpación 2/10.

PELVIS: Al tacto vaginal: cérvix posterior, corto, Dilatación 4 Centímetros, Borramiento 40% | plano, membranas integrales.

ESPECULOSCOPIA: se evidencia leucorrea abundante blanquecina y fétida.

EXTREMIDADES: simétricas, no edemas.

SCORE MAMA

SCORE MAMA: 0	TA: 90/60 FC: 96Lx' T: 36.5 °C FR: 20 Rx' SPO2: 99% ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA PROTEINURIA: NEGATIVO
---------------	--

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 1.

GRUPO SANGUINEO	A
FACTOR RH	POSITIVO

HEMOGRAMA	UNIDAD	V. REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	11 g/dl	[12.0 – 16.0]
HEMATOCRITO	38.2%	[37-54]
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.1pg	[27-31]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	93.7pg	[80-100]
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.9 g/dl	[30-36]
PLAQUETAS	257/UL	[150-450]

LEUCOCITOS	9.12 10/UL	[4-10]
LINFOCITOS	27.1%	[25-40]
NEUTROFILOS	66.1%	[55-65]
EOSINÓFILOS	1.5%	[0.5-5]
BASÓFILOS	0.3%	[0-2]
MONOCITOS	0.26 10/UL	[0.3-1]
TIEMPO DE TROMBINA	20"	[15 - 20]

Exámenes serológicos

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO

BIOQUIMICA	RESULTADO	V. REFERENCIAL
GLUCOSA	75 mg/dl	[70– 110 mg/dl]
COLESTEROL TOTAL	179 mg/dl	[0-200 mg/dl]
UREA	25.33 mg/dl	[10.0-50.0 mg/dl]
CREATININA	0.7 mg/dl	[0.5-0.9 mg/dl]
TRIGLICERIDOS	177 mg/dl	[0-200 mg/dl]

UROANALISIS	RESULTADO
COLOR	AMARILLO CLARO
ASPECTO	TURBIO
PH	7

SEDIMENTO	RESULTADO
LEUCOCITOS	Si
CELULAS EPITELIALES	++
HONGOS	No

OTROS

IMAGENOLOGIA*ECOGRAFIA DE CONTROL*

Útero Gestante Con Producto Único Vivo, Presentación Cefálica Dorso a la Derecha, Movimientos Fetales Presentes, Frecuencia Cardíaca Fetal 144 Latidos por minuto. Diámetro Biparietal: 8.8 Cm Circunferencia Cefálica: 33 Cm Circunferencia Abdominal: 31 Cm Longitud Fémur: 6.4 Cm Índice de Líquido Amniótico: 4.4 Cm, Peso Fetal Estimado: 2.450 Gramos. Placenta: Fúndica posterior Grado: II/III

**DIAGNÓSTICO: EMBARAZO DE 36 SEMANAS.**

Fig. 2. Ecografía realizada a la paciente. Producto único vivo

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

(P00.2) Embarazo pretérmino mas infección de vías urinarias

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(P00.2) Trabajo de parto iniciado por infección vaginal

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

(P03.5) Trabajo de parto pretérmino con 36,5 semanas de gestación

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

INGRESO 24/04/2021 20:30 PM

Paciente primigesta de 17 años acude a emergencia por presentar dolor tipo contráctil de leve intensidad de 6 horas de evolución. Cursa con embarazo de 36 semanas y 4 días por fecha de última menstruación. Al realizar valoración ginecológica: cérvix central, de consistencia media, dilatado con 4 centímetros de dilatación, borrado un 50%, Primer plano, actividad uterina: 2 contracciones en 10 minutos. Bishop 7 puntos

La conducta a seguir consiste en ingreso hospitalario, reposo y tratamiento tocolítico.

INGRESO 24/04/2021 21:15 PM

Se ingresa a la gestante a sala de observación ginecológica. Se realiza monitoreo fetal, (reactivo, categoría 1, frecuencia cardíaca fetal 148 latidos por minuto, 2 contracciones en 10 minutos).

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico y actividades a realizarse serán lo siguiente:

- Nifedipino de 10 mg v/o 1 capsula cada 20 minutos por 3 dosis, luego 10 mg cada 8 horas.
- Ampicilina 1g IV stat, luego 1g IV C/6H
- Hidratación con Cloruro de Sodio al 0.9% de 1000ml pasar 30 gotas por minuto
- Monitorización fetal C/4H
- Realización de ecográfica obstétrica

25/04/2021 01: 00 AM

Se realiza valoración ginecológica por ginecólogo de guardia la cual indica: dilatación de 6 cm, borramiento 80%, segundo plano, membranas abombadas. donde se decide evolución espontanea, con valoración ginecológica cada 4 horas, score mama cada 4 horas, monitoreo fetal cada 4 horas.

Monitoreo fetal: reactivo, categoría I, frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minutos, actividad uterina 3/10. Score mama 0

25/04/2021 03: 00 AM

Se realiza valoración obstétrica porque paciente indica dolor de gran intensidad y perdidas transvaginales, lo realiza la obstetra de guardia la cual indica: dilatación de 8 cm, borramiento 80 %, segundo plano, membranas rotas, se indica pasar a la paciente a sala de parto.

25/04/2021 04: 30 AM

Paciente en sala de parto, con dilatación completa, sin acompañamiento familiar por motivo de pandemia, previa asepsia y antisepsia, se colocan campos estériles y se obtiene producto único vivo pequeño para edad gestacional de sexo femenino, por parto eutócico simple, con un peso de 2.550 gramos, con buen llanto y tono muscular, se clampea el cordón al cese de las pulsaciones, APGAR 8 – 9, se entrega a neonatólogo para su valoración, se aplica MATEP y a los 5 minutos se produce el alumbramiento de placenta aparentemente completa, se oferta la entrega pero paciente no desea llevarla, se revisa cavidad vaginal sin presencia de desgarros o laceraciones, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, perdida hemática 200ml

Neonato es ingresado a sala de neonatología, para mantenerlo en observación. Paciente pasa a sala de postparto para control de signos vitales y loquios.

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

Se tiene en claro que los embarazos normales tienen un tiempo estimado de las 37 a 42 semanas de gestación que se define como embarazo a término. (GPC, 2016)

Si el parto se origina entre las 20 y 36.6 semanas el recién nacido será prematuro, que puede presentar complicaciones como síndrome de dificultad respiratoria y dificultad para la alimentación. La causa primordial es Idiopática (causa desconocida) con un 39% y Iatrogénico por aviso medico con un 35% debido a una patología secundaria de la madre y el feto. Los factores de riesgos primordiales demuestran que la mayoría de las gestantes en su mayor importancia, destacan en los demográficos en menores de 18 años y mayor a 40, con bajo nivel socioeconómico, anemia, inadecuado control prenatal, raza negra, periodo intergenesico corto menor de 12 meses, el abuso de hábitos tóxicos (tabaquismo y drogas). Problemas gineco obstétricos como infecciones vaginales, infecciones urinarias, sangrado vaginal y múltiples embarazos. (GPC, 2016)

2.8. Seguimiento.

Estudio respectivo de la paciente con problemas de amenaza de parto pretérmino en una gestante primigesta de 36.5 semanas, se efectuó desde el 24 de abril del 2021 en donde se puede evidenciar los problemas que presentaba con las infecciones de las vías urinarias en el proceso de gestación.

Posterior al ingreso de la paciente, se realizó el manejo adecuado, se indicó medicación para inhibir las contracciones uterinas sin embargo estas no cesaron y la paciente evoluciono para trabajo de parto, valorando que cumpla con todas las condiciones.

Durante el proceso la paciente no presentó complicación alguna, se obtuvo un parto eutócico dando como resultado: neonato vivo, sexo femenino con bajo peso al nacer, al cual se ingresó a sala de neonatología, no presenta problemas respiratorios. Después de cumplir observación postparto correspondiente de 24 horas, se da alta a la paciente por no presentar ninguna novedad. Sin embargo, el neonato siguió ingresado 3 días más en observación para ver si no presentaba complicaciones.

2.9. Observaciones

Una vez ingresada la paciente a la sala de Ginecoobstetricia se procedió a evaluar la edad gestacional ante el riesgo de un nacimiento prematuro con consecuencias como el síndrome de distrés respiratorio para esto se procedió a aplicar a la fecha de ultima menstruación 12 de agosto del 2020 la regla de Naegle como dicta la Guía de Práctica clínica del Ministerio de Salud Pública de control prenatal, se realizó la medición de altura uterina obteniendo una altura de 34 cm y se comparó con la antropometría fetal realizada a través del ultrasonido en la que se obtuvo un promedio de edad gestacional entre 35 – 36 semanas, madurez placentaria II/III, líquido amniótico 4.4 cm, por lo que se llevó a la conclusión de que se trataba de un embarazo de 36 Semanas de gestación

Mediante el ingreso de la paciente se procedió a realizar técnicas para el manejo de la amenaza de parto pretérmino, regidas por el ministerio de salud pública.

La paciente tenía controles prenatales insuficientes siendo esto un riesgo para la gestación, lo que normalmente se considera que una embarazada debe llevar como mínimo de 5 a 6 controles en embarazo de alto riesgo.

Se le brinda consejería en planificación familiar, en el cual la paciente opta por anticonceptivos orales, se recomienda lactancia a libre demanda y control por consulta externa.

CONCLUSIONES

Con la información que se obtuvo de la paciente con la historia clínica y analizar los diferentes factores de riesgo que predisponen a la amenaza de parto pretérmino, concluimos que los factores de riesgo que influyeron en el caso de exposición de la paciente fueron su escasez de controles prenatales más infecciones vaginales y urinarias.

En este caso clínico se logró aplicar las recomendaciones de las guías de prácticas clínicas de Ruptura prematura de membranas pretérmino y la Guía de Control prenatal, con una buena respuesta, ya que el manejo Terapéutico al cual se sometió a la paciente el cual fue: tratamiento tocolítico, supervisión del bienestar materno fetal, fue basado en indicaciones que se encuentran en trabajos de investigación y revisiones científicas de la literatura médica para el tratamiento de patologías obstétricas, con lo cual se obtuvo resultados satisfactorios, ya que se logró evitar comprometer el bienestar materno y fetal.

El resultado materno fue favorable ya que la paciente no presentó ninguna complicación durante el parto, ni en su estadía en la casa de salud, el resultado neonatal también fue favorable, pero por protocolos el neonato permaneció ingresado 3 días más para mantenerlo en observación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almanza, A. S. (2019). *Clinica La Salmana*. Obtenido de <http://www.clinicalasalmanza.com.mx/Ginecologia%20y%20obstetricia.pdf>
2. Castillo, E. (2020). *Escuela de Medicina UC*. Obtenido de https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/PARTO_PRET%C3%89RMINO_2020._Dra._MARIN_.pdf
3. Chile, U. C. (2018). Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
4. Clinic, M. (Febrero de 2022). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>
5. González, G. Q. (2016). *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
6. GPC. (2016). *Ministerio de salud pública*. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
7. Marín, M. (2020). *Hospital de Clinicas*. Obtenido de https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/PARTO_PRET%C3%89RMINO_2020._Dra._MARIN_.pdf

8. Moldenhauer, J. S. (Julio de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/parto-prematuro>
9. MSP. (2015). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
10. MSP. (2016). *Guía de prácticas clínicas*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
11. Piedra, R. A. (2016). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*. Obtenido de Gabriela Quirós González
12. R, A. M. (2017). *Dialnet*. Obtenido de <file:///C:/Users/Downloads/Dialnet-GuíaFarmacoterapeuticaDeAmenazaDePartoPretermino-6547175.pdf>
13. Sanitas. (2022). *Sanitas*. Obtenido de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/sin012216wr.html#:~:text=Causas%20de%20un%20parto%20prematuro&text=Problemas%20de%20la%20madre%3A%20infecciones,parto%20prematuro%20en%20embarazos%2>
14. Stanford. (2022). *Stanford Children Health*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=preterm-labor-90-P05607>
15. Tacchino, E. H. (2018). *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013

ANEXOS

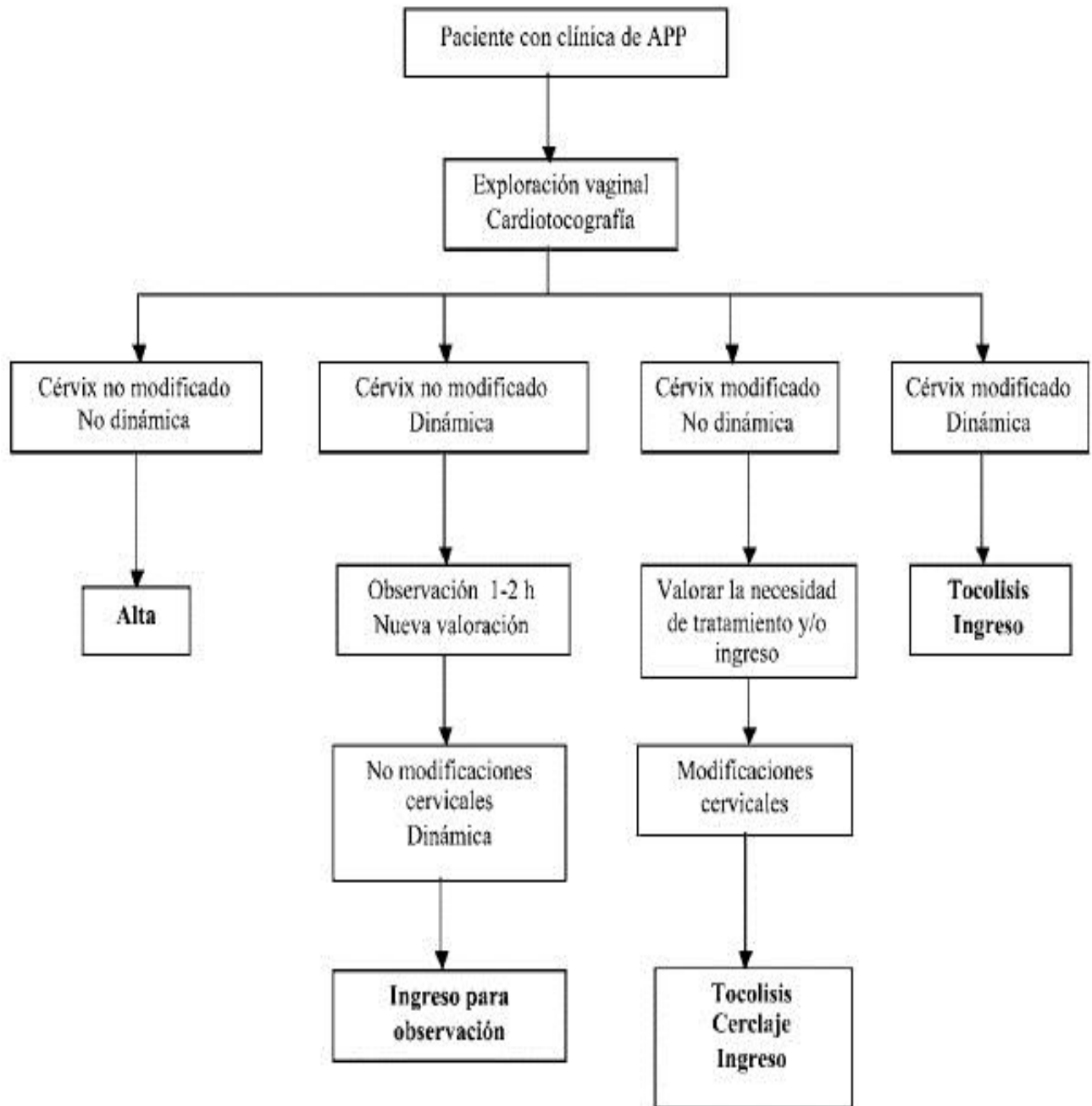


Fig. 1. Conducta ante una Amenaza de Parto Pretérmino.



Fig. 3. Ecografía da como resultado producto único vivo

GRUPO SANGUINEO	A
FACTOR RH	POSITIVO

HEMOGRAMA	UNIDAD	V. REFERENCIAL
-----------	--------	----------------

HEMOGLOBINA	11 g/Dl	[12.0 – 16.0]
HEMATOCRITO	38.2%	[37-54]
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.1pg	[27-31]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	93.7pg	[80-100]
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.9 g/dl	[30-36]
PLAQUETAS	257/UL	[150-450]
LEUCOCITOS	9.12 10/UL	[4-10]
LINFOCITOS	27.1%	[25-40]
NEUTROFILOS	66.1%	[55-65]
EOSINÓFILOS	1.5%	[0.5-5]
BASÓFILOS	0.3%	[0-2]
MONOCITOS	0.26 10/UL	[0.3-1]
TIEMPO DE TROMBINA	20"	[15 - 20]

Exámenes serológicos

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO

BIOQUIMICA	RESULTADO	V. REFERENCIAL
GLUCOSA	75 mg/dl	[70– 110 mg/dl]
COLESTEROL TOTAL	179 mg/dl	[0-200 mg/dl]
UREA	25.33 mg/dl	[10.0-50.0 mg/dl]
CREATININA	0.7 mg/dl	[0.5-0.9 mg/dl]
TRIGLICERIDOS	177 mg/dl	[0-200 mg/dl]

UROANALISIS	RESULTADO
COLOR	AMARILLO CLARO

ASPECTO	TURBIO
PH	7

SEDIMENTO	RESULTADO
LEUCOCITOS	Si
CELULAS EPITELIALES	++
HONGOS	No

OTROS

SARS-COV-2+IGM+IGG	NEGATIVO
--------------------	----------

Tabla. 1. Exámenes realizado a la paciente, para ingreso.

BIOQUÍMICA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Glucosa	75mg/dl	70- 110mg/dl
Colesterol total	179mg/dl	0-200 mg/dl
Urea	25.33mg/dl	10.0-50.0 mg/dl
Creatinina	0.7 mg/dl	0.5-0.9 mg/dl
Triglicéridos	177mg/dl	0-200mg/dl