



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:**

**CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE DE 20 AÑOS CON EMBARAZO  
DE 35.6 SEMANAS Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

**AUTORA:**

**MARIANA RAMIREZ MIGUEZ**

**TUTOR:**

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**

**BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR**

**2022**

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO .....	4
DEDICATORIA .....	5
TEMA:.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCION.....	9
I. MARCO TEÓRICO.....	10
<i>ETIOLOGIA</i> .....	11
1) Iatrogénico .....	11
2) Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM).....	11
3) Idiopático .....	11
FISIOPATOLOGIA .....	12
INFECCIÓN COMO UNA CAUSA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO .....	13
<i>DIAGNOSTICO</i> .....	14
➤ Examen pélvico. ....	14
➤ Ecografía.....	14
➤ Control de actividad uterina. ....	14
➤ Controles con análisis de laboratorio. ....	14
<i>TRATAMIENTO</i> .....	15
<i>Contraindicaciones:</i> .....	15
<i>Corioamnionitis</i> .....	15
<i>Hemorragia materna grave.</i> .....	15
<i>Preeclampsia severa o eclampsia.</i> .....	15
<i>Muerte fetal intrauterino.</i> .....	15
<i>Trabajo de parto avanzado.</i> .....	15
<i>Malformación fetal incompatible con la vida.</i> .....	15
<i>Sospecha de pérdida de bienestar fetal</i> .....	15
<i>Retraso de crecimiento intrauterino severo.</i> .....	15
2. Corticoides .....	16
Pauta de administración:.....	16
3. Tratamiento antibiótico.....	16
Rotura prematura de membranas.....	17
MEDIDAS DE PREVENCIÓN .....	17
1.1. JUSTIFICACION.....	21

1.2. OBJETIVOS .....	22
1.2.1. Objetivo General.....	22
1.2.2. Objetivos Específicos.....	22
1.3. DATOS GENERALES.....	23
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	23
2.1. Análisis del motivo de consulta .....	23
2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	24
2.3. Examen físico (exploración clínica) .....	25
2.4. <i>Información de exámenes complementarios realizados</i> .....	26
IMAGENOLOGIA.....	27
2.5. <i>Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.</i> .....	28
2.6. <i>Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del     problema y de los procedimientos a realizar</i> .....	28
2.8. <i>Seguimiento.</i> .....	29
2.9. <i>Observaciones</i> .....	30
CONCLUSIONES.....	31
<i>Referencias bibliográficas</i> .....	32

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecida con Dios por haber sido luz en tinieblas cuando perdía la fe e iba a desistir. Agradecida con mi familia por ser pilares fundamentales y apoyarme a vencer mis miedos y obstáculos que se han presentado alrededor de mi vida.

Agradecimiento a la institución y los docentes que lo conforman, ya que gracias a ellos he sido formada de forma correcta y guiada con mucha paciencia.

Este es un momento muy especial que espero, perdurará en el tiempo, no solamente de las personas a quienes agradecí, sino también a quienes invirtieron parte de su tiempo para darle su visto bueno o corregir mi caso clínico; a todos ellos les agradezco con todo mi ser.

## **DEDICATORIA**

Este estudio de caso va dedicado especialmente a todas las personas que me guiaron en el proceso de desarrollo, ya que me alentaban para no desistir y cumplir con el objetivo.

También le dedico este logro especialmente a mi papa y mis tías ya que siempre me apoyaron para seguir adelante, todo el esfuerzo lo hice por ellos y tengo el fruto de todos los esfuerzos.

**TEMA:**

“CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE DE 20 AÑOS CON EMBARAZO  
DE 35.6 SEMANAS Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO”

## RESUMEN

Se considera a la amenaza de parto pretérmino como un problema multifactorial que sigue causando impacto a nivel mundial. Este el causal primordial de morbimortalidad neonatal y su incidencia sigue aumentando. Sabemos que la APP es la presencia de contracciones uterinas antes del tiempo estimado del parto, es decir después de la semana 20 y antes de la semana 36 de gestación.

Alrededor de algunos años se ha prevenido la amenaza de parto pretérmino con controles prenatales como ecografías para poder valorar la longitud del cuello uterino para poder así brindar un diagnóstico que favorezca a la paciente que presenta este problema.

El objetivo de este caso clínico es de determinar el causal de este problema ya que al ser un proceso multifactorial muchas veces es difícil saber cuál fue el motivo del inicio de las contracciones uterinas, en este caso gracias al haber abordado de forma correcta a la paciente se pudo diagnosticar que inicio sus contracciones por una fuerte infección vaginal, que no se las han tratado correctamente. Se debe actuar de inmediato y de forma correcta para así la paciente y el feto puedan salir ilesos de este problema.

**Palabras claves:** Multifactorial, infección vaginal, parto pretérmino, contracciones uterinas, diagnóstico.

## ABSTRACT

The threat of preterm birth is considered a multifactorial problem that continues to have a worldwide impact. It is the primary cause of neonatal morbidity and mortality and its incidence continues to increase. We know that PPA is the presence of uterine contractions before the estimated time of delivery, i.e. after 20 weeks and before 36 weeks of gestation.

For some years now, the threat of preterm labor has been prevented by prenatal controls such as ultrasound scans to assess the length of the cervix in order to provide a diagnosis that favors the patient with this problem.

The objective of this clinical case is to determine the cause of this problem because being a multifactorial process it is often difficult to know what was the reason for the onset of uterine contractions, in this case thanks to having approached the patient correctly it could be diagnosed that the contractions started by a strong vaginal infection, which have not been treated properly. It is necessary to act immediately and correctly so that the patient and the fetus can come out of this problem unharmed.

**Key words:** Multifactorial, vaginal infection, preterm labor, uterine contractions, diagnosis.



## INTRODUCCION

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la aparición de contracciones uterinas a un ritmo regular con cambios cervicales progresivos cumplidas las 22 semanas hasta las 36 semanas de gestación. Aun así, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que las pacientes ingresan con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo de alrededor de un 10%.

Existen métodos para evaluar este riesgo con una mejor capacidad de predicción y con una alta eficacia permitiendo descartar los falsos positivos. Los métodos que más se pueden resaltar son: la ecografía transvaginal y ciertos métodos bioquímicos.

La amenaza de parto pretérmino (APP), se puede dar por diversos factores. En breve se describe las principales causas las cuales son:

- Sobredistensión uterina (gestación múltiple, poli hidramnios).
- Focalidad infecciosa de otras partes del organismo (apendicitis, pielonefritis).
- Infección/Inflamación Intraamniótica subclínica.

El presente estudio de caso se realizó con el fin de mejorar la atención de la madre y el feto. El saber cómo aplicar un correcto abordamiento a la paciente, tener el conocimiento de los métodos y aplicaciones prácticas servirá para obtener buenos resultados.

## I. MARCO TEÓRICO

Se le define como parto prematuro comúnmente aquel que ocurre después de haber cumplido las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación. De la misma manera, Amenaza de Parto Pretérmino (APP) este se basa en hay constantes manifestaciones de contracciones uterinas regulares en este mismo rango de tiempo, aliado a cambios constantes del cérvix, tales como presencia de dilatación y borramiento característicos. (González, 2016)

La prematuridad forma parte de las principales causas de morbilidad neonatal y se lo responsabiliza por el gran porcentaje de secuelas infantiles que deja consigo. Este compete aproximadamente el 70% de la tasa de mortalidad perinatal y el 75% de la morbilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estipulado que el 9,6% de todos los nacimientos en 2005 fueron prematuros. (González, 2016)

Se estipula que el porcentaje del 6% y el 10% pertenece al riesgo de nacimientos prematuros para la población general. Según datos que ha brindado la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. Pero irónicamente, es la primera causa de mortalidad infantil en el país. Sin embargo, según el Instituto de Estadística y Censos la duración corta de gestación, es la primera causa de mortalidad en niños menores a 5 años. Según el Ministerio de Salud Pública, la prematuridad se asocia con alrededor de un tercio de todas las muertes infantiles, y representa aproximadamente el 45% de los recién nacidos con parálisis cerebral infantil (PCI), el 35% de los RN con discapacidad visual, y el 25% de los recién nacidos con discapacidad cognitiva o auditiva. (Quintero, 2021)

Es importante tener en cuenta que la sintomatología de la amenaza de parto pretérmino (APP) no es exacta y la mayoría de sus síntomas han sido asignados empíricamente a parto prematuro inminente. El parto pretérmino es considerado como problema para la salud pública a nivel mundial, ya que este trae complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. Y los que son

considerados a largo plazo se dan parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición. (Porras, 2016)

Por consiguiente, la sobrevida neonatal es dependiente de la madurez del neonato y aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día impacta críticamente y disminuye el riesgo de mortalidad y complicaciones. (Porras, 2016)

### **ETIOLOGIA**

Se entiende que la amenaza de parto pretérmino se puede dar por origen multifactorial. Pese a lo cual, tradicionalmente sus posibles causas se han clasificado en tres grandes grupos:

#### 1) Iatrogénico

Por recomendación médica se da por concluido el embarazo antes del tiempo estimado para término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.

#### 2) Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)

#### 3) Idiopático

Sin causa aparente o conocida. Actualmente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérmino secundarios son por causas idiopáticas y por RPM las cuales se ligan a los siguientes cuatro procesos:

a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.

b) Inflamación decidual y amniocoriónica.

c) Hemorragia decidual.

d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y poli hidramnios. (Leiva, 2014)

Los procesos anteriormente redactados por lo general ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica bioquímica única. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con

modificaciones del cérvix, con o sin RPM, y finalmente se desencadena el parto prematuro. (Leiva, 2014)

## **FISIOPATOLOGIA**

El cuerpo humano está organizado en diferentes niveles, es decir, de menor a mayor complejidad que copera para comprender el funcionamiento y la estructura del mismo. Son nivel 3 atómico, nivel molecular, nivel celular, nivel anatómico y nivel organismo vivo. (Faneite, 2020)

El trabajo de parto pretérmino tiene una causa multifactorial, y es el final del camino de una serie de alteraciones fetales o maternas, generando así una serie de eventos fisiopatológicos que llevan a un aumento de citoquinas pro inflamatorias principalmente en el líquido amniótico. Debido a que el sistema endocrino y el sistema inmune se regulan mutuamente, parece ser que la CRH es un mecanismo de regulación de liberación de citoquinas y viceversa. En el miometrio el gen de la conexina 43 y otros productos genéticos se activa para impulsar la formación de enlaces de compuerta entre las membranas celulares de miles de millones de células musculares lisas en el miometrio, estos son indispensables para permitir la contractilidad coordinada del trabajo de parto pretérmino por medio de las consecuencias a establecer dentro del proceso de gestación. (Faneite, 2020)

Profesionales en obstetricia también mencionan la existencia de una vía general común que implica la inversión de la razón estrógenos: progesterona, que causa cambios clave requeridos antes del parto a término y pretérmino aunque están poco caracterizados en seres humanos ya que el proceso no se puede investigar directamente. Los cambios incluyen la preparación del miometrio para la contractilidad coordinada del trabajo de parto, estimulación de la producción decidual de agentes ecbólicos y maduración cervicouterina por el proceso de modificación de la sustancia fundamental y colagenolisis. (Faneite, 2020)

## **INFECCIÓN COMO UNA CAUSA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO**

La infección intrauterina ha surgido como un mecanismo frecuente e importante del parto pretérmino. La infección es un proceso por el cual es el único que tiene establecido la relación y una fisiopatología definida. (Espinoza, 2018)

### ***Pruebas de causalidad***

Las pruebas en apoyo de una relación causal entre infección/inflamación y trabajo de parto pretérmino espontáneo incluyen:

1. la infección intrauterina o la administración sistémica de productos microbianos a animales embarazados pueden causar el trabajo de parto pretérmino;
  2. las infecciones maternas, como malaria, pielonefritis, neumonía y enfermedad periodontal, 28-32 están asociadas a parto pretérmino;
  3. las infecciones intrauterinas subclínicas son factores de riesgo de parto pretérmino;
  4. las pacientes embarazadas con infección intraamniótica<sup>34-36</sup> o inflamación intrauterina (definida como una concentración elevada de citoquinas pro inflamatorias o enzimas que degradan componentes del colágeno en el líquido amniótico) en el segundo trimestre son un factor de riesgo para parto pretérmino;
  5. el tratamiento con antibióticos de las infecciones intrauterinas puede prevenir el nacimiento pretérmino en modelos experimentales de corioamnionitis; y,
  6. el tratamiento de la bacteriuria asintomática previene el parto pretérmino.
- (Espinoza, 2018)

## **DIAGNOSTICO**

Se realiza el diagnostico respectivo con la valoración clínica de signos y síntomas presentes en la paciente. Si ya ha comenzado sus contracciones uterinas regularmente y su cuello uterino ha comenzado a presentar dilataciones antes de las 37 semanas de gestación, es probable que sea diagnosticada como trabajo de parto prematuro. (Mayoclinic, 2022)

Para diagnosticar el trabajo de parto pretérmino estos son los procedimientos a utilizar:

### ➤ **Examen pélvico.**

En este procedimiento el o la obstetra debe evaluar lo que es la firmeza y la sensibilidad del útero, el tamaño y la posición del feto. Siempre y cuando no exista bolsas rotas o placenta que cubra el cuello del útero se podrá realizar este proceso para determinar si este ha iniciado su proceso de expenciación.. (Mayoclinic, 2022)

### ➤ **Ecografía.**

Se debe usar un eco transvaginal para poder medir la longitud del cuello uterino. Y se lo utilizara también para comprobar si hay o no problemas con el feto o la placenta, para verificar también la posición en el que se encuentra el feto y estimar variables como el volumen de líquido amniótico y el peso del feto. (Mayoclinic, 2022)

### ➤ **Control de actividad uterina.**

El Obstetra debe usar un monitor uterino para medir la duración y el tiempo de distancia entre una contracción y otra. (Mayoclinic, 2022)

### ➤ **Controles con análisis de laboratorio.**

Se toma muestras de secreciones vaginales para poder verificar si existe o no presencia de infecciones. Con los resultados obtenidos también se deberá analizar otros factores de riesgo que puedan estar conjunto con ello. Asimismo, se toma muestras de orina, que se analizará para poder identificar la presencia de ciertas bacterias. (Mayoclinic, 2022)

## **TRATAMIENTO**

Una vez que se da inicio el trabajo parto, no hay medicamentos o procedimientos quirúrgicos para detenerlo, excepto en un breve periodo de tiempo, es decir, temporalmente. No obstante, se recomienda el uso de los siguientes medicamentos:

### 1. Tratamiento tocolítico.

El objetivo principal de este tratamiento es de elongar el inicio del parto por al menos 24-48 horas para que el corticoides por aplicar pueda actuar para la maduración pulmonar del feto. (Dettoma, 2013)

Su mayor efecto es reducir el número de partos entre las 48 horas y los 7 días. Se debe considerar su uso si se piensa administrar corticoesteroides o sulfato de magnesio como neuroprotección. Está indicada su utilización en parto pretérmino de menos de 32 semanas, cuando se necesite transportar a la paciente a un hospital donde cuenten con unidad de cuidado intensivo neonatal y cuando se requiera administrar corticoides. (R., 2015)

El atosiban deben usarse antes de las 32 semanas y no más de 48 horas, son los que presentan menos efectos adversos. El atosiban es el tocolítico con mejor perfil de seguridad, este bloquea selectivamente los receptores de la oxitocina y de la vasopresina. Este fármaco es mucho más activo por VI. (ProSEGO, 2016)

### *Contraindicaciones:*

<i>Corioamnionitis</i>
<i>Hemorragia materna grave.</i>
<i>Preeclampsia severa o eclampsia.</i>
<i>Muerte fetal intrauterino.</i>
<i>Trabajo de parto avanzado.</i>
<i>Malformación fetal incompatible con la vida</i>
<i>Sospecha de pérdida de bienestar fetal</i>
<i>Retraso de crecimiento intrauterino severo.</i>

## 2. Corticoides

Este es un fármaco que se administra en mujeres gestantes que están corriendo el riesgo de un parto pretérmino, pero no se necesita con exactitud aun extraer al feto. Se lo debe administrar unas 24 horas antes del parto y se les aplica a gestantes de entre 25 a 36 semanas. Este medicamento tiene como objetivo a promover la madurez pulmonar del feto. El tratamiento de menos de 24 horas también tiene efectos beneficiosos, ya que se asocia con una disminución de la mortalidad neonatal, distrés respiratorio y hemorragia intraventricular. (Ochoa, 2013)

Dosis de administración:

- Betametasona: 12 mg/24 horas, 2 dosis i.m.; la 2ª dosis puede administrarse a las 12 horas si se prevé que se va a desencadenar el parto. Es el corticoide de elección.
- Dexametasona: 6 mg/12 horas, 4 dosis i.m. (Ochoa, 2013)

Su clásico mecanismo de acción es el genómico y recientemente se ha descrito un mecanismo no genómico. En el mecanismo genómico el receptor es citosólico, y una vez formado el complejo corticoide receptor, se introduce en el núcleo con la capacidad de alterar la transcripción génica (tanto para estimular como para inhibir la misma). El mecanismo no genómico puede darse al interaccionar con el receptor citosólico, pero sin internalizar en el núcleo (e interactúa con proteínas intracelulares determinando una rápida inhibición de mediadores inflamatorios como el ácido araquidónico), y al interaccionar con receptores de membrana, tanto a nivel de la superficie de la célula como de la mitocondria. Por estas formas pueden reducir el ATP que es necesario para las células inmunes para mantener sus funciones. (Bianchi, 2018)

## 3. Tratamiento antibiótico.

Aunque se ha visto que las bacterias intrauterinas son causas de labor de parto pretérmino, la terapia con antibióticos no tiene uso en la prolongación del embarazo o disminuyendo la mortalidad neonatal. (Gaitan, 2020)



## **Rotura prematura de membranas**

La (RPM) es definida como la ruptura de las membranas ovulares antes de que inicie el trabajo de parto, cuando ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional se le conoce como ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). (Sanchez, 2020)

La causa es desconocida, pero se asocia con múltiples patologías. Complica un 3% de los embarazos y provoca un 25 - 30% de los partos prematuros, por lo cual se considera la principal causa de prematuridad y mortalidad materna. (Sanchez, 2020)

### ***Manejo de ruptura prematura de membrana***

El manejo de estas pacientes va a depender de la madurez fetal, es decir de la viabilidad fetal, para evitar así intervenciones costosas y dolorosas en recién nacidos sin posibilidad de vivir. (Sanchez, 2020)

Existen dos tipos de manejos: el manejo activo es la inducción del parto y el manejo expectante que consiste en el ingreso hospitalario para vigilar por un periodo de tiempo el riesgo de infección, desprendimiento de placenta, compresión del cordón umbilical, bienestar fetal y trabajo de parto. Se contraindica el manejo expectante cuando el monitoreo fetal no es tranquilizador, cuando hay datos de IAI e inicio de la labor de parto. (Sanchez, 2020)

## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Hace ya mucho tiempo se declaró que realizar un buen tamizaje una oportunidad intervención permitirá prevenir un gran porcentaje de los partos pretérmino. Varios procesos que fueron utilizados para ayudar en la reducción de los factores de riesgo incluyen estrategias son basadas en la población, tales como:

- |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Preparación para el parto: estado nutricional de la paciente.</li></ul>             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Reposo en cama, reducción de la actividad y abstinencia sexual.</li></ul>           |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de infecciones vaginales sintomáticas antes de las 32 semanas</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tamizaje de vaginosis bacteriana</li></ul>                                          |

- |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de antibióticos para las infecciones.</li></ul>                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Suministrar vitaminas, micronutrientes o aceite de pescado.</li></ul>      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener una educación preventiva en signos de parto pretérmino.</li></ul> |

(Tacchino, 2018)

Ahora, la evidencia actual no ha demostrado que alguna de ellas sea efectiva en su totalidad para la prevención del parto pretérmino, por lo que este se basa en la predicción del riesgo de parto pretérmino por medio de calculadoras de riesgo.

(Tacchino, 2018)

Esta calculadora de riesgo da numerosas opciones para estimar la gestación y las fechas de parto. Se introduce alguno o todos los parámetros para comparar los distintos cálculos de fechas. La Fecha actual está ajustada a la fecha local de su estación de trabajo. (Artal-Mittelmark, 2021)

Las intervenciones destinadas a disminuir la ocurrencia de un parto prematuro se clasifican en prevención primaria y prevención secundaria.

### **Prevención Primaria**

Se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino (NP). Las intervenciones se desarrollan en la etapa preconcepcional o en el embarazo. (Marco, 2015)

Las intervenciones recomendadas para la prevención primaria del parto pretérmino se centran en tres puntos:

#### *1.- Progesterona vaginal*

- a) en embarazos únicos, con cérvix corto (< 15 mm), reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en alrededor de 35 a 40%.
- b) en embarazos múltiples, con cérvix corto (< 25 mm), reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en alrededor de 30%.

(Acuña, 2017)

#### *2.- Cerclaje cervical*

- a) en embarazos únicos, con cérvix corto (< 25 mm) sin historia de parto pretérmino, reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en alrededor de 15%.
- b) en embarazos múltiples, con cérvix corto (<25 mm), aumenta la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas. (Acuña, 2017)

### 3.- Pesario de Arabin

- a) en embarazos únicos no seleccionados, con cérvix corto (< 25 mm), se reportan resultados contradictorios respecto a la reducción de la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas.
- b) en embarazos múltiples seleccionados (\*), con cérvix corto (< 38 mm), disminuye el riesgo absoluto de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en 5,4%. (\*) seleccionados se refiere a una población específica. (Acuña, 2017)

### Prevención secundaria

Son las intervenciones realizadas con el objetivo de eliminar o reducir el riesgo preexistente, o sea, destinado a aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo. (Marco, 2015)

Las intervenciones van a depender de la edad gestacional al momento en que se produce el trabajo de parto pretérmino (< 26 semanas o > 34 semanas), así como de las causas que lo originan y la condición fetal. (Tacchino, 2018)

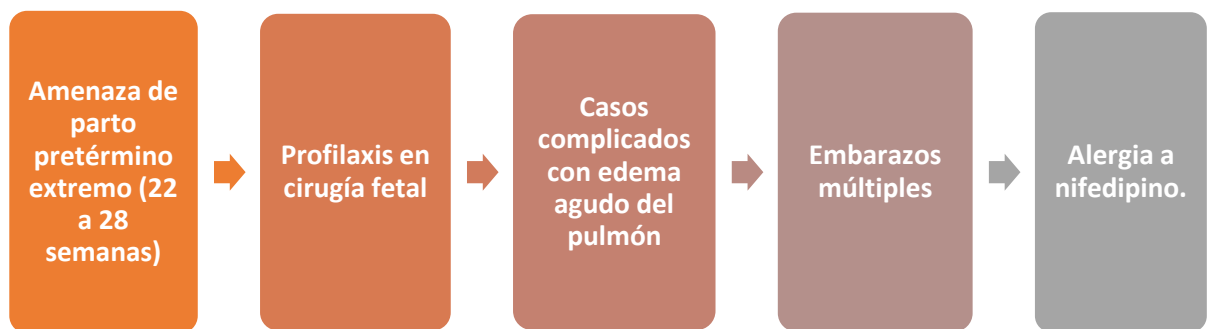
Estas intervenciones son:

◆ Tocólisis
◆ Maduración pulmonar con corticoides (entre 24 y 34 semanas)
◆ Neuroprotección (si la edad gestacional es < 32 semanas)
◆ Antibióticos (solo en caso de RPM)
◆ Atención del parto (en centros que cuenten con los recursos necesarios).

(Tacchino, 2018)

La tocólisis se utiliza con el objetivo de permitir la acción de los corticoides en la inducción de maduración pulmonar. Por lo tanto, no debería administrarse por más de 48 horas. El tocolítico de primera línea más utilizado en nuestro medio es el nifedipino por vía oral, reduce el riesgo de parto pretérmino antes de las 34 semanas en 23%. (OMS, 2015)

Recientemente se cuenta con un antagonista específico de receptores de oxitocina, atosiban, el mismo que según opinión de expertos es un fármaco desarrollado exclusivamente para inhibir las contracciones uterinas, que posee similar efectividad que la oxitocina, pero con un mejor perfil de seguridad (menor frecuencia de reacciones adversas severas) y que estaría indicado como agente de primera línea en:



(OMS, 2015)

### **Prevención terciaria**

Estas son aquellas intervenciones que están destinadas a minimizar los efectos de las secuelas de un caso de parto pretérmino, mejorando así la calidad y la esperanza de vida del neonato. (Acuña, 2017)

## **1.1. JUSTIFICACION**

Paciente de 20 años con amenaza de parto pretérmino con 35,6 semanas de gestación, se la evalúa a tiempo y se le brinda el tratamiento correspondiente, por lo cual da como resultado a un neonato prematuro por parto eutócico.

Se tiene claro que el parto pretérmino se puede dar por multifactores ya por varios motivos se puede desencadenar la labor de parto. Algunos factores de riesgo que podemos recalcar son las: infecciones vaginales, preeclampsia, ruptura de la membrana, colecistitis, entre otras.

Como futuros profesionales de salud especializados en el área obstétrica, nuestra responsabilidad es guiar a las embarazadas 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 adecuado.

En el presente caso de estudio, se determinará los factores de riesgos de la amenaza de parto pretérmino (APP), ocurridas durante el periodo de estudio, mediante el cual se puede controlar o prevenir cualquier complicación evitando secuelas en el neonato o la gestante.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo General**

Definir la conducta obstétrica en paciente de de 20 años con embarazo de 35.6 semanas y amenaza de parto pretermino.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Establecer el resultado materno-neonatal del parto pretermino en la paciente de 35.6 semanas de gestación
- Identificar los factores de riesgo a presentarse en la paciente de 20 años con embarazo de 35.6 semanas y amenaza de parto pretermino

### **1.3. DATOS GENERALES**

Nombres completos: XXX

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 17/03/2002

Edad: 20 años

Nacionalidad: Ecuatoriana

Estado civil: Casada

Nivel de estudio: Estudiante Universitaria

Ocupación: Cajera en un comercial

Dirección: Babahoyo, Eloy Alfaro y Vargas Machuca.

Raza: Mestiza

Nivel sociocultural/económico: Intermedio

Religión: Ninguna.

Fecha de ingreso: 09/04/2022

## **II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2.1. Análisis del motivo de consulta**

Paciente gestante de 20 años con 35,6 semanas de gestación está en su totalidad orientada en tiempo y espacio, refiere atención en el área de emergencia gineco-obstetrica, manifestó que ha tenido dolor a nivel pélvico de tipo contráctil de aproximadamente 8 horas de evolución, que no cesa con el reposo, y que ha ido aumentando su frecuencia, duración e intensidad, sumado a esto siente náuseas que no llegan a vómito, e indica que en casa expulso secreciones un tanto espesas mucosa, sin mal olor y en una cantidad considerable.

**Antecedentes familiares:**

- **Madre:** No refiere
- **Padre:** Diabetes e Hipertensión

**Antecedentes personales:** No refiere

**Esquema de inmunizaciones:** Completas (incluidas las de SarCov 2)

**Alergias:** A la penicilina.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

Gestas 0

Abortos 1

Cesárea 0

Menarquia: a los 10 años

Uso de anticonceptivo: Anticonceptivos orales.

Fecha de última menstruación: 20/07/2021

**HÁBITOS NOCIVOS**

Drogas Niega

Alcohol Niega

Fuma Niega

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

En la revisión médica la paciente refiere que el dolor dio inicio cuando se encontraba de compras, allí comenzó con leves dolores a nivel pélvico parecidas a contracciones, por el momento no se encontraba acompañada, cuando los dolores calmaron decidió ir a casa para llamar a su pareja. Menciona que antes de venir al hospital, ha expulsado varias veces por la vagina secreciones espesas, con aspecto mucoso, pero no mal olientes en cantidades bajas. Le llamo la atención que en las últimas secreciones evidencio un leve color rojo marrón. Por esta causa decide asistir hacia la casa de salud más cercana.



Además, nos indicó que estos últimos meses ha tenido sobrecargos de estrés y ansiedad por su trabajo, ya que está en meses de prueba y desea quedarse laborando ahí.

### **2.3. Examen físico (exploración clínica)**

#### **1. Signos vitales:**

Frecuencia cardiaca: 110 lpm

Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Temperatura corporal: 37.8°C

Presión arterial: 130/75 mmHg

Saturación de O<sub>2</sub>: 98%

Score mama: 0

#### **2. Cabeza:**

Cabeza: Normo cefálica.

Cara: simétrica, facies pálidas, no se evidencia cloasma.

Frente: tamaño amplio, sin pliegues

Ojos: Simétrico, reactivos a la luz.

Nariz: fosas nasales permeables.

Tabique nasal: posición normal

Boca: mucosa semihumeda.

Orejas: Con pabellón auricular bien implantado.

Piel: elasticidad conservada, sin adenopatías palpables.

#### **3. Tórax:**

Axilas - Mamas: simétricas, areolas pigmentadas, no se evidencia tumores.

Tórax: Simétrico, respiración costal con una frecuencia de 20 x´.

Movimientos fetales presentes

Pelvis: Al tacto vaginal: cérvix posterior, corto, Dilatación 4.4 centímetros, Borramiento 50% y plano I, membranas integra.

Especuloscopia: se evidencia leucorrea abundante blanquecina y fétida.

#### **2.4. Información de exámenes complementarios realizados**

<b>Biometría hemática</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>VALOR REFERENCIAL</b>
Hemoglobina	10	g/Dl	12.0 – 16.0
Hematocrito	35	%	37 – 54
Glóbulos rojos	4.10	Mm3	4.000.000 – 5.000.000
Glóbulos blanco	8.20	Mm3	5.000.000 – 10.000.000
Neutrófilos	72.3	%	40 - 70
Eosinófilos	1.5	%	0.5 – 4
Plaquetas	257	Mm3	150 – 400
Grupo sanguíneo	O		
Factor RH	Negativo		

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

URIANALISIS	RESULTADO
Color	Amarillo claro
Aspecto	Turbio
PH	7

SEDIMENTO	RESULTADO
Leucocitos	Si
Células epiteliales	++
Hongos	No

## IMAGENOLOGIA

### ECOGRAFIA DE CONTROL

Presente útero gestante con producto único vivo, presentación cefálica dorso a la derecha, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal 164 latidos por minuto. Diámetro Biparietal: 8.4 Cm Circunferencia Cefálica: 30 Cm Circunferencia Abdominal: 30 Cm Longitud Fémur: 5.9 Cm Índice de Líquido Amniótico: 4.4 Cm Peso Fetal Estimado: 2 000 Gramos. Placenta: Fúndica posterior Grado: II/III  
**DIAGNÓSTICO:** embarazo de 35,6 semanas.





Fig. 1. Ecografía realizada a la paciente.

Producto único vivo

## 2.5. **Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

### DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Presencia de embarazo pretérmino con sospecha de infección de vías urinarias

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trabajo de parto iniciado por infección urinaria crónica

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trabajo de parto pretérmino con 35,6 semanas de gestación causada por infección vaginal

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

Paciente gestante de 20 años acude a emergencia por presentar dolor tipo contráctil de leve intensidad de 8 horas de evolución. Cursa con embarazo de 35 semanas y media por fecha de última menstruación. Gestante con 4,4 centímetros de dilatación. Primer plano, actividad uterina: 3 contracciones en 15 minutos, resultado de score mama 0.

La conducta a seguir es de indicar ingreso hospitalario, total reposo, tratamiento tocolítico y maduración pulmonar fetal con corticoides.

El tratamiento farmacológico y actividades a realizarse serán lo siguiente:

- Progesterona 200mg P.O C/8H
- Betametasona 12mg IM Q/D por 2 días
- Ampicilina 1g IV C/8H
- Omeprazol 40mg IV C/12H
- Hidratación con solución salina 0.9% 1000cc más 2 g de ácido ascórbico I.V a 30 gotas por minuto.

- Monitorización fetal C/12H
- Realización de ecográfica obstétrica Doppler

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

Se entiende que los embarazos normales tienen un tiempo estimado de duración entre las 37 a 40 semanas de gestación que se define como embarazo a término.

Si el parto se da entre las cumplidas 20 y 36 semanas de gestación se considera que el feto será prematuro, y que puede presentar complicaciones como dificultad respiratoria y dificultad para alimentarse.

Su causa primordial es idiopática, es decir una causa desconocida y es por causa iatrogénica por aviso médico, debido a una patología secundaria de la madre y el feto.

Los factores de riesgo usualmente en su mayoría destacan en pacientes de 18 años y 40 años que destacan en el nivel socioeconómico de nivel bajo y padecen de anemia, hábitos tóxicos e inadecuado de sus controles prenatales.

### **2.8. *Seguimiento.***

El correcto abordamiento a la paciente con problemas de amenaza de parto pretérmino en gestante adulta joven de 20 años de edad. Se debe realizar un estudio respectivo de la paciente con problemas de amenaza de parto pretérmino, se refiere que es una gestante de 35.6 semanas, se efectuó su ingreso desde el 09 de abril del 2022 en donde evidenciamos que los problemas que efectuaron este parto pretérmino fueron las infecciones de las vías urinarias durante su proceso de gestación.

Por consiguiente, a la hospitalización de la paciente, se dio inicio a el manejo adecuado de ella, se indicó que medicación se utilizó para impedir que las contracciones uterinas sigan avanzando, sin embargo, estas no cesaron y se dio evolución e inicio para labor de parto, teniendo en cuenta esta cumpla con las condiciones correspondientes.

Paciente ingresa a quirófano con diagnóstico de embarazo único en trabajo de

parto fase activa de 35.6 semanas. Se realizó parto eutócico y obtuvo: feto único. Sexo femenino, con apgar 8-9, a las 18:18 horas, de 35,6 semanas, peso de 1890 gr, talla: 43 cm, pc. 31 cm, pt:28 cm, pa: 26 cm, líquido amniótico claro lechoso. Neonato de sexo femenino con bajo peso al nacer, al cual es ingresado a UCIN, por el momento no presenta problemas respiratorios ni gastroenterólogos.

Después de 24 horas de haber estado en observación post parto, se le da de alta a la paciente por ausencia de síntomas perjudiciales para su salud. Sin embargo, al neonato se lo tuvo por 3 días más en observación de UCIN para evitar complicaciones.

## **2.9. Observaciones**

Con anticipación se les explicó el cuadro clínico y la conducta a tomar, tanto a la paciente como al familiar. Durante su ingreso se procedió a dar pautas para el manejo de la amenaza de parto pretérmino presente en la paciente, y estas pautas son regidas por el ministerio de salud pública. La paciente tenía controles prenatales completos, pero no le habían tratado adecuadamente sus infecciones vaginales, siendo esto un riesgo para la gestación. Luego de su alumbramiento se le aconseja seguir planificación familiar para su correspondiente cuidado, también se le recomienda lactancia a libre demanda y control por consulta externa.

## **CONCLUSIONES**

Después de un exhaustivo análisis que se le realizó a la paciente se determinó e identificó varios factores de riesgo que influyen a la amenaza de parto pretérmino, concluyo que el factor de riesgo que desencadenó el parto pretérmino fueron sus infecciones vaginales y urinarias que no fueron tratadas correctamente.

En este caso clínico se lograron y evaluaron todos los objetivos recomendados por parte del personal de obstetricia, con una buena respuesta tanto materno como fetal, ya que se puso en práctica todo el conocimiento científico y cuidado de la gestante, aplicado tanto a la madre como al niño de modo que nos permite brindar una atención de calidad para acelerar su rápida recuperación, al mismo tiempo que ayuda a crear un ambiente de confianza y buena comunicación entre pacientes y equipos de salud, aumentando así los beneficios de la prevención de riesgos.

## Referencias bibliográficas

- Acuña, T. M. (Septiembre de 2017). *Revista Medica Sinergia* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179c.pdf>
- Artal-Mittelmark, R. (Mayo de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>
- Bianchi, A. (2018). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v89n3/1688-1249-adp-89-03-179.pdf>
- Dettoma, J. P. (2013). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011)
- Espinoza, J. (2018). *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187005>
- Faneite, D. P. (2020). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000400001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001)
- Gaitan, D. E. (Enero de 2020). *Revista Medica Sinergia* . Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/330/691>
- González, G. Q. (2016). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
- Leiva, B. J. (2014). *Revista Medica Clinica Las Condes*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-protocolo-manejo-pacientes-con-amenaza-S0716864014706431>
- Marco, D. I. (Octubre de 2015). *Repositorio de Salud Argentina*. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
- Mayoclinic. (08 de Febrero de 2022). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/diagnosis-treatment/drc-20376848>
- Ochoa, A. (2013). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011)



- OMS. (2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204623/WHO\\_RHR\\_15.22\\_spa.pdf;jsessionid=7ADF34BF55D6E5E96DAB7FD742DF205E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204623/WHO_RHR_15.22_spa.pdf;jsessionid=7ADF34BF55D6E5E96DAB7FD742DF205E?sequence=1)
- Porras, M. B. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 76 - 77 .
- ProSEGO. (Abril de 2016). *Elsevier*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501312003147&r=151>
- Quintero, B. C. (30 de Agosto de 2021). *Repositorio UCSG*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17173>
- R., A. M. (Abril de 2015). *Revista Colombiana de Enfermería* . Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6547175.pdf>
- Sanchez, D. E. (Noviembre de 2020). *Revista Medica Sinergia*. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>
- Tacchino, E. H. (Julio de 2018). *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013)