



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN UNA GESTANTE MULTÍPARA
DE 35 SEMANAS

AUTOR

WENDY DEL ROCIO CHANG JIMENEZ

TUTOR

OBST. LILIAM MUÑOZ SOLORZANO.MSC

BABAHOYO- LOS RÍOS – ECUADOR

2018

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I.MARCO TEÓRICO	1
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.	1
Epidemiología.	2
Etiología	2
Fisiopatología del trabajo de parto pretérmino.....	2
Factores de riesgo asociados con parto pretérmino	3
Características relacionadas con Amenaza de parto pretérmino	4
Clasificación según forma clínica.	5
Clasificación por edad gestacional.	6
Diagnóstico de amenaza de parto prematuro.	6
Tratamiento.	8
Prevención del parto pretérmino.....	8
1.1.JUSTIFICACIÓN.....	10
1.2.OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo general.....	11
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.3 Datos generales.....	12
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	13
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	14
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	15
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	16
Biometría	16
Grupo Sanguíneo.....	17
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	18
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	19

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	19
2.8 Seguimiento.....	20
2.9 Observaciones.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS.....	

RESUMEN.

La amenaza de parto pretérmino o prematuro se puede producir entre las semanas 21 y 37 de la gestación. Tiene una incidencia en cifras de 5% - 11% de los embarazos, esta cifra está aumentando cada año. Las principales causas son iatrogénicas (20%), inducidos principalmente por cesáreas, los producidos por bolsas rotas (35%) y los partos espontáneos (45%) que son los que se pueden actuar sobre ellos, con un tratamiento adecuado para retrasar el parto. La prematurez continua siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

La etiopatogenia permanece desconocida, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedentes de prematurez, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y preeclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo.

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 proinflamatorias principalmente en el líquido amniótico.

En el siguiente análisis de caso hacemos referencia a una patología muy frecuente como lo es la AMENAZA DE PARTO PRETERMINO presentado en una gestante de 28 años múltipara con antecedentes patológicos personales (alergia a la penicilina, infecciones de vías urinarias recurrentes) y obstétricos de gestas 5, partos 4 abortos 1, actualmente cursa con embarazo de 35 semanas, los factores de riesgo que influyeron en el caso expuesto de la paciente fueron netamente obstétricos.

Palabras claves: Amenaza de parto pretérmino, Factores de riesgo, Tocolíticos, Prematurez.

ABSTRACT

The threat of preterm or premature delivery can occur between weeks 21 and 37 of gestation. It has an incidence in figures of 5% - 11% of pregnancies, this figure is increasing every year. The main causes are iatrogenic (20%), induced mainly by caesarean sections, those produced by broken bags (35%) and spontaneous deliveries (45%) that are those that can be acted on, with an adequate treatment to delay delivery. Prematurity continues to be the main cause of neonatal morbidity and mortality and is responsible for 70% of neonatal deaths and 50% of the neurological sequelae of the newborn.

The etiopathogenesis remains unknown, have referred placentation problems, infections, immunological, uterine, maternal, trauma and surgery, fetal anomalies, and idiopathic conditions. Clinically they are associated with extreme maternal age, socioeconomic deficiencies, history of hypertension, history of prematurity, premature rupture of membranes, restriction of fetal growth, smoking habits and drugs, malnutrition, maternal hypertensive diseases and preeclampsia, maternal infections, multigestation, assisted fertilization, interventionism.

Preterm labor has a multifactorial cause, and is the end of the path of a series of fetal or maternal alterations, thus generating a series of pathophysiological events that lead to an increase in proinflammatory cytokines mainly in the amniotic fluid.

In the following case analysis we refer to a very frequent pathology such as the THREAT OF PRETERMINE BIRTH presented in a pregnant woman of 28 years multipara with personal pathological history (allergy to penicillin, recurrent urinary tract infections) and obstetrician deeds 5, deliveries 4 abortions 1, currently enrolled with a pregnancy of 35 weeks, the risk factors that influenced the exposed case of the patient were clearly obstetric.

Key words: Threat of preterm delivery, Risk factors, Tocolytic, Prematurity.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de APP está en cifras de 5% - 11% de los embarazos, esta cifra está aumentando cada año. Las principales causas son iatrogénicas (20%), inducidos principalmente por cesáreas, los producidos por bolsas rotas (35%) y los partos espontáneos (45%) que son los que se pueden actuar sobre ellos, con un tratamiento adecuado para retrasar el parto (Cabrillo, Palacio, & Cristobal, 2016).

La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. (Lattera C. &, 2003)

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedentes de prematurez, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y preeclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo. (Lattera C. &, 2003)

En el siguiente análisis de caso hacemos referencia a una patología muy frecuente como lo es la AMENAZA DE PARTO PRETERMINO presentado en una gestante de 28 años múltipara con antecedentes patológicos personales (alergia a la penicilina , infecciones de vías urinarias recurrentes) y obstétricos de gestas 5, partos 4 abortos 1, actualmente cursa con embarazo de 35 semanas .

I. MARCO TEÓRICO

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

La amenaza de parto pretérmino o prematuro se puede producir entre las semanas 21 y 37 de la gestación. Cuando el parto se produce antes de la semana 21 del embarazo, se habla de aborto, y si el embarazo se alarga más allá de la semana 42, se dice que es un parto tardío. La mayoría de los embarazos tiene una duración de entre 37 y 42 semanas que es lo que se conoce como embarazo a término. (Ruiz, 2016).

Según (Herszenbaun, 2016) Se ha podido establecer que el parto prematuro es aquel que acontece entre las 20 y las 37 semanas de gestación, calculadas desde el primer día de la última menstruación. (Se considera que la madurez de los órganos fetales se completa a las 37 semanas de gestación).

Si se llega a iniciar el parto entre las semanas 21 y 37, será un recién nacido prematuro y correrá un mayor riesgo de sufrir complicaciones. El neonato puede tener problemas respiratorios porque sus pulmones no están suficientemente maduros, está más expuesto a las infecciones y puede tener problemas de alimentación. (Iams, 2015)

Las tasas de muerte en el primer año de vida y la morbilidad a largo plazo, como así la alteración del desarrollo neuroconductual están inversamente relacionados con la edad gestacional al nacer. Los recién nacidos antes de la semana 24 de gestación raramente sobreviven sin trastornos graves (Iams, 2015).

En los recién nacidos después de la semana 24, la mortalidad y la morbilidad declinan a medida que progresa el embarazo. Las complicaciones graves del desarrollo neurológico son poco frecuentes luego de la semana 32 de gestación; sin embargo, los recién nacidos antes de la semana 36 suelen tener dificultades respiratorias, de la termorregulación y la alimentación, así tienen mayor riesgo de problemas de salud y muerte en la infancia (Iams, 2015).

Epidemiología.

En nuestro país la frecuencia de este problema es del 7% y siendo el responsable del 75% de las muertes neonatales y además las secuelas, pueden llegar entre el 15 y el 50% de los que sobreviven. Nuestro servicio de neonatología del Dr. Roberto Gilbert ha logrado sobrevivida a partir de las 23 semanas, aumentando el porcentaje de la misma a medida que aumenta el número de semanas. Las causales descritas en la literatura especializada mundial se clasifican en: aquellas anteriores a el embarazo o preexistentes y las que comienzan con este embarazo. (Alarcón, 2016).

Etiología

La etiología del parto pretérmino espontáneo con bolsa íntegra o no se considera multifactorial.

Como causas conocidas destacamos:

- **Causa vascular:** isquemia (trombofilia hereditaria o adquirida) o hemorrágica (placenta previa, DPPNI, hemorragia 1º o 2º trimestre de causa no filiada).
- **Causa uterina:** cérvix corto, despegamiento corioamniótico, malformación uterina.
- Estrés psicológico/físico
- **Infección intraamniótica subclínica.** En nuestro medio, es responsable del 14% de los casos de parto pretérmino con bolsa íntegra y del 28% de los casos de rotura prematura de membranas.
- **Sobredistensión uterina:** gestación múltiple (responsable del 15-20% de los partos pretérmino), polihidramnios (Cobo & Palacio, 2015)

Fisiopatología del trabajo de parto pretérmino

El cuerpo humano se organiza en distintos niveles, de menor a mayor complejidad, que ayudarán a comprender el funcionamiento y la estructura del mismo. Son nivel

atómico, nivel molecular, nivel celular, nivel anatómico y nivel organismo vivo (Martino, 2014).

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 proinflamatorias 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. (Dr. Francisco Zorrilla, 2016).

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.

Otros autores 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 (Dr. Francisco Zorrilla, 2016).

Factores de riesgo asociados con parto pretérmino

- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna ≤ 18 o ≥ 40 años.
- Raza no blanca.
- Estrés.
- Abuso doméstico.

- Violencia familiar.
- Alcoholismo.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Bajo índice de masa corporal pregestacional.
- Baja ganancia de peso durante el embarazo.
- Tabaquismo.
- Antecedentes de fetos muertos y/o partos pretérminos anteriores
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de aborto tardío.
- Factores uterinos (anomalías).
- Colonización cervical por gérmenes.
- Traumatismos.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones: Vaginosis bacteriana.
- Infecciones urinarias.
- Metrorragias del primer o segundo trimestre.
- Pielonefritis.
- Enfermedades de transmisión sexual. (Lattera C. &, 2003)

Características relacionadas con Amenaza de parto pretérmino

Por lo que se ha podido establecer las principales características vinculadas o relacionadas a las actividades de amenaza de parto pretérmino:

- **Embarazo Adolescente:** es aquella condición de gestación que se presenta en mujeres de 10 años hasta 19 años de edad.
- **Parto Pretérmino:** presencia de contracciones uterinas regulares, con dilatación progresiva y acortamiento cervical, en gestantes de menos de 37 semanas y mayor de 22 semanas.
- **Antecedente de parto pretérmino:** partos previos menores a 37 semanas pero mayores a 22 semanas.

- **Desprendimiento Prematuro de Placenta:** separación parcial o total de la placenta normo-inserta, después de la semana 20 de gestación y antes del nacimiento del feto.
- **Embarazo múltiple:** es aquella gestación en la que existen dos o más fetos intraútero, recibiendo el nombre de gemelar cuando se trata de dos fetos.
- **Infección del Tracto Urinario:** aislamiento de un microorganismo patógeno en más de 100,000 col/ml en orina de chorro medio.
- **Preeclampsia:** hipertensión gestacional (presión arterial \geq o igual de 140/90 mmHg después de 20 semanas de gestación) con proteinuria (\geq o igual 300 mg/24 horas).
- **Ruptura Prematura de Membranas:** ruptura espontánea de las membranas corio-amnióticas a partir de las 22 semanas de gestación hasta inclusive una hora antes del inicio del trabajo de parto (Alarcón, 2016).

Clasificación según forma clínica.

Diferenciaremos tres tipos de parto prematuro:

- **Parto pretérmino espontáneo:** Son aquellos que cursan con patología clínica significativa de la madre y /o del feto. Representa el 31-40% de los partos pretérmino.
- **Rotura prematura de membranas pretérmino:** Cursan con complicaciones o sin ellas. Aparece en un 3-5% de las gestaciones. Representa un 30-40% de los partos pretérmino.
- **Finalización electiva por patología materna y/o fetal (hipertensión gestacional, RCIU).** Representa el 20-25% de los partos pretérmino (Goldenberg, 2014).

Clasificación por edad gestacional.

Según la edad gestacional a la que se produce el parto pretérmino se clasifica en:

- **Prematuro extremo:** (menor a las 28 semanas);
- **Gran prematuro:** (28-32 semanas);
- **Prematuro moderado:** (32-34 semanas)
- **Prematuro tardío:** (34-37 semanas). (Alarcón, 2016).

Diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Existen marcadores clínicos y bioquímicos.

Se recomienda que toda gestante con una edad gestacional menor de 37 semanas y con síntomas y signos de trabajo de parto, debe ser evaluada y hospitalizada para brindarle una atención inmediata y beneficiar al neonato.

Los principales indicadores clínicos se encuentran en el útero y son los siguientes: la edad gestacional, la actividad uterina y las condiciones de cuello uterino.

Edad gestacional: El dato de la fecha de la última menstruación normal (FUM), es muy importante para calcular la amenorrea. Si fluctúa entre 20 y 36 semanas se debe confirmarse por hallazgos del examen físico y los exámenes complementarios.

Si la amenorrea no es confiable, debe de calcularse el tamaño del feto lo mismo de la madurez. Los indicadores del ILA, como células grasas, fosfolípidos y creatinina, el diámetro biparietal y la distancia cráneo-caudal por ultrasonografía, lo mismo que la altura uterina conjuntamente con los datos ecográficos.

Actividad uterina: la primera manifestación es el aumento de la intensidad y la frecuencia de la actividad uterina espontánea. Las contracciones de Braxton-Hicks se hacen dolorosas y la misma embarazada o la persona que la examina las puede palpar fácilmente.

La tocografía externa será de gran ayuda para analizar el número de contracciones en una hora, al igual que su duración y altura, señal directa de la intensidad. La actividad uterina debe encontrarse siempre por encima del patrón contráctil normal para la edad gestacional. Antes de la semana 32 pueden presentarse hasta 3 contracciones en una hora y de 33 a la 36 menos de 4 contracciones. La detección de la actividad uterina por parte de la madre no es un buen indicador en el parto prematuro. (Botero, 2004)

Cuello uterino: los cambios cervicales que indican el comienzo y el progreso de un parto son: el borramiento, la posición, la dilatación y la expulsión de una secreción serosanguinolenta, además del descenso de la presentación y el estado de las membranas. Un cuello en posición central, borrado y una dilatación mayor de 3 cm indica que el parto está progresando.

El examen rutinario del cuello durante el control prenatal no reduce la incidencia del parto prematuro. La ecografía cervical permite predecir la evolución. Cuando el cuello tiene una longitud mayor a 3 cm, el pronóstico es más favorable para detener el proceso. Sin embargo no se ha podido determinar el verdadero valor predictivo de la ecografía de cervical. Las modificaciones encontradas en los exámenes subsiguientes al ingreso permiten definir si el trabajo de parto se encuentra en una etapa inicial o avanzada, en cuyo caso el orificio interno tiene 4 cm o más de dilatación. (Botero, 2004)

Los indicadores bioquímicos utilizados actualmente son:

Las citoquinas cervico-vaginales, las proteasas séricas y cervico-vaginal, los de estrés materno como la hormona liberadora de corticotropinas, el estriol y el estradiol plasmáticos, urinarios y salival y la fibronectina fetal. Este es el más prometedor, cuando es positivo, se sospecha de una lesión en la decidua. Su alto costo no permite que sea utilizada de rutina en todas las gestantes ni en todas las instituciones. (Botero, 2004)

Tratamiento.

Corticoides prenatales: Estos medicamentos han confirmado efectos beneficiosos, ya que reduce la morbilidad neonatal por síndrome de distres respiratorio (SDR), hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso patente, displasia broncopulmonar y muerte neonatal. Se recomienda como droga de primera elección: Betametasona de 12mg intramuscular cada 24 horas 2 dosis. (Zanuttini, 2011)

Terapia tocolítica: Las revisiones sistemáticas acerca de la terapia tocolítica concluyen que aunque los tocolíticos pueden prolongar el embarazo, no está demostrado que mejoren los resultados perinatales y además pueden tener efectos adversos en las embarazadas.

Por lo tanto, como regla general, se deben administrar tocolíticos y éstos deben usarse concomitantemente con los corticoides. Está discutido cuál es la EG en que deben comenzarse a usar los tocolíticos. No existe consenso acerca de cuál es la menor edad gestacional límite para su administración. (Laterra C. &, 2012).

Sulfato de magnesio: no debe usarse durante más de 5 a 7 días (Dimes Foundation, 2014).

Antibióticos: Han demostrado prolongar el embarazo, reducir la posibilidad de infección materna y enterocolitis necrotizante. La terapia antibiótica se ha puesto en las pacientes con ruptura de membranas pretérmino donde han demostrado prolongar la duración del embarazo y proteger el feto de la infección. (Cabero.L, 2007)

Prevención del parto pretérmino

La cervicometría es un estudio ecográfico que se realiza por vía transvaginal y permite evaluar las características del cérvix (cuello) uterino materno, con el objeto de establecer el riesgo de parto prematuro durante la gestación y poder de esta manera instaurar una terapéutica o manejo para tratar de disminuir el riesgo o la

posibilidad de un parto prematuro cuando el riesgo del mismo es elevado (Ortiz, 2017).

En donde se puede establecer que los exámenes en longitud cervical y la embudización, que se ha documentado en la literatura médica por medio de los elementos importantes para predecir el riesgo de parto prematuro.

La cervicometría es útil en aquellas pacientes con gestaciones de alto riesgo de parto prematuro como aquellas con antecedente de parto prematuro previo, anormalidades uterinas, los embarazos múltiples, aumento de la cantidad de líquido amniótico y otras (Ortiz, 2017).

1.1. JUSTIFICACIÓN

La realización de este caso clínico tiene como finalidad aplicar los conocimientos adquiridos durante mi formación en el internado además de adquirir nuevos conocimientos los cuales me ayudaran para mi formación profesional.

La Amenaza de Parto Pre terminó; el cual es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. Considerándose esta una patología que aparece cada vez con mayor frecuencia en las mujeres de nuestro medio teniendo como incidencia de un 9% a 11 % de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. (lams, 2015).

Los factores asociados con el riesgo de nacimiento pretérmino pueden ser identificados antes del embarazo, en la concepción o durante la gestación, los principales factores de riesgo para el parto espontáneo pretérmino en los casos de un solo feto son: raza negra materna, embarazos previos con resultados adversos, infección genitourinaria, peso corporal en los límites extremos y malas condiciones sociales. (Laterra C. &., 2003)

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar la causa principal de Amenaza de Parto Pretérmino en una gestante de 35 semanas.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar los factores de riesgo predisponentes en Amenaza de Parto Pretérmino.
2. Identificar los factores de riesgo presentes en la Amenaza de Parto Pretérmino del caso clínico en estudio.

1.3 Datos generales

Nombres	N. Y. F. C
Fecha de nacimiento	01/06/1989
Lugar de nacimiento	Colonche
Grupo cultural	Mestiza
Edad	28 años
Nacionalidad	Ecuatoriana
Estado civil	Unión Libre
Grado de Instrucción	Primaria
Nivel socioeconómico	Bajo
Ocupación	Ama de casa
Dirección	Barrio 7 de noviembre.
Provincia	Santa Elena
Fecha de ingreso	14/02/2018

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Gestante de 28 años de edad multípara, con antecedentes patológicos personales (alergia a la penicilina, e infecciones de vías urinarias recurrentes) y obstétricos de gestas 5, partos 4 (todos pretérminos) de los cuales solo vive 1, abortos 1, periodo intergenésico de 2 años. Actualmente cuenta con un embarazo de 35.4 semanas por FUM 10/06/2017 refiere haber realizado controles prenatales en el centro de salud de su localidad.

Hoy 14/02/2018 acude a emergencia autorreferida con un cuadro clínico de dolor tipo contráctil en hipogastrio de gran intensidad que se irradia a región lumbar de más o menos 24 horas de evolución, más secreción vaginal de mal olor desde hace 1 mes aproximadamente.

Motivo de consulta:

Dolor abdominal tipo contráctil en hipogastrio, acompañado de secreción vaginal de mal olor.

Antecedentes Patológicos Personales:	<ul style="list-style-type: none">• Alérgica a la Penicilina.• Infecciones recurrentes de vías urinarias.
Alergia	<ul style="list-style-type: none">• Niega
Operaciones Previas	<ul style="list-style-type: none">• Niega

Antecedentes Ginecológicos

Menarquia:	<ul style="list-style-type: none">• 12 años.
Ciclos Menstruales:	<ul style="list-style-type: none">• 25/4

Fecha de ultima menstruación	<ul style="list-style-type: none"> • 10/06/2017
Inicio de relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 17 años
Número de Parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 1

Antecedentes Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Gestas 5 • Partos 4 (pretérminos) Fecha ultimo parto: 5 años 7 meses (falleció a las 4 horas). • Aborto 1 Fecha último aborto: 2 años 4 meses).
Periodo Intergenésico:	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años
Antecedentes patológicos Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Madre Hipertensa • Abuelo Materno Diabético.
Controles Prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • 2
Vacunación	<ul style="list-style-type: none"> • Completa

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

Gestante de 28 años de edad multípara, con antecedentes patológicos personales (alergia a la penicilina, e infecciones de vías urinarias recurrentes) y obstétricos de gestas 5, partos 4 (todos pretérminos) de los cuales solo vive 1, abortos 1, periodo intergenésico de 2 años. Actualmente cuenta con un de embarazo de 35.4 semanas por FUM 10/06/2017 refiere haber realizado controles prenatales en el centro de salud de su localidad.

Acude a emergencia autorreferida con un cuadro clínico de dolor tipo contráctil en hipogastrio de gran intensidad que se irradia a región lumbar de más o menos 24 horas de evolución, más secreción vaginal de mal olor desde hace 1 mes aproximadamente.

De inmediato se valora paciente, se realiza rastreo ecográfico donde se observa producto único vivo longitudinal derecho, se evidencia actividad uterina 2 contracciones en 10 minutos captadas a la palpación y monitoreo fetal reactivo, categoría I, Tirilla de proteinuria negativa.

Se comunica a jefe de guardia y se decide su ingreso para tratamiento Tocolítico por riesgo de antecedentes de partos pretérminos de causa desconocida y de infecciones recurrentes. Se envía exámenes complementarios.

Prescripción de tratamiento:

- Cloruro de Sodio al 0.9% de 1000ml pasar 30 gotas por minuto.
- Nifedipino 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis, luego 10 mg cada 8 horas.
- Ceftriaxona 1 gramo intravenosa cada 12 horas por 2 días.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Paciente lúcida y colaboradora, ubicada en tiempo y espacio.

Control de signos vitales

Temperatura	36.5°C.
Pulso	88 x´.
Respiración	20 x´.
Tensión arterial	100/70 mmHg.
Saturación de Oxígeno	99%

Examen Físico

Cabeza: Normocefálica

Cuello: Sin adenopatías

Tórax: Simétrico, campos pulmonares ventilados

Ruidos cardiacos rítmicos

Abdomen:

Distendido por embarazo de 35 semanas

Altura uterina: 32 centímetros

Feto único vivo, Dorso derecho

Posición cefálica

Movimientos fetales presentes

Frecuencia cardiaca fetal: 144 latidos por minuto

Dinámica uterina: 2 contracciones en 10 minutos

Pelvis: Genitales externos normales

Especuloscopia: Vagina con pliegues presentes, con signos de leucorrea blanquecina fétida, cérvix de múltipara con orificio cervical posterior, con tapón mucoso.

Tacto Vaginal

Dilatación: 2 centímetros

Borramiento: 20%.

Presentación cefálica: Occipitoilica derecha.

Plano: I

Membranas: Integras

Extremidades: Sin edema

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA		
Nombre	Valor	Unidad Factor
GLOBULOS BLANCOS	6.48	10 ³ /UL
GLOBULOS ROJOS (RBC)	3.38	10 ⁶ /UL
HEMOGLOBINA (HGB)	10.6	g/dL
HEMATOCRITO (HCT)	32.0	%
PLAQUETAS	240.0	10 ³ /UL
FORMULA LEUCOCITARIA		
NEUTROFILO	54.4	%
LINFOCITO	37.7	%

MONOCITO	5.9	%
EOSINOFILO	1.5	%
BASOFILO	0.2	%
GRUPO SANGUINEO		
Nombre	Valor	Unidad Factor
GRUPO SANGUINEO	O	
Nombre	Valor	Unidad Factor
Tiempo De Protrombina(TP)	14	Seg
Nombre	Valor	Unidad Factor
GLUCOSA EN AYUNAS	89	mg/Dl
Nombre	Valor	Unidad Factor
UREA	20.7	mg/Dl
Nombre	Valor	Unidad Factor
CREATININA	0.70	mg/Dl
Nombre	Valor	Unidad Factor
ACIDO URICO	2.9	mg/Dl
Nombre	Valor	Unidad Factor
Prueba Cualitativa Para Sífilis	No reactivo	
CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA		
Solicitud: Orina		
Observación: CULTIVO DE SECRECION VAGINAL: NUEVA TOMA DE MUESTRA. UROCULTIVO: Sin Crecimiento Bacteriano.		
Nombre	Valor	Unidad Factor
Tiempo De Tromboplastina Parcial	36	Seg
Nombre	Valor	Unidad Factor
FACTOR RH	Positivo	
Nombre	Valor	Unidad Factor
HIV	No reactivo	
MUESTRA DE :		
Solicitud: Secreción Vaginal.		
Observación : Cultivo De Secreción Vaginal : Nueva Toma De Muestra UROCULTIVO: Sin Crecimiento Bacteriano.		

ECOGRAFIA DE CONTROL:

Útero Gestante Con Producto Único Vivo, Presentación Cefálica Dorso a la Derecha, Movimientos Fetales Presentes, Frecuencia Cardiaca 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: 2720 Gramos.

Placenta: Fúndica posterior

Grado: II/III

DIAGNÓSTICO: EMBARAZO DE 35-36 SEMANAS.

CARDIOTOCOGRAFIA FETAL:

- Curva Reactiva
- Categoría I
- Línea basal en 144 latidos por minuto.
- Dinámica uterina 2 /10 minutos

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo

Embarazo pretérmino

Retardo de crecimiento en el sistema intrauterino

Infección de vías urinarias

Diagnóstico Diferencial

Candidiasis

Infección urinaria

Pielonefritis

Diagnóstico Definitivo

Trabajo de parto pretérmino más Oligohidramnios severo.

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

Según (Torres, 2018) establece que la amenaza de parto pretérmino o prematuro se puede producir entre las semanas 21 y 37 de la gestación. Cuando el parto se produce antes de la semana 21 se habla de aborto, si el embarazo se alarga más allá de la semana 42, se dice que es un parto tardío. La mayoría de los embarazos tiene una duración de entre 37 y 42 semanas que es lo que se conoce como embarazo a término.

Si se llega a iniciar el parto entre las semanas 21 y 37, será prematuro y correrá un mayor riesgo de sufrir complicaciones. Al momento de tener problemas respiratorios las consecuencias son severas a los pulmones, está más expuesto a las infecciones y puede tener problemas de alimentación.

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

Según (Álvarez, 2016) establece que la situación en que las contracciones uterinas, de frecuencia e intensidad progresiva, permiten la dilatación del cuello uterino antes de las 37 semanas de gestación. Las estadísticas mundiales muestran que 15 millones de nacimientos prematuros suceden anualmente y 1,1 millones de niños mueren por complicaciones en el parto. La tasa de nacimientos prematuros en 184 países es de 5% - 18% y más del 80% ocurren entre las 32 y 37 semanas de gestación. Según la literatura consultada, alrededor del 9,6% de la mortalidad perinatal en el mundo corresponde a la prematuridad; en países desarrollados, es de aproximadamente el 70%; en América Latina y el Caribe, 8,1%; en Europa, 6,2%; en Norteamérica, 10,6%; y en Colombia, 10% - 12%.

Los factores de riesgo más frecuentes que presentan las gestantes son tabaquismo, peso corporal excesivo e hipertensión arterial crónica. También existe una fuerte asociación entre el sobrepeso/ obesidad materna y el riesgo de amenaza de parto pretérmino. En cuanto a las causas sociales y culturales, se destacan el nivel socioeconómico, el acceso educativo, los servicios de salud, las relaciones familiares, el entorno afectivo y la estabilidad emocional, las cuales son diferentes entre gestantes adolescentes y adultas. (Álvarez, 2016)

2.8 Seguimiento.

Estudio respectivo de la paciente con problemas de amenaza de parto pretérmino una en gestante multípara de 35 semanas, se efectuó desde el 14 de febrero del 2018 en donde se puede evidenciar los problemas que presentaba con las infecciones de las vías urinarias en el proceso de gestación y así mismo con el respectivo desarrollo de las actividades hasta la fecha 22 de febrero del 2018.

El 20/02/2018 se le realiza rastreo ecográfico donde se observa Oligohidramnios severo debido a la disminución de volumen de líquido amniótico en 4.4 cm, además de la valoración de cérvix con test de bishop donde se muestra que no es útil para inducción acompañado de una hiperdinamia de las contracciones, por indicación de médico ginecólogo se decide interrupción del embarazo por cesárea de forma oportuna por riesgo de muerte fetal intrauterina. Paciente es llevada al área de quirófano con signos vitales estables y score mama 0.

Se realiza cesárea segmentaria obteniendo un recién nacido de sexo femenino con Apgar 7/9, con peso de 2720 gramos, con evolución favorablemente a pesar de nacer con Distres Respiratorio, puérpera es llevada al área de recuperación en condiciones estables y score mama 0.

2.9 Observaciones.

Durante su hospitalización se realizaron los procedimientos necesarios para el manejo clínico de acuerdo a los protocolos de atención en una Amenaza de parto pretérmino.

A pesar de utilizar tratamiento de ataque y de mantenimiento por más de 8 horas sin tener resultados positivos, con ecografía donde se observa un Oligohidramnios severo, además de la valoración del cérvix con test de bishop no útil para inducción más hiperdinamia de las contracciones se decide interrupción por cesárea de forma oportuna.

Luego de la cesárea realizada, puérpera continua seguimiento en sala de hospitalización: control de signos vitales, cuidados de enfermería, score mama cada 4 horas, limpieza de herida, Control de loquios, se da la siguiente prescripción: Cloruro de sodio 0.9% 1000ml IV 30 gotas por minutos, Cefozolina 1 gramo IV cada 6 horas, Ketorolaco 60 miligramos IV cada 8 horas.

Trascurridas 46 horas después de la cesárea se da el alta hospitalaria en condiciones estables de la paciente y se prescribe Cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días, Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días, se da consejería en planificación familiar, se recomienda lactancia a libre demanda y control por consulta externa.

CONCLUSIONES

- Luego del estudio realizado a la paciente y el análisis de los diferentes factores de riesgo descritos que predisponen en una amenaza de parto pretérmino llegamos a la conclusión que los factores de riesgo que influyeron en el caso expuesto de la paciente fueron netamente obstétricos en lo cual el de mayor relevancia fue los antecedentes de fetos muertos y/o partos pretérminos anteriores.
- Otro de los factores descritos en este caso son las infecciones de vías urinarias a repetición esta es una causa muy importante en una amenaza de parto pretérmino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, J. (2016). *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" - 2016*. Lima.
- Álvarez, D. (2016). *Amenaza de parto pretérmino (app)*. Colombia.
- Botero, J. J. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. Colombia.
- Cabero, L. S. C. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*.
- Cabrillo, E., Palacio, M., & Cristobal, I. (2016). *En los últimos 18 años los partos pretérmino en España se han incrementado un 7,4%*. Europa.
- Cobo, T., & Palacio, M. (2015). *ETIOLOGÍA DE LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO*. Barcelona.
- Dimes Foundation. (2014). *Tratamientos para el parto prematuro*. Argentina.
- Dr. Francisco Zorrilla. (2016). *Diagnóstico de amenaza de parto prematuro*. Cali.
- Goldenberg, R. (2014). *PROTOCOLO: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino*. Barcelona.
- Herszenbaun, G. (2016). *Amenaza de parto prematuro*. México.
- Iams, J. (2015). *Estrategias para su prevención*. Cali.
- Lattera, C. &. (2003). *Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro*. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*.
- Lattera, C. &. (2012). *Guía de práctica clínica: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 2011*. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*.
- Martino, A. (2014). *Análisis de la organización estructural jerárquica*.
- Ortiz, M. (2017). *Cervicometría – Evaluación del cérvix y del riesgo de parto prematuro*.

Pellicer, H. P. (2013). *Obstetricia y Ginecología* . Madrid.

Ruiz, S. (2016). *Amenaza de parto pretérmino o prematuro*. España.

Torres, E. (2018). *Amenaza de parto pretérmino o prematuro*. Cali.

Zanuttini, E. (2011). *Temas de Obstetricia* . Buenos Aires.

ANEXOS

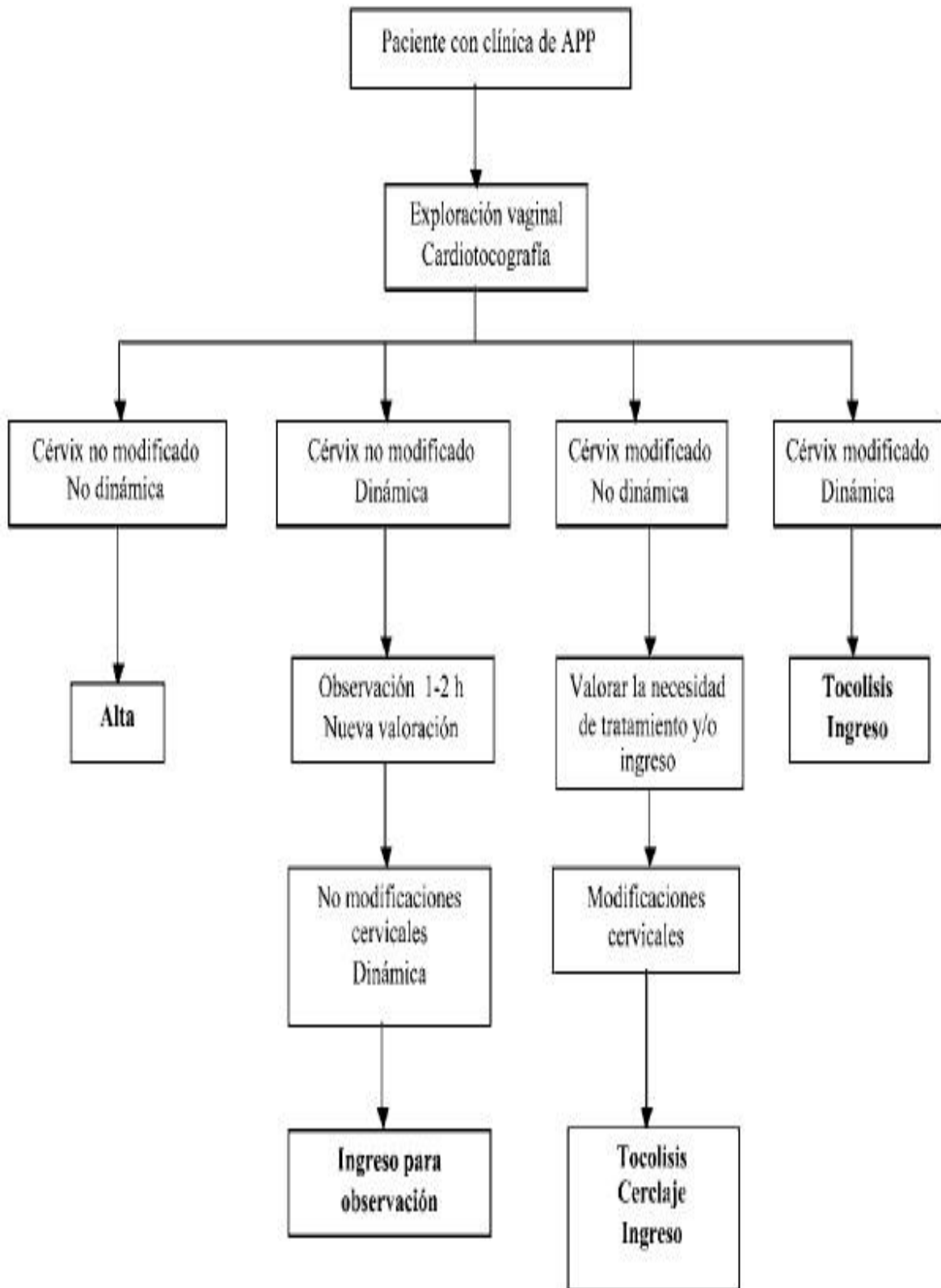


Ilustración 1 . Conducta ante una Amenaza de Parto Pretérmino.