



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 CLÍNICO

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN ADOLESCENTE

AUTORA

Jennifer Nataly Llanos Campozano

TUTOR

Dr. Joe Ordoñez Sánchez

Babahoyo- Los ríos- Ecuador



AGRADECIMIENTO

Quiero manifestar primeramente mis agradecimientos a Dios por haberme dado sabiduría y las fuerzas necesarias durante mi carrera profesional. Por haber sido la guía en mi camino y haberme dado la capacidad de concluir con mi objetivo.

A mis apreciados padres quienes con su amor, paciencia, apoyo y dedicación me han podido dar la oportunidad de formarme en esta prestigiosa universidad.

A mis queridas hermanas por su cariño, confianza y palabras de aliento mediante todo este proceso lo cual me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar.

A mi querido novio por haber estado siempre conmigo y haberme brindado todo su apoyo incondicional y la fe de que puedo lograr mis metas.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y Docentes de la Facultad de Ciencia de la Salud por haberme brindado todos sus conocimientos adquiridos durante estos años.

Agradezco a mi tutor Dr. Joe Ordoñez Sánchez quien con su apoyo y experiencia me oriento al desarrollo de este caso clínico.



DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación lo dedico principalmente a Dios por ser la luz de la guía de mi camino por haberme dado salud y fortaleza de continuar en este proceso de lograr uno de mis anhelos más deseados. A mis padres por su esfuerzo, dedicación y por ser el pilar fundamental durante mi carrera profesional. A mis hermanas por el amor y fe que me brindaron para seguir.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
TEMA.....	vii
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
MARCO TEORICO	11
1.1 DEFINICIÓN	11
1.2 CAUSAS	11
1.3 ETIOLOGÍA.....	12
1.4 EPIDEMIOLOGÍA.....	13
1.5 TIPOS DE FACTORES	14
1.5.1 Factores de riesgos.....	14
1.5.2 Factores uterinos	14
1.5.3 Factores maternos	14
1.5.4 Factores Fetales	15
1.5.5 Factores infecciosos.....	15
1.5.6 Otros factores.....	15
1.6 Tipos de nacimientos prematuros.	15
1.7 DIAGNOSTICO.....	17
1.8 PREDICTORES DE PARTO PRETERMINO.....	18
1.8.1 Fibronectina fetal.....	18
1.8.2 Estriol.....	18
1.8.3 Medición del Cuello Uterino o Cervicometría.....	19



1.9 TRATAMIENTO	19
1.9.1 Tocolíticos	19
1.9.2 Corticoides	20
1.9.3 Sulfato de magnesio.....	20
1.9.4 Antibióticos.....	21
1.10.1 Progesterona.....	21
1.10.2 Ecografía endovaginal o Ultrasonido transvaginal	22
1.11 JUSTIFICACIÓN	23
1.12 Objetivos	24
1.12.1 Objetivos generales.....	24
1.12.2 Objetivos específicos	24
1.13 DATOS GENERALES	25
2.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	26
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	26
2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	27
2.2.1 Antecedentes personales.....	27
2.2.2 Antecedentes ginecoobstetricos.....	28
2.3 ANAMNESIS	29
2.4 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA).....	31
2.4.1 Signos vitales:	31
2.4.2 Examen Físico	33
2.5 Datos de exámenes complementarios realizados	34
2.5.1 Hematológico:	34
2.5.2 Uroanálisis:	35
2.5.3 Química sanguínea:	36
2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	37
2.6.1 Diagnostico presuntivo	37



2.6.2 Diagnóstico diferencial	37
2.6.3 Diagnóstico definitivo	37
2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR	37
2.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	38
2.9 SEGUIMIENTO.....	39
3. OBSERVACIONE	40
4. CONCLUSIONES	42
5. RECOMENDACIONES	43
6. Bibliografía	44
7. ANEXOS.....	47



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



TEMA

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTE



RESUMEN

El parto pretérmino es un problema multifactorial que continúa ocasionando impacto a nivel mundial. La causa primordial de morbilidad neonatal en el mundo y su incidencia ha aumentado. El parto pretérmino es el proceso de nacimiento entre la semana 20 y 36.6 semanas de gestación. Cada día hay datos prevalentes, de que el parto prematuro es un proceso de series fisiopatológicas para ello se ha ido estudiando y uno de los avances actualizados es la prueba de la fibronectina fetal para la prevención de un parto pretérmino en mujeres gestantes con un índice de riesgo bajo y alto.

Durante algunos años la prevención de parto prematuro está basada en un control ecográfico para evaluar la longitud del cuello uterino y así estimar a un buen diagnóstico a pacientes con este problema con riesgo a partos prematuros. Algunas medidas de prevención para un parto pretérmino es la asistencia de su control prenatal, la realización de sus respectivos exámenes de laboratorio como el uroanálisis, con la finalidad de hallar infecciones de vías urinarias, el no consumo de hábitos tóxicos, y por último la suplementación de hierro y zinc en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

PALABRAS CLAVES

Parto prematuro- prevención- mortalidad- riesgo-fibronectina



ABSTRACT

Preterm delivery is a multifactorial problem that continues to have an impact worldwide. The leading cause of neonatal morbidity and mortality in the world and its incidence has increased. Preterm labor is the process of birth between week 20 and 36.6 weeks of gestation. Every day there are prevalent data that preterm birth is a process of pathophysiological series, for which it has been studied and one of the updated advances is the fetal fibronectin test for the prevention of preterm birth in pregnant women with an index of low and high risk.

For some years, the prevention of premature birth is based on an ultrasound control to evaluate the length of the cervix and thus estimate a good diagnosis in patients with this problem at risk of premature birth. Some preventive measures for a preterm delivery is the assistance of its prenatal control, the performance of its respective laboratory tests such as urinalysis, in order to find urinary tract infections, the non-consumption of toxic habits, and finally the supplementation of iron and zinc in women of low socioeconomic level.

KEYWORDS

Preterm birth- prevention- mortality- risk-fibronectin



INTRODUCCION

El parto pretérmino es una complicación para el área de la salud y para las gestantes a nivel mundial. La tasa de nacimientos prematuros manifiestan dificultades en las familias y para el sistema de salud con incrementos de costos monetarios. El parto prematuro puede ocasionar múltiples complicaciones en el neonato como enfermedad cardiovascular congénita, hemorragia intracraneal, síndrome de dificultad respiratoria provocando un incremento de ingresos hospitalarios en cuidados intensivos en materno-neonatal. Otras complicaciones como discapacidad visual y auditiva afectando el aprendizaje de su desarrollo intelectual en la vida del neonato. (Romero, 2014)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a nivel mundial aproximadamente entre el 7% y 10% hay riesgo de nacimientos prematuros. Entre los 11 países del mundo, el Ecuador contiene con los datos de cifras más bajos de nacimientos prematuros con un 5,2%. Es la causa primordial de mortalidad infantil según cifras del INEC, es la duración corta de la gestación. (MSP, 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el parto pretérmino es aquel que sucede antes de las 37 semanas de gestación, siendo la causa única de morbilidad y mortalidad perinatal. La OMS descifra que entre el 20% y 30% de las contracciones terminan espontáneamente y que entre el 40% 60% finalizan en parto prematuro. La mayoría de las complicaciones se afilian a malformaciones congénitas lo cual no son detectadas durante el control prenatal. (Bernales, 2012)



El parto pretérmino se denomina por la aparición de la dinámica uterina regular acompañado de modificaciones cervicales desde las 20.1 hasta las 36.6 semanas de gestación. El factor causante más frecuente a este problema es la infección de las vías urinarias y la presencia de la rotura prematura precoz de las membranas, donde el parto prematuro sucedió entre el 5% y 8% en mujeres gestantes. (Romero, 2014)

Este trabajo está establecido en un caso clínico de una paciente de 17 años de edad primigesta con una probabilidad de Amenaza de Parto Pretérmino, la paciente refiere dolor abdominal tipo contracción de leve a moderada intensidad de más o menos 16 horas de evolución con sintomatología de disuria acompañado con moderada secreción amarillenta verdosa. Se procedió a realizar exámenes complementarios y ecografía obstétrica.



MARCO TEORICO

1.1 DEFINICIÓN

Amenaza de parto prematuro es la presencia de contracciones uterinas con frecuencia de 1/10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, por un lapso mantenido no menor de 60 minutos, con borramiento cervical del 50% o menos y dilatación de 2cm o más, entre las 20 y 36.6 semanas de gestación. (Juan Pablo Comas, 2018, pág. 18).

1.2 CAUSAS

El parto pretérmino es un síndrome no una patología, lo cual no existe avance de las causas que pueda provocar el parto prematuro. Ciertos autores han clasificado en dos grandes grupos:

- **Parto prematuro espontaneo:** Solo el 20% de las gestantes han presentado antecedentes de parto pretérmino y máximo el 90% son embarazadas por primera vez, o que ya hayan culminado su embarazo a término.
- **Parto prematuro iatrogénico:** Se da por aviso del médico ante una manifestación de una complicación en el embarazo que no permita avanzar con la gestación y ponga en riesgo la vida materna y fetal.



Algunas complicaciones incluyen como:

- Preeclampsia severa
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Rotura prematura precoz de las membranas. (Tacchino, 2018)

1.3 ETIOLOGÍA

Estudios realizados han intentado investigar los factores causantes de la Amenaza de Parto Pretérmino. La distensión uterina excesiva, la aparición de mediadores celulares como las citosinas y las prostaglandinas, el incremento de los receptores de oxitocina al final del embarazo, el metabolismo del calcio, son muchos de los procesos fisiológicos que tienen relación con el comienzo del parto pretérmino. (Castro, 2004)

El origen de la amenaza de parto pretérmino es multifactorial, sus probables causas se distinguen en tres grupos:

- Iatrogénico: por aviso del médico se culmina el embarazo antes del término, en vista de una afección secundaria materno-fetal que dificulte lograr el progreso de la gestación.
- Secundario o Rotura prematura precoz de las membranas.
- Idiopático: sin causa desconocida. (Alfaro, 2016)



1.4 EPIDEMIOLOGÍA

El parto pretérmino es un síndrome que se manifiesta en la reproducción simultánea. Se ha evaluado como un desafío para la medicina perinatal, obstetricia, y pediatría. Un análisis sistemático evaluó que las tasas de prematuridad estimaron que 13 millones de partos prematuros y que el 9,6% representan a todos los nacimientos en el mundo, los cuales el 70% y 90% fueron en África, Asia, América Latina y el Caribe. Las tasas más aumentadas de nacimientos prematuros fueron en África con un (11,3% -11,10%) y América del Norte con un (10,1% -10,7%) y las más disminuidas en Europa con un (5,4%-6,3%). Concluyen que el parto pretérmino es una complicación para la salud perinatal a nivel mundial. (Faneite, 2012)

En los países subdesarrollados como África y Asia son los que tienen una carga incrementada en forma definitiva, en cambio en América del Norte son las que ascienden la tasa más alta. Es la obligación de hallar los factores de riesgo de la prematuridad y alcanzar métodos de valoraciones específicas a la incidencia de ese problema en cada país si se pretende progresar en una buena calidad de atención obstétrica y neonatal eficaz. La mayoría de los países concluyen que niños con bajo peso al nacer son frecuentes a ser prematuros con un peso menor de 1500gr que con lleva al 10% de nacimientos pretérminos dando un promedio de costo medico en el primer año de vida para la atención hospitalaria con un promedio de \$55.000. (Faneite, 2012)



1.5 TIPOS DE FACTORES

1.5.1 Factores de riesgos

- Antecedentes de partos prematuros
- Bajo nivel socioeconómico
- Antecedentes de rotura prematura precoz de membranas
- Gestación doble o múltiple
- Edad materna menor de 17 años y mayor de 35
- Raza negra afroamericana
- Antecedentes de abortos espontáneos

1.5.2 Factores uterinos

- Miomas uterinos
- Hiperdistensión intrauterina
- Malformaciones en el útero
- Útero bicorne

1.5.3 Factores maternos

- Tabaco
- Estrés emocional
- Alcohol
- Drogas
- Índice de Masa Corporal materno bajo ($< 19,8 \text{ Kg/m}^2$)
- Ausencia de los controles prenatales
- Maltrato familiar



1.5.4 Factores Fetales

- Malformaciones congénitas
- Óbito fetal

1.5.5 Factores infecciosos

- Bacteriuria asintomática
- Cervicitis
- Patología periodontal
- Vaginitis

1.5.6 Otros factores

- Preeclampsia y eclampsia en el embarazo
- Placenta previa oclusiva
- Polihidramnios

1.6 TIPOS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

La palabra prematuro engloba un grupo de niños muy diverso, basados en la edad gestacional, alimentación nutritiva, peso de nacimiento, se distinguen en diversos grupos:

Tabla 1. Según su incidencia:

Incidencia	Prematuros
80% a 95%	Tardíos



84,1% a 84,5%	Moderados
10,3% a 10,5%	Muy Prematuros
5,1% a 5,3%	Extremos

Fuente: (Tascón, 2016)

Elaborado por: estudiante egresada de la carrera de obstetricia

Tabla 2. Según el peso al nacer:

Recién Nacidos Prematuros con:	Peso:
Muy bajo peso al nacer	Menor de a 1.500g
Extremo bajo peso al nacer	Menor de 1.000g
Micronatos o neonatos fetales	Entre 500g y 750g

Fuente: (Asprea, 2015)

Elaborado por: estudiante egresada de la carrera de obstetricia

Tabla 3. Según la edad gestacional:

Prematuros:	Edad gestacional:
Tardíos	34 a 36 semanas 6 días
Moderados	32 a 33 semanas 6 días
Muy prematuros	28 a 31 semanas 6 días
Extremos	Menor o igual de 27 semanas 6 días

Fuente: (MSP, 2015)

Elaborado por: estudiante egresada de la carrera de obstetricia



La morbilidad de los nacimientos prematuros tardíos sus tasas son más altas a diferencia de los nacimientos a término ya que conllevan un incremento de riesgo a desarrollar problemas en la salud del neonato como el síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar resistente, taquipnea transitoria del recién nacido, inestabilidad en la temperatura y dificultad para la alimentación. (MSP, 2015)

1.7 DIAGNOSTICO

En la amenaza de parto pretérmino el diagnóstico debe basarse en el correcto interrogatorio de la historia clínica, en el examen clínico-obstétrico y examen pélvico. Se valoran los antecedentes de partos prematuros con bajo peso, la fiabilidad de la fecha última de menstruación (FUM) y la edad gestacional, la presencia de las contracciones uterinas, cambios cervicales y signos-síntomas relacionados como pérdida de líquido amniótico, sangrado vaginal, disuria, fiebre, dolor lumbar bajo constante, escalofríos. (Asprea, 2015)

El Diagnóstico Clínico consiste con la:

- **Presencia de Contracciones del Útero**

Frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria mantenido en un lapso de 60 minutos.

- **Cambios del cuello uterino**

Borramiento cervical del 50% o menor

Dilatación del cérvix igual o menor de 3cm

- **Edad gestacional entre las 20.1 y 36.6 semanas**

(Asprea, 2015)



1.8 PREDICTORES DE PARTO PRETERMINO

La mayoría de los estudios sistemáticos coinciden con la predicción del Parto Pretérmino basada tras la medición ecográfica de la longitud cervical por ultrasonido con transductor endovaginal y las determinaciones de la Fibronectina fetal.

1.8.1 Fibronectina fetal

Es una glicoproteína que se usa actualmente para reducir el riesgo de parto pretérmino. Es la más grande de la matriz extracelular que se encuentra entre el saco amniótico y la membrana interna del útero. Estudios realizados predominan que la fibronectina fetal se encuentra en los fluidos vaginales. Se encuentra normalmente antes de las 20-22 semanas de gestación y al final del embarazo. La aparición de esta glicoproteína en los fluidos cervicovaginales entre las 24 y 34 semanas de gestación puede provocar una separación de las membranas fetales y la decidua debido a algún factor infeccioso. (López, 2008)

1.8.2 Estriol

El estriol es un estrógeno hormonal, muchos estudios específicos indican que semanas antes de que se produzca un parto prematuro se da una incrementación de niveles de estriol en la saliva, se ha verificado que la aparición del estriol en la saliva reduce un mayor riesgo de parto pretérmino. (Elsa Andina, 2003)



1.8.3 Medición del Cuello Uterino o Cervicometría

Desde algunos años se ha establecido que la cervicometría es un método de diagnóstico para la predicción de partos pretérminos. Es un proceso basado en la medición de la longitud cervical mediante una ecografía transvaginal. En gestantes que manifiestan un alto riesgo, se recomienda repetir la cervicometría entre las 19 a 24 semanas de gestación. Si la longitud del cérvix es menor a 30mm se aumenta el riesgo de prematuridad. (Elsa Andina, 2003)

1.9 TRATAMIENTO

Posteriormente conocido el diagnóstico, el manejo del tratamiento en la amenaza de parto pretérmino constituye en:

- Examen pélvico completo: se procede a colocar un espéculo vaginal para visualizar el cuello uterino y observar la presencia o no de líquido amniótico para descartar rotura prematura precoz de membranas.
- Reposo absoluto en un ambiente tranquilo en posición decúbito lateral.
- Colocación de cloruro de sodio endovenosa a 100ml/hora

(Elsa Andina, 2003)

1.9.1 Tocolíticos

Existen muchos estudios que afirman que el tratamiento con tocolíticos son de mucha utilidad para prevenir el parto durante las primeras 48 horas en pacientes



con amenaza de parto pretérmino. El tocolítico de primera línea es el Nifedipino de 10 mg, 1 capsula blanda por vía oral cada 20 minutos por 3 veces. A los 10 minutos de la administración de Nifedipino se controlará DU en 10 minutos, si persiste se administrará la siguiente cápsula hasta un máximo de 3. Si la DU cede, se continuará con Nifedipino 10 - 20 mg cada 6 horas. (Leiva, 2014)

1.9.2 Corticoides

La administración de corticoides antenatales a la madre recomendados para el uso de la maduración pulmonar son la betametasona y dexametasona. Es recomendable administrar entre las 26 y 34 semanas de gestación. Reduce el riesgo de varias complicaciones como hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, síndrome de distres respiratorio.

La Betametasona intramuscular administrada en 2 dosis de 1 ampolla de 12 mg la cual contiene 6 mg de fosfato + 6 mg de acetato cada 24 horas y la dexametasona administrada en 4 dosis de 1 ampolla de 6 mg, intramuscular cada 12 horas.

1.9.3 Sulfato de magnesio

“La aplicación de Sulfato de magnesio se realiza en gestantes con riesgo de amenaza de parto prematuro, determinado si el trabajo de parto consiste con una dilatación de cuello mayor a 4 cm, independientemente de la rotura prematura de



membranas”. (MSP, 2015) Lo que quiere decir el MSP es que este medicamento se debe solo aplicar a embarazadas en peligro de este síndrome y que este en trabajo de parto en fase activa con membranas rotas.

El principal objetivo del sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal, es disminuir un daño de parálisis cerebral, disfunción motora en la infancia, en embarazos con edad gestacional mínima de 32 semanas. (García, 2015)

1.9.4 Antibióticos

Los antibióticos no son permitidos su uso, pero si se utiliza cuando está relacionado a un parto pretérmino con rotura prematura precoz de las membranas. La utilidad de un antibiótico está establecido si el factor causante es debido a infecciones por aparición de cultivos vaginales, urinarios, el agente causante es el estreptococo del grupo B. (López, 2008)

1.10 FACTORES DE PREVENCIÓN

1.10.1 Progesterona

“Las gestantes asintomáticas con antecedentes de parto prematuro espontáneo o con cérvix corto valorado por ultrasonido transvaginal, indica progesterona vaginal micronizada 200 mg, una vez al día durante la noche desde del segundo trimestre



hasta la semana 34 de gestación”. (Robles, 2018) Lo que quiere decir Robles es que las embarazadas sin sintomatología con anterioridad a partos preterminos o con cuello cervical corto evaluado por ecografía endovaginal se debe aplicar progesterona por vía vaginal en 200mg en la noche desde las 20 hasta las 34 semanas de gestación.

1.10.2 Ecografía endovaginal o Ultrasonido transvaginal

“La Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia indica valoración de cervicometría por ecografía endovaginal en gestantes con antecedente de parto pretérmino en las semanas 16 y 23 con cérvix menor de 20mm o embudización del cérvix en el segundo trimestre”. (MD.RIVERA, 2016) Lo que quiere indicar (RIVERA) es que se debe realizar ecografía transvaginal para valoración de la longitud del cuello uterino en embarazadas con anterioridad a riesgo de partos prematuros entre las semanas 16 y 23 con cuello cervical mínimo de 20mm.



1.11 JUSTIFICACIÓN

Reducir la prematurez en un corto plazo al 55% de mortalidad infantil, mediante un manejo de intervenciones de medidas de prevención, curación, para el parto pretérmino para lograr la disminución de ciertas complicaciones neonatales como parálisis cerebral, hemorragia interventricular, síndrome de distrés respiratorio enterocolitis necrotizante, apnea. Para ello es necesario basarse en una buena nutrición, asegurarse las 5 visitas del control prenatal en las gestantes y con la finalidad de promover beneficios para la disminución de esta dificultad en cada país si anhela modificar el acceso de una buena atención eficiente en ginecobstetricia y neonatal.



1.12 OBJETIVOS

1.12.1 Objetivos generales

- Determinar factores que inciden en Amenaza de parto pretérmino en adolescente.

1.12.2 Objetivos específicos

- Identificar a las embarazadas adolescentes con predisposición a una Amenaza de parto pretérmino.
- Describir los factores más importantes que inciden en una Amenaza de parto pretérmino.
- Evitar la morbilidad en embarazadas adolescentes por Amenaza de parto pregermino.



1.13 DATOS GENERALES

Nombres completos:	Nicole Maylin Semper Herrera
Cedula de identificación:	1250184163
Fecha de nacimiento:	28/04/2002
Lugar de nacimiento:	Vinces
Nacionalidad:	Ecuatoriana
Sexo:	Femenino
Edad:	17 años
Grupo cultural:	Mestiza
Religión:	Católica
Estado civil:	Soltera
Nivel de estudio:	Primaria
Dirección de residencia habitual:	Recinto Macul
Ocupación:	Ama de casa
Hospital:	H. Básico Nicolás Cotto Infante
Tipo de seguro de salud:	Ninguno
FUM:	09/07/19
Fecha de ingreso:	16/02/20



2.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 17 años de edad primigesta acude a esta casa de salud por emergencia obstétrica por presentar embarazo de 31.6 semanas por FUM 09/07/19 y 32,3 semanas de gestación por ECO 06/02/20 refiriendo cuadro clínico desde más o menos 16 horas de evolución con dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada a nivel del hipogastrio irradiado a región lumbo sacra acompañado de sangrado transvaginal por tres ocasiones después de haber tenido intimidad con su pareja también manifiesta sintomatologías como disuria, poliuria y tenesmo urinario. Se realiza especuloscopia no se evidencia sangrado activo si presencia de líquido seminal y secreción amarillenta verdosa fétida. Al tacto vaginal 1cm de dilatación, borramiento 20% motivo que acude a esta unidad hospitalaria.



2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

2.2.1 Antecedentes personales.

Antecedentes personales patológicos	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Abuela materna con HTA
Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Alergias	No refiere

Fuente: Hospital Básico Nicolás Cotto Infante



2.2.2 Antecedentes ginecoobstetricos

Menarquia	16 años
Ciclos menstruales	Irregulares
Duración	3 a 5 días
Inicio de vida sexual	15 años
Planificación familiar	No
Parejas sexuales	1
Gestas	0
Controles prenatales	1
Ecografías	1
Papanicolau	Ninguno
Fecha ultima de menstruación	09/07/19
Fecha ultima probable de parto	14/04/20
Edad gestacional	32

Fuente: Hospital Básico Nicolás Cotto Infante



2.3 ANAMNESIS

Paciente de 17 años de edad primigesta que presenta embarazo de 31.6 semanas por FUM 09/07/19 y 32,3 semanas de gestación por ECO 06/02/20. Refiere haberse realizado 1 control prenatal en el subcentro más cercano de su domicilio.

Acude a emergencia obstétrica por presentar cuadro clínico desde más o menos 16 horas de evolución con dolor abdominal tipo contráctil de intensidad moderada a nivel del hipogastrio irradiado a región lumbro sacra acompañado de sangrado transvaginal de color oscuro por tres ocasiones después de haber tenido relaciones sexuales con su pareja y síntomas como disuria, poliuria y tenesmo urinario.

Se procede a valorar a la paciente mediante la palpación del fondo del útero en abdomen se logra evidenciar actividad uterina de 2 contracciones en 10 minutos de 25 segundos lo cual se refleja en el monitoreo fetal, y constante su línea basal de 144 latidos por minutos. Se realiza especuloscopia a la paciente lo cual no se evidencia sangrado activo, pero si presencia de líquido seminal y secreción amarillo verdosa por canal vaginal. No hay perdida de líquido amniótico. Al tacto vaginal se encuentra cuello uterino con 1cm de dilatación, borramiento 20%, plano móvil, membranas integra.

Se comunica a médico residente de la guardia sobre el cuadro clínico de la gestante donde indica ingreso hospitalario con tratamiento de tocolíticos para prevenir un parto prematuro, se procede a realizar exámenes complementarios y orden para ecografía.



Tratamiento

Lactato de Ringer 1000 ML pasar IV a 30 gotas por minutos.

Paracetamol 1gr v/o cada 8 horas.

Nifedipino de 10 mg v/o 1 capsula cada 20 minutos por 3 dosis, luego 10 mg cada 8 horas.

Ampicilina 1gr IV cada 6 horas.

Metronidazol de 500mg IV cada 12 horas.

Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.



2.4 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

2.4.1 Signos vitales:

Presión arterial	128/75
Frecuencia cardiaca	98
Frecuencia respiratoria	20
Temperatura	37 °C
Saturación de oxígeno	99%
Estado de conciencia	Alerta, consiente, orientada
Proteinuria	Negativa
SCORE MAMA 0	



2.4.2 Examen Físico

Cabeza: móvil normocefálica

Cuello: móvil sin adenopatías

Tórax: simétrico expandible

Mamas: simétricas no dolorosas a la palpación.

Abdomen: globuloso ocupado por útero gestante con producto único vivo, cefálico, FCF 144 lpm, movimientos fetales activos.

Altura uterina: 32cm

Actividad uterina: 2 contracciones en 10 minutos por 25 segundos.

Genitales: genitales externos normales de nulípara.

Especuloscopia: Se observa cérvix posterior entreabierto. Canal vaginal con presencia de leucorrea amarillenta verdosa de olor fétido en moderada cantidad.

Tacto vaginal: Dilatación 1cm, Borramiento 20%, Plano móvil, membranas integrales.

Extremidades inferiores: simétricos sin edema.



2.5 DATOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

2.5.1 Hematológico:

Leucocitos	14.59
Neutrófilos	80.1%
Linfocitos	10.0%
Hemoglobina	12.5
Hematocrito	40.1%
Plaquetas	387
Grupo	O
Factor Rh	Positivo
Tiempo de protrombina	10 seg
Tiempo trombolastina parcial	25 seg



2.5.2 Uroanálisis:

Elemental	
Densidad	1005
Ph	7
Hemoglobina	+++
Aspecto	Amarillo turbio
Microscópico	
Leucocitos por campo	5-7
Eritrocitos por campo	1-2
Piocitos por campo	Campo lleno
Células altas	++
Bacterias	+
Moco	+++
Cristales	Fosfatasa ++
Secreciones vaginales por fresco	
Fresco: negativo para gardnerella vaginalis	
KOH por hongos: negativo	
KOH amines: positivo	
Gram: bacilosgramnegativos	



2.5.3 Química sanguínea:

Glucosa en ayunas	79.5
Urea	23,04
Creatinina	0,81
Serología	
VDRL	No reactivo
VIH	No reactivo

Reporte de ecografía particular de la paciente realizada el 6/02/20

Gestación única se observa:

Feto único vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho, movimientos fetales presentes, sexo masculino, latidos cardiacos fetales 138lpm.

BDP: 7,94 cm

LF: 6.02 cm

CA: 27.98 cm

Peso: 1896 gr

Placenta: Fundica anterior, grosor 4, maduración 1/3 grado, cordón normal.

Líquido amniótico: Normal



Diagnóstico: Embarazo único de 31 semanas por ECO

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

2.6.1 Diagnostico presuntivo

Amenaza de parto pretérmino

Vaginitis por Tricomoniasis

Infección de vías urinarias

2.6.2 Diagnóstico diferencial

Infección de vías urinarias

Placenta previa oclusiva

Vaginosiis

2.6.3 Diagnóstico definitivo

Amenaza de parto pretermino + infección de las vías urinarias+ tricomoniasis vaginal.

2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR

Los embarazos normales tienen un tiempo estimado de las 37 a 42 semanas de gestación que se define como embarazo a término. La amenaza de parto prematuro se puede proceder a las 20 y 36.6 semanas. Cuando el parto se da antes de las 20



semanas esto se lo conoce como aborto y si el embarazo se produce más de las 42 semanas se refiere a parto tardío. Si el parto se origina entre las 20 y 36.6 semanas el recién nacido será prematuro, presentando 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. (Leiva, 2014)

2.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Las estadísticas a nivel mundial determinan que 18 millones de nacimientos prematuros se produce cada año y 1,5 millones de recién nacidos fallecen por complicaciones en el parto. El 10% constituyen a países como Asia y África con alrededor del 95%. El 8.2% se dieron en Europa y Norteamérica en cambio el 0.8 millones ocurrieron en América latina y el Caribe. En los Estados Unidos el 60% de recién nacidos se da entre las 20 y 25 semanas de gestación sobreviven a diferencia de los recién nacidos con 30 y 32 semanas de gestación tienen poca probabilidad de sobrevivir. (Bayona, 2017)



Los factores de riesgos primordiales demuestran que la mayoría de las gestantes en su mayor importancia, destacan en los demográficos que 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 ginecoobstétricos como infecciones vaginales, infecciones urinarias, sangrado vaginal y múltiples embarazos. (Rendon, 2015)

2.9 SEGUIMIENTO

El proceso respectivo de la paciente con problemas de amenaza de parto pretérmino en gestante adolescente de 17 años de edad primigesta, se llevó a cabo el día 16 de febrero del año 2020 donde se procedió a realizar exámenes de laboratorio y se verifico ecografía particular obstétrica. No se realizó ecografía por motivos de que estaba en proceso de reparación del equipo.

La ecografía particular de la paciente reporta feto único vivo, en presentación cefálica, situación longitudinal, dorso derecho, movimientos fetales presentes, sexo masculino, frecuencia cardiaca fetal 138 latidos por minutos, líquido amniótico en cantidad normal, placenta fundica anterior con grado de maduración 1/3. El uroanálisis redacta los resultados de un: Ph 7, hemoglobina +++, con aspecto amarillo turbio, piocitos con campo lleno y bacterias determinando una infección de vías urinarias. Por orden del médico residente de la guardia se procede con un plan de tratamiento específico a la paciente.



Durante su hospitalización, la paciente responde poco a poco su tratamiento, puesto que sus contracciones no terminaban del todo mostrando días posteriores los monitoreos fetales con actividad uterina. Se continua con tratamiento con tocolíticos.

La paciente y sus familiares (esposo) son impacientes, pocos colaboradores ya que solicitan petición de alta voluntaria, donde se les informa sobre las posibles complicaciones maternas y fetales que provocaría si no recibe su respectivo tratamiento completo.

3. OBSERVACIONES

Mediante su hospitalización se procedió a realizar técnicas para el manejo clínico regidos por la MSP para la amenaza de parto pretérmino. Paciente responde de forma favorable a los antibióticos de amplio espectro donde los más utilizados fueron la Ampicilina de 1gr IV c/6h, Gentamicina 80 mg IV c/8horas, Metronidazol 500mg óvulos vaginal uno diario.

Mediante los controles de exámenes de laboratorio el resultado del uroanálisis del día 18/02/20 muestra mejoría obteniendo aspecto turbio, leucocitos 1-3 eritrocitos 1-2, bacterias +. Finalmente, el resultado del uroanálisis del día 21/02/20 indica aspecto transparente, piocitos 0-2 eritrocitos 0-1 y bacterias +.



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



Por indicación de ginecólogo de turno decide alta hospitalaria por las condiciones estables de la gestante lo cual procede prescribir tratamiento con cefalexina de 500mg VO c/8horas por 5 días correspondiente con consejerías de lactancia materna exclusiva, buena alimentación nutricional, las señales de peligro que debe identificar en el embarazo y consulta externa con ginecología.



4. CONCLUSIONES

Identificamos a una embarazada adolescente con Amenaza de parto pretérmino por su cuadro clínico que presentaba al llegar a esta unidad hospitalaria.

Describimos el factor principal a esta causa en la paciente era sus mínimos controles prenatales más las infecciones de vías urinarias y vaginales.

Evitamos este riesgo de Amenaza de parto pretérmino en la embarazada adolescente lo cual se procedió el ingreso hospitalario con su tratamiento específico y con sus respectivos exámenes.



5. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las embarazadas adolescentes que se realicen sus 5 controles prenatales mínimo regido por el MSP en el subcentro, más cercano a su domicilio.

El personal de salud del subcentro debe tener un seguimiento adecuado al registro de las visitas prenatales en las embarazadas adolescentes con el fin de evitar una Amenaza de parto pretérmino.

Es recomendable que toda gestante adolescente debería realizarse todos los exámenes de laboratorio complementarios como un uroanálisis con el fin de detectar a tiempo una infección de vías urinarias.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, R. (2016). Amenaza de parto pretermino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 6. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>
- Asprea, D. I. (2015). RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, ATENCION DE PARTO PRETERMINO ESPONTANEO, ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *Dirección Nacional de*, 68. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001
- Bayona, M. Y. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Reporte de caso AE*, 10.
- Bernales, B. D. (2012). Parto prematuro-Medwave. *REVISTA BIOMEDICA REVISADA POR PARES*, 8.
- Castro, M. P. (2004). Amenaza de parto prtermino. *Matronas profesion*, 7. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol5n17pag30-36.pdf>
- Elsa Andina, I. D. (2003). GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón*, 17. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125936>
- Faneite, D. P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 1. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001
- García, A. M. (2015). Guía fármacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino. *Rev. colomb. enferm.* • Abril de 2015 • Volumen 10 • Año 10 • Págs. 78-89, 12.



- Juan Pablo Comas, C. M. (2018). CONSENSO PREVENCIÓN PARTO PREMATURO. *SOGIBA*, 18. Recuperado el 10 de 03 de 21, de http://www.sogiba.org.ar/images/CONSENSO_PPP_FINAL_2018.pdf
- Leiva, D. J. (2014). PROTOCOLO DE MANEJO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO. *Unidad de Medicina Materno-Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes.*, 5.
- López, D. Á. (2008). DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO. *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.*, 21. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/5-Diagnostico%20y%20manejo%20del%20parto%20pretermino.pdf
- MD.RIVERA, A. P. (2016). DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO. UNA ACTUALIZACIÓN DE LA LITERATURA. *UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA*, 71.
- MSP. (2015). Recien Nacido Prematuro. *Ministerio de Salud Publica*, 130. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
- Rendon, C. (2015). PROGESTERONA PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRE-TÉRMINO: UNA REVISIÓN NARRATIVA Y RECOMENDACIONES. *Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca*, 8.
- Robles, O. Y. (2018). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el seguro social de Peru (essalud) 2018. *Acta Medica Peruana*, 11.
- Romero, M. (2014). Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). *Ginecol Obstet Mex*, 7.
- Tacchino, E. H. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 6. Recuperado el 10 de 03 de 2021, de <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/index>
- Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2.



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



Recuperado el 10 de 03 de 2021, de
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012



7. ANEXOS

Dr. Miguel Suárez - Médico Cirujano Obstetris

DIRECCIÓN: Abdón Calderón y Miguel Suárez * TELF.: 2954116 CEL: 985866226

ECOSONOGRAFIA - 2D - 3D - DOPPLER COLOR
 PUEBLOVIEJO - LOS RÍOS

NOMBRE: Miceli Campese EDAD: 18
 FECHA: Feb. 6/2020 FUM: 1 Julio 19
 DOMICILIO: San Juan TELF.: # E: 0

ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE

1) SACO GESTACIONAL: Único: Múltiple:
 Tamaño: mm. S. Vitelino: mm.

2) EMBRIÓN: L.C.C.: mm. B.P.D.: mm. F.L.: mm. S. Vitelino: mm.

3) ANATOMÍA: Endocraneo: Columna Vertebral:
 Miembros sup. e Inferiores:
 Latidos Cardiacos: Cordón:
 Hueso Nasal: Trans Nucal:
 Ductus Venoso:

ECOGRAFÍA SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

4) ESTÁTICA FETAL: Única: Múltiple: Dorso: Derecho
 Gestación: Long.: Trans.: Oblicua: Izquierdo
 Situación: Cefálica: Podálica: Anterior
 Presentación: F: M:

5) VITALIDAD FETAL: Latidos cardiacos: 138 L/min Mov. Resp.:
 Mov. Tronco: Mov. Extremidades:

6) BIOMETRÍA FETAL: B.P.D.: 7.94 mm F.L.: 6.02 mm A.C.: 27.78 mm Peso: 1.846 gr
 OFD: mm H.C.: mm

7) ECOPLACENTOGRAFIA: Localización: Anterior Grosor: 4 cm
 Maduración: 0-1/3 Cordón: normal

8) LIQUIDO AMNIÓTICO (ILA): Normal Disminuido Aumentado

9) ANATOMÍA: Endocraneo: Hueso Nasal: Columna Vertebral:
 Corazón: Diafragma: Estomago:
 Pared Abdo: Riñones y Vejiga: Extremidades:

10) ARTERIA UTERINA DERECHA:
 11) ARTERIA UTERINA IZQUIERDA:
 12) ARTERIA UMBILICAL:

13) OBSERVACIONES: Cont # 31 Semanas en ecografía

Imprenta "Pacífico", Cel.: 0985866226

