



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

PARTO PREMATURO ASOCIADO A INFECCIÓN URINARIA Y

VULVOVAGINITIS, HOSPITAL NIVEL II-1 HUARMEY 2017

PRESENTADO POR:

KARIN PAOLA CHILET GAMARRA

ASESOR

DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA - PERÚ

2020

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del Problema.....	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Marco Teórico	3
1.3.1 Antecedentes Internacionales.....	3
1.3.2 Antecedentes Nacionales	6
1.3.3 Bases Teóricas.....	7
1.3.3.1 Definición de Parto pretérmino	7
1.3.3.2 Clasificación.....	8
1.3.3.3 Incidencia	9
1.3.3.4 Factores de Riesgo	10
1.3.3.5 Factores desencadenantes.....	11
1.3.3.6 Complicaciones en el Recién Nacido.....	11
1.3.3.7 Infección Urinaria	12
1.3.3.8 Vulvovaginitis en el embarazo.....	15
CAPÍTULO II	17
CASO CLÍNICO	17
2.1 Objetivos	17
2.2 Sucesos Relevantes del Caso Clínico	17
2.3 Discusión	24
2.4 Conclusiones	26
2.5 Recomendaciones	27
BIBLIOGRAFÍA	28

RESUMEN

La infección urinaria es un problema muy frecuente en la gestación y al mismo tiempo factor desencadenante de nacimientos pretérmino. Las infecciones vaginales aumentan más la posibilidad de tener un recién nacido prematuro, teniendo una gran probabilidad de presentar otras repercusiones negativas en el binomio madre-niño.

Estudio de caso clínico de una gestante de 39 años y 35 semanas de gestación en periodo expulsivo, que acude al Hospital Nivel II-1 Huarmey para atención de parto; ocurre parto vaginal de producto vivo femenino con peso: 2100 gr, luego se produce el alumbramiento y se monitoriza puerperio inmediato. Puérpera inmediata es referida a establecimiento con mayor capacidad resolutive por nacimiento prematuro, madre va como acompañante y a seguir su control de puerperio.

Este trabajo académico tiene como objetivos determinar los factores riesgo de nacimiento prematuro, señalar si el manejo de infección urinaria y vaginal fue adecuado e indicar las consecuencias neonatales de estas infecciones.

El trabajo tiene diseño descriptivo y retrospectivo basado en la observación de la historia clínica. Se concluye que la edad materna avanzada, la multiparidad, las infecciones urinarias, la infección vaginal y el inadecuado control prenatal son factores de desencadenantes de nacimiento prematuro; el manejo de la infección urinaria e infección vaginal fue inadecuado y como consecuencia de ello se produjo un parto prematuro.

Palabras Clave: Nacimiento prematuro, infección urinaria, vulvovaginitis, gestante añosa.

ABSTRACT

Urinary infection is a very frequent problem in pregnancy and at the same time a triggering factor for preterm births. Vaginal infections further increase the possibility of having a premature newborn, having a high probability of presenting other negative repercussions in the mother-child relationship.

Clinical case study of a pregnant woman of 39 years and 35 weeks of gestation in the expulsive period, who goes to the Level II-1 Huarmey Hospital for delivery care; Vaginal delivery of a live female product with a weight of 2100 g occurs, then delivery occurs and the immediate puerperium is monitored. Immediate puerperal is referred to an establishment with greater resolution capacity for premature birth, mother goes as a companion and to follow her postpartum control.

This academic work aims to determine the risk factors for premature birth, indicate whether the management of urinary and vaginal infections was adequate, and indicate the neonatal consequences of these infections.

The work has a descriptive and retrospective design based on the observation of the clinical history. It is concluded that advanced maternal age, multiparity, urinary infections, vaginal infection and inadequate prenatal care are trigger factors for premature birth; the management of urinary tract infection and vaginal infection was inadequate and as a consequence a premature delivery occurred.

Keywords: Premature birth, urinary tract infection, vulvovaginitis, elderly pregnant woman.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del Problema

En países del primer mundo, el parto prematuro constituye la razón primordial de enfermedad y muerte en neonatos. Su frecuencia varía alrededor de 11% en Norteamérica y 5-7% en países europeos; siendo protagonista de hasta el 80% de defunciones en neonatos que carecen de anomalías congénitas y casi de la mitad de enfermedades del sistema nervioso al nacimiento. La prevalencia de parto prematuro se incrementó al doble (20%) en los últimos tiempos, tanto en países centrales como en los periféricos; quizá por el acrecentamiento de las técnicas de reproducción asistida, la cesárea electiva y la edad de la madre¹.

El nacimiento prematuro es definido como aquel que se produce posteriormente a las 20 semanas de gestación y precedentemente de las 37 semanas, con un recién nacido pesando más de 500 pero menos de 2500 gramos; que se distingue por presentar dinámica uterina frecuente e intensa con dilatación del cérvix, con antelación a la culminación de la gestación.²

Anualmente en Latinoamérica se producen alrededor de 12'000 000 de nacimientos, de los cuales al menos 135 000 son pretérmino. Entre los prematuros extremos, aquellos menores de 32 semanas, un 25% fallece antes de cumplir el año de edad y más de la mitad de supervivientes padecerá alteraciones neurológicas³.

A nivel nacional, se reporta una frecuencia de nacimientos prematuros del 5 a 20%, siendo una de las causales de fallecimiento y morbilidad perinatal. Casi el 80% de estos ocurrieron principalmente en regiones de la sierra, selva y la capital. En los departamentos de Ayacucho, Junín y Tacna se reportó más de 12% de recién nacidos muy prematuros y en Amazonas un 6% de prematuridad extrema.⁴

El parto pretérmino es una patología multicausal que tiene como principales factores de riesgo a la infección del tracto urinario y las vulvovaginitis, a partir del segundo trimestre del embarazo. Por consiguiente, este trabajo académico se llevó a cabo con el propósito de señalar el rol fundamental de estas infecciones como factores desencadenantes del parto pretérmino.³

1.2 Justificación

Anualmente en el mundo, alrededor de 1 de cada 10 partos se produce antes de las 37 semanas de gestación y 1'000 000 de prematuros fallecen por dificultades en el momento del parto; los sobrevivientes padecen alguna minusvalía o incapacidad visual, auditiva o problema de aprendizaje⁵.

El nacimiento prematuro compone un grave escollo a la gestante y el producto ya que lleva a riesgos para la madre tales como: infecciones generales, sangrados, retenciones placentarias, etc. y para el feto la prematuridad se asocia a problemas respiratorios, cardiacos, neurológicos, fragilidad de la piel, metabólicos, gastrointestinales lo cual causa a su vez problemas económicos y sociales a la familia y la sociedad.

Las causas para parto pre término son múltiples pero una causa frecuente son las infecciones y, dentro de ellas, las de mayor incidencia son la infección urinaria y infección vaginal lo cual podemos observar en la práctica diaria.

Mediante este trabajo académico se procura examinar la significación de las infecciones urinarias y vaginales durante la gestación como factores desencadenantes de nacimientos prematuros, presentando el caso de una gestante añosa atendida en el Hospital de Huarmey. El análisis contribuirá con el planteamiento de estrategias para el manejo de estas infecciones tan frecuentes en la gestación, a fin de mejorar la atención que se brinda desde el control prenatal, favoreciendo la reducción de estas patologías con el fin de lograr una madre y un recién nacido sanos.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Antecedentes Internacionales

Rodríguez-Coutiño et. al (México, 2013) llevaron a cabo el estudio “Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles” en el

Hospital de Gineco-obstetricia 23, el grupo caso estuvo conformado por 300 pacientes cuyo parto se produjo entre 28-36 semanas y el grupo control conformado por 600 mujeres con parto a término. Se obtuvo como resultado que los factores de riesgo para el parto prematuro fueron: añosa, placenta previa e infección urinaria.²

Bretelle et. al (Reino Unido, 2015) realizaron la investigación “High *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis* vaginal loads are associated with preterm birth” con el objetivo de determinar si la vaginosis bacteriana es factor de riesgo para el nacimiento pretérmino. Fue un estudio multicéntrico que incluyó gestantes en riesgo de parto prematuro. Una herramienta molecular cuantitativa que usa un ensayo de reacción en cadena de polimerasa en tiempo real específico y diluciones en serie de una suspensión de plásmido cuantificó *Atopobium vaginae*, *Gardnerella vaginalis*, lactobacilos, *Mycoplasma hominis* y el gen de albúmina humana (para control de calidad). Resultados: En 813 embarazos, las altas cargas vaginales de uno o ambos de *A. vaginae* y *G. vaginalis* se asociaron con parto pretérmino (OR, 3,9; IC 95%, 1,1-14,1; p= 0,031). Una alta carga vaginal de *A. vaginae* se asoció significativamente con un tiempo más corto para el parto y, por lo tanto, la duración del embarazo. Estos tiempos fueron, respectivamente, 152,2 y 188,2 días (OR, 5,6; IC del 95%, 1,5-21,3; p= 0,014).⁴

Martínez (Ecuador, 2016) realizó la tesis “Infección del tracto urinario como factor de riesgo de parto pretérmino”, investigación de tipo descriptiva, basada en la observación documental de 321 pacientes que tuvieron ITU; obteniendo como resultados que más de la tercera parte tuvieron parto prematuro y el resto amenaza de parto prematuro, el estrato socioeconómico medio-bajo predominó en 35 pacientes, el germen más aislado fue E. Coli en 92 pacientes, el síntoma más frecuente fue disuria en 40 pacientes, recibieron tratamiento con Cefazolina y Ceftriaxona 69 y 42 pacientes respectivamente. En conclusión, la ITU fue factor de riesgo para amenaza de parto prematuro y parto prematuro ².

León (Ecuador, 2016) realizó la tesis “Amenaza de parto pretérmino y su relación con infecciones urinarias”, investigación descriptiva, retrospectiva, obteniendo como resultados que casi el 15% tuvo amenaza de parto prematuro debida a infección urinaria, teniendo a E. coli como agente causal en la mayoría de casos, presentándose mayormente en el último trimestre de la gestación, siendo más frecuente en mujeres de 15 a 25 años y después de las 33 pero antes de las 37 semanas de gestación.³

Barrera et. al (Colombia, 2016) llevaron a cabo la investigación “Factores asociados al parto pretérmino”, la cual fue transversal, observacional, analítica, donde se hizo la revisión de 30 registros clínicos de adolescentes que tuvieron parto pretérmino; obteniendo como resultados que la tasa de parto pretérmino fue 6,1%; el promedio de etario fue 17 años; la edad gestacional

22 a 37 semanas. En conclusión, los factores asociados al parto pretérmino fueron preeclampsia, anemia, vaginosis bacteriana e infección urinaria.³

1.3.2 Antecedentes Nacionales

Aparcana (Perú, 2014) realizó la tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora”, una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal; en el cual obtuvo los siguientes resultados: 40% eran gestantes mayores de 35 años, 31% tuvo falta de atención prenatal adecuada, 35% tuvo antecedente de aborto y 30% amenaza de parto prematuro en el embarazo actual. Los factores de riesgo maternos fueron anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo, ITU; el factor de riesgo fetal fue RCIU y el factor de riesgo placentario fue RPM.⁹

Chira et. al (Perú, 2015) realizaron la investigación “Factores de riesgo para parto prematuro en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque”, estudio analítico en el que se asignaron 80 registros de nacimientos prematuros al grupo de casos y 160 de nacidos a partir de las 37 semanas al grupo control de forma aleatoria que ocurrieron durante el año 2010. Se concluye que el número escaso de atenciones prenatales, la anemia, el antecedente de parto prematuro, la ITU, la RPM, la gestación múltiple y el oligoamnios son factores de riesgo para parto prematuro .¹⁰

Guillén (Perú, 2015) realizó la tesis “Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Sabogal”, un estudio con una población de 127 gestantes, de las cuales casi 40% tuvo parto prematuro; concluyendo que las

infecciones vaginales, las infecciones urinarias y la diabetes fueron los factores que se asociaron al nacimiento pretérmino.⁶

Ordoñez (2016) llevó a cabo la investigación “Relación entre ITU gestacional y prematuridad en el Hospital Regional Hermilio Valdizán”, en la que se concluyó que la ITU gestacional se asocia a prematuridad, pero no hubo asociación significativa entre BA en gestantes y prematuridad, ni entre cistitis aguda y prematuridad. Sí se halló asociación significativa entre pielonefritis aguda y prematuridad.⁸

Robles (Perú, 2017) realizó la tesis “Factores sociodemográficos y obstétricos para parto prematuro Hospital Nacional Hipólito Unanue”, una investigación descriptiva, retrospectiva, transversal; llevada a cabo en 261 gestantes cuyo parto fue prematuro; obteniendo como resultados que su frecuencia fue de 6%; el 27% tenía entre 21-25 años, el 91.2% tenía estudios secundarios, el 74% eran casadas y casi 70% era de estrato socioeconómico mediano; el 94.3% presentaron una edad gestacional >34 semanas, el 66.3% eran multigestas y 61.7% tuvo controles prenatales inadecuados. Las etiologías que más incidieron en el parto prematuro fueron la ITU y la enfermedad hipertensiva del embarazo.⁷

1.3.3 Bases Teóricas

1.3.3.1 Definición de Parto pretérmino

Según Huertas²⁶, el parto pretérmino se define como aquel acontecimiento fisiopatológico que provoca el parto entre las semanas 22 y 36 semanas y 6

días después de la fecha de última menstruación. Este fenómeno en varias academias es considerado un síndrome, puesto que es la vía final de un conjunto de procesos anormales que conllevan al nacimiento.

Según Goldenberg, 27 de todos los partos prematuros, el 50% nacen entre semana 35 y 36 de gestación y solo el 1% nacen antes de las 32 semanas, los cuales, son los que mayores complicaciones y menor supervivencia presentan.

Cada año, un estimado de un millón de recién nacidos pretérmino, mueren producto de complicaciones después del nacimiento, por lo que este síndrome es considerado la principal causa de muerte neonatal y un contribuyente importante de co-enfermedades en la niñez. 27

1.3.3.2 Clasificación

Según la Organización Mundial de la Salud 28, el parto pretérmino se define como la culminación del embarazo antes de los 259 días desde el primer día de menstruación de la madre gestante. Este es dividido basado en la edad gestacional de la paciente:

- Extremadamente pretérmino: Antes de las 28 semanas de gestación.
- Severamente pretérmino: desde las 28 hasta las 32 semanas de gestación.
- Moderadamente pretérmino o pretérmino tardío: desde las 32 hasta las 36 semanas y 6 días de gestación.

En la actualidad, esta clasificación más aceptada a nivel mundial, sin embargo, no incluye la definición de aborto espontáneo y de embarazo viable, por lo que en los casos que se presente una gestante con un embarazo extremadamente pretérmino, dependerá de la experiencia del médico para el manejo más eficaz.

1.3.3.3 Incidencia

A nivel mundial, el parto prematuro constituye un problema de salud pública, puesto que con el pasar de los años, su incidencia se ha visto en aumento. De acuerdo a los registros de defunciones neonatales en el mundo, el 47% de muertes neonatales ocurrieron los primeros 30 días de vida.²⁶

Según Chawanpaiboon²⁹, anualmente, nacen un aproximado de 14.85 millones de neonatos prematuros, los cuales, 1.1 millones mueren por complicaciones consecuentes de su prematuridad. Es por ello que el año 2008, se planteó conmemorar el 17 de noviembre como el día Mundial de la Prematuridad.²⁸

En el Perú, 30 000 recién nacidos nacen antes de las 37 semanas. Se ha comprobado una incidencia de 7% desde el año 2015 hasta el año 2019. El análisis realizado por el Ministerio de Salud del Perú, ha evidenciado que desde el 2015, la proporción de recién nacidos prematuros fallecidos se han mantenido con un aproximado de 68%.³⁰

Según los cálculos realizados en la Vigilancia epidemiológica, el Perú presenta una mortalidad neonatal de bebés extremadamente prematuros de 60%, siendo más frecuente en Moquegua, Puno, Cusco, Huancavelica, Amazonas, Huánuco, Loreto, Tacna y Tumbes.²⁸

1.3.3.4 Factores de Riesgo

El parto pretérmino no es considerado solo una entidad única, sino influyen una serie de etiologías y factores de riesgo que generan en el cuerpo de la madre, una serie de eventos que aceleran el proceso del parto²⁹. Dentro de los factores de riesgo, se encuentra³²

- Atención Prenatal Deficiente
- Infección Urinaria
- Vulvovaginitis
- Tabaquismo
- Desnutrición
- Placenta Previa
- Oligohidramnios
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Ruptura prematura de membranas
- Diabetes
- Hipertensión

Según Rodríguez-Coutinho³¹, El factor de riesgo principal son los de origen infeccioso, de los cuales, las infecciones urinarias, la ruptura

prematura de membranas y la vulvovaginitis fueron las más frecuentes, con un 46%, 40% y 35% de frecuencia.

1.3.3.5 Factores desencadenantes

El Parto pretérmino se considera una entidad multifactorial, la cual se divide en dos grupos:

- Parto pretérmino espontáneo: Responsable de aproximadamente 66% de todos los casos de prematuridad. En este grupo, el 15% de madres gestantes presentan como antecedente, el diagnóstico de prematuridad en su anterior embarazo y el 85% son primerizas.¹⁰
- Parto pretérmino iatrogénico: Indicado por el médico ante la aparición de una complicación que comprometa la vida, tanto de la madre, como del feto, de los cuales se incluye:²⁷
 - o Pre eclampsia con signos de severidad.
 - o Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones doppler.
 - o Rotura prematura de membranas.
 - o Placenta Previa Sangrante
 - o Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
 - o Embarazo doble complicado.

1.3.3.6 Complicaciones en el Recién Nacido

Los Recién Nacidos que nacen antes de la 37 semana, tienen más riesgo de padecer problemas de salud, puesto que están menos preparados para afrontar un ambiente diferente al vientre de la madre. En base al Neonato

pretérmino, la principal complicación centra en aparato respiratorio, por lo que se indica monitorización estricta de la frecuencia respiratoria y en caso esta se vea alterada, utilizar apoyo oxigenatorio. El uso continuo y excesivo de oxígeno, pueden conllevar a problemas visuales, auditivos y cognitivos, los cuales pueden pasar desapercibidos, presentándose en la niñez²⁶

Numerosos estudios evidencian que el parto prematuro, puede repercutir a largo plazo en la vida del neonato, pues el desarrollo orgánico, no se llega a concretar en el tiempo, ni en el ambiente adecuado. Con respecto al neurodesarrollo, se han reportado casos de parálisis cerebral y retardo mental, los cuales son frecuentemente diagnosticados en la niñez. En menor grado el niño puede presentar un deficiente desarrollo motor y visual, habilidades de atención deficientes e hiperactividad²⁸

Según Hack³⁰, quien realizó una investigación acerca del estado de salud de pacientes adultos con antecedente de haber nacido prematuros, evidencio que la mayoría tenía menor actividad sexual, más problemas de conducta y menor índice de reproductividad³²

1.3.3.7 Infección Urinaria

La infección urinaria se origina producto de la ascensión de microorganismos provenientes desde uretra hasta riñón y es

conceptualizada como detección >100 mil UFC bacterianas x ml. muestra de orina recolectada chorro medio¹⁶.

Durante la gestación ocurren modificaciones anatómo-fisiológicas en el tracto urinario que favorecen la aparición de infecciones urinarias. Las ITU comprenden la bacteriuria asintomática (BA), la cistitis y la pielonefritis. A la presencia > 100 mil UFC se le denomina bacteriuria, ocurriendo en alrededor del 6% de gestantes, de las que 1/3 progresan a pielonefritis si no se da tratamiento; esta última tiene repercusiones más nocivas que la cistitis, pudiendo generar daño fijo, hasta desencadenar labor de parto pretérmino¹⁷.

Las ITU suceden con una frecuencia entre 5 a 10% de las gestaciones y la BA en 2 a 11%. El 20% de mujeres con bacteriuria desarrolla una pielonefritis aguda; por cuanto la falta de administrar tratamiento a estas pacientes podría desencadenar en una elevada morbi-mortalidad gestacional¹⁸.

Los agentes causales de las ITU son microorganismos que habitan comúnmente en la zona perineal de la mujer. Las enterobacterias son las más comunes, siendo la E. coli hallada en la mayoría de casos, seguida por Klebsiella y Proteus. También por estafilococos y enterococos¹⁹.

En mujeres que padecen de ITU escasamente, el uropatógeno aislado será por lo general E. coli sensible a tratamiento antibiótico. Por el contrario, en mujeres con ITU recurrentes con administración de medicamentos repetitiva, que han estado internadas o les ha sido aplicado algún tipo de procedimiento, son otros los agentes causales, como: Proteus, Enterobacter, Pseudomonas, etc., siendo altamente probable que sean resistentes a la antibioticoterapia²⁰.

Los cambios funcionales de las vías urinarias que ocurren en el embarazo como el ensanchamiento e hipomotilidad de los uréteres y la disminución del tono vesical posibilitan la aparición de ITU a repetición. Esto ocurre desde las 7 semanas y continúa hasta producido el nacimiento, siendo más frecuente en la zona derecha y en primigestas. Así también, los cambios endocrinos coadyuvan a esta situación, ya que la progesterona actúa reduciendo el tono y movimiento de los uréteres a partir del 2 do mes y más notoriamente a partir del 7mo mes; y los estrógenos propician el incremento de la irrigación del trígono vesical y la cohesión de microorganismos al epitelio²¹.

El urocultivo positivo con un recuento ≥ 100.000 UFC/ml de orina es el estándar de oro para hacer el diagnóstico definitivo de ITU. Cuando se encuentra una muestra contaminada por un aislamiento polimicrobiano, es necesario repetir la prueba poniendo énfasis en la forma de recolección de la orina²².

1.3.3.8 Vulvovaginitis en el embarazo

La vulvovaginitis o vaginosis bacteriana fue denominado para agrupar a los microorganismos, que generan una respuesta inflamatoria en el tracto genital femenino. Este diagnóstico, el cual es clínico, es ocasionado principalmente por el sobrecrecimiento excesivo de bacterias, que normalmente habitan en la flora vaginal.

En el embarazo, producto del aumento de la producción de estrógenos, el epitelio del tracto genital aumenta la mucina, el cual, favorece al crecimiento bacteriano. Este mecanismo, protege a la madre de infecciones externas, sin embargo, también aumenta el riesgo de provocar una reacción inflamatoria por el sobrecrecimiento bacteriano.³³

En la mujer embarazada, La Vulvovaginitis aumenta el riesgo de sepsis, aborto inminente, aborto recurrente, Rotura prematura de membranas y parto pretérmino. Esto debe a que la respuesta inflamatoria producida por el aumento excesivo de la flora bacteriana, genera en el epitelio, la producción de catecolaminas y prostaglandinas, las cuales generan además de su efecto antiinflamatorio, la contracción uterina, el cual, puede modificar la consistencia cervical a largo plazo.³²

El diagnóstico es netamente clínico, en donde la obstetra deberá realizar una detallada historia clínica. El personal de salud preguntara a cerca de

hábitos de higiene, tratamientos previos, traumas, atopias, y en algunos casos posibilidad de abuso. Con respecto al examen físico, este debe ser directo y breve. El examinador debe empezar con un examen vaginal completo y se debe de buscar materia verdosa con mal olor, lesiones en piel, excoriaciones, objetos extraños, etc.

En el diagnóstico diferencial de vulvovaginitis encontramos, en primer lugar, la infección urinaria, esclerosis bulbar, psoriasis, exemas, uréter ectópico, fistulas entéricas y enfermedades sistémicas.³²

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos

- Objetivo General:

- Identificar los principales factores de riesgo del parto prematuro en el embarazo, Hospital nivel II-1 Huarmey.

- Objetivos específicos:

- Señalar si el manejo de la infección urinaria y vaginal fue adecuado en el Hospital nivel II-1 Huarmey.
- Indicar las consecuencias neonatales de las infecciones urinarias y vaginales en el Hospital nivel II-1 Huarmey.

2.2 Sucesos Relevantes del Caso Clínico

<u>Anamnesis</u>	07 de noviembre del 2017	Hora: 7:20am
Edad	: 39 años	Procedencia: Huarmey
Nivel educativo:	5to Secundaria	Distrito: Huarmey
Estado Civil:	Conviviente	Control Pre Natal: 06
Antecedentes Gineco-Obstétricos		

G3 P2012 R.C.:4/30 MAC: ---
FUR: 08/03/17 Último parto/Aborto: 2015
ECO: 15/05/17 Semana: 7 4/7 Semana Actual: 35 sem
Funciones Biológicas: Orina: Normal Deposiciones: Normal
Antecedentes Patológicos: ITU Recurrente. Niega hábitos nocivos. Niega Alergias.
Antecedentes Quirúrgicos: LU: 2015 In Qx: (--)
Antecedentes Familiares: Niega
CFV:
P/A: 120/70 mmHg F: C.: 90 x min R: 21xmin T°: 36.1°C
Examen por Sistema
Piel: Leve Palidez TCSC: Sin Edema
Sistema Respiratorio: Normal
Sistema Cardiovascular: Normal
Sistema Genitourinario: Normal
Mamas: Tamaño: Medianas Tumor: NO Dolor NO Sign Gesta: SI
Abdomen: AU: 31CM SPP: LCD LF: 140x' DU: 3/10, 25'', +++ MF: +
TV: D= 10 cm I: 100% AP: 0 M: I
Diagnóstico de emergencia:
1.- Tercigesta de 35ss x eco
2.- Periodo Expulsivo

EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Servicio De Emergencia

Fecha: 07/11/17

Hora: 7:20

Paciente Gestante de 37 años, tercigesta de 35 semanas por ultima regla, acude a emergencia por con contracciones uterinas, percibe movimiento fetales.

CFV: P/A: 120/70 FC: 90xmin FR: 21xmin T°: 36.1°c

Examen General:

Piel: Leve palidez. AREG, LOTEPE.

Sistema Respiratorio: Normal, Sistema Cardiovascular: Normal, Sistema Genitourinario: Normal.

Examen Obstétrico: AU: 31cm LCF: 140xmin SPP: LCD DU: 3/10, 25", ++

TV: Dilatación 10cm Borramiento 100% AP: 0 MF: Presentes.

Diagnóstico de emergencia:

- 1.- Parto Prematuro en curso
- 2.- Tercigesta de 35 ss
- 3.- Periodo Expulsivo

Plan de emergencia:

- Colocar vía periférica
- MMF
- CFV
- Pasa a Sala de Partos para atención de Parto Eutócico

REPORTE DE PARTO

Inicio: Espontaneo(x) Curso: Normal (x) Estimulación SI:

Duración: 1ª Periodo: 2 hrs 2ª Periodo: 17` 3ª Periodo: 20`

Control: Controlado (x)

Líquido Amniótico: Meconial (x)

Uso de Analgésico: No (x)

Sufrimiento Fetal Agudo NO(x)

II.- Parto

Fecha: 7/11/17

Hora: 7:37am

Hora inicio: 07:20	Hora termino: 07:37	Tiempo total: 17 minutos			
TIPO DE PARTO:		Vaginal: (x)		Instrumentado: Niega	
EPISIOTOMÍA	SI	NO	LACERACIÓN	NO	
		X		SI	X 1 ° Grado
Instrumentado: NO					

III.- RECIÉN NACIDO

Sexo	F	ESPONTANERO		P.Cef: 29.5
		DIRIGIDO	X	PT:29 cm
APGAR: 9' Y 10 ⁵				
PESO			2.100 GR	
TALLA			41	

EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA

7:20 AM Pcte Ingres a el servicio refiriendo dolor en zona supra pú bica, con contracciones uterina de leve intensidad desde +/- 5 am del día de hoy, deposiciones líquidas.

P/A: 120/70 mmHg F: C.: 90 x min R: 21xmin T°: 36°C

Al Examen: LOTE P

Faneras: ligeramente pálida

Mamas: S/S

Abd: AU: 31CM SPPP: LCD LCF: 140XMIN

TV D= 10 cm I: 100% AP: -1 M: I

Paciente es trasladado a sala de parto para su atención se canaliza vía.

07:37am se produce parto normal RN vivo sexo femenino P: 2100gr

T: 40cm PC: 29.5cm PT: 29cm APGAR: 9 al min 10 a 5min.

07:55am se realiza alumbramiento dirigido con placenta y cotiledones completos, cordón umbilical +_ 35cm, peso= 300gr

08:00 am se procede a suturar desgarro de I°

Se administra ergometrina IM stat P/A = 120/70

Se procede a monitorizar puerperio inmediato (hoja aparte).

08:00 P: 90xmin P/A: 120/70 útero contraído, loquios hemáticos en regular cantidad, sin mal olor. Periné afrontado

08:15 P: 92Xmin P/A: 130/70 útero contraído, loquios hemáticos en regular cantidad sin mal olor. Periné afrontado

08:30 P: 92Xmin P/A: 130/70 útero contraído, loquios hemáticos. Periné afrontado

08:30am Paciente puérpera inmediata es referida al Hospital Regional E.G.B Nvo Chimbote por Recién Nacido prematuro, madre va como acompañamiento y para continuar control del puerperio.

Indicaciones Médicas

07/11/17

8 am

- 1.- Dieta completa + líquido a voluntad.
- 2.- CFV.
- 3.- Monitoreo de involución uterina y sangrado vaginal.

4.- Cloruro de Sodio al 9% 1000cc + 30UI de Oxitocina a 30gts xmin.

5.-Inicio de Lactancia Materna

6.- Higiene Perineal MTN

EVOLUCIÓN MÉDICA DEL PUERPERIO

FECHA: 07/11/17

HORA: 8:45

SÍNTOMAS: Asintomático

EXAMEN PREFERENCIAL:

PA: 120/60 **P:** 78 **T:** 36.9

LOTEP: SI **AREG:** si **MEG:** --

PIEL: N **MUCOSAS:** N

MAMAS: Blandas secretadas

AP RESP: BPVM

ABDOMEN: BLANDO: SI **DEPRESIBLE:** SI **DOLOR:** NO

RHA: PRESENTES: **AUSENTES:** --- **DISMINUIDOS:** ----

ÚTERO: contraído AU: 16 cm.

HERIDA OPERATORIA: --

EPISIORRAFIA: DESGARRO PERINEAL AFRONTADA

LOQUIOS: HEMATICOS SI **SEROHEMATICOS:** --- **OTROS:** ----

MAL OLOR: NO

MIEMBROS INFERIORES: EDEMAS: No **ROT:** N

OBSERVACIONES: Alojamiento conjunto

EPICRISIS

Fecha de operación: 15/11/17			
Edad: 39 años Sexo: F		SERVICIO: G. O	
Fecha de Ing.	Fecha Alta	Días de Hospital	
07/11/17	07/11/17	1 días	Emergencia
Anamnesis (de Ingreso) TE 2 horas Síntomas y signos principales Sangrado vaginal			
Antecedentes: RAM (-) A.P(-) G3 P2012			
Examen Clínico (de Ingreso) FP:88 min FR18 cm T36.7 °C PA:120/80mmhg			
ABD:BAD no dolor RHA (+) No cólicos			
Exámenes Auxiliares (resultado de interés para el diagnóstico)			
Hemograma, TC TS, Ex Orina G, U VIH VDRL			
Operaciones Procedimientos realizados			
EBA +LU			
Tratamientos recibidos			
Hemograma , Antibioterapia			
Evolución favorable			
ABDB/D RHA + Hemodinámicamente estables			
Diagnostico al Ingreso			
1.- Parto Prematuro en curso			
Pronóstico: Bueno Mejorado			

2.3 Discusión

Revisando el caso clínico se observa que se trata de una gestante añosa y múltipara, siendo considerados estos como factores relacionados a infección urinaria y vaginal, las cuales influyen en el parto prematuro incrementando la morbi-mortalidad de la madre y su recién nacido.

La paciente tenía antecedente de infección urinaria en la gestación, siendo este de por sí un elemento de riesgo, que si lo hubiésemos observado desde el inicio de la gestación a través de un urocultivo, que constituye el estándar de oro para efectuar el diagnóstico apropiado y además brindado el tratamiento oportunamente se hubiese podido evitar muy posiblemente una infección urinaria recurrente. Por cuanto es de suma importancia hacer la pesquisa de ITU en la atención prenatal a toda gestante que acude a su primer control, ya que pese a no manifestar sintomatología urinaria puede estar cursando con una bacteriuria asintomática que posteriormente desencadene en una pielonefritis y así evitar partos prematuros y sus consecuencias.

La paciente tuvo 6 atenciones prenatales, su infección urinaria estuvo asociada con vulvovaginitis, de lo que se puede inferir que hubo una falta de información a la paciente sobre los cuidados en el embarazo, medidas de higiene y de los signos y síntomas alarma. En síntesis, carencia de educación prenatal, la cual es fundamental en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud de la gestante, y se puede lograr en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, pues muchas veces no se habla de estos tópicos en la consulta externa.

No hubo un seguimiento de la paciente, pues al parecer no cumplió adecuadamente el tratamiento proporcionado para infección del tracto urinario y hubo recaída, probablemente no tomó el tratamiento completo haciendo resistencia bacteriana. Tampoco se hizo seguimiento del manejo sintromico de la infección vaginal, donde tal vez era necesario hacer un cultivo de secreción vaginal para dar el tratamiento más apropiado según etiología.

2.4 Conclusiones

- La edad materna avanzada, la multiparidad, las infecciones urinarias, la infección vaginal y el inadecuado control prenatal son factores de riesgo para parto prematuro en el Hospital nivel II-1 Huarney.
- El manejo de la infección del tracto urinario y de la infección vaginal en el Hospital nivel II-1 Huarney fue inadecuado, pues no se hizo el diagnóstico apropiado para ITU mediante urocultivo ni se indicó cultivo de secreción vaginal para diagnóstico etiológico de vulvovaginitis, tampoco se hizo el seguimiento a la paciente para saber si cumplió tratamiento.
- Como consecuencia de la infección urinaria y vaginal durante la gestación se produjo un parto prematuro con las consecuente morbilidad asociada que tuvo que ser referido el recién nacido a otro establecimiento de mayor complejidad.

2.5 Recomendaciones

- Realizar una buena anamnesis en la primera atención prenatal para reconocer los factores de riesgo tempranamente y poder brindar el tratamiento oportuno y adecuado a la gestante.
- Referir a la gestante oportunamente a un establecimiento que tenga la capacidad resolutive para resolver la patología que no se pueda manejar en el primer nivel de atención.
- Indicar el urocultivo en la primera batería de análisis de la gestante en búsqueda de bacteriuria asintomática y así reducir la probabilidad de una posterior pielonefritis en el embarazo.
- Enviar a toda gestante que acude a su atención prenatal al programa de psicoprofilaxis obstétrica para recibir educación prenatal y prevenir algunos riesgos por desconocimiento de la paciente.
- Plantear y llevar a cabo intervenciones para reducir el embarazo en mujeres añosas y multíparas, así como también en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que luego repercutan favorablemente en la reducción de los factores de riesgo para parto prematuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osorno L, Rupay G, Rodríguez J, Lavadores A, Dávila J, Echeverría M. Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76(9): p. 526-536.
2. Cabero I. Parto prematuro. Primera edición ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
3. Villanueva L, Contreras A, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76(9): p. 542-548.
4. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015. Lima: Oficina General de Tecnologías de la Información; 2016.
5. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Online].; 2018 [cited 2018 Noviembre 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
6. Rodríguez-Coutiño S, Ramos-González R, Hernández-Herrera R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex.* 2013 Septiembre; 81(9): p. 499-50.
7. Bretelle F, Rozenberg P, Pascal A, Favre R, Bohec C, Loundou A, et al. High *Atopobium vaginae* and *Gardnerella vaginalis* Vaginal Loads Are Associated With Preterm Birth. *Clin Infect Dis.* 2015 Mar; 60(6): p. 860-867.
8. Martínez G..
9. León A. Amenaza de parto pretérmino y su relación con las infecciones de vías urinarias. Tesis de pregrado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2016.
10. Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica del*

Norte. 2016 Mayo-Agosto; 48: p. 215-227.

11. Aparcana M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores durante el periodo 2013. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2014.
12. Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2015; 2(2): p. 7-18.
13. Guillén J. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Privada San Martín de Porres; 2015.
14. Ordoñez S. Relación entre la infección urinaria en gestantes y la prematuridad de neonatos del servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2015. Tesis de pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
15. Robles A. Factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
16. Botero J, Henao G, Londoño J. Obstetricia y Ginecología. Novena edición ed. Colombia: Fondo Editorial; 2015.
17. Chirinos R. Infecciones del tracto urinario en embarazadas con amenaza de parto pretérmino. Tesis de postgrado. Maracaibo: Universidad del Zulia; 2014
18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo SEGO. Infección Urinaria y Gestación Madrid: Elsevier; 2013.
19. Gupta K, Hooton T, Naber K, Wullt B, Colgan R, Miller L, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: |A 2010 update by the Infectious Diseases

Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis. 2011 Mar; 52(5): p. 103-120.

20. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Segunda edición ed. Lima; 2007.
21. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 23rd ed.: Mac Graw-Hill Interamericana editores S.A.; 2011.
22. Ministerio de Salud. Infeccion del Tracto Urinario Lima: Departamento de Ginecologia y Obstetricia del Hospital Hipolito Unanue; 2010.
23. Maridueña Chunga KM. Infeccion de Vias Urinarias como factor desencadenante de Amenaza Parto Prematuro. Hospital Rodriguez Zambrano de Manta de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013 Guayaquil: Univerdida de Guayaquil; 2013.
24. Ministerio de Salud. Guias de Practica Clinica para la Atencion de las Emergencias Obstetricas Lima: Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora; 2012.
25. Martínez G. Infección del tracto urinario como factor de riesgo de parto pretérmino en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Teófilo Dávila. Tesis de pregrado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2016.
26. E, H. (2018). Parto Pretermino: causas y medidas de prevencion. 1st ed. Lima: Rev Peru Ginecol Obstet.
27. Julie-Anne, Q. (2016). Preterm birth: Case definition and guidelines for data collecion, analysis and presentation of immunisation safety data. 3rd ed. Baylor: Elsevier, pp.4-10.
28. Organización Mundial de la Salud. Parto prematuro [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

29. MINSA (2019). Boletín Epidemiológico del Perú. 6th ed Lima: Ministerio Salud. pp 1-7 (26)
- Ochoa, A. (2009). Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membrana. 3rd ed. México: An Sist Sanitario Navar, pp.105-119.
- 30.
31. Rodríguez S. (2013) Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. 81va edición, ed. México: Ginecol Obstet Mex. Pp:449-503.
32. Pradenas M. (2014) Infecciones cervicovaginales y embarazo. 1era edición, ed. Chile, Rev Med Clinic Condes. pp: 925-935.
33. Beyitler Ilke. (2016) Clinical presentation, diagnosis and treatment of vulvovaginitis in girls: a current approach and review of the literature. 2da edición, ed World J Pediatr. Online. Pp 1-5 páginas..