



**UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“Factores de riesgo asociados al parto pretérmino extremo en gestante del Hospital  
Nivel III- Callao, 2017”**

**Presentado por:**

**Díaz Villena Jhakelyne**

**ASESOR**

**Mag. Cáceres Cavallo, Pierina**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2018**

## INDICE

CARÁTULA	
Página de Jurado.....	<i>i</i>
Dedicatoria.....	<i>ii</i>
Agradecimiento.....	<i>iii</i>
Índice del contenido.....	<i>iv</i>
Resumen .....	<i>vi</i>
CAPITULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación.....	3
1.3 Marco teórico.....	4
1.3.1 Antecedentes.....	4
1.3.2 Bases teóricas .....	11
a. Definición de parto pretérmino (PP).....	11
b. Infección del tracto urinario (ITU) .....	21
c. Pielonefritis aguda .....	22
d. Definición de ruptura prematura de membranas (RPM) .....	25
e. Definición de Aborto recurrente:.....	31
CAPITULO II .....	33
CASO CLÍNICO.....	33
2.1 Objetivos .....	33
a. General: .....	33
b. Específicos:.....	33
2.2 Historia Clínica (Sucesos relevantes del caso clínico).....	32
2.3 Discusión .....	53
2.4 Conclusiones .....	55
2.5 Recomendaciones .....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS .....	62
Anexo N° 1 Referencia a hospital III nivel. ....	62

Anexo N° 2 Control pre natal .....	63
Anexo N° 3 Ecografía .....	65
Anexo N° 4 Monitoreo electrónico: Test no estresante.....	66
Anexo N° 5: Monitoreo electrónico: Test no estresante.....	67

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Fisiopatología de parto pretérmino	13
Tabla 2	Factores de riesgo asociado a parto pretérmino	14
Tabla 3	Factores predisponentes para ITU durante la gestación	22
Tabla 4	Etiología de pielonefritis	23
Tabla 5	Cuadro clínico de Pielonefritis	23
Tabla 6	Antibióticos recomendados para el tratamiento Pielonefritis	24
Tabla 7	Factores riesgo de RPM	25
Tabla 8	Fisiopatología RPM	26
Tabla 9	Criterios diagnósticos de RPM	26
Tabla 10	Manejo terapéutico RPM	28
Tabla 11	Resultados de exámenes de laboratorio del 18-04-17	34
Tabla 12	Controles prenatales	34
Tabla 13	Informe de alta	52

## RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017, refiere que anualmente nacen unos 15 millones de bebés prematuros (previo a las 37 semanas de embarazo) y lo preocupante es que la cifra va en aumento. Las complicaciones concernientes con la prematuridad, causa principal de muerte en niños menores de cinco años, lo que provocó en el año 2015 que fallecieran un aproximadamente un millón de niños (1).

Existen diversos factores de riesgo que pueden conllevar a la culminación del embarazo antes del término de la gestación, los mismos que deben ser detectados oportunamente durante el control prenatal.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino extremo en una gestante del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2017.

Estudio: Descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de la historia clínica de una gestante que presentó parto pretérmino extremo. Conclusión: El antecedente de infección del tracto urinario - pielonefritis, rotura prematura de membranas, y los abortos previos, son factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino.

Palabras claves: Parto pretérmino, pielonefritis, ruptura prematura de membranas, aborto recurrente.

# CAPITULO I

## PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Descripción del problema

En los últimos años se ha considerado al parto pretérmino como un problema de salud pública, que genera altas tasas de mortalidad y morbilidad neonatal, según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que anualmente nacen unos 15 millones de bebés prematuros y en los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros fluctúa entre el 5% y 18% de los recién nacidos (1).

A nivel mundial, la causa número uno de muerte de niños menores de cinco años es la prematuridad, la misma que se encuentra en aumento. India, China y Nigeria se encuentran dentro de los tres primeros lugares de los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros (1).

En diversos países de América Latina las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años a causa de la prematuridad son: Chile 27,1%; Argentina 26 %, Venezuela 24,6%; Colombia 23,1%; Brasil 21,9%; Nicaragua 20,6%; Ecuador 19,7%, Perú 19,6%; México 18,5%; Bolivia 15,3% y Guatemala 12,6% (2).

En países de ingresos económicos bajos, el 50% de los nacidos a las 32 semanas, fallecen por no haber recibido cuidados sencillos y costo eficaces como no haber brindado calor, apoyo en lactancia materna, tratamiento de infecciones, presentándose una situación inversa en los países de ingresos altos donde el 100% de los recién nacidos prematuros sobreviven (1).

En el Perú el parto pretérmino representa el 5-10% de las gestaciones y son causa del 75-80% de mortalidad neonatal. Se conjeturan que las causas más frecuentes atribuibles al parto pretérmino son: los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, pudiendo existir una causa genética (1).

En Ecuador se realizó el estudio titulado Infección del tracto urinario como causa de amenaza de Parto Pretérmino, el cual concluye que la infección del tracto urinario se encuentra ampliamente vinculada a la amenaza de parto pretérmino (3). En el Perú, se realizó un trabajo con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en cual concluyen que los factores de riesgo para parto pretérmino son la edad, el estado de convivencia, deficiente control de la gestación, la preeclampsia, la infección de vías urinarias y la ruptura prematura de membranas (4).

La pielonefritis es considerada como factor de riesgo, por encontrarse asociada a complicaciones obstétricas y perinatales, incrementando en un 30-50% la tasa de prematuridad (5).

A su vez, se describe que en el mundo la ruptura prematura de membranas presenta una incidencia del 5% y representa el 30% de partos prematuros incrementando la morbimortalidad materno – fetal (6).

A través del tiempo las investigaciones basadas en evidencias, los múltiples avances en equipos biomédicos y los exámenes de laboratorio más avanzados, a pesar de ello no se logra reducir las tasas de prematuridad en el mundo, siendo un reto para el sector salud, debiendo poner especial atención de nuestras gestantes en los establecimientos de salud del primer nivel, con una atención de calidad antes de la concepción y durante el embarazo.

En este caso clínico se trata de establecer si existe una asociación significativa entre los factores de riesgo (mencionados en la literatura) y el parto pretérmino en una gestante atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao.

## **1.2 Justificación**

La revisión del presente trabajo surge debido a que se evidencian diariamente un alto número de ingresos hospitalarios de gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino asociado a diversos factores de riesgo, siendo la pielonefritis y la ruptura prematura de membranas causas más frecuentes que directa e indirectamente hacen que se culmine en un parto pretérmino, constituyendo así un problema gineco obstétrico, neonatal y de salud pública, lo que genera un gasto social y económico que afectan a la familia y el estado, reportándose altos índices de morbilidad y mortalidad neonatal (1, 2, 3, 4).

Por lo que cobra vital importancia la revisión acuciosa del caso clínico sobre los factores de riesgo asociados al parto pretérmino extremo, ya que esto permitirá la identificación, el tratamiento e intervención oportuna de dichas patologías, para prevenir la morbimortalidad neonatal en la región, mediante políticas públicas que permitan a las gestantes tener acceso a una atención

oportuna en los diversos centros de atención, en sus diferentes niveles de complejidad, ofreciendo experiencia, ciencia y tecnología al alcance de todas las gestantes y sus recién nacidos.

### **1.3 Marco teórico**

#### 1.3.1 Antecedentes

##### a. Internacionales

**ZEBALLOS S. et al. MADRID – 2016 (7).** El trabajo realizado por los autores tuvo como objetivo: Analizar la mortalidad fetal y los factores de riesgo perinatales asociados a mortalidad fetal intraparto en gestaciones de menos de 32 semanas. Material y métodos. Dentro de los criterios de inclusión fueron todos los partos pretérmino entre las semanas 22 y 31 + 6 días, excluyendo pacientes que presentaron malformaciones y cromosomopatías severas, en un hospital terciario durante el periodo 2008-2014, mediante análisis de regresión logística se identificaron factores de riesgo perinatales asociados a mortalidad fetal intraparto en 882 partos de 22 a 31 + 6 semanas de gestación, resultando que el 63,1% (106/168) de la mortalidad fetal se produjo en gestaciones menores de 32 semanas. La mortalidad fetal fue del 11,3% (100/882), la mortalidad fetal intraparto fue del 2,6% (23/882). Así mismo encontraron factores de riesgo independientes que se asociaron a la mortalidad fetal durante el parto como: la fecundación artificial, presencia de patologías fetales mediante ecografía, falta de cortico terapia antenatal y el bajo peso al nacer. Concluyendo que la mortalidad fetal intraparto afectó a un porcentaje importante de nacimientos entre las semanas 22 y 31 + 6 días. (7).

**UGALDE D. et al. MÉXICO-2015 (8).** Realizaron la investigación en gestantes adolescentes que tuvieron parto pretérmino a consecuencia de factor de riesgo como las infecciones urinarias y genitales, teniendo como objetivo establecer los factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. El trabajo realizado fue de casos y controles en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS Querétaro, durante el periodo oct. 2010 a oct. 2011. Se estudiaron 35 pacientes que presentaron parto pretérmino y 148 pacientes de parto a término; dentro de los criterios de exclusión fueron gestantes con enfermedad hipertensiva del embarazo y otras patologías. Cuya fuente fueron las historias clínicas electrónicas. Se analizaron aspectos sociodemográficos; dentro de los antecedentes de mayor importancia fueron parto pretérmino, infecciones urinarias y vaginales. Se realizaron exámenes de orina simple con presencia  $>10$  leucocitos por campo y/o urocultivo con  $\geq 10^5$  UFC, para el diagnóstico de infección del tracto urinario. Se tomaron muestras de secreción vaginal analizándose la presencia de patógenos a fin de diagnosticar las infecciones cérvico vaginal. En las pacientes adolescentes con parto pretérmino encontraron que el 54,3% cursaron con infección urinaria, el 57,1% presentaron infección cérvico-vaginal, mientras que las adolescentes que culminaron en parto a término el 33,8% presentaron infección urinaria ( $p=0,02$ ), el 35,1% cursó con infección cérvico vaginal ( $p=0,01$ ). Llegando a la conclusión que las adolescentes con infecciones cérvico-vaginal y/o infección del tracto urinario incrementarían 2 veces el riesgo de presentar parto pretérmino (8).

**ACOSTA-TERRIQUEZ JE. ET AL. MÉXICO - 2014 (9).** Realizaron un estudio prospectivo, observacional, descriptivo cuyo objetivo fue: Determinar la prevalencia de infección del tracto urinario en gestantes con amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, con una muestra de 272 gestantes que presentaron síntomas de parto pretérmino. Analizándose diversas variables: edad, escolaridad, índice de masa corporal, paridad, edad gestacional, vía de terminación del embarazo, antecedente de parto pretérmino e infección del tracto urinario. Resultados: Del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino, 97 pacientes (35.6%) tuvieron urocultivo positivo y de éstas, 32 (32.9%) tuvieron parto pretérmino. Se encontró asociación entre infección de vías urinarias y hemoglobina menor de 11 gr/dl con probabilidades de 2.66 IC: 95% (1.55-4.55). El patógeno encontrado fue Escherichia coli en 72 pacientes (74.4%); resistentes a ampicilina (42% de las cepas) y a ciprofloxacina (38.4% de las cepas) y Proteus en 9 (9.2%). Concluyendo que existe mayor proporción de infección del tracto urinario en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, que a nivel nacional (9).

**WONG. L, et al. ESTADOS UNIDOS. 2014 (10).** Investigaron 20 casos clínicos del Grupo Cochrane Pregnancy and Childbirth Group de Embarazo y Parto, cuyo objetivo fue evaluar los efectos de cualquier tipo de inmunoterapia, incluida la inmunización con leucocitos paternos y la administración de inmunoglobulina intravenosa, sobre la tasa de nacidos vivos en pacientes con abortos espontáneos recurrentes previos sin otra explicación. Concluyendo que las diversas formas de inmunoterapia no

mostraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y control para mejorar la tasa de los recién nacidos vivos, posteriormente la inmunización con células paternas (12 casos clínicos; 641 mujeres), odds ratio de Peto (OR): 1,23; intervalo de confianza del 95%: 0,89 a 1,70; inmunización con leucocitos de un tercer donante (3 casos clínicos; 156 mujeres), OR: 1,39; IC 95%: 0,68 a 2,82; infusión de membrana trofoblástica (1 caso clínico; 37 mujeres), OR: 0,40; IC 95%: 0,11 a 1,45; o inmunoglobulina intravenosa (8 casos clínicos; 303 mujeres), OR: 0,98; IC 95%: 0,61 a 1,58 (10).

b. Nacionales

**ZAGA. P. PUNO. 2018 (11).** El autor en su tesis tuvo como objetivo, determinar la correlación que existe entre antecedentes de aborto y parto pretérmino en mujeres controladas en el Hospital III Es Salud Puno, 2013 - 2017. El tipo de estudio es descriptivo transversal y diseño retrospectivo. De 129 gestantes con parto pretérmino se obtuvo una muestra por 41 gestantes que culminaron en parto eutócico, de esta muestra el 61% tuvieron antecedente de aborto, de éstos el 48% tenían entre 30 a 35 años de edad, 80% con grado de instrucción superior, 68% con estado civil conviviente y el 56% con trabajo independiente, el 40% fue segundigesta, el 16% tuvo antecedente de parto pretérmino. Del total de partos eutócicos, el 53.7% culminó en parto prematuro leve, así como el 26.8% que no tuvo el antecedente de aborto. Del grupo de gestantes con antecedente de aborto el 88.0% fueron de tipo espontáneo, todas ellas presentaron RN con prematuridad leve. El 84.0% de gestantes tuvieron como antecedente 1

aborto, el 8.0% 2 abortos quienes tuvieron parto prematuro en la categoría leve, mientras el 8.0% terminó en parto prematuro muy extremo teniendo como antecedente 3 abortos. Conclusión: La mayoría de gestantes con parto pretérmino tenían antecedente de aborto; fueron segundigestas, con un aborto previo y de tipo espontaneo; en su mayoría no tuvieron antecedente de parto pretérmino; se obtiene un valor del coeficiente de Spearman distinto de 0 ( $r = -0,765$ ), por lo que podemos afirmar que existe correlación entre las variables “Antecedentes de Aborto” y “Prematuridad”, siendo la correlación negativa alta (11).

**GUADALUPE, SM. LIMA – 2017 (4).** Realizó un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el año 2015, cuya muestra fue de 400 gestantes, analizándose la asociación de ciertos factores de riesgo, luego de la revisión concluyeron que existen diversos factores de riesgo para parto pretérmino entre ellos: Edad, situación legal, deficiente control prenatal, preeclampsia, infección del tracto urinario, entre otras y rotura prematura de membranas. Con un valor altamente significativo ( $p < 0.5$ ) de tener mayor probabilidad de parto pretérmino (OR: 2.579) (4).

**CHIRA, J y SOSA, J. LAMBAYEQUE- 2015 (12).** Los investigadores tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque de enero a diciembre 2010. Mediante el estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, de corte

transversal, analítico, de casos y controles, revisaron, casos: n = 80 historias clínicas de partos pretérmino ocurridos de enero a diciembre 2010, al azar se seleccionaron los controles de pacientes con partos a término (n = 160). Según el análisis estadístico se determinó que existen factores pre-concepcionales de riesgo asociados a parto pretérmino como control prenatal inadecuado OR: 9.13 (3.51-23.7) p: 0.0000, presencia de anemia (Hb <11 gr/dl) , OR: 1.79 (1.02-3.15) p:0.0407; y el antecedente de parto pretérmino OR: 2.12 (1.03-4.40) P: 0.0385, así mismo encontraron que existen factores de riesgo gestacionales elevado para parto pretérmino como: Infección de vías urinarias OR: 2.68 (1.54-4.67); p: 0,0004; la rotura prematura de membranas OR: 7.22 (3.26-15.95) p: 0,0000; embarazo múltiple OR: 11.28 (2.40-52.85); p: 0.0002; y oligohidramnios OR: 17.66 (2.16-143.8); P: 0.0003 (12).

**VILLAMONTE W., LAM N. Y OJEDA E. LIMA - 2015 (13).** Realizaron la investigación en la Maternidad de Lima cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal durante el primer trimestre de 1996., mediante el estudio de casos y controles. Material y métodos: Se analizaron 165 casos y 33 controles. Resultados: Se determinaron los siguientes factores de riesgo para el parto pretérmino: Ausencia de control prenatal (OR= 14,4 y P< 0,01), lugar de nacimiento en la sierra (OR= 2,26; P < 0,01) y selva (OR= 3,33; P= 0,01), clase social baja (OR= 2.52; P= 0,05), partos pretérmino previos (OR= 1, 62; P < 0,05), diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre (OR= 17,33 P < 0, 01), ruptura prematura de membranas (OR= 7,29; P< 0,01), sufrimiento fetal agudo (OD=

3, 63;  $P < 0,01$ ), presentación podálica (OR= 2,89;  $P= 0,02$ ), preeclampsia (OR= 1,92;  $P= 0,05$ ) y embarazo gemelar (OR= 2,26;  $P= 0,09$ ) llegando a la conclusión que: La hemorragia del tercer trimestre, rotura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo y embarazo doble guardan relación con el parto pretérmino (13).

**RODRIGUEZ, DR. et al. TRUJILLO-2014 (14).** En el estudio multicéntrico, determinaron los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino, durante las 20 y 37 semanas de gestación. El tipo de diseño fue de casos-controles y retrospectivo, De un total de 70 pacientes por grupo (pretérmino y a término), el análisis de las variables se efectuaron mediante el Chi cuadrado. En el análisis estadístico realizado arrojó que existieron factores de riesgo que desencadenaron el parto pretérmino como el antecedente de parto pretérmino ( $p = 0,0048$ ; OR = 7,0345), deficiente control de la gestación ( $p = 0,0038$ ; OR = 4,8889), desprendimiento prematuro de placenta ( $p = 0,0014$ ; OR = 8,5), vaginosis bacteriana ( $p = 0,0003$ ; OR = 4,0702) e infección de vías urinarias ( $p = 0,0020$ ; OR = 2,9688). Llegaron a la conclusión que el antecedente de parto pretérmino, el deficiente control gestacional, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias son factores de riesgos que desencadenaron el parto pretérmino (14).

**HUAROTO K. et al. LIMA – 2013 (34).** Los autores tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales asociados a parto pretérmino, en pacientes atendidas en el hospital público de Ica, Perú durante el 2012. El estudio fue retrospectivo de casos y control,

observacional y analítico. Analizándose una muestra de 107 gestantes, de los cuales 31 gestantes fueron casos con parto pretérmino y 76 gestantes fueron los controles con parto a término. El análisis estadístico de las variables categóricas fue descriptivo y para las variables numéricas utilizaron medidas de tendencia central como el Chi cuadrado con un IC 95%. Resultados: El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2.993 IC 95%); el 20,5% el estado civil casada; 84, 1% presentaron un nivel bajo nivel de instrucción; infecciones urinarias (OR 1.350; IC 95%); vaginosis bacteriana (OR 1.224; IC 0,273-5,464); nuliparidad (OR 1.012; IC 0,372-2,751); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC 18,015-248,746); gemelaridad (OR 14.23; IC 1,610-129,245). Conclusiones: Representaron factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes como infección del tracto urinario; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y gemelaridad (34).

### **1.3.2 Bases teóricas**

#### a. Definición de parto pretérmino (PP) (1):

Según la OMS (1), se considera prematuro un recién nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación. Según la edad gestacional los recién nacidos prematuros se clasifican en:

- prematuros extremos (menos de 28 sem.)
- muy prematuros (28 a 32 sem.)
- prematuros moderados a tardíos (32 a 37 sem.)

Arenas, JM, 2007 (15), en su libro Fundamentos en Obstetricia, dice que el parto pretérmino se diagnostica clínicamente, con presencia de dinámica

uterina (1 C/ 10 min.), cambios cervicales con dilatación > a 3 cm, incorporación del cérvix > al 50% ocurrido entre las 22 y 36.6 semanas de gestación.

*a.1 Definición trabajo de parto pretérmino:*

Hoffman B, et al. 2014 (16), en el libro Tratado de Williams, refiere que debe existir dinámica uterina frecuente y regular, cambios a nivel del cuello uterino con más del 50% de incorporación y 3cm o más de dilatación previas a las 37 semanas de gestación.

*a.2 La clasificación de la prematuridad según su origen puede ser:*

- Pretérmino idiopático o espontáneo, se da en un 50% de los casos.
- Pretérmino + ruptura prematura de membranas (25%)
- Pretérmino por iatrogenia del examinador (25%)
- Otros: Debido a hipertensión arterial durante la gestación, RCIU.

*a.3 Frecuencia parto pretérmino (17, 18):*

- En el mundo: 9.6%
- EE.UU:11%
- América latina: 7%
- Perú: 4-5%
- Maternidad de Lima:7%

El parto pretérmino es causante del:

- 75% defunciones neonatales.
- 50% de problemas neurológicos.

Sin considerar las anomalías congénitas.

*a.4 Causas de parto pretérmino (16):*

De origen múltiple aunque el 30% de los casos tienen relación con factores predisponentes que se pueden atribuir tanto a la gestante como al feto, el 70 % de partos pretérmino se producen luego de haber presentado amenaza de parto pretérmino. Los mismos que se detallan a continuación:

- Infección corioamniótica
- Disminución de la perfusión sanguínea útero placentaria
- Diversas malformaciones fetales
- Sobre distensión uterina
- Factores inmunológicos
- Stress
- Hemorragias coriónicas y desiduales

*a.5 Fisiopatología parto pretérmino (15, 16, 17):*

En la revisión bibliográfica se determinan diversos mecanismos patógenos de parto pretérmino, según se menciona en la tabla N° 1 que se presenta a continuación (15,17, 18):

Tabla 1: Fisiopatología parto pretérmino

MECANISMOS	ACCIÓN
Endocrino hormonal	Se activa prematuramente el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal de la madre y el feto, provocando la presencia de contracciones uterinas.
Isquémico Útero placentario	Las contracciones uterinas se presentan por la presencias de isquemia útero placentaria (Preeclampsia, Placenta previa).
Infeccioso	Reacción inflamatoria. Presencia de citoquinas inflamatorias.

	Las contracciones se producen por la liberación de prostaglandinas debido a la acción de la interleuquina 1.
Mecánico	Por un traumatismo
Activación prematura de mecanismos fisiopatológicos	Desprendimiento de placenta, sobredistensión uterina, cambios en el cérvix durante la gestación.

Fuente: Elaboración propia de la autora basado en los autores: Arenas, Mascaro y Voto (15,17, 18).

#### *a.6 Factores de riesgo asociados a PP:*

Es importante la detección de factores predisponentes durante el control prenatal, para así poder evitar el parto prematuro.

En la tabla N° 2, se detallan los diversos factores predisponentes para parto pretérmino, los autores coinciden que el antecedente de un parto pretérmino, aumenta en 1.5 a 2 veces el riesgo de padecer un parto pretérmino en la siguiente gestación (15, 17, 19, 20).

Tabla 2: Factores de riesgo asociados a parto pretérmino

FACTORES MATERNOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menores de 15 o mayores de 40 años</li> <li>- Fumadoras</li> <li>- Alcoholismo y drogadicción</li> <li>- Nivel socioeconómico bajo</li> <li>- Mala nutrición</li> <li>- Multiparidad</li> <li>- Grupo étnico: Afroamericano.</li> <li>- Infección: Vaginosis bacteriana, Infec. Intraamniótica, Pielonefritis, Infección de Transmisión Sexual, TORCH, Hepatitis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anormalidades Útero-cervicales: Incompetencia cervical, malformaciones uterinas, Miomas uterinos.</li> <li>- Cardiopatías, Asma bronquial, Diabetes, toda clase de Hipertensión Arterial, Anemia.</li> <li>- Conización.</li> <li>- Traumatismo</li> <li>- Esfuerzo físico.</li> <li>- Estrés psíquico.</li> <li>- Prematures iatrogénica.</li> <li>- Procedimientos de reproducción asistida.</li> </ul>

- Abortos o parto prematuro prévio. - Operación abdominal durante la gestión. - RPM y Corioamnionitis. - Incompetencia cervical.	
<b>FACTORES FETALES</b>	
- Embarazo múltiple - Diversas malformaciones fetales. - Bajo peso al nacer.	- RCIU. - Muerte fetal.
<b>LIQUIDO AMNIÓTICO</b>	
- Polihidramnios - Corioamnionitis	- Oligohidramnios
<b>PLACENTARIOS</b>	
- Inserción baja de Placenta (Previa) - Desprendimiento prematuro de placenta.	- Anomalías de placenta o cordón.

Fuente: Elaboración propia de la autora basado en Arenas JM, Mascaro PA, Zapata A y Llaca V (15, 17, 19, 20).

#### *a.7 Diagnóstico de parto pretérmino:*

Según Gonzáles. F (21), se puede diagnosticar el parto pretérmino mediante tres herramientas de ayuda diagnóstica:

- Diagnóstico clínico: Evidencia de contracciones uterinas (4 en 20 min u 8 en 60min), con cambios cervicales (dilatación mayor a 1cm y 70% de borramiento).
- Marcadores bioquímicos: Como la Fibronectina fetal positiva (FNF) que es una glucoproteína producida por la membrana coriónica que favorece su adhesión con la decidua materna. Se menciona que estudios han demostrado que el feto es el responsable del inicio de parto a término y parto pretérmino a través de la activación del eje

hipotálamo-hipófisis-suprarrenal produciéndose la liberación de estradiol y estriol salival.

- Ultrasonido intravaginal: La cervicometría transvaginal tiene una sensibilidad del 80.6% para prematuridad extrema y 28.6% para prematuridad entre 34-36 semanas. La longitud cervical menor 25 mm, tienen relación con un riesgo relativo positivo de 4,8 de parto pretérmino. Si la longitud cervical es menor de 18 mm se puede concluir que es valor predictivo positivo de parto pretérmino y si la longitud del cuello uterino es superior a 30 mm, se asume un valor predictivo negativo.

Exámenes auxiliares (4, 17, 19):

- Grupo y Rh.
- Hemograma completo.
- Proteína C Reactiva (PCR).
- Orina completa y/o Urocultivo.
- Creatinina, glucosa y urea
- Cultivo de flujo vaginal
- Monitoreo electrónico materno – fetal.
- Ecografía Obstétrica
- Ecografía transvaginal: Evaluación del cérvix.
- Ecografía Doppler.

#### *a.8 Tratamiento Amenaza de Parto Pretérmino (APP):*

Según mencionan Arenas JM y Hoffman B (15, 16), en referencia al tratamiento de la APP se debe realizar la evaluación clínica y el tratamiento farmacológico (glucocorticoides, terapia tocolítica, etc.):

1. Manejo clínico: Ante la evidencia de Amenaza de Parto Pretérmino (APP), se debe evaluar el estado materno y fetal, complicaciones como ruptura prematura de membranas o hemorragia genital, dado que va a depender de ello la conducta a seguir en función a la edad gestacional y condiciones cervicales.

Edad gestacional: La prolongación del embarazo va a depender la edad gestacional en la que aparece APP. Entre las 22 a 24 semanas, el inicio de tratamiento depende de la decisión conjunta de los padres y el equipo médico luego de una información de los riesgos neonatales. Desde las 24 a 28 semanas, la prolongación del embarazo se asocia a un descenso de la morbilidad perinatal. De las 28 a 34 semanas, existe un descenso de morbilidad. Después de las 34 semanas depende de las características y resultados neonatales de cada centro.

Condiciones cervicales: Según las condiciones del cérvix se puede distinguir la APP en pródromos, fase activa y parto pretérmino en sí.

La APP prodrómica se define por la presencia de contracciones uterinas sin cambios cervicales. Se recomienda reposo, hidratación

y valoración de marcadores de riesgo (longitud cervical, fibronectina).

La APP en fase activa al tacto vaginal se encuentra una incorporación de 80%, con 2 cm o más de dilatación y menos de 5 cm y contracciones uterinas frecuentes. La conducta a seguir es información a familiares, reposo, inicio de tratamiento tocolítico, administración de corticoides para maduración pulmonar en gestantes de menos de 34 semanas y antibiótico profiláctico, traslado a un centro hospitalario de nivel III. Si dentro de las 48 horas responde al tratamiento se puede considerar interrumpir el tratamiento; si por el contrario el tratamiento es ineficaz se producirá en progreso hacia un parto pretérmino.

## 2. Medidas farmacológicas:

Luego del diagnóstico de APP, el tratamiento es el reposo, tocolítico y corticoterapia.

Uso de glucocorticoides.- Estudios randomizados, controlados con placebo y meta análisis han demostrado los beneficios de la cortico terapia antenatal en la disminución de la morbimortalidad neonatal debido a la insuficiencia respiratoria, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, persistencia del ductos arteriovenoso, enfermedad pulmonar crónica y defunción neonatal. Debido a que estas drogas cruzan fácilmente la barrera placentaria se recomienda el siguiente esquema:

- Betametasona 12 mg, vía intra muscular, cada 24 horas, 2 días.

- Dexametasona 6 mg, vía intra muscular, cada 12 horas, por 4 dosis. Contraindicado en pacientes con Tuberculosis en actividad y descompensación diabética.

Terapia tocolítica.- Tiene como objetivo principal inhibir las contracciones uterinas retrasando el parto pretérmino, según la Food and Drug Administration (FDA) reporta que no existe ningún agente tocolítico aprobado para uso durante el embarazo.

Antagonistas del calcio:

- Nifedipino: Fármaco recomendado en los protocolos nacionales. Dosis de ataque: 10-20 mg VO, C/20 min por 3 dosis, dosis máxima en la primera hora de 60 mg. Luego dosis de mantenimiento: De 10 mg a 20 mg cada 6 a 8 horas, de acuerdo a las contracciones uterinas. Dosis máxima total: 160 mg/día. La duración del tratamiento es hasta un máximo de 48 horas.
- Sulfato de magnesio: No se ha descrito beneficios superiores a otros tocolíticos.

Uso de Betamiméticos:

- Isoxuprine: 100 a 400 mg por minuto: 10 ampollas de 2 ml, diluidas en 500cc de dextrosa al 5% o solución fisiológica, se inicia con 10 gotas por minuto o su equivalente a 100 microgramos. Dosis máxima de 40 gotas/min. Máximo de 12 a 24 horas.

- Ritodrina: 0.05 a 0.35 mg por minuto: 3 ampollas de 6 ml diluidas en 500 cc de dextrosa al 5% o en solución salina vía endovenosa. Dosis de ataque 0,05 mg/min, incrementando 0,5 mg/min cada 10 min. Según respuesta a dinámica uterina, pulso materno máximo de 120 pulsaciones por min., P/A no menos de 90/50 mmHg y latidos cardiacos fetales no mayor de 160 latidos por minuto. Prolongando por un máximo de 12 a 24 horas.
- Salbutamol: 10 ampollas en 500 ml de dextrosa al 5% vía endovenosa.

#### Tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (Aines)

- Indometacina: Dosis inicial de 50 a 100 mg VO, luego 25 a 50 mg VO C/4 horas por 48 horas.
- Naproxeno: 250 – 500 mg C/6 horas VO por 48 a 72 horas.

En relación a la Neuroprotección fetal, González y Muñoz (21, 22), concluyen que:

Con la finalidad de reducir el riesgo de parálisis cerebral y disminución de la función motora en bebes prematuros menos de 32 semanas con riesgo de inminente parto pretérmino se utiliza la administración de sulfato de magnesio, dosis de carga: 4 a 6 gramos vía endovenosa de 20 – 30 minutos, mantenimiento de 1 gramo por hora hasta el parto o un máximo de 12 horas. Controlando presión arterial, frecuencia cardiaca, reflejos

rotulianos, frecuencia respiratoria y diuresis, monitorización de latidos cardiacos fetales (21, 22).

*a.9 Manejo de parto pretérmino (19, 23, 24):*

- Valoración clínica y exámenes de exámenes auxiliares identificando el foco de fondo.
- Ante el parto, culminar gestación.
- Comunicar a Neonatología.
- De ser el caso coordinar el traslado a un centro de mayor capacidad resolutive en el que se asegure la atención inmediata del Recién Nacido.
- Según sea el caso practicar un Legrado Uterino Puerperal.

**b. Infección del tracto urinario (ITU):**

*b.1 Definición*

Hoffman B. y Schwarcz S. (16,25), define a la ITU, como los trastornos infecciosos de origen bacteriano, que afectan a los riñones, uréteres, vejiga y uretra.

*b.2 De acuerdo a su localización se clasifica en:*

- Tracto urinario bajo: Se localiza en la vejiga - uretra, como la cistitis y bacteriuria asintomática.
- Tracto urinario alto: Afecta al riñón - pelvis renal – uréteres, como la pielonefritis.

Bacteriuria asintomática: Se considera cuando existe más de 100,000 unidades formadoras de colonias (UFC) del mismo germen en orina, sin presencia de signos y síntomas de infección.

Cistitis aguda: Se presenta cuando existe infección bacteriana del tracto urinario bajo, con presencia de disuria, piuria, hematuria, dolor en hipogastrio.

*b.3 Fisiopatología ITU (20):*

Existen diferencias anatómicas, funcionales e inmunológicos en el sistema urinario tanto de la mujer como en el hombre, predisponiendo a la gestante a padecer infección del tracto urinario, como lo describe Llaca M, en su libro Obstetricia Clínica, el mismo que se representa en la tabla N°3.

Tabla 3: Factores predisponentes para ITU durante la gestación.

<b>Factores predisponentes durante la gestación</b>
- Uretra corta
- Dilatación uretral hormonal, hipoperistalsis y compresión del útero contra los uréteres (se puede retener hasta 200 ml de orina)
- Eliminación incompleta de orina.
- Aumento del índice de filtrado glomerular (valorar creatinina, glucosa y proteínas).
- Dilatación y/o obstrucción de los cálices renales.

Fuente: Elaboración propia de la autora basado en el Libro de Llaca V (20).

c. Pielonefritis aguda

*c.1 Pielonefritis aguda:*

Es una infección sistémica de vías urinarias altas y del parénquima renal, que cursan con mal estado general, fiebre, escalofrío y dolor lumbar. Con una bacteriuria mayor a 100,000 Unidades Formadoras de Colonia/ml.

*c.2 Etiología Pielonefritis:*

Existen diversas bacterias causantes de pielonefritis, según la revisión bibliográfica diversos autores coinciden en que la mayor parte es

producida por entero bacterias, las mismas que se detallan en la tabla N° 4 (16, 20, 27).

Tabla 4: Etiología Pielonefritis

BACTERIAS
Escherichia coli
Klebsiella spp
Proteus mirabilis
Enterobacter spp
Morganella
Enterococcus
Staphylococcus
Streptococcus del grupo B
<b>Nota: Considerando que el 50 a 80% es a causa de E. Coli.</b>

Fuente: Elaboración propia de la autora basada en Hoffman, Llaca y López (16, 20, 27).

*c.3 Cuadro clínico:*

La Pielonefritis aguda cursa con diferentes signos y síntomas según la revisión bibliográfica de diversos autores, los mismos que se detallan en la tabla N°5 (16, 20 ,27).

Tabla 5: Cuadro clínico Pielonefritis

SIGNOS Y SINTOMAS	EXÁMENES DE LABORATORIO
Temperatura mayor a 38 °C	Urocultivo: Mayor a 100,000 UFC
Malestar general	Piocitos: ++/+++
Puño percusión lumbar positiva.	Anemia
Presencia de náuseas y vómitos	Leucocitosis: Mayor a 15,000
Polaquiuria y disuria	Leucocituria: Mayor a 5 x campo
Deshidratación	Menor depuración de creatinina

Fuente: Elaboración propia de la autora basada en Hoffman, Llaca y López (16, 20 ,27).

*c.4 Manejo de pielonefrítis (16, 17, 25):*

El manejo de la pielonefrítis es de acuerdo a la evaluación clínica y el grado de severidad:

- Internamiento.
- Examen Obstétrico: Pruebas de bienestar fetal (Test No Estresante)
- Control de funciones vitales
- Laboratorio: Hemograma de Schilling, orina completa y Urocultivo.
- Ecografía Obstétrica.
- Hidratación con cristaloides
- Control de diuresis y balance hídrico
- Antipiréticos: Temperatura mayor a 38.5°C
- Antibióticoterapia empírica: Por 10 a 14 días, los mismos que se detallan en la tabla N° 6.

Tabla 6: Antibióticos recomendados para el tratamiento de pielonefrítis

<b>ANTIBIÓTICO</b>	<b>DOSIS- VIA ENDO-VENOSA</b>
Ceftriaxona	2 gr Cada 24 hrs
Amikacina	15 mg/kg C/ 24 hrs. Tener en cuenta que puede producir Ototoxicidad y/o Nefrotoxicidad.
Cefazolina + Gentamicina	1 gr C/ 8 hrs. 3 mg/kilo/d
En caso de alergia a Betalactámicos usar: Gentamicina	240 mg C/24 horas

Fuente: Obstetricia de Williams y Schwarcz (16, 25).

d. Definición de rotura prematura de membranas (RPM):

Es la rotura de las membranas ovulares después de las 22 semanas de embarazo y previo al inicio de trabajo de parto. Se considera RPM prolongado a la rotura prematura de membranas > a 24 horas (16, 28).

*d.1 Frecuencia (16, 17):*

- 4 - 18% de todos los partos.
- 16 a 21% de los embarazos a término
- 15% a 45% de los embarazos pretérmino
- RPM es causa del 50% de partos pretérmino
- Origina casi el 20% de las muertes perinatales

*d.2 Factores de riesgo:*

Debido a que la causa de RPM es indirecta y multifactorial, diversos autores como Rojas, Vallejo y Zapata (28, 29, 30), coinciden en los factores de riesgo que se detallan en la tabla N° 7.

Tabla 7: Factores de riesgo RPM

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>ASOCIACIÓN</b>
Maternos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Infecciones: Vaginosis bacteriana, ITU, infecciones corioamnióticas.</li><li>- Deficiencia de Vit. C, Zin.</li><li>- Antecedentes de cirugía cervical, cerclaje</li><li>- Embarazo con DIU.<ul style="list-style-type: none"><li>- DPP.</li><li>- Excesivas evaluaciones vaginales.</li></ul></li></ul>
Estilos de Vida	Fumadoras, Infección de Trasmisión Sexual, inadecuado control prenatal, bajo nivel socio económico, caídas y/o accidentes, relaciones sexuales.

Factores hereditarios	Embarazo múltiple, Polihidramnios, Cuello uterino corto, tés negra, parto pretérmino previo.
-----------------------	--

Fuente: Elaboración propia de la autora basada en Rojas, Vallejo y Zapata (28, 29, 30).

### *d.3 Fisiopatología de RPM:*

La ruptura prematura de membranas se produce por cuatro factores que afectan a las membranas, útero, feto y a la madre, los mismos que se muestran en la siguiente tabla según describe Vallejo B (29).

Tabla N° 8: Fisiopatología de RPM

Relacionado con las membranas	La disminución de fibroblastos producen reacciones inflamatorias que debilitan las membranas
Relacionado al Útero y feto	Contracciones uterinas frecuentes (Braxton-Hicks), ocasionando alteraciones morfológicas de cérvix. Se encuentra relacionado a macrosomía fetal y embarazo múltiple.
Relacionado con la madre	Infecciones vaginales, Diabetes Mellitus, incompetencia cervical, exceso de tactos vaginal, relaciones sexuales, etc.

Fuente: Libro de Ginecología y Obstetricia (29).

### *Criterios diagnósticos:*

El manejo de una gestante con sospecha de RPM pretérmino, Mascaró y Vallejo (17, 29) mencionan que se debe tener especial atención en la confirmación diagnóstica, teniendo en cuenta lo siguiente:

Tabla N°9: Criterios diagnósticos RPM

Anamnesis	Valorar los factores de riesgo
Examen físico	- Valorar el estado general. - Toma de signos vitales (P/A, P, T°, FR)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de altura uterina, evaluar situación, presentación y posición del feto, latidos cardiacos fetales e identificar CU.</li> </ul>
Verificar la pérdida de líquido amniótico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar especulo y confirmar pérdida de líquido por cérvix.</li> <li>- Realizar tacto vaginal.</li> </ul>
Exámenes de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de Ferm (Prueba del hehecho).</li> <li>- Test de Nitrazina: determinar el pH alcalino del líquido.</li> <li>- Determinación de fibronectina.</li> <li>- Método de Laneta: Positivo +, presencia de lanugo en la lámina porta objeto.</li> <li>- Proteína C reactiva.</li> <li>- Hemograma de Schilling.</li> </ul>
Estudio ecográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el bienestar fetal.</li> <li>- Determinar oligohidramnios.</li> <li>- Ecografía transvaginal: Determinar la longitud cervical.</li> </ul>
Monitoreo Electrónico, según sea el caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test No estresante.</li> <li>- Test Estresante</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia de la autora basada en Mascaro y Vallejo (17, 29).

*Diagnóstico diferencial (17, 29):*

- Secreción vaginal
- Hidrorrea.
- Pérdida de orina.
- Pérdida de secreción mucosa.
- Ruptura de quiste vaginal.

*Manejo y tratamiento:*

Hoffman, Vallejo y Zapata (16, 29, 30) hacen mención que se debe tener en cuenta las medidas generales y el manejo terapéutico:

→ Medidas generales: Nivel de atención hospitalaria.

- Verificar salida de líquido amniótico.
- Internamiento.
- Hidratación.
- Reposo absoluto o relativo.
- Precisar edad gestacional (calcular teniendo en cuenta 1ra ecografía)
- Observación y confirmación de pérdida de líquido mediante la especuloscopia.
- Tactos vaginales restringidos.
- Determinar si existe infección intrauterina, solicitar: hemograma de Schilling, PCR, de ser posible análisis del líquido amniótico, examen completo de orina y Urocultivo.
- Monitoreo de: Presión, pulso, temperatura y respiraciones.
- Test No estresante y/o Test Estresante
- Ecografía Obstétrica y transvaginal.

→ Manejo terapéutico:

Tabla N° 10: Manejo terapéutico RPM

SEGÚN EG	PLAN	TRATAMIENTO ENDO VENOSO
En gestaciones a término	Inducción de parto (entre 12 - 14 hrs siguientes)	RPM > 6 hrs iniciar antibiótico: Cefazolina 1gr

		cada 8 horas ó Gentamicina 80 mg C/8 h (Caso alergia)
Entre las 34 a 36 semanas	<p>Maduración pulmonar fetal.</p> <p>Tocólisis mientras se dé corticoterapia.</p> <p>Antibióticoterapia</p> <p>El término de la gestación será dentro de las 48 horas después de la corticoterapia.</p>	<p>Betametasona 12 mg C/24 horas, IM (2dosis)</p> <p>Nifedipino 20mg C/20 Min (3 dosis). Luego 10 mg C/6h VO</p> <p>Ampicilina 1-2 gr C/6h EV. Eritromicina 500 mg C/8h VO</p>
Entre las 28-33 sem. y sin infección amniótica	<p>Maduración pulmonar.</p> <p>Tocólisis mientras se dé corticoterapia.</p> <p>Antibióticoterapia</p>	<p>Dexametasona 6mg C/12 horas, IM (4dosis)</p> <p>Dosis igual al anterior.</p> <p>Ampicilina 2 gr C/6h Endo venosa. (2 días) Eritromicina 500 mg C/8h Vía oral. Luego: Amoxicilina 500 mg C/8h VO (7 días) Eritromicina 500 mg C/8h VO. (7 días)</p>
	<p>Terminar gestación si se evidencian signos de infección amniótica o alteración del bienestar fetal. Controles de hemograma de Schilling, PCR, pruebas de bienestar fetal, controles maternos.</p>	
Menos de 28 sem.	Conducta expectante si no hay signos de infección.	
	Culminar gestación si existen signos de infección.	
Neuroprotección Neonatal	Con la finalidad de prevenir Parálisis	<b>Dosis Ataque:</b> Na Cl 9°/00 50 cc + 5 amp.

	Cerebral y/o Hemorragia Intraventricular en recién nacidos prematuros.	de Sulfato de Magnesio al 20% pasar 4gr en 20 min. EV con volutrol. <b>Dosis mantenimiento:</b> 10 microgotas por min. (1gr por hora) *Idealmente 4 hrs. Previas al parto.
--	--	---

Fuente: Elaboración propia de la autora basada en Hoffman, Vallejo y Zapata (16, 29, 30).

Hoffman, Vallejo y Zapata (16, 29, 30), mencionan que existen complicaciones maternas y neonatales:

*Complicaciones maternas:*

- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Corioamnionitis.
- Endometritis, infección de cicatriz de cesárea o de episiorrafia.
- Sepsis.
- Choque séptico.
- Muerte materna.

*Complicaciones neonatales:*

- Parto pretérmino
- Recién nacidos con bajo peso.
- Asfixia neonatal
- Distres respiratorio.
- En el RN: Neumonía, Bronconeumonía, Meningitis.
- Sepsis Neonatal
- Hemorragia Intracraneal
- Síndromes ortopédicos.

e. Definición de Aborto recurrente:

La OMS (1) define al aborto recurrente como la pérdida espontánea de dos o más embarazos antes de las 20 – 22 semanas de gestación. Su frecuencia es de 1-5 % en la población general.

*e.1 Etiología*

Liddell y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (31, 32), refieren que no se puede determinar la causa en el 50% de mujeres, sin embargo se puede atribuir causas maternas, fetales o placentarias.

Causas maternas:

- Anomalías uterinas o cervicales (pólipos, leiomiomas, adherencias)
- Alteraciones cromosómicas maternas o paternas.
- Defectos en la fase luteínica.
- Trastornos endocrinos (hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus)
- Trastornos renales crónicos.

Incluye alteraciones crónicas preexistentes y mal controladas como:

- Lupus eritematoso sistémico.
- Hipertensión crónica.

Causas fetales:

- Anomalías cromosómicas o genéticas.
- Malformaciones anatómicas.

*e.2 Diagnóstico de aborto recurrente:*

Según Liddell, Manzury y la SEGO (31, 32, 33) refieren que para realizar el diagnóstico de esta entidad se debe tener en cuenta:

- Genética (Cariotipo) a la pareja y producto de la concepción.
- Búsqueda de trastornos trombóticos anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM), anti-B2 glicoproteína (IgG G e IgM) y anticoagulante lúpico.
- Hormona tirotrópica.
- Estudio de diabetes.
- Determinar la reserva ovárica (hormona folículo estimulante al tercer día del ciclo).
- Histerosalpingografía.

*e.3 Tratamiento:*

Algunas causas pueden ser tratadas, en caso de no definir la causa, la posibilidad de lograrse un nuevo embarazo es de 35 a 85% (31, 32)

## **CAPITULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1 Objetivos**

a. General:

Identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino extremo en una gestante del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2017.

b. Específicos:

1. Identificar la ruptura prematura de membranas como factor de riesgo asociado al parto pretérmino extremo en una gestante del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2017.
2. Identificar la pielonefritis como factor de riesgo asociado al parto pretérmino extremo en una gestante del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2017
3. Identificar el aborto recurrente como factor de riesgo asociado al parto pretérmino extremo en una gestante del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, 2017.

## 2.2 Historia Clínica (Sucesos relevantes del caso clínico): (Fuente historia clínica):

### a. Anamnesis

Datos de filiación:

Fecha: 08-08-17      Hora: 20:40

Nombres y apellidos: NN (se reserva la confidencialidad)

Edad: 28 años

Ocupación: Ama de casa.

Estudios: Quinto de secundaria.

Estado civil: conviviente.

Lugar y fecha de nacimiento: Tarapoto. 20, mayo 1989.

Procedencia: Pachacutec.

Religión: Católica

Tipo de Seguro: SIS

Referencia: Hospital nivel II

*Antecedentes personales:*

Alergia a medicamentos: No refiere

Transfusiones: No

Patologías: No refiere

Cirugías previas: Ninguna

Mayo 2014 Aborto espontáneo + Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Julio 2015 Aborto espontáneo + Aspiración Manual Endouterina.

Mayo 2016 Aborto espontáneo + Aspiración Manual Endouterina.



*Control prenatal:*

Realizado: CS de I nivel.

CPN: 04

Peso: 59 Kg.

Talla: 1.56 cm.

Grupo sanguíneo: "O"

Rh : Positivo

Fumadora: No

Consumo de drogas: No refiere.

Tabla N°11: Resultados de exámenes de laboratorio del 18-04-17

<b>Examen</b>	<b>Resultado</b>	<b>Fecha</b>
Hemoglobina	12.8 gr/dl	18 -05 - 17
Glucosa	84	18 -05 - 17
RPR	Negativo	16 -05 - 17
VIH	Negativo	16 -05 - 17
Orina	Negativo	18 -05 - 17
PAP	Negativo	08- 10 - 17

Fuente: Historia clínica

Tabla 12: Controles prenatales

<b>ATENCIONES</b>	<b>Atención 1</b>	<b>Atención 2</b>	<b>Atención 3</b>	<b>Atención 4</b>
Fecha	08-04-17	08-05-17	08-06-17	08-07-17
E. G. (semanas)	09	13	17	21
Peso (kg)	58.7	60.5	61.5	62
Temperatura(°C)	36.6	37	37	36.6
P.A (mmHg)	90/60	100/60	110/60	110/60
Altura uterina	-	7 cm	11 cm	17 cm
Presentación	indiferente	indiferente	Podálico	Podálico
F.C.F.	no audible	No audible	148 lt x ´	140 lt x ´
Movimiento fetal	no percibe	No percibe	Presentes +	Presente ++
Edema	-	-	-	-
Pulso materno	70	84	72	76
Consejería P.F	si	si	si	si

Perfil biofísico	-	-	-	-
Sulfato ferroso	No	No	si	Sí
Próxima Cita	08-05-17	08-06-17	08-07-17	08-08-17
Visita domiciliaria	No aplica	No aplica	No aplica	No
Plan de parto	Sí	-	-	-
Establecimiento de atención	C.S. I nivel	C.S. I nivel	C.S. I nivel	C.S. I nivel
Responsable del control	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz

Fuente: Carnet de control prenatal.

*b. De la referencia a Hospital nivel III*

Fecha: 08-8-17

Hora: 10 pm

Establecimiento de origen: Hospital nivel II

**Resumen de historia clínica:**

Gestante acude a establecimiento de II nivel refiriendo pérdida de líquido claro en regular cantidad, dolor abdominal tipo cólico y de dolor lumbar.

Examen físico:

P/A: 100/80 mmHg P: 84 x'. T°: 37.2 °C FR: 18 x'.

Altura Uterina: 20 cm

LCF: 157 lat x'

Contracciones uterinas: esporádicas

Especuloscopia: Observan orificio central abierto, no pérdida líquido.

Valsalva: negativa

Tacto vaginal: D: 1cm

Borramiento: 70%

Membranas: integras.

Exámenes auxiliares:

- Ecografía obstétrica: Feto en podálico, con 735 gr, placenta corporal anterior.

- Ecografía transvaginal: Orificio cervical interno abierto, longitud 25mm.
- Test de hehecho: Positivo
- Hemograma: Leucocitos: 19,000 /mm<sup>3</sup>, abastados: 1%, hemoglobina 11 gr/dl, hematocrito: 33 % y plaquetas: 400,000 mm<sup>3</sup>.
- Orina completa: Leucocitos 30-35 por campo, hematíes 2-4 por campo, piocitos: ausentes, gérmenes +, células epiteliales ++.

Impresión diagnóstica: Tercigesta de 26 sem, 1 día por Eco., Amenaza de parto pretérmino y descartar ITU.

Tratamiento: Hidratación Cl Na 9/00 a 30 gotas X min.

Responsable: Médico Ginecólogo y médico ecografista.

c. Ingreso al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Emergencia: Gineco-Obstetricia

Fecha: 08 de agosto 2017

Hora: 22:40 hrs.

Estado actual:

Se admite gestante en Emergencia de Gineco-Obstetricia, referida del Hospital de Ventanilla - nivel II, refiere dinámica uterina esporádica a partir de las 2:00 pm, acompañado de pérdida de líquido claro por vía vaginal, hace 20 horas aproximadamente.

Al examen:

Estado General: Aparente buen estado general, de hidratación y de nutrición.

Controles: P/A: 100/60 mmHg. P: 88 x' T°: 37.1°C FR: 18 x'

Piel y mucosas: Húmedas e hidratadas.

Ap. Respiratorio: normal.

Ap. Cardiovascular: No presencia de soplos

Mamas: Simétricas, blandas, sin presencia de adenopatías.

Abdomen: No doloroso a la palpación.

Puño percusión lumbar: Positiva.

A. U: 23 cm

Feto: Longitudinal podálico izquierdo.

LCF: 148 lt x' Movimientos fetales: ++ /+++

DU: Se evidencia contracciones uterinas esporádicas.

Tacto Vaginal:

Cérvix: Blando, centralizándose

D: 1 cm.

Borramiento: 70%

A.P: -2

Membranas: Integras planas.

Diagnóstico:

- Multigesta de 26 sem + 1 día x Ecografía del I Trimestre.
- Amenaza de Parto Prematuro
- Sedimento urinario patológico: Descarte de ITU.

Plan:

1. Hidratación
2. Cortico terapia
3. Iniciar Tocólisis

4. Nuevos exámenes auxiliares: Hemograma de Schilling, Orina completa, Urocultivo, Proteína C Reactiva, Glucosa, Urea, Creatinina.
5. Ecografía Obstétrica y ecografía Transvaginal.
6. Reevaluación luego de resultados de exámenes auxiliares.

Indicaciones médicas:

1. Dieta Blanda y líquidos a voluntad.
2. Cl. Na 9 /oo a 30 gotas por minuto.
3. Dexametasona 6 mg, IM C/ 12 hrs. (completar 4 Dosis)
4. Nifedipino 20 mg. Vía oral C/ 20 minutos. (3 dosis).
5. Controles obstétricos cada 30 min.
6. Se hospitaliza en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

Firma y sello

Médico Gineco-Obstetra de turno

### **Nota de ingreso Obstetricia - Emergencia**

08-agosto-2017

22:40 hrs

Ingresa gestante de 28 años a sala de reposo de emergencia de gineco-obstetricia, referida del establecimiento de salud nivel II, por presentar dinámica uterina esporádicas y perdida de líquido amniótico hace 20 horas, con los diagnósticos antes mencionados.

Antecedentes personales:

Alergias: Ninguna

Cirugías previas: No

Transfusiones: Nunca

Patologías: No refiere

Ant. Gineco-Obstétricos:

Menarquia: 12 años Régimen catamenial: 4 d. cada 28 - 30 días.

FUR: 06-02-17 FPP: 13-11-17 CPN: 04

EG: 26 sem. 1 día x ECO del I Trim.

G: 4 P: 0030

G1: Mayo 2014 Aborto espontáneo e incompleto + AMEU, de 9 semanas de gestación.

G2: Julio 2015 Aborto espontáneo e incompleto + AMEU, de 8 semanas de gestación.

G3: Mayo 2016 Aborto incompleto + AMEU, de 10 semanas.

G4: Actual gestación.

Al examen:

P/A: 100/60 mmHg P: 88 x' T°: 37 °C FR: 18x'

Au: 23 cm Posición fetal: Cefálico izquierdo.

LCF: 148 lt x' CU: Muy esporádica

No se observa salida de líquido amniótico.

Se cumple inicio de tratamiento médico:

23:40 Horas. Se coloca primera dosis de Dexametasona 6 mg, vía IM.

09-08-17

0:10 hora LCF: 158 lt x' CU: esporádica

Se inicia tocólisis, dosis de ataque: Se administra 2 tabletas de Nifedipino 10 mg VO.

0:30 am. Se administra 2 tabletas de Nifedipino 10 mg VO.

0.50 am. Se administra 2 tabletas de Nifedipino 10 mg VO.

2:00 am. Se coloca vía endovenosa Ceftriaxona 2 gr.

Firma y sello de Obstetrix de guardia

09-agosto-2017 Reevaluación médica en emergencia Hora: 1:40 am

Paciente presenta dolor en región lumbar.

P/A: 100/60 mmHg P: 84 x' T°: 36.7°C FR: 20 x'

Al examen:

DU: Esporádica LCF: 150 lt x'

Examen vaginal:

Dilatación: 1 cm Incorporación: 80% A.P: -2

Membranas: Integras Perdida de líquido: No

Resultados de exámenes auxiliares 9-08-17

- Hemograma: Leucocitos: 16,380 /mm<sup>3</sup>, abastoados: 1%, Hemoglobina: 9.9 gr/dl, plaquetas: 274,000 mm<sup>3</sup>
- Examen de orina: PH: 7.1, Leucocitos: > 100 por campo, hematíes: 10-5 por campo, células epiteliales: 8-9-por campo, gérmenes ++.
- PCR: 7.80 mg/dl
- Glucosa: 88 mg/dl, urea: 10 mg/dl y creatinina: 92 mg/dl.
- Ecografía obstétrica: Gestación activa de 26 sem, 1 día por biometría fetal, peso: 759 gr, placenta corporal anterior, líquido adecuado y pozo: 60, longitud cervical: 25 mm por ecografía transvaginal.

Diagnóstico:

- Multigesta de 26 sem + 1 día x Eco
- APP extremo.

- Alto Riesgo de PP.
- Sedimento Urinario Patológico: D/C de ITU.

Plan:

- Hospitalización
- Corticoterapia
- Continuar con Tocólisis
- Antibióticoterapia
- Se hospitaliza en la Unidad de Alto Riesgo obstétrico (ARO).

Ordenes médicas:

1. Dieta Blanda + líquidos a voluntad.
2. Cl Na 9 /oo 1000 cc a 30 gts x´
3. Dexametasona 6 mg. Intra muscular, C/ 12 horas (completar 4 dosis)
4. Nifedipino 10 mg. Vía oral, cada 6 horas.
5. Ceftriaxona 2 gr. Endo venosa, cada 24 horas.
6. Controles vitales y obstétricos.
7. Hospitalización en ARO.

Firma y sello

Médico Asistente Gineco-Obstetra de turno

2:00 am. Se traslada paciente a sala de hospitalización de ARO.

d. Ingreso a unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO)

FECHA: 09-agosto-2017

HORA: 02:10 AM

Obstetrix de guardia admite paciente en ARO, procedente de emergencia con los diagnósticos antes mencionados, vía permeable de Cl. Na 9/oo a 30 gtas x´.

Al examen:

P/A: 110/60 mmHg P: 92 x' T°: 36.8°C FR: 18x'

AU: 23 cm CU: Muy esporádica LCF: 130-135 lt x'

T.V: diferido, no se evidencia perdida de líquido amniótico.

*Evolución y manejo en ARO:*

09-agosto-2017

04:10 am

P/A: 100/60 mmHg P: 108x' T°: 37°C axilar FR: 19x'

LCF: 136-142 lt x' CU: Esporádica

06:30 AM

P/A: 110/70 mmHg P: 100x' T°: 37.1°C FR: 18x'

LCF: 140-154 lt x' CU: Esporádica

G. Externos: No pérdida de líquido amniótico, ni sangre.

07:00 am

Se administra Nifedipino 10 mg, VO.

Reporte de obstetricia. Hora: 07:30 AM

Queda paciente en reposo absoluto con Cl Na 9°/oo +- 400 cc a 30 gotas x'.

P/A: 110/60 mmHg P: 108x' T°: 37.2°C FR: 20x'

LCF: 126-132 lt x' CU: Esporádica

Se evidencia salida de líquido claro en poca cantidad.

08: 00 am Tomó desayuno

09:30 am Visita médica, Gineco-Obstetra deja Rp.

10:00 am

P/A: 90/70 mmHg      P: 100x'      T°: 37.3°C      FR: 18x'

LCF: 148-155 lt x'      CU: Esporádica

12:00 M

P/A: 100/70 mmHg      P: 108x'      T°: 37.5°C      FR: 19x'

LCF: 148-154 lt x'      CU: Esporádica

Se coloca I frasco NaCl 9°/oo 1000 cc a 30 gotas x' y se administra Dexametasona 6 mg, vía intramuscular (2da dosis).

13:00 hrs Almuerzo tolera bien.

14:00

P/A: 90/50 mmHg      P: 100x'      T°: 37.2 °C      FR: 21x'

LCF: 136-152 lt x'      CU: Esporádica

Se administra una tableta de Nifedipino 10 mg, VO

16:00

P/A: 90/70 mmHg      P: 96 x'      T°: 37 °C      FR: 18x'

LCF: 138-146 lt x'      CU: Esporádica

18:00 hrs

P/A: 90/70 mmHg      P: 88x'      T°: 36.6°C      FR: 19x'

LCF: 136-140 lt x'      CU: Esporádica

19:00 hrs

Se entregó receta a familiares a la hora de visita para la compra de medicamentos que no hay por SIS, los mismos que no traen antibióticos solicitados.

Se realiza higiene vulvo perineal y se evidencia secreción amarillo verdosa en pañal, se comunica a equipo de guardia.

19:30 hrs Cambio de turno (Reporte de Obstetricia)

Paciente en reposo, comunica dolor lumbar de regular intensidad.

20:00

P/A: 110/70 mmHg      P: 100x'      T°: 37.1 °C      FR: 19x'

LCF: 152-156 lt x'      CU: Esporádica

Se observa pañal con secreción verdosa, en poca cantidad.

Recibió una tableta de Nifedipino 10 mg, VO.

22:00

Gestante comunica que presenta contracciones uterinas y dolor lumbar, se realiza NST.

Controles vitales:

P/A: 100/70 mmHg      P: 98x'      T°: 36.9°C      FR: 18x'

LCF: 150-155 lt x'      CU: 3/10/ 20''/ ++

Tacto Vaginal: D: 2 cm      Borramiento: 90%

A. P: -1      Membranas: Rotas

Se aprecia pérdida de líquido amarillo verdoso, poca cantidad y sin mal olor.

Se comunica vía telefónica a médico de guardia y se solicita evaluación médica, el cual se encontraba realizando una cesárea, telefónicamente indican evolución espontánea de trabajo de parto y solicitar exámenes de control: Hemograma, PCR e interconsulta al servicio de Neonatología. (Se efectivizan indicaciones)

23:10 hrs

Neonatólogo de guardia responde interconsulta: Refiere que no hay cupo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), no cuentan con Ventilador mecánico ni incubadora disponible, sugiere trasladar a paciente a otro establecimiento.

23:20 hrs

CENARUE no cuenta con personal y se coordina referencia con médico Jefe de Guardia.

23:30 hrs

Gineco-Obstetra informa a familiares el estado de la paciente y que UCIN no cuenta con ventilador mecánico ni incubadora para la atención del recién nacido, ante la situación familiares comunican que por intermedio de un familiar el Hospital S.B. acepta referencia de la paciente, al comunicarse el Jefe de Guardia con el Hospital S.B, niega referencia, por falta de incubadoras. Por otro lado se coordina con Maternidad de Lima, Loayza, San Bartolomé reportando que tampoco tienen cupo en UCIN.

10-08-17 Hora: 12 am

P/A: 90/50 mmHg P: 88x' T°: 36.9°C FR: 19x'

LCF: 155-160 lt x' CU: 3/10 / 20''/++

Conviviente realizó coordinaciones para trasladar a paciente a un centro privado.

Resultados de exámenes de laboratorio 10-08-17

- Hemograma: Leucocitos: 19,610 /mm<sup>3</sup>, abastionados 3%, Hb: 9.8 gr/dl, recuento de plaquetas: 418,000 mm<sup>3</sup>, PCR: 9.98 mg/dl.

01:10 am

P/A: 90/50 mmHg      P: 98x'      FR: 19x'      T°: 37.2°C

LCF: 120-124 lt x'      CU: 3/10 / 20''/++

TV: D: 5 cm    B: 100%      AP: 0      M: Rotas

Se pasa gestante a sala de partos.

e. Centro obstétrico (CO)

10-agosto-2017      1:15 am

P/A: 90/50 mmHg      P: 98x'      T°: 37.2 °C      FR: 20x'

LCF: 128 lt x'      CU: 3/10 /20''/++

Llega con dilatación completa.

Diagnóstico de ingreso a CO:

- Expulsivo
- Ruptura prematura de membranas prolongadas
- Pielonefritis Aguda

Plan: Atención de parto, se comunica a neonatología.

01:20 am

Parto distócico inmaduro      RN: vivo      Sexo: Masculino

Apgar: 8 al min      Peso: 760 gr.      Talla: 31 cm

Alumbramiento dirigido, se coloca 1 amp. Oxitocina 10 UI IM.

Recién nacido es atendido por médico Neonatólogo de guardia.

01:25 am

Alumbramiento: Tipo Schultze

Placenta: completa      Membranas: aparentemente completas

Peso: 280 gr      Medida: 10 x 12      Tamaño de Cordón: 55 cm

Pérdida sanguínea: 200 cc aprox.

Se envió placenta al servicio de patología para estudio.

Se coloca II frasco de NaCl 9°/oo 1000 cc + 30 UI de Oxitocina a 30 gotas x´.

Control: P/A: 90/60 mmHg P: 92x´ T°: 37.1°C FR: 19x´

Globo de seguridad de pinard: Contraído 2 cm bajo cicatriz umbilical.

Loquios: hemáticos en poca cantidad.

Paciente en espera de Legrado Uterino Puerperal (LUP).

Periodos del parto:

I PERIODO : 03 horas 20 min.

II PERIODO : 10 min

III PERIODO : 05 min

Duración del trabajo de parto: 03 horas 35 min.

Tiempo RPM: > 48 horas.

Paciente en espera de legrado puerperal (médicos en el servicio de emergencia)

Obstetriz realiza Certificado de Nacido Vivo.

Personal que atendió el parto: Obstetriz de Guardia.

02:00 am

Se coloca Ceftriaxona 2 gr vía EV.

03:00 am

P/A: 90/70 mmHg P: 92x´ T°: 37.1°C FR: 20x´

Globo de seguridad de pinard: Contraído a 2 cm bajo cicatriz umbilical.

Loquios: Hemáticos en poca cantidad.

Continúa esperando legrado puerperal.

04:00 am

P/A: 90/60 mmHg                      P: 88x´    T°: 37.2 °C              FR: 20x´

Globo de seguridad de pinard: Contraído 2 cm bajo cicatriz umbilical.

Loquios: Hemáticos en poca cantidad.

Espera de LUP.

6:30 am

P/A: 100/60 mmHg                      P: 88x´                      T°: 36.9°C              FR: 18x´

Se prepara paciente para legrado puerperal por indicación médica

Se administra: Una ampolla de Ketoprofeno 100 mg diluido en 90 cc de cloruro de sodio 9°/oo en volutrol, en 20 minutos, luego se administra 01 ampolla de Diazepan 10mg y 01 amp. Atropina 0.5 mg vía endovenosa lento diluido.

07:00 am

Inicia LUP Médico Residente III año.

Se obtiene restos endouterinos en poca cantidad.

7:10 am Se termina LUP

P/A: 100/60 mmHg                      P: 88 x´

Globo de seguridad de pinard: Contraído.

Loquios: Secreción hemática en escasa cantidad.

Continúa con NaCl 9°/oo 1000 cc + 30 UI de Oxitocina a 30 gotas por min.

Médico Residente de turno deja Rp:

- NPO por 2 horas
- Cloruro de sodio 9°/oo 1000 cc + 30 UI de Oxitocina a 30 gtas x´.

- 1 tableta de Dicloxacilina 100 mg, VO. C/ 12 hrs
- 1 tableta de Ibuprofeno 400 mg VO. C/ 8 hrs
- Control de signos vitales
- Control sangrado vaginal
- Reevaluación en 2 horas.
- Examen: Hemograma después del legrado uterino puerperal.

9:10 am

Mujer Post Legrado Uterino por parto distócico, de 2 horas de evolución.

Sin refiere molestias, tranquila y con ventilación espontánea.

P/A: 110/60 mmHg      P: 78 x'      T°: 36.9 °C      FR: 19x'

Piel: leve palidez.

Mamas: Blandas, sin secreción de calostro, no dolorosas a la palpación.

Abdomen: Blando con leve dolor a la palpación profunda.

Globo de seguridad de pinard: contraído a 1 cm bajo cicatriz umbilical

Genitales externos: Secreción hemática en poca cantidad.

Evolución: Favorable, con adecuada involución uterina, afebril.

Se brinda consejería en planificación familiar, solicita ampolla trimestral.

Resultados:

Hcto: 30 %

Hb: 9.8 gr/dl.

Rp:

- DC + líquidos a voluntad.
- Vía salinizada.
- 1 ampolla de Cefazolina, 1gr endovenoso, C/ 8 horas.

- 1 tableta de Ibuprofeno 400 mg, vía oral, C/ 8 horas.
- Controles vitales.
- Control de sangrado vaginal.
- Pasar a Sala de puerperio.

f. Ingreso a puerperio

10-agosto-2017                      13:00

Controles de enfermera:

Paciente lúcida, orientada, buena comunicación, locuaz.

P/A: 110/70 mmHg    P: 80x´    Tº: 36.7°C    FR: 19

Mamas: poco turgentes con presencia de calostro.

Involución uterina: 2 cm bajo cicatriz umbilical

Micción: normal            Eliminación intestinal: normal

Tolerancia al estrés, tolera dolor y se encuentra preocupada por su bebe.

Intervenciones de enfermería: Control y manejo del dolor, cuidados puerperales, administración del tratamiento:

2:00 pm Cefazolina 1gr. EV + Ibuprofeno 400 gr VO

22:00 Cefazolina 1gr EV

6:00 Cefazolina 1 gr EV.

11-agosto-2017                      7:00 am

Puerperio día 1.            Evolución médica:

Paciente de 28 años con los diagnósticos:

- Puérpera múltipara post parto distócico por prematuridad
- Post LUP
- Descarte de ITU

Regular estado general, sin molestias.

P/A: 90/60 mmHg                      P: 80x´                      T°: 36.6°C                      FR: 19x´

Piel: leve palidez.

Mamas: blandas, con escasa presencia de calostro.

Abdomen: flácido, no doloroso a la palpación profunda

Globo de seguridad de pinard: Contraído a 2 cm bajo cicatriz umbilical.

G. Ext.: Presencia de secreción hemática en poca cantidad, sin mal olor.

Paciente con evolución favorable, controles vitales estables, adecuada involución uterina.

13: 30 hrs. Se coloca método anticonceptivo inyectable trimestral:

Medroxiprogesterona, vía IM.

Exámenes de control:

Hematocrito: 32 %

Plan: Antibióticoterapia + analgésicos

Ordenes médicas:

- Dieta completa.
- Suspender vía.
- Cefuroxima 500 mg Vía oral C/ 8 hrs.
- Ibuprofeno 400 mg vía oral C/ 8 hrs.
- Sulfato ferroso 300 mg Vía oral C/ 24 hrs
- Controles vitales y control de sangrado vaginal.

Puerperio 2do día:

12-agosto-2017

07:00 am

Paciente tranquila, sin molestias, refiere mamas duras, personal de enfermería no reporta ocurrencias.

Estado general regular, regular estado de nutrición e hidratación.

FV: P/A: 110/70 mm.Hg                      P: 88x´T°: 36.7°C      FR: 19x´

Piel: leve palidez.

Mamas: poco turgentes, secretan calostro.

Abdomen: Blando, no doloroso.

Globo de seguridad de pinard: Contraído a 4cm sobre sínfisis púbica.

Genitales externos: Loquios hemáticos escasos y sin mal olor.

Paciente en condiciones de alta.

Se plantea alta médica, continuar con antibiótico terapia y analgésicos.

Rp:

- DC y líquidos a voluntad.
- 1 tableta de Cefuroxima 500 mg, vía oral, C/ 8 hrs.
- 1 tableta de Ibuprofeno 400 mg VO, C/ 8 hrs.
- 1 tableta de Sulfato ferroso 300 mg VO C/24 hrs
- Alta médica y control por consultorio externo de obstetricia.

g. Alta:

Tabla N°13: Informe de alta

<b>PACIENTE</b>	<b>NN</b>		
<b>Historia Clínica:</b>	<b>Fecha ingreso</b> 08-08-17	<b>Fecha de egreso:</b> 13-08-17	<b>N° días hospitalización: 5</b>
<b>Ingreso por:</b>	Emergencia		
Durante la estancia hospitalarias se han practicado exámenes complementarios y procedimientos que se encuentran detallados en la historia clínica, así como el tratamiento médico de acuerdo al diagnóstico presentado, el cual se cumplió parcialmente como consta en la HC (El paciente puede solicitar copia de Epicrisis en mesa de partes siguiendo el			

trámite correspondiente)			
Egreso hospitalario mediante: Alta Médica. Diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puérpera múltipara post parto distócico pretérmino</li> <li>- Post Legrado Uterino Puerperal</li> <li>- Descarte de Infección del Tracto Urinario</li> </ul>			
<b>Cirugías</b>	No	<b>Condición de alta:</b>	Mejorado
<b>Tratamiento a seguir</b>			
<b>Dieta</b>	Completa	Líquidos	
<b>Medicamentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 tableta de Sulfato ferroso 300 mg VO C/ 24 hrs</li> <li>- 1 tableta de Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 2 días</li> <li>- 1 tableta de Cefuroxima 500 mg, VO cada 12 horas por 6 días</li> </ul>			
<b>Otras indicaciones:</b> Se explica signos de alarma a paciente, acudir a emergencia de gineco-obstetricia en caso de presentar: dolor abdominal, fiebre y/o sangrado con mal olor.			
<b>Próxima cita en consultorio externo :</b> Obstetricia el 18-08-17			
<b>SELLO - FIRMA GINECO OBSTETRA:</b>			

Fuente: Historia clínica

### 2.3 Discusión

De la paciente en estudio se observaron múltiples factores de riesgo para parto pretérmino como es ruptura prematura de membranas, pielonefritis y abortos recurrentes, hechos que se corroboran por Guadalupe H, en su estudio concluyó que existen factores de riesgo para parto pretérmino como: La edad, el estado civil, la infección del tracto urinario y la ruptura prematura de membranas. Con un valor estadísticamente significativo ( $p < 0.5$ ) además de ser factores para parto pretérmino (OR: 2.579). (4)

En el estudio de Ovalle A. Concluyó que la infección bacteriana ascendente es el factor más frecuente asociado a partos prematuros espontáneos entre las 22 a 34 semanas, similar situación presentada en el caso clínico ya que la paciente cursó con una infección bacteriana ascendente como la pielonefrítis y ruptura prematura de membranas (9).

Según Rodríguez DR, estableció que son factores de riesgos asociados a parto pretérmino: El parto pretérmino previo a la gestación actual, el deficiente control del embarazo, la infección de vías urinarias, los mismos que se observaron en la revisión del caso clínico (14).

La paciente en estudio cursó con ruptura prematura de membranas y pielonefrítis, el mismo que se determina que es un factor de riesgo significativo, que guarda relación con el estudio observacional, retrospectivo, analítico sobre los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, el cual mostró que la ITU estuvo presente en 33,1% de gestantes pre término con RPM (12).

En el caso en mención paciente tuvo antecedente de tres abortos espontáneos, el mismo que podríamos

considerarlo como factor de riesgo de parto pretérmino tal cual lo describió Zaga. P. en su estudio realizado en el Hospital III Es Salud Puno, en el cual determinó que el 61% tuvieron antecedente de aborto, el 16% tuvo antecedente de parto pretérmino. El 84.0% de gestantes tuvieron como antecedente 1 aborto, el 8.0% 2 abortos quienes tuvieron parto prematuro en

la categoría leve, mientras el 8.0% terminó en parto prematuro muy extremo teniendo como antecedente 3 abortos (11).

En relación al caso clínico antes mencionado se corrobora que el manejo y tratamiento de la pielonefritis y RPM se llevó a cabo de acuerdo a lo descrito en el marco teórico, sin embargo se obvió la Neuroprotección Fetal con Sulfato de Magnesio antenatal. Diversos estudios concluyen que la administración de sulfato de magnesio en gestantes menores de 32 semanas con riesgo latente de parto pretérmino, disminuye el riesgo de parálisis cerebral y disminución de la función motora (21, 22).

#### **2.4 Conclusiones**

- En los antecedentes presentados se identifican tres factores de riesgo de parto pretérmino que coinciden con la literatura, como son, la RPM, abortos y la Pielonefritis.
- La pielonefritis es un factor de riesgo significativo para parto pretérmino.
- La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto pretérmino.
- Se puede concluir que la prevención es un eje primordial para evitar el parto pretérmino y por ende disminuir las tasas de morbilidad perinatal.

#### **2.5 Recomendaciones**

- Garantizar una adecuada y oportuna atención en los diversos centros de atención, detectando los factores de riesgo en las mujeres que se controlan a fin de prevenir y evitar un parto pretérmino.

- Se sugiere la implementación de un consultorio de Consejería Preconcepcional, para gestantes de Alto Riesgo Obstétrico, el mismo que complementaría la atención de pacientes del consultorio de infertilidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Siendo el parto pretérmino una patología muy frecuente se sugiere la realización de estudios que nos permitan analizar la casuística del parto pretérmino en la Región Callao.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Nacimientos Prematuros. Consultado en [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/)
2. UNICEF. Reporte anual sección Venezuela Día Mundial del Nacimiento Prematuro. Consultado en [www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia\\_mundial\\_del\\_nacimiento\\_prematuro\\_CdP\\_conjunto](http://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_mundial_del_nacimiento_prematuro_CdP_conjunto).
3. Saraguro M. MC. Infección de vías urinarias como causa de amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl del Cantón Pasaje. [Tesis de grado]. Ecuador, Universidad Nacional de Loja; 2017.
4. Guadalupe H, SM. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora. [Tesis de grado]. Perú, Universidad Ricardo Palma; 2017.
5. Venegas L. SA. Pielonefritis aguda durante la gestación como factor de riesgo asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Belén de Trujillo. [Tesis de grado]. Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
6. Alfaro V. KJ. Factores asociados a ruptura prematura de membranas de pretérmino. [Tesis de grado]. Trujillo – Perú, Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
7. Zevallos Susana, Villar Sonia, Ramos Cristina, Zevallos Gonzalo, Sánchez Manuel. Risks factors associated with intra-partum fetal mortality in pre-term infants. Anales de Pediatría (Internet). 2016 (citado 2018 Mayo 09);

Volumen 86, Issue 3. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.04.018>

8. Ugalde-Valencia Diana, Hernández-Juárez María Guadalupe, Ruiz-Rodríguez Martha Adriana, Villarreal-Ríos Enrique. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2018 Mayo 09]; 77(5): 338-341. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000500003&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500003>.
9. Acosta-Terriquez JE, Ramos-Martínez MA, Zamora Aguilar LM, Murillo-Llanes J. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:737-743.
10. Wong, L. F.; Porter, T. F.; Scott, J. R. Immunotherapy for recurrent miscarriage. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2014, Número 10. Art. nº: CD000112. DOI: 10.1002/14651858.CD000112.pub3.
11. Zaga C. PA. Correlación entre antecedentes de aborto y parto pretérmino Hospital III Es Salud. [Tesis de grado]. Puno, Universidad Nacional Altiplano; 2018.
12. Chira JL, Sosa JL. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369 /2015. Consultado en <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/viewFile/201/222>

13. Villamonte, W., Lam, N., & Ojeda, E. (2015). Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia, 47(2), 112-116. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/484/451>
14. Rodríguez D. DR, et al. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo. UCV. 2014. Scientia. 6 (2): 143-147. Consultado en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6181446.pdf>.
15. Arenas JM. Fundamentos de Obstetricia. Madrid. Gráficas marte S.L; 2007.
16. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw, Cunningham F. Williams Ginecología. Segunda edición. Dallas-Texas: Mc Graw-Hill Interamericana editores S.A; 2014.
17. Mascaró S. PA, Alvarado Ñ CJ, Hinojosa P JR, Ayala P FD, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Materno Perinatal. Lima-Perú; 2010.
18. Voto L, Valenti E, Asprea I, Voto G, Votta R. Parto Pretérmino. FASGO. 2014; 13 (1): 5-10.
19. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Guía de Práctica Clínica de Parto Prematuro. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao; 2018.
20. Llaca V, Fernández J. Obstetricia Clínica. Segunda edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana editores S.A; 2013.
21. Gonzáles A. F. Manejo de Parto Pretérmino. Sociedad Obstetricia y Ginecología. Revisión 2012. 1-43.

22. Muñoz C. S, Parra MO. Sulfato de Magnesio para la Neuroprotección Fetal. *RC O y G*. 2014; 65 (3): 215-227.
23. Palencia A. Parto Prematuro. *CCAP*. 2016; 9 (4): 10-19
24. Donoso B, Oyarzún E. Parto Prematuro. *MD*. 2012; 12 (8): 1-8.
25. Schwarcz S. D. Et al. *Obstetricia*. Sexta Edición. Argentina. El ateneo; 2014.
26. Rojas G. TL. Pielonefritis gestacional, preeclampsia y ruptura prematura de membranas como factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de grado]. Trujillo – Perú, Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
27. López M, Cobo T, Palacio M, Goncé A. Protocolo Infección Vías Urinarias. Hospital Universitario de Barcelona. España. Marzo 2017.
28. Vallejos S. C, Fernández E. D, Chiotti K. EM, et al. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de Salud. Perú; 2007.
29. Vallejo B. J. Ginecología y Obstetricia. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. *R M CR y C*. 2013; 70 (607): 543-549.
30. Zapata H. A. Guía de Práctica Clínica “Ruptura Prematura de Membranas”. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao; 2010.
31. Liddell H.S. et al., *Aust. NZ Ostet. Gynaecol*, Pérdida del embarazo esporádica y recurrente. *Médica Panamericana*. 1991; 143-160.
32. Manzur Y. A, Aborto recurrente. *Rev. Med. Clin. C* [internet] 2010, 21 (3) 416-423. Consultado en

[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70553-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70553-8)

33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Aborto espontáneo. Protocolos de la Habana, Madrid; 2010. Consultado en <https://doi.org/10.1016/j.pog.2010.10.008>
34. Huaroto-Palomino K, Paucá-Huamancha MA, Polo-Álvarez M, Meza-León JN. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev. méd panacea. 2013; 3(2): 27-31. Recuperado de <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>