



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO Y CONSECUENCIAS DEL MANEJO EN UNA
PRIMIGESTA ATENDIDA EN UN HOSPITAL DE III NIVEL,
LIMA – 2016**

PRESENTADO POR

IRENE IDA SAAVEDRA QUISPE

ASESORA

Mg. OLINDA ALICIA NAVARRO SOTO

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

MOQUEGUA-PERÚ

2022

ÍNDICE DEL CONTENIDO

PAGINA DE JURADO	i
ÍNDICE DE CONTENIDO	II
RESUMEN	III

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema	1
1.2 Justificación	3
1.3 Marco teórico	3
1.3.1 Antecedentes	3
1.3.2 Bases teóricas	6

CAPÍTULO II:

CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos	17
2.2 Sucesos relevantes del caso clínico	17
2.3 Discusión	49
2.4 Conclusiones	52
2.5 Recomendaciones	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	59

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino (APP) representa un padecimiento multifactorial que se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas frecuentes en una paciente con 37 semanas o menos, lo que puede repercutir a nivel materno-perinatal¹.

La prematuridad se desencadena como un inconveniente actual y progresivo de salud pública. A pesar que la mayor parte de los partos prematuros se dan espontáneamente, hay algunos elementos epidemiológicos, clínicos y ambientales vinculados con su aparición. Simboliza la primera causa de mortalidad neonatal y de los menores de cinco años, siendo la causante de 1.1 millón de defunciones al año².

Este caso clínico se basa en una mujer de 24 años, primigesta de 33 semanas, feto en podálico, no trabajo de parto, Oligohidramnios, que entra por emergencia al Hospital de Nivel III con una hoja de referencia de un centro de salud de primer nivel, observándose un hallazgo de oligohidramnios. Posteriormente empezó a presentar contracciones uterinas, por lo que se procede a realizar maduración pulmonar y manejo tocolítico con isoxuprine, que no tuvo un resultado favorable, por lo que culmina en parto vaginal, donde se produjo anemia leve en la madre, Apgar bajo en el neonato y luego de tres meses la muerte del neonato. Este trabajo intenta favorecer la prevención, el diagnóstico oportuno y el manejo de los eventos obstétricos como la amenaza de parto pretérmino, sabiendo que una identificación de los elementos de riesgo y un tratamiento idóneo son fundamentales para lograr un diagnóstico y mitigar las consecuencias en la madre y en el neonato. Concluye

que un manejo inadecuado puede implicar secuelas en la salud materna y del recién nacido.

Palabras clave: Factores asociados, amenaza de parto pretérmino, consecuencias, manejo, primigesta.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La prematuridad es una de las secuelas determinantes de la salud, que se comporta como un indicador de mortandad neonatal, que puede continuar a futuro. Los niños que nacen con dicha condición no sólo poseen repercusiones a nivel neonatal, sino en el transcurso de la vida, generando elevados costos, por ello se sitúa como de alta preponderancia para la salud pública en ciertas naciones³.

A nivel mundial, según estadísticas, se señala que aproximadamente 15 millones de nacimientos prematuros se dan anualmente y 1,1 millones de ellos fallecen por dificultades en el parto. El porcentaje de prematuridad en 184 países es de 5-18% y más del 80% suceden entre las 32 a 37 semanas. Asimismo, cerca del 9,6% de la muerte perinatal en el mundo corresponde a la prematuridad; en países desarrollados, es de aproximadamente el 70%; en América Latina y el Caribe, 8,1%; en Europa, 6,2%; en Norteamérica, 10,6%; y en Colombia, 10% - 12%⁴.

En el Perú, del total de nacidos vivos el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y la mayoría de neonatos pretérmino pertenece al grupo de moderado a tardío (86,8%), es decir entre las 32 a 36 semanas. Evaluando según regiones, Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan las más altas frecuencias de nacidos muy prematuros, en cambio, Amazonas (6%) muestra un gran porcentaje de prematuridad extrema⁵.

Según las estadísticas de un hospital de tercer nivel, en los últimos años, se observaron incidencias del 8.3% en parto prematuro, que contribuyeron a la presencia de la mortalidad neonatal hospitalaria, como consecuencia primaria, en base a lo mencionado, es que se hace imprescindible analizar un caso clínico donde se presentó peligro de parto pretérmino en una gestante con 33 semanas de gestación que culminó con un parto pretérmino y al final tuvo una consecuencia letal para el neonato, a través del estudio de este caso se evaluarán el principal elemento causal para que ocurra el parto pretérmino, que puedan estar directamente relacionados a este problema.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Un parto prematuro es una dificultad médica muy significativa en el período neonatal, que trae consigo problemas cuatro veces mayores que la de un niño a término, considerándose, déficit secundario de surfactante, taquipnea transitoria, hipoglicemia, hipertensión pulmonar, inestabilidad térmica, apnea, sepsis, ictericia, incrementando la posibilidad de hospitalizaciones, secuelas del neurodesarrollo, hasta probable muerte del neonato.

Este es el sustento por el cual se hace valioso analizar un caso clínico donde se valore aquellos aspectos que van a conllevar a un embarazo pretérmino, con el objeto de prevenir a futuros casos que puedan agravarse y analizar el manejo más óptimo ante la presencia de una situación de neonatos pretérmino; al identificar el posible factor o factores causantes podría servir como precedente para examinar con mayor profundidad riesgos de prematuridad en otras instituciones, pudiendo anticiparse a los posibles hechos a ocurrir, disminuyendo los riesgos y los costos hospitalarios.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Vásquez M (2018) publicó un trabajo sobre el porcentaje de amenaza de parto pretérmino y los elementos relacionados, donde se tomó un método observacional, analítico y transversal, que incluyó a 257 gestantes. En los resultados se halló que la cuantía de amenaza de parto pretérmino es de 21.4%, donde los rasgos más asociados son

la infección urinaria, la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia⁶.

Rosales (2017) desarrolló un estudio acerca de los componentes asociados a la amenaza de parto pretérmino, siendo de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo donde se consideraron 60 casos, demostrando que los elementos de riesgo son la infección del tracto urinario, antecedente de parto prematuro y vaginosis⁷.

Pardo (2017) en Ecuador publicó un trabajo sobre el manejo de parto pretérmino, de acuerdo a fármacos utilizados. Fue una investigación cuantitativa, retrospectiva, descriptiva y de corte transversal, que contó con una muestra 82 pacientes, encontrándose que generalmente las gestantes tenían de 32 a 36.6 semanas (67%), fueron tratadas con nifedipino en un 100%, de las cuales en la mayor parte cedió el cuadro clínico (78%). Acerca del cumplimiento del protocolo, en todos los casos se cumple con la indicación de fármaco y dosis de ataque, en el 98% (n=80) se cumple la indicación de no efectuar más de 2 ciclos, sin embargo, acerca de la dosis de mantenimiento, no se cumple con el reglamento en el 88%⁸.

Quiñonez (2016) en Ecuador desarrollaron un estudio para determinar los elementos asociados al parto prematuro. Fue un trabajo descriptivo, no experimental y retrospectivo, en el que participaron 100 pacientes con peligro de parto pretérmino. Se halló que las pacientes tuvieron complicaciones obstétricas en un 44%

entre las 28 y 32 semanas, teniendo como causa a las infecciones urinarias (37%)⁹.

Antecedentes Nacionales

Tolentino Y, en Perú (2017) realizó un estudio acerca del uso del nifedipino en gestantes con amenaza de parto pretérmino, mediante una metodología descriptiva, transversal y retrospectiva, en 112 gestantes con dicho padecimiento que recibieron tratamiento, encontrando que el 67% respondió al manejo con nifedipino. En más de la mitad, el parto pretérmino se dilató por más de 23 días¹⁰.

Ramírez E, en Perú (2015) desarrolló una investigación para comparar si el tratamiento combinado nifedipino/progesterona es más eficaz que el nifedipino solo para extender la gestación con amenaza de parto pretérmino, mediante un método observacional, comparativo, retrospectivo y transversal, que evaluó a 62 pacientes con amenaza de parto pretérmino. En los resultados las gestantes con administración de nifedipino solo, su tiempo promedio de embarazo se dilató en 6.96 días, comparado con el grupo de gestantes sometidos a la terapia con nifedipino más progesterona, cuya duración extendida fue de 12.16 días, con una diferencia estadística significativa ($p < 0,05$)¹¹.

Hinostroza K, en Perú (2017) ejecutó un trabajo sobre la clínica asociada a la amenaza de parto pretérmino en gestantes, el cual fue retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal, donde se analizaron 100 historias clínicas, hallando que la edad materna, la

hemorragia de la segunda mitad del embarazo y la presencia de infección del tracto urinario se asociaron con dicho estado¹².

1.3.2 Bases Teóricas

1.3.2.1 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

a. Definición:

Es aquel nacimiento de niño nacido vivo entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación¹³, caracterizado por la aparición de contracciones uterinas regulares y variaciones cervicales, independientemente del peso al nacer¹⁴. No obstante, actualmente dicha definición está variando, esto porque se observó que muchos infantes nacidos, luego de las 37 semanas, no muestran aún una maduración completa y muchos nacimientos antes de las 20 semanas se producen por las mismas causas que llevan a parto pretérmino. Si bien se desprende que la edad gestacional se relaciona con madurez fetal, no existe un límite de edad gestacional identificable entre lo que será un neonato maduro y uno prematuro¹⁵.

Así también se conceptualiza como la manifestación de contracciones uterinas perceptibles al tacto, que puede incluir borramiento del cérvix uterino menor a 50% y/o dilatación menor a 2 cm¹⁶.

b. Epidemiología:

Las estimaciones reportadas a nivel mundial hasta 2010 indican que 1.1 millones de neonatos murieron como resultado de las complicaciones que acompañan a la prematurez, ésta es una causa de muerte, la cual ocupa el segundo lugar, en niños menores de 5 años¹⁷.

c. Fisiopatología:

La labor de parto pretérmino se produce por una serie de elementos, y es la última etapa de cambios fetales o maternos, formando así determinados acontecimientos fisiopatológicos que conducen a un incremento de citoquinas proinflamatorias fundamentalmente en el líquido amniótico.

En razón que el sistema endocrino y el sistema inmune se regulan recíprocamente, posiblemente la hormona liberadora de corticotropina (CRH) es la encargada de la liberación de citoquinas y viceversa. Otros autores sostienen la presencia de una vía general habitual que involucra la alteración de la razón de estrógenos: progesterona, que favorece ciertos cambios clave necesarios antes del parto a término y pretérmino, aunque están poco fundamentados en seres humanos, ya que el proceso no se puede indagar directamente. Los cambios contienen la preparación del miometrio para la contractilidad regulada de la labor de parto y maduración cervicouterina por el proceso de cambio de la sustancia fundamental y colagenólisis. En el miometrio,

el gen de la conexina 43 y otros productos genéticos se activan para promover la formación de enlaces de compuerta entre las membranas celulares de miles de millones de células musculares lisas en el miometrio, las cuales son importantes para lograr la contractilidad coordinada del trabajo de parto.

Los mecanismos patógenos que sustentan este evento son: el estrés fetal y materno, las infecciones vaginales y la hemorragia decidual¹⁸.

d. Factores de riesgo:

Es importante considerar que el factor de riesgo principal para anunciar un parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino, el cual representa un 15% después de un precedente y 30% si fueron dos partos pretérminos. Este indicador incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo¹⁴.

Asimismo, existen causas que pueden generar prematuridad como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc¹⁹.

Otro elemento de peligro es la longitud cervical corta medida por ultrasonido transvaginal, es decir una longitud menor a 25 mm antes de las 24-28 semanas de gestación. Esta asociación es ajustada a la longitud cervical, por lo que mientras más corto sea el cérvix, mayor será el riesgo de parto pretérmino¹⁵.

Así también, se reconocen otros rasgos que conllevan a una amenaza de parto pretérmino como el bajo nivel económico, edades extremas (menor a 15 años o mayor de 40 años), tabaquismo, atenciones prenatales insuficientes (menor a 4), baja ganancia de peso en el embarazo, infecciones, anomalías uterocervicales, etc¹⁶.

e. Clasificación:

En relación a la edad gestacional de nacimiento, se clasifica en:

- Parto pretérmino muy temprano: Nacimiento entre las 20 semanas y 0 días hasta las 23 semanas y 6 días.
- Parto pretérmino temprano: Nacimiento entre las 24 semanas con 0 días hasta las 33 semanas con 6 días.
- Parto pretérmino tardío: Nacimiento entre las 34 semanas con 0 días hasta las 36 semanas con 6 días.

De acuerdo a su causa se clasifica en:

- Parto pretérmino espontáneo
- Parto pretérmino iatrogénico¹⁷

f. Diagnóstico

De manera tradicional la calificación de la APP se fundamenta en la aparición de contracciones uterinas constantes (al menos 4 en 20-30 minutos u 8 en una hora) y alteraciones cervicales (incorporación $\geq 80\%$ o una dilatación cervical ≥ 2 cm). El tacto vaginal posee una gran variabilidad interobservador y un bajo poder predictivo, lo que

puede llevar a un sobrediagnóstico de las APP y la indicación de terapias en gestantes que no ameritan²⁰.

– Valoración de la dinámica uterina a través de la cardiotocografía externa o por palpación del abdomen. Es inexistente el consenso sobre la cantidad de contracciones requeridas para definir una APP pero ordinariamente se toman en cuenta:

- 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- Más de 30 segundos de duración de cada contracción.
- Tangibles y dolorosas.

Mediante el monitoreo fetal se evalúa el bienestar fetal.

– Cambios cervicales comprobados a través de diferentes parámetros¹⁹.

g. Tratamiento:

- Hidratación: La hidratación intravenosa u oral no baja la frecuencia de parto pretérmino y no se sugiere su uso habitual.

- Tocólisis: Se vincula con una prórroga del embarazo de hasta 7 días, pero sin efecto en la prematuridad.

- Corticoides: Se relacionan con una disminución de fallecimientos en neonatos, hemorragia intraventricular y síndrome de distrés respiratorio. En pacientes con peligro de parto pretérmino, se deben suministrar corticoides a 24+0 y 34+6 semanas²⁰.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (2018) en su Guía señala como manejo:

Medidas Generales:

- Internamiento.
- Descanso en posición decúbito lateral izquierdo.
- Instalar vía segura con Cloruro de Sodio al 9 ‰, 1000 cc, pasar 500 cc en una hora y luego pasar a 60 gotas por minuto.
- Historia clínica completa con enfoque de riesgo de parto pretérmino.
- Examen clínico en busca de la posible causa.
- Vigilancia de funciones vitales maternas.
- Control de vitalidad fetal (Pinard, Doppler, Ecografía, NST)
- Corroborar la edad gestacional.
- Observar la dinámica uterina: por palpación abdominal o por tocografía externa.
- Realizar maniobras de Leopold, para establecer la presentación.
- Examinar vagina y periné, para evidenciar la presencia de sangrado o salida de líquido.
- Realizar tacto vaginal, para evaluar dilatación e incorporación cervical.
- Estimar peso fetal, mediante la medición de la altura uterina y/o ecografía obstétrica y verificar si corresponde con la edad gestacional.

- Tener en cuenta la posibilidad de amniocentesis.
- Control cardiológico.

Medidas Específicas:

- Identificación y corrección del factor causal.
- Tratamiento farmacológico:

Uteroinhibidores:

- Bloqueadores de los canales del calcio como el nifedipino: Administración de inicio: 10-20 mg. vía oral, cada 20 minutos hasta en 3 ocasiones.
- Betamiméticos: Isoxuprine: 10 ampollas de 10 mg. en 500 cc. de Dextrosa al 5% en AD.
- Inhibidores de las prostaglandinas: Indometacina: 100 mg. en supositorio solo hasta las 32 semanas de gestación. Ácido acetyl salicílico: 4 gr. por vía oral.
- Sulfato de magnesio: 4-6 gr. en dosis de ataque y 1 gr. por hora, en disolución.

Inductores de la madurez pulmonar fetal:

- Entre las 26 – 34 semanas: Betametasona: 12 mg. intramuscular cada 24 horas por dos dosis.
Dexametasona: 6 mg. intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.
- Atención del parto (en caso fracase la tocólisis):
 - En presentación de vértice: Parto vaginal.

- En presentación podálica: Cesárea¹⁶.

h. Complicaciones:

Resaltan las siguientes: depresión al nacer, hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), retinopatía del prematuro (ROP), sepsis, ictericia, trastornos metabólicos, trastornos de la alimentación, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizante (ECN), apneas.

A largo plazo, es causante de complicaciones graves como retraso mental y madurativo, parálisis cerebral, déficit del neurodesarrollo, displasia broncopulmonar, menor rendimiento escolar, compromiso de la audición y de la visión. Estos riesgos incrementan de manera inversamente proporcional a la edad de gestación en la que se desencadena el nacimiento¹³.

1.3.2.2 OLIGOHIDRAMNIOS

a. Definición:

Se refiere a la disminución de líquido amniótico (LA), según la edad gestacional, por debajo de la normalidad.

Uno de los métodos más utilizados es la ecografía y se fundamenta en el cálculo del Índice de líquido amniótico o ILA por debajo de 500 ml para un embarazo de 36-42 semanas tomados en tres momentos, para luego formular el promedio¹⁶.

b. Incidencia:

Se reportó de 0.5 a 5 % o 1/750¹⁶.

c. Etiología:

Se produce por:

- Insuficiencia útero-placentaria.
- Medicamentos.
- Embarazo postérmino.
- Muerte fetal.
- Malformaciones fetales.
- Alteraciones cromosómicas fetales.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Rotura prematura de membranas.
- Idiopática²¹.

d. Diagnóstico:

Para saber la cuantía de líquido amniótico que hay en el útero se efectúa una ecografía. Se considera que una persona tiene oligohidramnios si el índice de líquido amniótico es menor a 5 centímetros²².

e. Complicaciones:

Los efectos del oligoamnios son: hipoplasia pulmonar que ocurre cuando el oligoamnios se da precozmente y existe presión torácica con

pérdida en exceso de líquido pulmonar, debido al aumento del gradiente de presión alvéolo-amniótico; las deformidades por presión, la artrogriposis y el síndrome de banda amniótica²³.

También se ha situado como dificultades: muerte fetal, restricción del crecimiento fetal, contracturas de las extremidades (si el oligohidramnios comienza temprano en el embarazo), incapacidad del feto para tolerar el trabajo de parto, maduración pulmonar tardía (si el oligohidramnios empieza temprano en el embarazo), lo que lleva a la necesidad de cesárea²¹.

1.3.2.3 MUERTE INFANTIL

a. Definición

Es una peculiaridad demográfica que muestra la cantidad de fallecidos en un tiempo determinado.

Generalmente, la mortandad infantil se expresa como índice o tasa, y se da en la proporción existente entre el número de niños menores a un año fallecidos en el curso de un año y el número de nacimientos vivos en el mismo año. Se manifiesta en tanto por ciento o tanto por mil, y se agrupa por edad o meses de nacimiento, sexo, lugar o país, o colectividad social²⁴.

b. Clasificación

Hay dos grandes componentes:

- Mortalidad Neonatal (MN): es producida a partir del nacimiento hasta los 27 días de vida. Se subdivide, así mismo, en dos:
 - Mortalidad Neonatal Precoz: del nacimiento hasta los 6 días.
 - Mortalidad Neonatal Tardía: de los 7 a los 27 días.
- Mortalidad Postneonatal: expresa la muerte de los niños desde los 28 a los 364 días²⁵.

c. Causas

Existen diversas causas de mortalidad infantil, desde infecciones hasta defectos de nacimiento o accidentes. Entre las más destacadas están los defectos de nacimiento, parto prematuro, encefalopatía neonatal y peso bajo al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones, dificultades en el embarazo, accidentes, enfermedades diarreicas, etcétera²⁶.

CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO

2.1 Objetivo

General:

Determinar los factores asociados y las consecuencias del manejo frente a la amenaza de parto pretérmino en una primigesta.

Específicos

- ✓ Establecer los factores asociados la amenaza de parto pretérmino en una primigesta.
- ✓ Mencionar el manejo realizado de la amenaza de parto pretérmino en una primigesta.
- ✓ Señalar las consecuencias del manejo de la amenaza de parto pretérmino en una primigesta.

2.2 Sucesos relevantes del caso clínico

2.2.1 Nombre del caso clínico

Factores asociados a la amenaza de parto pretérmino y consecuencias del manejo en una primigesta atendida en un Hospital de III Nivel, Lima – 2016.

2.2.2 Datos de Filiación:

Nombres y apellidos : X

Edad : 24 años
Sexo : Femenino
Fecha de Nacimiento : 06/10/1991
Grado de instrucción : Técnico incompleto
Estado civil : Soltera
Religión : --
Ocupación : Ama de casa
Domicilio : --
Lugar de nacimiento : --
Fecha de Ingreso : 23/08/2015
Hora de Ingreso : 13 horas
Modo de Ingreso : Emergencia

2.2.3 Antecedentes Personales

Antecedentes Personales Generales:

Hábitos nocivos:

Alcohol: Niega Drogas: Niega Café: Esporádico

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Ginecológicos:

Menarquia: 13 años Régimen catamenial: 4/7

Número de parejas sexuales : Una Uso Anticonceptivos: Niega

Obstétricos:

Fórmula obstétrica: G1P0000

Controles prenatales: 8

Antecedentes Personales Patológicos:

TBC: Niega

HTA: Niega

Diabetes mellitus: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

RAM: Niega

Consumo de medicamento: Niega

Transfusiones: Niega

2.2.4 Antecedentes Familiares:

Padre: Ninguna.

Mamá: Ninguna.

2.2.5 Enfermedad actual

INGRESO A EMERGENCIA

Fecha: 23/08/2016

Hora: 13:36 horas

Motivo de ingreso: Pacientes acude a emergencia con hoja de referencia de centro de salud de primer nivel, llega con una ecografía (20/8/2016), en la cual se observa hallazgo de Oligohidramnios. Percibe movimientos fetales, niega escotomas o signos de irritación cortical.

Examen físico:

Funciones Vitales:

PA: 110/60 mmHg T: 36.9°C FC: 89 x min. FR: 20 x min
Peso: 77.100 gr Talla: 155 cm.

Estado general y sensorio: AREG, LOTEPE.

Examen Gineco-Obstétrico:

Abdomen: Grávido, tono conservado

Altura uterina: 31 cm Dinámica uterina: (-)

Feto: LCF: 142 x' Posición: LPI

Tacto vaginal: no sangrado vaginal, ni pérdida de líquido.

Dilatación (0 cm) incorporación (0%) AP (FP)

Membranas (integras). Pelvimetría: Adecuada

Impresión Diagnostica:

- G1 de 33,5 ss por Eco del 1er trimestre.
- No trabajo de parto
- Feto en podálico.
- Oligohidramnios.

Plan de trabajo: Ecografía Doppler

Tratamiento:

- Control de DU + LCF
- Control de funciones vitales
- Revaluación con resultados.

NOTAS DE OBSTETRICIA (Emergencia)

23/08/16

13:36 hr

Paciente es evaluada por médico de guardia: Dr. XX, quien deja indicaciones.

Al examen:

PA = 110/60 mmHg FC = 82 por min LCF = 148 por min

DU = Ausente PLA (-) SU (-) TV: Diferido

13:40hr Pasa a ecografía

14:20hr LCI = 140 por min DU = ausente PLA (-) SV (-)

15:00hr Paciente espera en la sala de ecografía.

15:55hr LCF = 142 por min DU = ausente PLA (-) SV (-)

16:30 h PA = 100/60 mm kg FC = 80 por min LCI = 134 por min

DU = ausente PLA (-) SV (-)

REEVALUACIÓN MÉDICA: Dra. XX indica hospitalización.

16:55hrs Pasa a sala de observaciones para cumplimiento de indicación médica.

REEVALUACIÓN MEDICA DE EMERGENCIA

Fecha: 23/08/2016

Hora: 16:30 horas

Paciente percibe movimientos fetales, **LCF:** 138 x min.

Al Tacto vaginal: No sangrado vaginal, ni perdida de líquido

- Cérvix cerrado, largo, incorporación (0%), AP (-4), membranas (integras).

Resultados de ecografía Doppler: Feto LPI PF: 2460 gr.

Placenta: Anterior izquierda EG: 34 ss por BF

Doppler: Normal Líquido: Oligohidramnios

Impresión Diagnostica:

- G1 de 33,4 ss por UR y Eco del 2do trimestre.
- No trabajo de parto
- Oligoamnios leve
- Feto en podálico.

Plan de trabajo:

- Hemoglobina + perfil de coagulación.
- Prueba de VIH, RPR
- Se hospitaliza para maduración pulmonar

Tratamiento

- NaCl 9% x 1000cc 30 gotas por min.
- Betametasona 12 mg/IM c/24hrs.
- Control de DU + LCF.
- Control de funciones vitales.
- Se hospitaliza.

NOTAS DE OBSTETRICIA (Hospitalización)

23/08/16

18: 20 hrs.

Paciente gestante ingresa a en silla de ruedas procedente de emergencia, con diagnóstico de G1 de 33 semanas 4 días por ecografía del 2do trimestre, No trabajo de parto, Oligohidramnios leve, feto podálico. Actualmente niega presencia de contracciones uterinas, PLA (-), SV (-), refiere movimientos fetales y niega signos de irritación cortical.

Edad: 24 años	Al examen: LOTE, AREG, AREH, AREN
G1P000	CFV: estables
FUR: ¿?	
EG: 33 sem por eco	
CPN: C.S Primer Nivel	Piel y mucosas: T/H/E
MAC: No	
M: 13 años	Conjuntivas: Leve palidez.
R/C: 3/Irregular	
IRS: 18 años	
PS: 01	Mamas: Blandas y no secretantes.
RAM: niega IQ: niega	
Transfusiones: niega	
Antecedentes Fam: Padre con Diabetes Mellitus.	Abdomen: Compatible con útero grávido.
	AU: 31 cm. Feto único LCF: 140–146 X´
LCI	MF: presentes DU: no se presenta.

G. externos: PLA (-) SV (-)

TV: cérvix centralizándose

OCE/OCI: Cerrado

Miembros Inferiores: Normales

Queda en reposo y control obstétrico.

23:40 hrs. Se perfonea a médico de guardia urgente, para evaluación de la paciente que presenta dinámica uterina.

23:45 hrs. Se vuelve a comunicar a médico de guardia evolución de la paciente por presentación de dinámica uterina. LCF: 140 x min DU: 2/10/20''/++

24/08/16

00:15 hrs.

Medico evalúa a paciente que presenta dinámica uterina e indica 500cc ClNa.

00:15 Se administra Nifedipino de 10mg vía oral.

00:25 Paciente pasa a **sala de parto** con vía permeable para inicio de tocólisis.

HOJA DE TOCOLISIS

Indicación: _____

Edad: <u>24</u>	G: <u>1</u>	P: <u>0000</u>	EG: <u>33 sem. 5 días</u>
DX: <u>1. G₁ 33 sem. 5 d. Eco I° T</u>		3. <u>Oligoamnios leve</u>	
2. <u>Amenaza Parto</u>		4. <u>Feto en Podálico</u>	

Solución: <u>NaCl 9%</u>	Volumen: <u>500cc</u>	Medicamento:
<u>Isoxuprine</u>		
Corticoides: <u>Betametasona (12 mg. IM)</u>	1ra. Dosis: <u>23-08-16 17:45</u>	
FCF: <u>144 x^{1'}</u>	Contracciones: No hay datos	
TV: No hay datos		

Fecha hora	Goteo	FV			FCF	Dinámica Uterina			Observaciones y Firma
		T ^a	P.	P.A.		F	D	I	
24-08-16									SPO ₂
02.00	X	37°C	119	113/75	146	3/10'	25"	++	98
02.15	X	-	126	108/61	149	3/10'	20"	+ / ++	
02.30	X	-	127	120/64	156	2-3/10'	25"	++	
02.45	X	-	126	119/64	162x ²	23/10'	25"	++	
03.00	X	-	121	98/58	148x ²	3/10	25"	++	
03.15	X	-	130	98/58	140x ²	2/10	25"	+ / ++	
03.30	X	-	133	98/56	142x ²	2/10	25"	++	98
03.45	X	-	135	-	146x ²	2/10	25"	++	
04.00	X	-	135	-	156x ²	2/10	20"	+	
04.30	X	37°C	133	102/63	145x ²	2/10	20"	+	98
04.45	X	-	136	102/63	158x ²	2/10	20"	+	
05.00	X	-	130	- 28	150x ²	1/10	20"	+	
05.15	X	-	1	-	152x ²	1/10	20"	+	
05.45	X	-	130	-	158x ²	1/10	20"	+	
06.00	X	-	127	111/61	166	1/10	20"	+	98
06.15	X	>	128	-	158x ²	2/10	20"	+	
06.30	X	37°C	130	109/56	152x ²	2/10	20"	+	
06.45	X	-	126	-	156	2/10	20"	+	
07.00	X	-	132	49/55	154x ²	1/10	15"	+	
07.10	X	37 °C	138	97/56	151	-	-	-	98
07.25	X	37 °C	142	97/56	148	-	-	-	
07.50	X	36.8 °C	150	95/52	148	-	-	-	97
08.05	X	-	142	115/62	144	-	-	-	
08.25	X	37.6 °C	128	115/66	138	-	-	+	

Pasa al Servicio B.

EVOLUCIÓN MÉDICA (Equipo de Guardia)

24/08/16

00:15 Hrs.

Se reevalúa paciente con dinámica uterina, no SV, no PLA, percibe movimientos fetales.

Al examen: LOTEP AREG

PA: 100/70 mmHg FC: 78 x' FR: 18 x'

Útero contraído de tono normal, movimientos fetales (+), DU: 2/10/ ++/20

TV: D: 1cm. I: 90% AP: -4/-3 M=I NSP P: Ginecoide

Datos ecográficos: PF: 2460 ILA: 4,6

Hemograma: Hb: 11,6 Tipo de sangre: B +

Diagnóstico: 1) G1 33s 6d por ECO

2) APPT

3) Podálico

4) Oligohidramnios leve.

Plan: Tocólisis EV en CO.

Completar maduración pulmonar

- Rp.**
- 1) NaCl 9‰ cc >500cc a chorro
 - 2) Betametasona 12 mg IM (2da dosis)
 - 3) Nifedipino 10gr. VO c/20 min x 3 dosis.
 - 4) CO (DU +LCF)
 - 5) CFV
 - 6) Pasa a CO

EVOLUCIÓN MÉDICA - INGRESO A CENTRO OBSTÉTRICO

<p>Edad: 24</p> <p>G1P0</p> <p>FUR: 01/01/16</p> <p>EG: 33 4/7 x FUR</p> <p>CPN: (8) CS</p> <p>Hospitalizada servicio B</p> <p>Tocólisis con Nifedipino: 1 dosis (00:15) 24/08</p> <p>Maduración Pulmonar con Betametasona (1ra dosis 23/08 17:45hrs)</p> <p>Med: (-) Qx (-)</p> <p>RAM (-) Trans (-)</p> <p>Ex. Lab. (23/08)</p> <p>Hb: 11,6; Pla: 435,000</p> <p>VIH: NR RPR: NR</p> <p>Ex. Orina: 24/8</p> <p>Leu: 2-4</p> <p>Hematíes: 10 - 25 p. campo</p> <p>ASS (-)</p> <p>Ecografía: 23/08</p> <p>LPI, Placenta anterior III</p> <p>ILA: 4,5 PF: 2460 gr</p> <p>G 1 de 34 6/7 x BF</p> <p>Feto podálico. Oligoamnios</p> <p>Oligohidramnios.</p>	<p style="text-align: center;">24/08/16</p> <p style="text-align: right;">01:00hrs</p> <p>Paciente procedente del Servicio B para Tocólisis EV por APPT. Actualmente refiere contracciones uterinas desde hace 3 horas, Niega signos de irritación cortical.</p> <p>Al examen: PA: 122/7 mmHg. FC: 80 x` FR: 19 x` T: 37°C</p> <p>Abdomen: AU: 29 cm LPI LCF: 150 x´</p> <p style="padding-left: 40px;">DU: 2/10/++125`` MF (+)</p> <p style="padding-left: 80px;">TV: D: 2cm I: -- MO: I</p> <p style="padding-left: 80px;">VP=NSP P: Ginecoide</p> <p>Diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) G1 de 33 4/7 x FUR/ ECO IT 2) APPT 3) Feto podálico, Oligohidramnios <p>Plan de trabajo: Hidratación + Tocólisis EV post MEF + completar Maduración Pulmonar.</p> <p>Tratamiento e indicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) NaCl 0,9% 500cc a chorro 2) NaCl 0,9% 500cc x gotas regulables 3) Isoxuprine 10 amp.
--	--

- 4) Betametasona 12mg IM C/24h (completar)
- 5) Cefazolina 1 g. Ev C/6h
- 6) MEF permanente
- 7) CO (DU + LCF)
- 8) CFV
- 9) Reevaluación en 3 horas.

HOJA DE TOCÓLISIS:

24-08-16

02:00 hrs.

Dx: G1 33 semanas. Amenaza de Parto Pretérmino. Parto en Podálico.

CI Na 9% 500 cc. + 10 amp. Isoxuprine

Fecha Hora	Goteo	CFV			EF	DU		
		PA	P	T°		F	D	L
08:40 am	8	100/60	84	37	148	-----	-----	-----
09:00 am	8				136	-----	-----	-----
10:00 am	8				142	-----	-----	-----
11:00 am	8				150	-----	-----	-----
12:00 pm	8				138	-----	-----	-----
13:00 pm	8				142	-----	-----	-----
14:00 pm	8				152	-----	-----	-----

REEVALUACIÓN MÉDICA

24/08/16

04:30 Hrs.

Paciente refiere menos frecuencia de las contracciones.

CFV: PA: 98/56 mmHg FC: 130 x' FR: 18 x'
Abdomen: AU: 29 LPI LCF: 151 x' DU: 2/10' / +/10'
MF=+

TV: Diferido

- Diagnóstico:** 1) G1 de 33 4/7x FUR / Eco I+
2) APPT
3) Feto en Podálico
4) Oligohidramnios

Plan: Hidratación + Tocólisis EV + Completar maduración pulmonar.

- Rp:** 1) NaCl 0,9%o 500cc + Isoxuprine 10 Amp. (X gotas regulables)
2) Betametasona 12mg IM C/24h (Completar 2 dosis)
3) Monitoreo Electrónico Fetal permanente.
4) CO (DU +LCF)
5) CFV
6) Reevaluar en 3 horas

REEVALUACIÓN MÉDICA

24/08/16

6:00 Hrs

Paciente acude a emergencia el día 23/08/16 referida al centro de salud con ecografía (20/08/16) con hallazgos de Oligohidramnios. ILA: 5. Actualmente refiere contracciones uterinas: 1/10', percibe movimientos fetales. Niega PLA y sangrado vaginal. Control de funciones vitales: estable.

Diagnóstico: 1) G1 de 33,6 ss x Eco I trim.

2) APPT

3) Feto en Podálico

4) Oligohidramnios

Plan de trabajo: Hemograma, Urocultivo, Glucosa, urea y creatinina.

Tratamiento e indicaciones:

1) DC + IHU

2) NaCl 0,9% 500cc + Isoxuprine 10 Amp. (X gotas regulables, terminar en 12 hrs.)

3) Nifedipino 10 gr. VO c/8 hrs.

4) CO (DU +LCF)

5) CFV

6) Reposo absoluto

NOTAS DE OBSTETRICIA (Hospitalización)

24/08/16

8:40 hrs.

Gestante retorna de centro obstétrico con vía de CINa 900 % y solución de Tocólisis, niega molestias. Al examen no presenta características de interés.

Diagnóstico:

- G133sxUR
- Amenaza de parto pretérmino en remisión
- Feto en podálico/Oligohidramnios

Plan: Gestante queda en control obstétrico.

REEVALUACIÓN MÉDICA

24/08/16

11:07 hrs.

Paciente refiere que no hay contracciones uterinas.

Al examen: REG, REH, REN, LOTEP.

AU. 29cm. LPI LCF: 142 x' DU: Irritabilidad MF:
+
TV: D: O I=0% AP: -3 M: I P: Ginecoide

- Diagnóstico:**
- 1) G1 de 33 4/7 x UR
 - 2) APPT en remisión
 - 3) Feto podálico
 - 4) Oligohidramnios

Plan de trabajo: Pasa a servicio, completar dosis de mantenimiento.

Tratamiento e indicaciones:

- 1) NaCl 0,9% 500cc + Isoxuprine 10 Amp. (X gotas regulables, terminar en 12 hrs.)
- 2) CO (DU +LCF)
- 3) CFV
- 4) Pasa a servicio

NOTAS DE OBSTETRICIA (Hospitalización)

12:00 hrs. Gestante con Tocólisis EV (bomba de infusión).

Se continuó control obstétrico

14:00 hrs. LCF: 152 DU : No PLA: No SV: No

Se termina Tocólisis endovenosa y se continua con ClNa 9%₀ por vía endovenosa.

Se continuó control obstétrico.

EQUIPO DE GUARDIA

24/08/16

16:50 Hrs.

Se evalúa paciente con hemograma patológico: Leucocitos: 22,160 p.m.c. Abastados: 04%

Actualmente percibe movimientos fetales, niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal.

Al examen:

DU: Ausente

LCF: 137 x'

TV: D: 1cm I: 80% AP: Fondo pélvico M: Íntegras

Pelvis ginecoide.

Diagnóstico: 1) G1 de 33 6/7 ss por eco

2) APPT

3) Feto podálico

4) Oligohidramnios

5) Probable Corioamnionitis

Plan de trabajo: 1) NST 2) Hemograma completo 3) ATB

4) I/C UCI materno 5) Completar maduración pulmonar.

Tratamiento e indicaciones:

1) NaCl 0,9% 1000cc > xxx gotas x´.

2) Ceftriaxona 2 gr. EV c/24h

3) Clindamicina 600 mg EV c/08

4) Amikacina 1 gr. EV c/24h

5) Betametasona 12mg IM

6) CO (DU +LCF)

7) CFV

8) Reevaluación con resultados.

NOTAS DE OBSTETRICIA (Hospitalización)

24/08/16

17:45 hrs. Se administra Betametasona de 12mg IM (II dosis)

18:00 hrs. Ceftriaxona 2mg EV 4d en Volutrol

18:10 hrs. Clindamicina 600 gr EV 4d en Volutrol

18:20 hrs. Amikacina 1gr EV 4d

Se coordina con medicina fetal para NST (No hay cupo). Se coordina I/C con Neo-UCI

LCF: 146 x min. Dilatación: No PLA: No

Se continuó CONTROL OBSTETRICO.

20:00 hrs. Pendiente NST, no hay cupo, se espera llamado del Servicio de Monitoreo Fetal.

Se continuó CONTROL OBSTETRICO.

21:00 hrs. LCF 150xmin DU (-) SV (-) PLA (-)

Paciente pasa a NST

22:20 hrs. Paciente regresa al servicio B procedente de monitoreo. Dr. xx hace lectura de NST (AR)

Se continúa con control obstétrico

25/08/16

00:00 hrs.

LCF 140-148 x min DU: Esporádica SV (-) PLA (-)

Se administra Clindamicina 600 gr EV 4d en Volutrol. Se continúa control obstétrico

00:07hrs. LCF 136 x min DU 1/10/28''/+ SV (-) PLA (-)

Tacto vaginal: D: 8-9cm Ic: 90% AP: 2

Se llama a médico de guardia quien **indica pase a Centro Obstétrico.**

NOTAS DE OBSTETRICIA (Centro Obstétrico)

25/08/16

00:40 hrs.

Edad: 24 años G1 P0000 FUR: ¿? EG: 33 sem 5d. Eco
IT

Paciente ingresa a CO, en camilla, con vía permeable 9‰ 500ccpp, procedente del Servicio de obstetricia "B" con diagnóstico: G1 33semanas 5dias, Eco: II T. Amenaza P. Pretérmino - Oligohidramnios leve, Feto podálico. Refiere contracciones uterinas frecuentes. Niega perdida de líquido y sangrado vaginal. Niega síntomas de irritación coital.

Al examen: AREG, Lucida

CFV: PA: 116/73 mmHg. FC: 113 x' T°:37C°

Piel y mucosas: T/H/E

Abdomen: útero grávido. AU: 29cm.

Feto: podálico LCF: 158-164 x' DU: 22/10/10 '25 ' '++

MF: presentes

Genitales externos: PLA (-) SV (-) TV. Diferido

Miembros inferiores: edemas (-)

00.45 hrs. Se realiza MEF (en registro).

01.40. hrs. Se toma muestra de orina para análisis. Diuresis: ± 350cc.

01.45 hrs. Se envía muestra de orina y orden para análisis a laboratorio

*Recibió Tto. 23-08-16 a las 17:45 Betametasona 12mg IM. 01: 50 hrs. Tocólisis (1era).

02.00 hrs. Se inicia Tocólisis EV. NaCl 9‰ 500 cc + Isoxupine 10 amp X gotas.

02.05 hrs. Se envía interconsulta a UCIN.

02.10 hrs. Se administra cefazolina 1gr EV en Volutrol.

02.15 hrs. CFV PA 108/6 mmHg FC: 126 x' T: 37°C LCF: 149 x'
DU 3/10' 20''++

Paciente refiere cefalea intensa. Se comunica a MR3 XX

Continúa Tocólisis EV. NaCl 9‰ 500cc+10 amp. Isoxupine (X gotas por min.)

Paciente en control obstétrico.

04:30. hrs. Reevaluación medica MR3 XX

Continúa Tocólisis EV. NaCl 9‰ 500cc + 10 amp. – Isoxupine (X gotas por min.)

REEVALUACIÓN MÉDICA - <DH – 2>

25/08/16

6:00 Hrs.

PA: 100/60

FC: 82 x'

FR: 18 x'

T: 36:9 °C

<S> Paciente refiere contracciones uterinas durante la noche (2/10`), niega PLA, niega SV. Percibe movimientos

<O> AREG, AREN, AREH, afebril.

Al examen:

Piel: T/H/E, llenado cap. <2 seg.

Abdomen: AU: 30 cm DU: (2/10`) LPI LCF: 138x` MF: ++

G. Externos: No se evidencia SV, no perdida de LA.

TV: D: 10cm. I: 100% AP: ⁺²/₊₁, MO: Integra, se palpan partes fetales.

<A> 1) G1 de 34 sem. x eco I Trim.

- 2) APPT.
- 3) Feto podálico
- 4) Oligohidramnios
- 5) Descartar corioamnionitis

Se realizó NST con puntaje de 10.

<P> IC UCI Neonatal, completar maduración pulmonar (ya completó), comunicar a MAG.

- Rp:**
- 1) NaCl 0.9% 1000 cc > xxx gts x`
 - 2) Ceftriaxona 2 gr. EV c/24h
 - 3) Clindamicina 600mg EV c/8h
 - 4) Amikacina 1gr EV c/24h
 - 5) Control Obstétrico (DU+LCF)
 - 6) CFV

NOTA DE OBSTETRICIA:

25/08/16

06:53hrs.

Paciente presenta contracciones uterinas, percibe movimientos fetales; niega signos de irritación cortical, niega otros malestares.

Se acude por llamado de personal obstetricia que reportaba paciente en expulsión.

PA: 110/60

FC: 80x

FR: 18x`

Al examen:

DU: 2 – 3 / 10 /++/30”

LCF: 144 x`

TV: D: 10cm I: 100% AP: +2/2 P. Ginecoide

TV: Integras membranas protruyen en canal vaginal y se palpan partes fetales en cavidad vaginal

Dx: 1) G 1 de 34 semanas por Eco 1er T.

2) Trabajo de Parto pretérmino (Expulsivo)

3) Feto podálico

4) Oligohidramnios

P 1) Pasa a CO para parto vaginal monitorizado por inminencia de parto de producto.

Rp NaCl 9% 1000cc > xxx gts x`

2) Ceftriaxona 2gr. en c/24h

3) Clindamicina 600 mg en c/8h

4) Amikacina 1gr en c/24h

5) Control Obstétrico (DV+LCF)

6) CFV

7) Pasa CO para parto vaginal monitorizado.

NOTAS DE OBSTETRICIA DE CENTRO OBSTÉTRICO

25/08/16

07:00 hrs.

CFV PA: 99/55 mmHg. FC: 132 x' T°37°C

L.C.F.: 154 x'. DU=4/10' 13' (+)

Se recibe paciente gestante de la obstetra XX quien reporta paciente de G1 33 sem 4/7 por ecografía en Periodo Expulsivo, Feto Podálico y Oligohidramnios.

Paciente está siendo atendida por R3 XX, supervisado por Asistente XX, R2 XX. Se encuentra vestida con campos estériles y doble vía de NaCl 9‰ 1000cc + Volutrol pp 800cc.

Se procede a la auscultación de latidos cardiacos fetales, no se logra auscultar debido a que está en pujo. Se insiste en la auscultación evidenciando presencia de latidos no cuantificables, se persuade insistentemente para que paciente pase a SOP.

7:20 hrs. Se produce el parto atendido por MR3 XX supervisado por Medico Asistente XX. , MR2 XX se encuentra realizando maniobra de Kristeller.

RN: Sexo femenino, deprimido, pinzamiento inmediato, es llevado por personal de neonatología para la atención respectiva.

Datos del RN: Sexo femenino, peso 2270, talla 47 cm, perímetro cefálico 32.8, Apgar 1 al minuto y 4 a los cinco minutos, edad gestacional por Capurro 35 semanas, Adecuado para la edad gestacional y Reanimación Respiratoria por Tubo.

7:35 hrs. Periodo alumbramiento, dirigido, tipo schultze, placenta con membranas y cotiledones completos.

7:40 hrs. Se observa desgarro de II° que es evaluado por R3, se procede a realizar legrado uterino por protocolo, presente Asistente y R2.

Puérpera inmediata + episiorrafia en procedimiento + legrado uterino + sutura por desgarro de II°.

NaCl 9‰ 1000cc + oxitocina 20 mg (pp= 1,000cc)

PA= 115/5mmHg FC: 103 x' T° = 37°C

Útero contraído: AU: 15 cm, episiorrafia afrontada, sutura afrontada.

Se hidrata a la paciente con NaCl 9‰ 1000cc (pp=900 cc a chorro)

EVOLUCION MÉDICA – EQUIPO DE GUARDIA (alumbramiento)

25/08/16

7:50 hrs

Se atiende alumbramiento de placenta, impresión cotiledones completos, membranas íntegras.

Al examen: útero: ± 15cm que se contrae con masaje uterino.

Tv: no sangrado vaginal activo, loquios hemáticos en poca cantidad. Se palpan membranas en fondo uterino. Se decide legrado uterino, encontrándose restos endouterinos en regular cantidad; se deja útero contraído ± 14cm, loquios hemáticos escasos con leve mal olor durante legrado uterino. Se realiza sutura de desgarro de 2° grado en pared vaginal lateral derecha.

1. NaCl 9% 1000cc + Oxitocina 20UI (XXX gts.)
2. Ceftriaxona 2gr EV c/24 hrs
3. Clindamicina 600 mg EV c/8 hrs
4. Amikacina 1 gr EV c/24 hrs
5. Metamizol 1,5gr EV en T° >= 38.5°C
6. Masaje uterino externo
7. CFV + CSU
8. Ibuprofeno 400g

9. Higiene perineal 3 veces/día

NOTAS DE OBSTETRICIA DE CENTRO OBSTÉTRICO

9:00 hrs. Recibe Tratamiento Clindamicina 600mg EV c/8hrs.

10:00 hrs. Se continúa hidratación.

10:48 hrs. Puérpera de más de 2 hrs + Episiorrafia ½ lateral + sutura por desgarro de II°. Se continua NaCl 9‰ cc por pasar 100 cc, PA: 115/69 mmHg, P: 90 x´min, T: 36°C, útero contraído a 15 cm, episiorrafia y sutura afrontada, loquios escasos.

11:00 hrs. Se **insistió** en evolución por medico de Turno.

13:30 hrs. Puérpera de aprox. 6hrs + episiorrafia medio lateral, sutura por desgarro de II°, legrado por alumbramiento incompleto y anemia. Se indica interconsulta con UCIN materno. Tiene solicitud de hemograma.

EVALUACIÓN MÉDICA (Puerperio)

25/08/16

13:05 hrs.

(S) Refiere dolor en renglón de sutura

T°: 37°C

(O) DREG, AREN, ARER, ventilando espontáneamente

PA: 100/50

Piel: T/H/E

FC: 98 x´

Mamas: Blandas, secretores

FR: 20 x´

Abd: RHA (+), B/D ND doloroso, AU debajo de cicatriz umbilical a 14 cm de sínfisis púbica.

Ex. de lab: GE: loquios hemáticos sin mal olor, sutura afrontada, no edema, nos hematomas, no gasas.

SNC: LOTEPE, no focalización.

(A) Dx.: 1) Puérpera de parto vaginal + desgarro de IT. Grado suturado + episiorrafia MLD.

2) Anemia leve

3) Post LU x Alumbramiento incompleto

4) Prueba corioamnionitis

(P): 1) DC + LAV

2) NaCl 0,9% 1000cc+Oxitocina 20 UI (xxx gotas I/ II)

3) Paracetamol 500 mg c/8hrs VO.

4) Masaje uterino /Higiene vulvovaginal

5) Ceftriaxona 2gr EV c/24h

6) Amikacina 1gr EV c/24h

7) Clindamicina 600 mg EV c/8h

8) I/C UCI Materna.

EVALUACIÓN MÉDICA - UCIM

25/08/16

13:52 Hrs.

Puérpera de 6 hrs de parto vaginal + LU por retención de restos placentarios.

Motivo I/C corioamnionitis.

- Paciente asintomática – tolera vía oral
- Ap. Respiratorio: ventila aparentemente no estertores.

- Hemodinámicamente estable.
- Abd: B/D Útero contraído

Ex: leucocitos: 22160, resto de exámenes dentro de los rangos normales.

Hallazgo LU: Restos endouterinos con mal olor.

Sugerencia:

- Mantener buena hidratación
- Continuar laboratorio
- Queda a cargo de Gineco obstetricia.

REEVALUACIÓN MÉDICA

25/08/16

15:24hrs

(S) Asintomática, lucido, tolera vía oral

(O) LOTEPA AREG; piel pálida +/-+++

PA: 95/60

Aparato cardio-respiratorio: Normal.

FC: 90 x´

Abd: B/d, útero contraído a 14cm de sínfisis púbica, leve dolor

FR: 18 x´

TV: loquios escasos, episiorrafia afrontada. No gasas.

Tº: 37°C

(A) Paciente de 24 años con dx

1. Puérpera
2. Desgarro II grado suturado + episiorrafia MID
3. Anemia leve
4. Antecedente corioamnionitis
5. Post + LU x alumbramiento incompleto

(P): Hidratación; analgésicos + antibioticoterapia

Rp: 1) NaCl 0.9% 1000 cc > xxx gts + Oxitocina 20 UI

2) Ceftriaxona 2gr EV c/24h

3) Amikacina 1gr EV c/24h

4) Clindamicina 600 mg EV c/8h

5) Paracetamol 500 mg c/8hrs VO.

6) Masaje uterino /Higiene vulvovaginal

7) Higiene perineal

8) CFV + CSV

9) Metamizol 1 gr EV en T° >= 38.5°c

10) Pase a servicio

25/08/16

15:45hrs.

Puérpera de inmediata con vía de NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 20UI pp 700 cc.

Al examen: AREG, LETEP

CVF. PA: 110/70mmHg

P: 90 x'

T: 36.8°C

Mamas: blandas y secretantes

Abdomen: Blando / D

Útero contraído C/ AV: 15cm

NOTAS DE OBSTETRICIA DE CENTRO OBSTÉTRICO

15:45 hrs. Puérpera de ± 7horas con vía de NaCl 9% cc + 20 UI de oxitocina pp

700cc (2do frasco).

CVF. PA: 110/70mmHg P: 90 x' T: 36.8°C.

Con diagnóstico de puérpera de 7 hrs. Parto normal/episiorrafia, legrado uterino y anemia leve. Control obstétrico y observación.

15:35 hrs. Hidratación con NaCl 9‰ cc pp 500 cc + oxitocina 20 UI

15:38 hrs. PA: 110/20 mmHg P: 90 x' T: 36 8° C

15:50 hrs. Pasa a servicio D.

NOTAS DE OBSTETRICIA (Hospitalización D)

25/08/16

16:30 hrs

Ingresa paciente procedente de Centro Obstétrico, como puérpera mediata de parto pretérmino, podálico, LU por alumbramiento incompleto. En ABEG, LOTEPE.

Al Examen: PA: 110/70mmHg FC: 96 X' T: 36.9°C

Mamas: blandas Abdomen: útero contraído de 15 cm.

G. Externos: loquios normales + sutura afrontada

Queda en control obstétrico.

17:00 hrs Clindamicina 600 mg EV.

18:00 hrs Ceftriaxona 2 g EV.

17:00 hrs Amikacina 1 g EV.

19:00 hrs Paciente en AREG, LOTEPE, no refiere molestias, con vía permeable de NaCl 9‰ cc + 20 UI de oxitocina pp 500cc. (2do frasco). Examen Físico: se mantiene con evaluación de ingreso. Paciente queda en control obstétrico.

22:00 hrs 1 tab. de paracetamol de 500 mg. VO.
Clindamicina 600 mg EV. Diluido en Volutrol.

REEVALUACIÓN MÉDICA

26/08/16

10.00 Hrs.

P1: 110/60 T 36.8 C

Mamas turgentes y secretantes

Abdomen blando, no doloroso

Útero contraído

Loquios sin mal olor

Diagnóstico: Puérpera de 1 día

Plan de trabajo:

- 1) Dieta a voluntad
- 2) Paracetamol 500gr. VO c/8h
- 3) CFV + CSV
- 4) Retirar vía
- 5) Sulfato ferroso

Alta con resultado.

NOTAS DE OBSTETRICIA (Hospitalización D)

26/08/16

06:00 hrs

Se administra 1 Tab. de paracetamol de 500 mg. VO.

07:00 hrs Paciente queda en control.

10:00 hrs Paciente en ABEG, LOTEPE. Funciones vitales estables, queda en reposo y observación. A la espera de alta médica. Se entrega certificado del recién nacido.

Cabe resaltar que el neonato ha estado Hospitalizado en UCI hasta el día 27 de noviembre del 2016, fecha en la que fallece según el certificado de defunción por insuficiencia respiratoria.

EPICRISIS:

Fecha y hora de Ingreso:

- Fecha de ingreso: 23 de agosto del 2016.
- Hora: 13:36 am.

Sexo: Femenino

Edad: 24 años

Estado civil: Soltera

Motivo de Ingreso: Referencia de Centro de Salud de primer nivel y hallazgo de Oligohidramnios.

Examen clínico de Ingreso: AU=31 cm. SPP=LPI FCF=142

TV= No sangrado vaginal, ni pérdida de líquido. Dilatación (0 cm), Incorporación (0%), AP (FP), membranas (integras), pelvimetría: adecuada.

Diagnóstico de Ingreso:

- G1 de 33,5 ss por Eco del 1er trimestre.
- No trabajo de parto

- Feto en podálico.
- Oligohidramnios.

Evolución: Favorable.

Complicaciones: No.

Condiciones del alta: Estable.

Fecha de Egreso: 26 de agosto del 2016

Diagnóstico del Egreso: Puérpera, desgarro II grado suturado + episiorrafia MID, anemia leve, antecedente de corioamnionitis y Post + LU por alumbramiento incompleto.

2.3 Discusión

La amenaza de parto pretérmino simboliza una situación problemática de salud a nivel del ámbito social que se identifica por la aparición de contracciones uterinas y en algunos casos modificaciones cervicales previo a las 37 semanas, debido a una serie de factores que predisponen a su aparición, por ello es necesario realizar un manejo adecuado y oportuno que favorezca a la reducción de partos pretérmino y la morbi-mortalidad materna-perinatal.

En el presente trabajo se encontró que los principales factores asociados a la amenaza de parto pretérmino fueron el oligohidramnios (ILA: 4.5 por Ecografía) y una posible corioamnionitis, lo cual se asemeja a lo reportado por el Instituto Nacional Materno Perinatal en su Guía, donde se observa que entre los elementos de riesgo para que se presente el parto pretérmino son anomalías en el líquido amniótico (Oligohidramnios, polihidramnios, etc.), edad materna extrema, infección, corioamnionitis, anomalías placentarias, etc. Así también, en el estudio de Estrada²⁷ se encontró como una de las principales causas al oligohidramnios moderado. Por tanto, es importante realizar los estudios correspondientes en la etapa del embarazo como el Índice del Líquido Amniótico, con el fin de detectar aquellos casos donde se observe alteración del líquido para estar alertas y evitar este evento obstétrico.

Acerca del manejo de la amenaza del parto pretérmino, en el estudio de Pardo se evidenció que las gestantes con amenaza de parto pretérmino fueron tratadas con nifedipino, de las cuales en la mayor parte cedió el cuadro clínico (78%) y además se cumple el protocolo. Por su parte, Córdova²⁸ en su investigación demostró que la tocólisis en las gestantes con peligro de parto pretérmino fue con nifedipino, donde la mayor parte necesito repetir la dosis y tuvo una respuesta satisfactoria al tratamiento, no

obstante, algunos tuvieron una falla terapéutica por no haber conseguido la prolongación del embarazo, pues concluyeron en trabajo de parto pretérmino. En el presente caso clínico, el manejo de la amenaza de parto pretérmino se basó en la monitorización obstétrica, control de funciones vitales, maduración pulmonar con Betametasona 12 mg/IM c/24hrs y tratamiento tocolítico con nifedipino e Isoxuprine para evitar las contracciones uterinas, el cual resultó fallido, sin embargo, al estar en diferentes evaluaciones, hubo una progresión de la dinámica uterina que originó la finalización del embarazo, llevando a que le soliciten una cesárea, en razón que el feto estaba en posición podálica, no obstante, culminó en parto vaginal. En la Guía emitida por el Instituto Nacional Materno Perinatal, se indica que uno de los tratamientos idóneos es la maduración pulmonar fetal (con Betametasona 12 mg, IM, cada 24 horas) y el tratamiento farmacológico con nifedipino (dosis de 10 mg. vía oral, cada 20 minutos en tres ocasiones) e isoxuprine (10 ampollas de 10 mg en 500 cc de Dextrosa al 5%, vía endovenosa); si en caso fracasa la tocólisis, en presentación cefálica se procede a parto vaginal, pero en presentación podálica, es necesario una cesárea. Pese a ello, en el presente trabajo, lo idóneo de acuerdo a lo protocolizado es que la culminación de la gestación haya sido por cesárea, pero la paciente dio a luz por parto vaginal, lo cual posiblemente desencadena una serie de intervenciones y repercusiones.

Respecto a las consecuencias del manejo de la amenaza de parto pretérmino, en el presente trabajo se encontró que tras el parto vaginal pretérmino hubo un alumbramiento incompleto, que conllevó a un legrado uterino, asimismo, la madre tuvo una anemia leve; en el neonato de sexo femenino, el Apgar resultó bajo (puntaje 1 al minuto y 4 a los 5 minutos, posiblemente depresión al nacer), por ello estuvo hospitalizada y tres meses después, fallece. Esto concuerda con lo mencionado en la literatura, ya que la

amenaza de parto pretérmino trae como efectos mayor índice de mortalidad, depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, entre otros. En cambio, Córdova²⁸ en su trabajo encontró que el 95% de los neonatos no tuvo ninguna complicación. Esto devela que esta condición implica varios efectos en el neonato, tal vez por la falta de desarrollo y madurez pulmonar o por una conducta y manejo inapropiado, por ello es imprescindible encontrar las causas, tomar decisiones acertadas y realizar un buen manejo a favor de la madre y del niño, para garantizar la reducción de malos resultados.

2.4 Conclusiones

- Los factores asociados a la amenaza de parto pretérmino fueron el oligohidramnios y posiblemente una corioamnionitis.
- El manejo realizado de la amenaza de parto pretérmino en una primigesta incluyó monitorización obstétrica, control de funciones vitales, maduración pulmonar, tratamiento tocolítico y finalización del embarazo por parto vaginal.
- Las consecuencias del manejo de la amenaza de parto pretérmino fueron parto pretérmino, anemia leve en la madre, Apgar bajo en el neonato y muerte postneonatal.

2.5 Recomendaciones

- Se podría difundir material educativo como un carné donde se detalle la presencia de movimientos fetales y de contracciones uterinas en el tercer trimestre, de tal manera que se pueda alertar e intervenir de manera precoz los casos de amenaza de parto pretérmino.
- Se recomienda la realización de reuniones concertadas en las diferentes instituciones de salud, con el fin de discutir los manejos realizados y si se ajustan a lo que se establece en la Norma o Guía, para que puedan tomar en lo sucesivo decisiones y tratamientos estandarizados.
- Se sugiere la aplicación de capacitaciones sobre el manejo tocolítico con el propósito de reducir el número de casos de parto pretérmino, el cual eleva la morbimortalidad perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pacheco J. Parto pretérmino, avances y retos. A manera de prólogo. Rev. peru. ginecol. Obstet [Revista en Internet]. 2018 [Acceso el 17 de julio del 2021]; 64(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300012
2. Matos L, Reyes K, López G, Reyes M, Aguilar E, Pérez O, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco [Revista en Internet]. 2020 [Acceso el 17 de julio del 2021]; (3): 179-186. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
3. Mendoza L., Claros D., Mendoza L., Arias M., Peñaranda Cl. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista Chilna Ginecol. 2016; 81(4): 330-42.
4. Álvarez D., Pérez C. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. Av Enferm. 2017; 35(1): 77-86.
5. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015. Lima: Minsa; 2016.
6. Vásquez M. Prevalencia de amenaza de parto pretérmino y factores asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018. [Tesis de Especialidad]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2019.

7. Rosales E. Factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. [Tesis de Maestría]. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
8. Pardo A. Manejo tocolítico de la amenaza de parto pretérmino en pacientes hospitalizadas en Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de Machala [Tesis]. Loja-Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Facultad de la Salud Humana; 2017. [Acceso el 11 de julio del 2018]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18406/1/TESIS%20ARELY%20ESTEFANIA%20PARDO%20SALAZAR.pdf>
9. Quiñonez L. Determinantes que desencadenan partos pretérminos en embarazadas de 15 a 35 años en el Hospital Juan Carlos Guasti de Atacames en el Periodo de Octubre – Diciembre 2015 [Tesis de Licenciatura]. Esmeralda-Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
10. Tolentino Y. Uso de nifedipino en gestantes con amenaza de parto pretérmino Instituto Nacional Materno Perinatal Julio-Diciembre 2015 [Tesis de Especialidad]. Lima: Facultad de Obstetricia y Enfermería. Sección de Posgrado; 2017. [Acceso el 10 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2844>
11. Ramírez E. Eficacia del Uso de La Terapia Combinada Nifedipino/Progesterona frente a Nifedipino en el tiempo de prolongación del embarazo en gestantes con amenaza de parto pretérmino. Hospital Regional Docente 2010-2014 [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2015. [Acceso el 11 de julio del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1615>

12. Hinostroza K. Factores clínicos asociados a la amenaza de Parto Pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia, desde enero a diciembre del 2015, en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2017. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/994/1/Hinostroza%20Bocanegra%2C%20Katherine%20Alessandra_2017.pdf
13. Ministerio de Salud. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Argentina: Ministerio de Salud; 2015. [Acceso el 8 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
14. Quirós G, Alfaro R, Bolivar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Rev Cl EMed UCR. [Revista en Internet], 2015 [Acceso el 8 de junio de 2018]; 1(1): 75-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
15. Ramirez K. Prevención de parto pretérmino. Med. Leg. Costa Rica [Revista en Internet], 2018 [Acceso el 12 de junio de 2018]; 35(1). Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-115.pdf>
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018.
17. Instituto Mexicano de Seguro Social. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica

- Clínica. México, Instituto Mexicano de Seguro Social; 2017 [Acceso el 8 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GER.pdf>
18. Irigorri V, Rodríguez A, Perdomo D. Guía de manejo de trabajo de parto pretérmino. Colombia: Secretaría de Salud. [Acceso el 17 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%205.%20%20MANEJO%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20PRETERMINO.pdf>
19. Ochoa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas- Caarioamnionitis. An Sist. Sanit. Navarro [Revista en Internet], 2009 [Acceso el 12 de junio de 2018]; 32(1):105-119. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf>
20. Paucar G. Parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. Servicio de Obstetricia y Ginecología; 2012 [Acceso el 12 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120704.pdf
21. Dulay A. Oligohidramnios. USA: Merck Sharp & Dohme; 2018. [Acceso el 09 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>
22. Burd I, Goode P. Oligohidramnios. EE.UU: Medical University of South Carolina. [Acceso el 08 de junio del 2018]. Disponible en: <https://muschealth.staywellsolutionsonline.com/Spanish/RelatedItems/3,40495>

23. Cerviño N, Pagés G. Capítulo 22. Patología del líquido amniótico. [Acceso el 08 de junio del 2018]. Disponible en: http://fertilab.net/om/om_22.pdf
24. Definición de mortalidad infantil. [Acceso el 16 de julio del 2018]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/mortalidad-infantil/>
25. Lomuto C. Mortalidad Infantil y Neonatal. Argentina: Ministerio de Salud-Nación; 2006. [Acceso el 09 de junio del 2018]. Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/MORTALIDAD%20INFANTIL%20Y%20NEONATAL.pdf>
26. Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. ¿Qué causa la mortalidad infantil? 2008. Disponible en: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/infant-mortality/informacion/Pages/causas.aspx>
27. Estrada O. Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel desde noviembre del 2012 a abril del 2013 [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013. [Acceso el 11 de julio del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1794/1/AMENAZA%20DE%20PARTO%20PRETERMINO.pdf>
28. Córdova E. Efecto del nifedipino como agente tocolítico en la amenaza de parto pretérmino. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. De Septiembre del 2012 a febrero del 2013 [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013. [Acceso el 09 de julio del 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1857/1/TESIS%20CORDOVA%20B..pdf>