



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO CAUSA DE PARTO
PRETÉRMINO EN SEGUNDIGESTA NULÍPARA ADOLESCENTE EN
HOSPITAL NIVEL III DE LIMA -2017**

PRESENTADO POR:

GARCÍA BRICEÑO, LOURDES JHAQUELYN

ASESOR:

Mgr. ELIZABETH ENI YALÁN LEAL

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

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESUMEN

El presente trabajo de investigación y su consecuente revisión tienen como propósito estudiar y analizar un caso clínico de Infección de tracto urinario relacionado con el parto pretérmino en una adolescente, esperando así mejorar nuestra capacidad de detección y manejo de causas de morbilidad materno perinatal, propiciando la actualización académica constante.

En el mundo el embarazo en adolescente es de 15% a 25% del total de embarazos y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha aumentado. En nuestro país el 14,6% de 15 a 19 años ya eran madres, siendo este un problema de salud pública.

En el Perú la incidencia de prematuridad es de 5 a 10%, siendo en el grupo de adolescentes un 21,3%. En muchos estudios se encontró que las infecciones urinarias son causantes de la amenaza de parto pretermo en el grupo de adolescentes.

Presentamos el caso de una mujer gestante de 18 años de edad, que ingresa al Hospital nivel III con diagnóstico: Segundigesta nulípara de 29 semanas de gestación, Ruptura prematura de membranas, Oligohidramnios, ITU, Sin trabajo de parto.

Palabras clave: Infección de tracto urinario, parto pretérmino, embarazo en adolescente.

ÍNDICE

Página de Jurado.....	I
Dedicatoria.....	II
Resumen.....	III
Índice	IV
CAPITULO I:	
1.1 Descripción del Problema.....	1
1.2 Justificación del Problema.....	3
1.3 Antecedentes de la investigación.....	4
1.4 Bases teóricas.....	7
1.4.1 Definición.....	7
1.4.2 Incidencia.....	8
1.4.3 Amenaza de parto pretérmino.....	12
1.4.3.1 Etiología.....	12
1.4.3.2 Diagnóstico.....	14
1.4.3.3 Exámenes auxiliares.....	15
1.4.3.4 Manejo.....	15
1.4.3.5 Prevención.....	17
1.4.4 Infección urinaria durante el embarazo.....	21
1.4.4.1 Etiología.....	21
1.4.4.2 Clasificación.....	22
1.4.4.3 Diagnóstico.....	24
1.4.4.4 Exámenes auxiliares.....	24
1.4.4.5 Tratamiento.....	25
1.4.5 Embarazo en adolescente.....	30
1.4.5.1 Un problema de salud pública.....	30
1.4.5.2 Prevención del embarazo en adolescentes.....	31

CAPÍTULO II:

2.1 Caso clínico.....	34
2.1.1 Introducción.....	34
2.1.2 Objetivos.....	34
2.1.3 Título.....	35
2.1.4 Historia clínica.....	35

CAPITULO III

3.1 Discusión.....	55
3.2 Recomendaciones.....	56
3.3 Conclusiones.....	57

BIBLIOGRAFÍA.....	58
--------------------------	-----------

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En todo el mundo el parto pretérmino tiene un porcentaje de 5 a 10% y la OMS indica que el resultado de una amenaza de parto pretérmino no tratada correctamente. Se ha evidenciado un aumento en la incidencia en países desarrollados por las técnicas de reproducción asistida y en los países en desarrollo ha alcanzado un 40%.¹

El 75% de mortalidad neonatal tiene como causa principal la prematuridad y los que sobreviven tienen muchos problemas en toda su vida, pues presentan frecuentemente discapacidades neurológicas que influyen negativamente en su adaptación en la sociedad.¹

El embarazo en adolescentes según ENDES 2014, en el Perú la incidencia es del 14,6%, de las cuales 11,7% ya eran madres y 2,9% estaba gestando por primera vez.

Un estudio realizado en el Hospital San Bartolome se encontró un porcentaje de 8,3% de partos prematuro y el MINSA indico una incidencia de 5 a 20% y el 80% se presentaron en Lima, La Libertad, Cusco, Cajamarca, Loreto, Junín, Ancash, Puno, Ucayali, Huánuco y Piura.³

Entre los muchos factores de riesgo que conlleva al parto pretérmino existen la infección urinaria como primer factor desencadenante dentro de las infecciones y por otro lado el incremento de las infecciones vaginales que se encuentra en mayor aumento en la etapa de adolescente siendo un factores predisponentes para el desarrollo del parto pretérmino.⁴

Por ello el presente estudio de investigación tiene el objetivo de identificar la importancia de las infecciones de tracto urinario y el embarazo en adolescentes como factores predisponentes para el desarrollo del parto pretérmino.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En nuestra actualidad el embarazo en adolescentes y la prematuridad es un problema mundial de salud pública, porque implica daños en distintos sectores de nuestra sociedad, debido a que muchos prematuros tienen como consecuencia discapacidades, como problemas de aprendizaje o discapacidades físicas, causando un problema económico grave a la familia y generando gastos al gobierno en medicinas, hospitalización y recuperación.

El riesgo de parto pretérmino entre adolescentes en comparación con mujeres adultas es mayor y las infecciones de tracto urinario constituyen el principal factor de riesgo para el parto pretérmino en la embarazada adolescente, por ello con el presente estudio de investigación se contribuirá con la información adecuada del personal de salud para la detección oportuna y el tratamiento correcto de las infecciones urinarias para reducir el porcentaje de morbilidad y mortalidad neonatal.

Con el presente estudio investigativo se pretende analizar la importancia que tiene las infecciones de tracto urinario en el embarazo, siendo factor de riesgo predisponentes para el desarrollo de parto pretérmino, presentando el caso de una paciente adolescente atendida en el Hospital Nivel III.

1.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES NACIONALES

Rodríguez DR, Morales VF, Escudero RB, Arevalos DJ y Cabrera LA, realizaron un estudio titulado “*Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en Trujillo durante el año 2011–2013*”, se indicó que los principales factores de riesgo para el parto pretérmino son los antecedentes del mismo, mal control prenatal, desprendimiento prematuro de placenta, infecciones de vías urinarias y vaginales.⁵

Campos T, Canchucaja L y Gutarra R, en el año 2013, hicieron un estudio titulado “*Factores de riesgo conductuales en gestantes para bacteriuria asintomática*”, se encontró una relación entre la relación sexual diaria y reprimir la micción con la bacteriuria asintomática.⁶

Rodríguez I, Salazar M, Jiménez V, Del Rosario J y Morillos D, en el año 2011, realizaron un estudio titulado “*Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en el puesto de salud San Martín*”, Se encontró que la prevalencia de bacteriuria asintomática es de 31.15 % y también se evaluaron la edad, la edad gestacional, el número de partos, grado de instrucción y antecedente de infección del tracto urinario. No se encontró relación y el agente etiológico con más frecuencia fue *Escherichia coli* continuando el *Staphylococcus aureus*.

Espinoza J, en el año 2008, realizó un estudio titulado “*Fisiopatología del síndrome del parto pretérmino*”, se indica que la infección, sobredistensión uterina, injurias vasculares, estrés, un reconocimiento alógeno anormal, alteraciones hormonales se asocian a parto pretérmino. La tocólisis y el cerclaje hicieron que se avance poco en la prevención de parto pretérmino.⁷

Illescas JA, en el año 2008, realizó un estudio titulado “*Factores de riesgo clínicos y prevención del parto*”, la morbimortalidad perinatal no es significativa a partir de las 34 semanas, por eso se considera al parto pretérmino después de las 22 semanas y antes de las 34 semanas. El porcentaje de partos pretérminos no ha disminuido a pesar de la tecnología médica y entre los factores de riesgo más frecuentes son las infecciones, la preeclampsia, malformaciones congénitas e incompetencia cervical. En cuanto a la prevención la atención prenatal no se ha conseguido los resultados esperados, por el contrario la medida ecográfica del cuello uterino fue un aporte significativo para detectar el riesgo, logrando ser más económico y rápido que la fibronectina fetal en la secreción cervicovaginal.⁸

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En un estudio realizado en México por Acosta JE, Ramos MA, Zamora LM, Murillo J. (2014) titulado “*Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes con amenaza de parto pretérmino*”, se obtuvo de las pacientes con urocultivo positivo un 32.9% tuvieron parto pretermino y en dicho examen se aislaron a la

Escherichia coli en 74.4% y Proteus en 9.2%. Se encontró que el 42% hizo resistencia a ampicilina y 38.4% al ciprofloxacino.⁹

En un estudio realizado en Chile por Ugalde D, Hernández MG, Ruíz MA, Villareal E.(2012) titulado “*Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para el parto pretérmino en adolescentes*”, se obtuvo que las adolescentes con parto pretérmino que tenían infección vaginal fueron el 57.1%, por ende el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes se duplica en comparación con un grupo adulto.⁴

En un estudio realizado en Brasil por Giraldo PC, Araújo E, Junior JE, Gomes do Amaral RL, Passos M, Goncalves AK.(2012) titulado “*la prevalencia de infecciones urogenitales en trabajo de parto pretérmino y a término*” se encontró que la prevalencia de infecciones generales en el grupo de trabajo de parto prematuro y en el grupo de trabajo a término fueron del 49,0% y 53,3% respectivamente. Las infecciones urogenitales en los grupos de parto prematuros y de término completo incluyeron infección del tracto urinario en el 36,7% y el 22,2% de las mujeres, la candidiasis vaginal en el 20,4% y el 28,9% de las mujeres, la vaginosis bacteriana en el 34,7% y el 28,9% mujeres y estreptococo del grupo B en el 6,1% y el 15,6% de las mujeres, respectivamente. En conclusión las infecciones urogenitales fueron prevalentes en mujeres en parto prematuro y en parto a término.¹⁰

En un estudio realizado en Paraguay por Genes V. (2012) “*Factores de riesgo asociados al parto pretérmino*” se obtuvo que el cervix acortado durante el segundo trimestre, la preeclampsia, el embarazo múltiple y el antecedente de parto prematuro previo presentaron asociación con la presencia de parto pretérmino. No hay una asociación con la paridad previa, la rotura prematura de membranas y el tabaquismo.¹¹

En un estudio realizado en Venezuela por Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. (2008) titulado “*Parto pretérmino en adolescentes*” se indicó que el grupo de mayor frecuencia con parto pretérmino fue el de 17 a 19 años con 57,4 %; entre los factores de riesgo se encuentra el nivel socioeconómico predominante fue el IV con 67,6 %; con patologías maternas (85,3 %) y complicaciones perinatales (38,2 %); se encontró asociación entre las patologías maternas y la edad .¹²

1.4 BASES TEÓRICAS

1.4.1 DEFINICIÓN

Parto Pretérmino

La OMS indica que el parto se da entre las 22 y las 36,6 semanas de embarazo, no siendo importante el peso del recién nacido. Los partos que se dan con daños y muerte, como con antes de las 34 semanas de embarazo son en los que se han

estudiado que hay como consecuencia del bajo peso neonatal, peso menor de 2500g .¹

Infección de tracto urinario en el embarazo

Durante el embarazo se producen muchas variaciones anatómicas como funcionales por ello la infección urinaria es una de las más frecuentes durante el embarazo.¹³

Embarazo en adolescentes

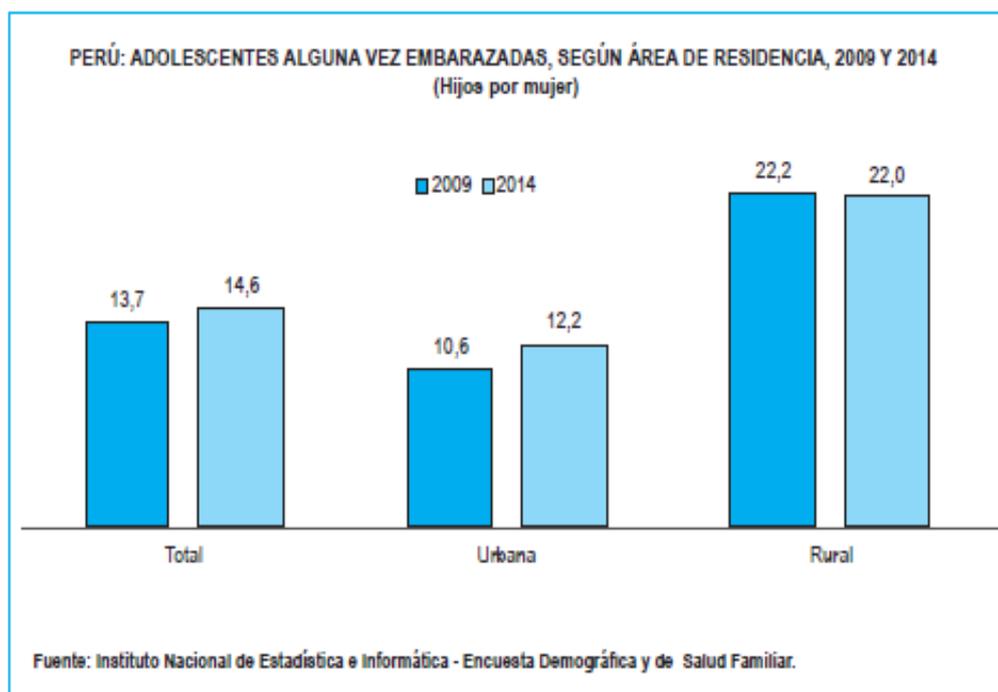
La adolescencia es de los 10 y 19 según la organización mundial de la salud, etapa en la cual se dan los cambios psicosociales, físicos y cognitivos es una etapa de transición entre la niñez a la juventud.¹⁴

En dicha situación se evidencia varios problemas médicos como por ejemplo, el aumento de la tasa de abortos, incorrecto seguimiento por la detección tardía del embarazo, parto pretérmino y aumento de la mortalidad perinatal, también se indica muchos problemas sociales como por ejemplo, la interrupción de la escolaridad, abandono del recién nacido, el rechazo de la familia y el consumo de drogas.¹⁴

1.4.2 INCIDENCIA

En el mundo el embarazo en adolescentes indica un porcentaje del 15 al 25% y en América Latina y el Caribe la tasa ha aumentado, indicando esto un problema de salud pública.²

El 14,6% de las mujeres de 15 a 19 años está embarazada en el Perú, el 11,7% ya eran madres y el 2,9% estaba embarazada por primera vez.²



Estos valores aumentan en poblaciones con características de marginación como los grupos indígenas, ya que presentan desventaja social, como por ejemplo, niveles de escolaridad bajos y condiciones socioeconómicas precarias.²

Existe una notable diferencia entre las madres adolescentes que estaban embarazadas de su primer hijo se evidencia en las mujeres con primaria un 36,2% y entre las que están en el quintil inferior de riqueza un 23,9%, por el contrario se encuentra una menor tasa en aquellas con educación superior un 8,5%

y las que están en el quintil superior de riqueza un 5,6%. También se muestran diferencias de porcentaje por la zona en la que habitan, por ejemplo las que viven en el área rural un 20,3% y en las habitantes de la Selva un 23,7%; y con porcentajes menores los del área urbana un 11,9% y en Lima Metropolitana 10,6% .²

También se muestra diferencias por departamentos, por ejemplo las adolescentes que eran madres o estaban embarazadas se presentan en Amazonas es de un 30,5%, Ucayali un 27,3%, Loreto un 25,3%, Madre de Dios un 23,1%, Ayacucho con el 22,2% y San Martín con el 21,7%. No obstante cuando se analiza datos absolutos en las regiones Lima, La Libertad, Piura y Cajamarca tienen un porcentaje de 51.2% de mujeres adolescentes embarazadas de 15 a 19 años.²

En el mundo el parto pretérmino tiene un porcentaje de 9,6 %, y se evidencia un comportamiento distinto para cada país, en cuanto al desarrollo tecnológico por ejemplo se ha producido un aumento por las técnicas de reproducción asistida y como consecuencia los embarazo múltiple; del mismo modo ha incrementado en países de más pobreza hasta en un 40 %.¹

Se ha evidenciado muchos problemas con los niños que nacen prematuramente, no solo en el periodo perinatal, son en toda su vida, pues con frecuencia presentan trastornos neurológicos como el del lenguaje y aprendizaje, problemas visuales y auditivos, parálisis cerebral y retraso mental. La prematurez es responsable de un 75% de muerte neonatal.¹

En nuestro país, el parto pretermino representa del 5 a 10% del total de embarazos y con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que termina en parto pretérmino es solo el 20% .¹⁵

Existe un mayor riesgo de prematuridad en madres adolescentes que en las adultas con una variación de 1,4 a 2,0 veces más. El porcentaje de niños prematuros en madres adolescentes es de 21.3%.⁴

En muchas investigaciones se ha demostrado que el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo para un parto pretérmino. Se publicó en el 2012 estadísticas del Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”, se vio que un 16,5% de madres adolescentes fueron hospitalizadas por presentar la amenaza de parto pretérmino. Del mismo modo se indicó que que las pacientes ingresaron en fase activa de parto antes de las 37 semanas de gestación, observándose la falta de prevención.¹⁶

En cuanto a las infecciones urinarias y las vaginales se presenta un porcentaje de 54,3% en las adolescentes con parto pretérmino, por el contrario solo un 38,8% con parto a término.⁴

En otro estudio se observó que el porcentaje de las infecciones urinarias en la amenaza de pretérmino es de 68,69 %, mostrándose que el grupo con mayor frecuencia son menores de 19 años con un 29,59 %.⁵

1.4.3 AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

1.4.3.1 ETIOLOGÍA

La amenaza de parto pretérmino engloba muchos factores, orientando a una explicación multicausal en los que intervienen factores socio ambientales, genéticos y biológicos, por lo que se presenta en este trabajo las causas más frecuentes:

- **ESPONTÁNEO**

Se ha evidenciado que un 45% de los casos de amenaza de parto pretérmino le continúa un parto espontáneo.¹⁷

Existe una teoría de la disminución de la progesterona que indica que cuando se acerca mas el parto el eje fetal-suprarrenal es más sensible a la hormona adrenocorticotrópica, por ende aumenta la secreción del cortisol, estimulando la actividad de la 17 alfa hidroxilasa placentaria, por lo cual la secreción de progesterona disminuye e incrementa la producción de estrógeno. La inversión del cociente de estrógeno/ progesterona ocasiona el incremento de la formación de prostaglandinas que activa una cascada y termina en el trabajo de parto.¹⁷

- **INFECCIÓN URINARIA**

La infección urinaria activa el sistema inmunitario innato, quien desencadena el parto pretérmino. Existe la liberación de citosinas inflamatorias como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral ocasionada por los microorganismos,

quienes estimulan la producción de prostaglandina y enzimas degradantes de la matriz. Las infecciones intrauterinas ocasionan el 25 a 40% de los partos prematuros.¹⁷

La ureaplasmaurealyticum y mycoplasmahominis son los microorganismos patógenos perinatales de mayor importancia, en un estudio se indicó que el 23% de recién nacidos prematuros entre 23 y 32 semanas presentaron micoplasmas genitales en hemocultivos de sangre de cordón umbilical positivos .¹⁷

- **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

La ruptura prematura de membranas se da antes del inicio del trabajo de parto y antes de las 37 semanas de gestacion. El factor predisponente importante es la infección intrauterina.¹⁷

Varios estudios indican que el incremento de apoptosis de los componentes celulares con la membrana y el líquido amniótico ocasiona la ruptura antes del término de la gestación.¹⁷

En cultivos bacterianos de líquido amniótico, se observó que la infección tiene un porcentaje alto en la incidencia de ruptura prematura de membranas.¹⁷

- **VAGINOSIS BACTERIANA**

La microflora vaginal con lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno es cambiada por anaerobios como la Gardnerella vaginalis, esto ocurre en la

vaginosis bacteriana, ocasionando este abortos espontáneos, rotura prematura de membranas, corioamnionitis y parto prematuro.

En un estudio identificaron que las mujeres con vaginosis bacteriana y un genotipo de factor de necrosis tumoral alfa susceptible incremento 9 veces el porcentaje de parto pretérmino (interacción genoambiental).¹⁷

- **INCOMPETENCIA CERVICAL**

Es la dilatación del cérvix se caracteriza por ser no dolorosa y de manera recurrente, por lo que el nacimiento espontáneo ocurre en el segundo trimestre sin rotura de membranas, hemorragia o infección.¹⁷

1.4.3.2 DIAGNÓSTICO

- **TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO**

Se da cuando las contracciones uterinas son cuatro cada 20 minutos como mínimo o de 8 cada hora, la dilatación más de 4 cm y la incorporación cervical es más de 80% .¹⁵

- **AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

Se presenta cuando las contracciones uterinas son de 4 cada 20 minutos o de 8 cada hora junto más cambios cervicales, dilatación más de 1 cm pero menos de 3cm con una incorporación menor o igual a 80% .¹⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico se tiene que diferenciar de un desprendimiento prematuro de placenta oculto, irritabilidad uterina y patología digestiva dolorosa.

1.4.3.3 EXÁMENES AUXILIARES

Entre los exámenes auxiliares de laboratorio están el hemograma, hematocrito, hemoglobina, examen de orina y urocultivo, Proteína C reactiva, Test de Nugent y exámenes prenatales de rutina.

Ecografía obstétrica, monitoreo electrónico fetal y obstétrico, perfil biofísico fetal, evaluación de la longitud cervical, evaluar maduración pulmonar.

1.4.3.4 MANEJO DE LA AMENAZA DEL PARTO PRETÉRMINO

Para la evaluar la etiología se indica reposo y observación, mientras se solicita los exámenes de laboratorio como el sedimento de orina, urocultivo, hemograma, examen de secreción vaginal, proteína C reactiva, ecografía con cervicometría.¹⁸

Primero se indica la hidratación con ClNa 0,9% x 1000 ml, 500ml a goteo rápido y continuar con 50 gotas por minuto. La hidratación es necesaria para disminuir las contracciones uterinas ya que bloquea la liberación de ADH y de 29 oxitocina, por la expansión del volumen sanguíneo.¹⁹

Luego se indica reposo absoluto en una adecuada posición que es el decúbito lateral izquierdo, también el monitoreo materno y fetal. Se tiene que confirmar

edad gestacional, por consiguiente identificar y corregir el factor causal. La maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides y el uso de tocolíticos entre las 24 – 34 semanas. Entre las contraindicaciones están cuando el feto está muerto, corioamnionitis, la malformación fetal severa, hipertensión arterial severa, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y la hemorragia materna severa.¹⁹

El uso de fármacos como los tocolíticos sirve para evitar el trabajo de parto y complicaciones. Entre los tocolíticos más usados tenemos:

Nifedipino se administra de 10 - 20 mg por vía oral cada 20 min si las contracciones continúan se puede repetir 3 veces, luego se usa 10 - 20 mg por vía oral cada 6 - 8 horas por 2 a 3 días; se considera como dosis máxima 160 mg por día. Como terapia de mantenimiento luego de 72 horas se puede usar como dosis única 30 - 60 mg por vía oral en un día.¹⁸

Sulfato de Magnesio se administra de 4 - 6 gr por vía endovenosa como dosis de ataque en 20 minutos y continuar con 2-3 gr por hora con dosis de mantenimiento, este fármaco hace que sea obligatorio una monitorización estricta de la frecuencia respiratoria, la diuresis materna, los reflejos osteotendinosos. En caso de presentar hiporreflexia, oliguria, paro respiratorio se tiene que tener listo para administrar el Gluconato de calcio al 10% por vía endovenosa diluido en 20 cc.¹⁸

Indometacina se administra como dosis de ataque de 50 - 100 mg por vía oral, luego como dosis de mantenimiento 25-50 mg por vía oral cada 6 horas.¹⁸

Isoxuprina se prepara una ampolla de 10mg de esta en 100 ml de ClNa al 0.9% y se inicia con 10 gotas por minuto, incrementando 10 gotas cada 20 minutos. Se puede usar por 1 a 2 días, hasta lograr la tocolisis o la presencia de efectos secundarios, usar un máximo de 60 gotas por min y después reducir 10 gotas cada 30 min.¹⁸

Los corticoides como la Betametasona ayuda para la maduración pulmonar y neurológica, la administración de este fármaco es de 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas en 2 dosis.¹⁵

1.4.3.5 PREVENCIÓN

En la prevención primaria se tiene que realizar acciones para disminuir el índice de amenazas de parto pretérmino en la población en general, en este caso las acciones serán en la atención preconcepcional y prenatal.

Se recomienda una atención preconcepcional en mujeres de edad fértil para realizar acciones de promoción y prevención de la salud, en dicha consulta se buscara mejorar las condiciones de salud en general con un enfoque reproductivo,

por ejemplo mejorar hábitos alimentarios y prevenir el sobrepeso como también la obesidad que incrementa el riesgo de amenaza de parto pretérmino.

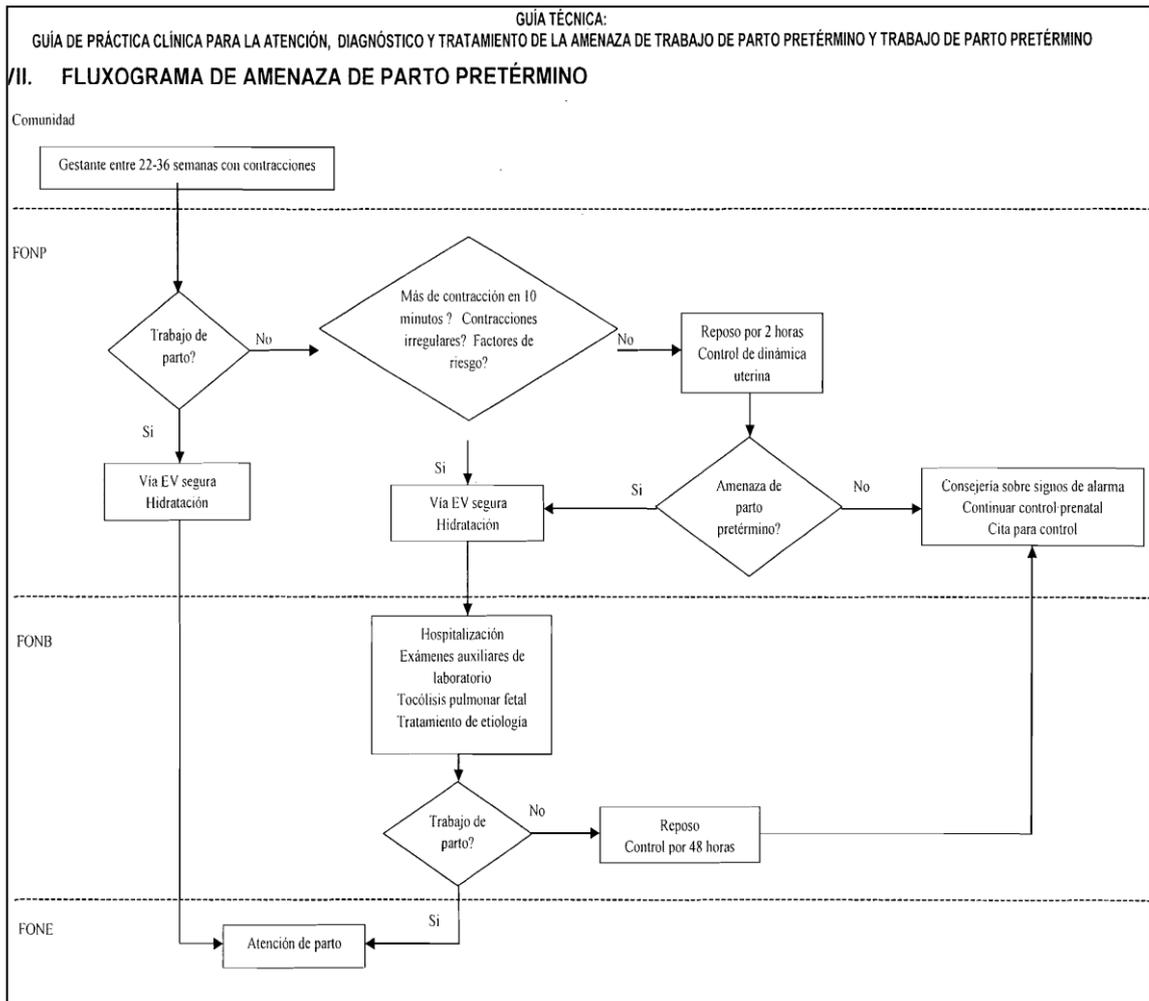
En la primera atención prenatal se identificara los factores de riesgo y en el caso de que las gestantes presenten alguno será referidas al nivel secundario, por ejemplo en la primera atención se realizara la búsqueda de infección del tracto urinario, para ello se solicitará un examen completo de orina y urocultivo. ¹

En la prevención secundaria se realiza acciones con gestantes que presentan factores de riesgo para parto prematuro.

Se realiza un examen directo de secreción directa vaginal para detectar vaginosis bacteriana, por ende se hace la medición de pH y reacción con KOH. También se realizara la medición del cérvix por ecografía, ya que la longitud cervical se mantiene entre 30 y 40 mm hasta el tercer trimestre. Se sugiere usar el valor de 25mm en gestantes de alto riesgo y 15 mm en las de bajo riesgo, ya que existe una relación entre la longitud cervical y el riesgo de parto pretérmino. La progesterona micronizada se recomienda su administración por vía vaginal de 200 mg por día, estudios indican que reduce el riesgo de parto pretérmino hasta en un 40%.¹⁸

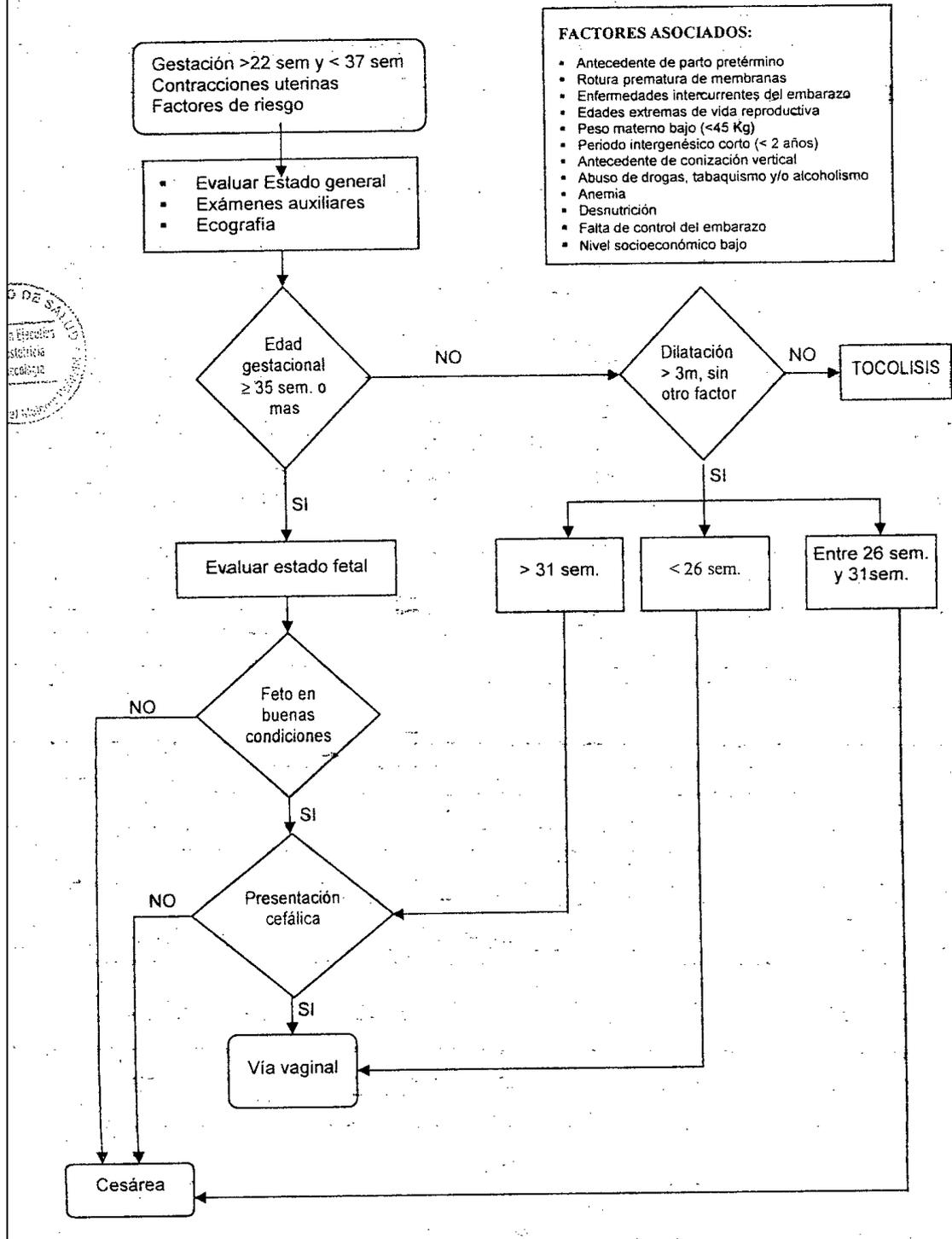
En el parto prematuro espontaneo de origen isquémico se puede mostrar la isquemia útero placentaria y para detectarlo es importante el uso de la velocimetría Doppler, razones por las cuales se interrumpe el embarazo antes de las 34 semanas. La velocimetría Doppler se realiza entre las 20 y 24 semanas y las gestantes de riesgo están sobre el percentil 95 del Índice de Pulsatilidad .¹⁸

En la prevención terciaria se realiza medidas generales en la paciente hospitalizada como la observación, la hidratación y el reposo que permiten un buen manejo de la amenaza de parto pretermino. ¹⁸



Fuente:Guía Técnica de practica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino (MINSA, 2010)

XI. FLUXOGRAMA



Fuente: Guía clínica en Obstetricia y Perinatología (INMP, 2014)

1.4.4 INFECCIÓN URINARIA DURANTE EL EMBARAZO

Es la infección más frecuente durante el embarazo y puede tener muchas complicaciones durante la evolución de la gestación y para la madre.²⁰

Las modificaciones durante el embarazo tanto anatómicas y funcionales aumentan el riesgo de la infección y son muy frecuentes ya afectan al 5-10% de todos los embarazos. Entre estos cambios destacan la hidronefrosis del embarazo, la disminución del tono vesical y ureteral, el aumento del volumen vesical, aumento del reflujo vesicoureteral, aumento de pH de la orina, glucosuria, disminuye la capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo y aumento de la secreción urinaria de estrógenos.²⁰

Existen diversas formas de clasificarlos como alta o baja, sintomática o asintomática, aguda o crónica, nueva o recurrente, complicada o no complicada comunitaria o nosocomial.²¹

1.4.4.1 ETIOLOGÍA

Los gérmenes que causan las infecciones urinarias en el embarazo son los mismos que en la población en general.¹⁵

La *Escherichia coli* en el grupo de los gramnegativos es el más frecuente con un 85% y otros como la *Klebsiella* spp y *Pseudomonas* que son causantes de infecciones complicadas en pacientes hospitalizadas.

La Gardnerella y el Ureaplasma son cocos grampositivos menos frecuentes que ocasionan infecciones.

1.4.4.2 CLASIFICACIÓN DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

La bacteriuria asintomática no presenta síntomas pero si hay presencia de bacterias en la orina de la gestante. No se evidencia diferencia en el porcentaje en el embarazo que el de la población no gestante.

Para el diagnostico se debe realizar el urocultivo que debe indicar más de 100.000 UFC por un solo germen uropatógeno, por ejemplo una paciente sin clínica urinaria con presencia de Escherichia Coli.²²

Según la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO recomienda el cribado en las primeras semanas de embarazo para la detección de la Bacteriuria Asintomática por eso en la primera atención prenatal se debe realizar un cultivo de orina y esto es indicación para todas las gestantes.²³

Las bacteriurias asintomáticas no tratadas correctamente evolucionan a pielonefritis en un 20 a 40% y su erradicación correcta durante el embarazo disminuye en un 80% que logre evolucionar a pielonefritis.²³

En un estudio indica que la obstrucción del flujo de orina en la gestación produce estasis y por ende más probabilidad que la bacteriuria asintomática se convierta en pielonefritis.²⁴

La cistitis aguda no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa, pero complica el 1% a un 4% de todos los embarazos. Se caracteriza porque hay presencia de sintomatología como la disuria, polaquiuria, orina mal oliente acompañado frecuentemente de dolor suprapúbico y algunas veces con hematuria.²²

El análisis de orina suele demostrar en el sedimento urinario, piuria (más de 3 leucocitos por campo), urocultivo positivo (más de 100.000 UFC/ml).

El 50% de mujeres con sintomatología de cistitis muestra un urocultivo negativo y en estos casos se llama síndrome uretral agudo o también cistitis abacteriúrica y en ocasiones están asociados a Chlamydias.²⁵

La pielonefritis aguda suele presentarse en tercer trimestre, es una infección de la vía alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, casi siempre se da por a una bacteriuria asintomática no tratada correctamente o no diagnosticada previamente, presenta signos y síntomas que alteran el estado general de la paciente como la fiebre, dolor lumbar, sudoración, escalofríos. El puño percusión lumbar en ambos lados suele aumentar el dolor de manera intensa.²²

Tanto los cálculos ureterales y renales como también la bacteriuria asintomática previa son factores predisponentes para la pielonefritis.²²

1.4.4.3 DIAGNÓSTICO

Para la bacteriuria asintomática es necesario la presencia de mayor 100, 00 UFC/ml en el urocultivo que muestre un solo germen en una paciente asintomática.¹⁹

La Cistitis se diagnostica principalmente por las manifestaciones sintomatológicas urinarias y con un resultado de urocultivo que muestre por lo menos 100, 00 UFC/ml de un uropatógeno.¹⁹

El diagnóstico de la pielonefritis aguda se realiza cuando hay manifestaciones clínicas y se corrobora con urocultivo del chorro medio de la orina que contenga por lo menos 10, 000 UFC/ml de un único uropatógeno.²⁵

1.4.4.4 EXÁMENES AUXILIARES

El urocultivo debe ser enviado al laboratorio inmediatamente o conservar a 4°C y con un máximo de 24 horas, es el método estándar para el diagnóstico y los cultivos polimicrobianos o los valores entre 10,000 y 100, 000 UFC/ml debe repetirse la prueba ya que indican contaminación.²⁶

Las tiras reactivas de actividad de la esterasa leucocitaria y la prueba de nitritos tienen un rango de sensibilidad de 50% a 92%, la utilidad es limitada ya que para un resultado positivo necesitan altas concentraciones de bacterias.²⁷

1.4.4.5 TRATAMIENTO

Para el tratamiento en la bacteriuria asintomática el manejo es de forma ambulatoria, según el resultado del urocultivo y la sensibilidad del antibiograma.²⁸

Entre los antibióticos frecuentemente utilizados están:

Nitrofurantoína de 50-100 mg cada 6 horas, se debe evitar en el tercer trimestre y durante el trabajo de parto, ya que puede ocasionar riesgo de anemia hemolítica en el recién nacido. Cefalexina 250-500 mg cada 6 horas , Amoxicilina más ácido clavulánico 500/250 mg cada 8 horas, Amoxicilina 500 mg cada 8 horas , Trimetropin/sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas (en el primer trimestre puede ocasionar riesgo de teratogenicidad y tampoco en el tercer trimestre por el riesgo de kernicterus.²⁹

Se debe realizara un urocultivo de control después de 1 a 2 semanas de terminado tratamiento y en pacientes gestantes con episodios recurrentes de bacteriuria recibirán uso continuo de nitrofurantoína 100mg antes de acostarse por el resto del embarazo.³⁰

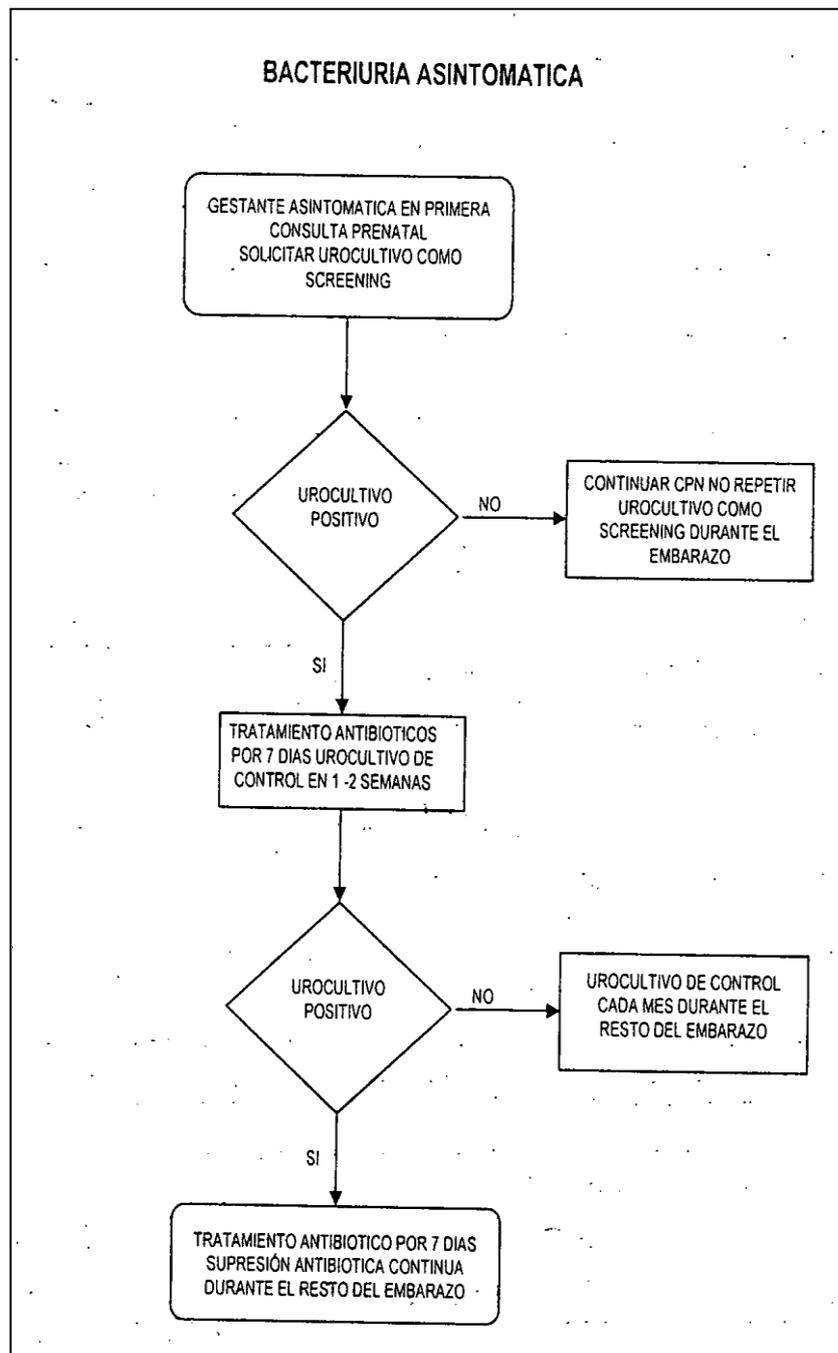
En cuanto al manejo para una pieonefritis en hospitalización primeramente tenemos que realizar la exploración obstétrica (monitoreo de latidos cardiacos fetales, tacto vaginal, evaluar presencia de dinámica uterina), evaluar estado general y monitorización continua de las funciones vitales, solicitar una ecografía y exámenes de laboratorio. Luego realizar la hidratación parenteral hasta lograr

una diuresis mayor a 30 ml por hora, también el balance hidro-electrolítico, se recomienda el uso de antipiréticos si la temperatura es mayor de 38.5 °C.

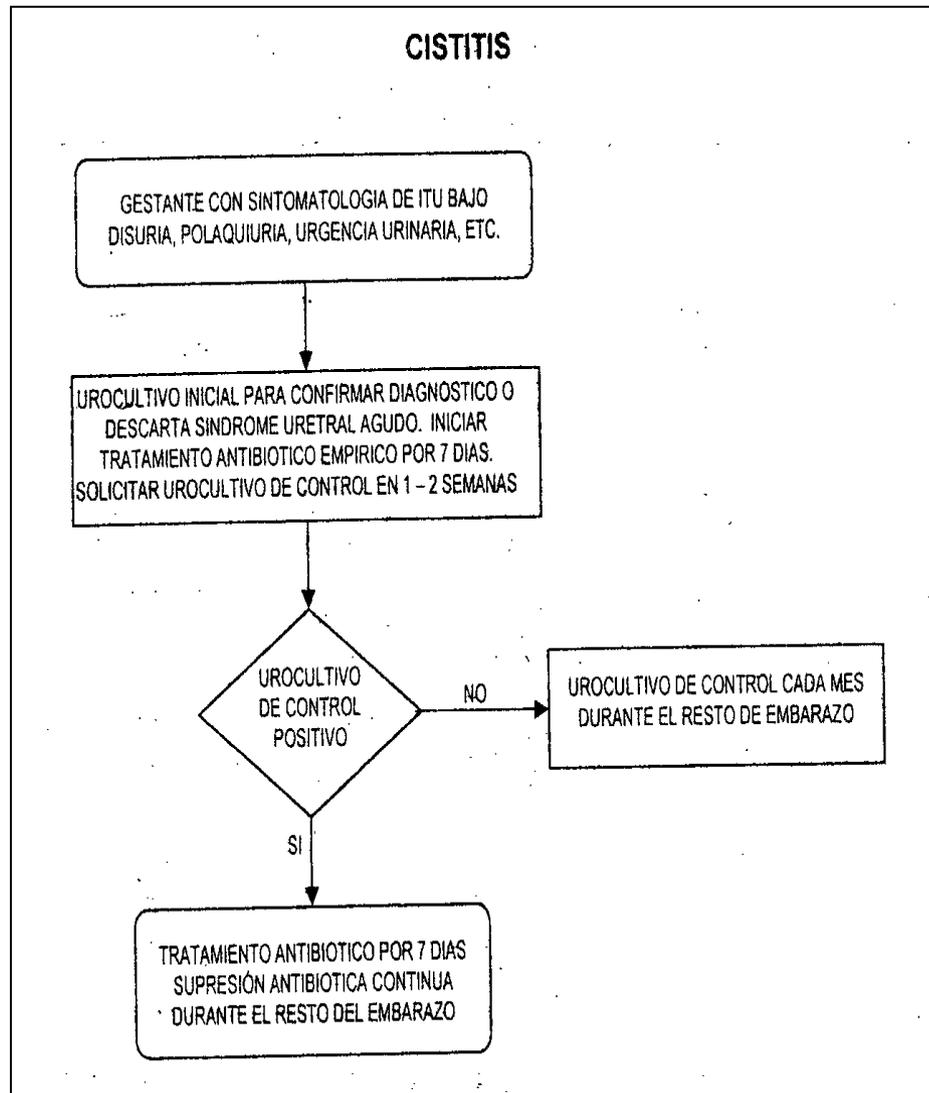
Entre los antibióticos frecuentemente utilizados están:

Ceftriaxona 1 a 2gr por vía endovenosa cada 24 horas , Cefazolina 1 a 3 gr por vía endovenosa cada 6 a 8 horas, Amikacina 15 mg/kg/día por vía endovenosa, Cefazolina 1 a 2 gr por vía endovenosa cada 9 horas más Gentamicina 3 mg/kg/día por vía endovenosa.

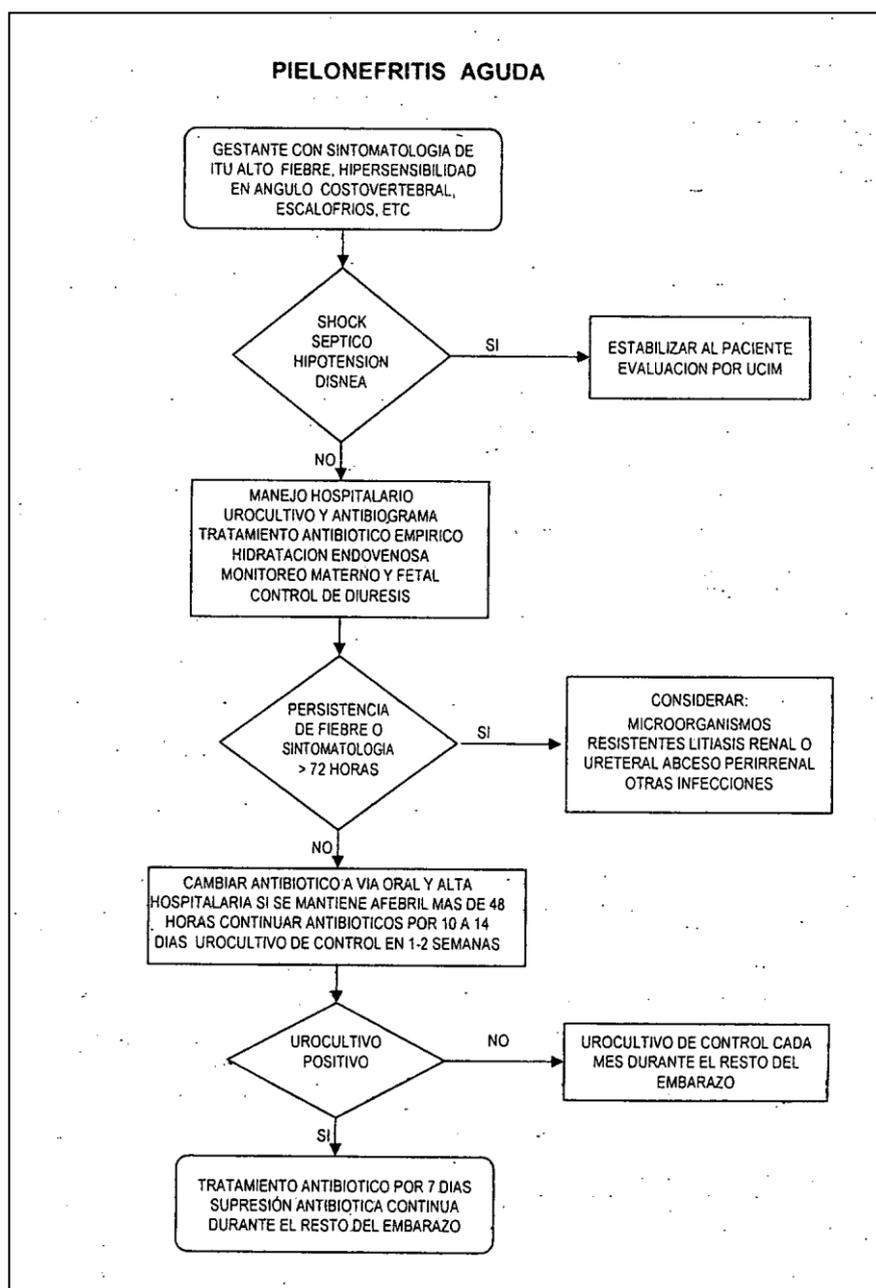
Si los síntomas y la fiebre continúan más de 72 horas considerar la resistencia bacteriana u otras infecciones. Si esta afebril por más de 48 horas se debe cambiar antibiótico a vía oral y posible alta .³⁰



Fuente: Guía clínica en Obstetricia y Perinatología (INMP, 2014)



Fuente: Guía clínica en Obstetricia y Perinatología (INMP, 2014)



Fuente: Guía clínica en Obstetricia y Perinatología (INMP, 2014)

1.4.5 Embarazo en adolescente

La inmadurez fisiológica en una gestante adolescente hace que presente muchos riesgos razones por la cual son propensas a diversas enfermedades que se clasifican de acuerdo al periodo de embarazo. El aborto, las infecciones urinarias y la anemia destacan en la primera mitad del embarazo y trastornos hipertensivos, hemorragias, baja ganancia de peso, parto pretérmino y la ruptura de membranas destacan en la segunda mitad del embarazo.³¹

1.4.5.1 Un problema de salud pública en el Perú

En cuanto a las características del embarazo en adolescentes en nuestro país se indica que la tasa fecundidad en dicho grupo no se ha reducido en comparación con la tasa de fecundidad global y que estadísticamente el porcentaje de embarazo en adolescentes se mantiene.³²

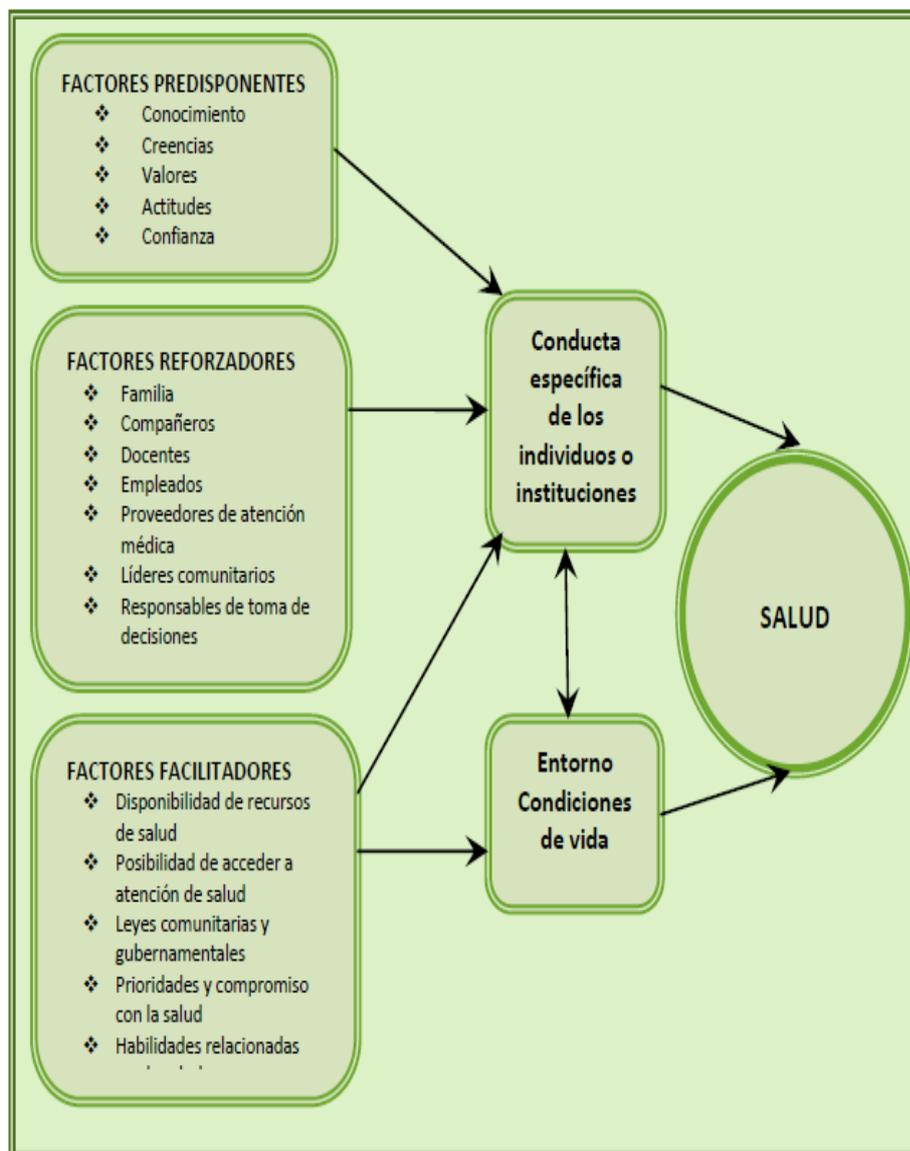
Se considera un problema de salud pública porque de acuerdo al ENDES 2014 la prevalencia de gestantes adolescentes es mayor en mujeres con bajo nivel educativo, mujeres que residen en la selva, mujeres con quintil de riqueza inferior, mujeres que viven en el área rural como zonas metropolitanas del Perú, así como Trujillo, Lima, Callao, Piura.

1.4.5.2 Prevención del embarazo en adolescentes

Para lograr cambios en el perfil epidemiológico de nuestro país la adolescencia es una etapa en la cual se puede realizar cambios culturales, por eso es importante invertir en la salud de los adolescentes fomentando el desarrollo de capacidades y la promoción del capital humano.³²

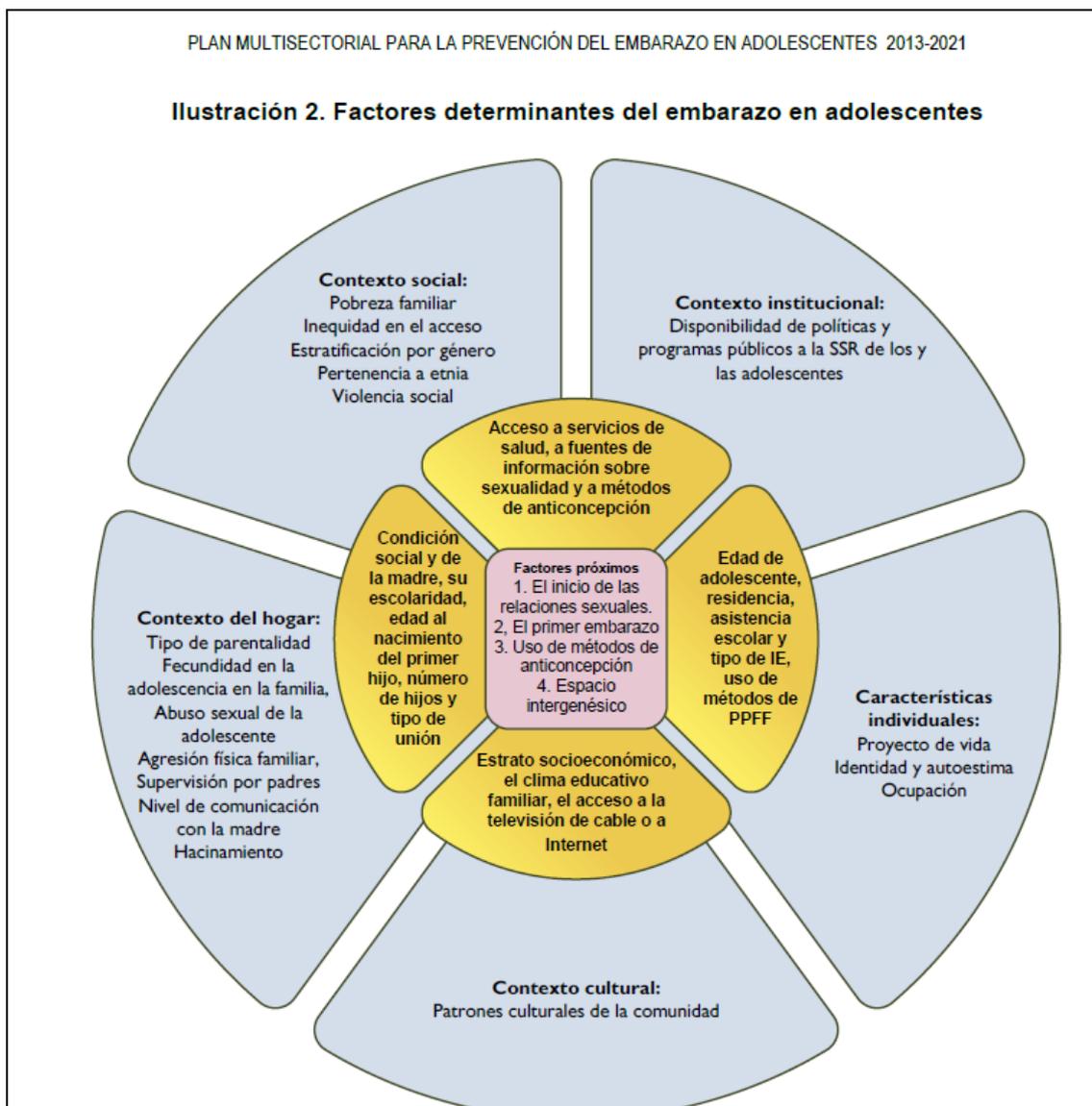
Una valiosa contribución es el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, ya que es una oportunidad para cumplir con los objetivos y metas comprometidas en la Cumbre del Milenio con mayor interés en el Objetivo 5, de esa manera se puede lograr que más de adolescentes tengan mayor equidad al acceso de salud como en el desarrollo, logrando mejorar su calidad de vida.³²

Ilustración 1.
Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la salud



Fuente: MINSA-2013

Ilustración 2. Factores determinantes del embarazo en adolescentes



Fuente: MINSA-2013

CAPITULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.1.1 INTRODUCCIÓN

La infección urinaria es una enfermedad muy frecuente en el embarazo en adolescente y el principal causante de la amenaza de parto pretérmino, en el siguiente caso clínico analizaremos la importancia que tiene la prevención para evitar un parto prematuro. Según estudios anteriores se indica que una amenaza de parto pretérmino no detectada oportunamente y tratada correctamente puede conllevar a un parto pretérmino, elevando la tasa de morbi-mortalidad materno neonatal.

Con el presente caso clínico se busca aportar que los factores antes mencionados son prevenibles desde los primeros niveles de salud haciendo énfasis en la población adolescente donde se pueden lograr muchos cambios.

2.1.2 OBJETIVOS

- Determinar la importancia de la infección de tracto urinario como factor causal de parto pretérmino en gestantes adolescentes.

- Reforzar la búsqueda de factores predisponentes de infección de tracto urinario durante la atención prenatal.
- Detectar precozmente los factores de riesgo y realizar un manejo adecuado para evitar mayores complicaciones materno - perinatales.

2.1.3 TÍTULO:

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO CAUSA DE PARTO
PREMATURO EN SEGUNDIGESTA NULIPARA ADOLESCENTE EN
HOSPITAL DEL NIVEL III**

2.1.4 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS:

12 de mayo 2012

18:10 horas

Paciente de 18 años, estado civil soltera, ocupación ama de casa, ingresa a emergencia por pérdida de líquido que moja sus piernas con olor a “huevo podrido” desde hace +- 5 horas (13:00) No SV. No signos de irritación cortical.

Percibe movimientos fetales.

Antecedentes importantes: TBC:Padre

G2 P 0010 FUR: 22-10-11 EG: 29 semanas CPN: 02

Ecografía obstétrica: GUA 13.2 ss por BF (19/01/12)

EXAMEN FISICO GENERAL:

T°: 37°C PA: 110/70 mmHg FC: 72 x min FR: 21x min

Peso: 55 kg Talla: 1.55 m

Estado general y sensorio: Normal

EXAMEN GINECOLÓGICO:

GE y BUS: evidencia de PLA. Vagina: no sangrado

Cérvix: posterior, lateralizado a la izquierda, OCE entreabierto.

Especuloscopia: evidencia de líquido claro, no mal olor.

EXAMEN OBSTÉTRICO:

AU: 24 cm LCF: 144 DU: (-) Feto único en LCD

Tacto vaginal: D: 0cm I: 0% AP: -4 VP: NSP M: rotas LA: claro

Pelvimetría: adecuada

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Segundigesta nulípara de 29 sem x FUR
2. No trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membranas de +- 5 horas

PLAN DE TRABAJO:

SS: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo s. y factor, VIH, VDRL, examen de orina, glucosa, urea, creatinina, ecografía obstétrica.

TRATAMIENTO:

1. DC + LAV
2. NaCl 9‰/oo 1000cc. 500 a chorro, luego XXX gts?

3. Cefazolina 1g EV cada 6h
4. CO: DU + LCF
5. Reevaluación con resultados
6. Betametasona 12 mg IM cada 12 h

22:15 horas

Paciente refiere pérdida de líquido abundante, no contracciones uterinas, percibe movimientos fetales.

Al examen:

LCF: 139 x' DU: (-) SPP: LCD

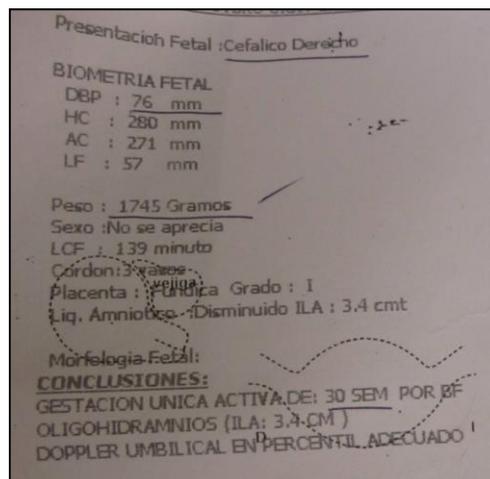
TV: cérvix posterior, cuello largo AP: -4 M: rotas LA claro, no mal olor.

Exámenes auxiliares:

Hb: 9.2 g/dl leuc: 9620 abastionados: 0% plaq: 307 000 Fb: 478

TP: 12.3 TTP: 27.7 Glucosa: 98 Creat: 0.64 G y F: "O" + Orina: Leuc: 20-30 /c

Ecografía: GUA 30 ss ILA 3.4cm PF: 1745, placenta fúndica grado I, doppler en percentil adecuado.



Fuente: Historia clínica del Hospital nivel III

Dx:

1. Segundigesta nulípara de 29 ss x Eco I° T
2. No trabajo de parto
3. RPM pretérmino 9h
4. ITU
5. Oligohidramnios.
6. Anemia leve
7. ARO: adolescente

Plan: se hospitaliza por indicación médica, control ecográfico por medicina fetal y llevar orden de I/C a Neonatología.

Rp: el mismo

HOSPITALIZACIÓN

13 de mayo 2012 (DH-1) 09:45 horas

EXAMEN GINECOLÓGICO:

GE y BUS: evidencia de PLA. Vagina: no sangrado

Cérvix: posterior, lateralizado a la izquierda, OCE entreabierto.

Especuloscopia: evidencia de líquido claro, no mal olor.

EXAMEN OBSTÉTRICO:

Abdomen: 24 cm LCF: 144 DU: (-) Feto único en LCD

Tacto vaginal: D: 0cm I: 0% AP: -4 VP: NSP M: rotas LA: claro

Pelvimetría: adecuada

IDX:

1. Segundigesta nulípara de 29 ss x FUR
2. No trabajo de parto

3. RPM prolongado (20 h aprox)
4. ITU
5. Oligohidramnios x Eco (3.4)
6. Anemia leve (9.2)
7. ARO:adolescente

Rp:

1. Cefazolina 1g Ev c/6h
2. Betametasona 12 g IM c/24 h (completar 2da dosis)
3. CO (DU+ LCF)
4. CFV
5. Reposo absoluto
6. TV diferido
7. NaCl 9^o/oo 1000 cc > XV gotas'

14 de mayo 2012: (DH2) TV diferido, Dx el mismo y Rp el mismo

SS: I/C con Psicología

FECHA: 14/05/12 HORA:		HEMOGRAMA	
Leucocitos	10,430 p.m.s	Hemoglobina	9.1 g%
Hemates	p.m.c	Hematocrito	28 %
FORMULA		OBSERVACIONES	
Eritros	%	microcitos (H)	
Mielocitos	%	macrocitos (H)	
Neutrofilos Juvenil	%	Hipersegmentación nuclear (H)	
Abastados	%		
Segmentados	%		
Eosinofilos	%		
Basofilos	%		
Mastocitos	%		
Linfocitos	%		
Linfocitos Atipicos	%		

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

Fuente: Historia clínica del Hospital nivel III

10:00 horas INFORME PSICOLÓGICO

Antecedentes traumáticos o significativos

- Paciente proviene de padres separados, dinámica familiar disfuncional.
- Perdida de la relación afectiva en la infancia.
- Inicio sexual desde los 14 años por consentimiento de ambas parejas
- Internada en casa de rehabilitación por consumir terokal y trabajadora sexual.
- Actualmente vive con madre.
- Metas no definidas

15 de mayo 2012: (DH3) el mismo

13:35 horas

Retorna de Medicina Fetal con resultado Eco Doppler.

IDX: Gestación de 29 ss + Doppler normal + oligoamnios moderado (ILA:3 cm)

16 de mayo 2012: (DH4) Dx el mismo

Rp: Cefalexina 500 mg c/6h VO, Feranin 1 amp + hepabionta 1 amp IM diario por 3 días

SS: nuevo hemograma, PCR y orina.

Resultado de exámenes de laboratorio:

PCR: 8.82 Leucocitos: 11.300 Abastionados: 02% Hb: 9.4 g%

Orina: Leucocitos: 10-12 x campo

17 de mayo 2012

00:45 horas Equipo de guardia

FV: normales DU: 1/10' + 30'' TV diferido

Dx: Segundigesta nulipara de 30 ss x Eco IIT

RPM

APPT

ARO:adolescente

Plan: continuar indicación de Feranin y Tocólisis VO

Rp: Nifedipino 20 mg VO c/20' luego 10 mg c/ 6h

NaCl 9‰/oo 1000cc > 500 cc a chorro luego 60 gotas/min

07:05 horas (DH-5)

Útero: tono normal TV: cérvix posterior, blando, permeable 1 dedo I: 80% AP: -3

Dx:

1. Segundigesta nulipara de 30 ss x Eco II trim
2. APPT en remisión
3. RPM prolongado (5 días)
4. Anemia leve
5. ARO:adolescente

Plan: tocólisis VO

Rp: DC + LAV

Cefalexina 500 mg VO c/ 6h

NaCl 9‰/oo 1000cc > XXX gts'

Feranin 1 amp + hepabionta 1 amp IM diario

Reposo absoluto

CO: DU + LCF y CFV

Paracetamol 500 mg 01 tab condicional a cefalea

12:45 horas

Paciente refiere CU más frecuentes y de mayor intensidad DU: 1/10' ++ 20''

TV: cérvix posterior, blando, permeable un dedo. I: 80% AP: -3

Dx:

1. Segundigesta nulipara de 30 ss x Eco II trim
2. APPT
3. RPM prolongado
4. Anemia leve
5. ARO:adolescente

Rp: 1. DB+ LAV

2. NaCl 9‰/oo 1000cc > 500 cc a chorro luego XXX g'
3. Feranin 1 amp + hepabionta 1 amp IM diario
4. Reposo absoluto
5. CO: DU + LCF
6. CFV
7. Pasa a CO para tocólisis EV

CENTRO OBSTÉTRICO

PRIMER INGRESO A CENTRO OBSTÉTRICO

NOTA DE OBSTETRICIA

13:28 horas

Ingresar paciente con Dx: Segundigesta nulipara de 30 ss x Eco II trim, RPM prolongado- anemia leve

Al examen:

Piel: palidez moderada Mamas: no secretantes

Abdomen: AU: 24 cm ocupado por feto único en LCD LCF: 132 x' DU: 2/10'
15''

GE: TV diferido

Se espera evaluación médica

Se inicia MEF

Trazado listo para su lectura

14:15 horas

Se inicia tocólisis NaCL 9°/oo 500cc + 10 amp de isoxuprine

15:15 horas LF: 142 x' DU (-)

16:15 horas paciente con cefalea y nauseosa, se comunica a R1.

17:00 horas se aplica Metoclopramida EV lento y diluido, indica MR1 en forma verbal.

18:00 horas se aplica Cefazolina 1g EV, evalúa Dra. Indica retorno a su servicio por trazado negativo.

15:39 horas NOTA DE INGRESO MÉDICO

Se ingresa paciente de hospitalización para tocólisis. Pérdida de líquido hace 5 días. Niega SV, percibe movimientos fetales.

Examen físico: FV:normales

Abdomen: AU: 24 cm SPP:LCD LCF: 138x' MF: ++ CU: 1/10' ++ 15''

TV: cervix posterior, blando, dehiscence 1 dedo, AP: -4

Dx: Segundigesta nulipara de 29 ss x Eco I trim

RPM pretérmino prolongado.

Plan: tocólisis EV,ATB

Rp:

1. NaCl 9‰/oo 500 cc y Isoxuprine 10 amp > X gts' regulable
2. MEF permanente
3. CO: DU+ LCF
4. CFV
5. Reevaluación cada 3h
6. Cefazolina 1g EV c/6h

17:45 horas (Evaluación médica)

LCF: 140 x' MEF: línea de base: 140 latidos Variabilidad: > 10 latidos

Aceleraciones: presentes Desaceleraciones: ausentes C.U: ausentes

Dx: Segundigesta nulipara de 29 ss x Eco I trim

APPT en remisión

RPM pretérmino prolongado

Plan: tocólisis oral y cobertura antibiótica

Rp:

1. Dieta completa + LAV
2. Cloruro de sodio 9‰/oo 500cc + isoxuprine 10 amp > X gts' reducir gradualmente hasta suspender.
3. Cefazolina 1g EV c/6h
4. CO (DU + LCF)
5. Nifedipino 10 mg VO c/8h
6. CFV
7. CSV

8. Pasa a servicio

HOSPITALIZACIÓN

NOTA DE OBSTETRICIA

18:10 horas

Paciente regresa de CO. Refiere no tener contracciones uterinas al momento. Trae vía permeable con isoxuprine a X gotas'/constante.

LCF: 136 x' DU (-) LA claro recibió Cefazolina 1 g EV en CO.

18:30 horas Feranin 1 amp IM + Hepabionta 1 mg IM LCF: 134x' DU (-)

18 de mayo 2012

00:00 horas

LF:140 x' DU (-) PLA (+) SV (-) , se administra Cefalexina 500 mg VO

06:00 horas

LF: 138 x' DU (-) PLA (+) SV(-) , se administra Cefalexina 500 mg VO

17:50 horas Se administra Feranin 10 mg IM

18:00 horas Se administra Hepabionta 1 amp IM y Nifedipino 10 mg VO

22:00 horas Metoclopramida 1 amp EV diluida.

19 de mayo 2012

00:00 horas Nifedipino 10 mg VO DU: esporádica

01:00 horas LCF: 139 x' DU: 1-2/10' se perfonea a médico de guardia.

01:45 horas evalúa Dr. y pasa a CO para Tocólisis EV

01:55 horas pasa a CO

SEGUNDO INGRESO CENTRO OBSTÉTRICO

03:20 horas EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente reingresa del Servicio para atención de Tocólisis por APPT y RPM 7 días. Refiere contracciones uterinas cada 5’.

FV: PA: 90/60 FC: 82 FR: 18 T: 37

DU: 2/10’ + 30’’

GU: TV: D: dehiscnete 1 dedo I:70% AP: -3 M: rotas LA claro

IDX:

1. Segundigesta nulípara de de 30 ss x Eco IT
2. APP
3. RPM pretérmino prolongado +/- 7 días
4. ITU
5. ARO:adolescente

Plan: tocolisis EV y ATB

Rp:

1. Cloruro de sodio 9‰ 500cc + isoxuprine 10 amp > X gts’
2. Cefazolina 1g EV c/6h
3. CO (DU + LCF)
4. Reevaluación 3-4h

06:50 horas IDx: El mismo Plan: el mismo

09:20 horas

Paciente refiere dolor en hipogastrio, niega otras molestias actualmente con isoxuprine a X gts’. DU: 2/10 + 20’’

Dx: el mismo **Plan:** el mismo **Rp:** el mismo

12:20 horas

Tranquila, refiere CU frecuentes, al no ceder CU se decide cambiar de tocolítico.

Hb: 8.4 Leuc: 16 160 Seg: 89% PCR: 37.6

PA: 113/60 FC: 87 TV: D: 1cm I:80% AP: -3 M:R LA claro

Dx: el mismo + Anemia moderada

Rp:

1. Cloruro de sodio 0.9% 500cc
2. Sulfato de magnesio 5 amp> pasar 60 cc en 20' luego 20cc por hora.
3. Cefazolina 1 g EV c/ 6h
4. Gentamicina 80 mg EV c/8h
5. Reposo absoluto
6. Control diuresis horaria
7. I/C neonatología

NOTA DE OBSTETRICIA

02:25 horas

Abdomen: DU 3/10 ++ 45'' Se pasa cloruro de sodio 0.9% 500 cc a chorro

02:30 horas

Se inicia tocólisis EV con NaCl 0.9% 500 cc + 10 amp isoxuprine a X'gotas para lo cual se coloca la bomba de infusión.

Se coloca multiparámetro: PA: 95/67 P: 79 T: 38.2

Control de tocólisis se realiza en hoja correspondiente.

03:20 horas paciente es evaluada por MR1.

03:40 horas se aplica Cefazolina 1g EV diluido lento

04:20 horas se mantiene a 40 gts' por una hora debido a que no se presentó DU

05:00 horas se pasa a 30 gts'

06:00 horas se pasa a XX gts' PA: 95/50 P: 101 T:37°C LF: 140-144 x' DU: ausente. Se observa PLA en escasa cantidad.

06:30 horas se inicia trazado. Observándose CU: disminuida.

07:00 horas paciente gestante queda con acentuación en 10 gts', se saca muestra para análisis, recoger resultados dentro de una hora aproximadamente.

PA: 95/67 mmHg FC: 90 x' LF: 136-138 x' DU: ausente PLA (no se observa) SV(-) Diuresis(-), es evaluada por MR1 .

07:05 horas Se encuentra paciente gestante con Dx: Segundigesta nulípara de 30 ss x ECO IT + APPT +RPM + ITU + Anemia leve ARO: adolescente

Al examen: paciente en ABEG, LOTEPE, no refiere molestias. PA: 95/67 P:90 T: 37

Mantiene infusión de tocólisis EV, NaCl 0.9% 500 cc + Isoxuprine 10 amp, pasando actualmente X gts' 100 ccpp LCF: 152x' a la palpación se constata que aún persiste DU y se reinicia trazado MEF, se le solicita a MR1 nueva reevaluación médica por MAG.

07:35 horas Se presenta el caso a cambio de guardia de médicos residentes.

08:00 horas LCF: 146x' DU 1-2/++/30"

09:20 horas Evalúa MR3, realiza tacto vaginal.

Paciente refiere sensación nauseosa y no desea desayunar.

09:25 horas termina evaluación médica

09:30 horas se continúa nuevo frasco con tocólisis EV conforme indicaciones médicas, control en hoja respectiva.

09:40 horas se administra Cefazolina 1g EV diluido lento

10:00 horas LCF: 136x' paciente en control

11:30 horas paciente controlada por MAG, se envió I/C a Neonatología

12:45 horas paciente con indicación de Tocólisis con sulfato de magnesio, se suspende infusión con isoxuprine.

13:00 horas se inicia tocólisis con sulfato de magnesio 05 amp en 500 cc cloruro de sodio. Control en hoja respectiva, se le brinda almuerzo + 200cc de agua.

13:15 horas se le brinda almuerzo, diuresis 100 cc

13:45 horas se inicia dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio.

14:30 horas paciente tranquila LCF: 140x' DU ausente diuresis 100cc

15:00 horas paciente recibe visita de su familiar (hermano)

15:45 horas Evalúa MR1 LCF: 135 x' DU (-)

16:00 horas termina evaluación médica, se le solicita evaluación por el mismo MAG, diuresis 200cc

16:20 horas trae historia firmada por MAG, con la indicación que pase a Servicio.

16:50 horas paciente pasa a Servicio en BEG, LOTEPE, tranquila diuresis 500 cc
PA: 102/60 P: 83x' T: 37°C LCF: 142x' DU (-) PLA (-) SV (-)
Mantiene tocólisis EV infusión de sulfato de magnesio 05 amp en 500 cc de NaCl 9‰, pasando actualmente dosis de mantenimiento X gts'

HOSPITALIZACIÓN

17:25 horas

Paciente ingresa al servicio procedente de CO, en camilla, con vía y volutrol 30 ccpp. Refiere presentar contracciones uterinas frecuentes. DU: 3/10' ++ 25" LCF: 152x'

17:30 horas se perfonea a médico de guardia, quien refiere vendrá a evaluar paciente.

17:45 horas NaCl 9‰ 1000cc vía, diclofenaco 75 mg IM.

17:50 horas Pasa a CO para reevaluación médica.

TERCER INGRESO A CENTRO OBSTÉTRICO

EVOLUCIÓN MÉDICA

18:31 horas Paciente refiere dinámica uterina.

DU: 1/10 ++ 20" TV: D: 1cm I: 90% AP:-3

Idx: el mismo

Rp:

1. Cloruro de sodio 0.9% 500cc
2. Sulfato de magnesio 5 amp> pasar 60 cc en 20' luego 20cc por hora.
3. Ceftriaxona 2g EV c/ 24h
4. Clindamicina 600 mg EV c/ 8h
5. Gentamicina 80 mg EV c/8h
6. CO: DU + LCF
7. CFV
8. Reevaluación en 3h

20:02 horas

Hb: 8.6 Hto:27 leucocitos: 17. 270 PCR: 53

Formula leucocitaria: abastoados: 02%, segmentados 77%, eosinófilos: 0

basofilos: 0, linfocitos: 16%, monocitos: 05%

21:05 horas No remiten las CU:

PA: 105/60 FC:80 T:37 DU: 2/10 20'' ++ TV: D: 4cm I: 100% AP: -1 M: rotas

Dx:

1. Segundigesta nulipara de 30 ss
2. TPPT
3. ITU
4. RPM pretérmino prolongado
5. Probable coriamnionitis

Plan: cesarea

21:15 horas pasa a SOP

Hora de inicio: 21:49 horas

Hora fin: 22:55 horas

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

1. Segundigesta nulípara de 30 semanas
2. Trabajo de parto pretérmino
3. Infección de las vías urinarias en el embarazo
4. RPM e inicio del trabajo de parto después de 24 horas.

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

El mismo.

HALLAZGOS:

Placenta: ubicación placenta: fúndica.

LA: claro, cantidad disminuida, olor: no mal olor.

RN: vivo

Sexo: femenino

Peso: 1568 g

Talla: 44 cm

Apgar: 8-9

Estudio patológico: placenta.

23:15 horas Post operatorio inmediato

1. NPO
2. NaCl 9‰ 1000 cc + Oxitocina 30 UI (XXX gts x`)
3. Ceftriaxona 2g Ev cada 24 h
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Gentamicina 80 mg Ev cada 8 h
6. Metamizol 1.5 g EV cada 8 h
7. CFV + CSV

HOSPITALIZACIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICA

20 de mayo 2012 <PO1>

Asintomática.

Abdomen: b/ distendido RHA(+) no VSM leve dolor a la palpación, útero contraído, HO cubierta con gasas secas.

GE: loquios hemáticos escasos

Dx:

1. Post cesareada por Corioamnionitis
2. ITU
3. Anemia moderada

4. Antecedente de RPM pretérmino prolongado

Plan:

1. DC + LAV (tolerancia oral)
2. Paracetamol 500 mg VO c/8h
3. Ceftriaxona 2g EV c/24 h
4. Clindamicina 600 mg EV c/8h
5. Gentamicina 80 mg EV c/8h
6. CFV

NOTA DE OBSTETRICIA

02:30 horas

Paciente regresa al servicio procedente de sala de recuperación cesareada por:
RPM – Parto pretérmino - ITU.

Al examen:

AREG-LOTEP

Con vía permeable NaCl 9‰/oo 1000cc + 20 UI oxitocina. 800ccpp

FV: PA: 110/60 P: 72x' T: 37.4°C

Adomen: B/d útero contraído AU: 15 cm

GE: loquios hemáticos escasos, no mal olor.

02:50 horas clindamicina 600 mg EV

TURNO DÍA

Post operada de 9 horas (cesarea por Tde PP, RPM prolongado) ITU + anemia moderada

En AREG, LOTEP, asintomática, se encuentra con vía salinizada.

Al examen: PA: 110/60 P: 64 x' T: 36.6°C

Mamas: B/ no secretantes

Abdomen: b/d útero contraído a 18 cm, apósitos limpios en HO

GE: loquios escasos.

Queda en observación y control en espera de visita médica.

23 de mayo del 2012

Puérpera es dada de alta con indicaciones de antibioterapia VO, consejería en Planificación familiar y recomendaciones de acudir a su centro de salud ante cualquier signo de alarma.

CAPÍTULO III

3.1 DISCUSIÓN

- En el presente caso no se indicó el alto riesgo obstétrico debido al riesgo social que presentó la paciente ya que era trabajadora sexual.
- En la historia clínica solo se observa un reporte de la interconsulta con Psicología durante todo el tiempo que estuvo hospitalizada, siendo insuficiente para un cambio de conducta.
- En cuanto al tratamiento médico que se realizó en el hospital fue el adecuado que de acuerdo a las normas.
- La presencia de infección urinaria en el embarazo repercute en la salud del neonato y de la propia gestante.

3.2 RECOMENDACIONES

- Enfatizar a paciente la importancia de acudir a sus atenciones prenatales, realizarse los exámenes de laboratorio para la detección temprana que va conllevar al bienestar materno y fetal.
- Las gestantes que presentan infecciones urinarias a repetición deben de recibir atención por obstetricia de alto riesgo y manejo ginecológico de acuerdo a los niveles de resolución.
- Prevenir el embarazo en adolescente indica que se tiene que realizar más proyectos para brindar educación en Salud Sexual y Reproductiva en los diversos espacios como colegios, centro de salud, universidades, etc
- Educar a la población gestante, familia y entorno a identificar cualquier señal de peligro del embarazo para que acudan al establecimiento de salud más cercano.
- Mejorar las competencias profesionales mediante capacitaciones del servicio permanente, eso nos permitirá identificar más prontamente los factores de riesgo.
- Implementar a todos los establecimientos de salud el consultorio diferenciado para adolescentes.

3.3 CONCLUSIONES

- El principal factor de riesgo para el parto pretérmino en la embarazada adolescente son las infecciones urinarias, por ello se sugiere capacitaciones constantes para la detección oportuna y el tratamiento correcto para reducir el índice de morbilidad materno neonatal.
- La adolescencia es una etapa en la que se puede lograr cambios y como obstetras debemos solicitar más capacitaciones dirigidas en sexual y reproductiva en la adolescencia para prevenir y salud disminuir el índice de embarazo en adolescentes.
- Invertir en la salud de los adolescentes significa el desarrollo de sus capacidades y la promoción del capital humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. ReturetaS, RojasL, ReturetaM. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes .Revista Medisur de Cuba.2015;13(4).
2. ENDES. INEI-2015.2014.
3. RodríguezI, SalazarM, JiménezV, Del RosarioJ, MorillosD.Prevalencia de bacteriuria asintomática en gestantes atendidas en el puesto de salud “San Martín”.Revista de la Facultad de Ciencias Biológicas de Trujillo.2011;31(2).
4. UgaldeD, HernándezMG, RuízMA, VillarealE.Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para el parto pretérmino en adolescentes.Revista chilena de Ginecología y Obstetricia.2012;77(5):338-341.
5. RodríguezDR, MoralesVF, EscuderoRB, ArevalosDJ, CabreraLA.Factores de riesgo asociados a parto pretérmino.2011-2013.Revista de la Universidad César Vallejo-Scientia;2014:6(2).
6. CamposT, CanchucajaL, GutarraR.Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes.Revista peruana de Gineco-Obstetricia.2013;(59):267-274.
7. Espinoza,J.Fisiopatología del síndrome del parto pretérmino.Revista peruana de Gineco-Obstetricia.2008; (54):15-21.
8. IllescasJA.Factores de riesgo clínicos y prevención del parto.Revista peruana de Gineco-Obstetricia.2008; (54):11-14.

9. AcostaJE, RamosMA, ZamoraLM, MurilloJ. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes con amenaza de parto pretérmino.Revista Gineco-Obstetricia de México.2014;(82):737-743.
10. GiraldoPC, AraújoE, JuniorJE, Gomes do AmaralRL, PassosM, Goncalves AK.The Prevalence of Urogenital Infections inPregnant Women Experiencing Preterm and Full-Term Labor.Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. Article ID 878241.2012; 4 pages.
11. GenesVB.Factores de riesgo asociados al parto pretérmino.Revista Nacional de Itauguá.2012; 4(2):8-14.
12. ManriqueR, RiveroA, OrtunioM, RivasM, CardozoR, GuevaraH.Parto pretérmino en adolescentes.Revista Gineco-Obstetricia deVenezuela.2008; 68(3):144-149.
13. AlvarezG, EchevarríaJ, GarauA, LensV. Infección urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica.Revista de Posgrado de la 20 a VIa Cátedra de Medicina.2006;(155).
14. PanduroJ, JiménezP, PerezJ, PanduroE, PerazaD, QuezadaN. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales.Revista mexicana de Ginecología y Obstetricia.2012;80(11):694-704.
15. MINSA.Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Trabajo de Parto Pretermino y Trabajo de Parto Pretérmino.Lima-Perú;2010.
16. LealM, GiacomínL. Predictores de parto pretérmino en adolescentes. Acta médica costarricense.2015;57(1).

17. GaryCunninghamF.Parto prematuro. William Obstetricia 23va edición: Mcgraw-Hill. ;2011.p.810-814.
18. MINSAL.Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro.Santiago-Chile;2010.
19. Instituto Mexicano del Seguro.Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. México;2010.
20. DelzellJ, LefevreM. Pracitcal Therapeutics: Urinary Tract Infections during Pregnancy.American Family Physician-Columbia.2016; 61(3): 713-720.
21. Elservier.Infeccion urinaria y gestacion.Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.2013; 56(9):489-495.
22. ChirinosR.Infecciones del tracto urinario en embarazadas con amenaza de parto pretérmino [Tesis de Postgrado de Obstetricia y Ginecología]. Venezuela;2014.
23. PavónNJ.Diagnóstico y tratamiento de infección de las vías urinarias en embarazadas que acuden a emergencia y consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en Managua, Nicaragua.Revista de Perinatología y Reproducción Humana-Nicaragua.2013; 27(1):15-20.
24. SmaillF, VasquezJ.Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo.Revisión Cochrane traducida;2015.
25. BogantesJ, SolanoG. Infección urinaria en el embarazo. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010;233-236.

26. VallejosC, LópezM, EnríquezM, RamírezB.Prevalencia de infecciones de víasurinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla.Enfermedades Infecciosas y Microbiología.2010;30(4).
27. EstradaA, FigueroaR, VillagranaR. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada.Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación.Revista Mexicana de Perinatología y Reproducción Humana.2010; 24(3):182-186.
28. INMP.Amenaza de parto prétermino:En Guias de practica clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología;2014.p.106-114.
29. ShrimA., GarciaF, KorenG.Pharmaceutical Agents and Pregnancy in UrologyPractice.Elservier-UrologicClinic of North America.2007;(34):27-33.
30. MacejkoA, SchaefferA.Asymptomatic Bacteriuria and Symptomatic Urinary Tract Infections During Pregnancy.Elservier-Urologic Clinics of North America.2007; (34):35-42.
31. VallejoJ.Embarazo en adolescentes,complicaciones.Revista médica de Costa Rica y Centroamericana.2013;LXX(605):65-69.
32. MINSA.Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescente para el periodo 2013-2021.Perú;2013.