



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“PARTO PREMATURO Y FACTORES DE RIESGO EN
GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL NIVEL III
- CALLAO 2017”**

PRESENTADO POR

HERNÁNDEZ CABEZUDO DELIA YSABEL

ASESOR

MG. SANDRA DORIS CASANOVA GOMEZ SANCHEZ

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

MOQUEGUA-PERÚ

2019

ÍNDICE

| | |
|--------------------------|----|
| INDICE DE CONTENIDO..... | i |
| RESUMEN..... | iv |

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

| | | |
|-----|---------------------------------------|----|
| 1.1 | Descripción del Problema..... | 1 |
| 1.2 | Justificación..... | 4 |
| 1.3 | Marco Teórico | 5 |
| | 1.3.1 Antecedentes..... | 5 |
| | a. Internacionales..... | 5 |
| | b. Nacionales..... | 6 |
| | 1.3.2 Bases Teóricas | 8 |
| | a. Definición de Parto Prematuro..... | 8 |
| | a.1 Frecuencia..... | 9 |
| | a.2 Clasificación..... | 9 |
| | a.3 Etiología..... | 10 |
| | a.4 Factores de riesgo..... | 11 |
| | a.5 Diagnóstico..... | 14 |

| | |
|--|----|
| a.6 Manejo | 17 |
| a.7 Pronóstico..... | 21 |
| a.8 Complicaciones..... | 22 |
| a.9 Prevención..... | 22 |
| b. Embarazo Múltiple..... | 24 |
| b.1 Definición..... | 24 |
| b.2 Frecuencia..... | 24 |
| b.3 Morbilidad y Mortalidad..... | 24 |
| b.4 Factores de riesgo..... | 25 |
| b.5 Diagnóstico..... | 25 |
| b.6 Manejo | 26 |
| c. Infección del tracto urinario en la gestante..... | 27 |
| c.1 Definición..... | 27 |
| c.2 Prevalencia..... | 28 |
| c.3 Etiología..... | 28 |
| c.4 Fisiopatología..... | 29 |
| c.5 Aspectos Epidemiológicos..... | 29 |
| c.6 Factores de riesgo..... | 30 |
| c.7 Diagnóstico..... | 30 |
| c.8 Manejo | 32 |

CAPÍTULO II

CASO CLINICO

| | |
|---------------------|----|
| 2.1 Objetivos | 35 |
| a. General | 35 |

| | |
|---------------------------------|----|
| b. Específicos..... | 35 |
| 2.2 Historia Clínica..... | 35 |
| 2.3 Discusión..... | 57 |
| 2.4 Conclusiones..... | 60 |
| 2.5 Recomendaciones..... | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 62 |
| ANEXOS..... | 67 |
| INDICE DE TABLAS..... | 74 |

RESUMEN

Desde el año 2008, los partos prematuros están considerados por la salud pública como un problema latente por el aumento significativo de la morbilidad y mortalidad neonatal, lo que es frecuente en naciones en proceso de progreso como el Perú.

Asimismo en el mundo, el parto pre termino o prematuro es la causa primordial de mortalidad de pequeños con edades inferiores a 5 años.

Durante el 2016, en el Perú, el 6,5% del total de nacidos vivos, fueron clasificados por prematuros (es decir nacieron con menos de 37 semanas).

El objetivo de este trabajo académico, es conocer, determinar y socializar cuales son los factores que inciden en esta entidad patológica de la prematuridad en una embarazada que recibió atención médica en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2017, considerando además cual es el rol como obstetras especialistas para disminuir estos indicadores, que ponen riesgo la existencia de la gestante y su hijo.

El tipo de investigación: retrospectivo y análisis de la historia clínica.

La conclusión a la que se aborda está relacionada a los factores determinantes del riesgo que se observa en la literatura, embarazo múltiple, vulvovaginitis, infección urinaria, malnutrición, pobreza, bajo nivel socio cultural los cuales contribuyen a las complicaciones como sepsis neonatal, enterocolitis necrotizante, prematuridad y taquipnea y taquipnea transitoria.

Palabras claves: embarazo múltiple, infección del tacto urinario, morbimortalidad.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del Problema

La Salud Pública desde el año 2008, ha descrito con preocupación a la prematuridad como un problema que va a en incremento principalmente por los siguientes motivos:

- Es preocupante su incremento a razón de sus causas prevenibles.
- El parto pretérmino crea un impacto emocional en la familia generando incremento en los costos económicos y sociales.
- Se observa el gran impacto en las mujeres de extrema pobreza, como las mujeres de raza negra y asiáticas (1).

En el mundo, el parto prétermino presenta un número de 9,6%, siendo porcentajes diferentes para cada país, en países pobres el parto pretérmino ha alcanzado hasta 40%. Sin embargo en las naciones desarrolladas ha aumentado las cifras de partos prematuros por la utilización de procedimientos para realizar la concepción asistida incrementando las gestaciones múltiples que en muchos casos nacen prematuramente.

Se responsabiliza al parto pretérmino en un 75% de la mortalidad neonatal y aquellos prematuros que lograron sobrevivir muchos de ellos presentan algunos problemas neurológicos que muchas veces se hace difícil su adaptación a la sociedad.

No está determinada la etiología del parto pretérmino y se relaciona a múltiples factores como: los socios ambientales, bilógicos y genéticos (2).

Elías clasifica la edad gestacional y el porcentaje de nacimientos que ocurre por grupo, tal como se observa en la tabla N° 1.

Tabla N° 1 EDAD GESTACIONAL Y NACIMIENTO EN PERU.2016

| | EDAD GESTACIONAL | % |
|---|-------------------------|----------|
| 1 | (37 a 42 semanas) | 93,5% |
| 2 | (menores de 37 semanas) | 6,5% |
| 3 | (Mayor de 42 semanas). | 0,01% |

Fuente: Elaborado por la autora basado en Elías (2010).

Son bien definidos los factores que determinan o generan el riesgo de prematuridad:

- Infección urinaria
- Sobrepeso /obesidad
- Madre y padre fumadores habituales
- Presión alta
- Edad materna menor de 17 años
- Edad materna mayor a 40 años
- Embarazo múltiple.
- periodo intergenésico corto (3).

El Ministerio de salud (MINSA) ha determinado que en Ayacucho se encuentran los mayores casos de prematuridad del país como se observa en la tabla N° 2.

Tabla N° 2 PORCENTAJE DE PREMATURIDAD POR REGIONES

| REGIONES DEL PERÚ CON MÁS ALTO PORCENTAJE DE PREMATURIDAD | |
|--|---------|
| Ayacuccho | (12,7%) |
| Junín | (12,2%) |
| Tacna | (12,2%) |
| Ancash | (11,9%) |
| Piura | (10,6%) |
| Arequipa | (10,3%) |
| Amazonas | (6,0 %) |

FUENTE: Elaborado por la autora, basado en MINSA (2013).

Keiser, según se observa en la tabla N° 3 enumera las complicaciones más frecuentes de los recién nacidos prematuros (4).

Tabla N° 3 COMPLICACIONES DE LA PREMATURIDAD

| COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE PREMATURIDAD |
|---|
| 1. lesiones neurológicas de la infancia por tiempo prolongado |
| 2. deficiencia respiratoria |
| 3. enterocolitis necrotizante |
| 4. hemorragia interventricular |
| 5. pérdida de la visión |
| 6. daño del aparato auditivo |

Fuente: Elaborado por la propia autora, basado en Keiser (1995).

En el Perú en el año 2015 el porcentaje de parto pretérmino llegó al 6.5% del total de nacidos vivos (13).

En el Hospital Nivel III Callao donde se desarrolla el estudio no es ajeno a este porcentaje estadístico presentado por el Ministerio de Salud (MINSA) sobre el parto prematuro. Siendo el Servicio de Unidad de Embarazo Patológico que cada vez hospitaliza mayor número de gestantes con esta patología, es importante identificar los factores que desencadenan el parto antes de tiempo, poder cooperar, apoyar para mejorar la calidad de atención que brinda la institución y prevenir o reducir el número de casos de nacimientos pretérminos.

1.2 Justificación

En nuestro país el parto pretérmino condiciona una alta tasa de morbilidad neonatal por lo cual el 6.5% de las gestaciones terminan antes del tiempo indicado (13).

Son varios los factores que desencadenan el parto prematuro por lo que es relevante determinar precozmente las causas o factores que ponen el riesgo la vida tanto de la madre como del producto y plantear estrategias de manera preventiva cumpliendo las normas emitidas por el MINSA y ayudar a disminuir la morbilidad y mortalidad materno neonatal siendo el objetivo fundamental de la investigación logrando mejorar el pronóstico del embarazo y calidad de vida de ambos.

El personal de salud encargado de la atención prenatal de la gestante debe utilizarlo como la mejor herramienta preventiva para concientizar, educar a las madres e identificar los signos y síntomas de alarma en el control prenatal y promover medidas de autocuidado materno con la participación del padre y la familia, protegiendo de esta manera a la población más vulnerable como son las mujeres en edad reproductiva.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Internacionales

-Balladares F. y Delos Ángeles V. realizaron su tesis cuyo título es Prevalencia y factores de riesgo de parto pretérmino en pacientes atendidos en el Departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Central Moscoso, periodo 2010- 2014. Trabajo de investigación presentado en el año 2016 en Cuenca –Ecuador.

Después de la investigación realizada obtuvieron como resultados de los 301 casos que el 38,5% eran gestantes entre 21 a 28 años de edad y los partos prematuros clasificados entre moderados a tardíos presentaron el 67,4%.

Ambos investigadores concluyeron que los factores de riesgo que desencadenaron el parto prematuro en un 33,2% fue la anemia, el 39,5% presentaron infección de las vías urinarias y el 12,6% presentaron vaginosis bacteriana (5).

-Rivera J. Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de la Ciudad de Pasaje. Loja Ecuador 2016. Realizó un estudio a 64 pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia desde Diciembre del 2015 a Agosto del 2016.

El objetivo de la investigación fue determinar los factores de riesgo de la gestante y del feto en el parto prematuro.

En este estudio el investigador determina que el factor de riesgo materno más frecuente de parto prematuro es la falta de control prenatal (CPN) presentándose en 64,1%, el periodo intergenésico en 37,5% y dentro de los factores fetales la ruptura prematura de membranas (RPM) en 26,6% siendo factores relevantes en esta investigación.

El investigador concluye que la falta de controles prenatales es un factor que contribuye a desencadenar el parto prematuro (6).

-Vílchez A. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre Julio del 2014 y Junio del 2015. Nicaragua Managua 2016.

En la tesis realizada encontró aumento de riesgo para parto prematuro en mujeres que trabajaban comparando con aquellas que no trabajaban.

Otros factores de riesgo que observó e incrementó el número de parto prematuro fueron los siguientes antecedentes: hipertensión, diabetes pre gestacional, diabetes inducida por el embarazo, aborto.

Dentro de los factores maternos en el embarazo actual que aumentaron significativamente el riesgo de parto pretérmino fueron el deficiente número de controles prenatales (CPN), el índice de masa corporal (IMC) de forma inadecuada, la preclamsia, infección del tracto urinario, el embarazo múltiple y la ruptura prematura de membranas (RPM).

La investigadora concluye que son múltiples los factores de riesgo que desencadenan el para prevenir y disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal (7).

b. Nacionales

-Ramos P. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero a Julio del 2018. Lima Peru 2019. Realizó un estudio de investigación con la finalidad de determinar los factores de riesgo asociados al parto

prematureo. De acuerdo a las estadísticas de los casos estudiados la investigadora determina según el porcentaje que los factores más frecuentes son: la anemia con 72,1%. Infección del tracto urinario en 54,8%, deficiente control prenatal (CPN) en 52,2%, RPM en 33%, antecedente de amenaza de parto prematuro en 28,7%, preeclampsia en 17,4% y entre otros factores de riesgo con menor porcentaje se presentaron las infecciones vaginales, diabetes y desprendimiento prematuro de placenta (DPP) (8).

-Rengifo S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II- 2 Tarapoto, Octubre 2017 a Octubre 2018. Realizó su tesis cuyo objetivo era determinar los factores que se asocian y producen el parto pretérmino.

La investigadora concluye su estudio que el inadecuado CPN, la infección de las vías urinarias, vaginosis bacteriana, RPM se consideran como factor de riesgo significativamente para el desenlace del parto prematuro en el Hospital II- 2 de Tarapoto en el periodo ya mencionado y el total de partos prematuros que se presentó en el hospital fue de 18.5%.

Además determina que el antecedente de parto prematuro, antecedente de placenta previa, diabetes gestacional no lo considera significativamente como factor de riesgo asociado al parto prematuro según resultado del estudio realizado en el hospital de Tarapoto (9).

- Hidalgo N. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital de Moyobamba, Julio 2014 a Junio del 2015. Iquitos Peru 2015. realizó su investigación cuyo objetivo fue determinar los factores que se relacionan a la mortalidad perinatal en dicho nosocomio.

La investigadora identificó los factores que se asociaron a la mortalidad perinatal y fueron: procedencia rural, ausencia de control prenatal (CPN), hipertensión inducida por el embarazo, prematuridad, embarazo múltiple, placenta previa, DPP, bajo peso al nacer, RPM y presentación podálica y los casos más frecuentes de morbimortalidad neonatal fueron: sepsis, membrana hialina, síndrome de aspiración de LA y hemorragias. La investigadora concluye que la mortalidad perinatal en dicho hospital es un problema de prioridad por lo que es necesario incrementar los recursos hospitalarios en los servicios de Neonatología y Obstetricia (10).

1.3.2 Bases teóricas

a. Definición de Amenaza de Parto Pretérmino.

La amenaza de parto pretérmino se puede definir como la presencia de dinámica uterina de regular intensidad, con un intervalo de 10 minutos, con modificaciones en el cuello uterino presentándose incorporación del 50% o menos y una dilatación cervical igual o menor a los 3 centímetros (11).

Definición de parto prematuro

La OMS define que el parto prematuro se desencadena antes de culminar las 37 semanas de embarazo o antes de 259 días contados desde el primer día de la última menstruación (12).

Según el Ministerio de Salud(MINSA) define parto prematuro al neonato que nació previo a las 37 semanas de edad gestacional , los neonatos a término se consideran los

que nacieron entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional y los partos pos término se consideran a los que nacieron pasado de las 42 semanas de edad gestacional (13,20).

a.1 Frecuencia

En el Perú, según las estadísticas del total de recién nacidos vivos, se obtuvo que el 6,5 a 7% y en Lima el 9% fueron prematuros es decir con edad gestacional antes de las treintaisiete semanas siendo una cifra preocupante para el sector salud dada a las complicaciones que conlleva la prematuridad para la madre y para el neonato prematuro a comparación de los nacimientos a término (13,20).

a.2 Clasificación

Es importante considerar la siguiente clasificación según Minsa de acuerdo a la edad gestacional según la tabla N° 4.

TABLA N° 4 CLASIFICACION DE PARTO PREMATURO

| | CLASIFICACION | EDAD GESTACIONAL |
|----------|---|-------------------------------|
| 1 | INMADURO O PREMATURO EXTREMO | 22 a 27 semanas de gestación. |
| 2 | PREMATURO INTERMEDIO O MUY PREMATURO | 28 a 31 semanas de gestación |
| 3 | PREMATURO MODERADO A TARDIO | 32 a 36 semanas de gestación. |

FUENTE: Elaborado por la propia autora, basado en Boletín Estadístico Minsa (2015).

En el año 2015, fueron 27 mil nacidos vivos fueron considerados prematuros por haber nacido antes de las 37 semanas de gestación, el 4,2% nació bajo la clasificación de inmaduro por presentar una edad gestacional menor de 28 semanas, el 9% nació muy prematuro con una edad gestacional desde las 28 a 31 semanas. Por lo tanto el alto número recién nacidos pretérminos se les considera a los nacidos vivos entre las 32 a 36

semanas de gestación considerándolos como prematuros moderado a tardío, según la clasificación presentada con un 86,8% (13).

a.3 Etiología

La etiología del parto pretérmino, es multifactorial porque se estima como un síndrome la cual se desencadena por diversos procesos patológicos (20).

El parto pretérmino actualmente se considera como el conjunto de cambios que se caracteriza por la incorporación y dilatación del cuello uterino o el incremento de la irritabilidad uterina causada por múltiples factores que se presentan según el tiempo del embarazo como la presencia de la infección intraútero, la disminución de la circulación de la sangre útero placentaria, el incremento excesivo de la distensión de las fibras musculares uterinas y las respuestas inmunológicas anormales del producto o de la embarazada (14).

Las causas que desencadenan el parto pretérmino son el parto prematuro idiopático, la infección, el embarazo múltiple y la incompetencia del cérvix uterino entre otros, siendo estas causas prevenibles con un buen control del embarazo, realizando detección temprana de ITU solicitando examen de orina y urocultivo (14,15).

Dentro del conocimiento de la patogenia del parto prematuro es considerada la infección de forma ascendente, una respuesta inflamatoria por la isquemia uteroplacentaria o mediadores del estrés, como la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y noradrenalina, provocando una elaboración local de endotoxina y de citocinas; interleucina 1 (IL-1) y factor de necrosis tumoral (FNT). 31 Estas citocinas (en parte a través de la elaboración de IL-6) potencian la elaboración de prostanoïdes (provocando contracciones del útero) y de proteasas (que producen el borramiento del cérvix uterino

y la degradación de la matriz extracelular corionicodecidual, produciendo la liberación de fibronectina fetal). La disminución de la longitud cervical podría predisponer entonces a las gestantes a una infección de forma ascendente (14).

a.4. Factores de Riesgo

Los factores o elementos de riesgo que pueden desencadenar el parto prematuro son múltiples, considerándose: factores maternos, fetales, del líquido amniótico y placenta según se observa en la tabla N° 5.

Tabla N° 5 FACTORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO

| FACTORES DE RIESGO | |
|---------------------------|--|
| MATERNOS | <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de parto pretérmino • Aborto tardío • Sangrado vaginal en el segundo trimestre • Alto número de parejas sexuales • Cérvix corto • Fibronectina aumentada • Nivel socioeconómico bajo • Edad menor de 19 y mayor de 35 años • Exceso consumo de tabaco • Controles prenatales menores de cuatro • IMC menor de 19.8 Kg/m² |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Talla menor de 135cm • Mal estado nutricional • Analfabetismo • Narco adicción • Infecciones: Cervicovaginales <ul style="list-style-type: none"> Intraamniótica Bacteriuria asintomática Enfermedad de transmisión sexual TORCH Hepatitis Enfermedad Periodontal • Anomalías Uterinas y cervicales <ul style="list-style-type: none"> -Incompetencia del cuello uterino -Malformaciones del útero -Fibromatosis Uterina • Patologías que producen Hipoxia: <ul style="list-style-type: none"> -Cardiopatías -Asma -Alteraciones hematológicas -Diabetes Mellitus -Anemia -Hipertensión arterial crónica o inducida por la gestación • Cirugía del abdomen durante la gestación |
|--|--|

| | |
|------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Conización • RPM • Infección de la cavidad amniótica (corioamnionitis) • Traumatismo • Esfuerzo físico • Estrés Psicológico • Dilatación cervical y evacuación uterina • Técnicas de reproducción asistida |
| FETALES | <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo múltiple • Malformaciones congénitas • Óbito fetal anterior menor de 24semanas • Retardo de Crecimiento Intrauterino |
| LÍQUIDO AMNIÓTICO | <ul style="list-style-type: none"> • Exceso de cantidad de Líquido amniótico • Cantidad de líquido amniótico disminuido |

| | |
|-----------------|---|
| PLACENTA | <ul style="list-style-type: none"> • Placenta Previa • DPP • Inserción Marginal de Cordón Umbilical • Placenta Circunvalada |
|-----------------|---|

FUENTE: Elaborado por la propia autora, basado en Guía de Práctica Clínica Hospital

Carrión (2017).

Todos estos factores de riesgo mencionado producen un proceso común del parto pretérmino (15).

a.5. Diagnóstico

El parto prematuro, según los criterios se puede diagnosticar por los siguientes parámetros:

- a) Tiempo de gestación entre 20 a 36 semanas
- b) Dinámica uterina, con una frecuencia de 4 contracciones con intervalo de 20 min. u 8 contracciones cada 60 min.
- c) Membranas amnióticas rotas o intactas con dilatación del cérvix mayor a 2 centímetros o membranas intactas y cambios del cérvix.

El Dr. Huamán, basa su diagnóstico en uno o más parámetros: dinámica uterina prematuramente, modificaciones del cuello uterino (dilatación o incorporación cervical), sangrado por la vagina, consecuencia de la activación de la decidua- membranas del corion y el amnios. Durante el diagnóstico pueden presentarse ciertas características según la tabla N° 6.

Tabla N° 6 CARACTERISTICAS SEGÚN ESCENARIO DE PARTO PREMATURO

| ESCENARIOS | CARACTERISTICAS |
|---------------------------|---|
| <p>ESCENARIO 1</p> | <p>Grávida entre 22 y antes de 37 sem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contracciones uterinas regulares: de 2 a 3 contracciones cada 10 min. y de buena intensidad. • Dilatación 2 cm o mayor a ello. |
| <p>ESCENARIO 2</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Contracción uterina de regular intensidad. • Cuello uterino no dilatado o dehiscente a menor de 2 centímetros. • Se solicita Cardiotocografía para saber si se presentan contracciones uterinas. • Se solicita ecografía Transvaginal para realizar la cervicometría, siendo una prueba más certera para el pronóstico del embarazo, |

| | |
|--------------------|---|
| | <p>considerando que la distancia del orificio interno y externo del cérvix siendo menor a 20mm, es alto el riesgo para que se desencadene el parto prematuro.</p> |
| ESCENARIO 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Contracciones uterinas de forma irregular de intensidad leve y espaciada. • Cuello uterino con dilatación menor a 2 cm. |
| ESCENARIO 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Sin dinámica uterina, demostrada clínica o tocográficamente. • Cambios cervicales: borramiento, reblandecimiento, permeabilización y centralización. • Se debe realizar la cervicometría, realizando una ecografía Transvaginal para determinar el riesgo cuando la longitud cervical es menor de 20mm. |

FUENTE: Elaborado por la propia autora, basado en Huamán (2005).

El sangrado vaginal se presenta más frecuentemente en el parto prematuro que en el parto a término, considerándose así el cuadro clínico en cualquiera de los escenarios mencionados (16).

a.6. Manejo de parto Prematuro

Manejo General

Para realizar el manejo del parto prematuro es necesario determinar el cuadro clínico, establecer el tiempo de gestación para realizar los estudios tocográficos que se solicitan durante la gestación y aplicar la clínica de forma adecuada que nos permita obtener buenos resultados tanto maternos como fetales.

En el examen clínico general se tomará en cuenta el estado clínico y general con que acude la gestante al establecimiento de salud teniendo en cuenta además de bienestar fetal, para determinar y tomar las decisiones pertinentes y oportunas. Mientras se le inicia las primeras medidas de manejo, es muy importante brindarle confianza tanto a la madre como a los familiares quienes se encuentran sumamente estresados y angustiados por la situación que están viviendo.

En el examen ginecológico se realizara la especuloscopia para visualizar el cérvix uterino y observar si se presenta pérdida de líquido amniótico. Se recomendará a la paciente reposo de lado izquierdo, en lugar que le brinde tranquilidad. Se le administrara solución salina, vía endovenosa 100ml/hora, para producir expansión intravascular y esta acción probablemente disminuya la dinámica de un útero irritable. Sin embargo no hay evidencias contundentes del uso de la hidratación y del reposo que ayuden a evitar el parto prematuro (17).

Según nuestro profesor Dr. José Pacheco Romero, en su tratado de Ginecología y Obstetricia, consideramos el siguiente manejo de parto pretérmino: Según se observa en la tabla N°7.

Tabla N°7 MANEJO DEL PARTO PREMATURO

| MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Hospitalizar a la madre en un centro especializado de tercer nivel• .Reposo en cama• .Establecer con certeza la edad gestacional• Evaluar el estado clínico de la madre• Evaluar el crecimiento, el desarrollo y el estado fetal• Tranquilizar y dar confianza a la madre y familiares• Hidratación• Agentes tocolíticos por lo menos 48 horas con el objeto de retener el parto• Sulfato de magnesio• Nifedipino• Corticosteroides en gestaciones menores de 34 semanas• En caso de sospecha de infección intrauterina, realizar amniocentesis e iniciar Terapia antibiótica. |

Fuente: Elaborado por la propia autora, basado en Pacheco (2008)

El Dr. José Pacheco Romero, en nuestras clases teóricas, también considera las siguientes contraindicaciones para el uso de la Tocólisis, según se observa en la tabla N° 8.

Tabla N°8 CONTRAINDICACIONES AL USO DE TOCÓLISIS

| CONTRAINDICACIONES RELATIVAS AL EMPLEO DE TOCÓLISIS |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Enfermedades maternas, principalmente cardiovasculares• Restricción del crecimiento fetal• Oligohidramnios• Prueba no estresante no reactiva• Prueba estresante positiva• Flujo umbilical diastólico ausente o revertido al examen Doppler• Desaceleraciones variables severas repetidas• Probabilidad de desprendimiento prematuro de placenta |

Fuente: Elaborado por la propia autora, basado en Pacheco (2008)

En la evaluación en el servicio de emergencia, se solicitará análisis de laboratorio: examen completo de orina, urocultivo, proteína C reactiva, hemograma, frotis vaginal etc. Si es necesario se solicitará ecografía Transvaginal para determinar la longitud cervical (18).

Manejo específico

Tocolíticos

El uso de los tocolíticos permite la administración de corticoides para la neuroprotección y evitar las contracciones uterinas utilizando el sulfato de magnesio. Se realizará la administración de tocólisis en gestaciones de 24 semanas a 34 semanas 6 días.

. Nifedipino: Antagonista de canales de calcio. El tocolítico de elección es el nifedipino por tener menos efectos adversos por estar asociado a obtener mejores resultados neonatales relacionados al distres respiratorio disminuyendo así las complicaciones del neonato. Administrar Nifedipino como dosis inicial: 20 miligramos v.o cada 20 min. hasta completar tres dosis, luego continuar con 10mg cada 6 horas, no se recomienda utilizar mayor de 2 días.

. Indometacina: 50 – 100 miligramos v.o como dosis inicial, luego seguir con dosis de 25-50 miligramos v.o cada 6 horas.

. Isoxuprina: Fármaco antagonista beta-adrenérgico. Administrar V.E. por 24 - 48 horas. Preparar una solución en 100 ml de Cloruro de sodio al 0.9% y agregar 1 ampolla de Isoxuprina (10 mg) e iniciar el tratamiento con 10 gotas por minuto, e ir incrementando 10 gotas cada 20 minutos, hasta lograr la tocólisis o presencia de efectos secundarios (palpitaciones, temblor, cefalea, náuseas, vómitos, ansiedad, nerviosismo, dolor torácico, disnea); se debe administrar como máximo 60 gotas por minuto y luego disminuir 10 gotas cada 30 minutos hasta la dosis mínima que mantenga la tocólisis. Si nuevamente se repite el episodio de la dinámica uterina, repetir el tratamiento. Se puede continuar por vía oral.

Neuroprotección

. Sulfato de Magnesio: Se inicia con dosis de ataque de 4 gramos con bomba de infusión vía endovenosa (en 20 minutos). Continuar con dosis de mantenimiento de 1 gramo por hora con bomba de infusión. Es importante monitorizar estrictamente a la gestante sobre todo la frecuencia de la respiración y los reflejos osteotendinosos con el uso del sulfato de magnesio. Si se presenta sobredosis por administración de sulfato de

magnesio se puede manifestar oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio y se debe administrar Gluconato de calcio al 10% vía endovenosa diluido en 20 ml

Corticoterapia:

Los corticoides administrados antes del parto prematuro son efectivos para prevenir las complicaciones neonatales como: el distres respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragia interventricular y mortalidad neonatal. Los corticoides más utilizados son:

.Betametasona: 12 mg intramuscular y repetir 12 mg intramuscular a las 24 horas y se debe administrar entre las 35 y 36 sem. 6 días de edad gestacional.

.Dexametasona: 6 miligramos intramuscular cada 12 horas por 4 dosis y se administra entre las 24 semanas a las 34 semanas 6 días de gestación (19).

Criterios de alta

Si se ha completado la corticoterapia y la amenaza de parto prematuro se haya resuelto, es decir que las contracciones uterinas o que los cambios cervicales o la dilatación hayan cesado puede considerarse el manejo por consultorio externo con controles semanales y darle la consejería sobre los signos de alarma y en qué momento acudir al Servicio de Emergencia Obstétrica.

a.7 Pronóstico

Según estudios el 25%de pacientes vuelve a presentar parto prematuro, siendo un dato importante como factor de riesgo.

Del 6,7- 32% de los RN prematuros presentan mayores complicaciones incluyendo: parálisis cerebral, RM (retardo mental), sordera, defectos visuales de carácter severo, hidrocefalia progresiva y convulsiones de que presenta de manera crónica, y que necesitan atenciones y programas especiales de educación e intervenciones de terapias personalizadas que requieren mayor inversión económica y que muchas familias no están en condiciones de enfrentar (20).

a.8 Complicaciones

-Maternas: Compromiso del futuro obstétrico por cesárea por causa de prematuridad.

-Fetales: hemorragia cerebral, retinopatía, asfixia perinatal, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxico-isquémica, displasia broncopulmonar y muerte neonatal (20).

Los prematuros que ingresan a UCI neonatal son por múltiples complicaciones como la enfermedad de membrana hialina, septicemia y asfixia y las principales causas de mortalidad neonatal son por sepsis, enfermedad de la membrana hialina y cardiopatía congénita como consecuencia de la falta de madurez orgánica en los recién nacidos prematuros (21).

a.9 Prevención

Se recomienda:

En la primera consulta del control prenatal es necesario solicitar el examen de urocultivo, y este examen debe ser realizado aproximadamente a las 12 sem.del embarazo.

La medida del cuello uterino por examen ecográfico entre las 22 a 24 sem. Nos ayuda a identificar la población que presenta mayor riesgo para desencadenar parto pretérmino.

El uso de la progesterona reduce en más de 40% la tasa de nacimientos prematuros en pacientes que presentan el cérvix uterino de longitud corta.

El tamizaje con ecografía doppler de las arterias uterinas en la semana 20 a 24 de la gestación.

Medición del cérvix uterino con ecografía transvaginal: Existe una relación precisa entre la longitud del cuello uterino y el riesgo de parto pretérmino, y se han establecido valores de corte para determinar el alto o bajo riesgo de parto pretérmino.

Según la evidencia a encontrado que una longitud menor de 20mm es útil para diagnosticar un parto prematuro en los siguientes 7 días.

Se recomienda administrar la progesterona natural micronizada 200 miligramos por día por vía intravaginal presentando una longitud cervical menor de 20mm hasta las 36 sem. RPM o el inicio de labor de parto. En estas condiciones el uso de progesterona disminuye en 40% de riesgo de nacimiento pretérmino y por lo tanto también reduce el porcentaje de complicaciones maternas y neonatales.

El Doppler de arterias del útero: La velocimetría doppler de las arterias del útero realizada en la sem. 20 a 24 identifica que el 85% de gestantes que va a presentar preclampsia o RCIU que requiere interrupción del embarazo antes de cumplir las 34 sem.

Progesterona: Durante las 20- 24 semanas, si el cuello uterino presenta una longitud cervical menor de 20mm, se debe de hacer el uso de progesterona natural micronizada.

Si la gestante presenta antecedente de nacimientos prematuros menores a las 35 sem.de gestación, es recomendable la administración de progesterona.

Cerclaje: La aplicación de cerclaje en gestantes asintomáticas sin antecedentes de nacimiento pretérmino y cérvix acortado en las 20 a 24 sem.no disminuye el número de parto prematuro comparado con el grupo de control (22).

b. Embarazo Múltiple

b.1 Definición

Se define el embarazo múltiple el desarrollo simultáneo de varios fetos y considerando que la especie humana es unípara al presentarse el embarazo múltiple lo catalogan como patológico (23).

b.2 Frecuencia

El embarazo doble o gemelar se presenta alrededor de 80 a 120 nacimientos únicos. La duración del embarazo y el peso de los fetos disminuyen a medida que se aumenta el número de fetos (23).

La incidencia de gemelos está influenciada por otros factores como la raza, herencia, edad materna y paridad, gonadotropinas endógenas, productos de fertilidad. (24)

En el Perú en una investigación retrospectiva de 5 años en un hospital de referencia presentó una incidencia de 1 por cada 96 nacimientos y en el Hospital Nacional DAC durante el 2010 – 2014 presento una incidencia de 2,25 por cada 1000 nacidos vivos (25).

b.3 Morbilidad y Mortalidad

Según Lipitz en 1989, la muerte perinatal gemelar se encuentra entre 47 y 120 sobre 1000 nacidos y Botting en 1987 estima que el riesgo de muerte perinatal es 5 veces mayor que en un embarazo simple y este riesgo permanecerá durante el primer año de

vida. Las dos primeras causas de muerte perinatal es la prematuridad y el bajo peso del recién nacido.

La morbilidad materna se presenta generalmente por periodos prolongados de hospitalización por RPM y polihidramnios en muchos de estos casos la recuperación es lenta y puede complicarse por lo que se requiere mejorar el control prenatal así como también la capacidad hospitalaria de UCI materno y neonatal. Todo esto implica para el sector salud no solo un alto valor económico sino también social (25,26).

b.4 Factores de Riesgo

- Aborto
- Malformaciones congénitas
- Hiperemesis
- Anemia del embarazo
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Polihidramnios
- Parto prematuro
- Restricción del crecimiento fetal (RCIU)
- Hemorragia
- Daño neurológico (parálisis cerebral, microcefalia, encefalomegalia múltiple) (26).

b.5 Diagnóstico

Muchas veces el embarazo doble es difícil de diagnosticar en la primera mitad de la gestación y por ello se tiene que considerar lo siguiente:

- Antecedentes- Una historia familiar nos puede proporcionar una guía.

-Exploración física- Se puede encontrar que el útero es más grande para la edad gestacional y hay que tener en cuenta que puede ser por mal dato de la FUR, hidramnios, mola, miomas.

-Ecografía-Mediante esta técnica puede identificarse dos anillos gestacionales entre la 6 y 10 semana de edad gestacional.

-Pruebas bioquímicas-Las cantidades de gonadotropina coriónica tanto en la orina como en el plasma es más elevado en comparación a un embarazo único (24).

b.6 Manejo de la gestación múltiple

El manejo debe de estar dirigido a prevenir el parto prematuro, el retardo de crecimiento intrauterino y riesgo de daño cerebral.

. Monitorización de la actividad uterina

.Ultrasonografía-La ecografía seriada es el mejor método para detectar el RCIU, con mediciones cada tres a cuatro semanas a partir de las 23 semanas de gestación para llevar un registro de crecimiento de los fetos.

. Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal- La prueba no estresante (NST) tiene valor clínico y para algunos autores es mejor predictor de la morbimortalidad neonatal.

. Maduración pulmonar fetal

Manejo intraparto

La vía de parto en embarazo gemelar es controversial, presentando un incremento de partos vía cesárea en los hospitales del Perú como en otros países cuyo objetivo es

reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. La vía del parto debe ser estudiado teniendo en cuenta el tiempo de gestación y otros factores de riesgo ,así como el peso fetal, según estudios el peso fetal mayor de 3.500gr o menor de 1.500gr consideran que la mejor opción es vía abdominal.

Se puede intentar parto vía vaginal cuando la presentación de los gemelos es cefálicas, dependiendo la edad gestacional y el peso fetal.

Dentro de las complicaciones del parto que se presenta con mayor frecuencia e incrementa la incidencia del parto abdominal son: Mala presentación, corioamnionitis, sufrimiento fetal, hemorragia del tercer trimestre, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta, Riesgo obstétrico alto, insuficiencia placentaria (26).

c. Infección del tracto urinario en la gestante

c.1 Definición

La infección de la vía urinaria en la gestación es producida por la presencia de gérmenes patógenos en el tracto urinario pudiendo presentarse de forma asintomática o con sintomatología, considerándose esta última como infección del tracto urinario complicada.

Bacteriuria asintomática (BA): Se considera por la presencia de bacterias en orina cultivada (> de 100.000 colonias por ml) sin presentar manifestaciones clínicas de infección del tracto urinario (ITU). La (BA) generalmente se presenta en el primer trimestre del embarazo (27).

Cistitis aguda: Infección urinaria de la vía baja (vejiga).

Pielonefritis aguda: infección del tracto urinario vía alta (parénquima renal).

Infección recurrente: Infección urinaria sintomática después de dos infecciones tratadas. Se denomina recaída cuando la infección recurre se presenta en menos de dos semanas luego del tratamiento causada por la misma bacteria. La reinfección se denomina a la infección recurrente a más de dos semanas después del tratamiento de la infección inicial.

Infección BLEE positiva: Son las infecciones causadas por cepas con espectro extendido de betalactamasas (BLEE) (15).

c.2 Prevalencia

El mayor factor de riesgo que se presenta en el embarazo es la infección urinaria. El 5-10% de las gestantes presentan una infección de vías urinarias bajas durante el embarazo. El 10% de hospitalizaciones de las gestantes se debe a estas infecciones (ITU). Por lo tanto la BA es un factor de riesgo para desencadenar la pielonefritis, parto prematuro y bajo peso al nacer, presentándose mayores complicaciones neonatales (27).

c.3 Etiología

La microbiología de las bacterias en la orina son generalmente por enterobacterias gramnegativas, Gram positivos y otros gérmenes. El 80% de estas infecciones es causado por la E.Coli presentándose en menor porcentaje la klebsiela, Enterobacter, Proteus y Estreptococos del grupo B, otros menos frecuentes se incluyen los enterococos, gardenella vaginalis y ureoplasma ureolyticum. Se están incrementando las infecciones generadas por cepas con espectro extendido de betalactamasas (BLEE) principalmente por la Echerichia coli. (15)

c.4 Fisiopatología

Durante el embarazo se presentan cambios fisiológicos del tracto urinario incrementando el riesgo de desarrollar infecciones y en estas modificaciones fisiológicas es importante destacar lo siguiente:

.Dilatación de los uréteres por la acción de la progesterona y la compresión uterina hacia la vejiga y los uréteres.

. Reflujo vesicoureteral

. Estasis vesical

.Incremento del filtrado glomerular con glucosuria con elevación del pH urinario.
(15,27)

c.5 Aspectos Epidemiológicos:

La incidencia de bacteriuria en la gestante es casi igual que en las no gestantes y la incidencia de Pielonefritis es mayor, posiblemente por las modificaciones fisiológicas que se presenta durante el embarazo.

La bacteriuria asintomática (BA) se presenta en 2-10% de las embarazadas, la cistitis del 1-4% y pielonefritis aguda en 0.5%-2% presentándose con mayor frecuencia en el segundo y último trimestre de la gestación. La (BA) se relaciona con el incremento de riesgo para parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal.

En el Perú una prevalencia de bacteriuria asintomática entre 5.3 y 15.4% y 2.1% de pielonefritis aguda. (15)

En el hospital Clinic Barcelona, el mayor número de casos de bacteriurias asintomáticas se presentan en el primer trimestre del embarazo. (27)

c.6 Factores de riesgo

- Bacteriuria asintomática antes del embarazo
- Anomalías de las vías urinarias
- Litiasis renal
- Malformaciones uroginecológicas
- Diabetes mellitus
- Vaginitis bacteriana
- Enfermedades neurológicas (incompleto vaciado, vejiga neurógena etc.)
- Bajo nivel socioeconómico
- Incremento de actividad sexual
- Control prenatal inadecuado
- Tabaquismo (15,27)

c.7 Diagnostico

-Bacteriuria asintomática: Es caracterizada por la ausencia de síntomas o signos clínicos de (ITU).

Presenta urocultivo positivo (mayor de 100,000 UFC/ml en orina recolectada previa asepsia y de chorro medio o 100 UFC/ml en orina recolectada por cateterización vesical.

La muestra debe ser la primera orina de la mañana.

-Cistitis: La presencia de signos o síntomas: disuria, polaquiuria, urgencia miccional, hematuria en embarazada sin alza térmica y sin evidencia de infección sistémica.

Se relaciona con un examen de orina patológico y se diagnostica con urocultivo positivo.

-Pielonefritis aguda: Se presenta dolor lumbar en flanco o costovertebral, alza térmica, escalofríos, náuseas, vómitos, deshidratación y malestar general. El diagnóstico se confirma con urocultivo positivo.

Exámenes auxiliares:

-Urocultivo de tamizaje a todas las embarazadas en el primer control prenatal.

El urocultivo es positivo si se encuentra una especie bacteriana con una concentración mayor o igual a 100,000 UFC/ ml en orina recolectada del chorro medio previa higiene o mayor o igual a 100 UFC/ml en orina recolectada por cateterización vesical.

-Examen de orina: Se considera muestra adecuada si existen menos de 10 células epiteliales. Se consideran posible infección urinaria cuando presentan los siguientes indicadores:

Sedimento urinario: Leucocitos o glóbulos blancos mayor de 10 por campo, hematíes mayor de 5 por campo valorando la posibilidad de contaminante, nitritos y con presencia de bacterias. (15)

Tabla N° 9 MANEJO DE LA INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN LA GESTANTE

| INFECCION DEL TRACTO URINARIO | MANEJO | TRATAMIENTO ANTIBIOTICO |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| Bacteriuria Asintomática (BA) | Ambulatorio | De acuerdo al cultivo y antibiograma Fármaco: Cefalexina 500mg cada 6 o 8 horas de 5 a 7 días Nitrofurantoina 100mg cada 6 horas por 7 días Acetil cefuroxima 500mg cada 12horas de 5 a 7 días Fosfomicina 3g dosis única Amoxicilina 500mg cada 8 horas de 5 a 7 días |
| Cistitis | Ambulatorio Hospitalización | Iniciar tratamiento empírico previo urocultivo, antibiótico terapia indicado para (BA). Cefazolina 1g EV cada 8 horas. En pacientes hospitalizadas por amenaza de parto prematuro o parto prematuro. Tratamiento parenteral: |

| | | |
|---------------|-----------------|--|
| Pielonefritis | Hospitalización | <p>-Monitoreo de latidos fetales, dinámica uterina, funciones vitales.</p> <p>-Ecografía obstétrica y NST.</p> <p>-Hidratación con cloruro de sodio al 0.9%.</p> <p>-Antipiréticos si T° >38.5°c</p> <p>Iniciar tratamiento empírico previo urocultivo</p> <p>.Ceftriaxona 2gr vía endovenosa cada 24 h. o</p> <p>.Gentamicina 3mg/kilogramo/día, vía endovenosa cada 24horas o</p> <p>.Amikacina 15mg/kg/día EV cada 24 horas, valorar riesgo beneficio por ototoxicidad o nefrotoxicidad fetal.</p> <p>Si paciente no presenta fiebre por más de 48horas cambiar tratamiento a VO o IM.</p> <p>.Acetil cefuroxima 500mg cada 12horas VO por 14 días o</p> <p>.Gentamicina 3mg/kg/día IM cada 24horas o</p> <p>.Amikacina 15mg/kg/día cada 24horas por 7dias.</p> <p>Luego solicitar urocultivo después de 2 semanas de terminar el tratamiento.</p> |
|---------------|-----------------|--|

| | | |
|----------------------------|--|---|
| Infección Recurrente | | <p>Después del tratamiento antibiótico continuar con profilaxis antimicrobiana.</p> <p>.Nitrofurantoina 100mg V.O cada noche o</p> <p>.Cefalexina 250mg -500mg VO cada noche hasta el final de la gestación.</p> |
| Infección BLEE Positivo | | <p>La paciente debe ser atendida en el Servicio de Infectología para que inicie tratamiento de acuerdo a su especialidad</p> <p>Las gestantes tratadas por ITU deben realizarse urocultivo mensualmente hasta la culminación de su gestación.</p> |

Fuente: Basado en la propia autora, basado en Guía de Práctica Clínica del Hospital Nacional Daniel A. Carrión 2017

CAPÍTULO II

CASO CLINICO

2.1. Objetivos

a. General

- Identificar los factores de riesgo de parto prematuro en una gestante del Hospital Nivel III – Callao. 2017.

b. Específicos

1. Identificar la infección urinaria como factor de riesgo de parto pretérmino en una gestante del Hospital Nivel III- Callao 2017.

2. Identificar la gestación doble como factor de riesgo de parto pretérmino en una gestante Hospital Nivel III- Callao. 2017.

2.2. Historia Clínica

a. Anamnesis

Apellidos y Nombres:

Edad: 20años

Ocupación: Ama de casa.

GI: 4to año de secundaria

Estado civil: casada

Procedencia: Bellavista

Religión: Católica

Antecedentes Obstétricos

G 2P0010

G1: 2015 aborto incompleto no complicado

G2: Gestación actual

FUR: imprecisa

FPP: 18/ 09/ 2017 por ecografía del primer trimestre

EG: 31 sem. 6días por ecografía del I trimestre

Número de Control Prenatal: 2 en el Centro de salud de la Red Callao y 4 CPN en el HNDACarrión (gestante referida del Centro de salud de la Red Callao)

Antecedentes Personales:

Cirugías: ninguna

Transfusiones sanguíneas: ninguna

Hospitalizaciones: ninguna

Hábitos dañinos: Ninguna

Alergia medicamentosa: AMPICILINA

Antecedentes Familiares:

No presenta factores de riesgo

b. Exploración física:

Controles Prenatales

Primer control Prenatal (09 de Marzo 2017)

Examen Clínico: P: 49,5 kg. T: 154 cm. P.Art: 100/60 mmHg. P: 84x T: 36.6°c

Examen de mamas: de caracteres normales.

G.externos: sin patologías TV: útero 9cm aprox.

MI: No varices, no hinchazón

Diagnóstico: 1) Gestación de 10Sem. 2 días por ecografía del primer trimestre.

Plan de Trabajo: Plan de parto, Tamizaje de violencia familiar, consejería HIV.

Cita: 09/04/ 2017

Segundo control prenatal (03 Abril 2017)

Examen clínico: P: 50.2kg T: 36,8°c P.Art: 110/60 mm Hg P: 86 x min.

AU: 16 centímetros

MI: No edemas, no hinchazón

Gestante refiere cefalea de leve intensidad

Diagnóstico:

1) Gestación de 13 semanas 6 días por ecografía del I trimestre

2) Gestación doble.

Gestante es transferida al HNDACarrión por la sintomatología y el diagnostico que presenta. Es atendida el mismo día (03 de Abril) por consultorio externo del hospital.

PA: 100/ 60 mmHg P: 82x min

AU: 16centímetros

Diagnóstico: Embarazo doble de 16 semanas 1 día por ecografía del I trimestre.

Solicitan: Eco.Obst. GS, Hgma, GUC, examen de orina, prueba de HIV.

.Tercer CPN (13 de Abril 2017) Hospital Carrión.

Al Examen: Peso: 52.2kg P: 84Xmin T: 36,8°c P.Art: 110/70 mmHg.

AU: 20centímetros

LF: primer feto: 142x min. Segundo feto: 138 x minuto.

No hinchazón, no varices de miembros inf.

Diagnóstico: 1) Embarazo doble de 16 sem. 6 días por Ecografía

Cita: 03/05/17

.Cuarto control prenatal (03 de Mayo 2017)

Al Examen: Peso: 53.600Kg P: 86Xmin T: 36,6°c P.Art: 110/60mmHg.

AU: 22centímetros

LF: primer feto: 140x min. Segundo feto: 146x minuto.

No presenta hinchazón, no varices de miembros inf.

Diagnóstico: Embarazo doble monocoriónica de 21 semanas por ecografía.

Cita: 04 de Junio 2017

.Quinto control prenatal (06de Junio 2017)

Al Examen: Peso: 57.1Kg. P: 82Xmin. T: 36, 8°c. P.Art: 110/60mmHg.

AU: 27.5centímetros

LF: primer feto: 142x min. Segundo feto: 150x min

Movimientos Fetales: primer feto: ++ + segundo feto: +++

No edema, no varices de miembros inferiores.

Diagnóstico: 1.Embarazo doble de 25 sem. 6 días por ecografía, monocorial

Se solicita ecografía doppler.

.Sexto control prenatal (08de Julio 2017)

Al examen físico: Peso: 60.2Kg P: 84x min. T: 36,5°c PA: 100/60mmHg.

Gestante refiere presentar sangrado vaginal de característica rojo oscuro en escasa cantidad durante 2 días y dinámica uterina aprox. hace dos horas por espacio de cada 10 minutos.

Altura uterina: 32centímetros

FCF: primer feto: 134x minuto Segundo feto: 148 por minuto.

A la palpación no presenta dinámica uterina.

Al tacto vaginal: cérvix largo posterior, orificios cervicales cerrados, no presenta sangrado vaginal.

No edema, no varices de miembros inferiores.

Movimientos Fetales: Feto 1:++ Feto 2: ++

Diagnóstico: 1. Gestante de 29 semanas por ecografía I trimestre

2. Gestación múltiple

Resultado de ecografía doppler (17 de Junio 2017)

Embarazo doble activa de 27 sem y 6 días por biometría fetal.

Doppler fetal de características normales.

Solicitan Prueba No Estresante, Eco.Obst.

Indicación: multivitamínicos.

Cita 22 de Julio 2017

c. Manejo: (Exámenes complementarios, diagnóstico y tratamiento)

Enfermedad actual (24 de Julio 2017)

INGRESO Y ATENCION POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA

El 24 de Julio a las 11:50pm. Gestante de 20 años de edad se presenta en el servicio de emergencia de Gineco-obstetricia por tener CU de regular intensidad

aproximadamente desde las 7pm, niega sangrado vaginal, niega pérdida de LA, No presenta signos de irritación cortical y refiere percibir movimientos de los fetos.

A la evaluación:

P.Art: 120/70mmHg. Pulso: 84Xmin. Temperatura: 37°C

Paciente acude al servicio en AREG.

No presenta palidez

Abdomen: altura uterina: 34cm Leopold: primer feto: LPI LF: 154x min Mov.

Fetales: ++Segundo feto: Transversa LF: 144x min. Mov. Fetales: ++

Dinámica uterina: F: 2/10 min .I: ++ D: 20”

Al tacto vaginal: cuello uterino posterior, borramiento 30%, permeable a un centímetro, altura de presentación -3, membranas intactas, pelvis ginecoide.

Diagnóstico: -Segundigesta nulípara de 31 sem. 6dias según ecografía del I trim.

-APP

- Gestación múltiple monocoriónico biamniótico

Plan de trabajo: Hospitalización en el Servicio de UEPA

Tratamiento con corticoides

Tocólisis

Monitoreo

Solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: Hgma, examen de orina, GUC,

Eco. Obst. Y Prueba no estresante.

Nueva evaluación médica con resultados de análisis.

Tratamiento:

Cloruro de sodio al 9% 1000cc 30 gotas por minuto

Nifedipino 20 mg. Vía oral cada 20 minutos por tres dosis.

Diclofenaco de 75mg una ampolla intramuscular.

Dexametasona 6mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.

Se cumple con el tratamiento según kardex.

Resultados:

Eco. Obst: Embarazo múltiple activa de 32 semanas 4 días por biometría fetal.

Riesgo bajo de parto prematuro, longitud cervical (23mm)

Hgma: leucocitos: 7.80×10^3 uL

Hemoglobina: 11 gr/dl

Plaquetas: 206×10^3 uL

Urea: 16 mg/dl

Creatinina: 0.79mg/dl

Glucosa. 76mg/dl

Examen de orina: 4-6 leucocitos por campo.

Test no estresante: primer y segundo feto: activos-reactivos.

Tratamiento: Hospitalización UEPA. (Unidad de Embarazo Patológico)

Tocólisis

Uso de corticoides

Monitoreo.

Día: 25 de Julio 2017 Hora: 02:30am. Paciente se hospitaliza en Unidad De Embarazo Patológico con tratamiento indicado y con contracciones uterinas esporádicamente.

MANEJO Y EVOLUCION EN HOSPITALIZACIÓN (UEPA) UNIDAD DE EMBARAZO PATOLOGICO.

Fecha: 25 de Julio 2017

Hora: 02:40 am.

Ingresa gestante de 20 años, al Servicio de Unidad de Embarazo Patológico, procedente del Servicio de Emergencia de Gineco-Obstetricia presentando el diagnóstico:

1. Segundigesta nulípara de 32 semanas por Eco. del primer trimestre.
2. Gestación múltiple (monocoriónico biamniótico)
3. APP

Al examen: Gestante no presenta molestias.

P.Art: 110/60mmHg Pulso: 74x min. Temp: 36.8°C FR: 19x min.

Altura uterina: 34cm primer feto: Longitudinal podálico izquierdo. Segundo feto: transverso

L.F: primer feto: 132-138 x minuto. Segundo feto: 146- 150 x minuto.

Dinámica uterina: no presenta.

G.E: no presenta pérdida de LA, no presencia de sangrado vía vaginal ni otro tipo de secreciones vaginales.

En la tabla N° 10 se observa el tratamiento y atención en el Servicio de UEPA.

Tabla N° 10

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE EMBARAZO PATOLOGICO (UEPA)

| DIAS DE HOSP. EN SERV. UNIDAD DE EMBARAZO PATOLOGICO | F.VITALES | EVALUACION CLÍNICA | INDICACIONES | ANALISIS DE LABORATORIO | PRUEBAS | TERAPIA |
|---|---|--|--|--------------------------------|---|---|
| DÍA: 25/07/17 | P.Art:120/70mmHg Pulso:88xmin Temp:36,5°c F.resp:20xmin | Alt.Uterina:34cm -FCF: primer feto : 148xmin Segundo feto: 132xmin -Mov. Fetales: primer y segundo feto ++ -D. uterina: espaciada | -Control de funciones fetales -Test no estresante -Examen de orina -Ecografía obstétrica -Perfil de coagulación -Interconsulta a anestesiología | | | - .Dexametasona 6 miligramos vía intramuscular C/12h -Nifedipino 10mg vía oral. Cada 6 horas. |
| DÍA: 26/07/17 | P.Art:130/70mmHg Pulso: 78x minuto Temp: 37°c F.Resp: 18xmin | -A. Uterina: 34cm -FCF: Primer feto: 148 x min Segundo feto: 140 x min -Mov. F: primer feto++ Segundo feto: +++ D. uterina: espaciada | -Ex. de orina -Test no estresante -Ecografía obstétrica | | -NST fetos reactivos -Ecografía obst: gestación doble de 31 sem 2 días. Feto 1: pelviano. Peso: 1984gr. feto 2: transverso Peso: 1925gr. | -Dexametasona 6 miligramos intramuscular cada12h por 4 dosis -Nifedipino 10miligramos cada 6h vía oral |

| | | | | | | |
|---------------|---|--|--|---|--|---|
| DÍA: 27/07/17 | P.Art.120/70mmHg Pulso:82xmim Temp:36,5°C F.Resp:20xmin Saturación de oxígeno:99% | -Alt.uter:34cm -FCF:Primer feto: 138xmin Segundo feto:142xmim -Mov. fetales: Primer feto y segundo feto:++ -D. Uterina : espaciada -T.Vag: cuello centralizado, blando, permeable a 1 cmt, M. integras. -Alt.de Present:- 2. | -Monitoreo materno fetal -Urocultivo -Hemograma -Interconsulta a Neonatología -NST -Tratamiento antibiótico | Hemograma: Leucocitos. 7.83 hemoglobina: 11g/dl plaquetas:200 Examen de orina: leucocitos >100x campo Nitritos:3 +++ | -Test no estresante: fetos activos y reactivos. | -Gentamicina 160miligramos intramuscular cada 24horas -Diclofenaco75mg intramuscular |
| DÍA: 28/07/17 | P.Art:120/70mmHg Pulso: 80 x min. Temp: 36.6°C F.Resp: 20 x min. Saturación de oxígeno: 98% | -Alt. uterina: 34cm -FCF:Primer feto : 160x min. Segundo feto: 146x min. Mov fetales: Primer y segundo feto ++ -D.U:espaciada -TV: cuello largo, centralizado, AP- 3. | -Monitoreo materno fetal -Tratamiento antibiótico -Tocólisis -Interconsulta a Neonatología -Test no estresante | | Test no estresante: Ambos fetos reactivos y activos. Hay presencia de contracciones uterinas espaciadas de leve intensidad. | -Cloruro de sodio al 9% 1000cc 30got x min. -Gentamicina 240mg.endovenoso cada 24h -Nifedipino 20mg.cada 20min por 3 dosis después cada 6 horas -Diclofenaco 75mg intramuscular dosis única. |

| | | | | | | |
|---------------|---|---|---|--|---|--|
| | | | | | | |
| DÍA: 29/07/17 | P.Art:120/70mmHg Pulso: 86x minuto. F.Resp: 18x minuto. Temp: 37°C | -FCF: Primer feto: 140 x min. Segundo feto: 148 x min. -Mov. Fetales: ambos fetos ++ -T.vag: D: 2cm Inc:85% Alt de P:-2, Memb. integras -D. Uterina: F:2/10minutos I: +++ D: 30 seg. | -Monitoreo materno fetal. -Test no estresante. | | Monitoreo intraparto: fetos reactivos, presenta contracciones uterinas de intensidad regular. | .Cloruro de sodio 9% 1000cc 30got x min. -Gentamicina 240 mg cada 24h vía endovenosa. -Diclofenaco 75mg IM stat. |

Fuente: Elaborado por la propia autora, basado en Historia Clínica.

DÍA: 29 de Julio 2017 HORA: 10:00am.

Gestante presenta contracciones uterinas regulares.

Dinámica uterina: 2 contracciones en 10 minutos, intensidad ++ y duración de 40 segundos

Latidos fetales: primer feto: 130-140 x minuto.

Segundo feto: 138-148 x minuto.

Obstetra solicita evaluación del equipo de guardia.

El médico de guardia examina, indica iniciar tocólisis administrar: nifedipino 20mg vía oral cada 20 minutos por tres dosis y Diclofenaco 75mg vía intramuscular.

Se realiza el tratamiento según indicación médica y siendo las 12:10m la paciente sigue presentando contracciones uterinas: Dinámica uterina: 2 contracciones en 10min intensidad: ++ Duración: 40 segundos

Hora: 1:00pm

Dinámica uterina: 3 contracciones en 10 min Intensidad: ++ Duración: 40 segundos

Latidos fetales: primer feto: 144- 150 por minuto.

Segundo feto: 146-154 por minuto.

Obstetra solicita reevaluación del equipo médico.

El equipo de guardia evalúa e indican programar a la paciente para operación cesárea por diagnóstico:

-Segundigesta nulípara de 32 sem 4 días por Ecografía

-Gestación múltiple monocoriónico, biamniótico.

-Labor de parto fase latente

-Primer feto en podálico y el segundo en presentación transversa

-Infección del Tracto Urinario en tratamiento

Hora: 3:00pm

Paciente es trasladada a sala de intervención quirúrgica.

Latidos fetales: primer feto: 138-146 por minuto segundo feto: 130-142 por minuto.

Dinámica Uterina: 3contracciones en 10 min. Intensidad: ++ Duración: 35-45 segundos.

SALA DE OPERACIONES

Fecha: 29de Julio 2017 Hora: 3:15pm

Paciente ingresa a sala de operaciones con el diagnóstico:

- Segundigesta nulípara de 32sem 4dias por Eco.

-Gestación múltiple monocoriónico- biamniótico

-Labor de parto fase latente

-Primer feto en podálico y el segundo en presentación transversa

-Infección del Tracto Urinario en tratamiento

Hora: 3:50pm. Inician la operación cesárea y termina la intervención quirúrgica a las 4:35pm.

4:05pm recién nacido vivo, sexo: femenino P: 1945gr. Talla: 45centímetros

Apgar: 6al minuto - 9 a los 5minutos en presentación podálica.

4:07hr recién nacido vivo sexo: femenino P: 1835gr. Talla: 44centímetros Apgar:

9 al minuto – 9 a os 5 minutos en podálica.

Hallazgos: placenta de inserción normal con dos bolsas amnióticas, LA de color transparente.

Incidente: tono uterino disminuido (hipotonía) cuyo evento se resolvió.

5:00pm: paciente es trasladada a Sala de Recuperación con las siguientes condiciones: Puérpera pos operada de cesárea por gestación múltiple, ingresa al servicio bajo efecto de anestesia epidural, despierta, lúcida, leve palidez y presentando escalofríos. Vía permeable, cloruro de sodio al 9% xxx gotas por minuto,

Gasa de herida operatoria seca, se palpa útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, escaso sangrado vaginal.

Funciones vitales: P.Art: 130/70mmHg Pulso: 90 x minuto F.Resp: 20 x min
SAT: O2:95% Glasgow: 15

Paciente presenta funciones vitales estables.

7:40pm Paciente pasa a hospitalización con funciones vitales estables.

FV: P.Art: 120/60mmHg Pulso: 72por minuto F.Resp: 19 por minuto SAT.O2:
99% T: 37.6°c

En la tabla N°11 se observa el tratamiento y atención en el Servicio de la Sala Santa Rosa.

Tabla N° 11 HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA SALA SANTA ROSA

| DIAS DE HOSP. EN SERV. DE GINECOOBSTETRICIA: SANTA ROSA | F. VITALES | EVALUACION CLÍNICA | INDICACIONES | ANALISIS DE LABORATORIO | TERAPIA |
|---|--|--|---|---|--|
| Días post. Cesárea DÍA 1: 30//07/17 | P.Art:110/70mmHg Pulso:84xmin F.Resp:19xmin Temp:36.6°C | -Abdomen depresible, sin dolor a la palpación. -Útero contraído por debajo del ombligo. -Loquios sin mal olor, cantidad normal y de características hemáticas. | -Dieta blanda -Hematocrito después de la cesárea -Control de F:Vitales -Control de sangrado vaginal. | Hto post cesárea: 32.2% | -Dext.5% 1000cc agregar 1 amp.de kalium 20% + 2 amp de hipersodio20% + 1 amp de oxit.10UI administrar 30 g x min. -Ketoprofeno 100mg EV cada 6horas -Tramadol 50mg sub cutánea (dolor intenso) -Gentamicina 160mg IM cada 24horas |
| DÍA 2: 31//07/17 | P.Art:120/80mmHg Pulso:66x min F.Resp:19 x minuto Temp:36.8°C | -Abdomen depresible no dolor a la palpación. -Útero contraído a nivel del ombligo. -Loquios en poca cantidad y hemáticos. | -Dieta blanda +LAV - CFV - Control de sangrado vaginal. | | -Ketoprofeno 100mg.via oral cada 8 horas -Sulfato ferroso 300mg vía oral -Tramadol 50mg sub cutánea a la presencia de dolor -Gentamicina 160mg intramuscular cada 24 horas |
| DÍA 3: 01//08/17 | P.Art:120/80mmHg Pulso:88x minuto Temp:37.3°C F.Resp: 20 x minuto | -Abdomen blando no doloroso a la palpación. -Útero contraído por debajo del ombligo. -Loquios hemáticos, no hay mal olor. | -Hemograma -Control de sangrado vaginal -Control de funciones vitales | Hemograma:Leucocitos:12.5 x 10 ³ /uL Hemoglobina:12.4g/dl Plaquetas:257x 10 ³ /uL | -Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas -Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24horas -Gentamicina 160mg intramuscular cada 24horas |

| DIAS DE HOSPITALIZACION | F. VITALES | EVALUACION CLÍNICA | INDICACIONES | ANALISIS DE LABORATORIO | TERAPIA |
|-------------------------|--|---|--|-------------------------|---|
| DÍA 4: 02/08/17 | P.Art:120/80mmHg Temp: 36.7° C Pulso:78 x minuto F.Resp:19 x minuto | -Abdomen depresible no dolor. -Útero contraído por debajo del ombligo. -No hay signo de flogosis. -Loquios hemáticos en poca cantidad no mal olor. | -Dieta completa -LAV -CFV -CSV | | -Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas. -Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas. |
| DÍA 5: 03/08/17 | P.Art:120/70mmHg Pulso: 86 x minuto F.Resp:18 x min Temp: 36.6°C | -Abdomen no dolor a la palpación. -Útero contraído por debajo del ombligo. -No flogosis -Loquios en escasa cantidad sin mal olor y hemáticos. | -Dieta completa -LAV Condición de alta, control por C. externo de ginecología en 5 días. | | -Paracetamol 500mg c/8h vía oral por 3 días. -Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24horas por 30 días. |

Fuente: Elaborado por la propia autora, basado en la historia clínica.

d. Epicrisis

HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS

Fecha y hora de ingreso: 24 de Julio/2017 Hora: 11:50pm

Admisión: Emergencia de Obstetricia

Servicio de: Gineco-Obstetricia

Referido: Del Servicio de Emergencia

Diagnóstico al Ingreso:

-Segundigesta nulípara de 31sem 6días por Eco. Del primer trimestre

-Gestación múltiple monocoriónico-biamniótico

.APP

Anamnesis: Paciente ingresa acompañada por sus familiares al Servicio de emergencia ginecológica refiriendo presentar dinámica uterina en forma regular aproximadamente desde las 6:30 pm. No presenta sangrado vaginal. No pierde LA, ni presenta signos de irritación cortical y percibe movimientos fetales.

Al examen: Abdomen blando no presenta dolor durante la palpación. Útero contraído aproximadamente a 1 centímetro. Cicatriz transversa supra púbica bien afrontada sin signos de flogosis.

Exámenes auxiliares:

Hematocrito: 35% Hemoglobina: 12.4gr/dl

Evolución: Paciente post operada de 5 días de evolución favorable afebril presenta funciones vitales estables, no signos de alarma. Condiciones de alta médica.

Tratamiento recibido:

-Ketoprofeno 100mg vía oral cada 8 horas

-Sulfato ferroso 300 miligramos, vía oral. Cada 24 horas

-Tramadol 50mg. PRN

-Gentamicina 160 miligramos, intramuscular cada 24horas

-Nifedipino 20 miligramos vía oral cada 20minutos por tres dosis después 10 mg
cada 6 horas vía oral.

-Paracetamol 500mg vía oral cada 8horas.

INFORME DE ALTA

Gestante de 20 años, con historia clínica N°xxxx Fecha de ingreso: 24 de Julio 2017

Fecha de egreso: 03 de Agosto 2017

Paciente permaneció hospitalizada durante 10 días, ingreso por: Servicio de Emergencia de Gineco-obstetricia con el siguiente diagnóstico:

- Segundigesta nulípara de 31 semanas 6 días
- Gestación múltiple monocoriónico-biamniótico
- Amenaza de parto pretérmino (APP)

En condición de alta médica con el diagnóstico:

- Puérpera primípara post cesárea por gestación doble, pretérmino

Cirugía: SÍ

Su estado de salud al egreso es: MEJORADO

Tratamiento:

Dieta: Blanda

Medicamentos: -Sulfato ferroso 500 miligramos vía oral c/24 horas por 20 días

-Paracetamol 500 miligramos 1 tableta vía oral c/8 horas por 3 días.

Regresar a Emergencia Gineco-Obstetricia si presenta algún signo de alarma: sangrado por vía vaginal, alza térmica o dolor.

Acudir a control médico por Consultorio de Gineco-Obstetricia el 08 de Agosto 2017

Hospitalización: Santa Rosa

Especialidad: Gineco-Obstetricia

Fecha: 03 de Agosto 2017

EPICRISIS

PRIMER GEMELO

Fecha de ingreso: 29 de Julio 2017

Sexo: Femenino

Peso: 1945gramos

Talla: 45centímetros

Perímetro cefálico: 30centímetros

APGAR: 6 al min. y 9 a los 5 min.

Fecha de alta: 22de Agosto 2017

Peso: 2165gramos

Talla: 47centímetros

Factores de riesgo maternos:

- Gestación doble
- Infección urinaria
- Pretérmino

Causas de ingreso del RN:

- Prematuridad
- Problema respiratorio

Diagnóstico a la alta médica:

- Taquipnea transitoria
- Deshidratación, hiponatremia

- Ictericia
- Pretérmino
- Persistencia del conducto interno

Cita por consultorio de Neonatología el 29 de Agosto 2017

CONSULTORIO EXTERNO DE NEONATOLOGÍA:

FECHA: 29 de Agosto 2017

EDAD: 30 días PESO:

2,275 gramos TALLA:

46.5 centímetros

RECOMENDACIONES: Lactancia Materna Exclusiva

DX: sana.

EPICRISIS

SEGUNDO GEMELO

Fecha de ingreso: 29 de Julio 2017

Sexo: femenino

Peso: 1835gr

Talla: 44cm

APGAR: 9 al min. y 9 a los 5min.

Factores de riesgo maternos:

- Gestación doble
- Infección urinaria
- Pretérmino

Causas de ingreso del RN:

- Prematuridad
- Problema respiratorio

Fecha de egreso: 02de Agosto 2017

Peso: 1577gramos

Neonato fallecido

DX:

- Prematuridad
- Infección generalizada (sepsis) neonatal
- Enterocolitis necrotizante y Taquipnea transitoria.

2.3. Discusión

El parto pretérmino se considera como la causa principal de la morbimortalidad perinatal a nivel mundial con mayor incidencia en menores de 34 semanas de edad gestacional, por presentar mayores complicaciones en el recién nacido prematuro.

Es muy importante conocer los principales factores de riesgo para prevenir o disminuir las cifras de partos prematuros, siendo el objetivo de este trabajo académico.

En el desarrollo del presente caso clínico se determina que el parto prematuro no solo se desencadena por un solo factor o elementos de riesgo, sino por otros factores que también pueden desencadenar en parto antes de tiempo y complicar la vida del recién nacido prematuro, encontrándose los siguientes: Infección urinaria y embarazo múltiple.

Con respecto a la patología infecciosa materna siendo la infección urinaria un factor de riesgo que concuerda con los resultados reportados en el trabajo de investigación realizado por Balladares quién investigó sobre prevalencia y factores de riesgo que desencadenan el parto pretérmino en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca y concluye que el 39,5% de las gestantes presentaron infección de las vías urinarias siendo el factor que presentó mayor porcentaje de los factores de riesgo desencadenando el parto prematuro clasificados entre moderada y tardía. Otros investigadores como Vílchez A. concluye que otro de los factores de riesgo que incrementa el parto prematuro de forma significativa es la infección del tracto urinario, trabajo que realizó en un hospital de Nicaragua, otro trabajo de investigación que concuerda con lo mencionado anteriormente es el

trabajo de Ramos P. quién concluye que las gestantes que presentaron infección urinaria fue en 54.8% y que desencadenaron el parto prematuro.

En este caso clínico se encontró otro factor que pone en riesgo de salud a la embarazada es la gestación doble, resultado que se relaciona con la conclusión de los investigadores Hidalgo N, Vílchez A, Rengifo N, cuyo principal objetivo era determinar cuáles eran los factores de riesgo de la madre que desencadenaron al parto prematuro. Concluyeron que otro de los factores de riesgo para desencadenar parto prematuro fue el factor del embarazo doble.

En el caso clínico estudiado se consigue como dato importante el apgar de los prematuros a su nacimiento , presentando que el primer gemelo obtuvo un apgar cuyo puntaje fue de 6 al minuto y 9 a los 5 minutos, y un peso de 1945gr logrando sobrevivir a esta complicaciones y se encuentra con sus controles estrictos por consultorio de neonatología y el segundo gemelo que nació con apgar de 9 al minuto y 9 a los cinco minutos y con peso de 1835gr, falleció a los 5 días de su nacimiento por presentar mayores complicaciones como el bajo peso comparando con el primer gemelo y otras complicaciones propias de la prematuridad, como sepsis neonatal, enterocolitis necrotizante, taquipnea transitoria, por lo que coincido con las investigaciones realizadas por Pérez Zamudio, en un Artículo sobre la Morbimortalidad del RN pretérmino durante el 2013 en Hospital General de México. Llegó a la conclusión que las primeras causas de mortalidad neonatal son la septicemia, enfermedad de la membrana hialina y cardiopatía congénita, así como también concuerda con la investigación realizada por Hidalgo N. en el Hospital de Moyobamba y concluyó que los casos

más frecuentes de mortalidad neonatal fue: sepsis, membrana hialina, síndrome de aspiración de líquido amniótico y las hemorragias.

Concluyo en el análisis de este caso clínico que las principales causas que desencadenaron el parto pretérmino en la gestante fueron: la gestación doble y la infección del tracto urinario, coincidiendo con los trabajos de investigación estudiados y presentados de los diferentes investigadores ya mencionados y la literatura presentada.

2.4. Conclusiones

- En el caso presentado se identifica dos factores de riesgo que desencadenan el parto pretérmino en la gestante atendida en el Hospital Nivel III- callao 2017.
- La infección urinaria es un factor de riesgo de parto pretérmino en la gestante atendida en el Hospital Nivel III- Callao 2017.
- El embarazo doble es un factor de riesgo de parto pretérmino en la gestante atendida en el Hospital Nivel III- Callao 2017.

2.5. Recomendaciones

- Dentro de las recomendaciones es importante realizar la Prevención Primaria, en los establecimientos de salud a Nivel Nacional.
- Sensibilizar a la población de gestantes sobre la importancia del Control Prenatal para la detección precoz de los factores que incrementan el riesgo perinatal y la transferencia oportuna a hospitales capacitados.
- Establecer el uso de los Protocolos de Atención actualizados en los Hospitales con el objetivo de mantener estándares de atención a favor de la población de mujeres en edad reproductiva.
- Implementar el material e infraestructura necesaria y personal de salud calificado para lograr resultados que nos permita disminuir el porcentaje de muerte neonatal a favor de la población de gestantes con factores de riesgo obstétrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Creasy RK, Resnik R, Iams JD. Maternal – fetal medicine principles and practices. Seventh edition. Philadelphia: Elsevier Saunders (2013).
2. Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur [Internet] 2015;13(4) [consultado 2017 Agosto]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60653>
3. Elías R, Rodríguez E. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretérmino en el Servicio de Maternidad del Hospital Militar Central. [internet]. 2013 [Consultado 2017 Agosto]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/10282/Rodriguez%20Ruben2010.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Keirse MJNC. New perspectives for the effective treatment of preterm labor. Am J Obstet Gynecol [internet] 1995; 173: 618-628. [consultado 2017 Agosto]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002937895902929>
5. Balladares F. Prevalencia y factores de riesgo de parto pretérmino en pacientes atendidos en el Departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2014. [tesis] Cuenca Ecuador 2016. [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.html>

6. Rivera J. Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de la Ciudad de Pasaje. [tesis] Loja Ecuador 2016. [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en :
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16835/1/TESISJAVIER%20RIVERA.pdf>
7. Vílchez A. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso – control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre Julio del 2014 y Junio del 2015. [tesis] Nicaragua Managua 2016. [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en:
<http://repositorio.unan.edu.ni/3143/1/8193.pdf>
8. Ramos P. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero a Julio del 2018. [tesis] Lima Peru 2019. [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en:
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3039/UNFV_RAMOS_GONZALES_PAMELA_LIZ_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Rengifo S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II- 2 Tarapoto, Octubre 2017 a Octubre 2018. [tesis] Peru 2019. [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en:
<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/3213?show=full>
10. Hidalgo N. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital de Moyobamba, julio 2014 a junio del 2015. [tesis] Iquitos Perú 2015. [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3968>

11. Oyarzun, E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas. [internet] 1996/1997, /: 32-76. [consultado 2017 Agosto]. Disponible en: https://scholar.google.com.pe/scholar?lookup=0&q=oyarzun+E.+parto+prematuro.+clinicas+perinatologicas+argentinas+1996&hl=es&as_sdt=0,5
12. L. Cabero Roura. Parto prematuro. 618.39. Buenos Aires. Panamericana; 2004 [consultado en 2019 Mayo]. Disponible en: books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=mEY_O9AjTcwC&oi=fnd&pg=PR5&dq=+definicion+de+parto+prematuro&ots=_FgN38-bbO&sig=qAsJ_y0utzzLMt5x9FMbbUNatz4#v=onepage&q=definicion%20de%20parto%20prematuro&f=false
13. Minsa. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 [internet]. [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en: file:///C:/Users/Familia%20Becerra/Downloads/Boletin_CNV_16.pdf
14. Parto pretérmino. La Enciclopedia Médica. December 18, 2013.by admin. In Enfermedades y Tratamiento. [internet]. [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en: sintomastratamiento.com/dolor-enfermedad-trastorno/parto-prematuro-tratamiento-causas-sintomas-diagnostico-y-prevencion/
15. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Parto Pre termino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Edición N° 001 GPC-DGO-002 2017.
16. Huamán M. Simposio Parto pretérmino. Rev. Per Ginecol Obstet. [internet] 2008; 54:22-23 [consultado 2017 Agosto]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428187006.pdf>

17. Pacheco J .Simposio Parto Pretérmino: Tratamiento y la Evidencias. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [internet] 2008; 54: 25 [consultado 2017 Agosto]. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v54i106>
18. Gómez R. Prevalencia de amenaza de parto pretérmino y su asociación con la infección del tracto urinario en el Centro de Salud Rosas Pampa. Enero-Marzo 2012. [Tesis] [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/4211/TM-884.pdf?sequence=1>
19. Orbegozo Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre Julio y Septiembre del 2015. [Tesis] [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/570>
20. Ministerio de Salud del Perú. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. En el Marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. 2011. [internet] [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
21. Pérez Zamudio. Morbilidad y Mortalidad del recién nacido Prematuro en el Hospital de Irapuato- México .Bol. Med. Hospital. Infant. México. [internet]. 2013; 70 N°4. [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005
22. Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago: MINSAL 2010 [internet] [consultado en 2017 Agosto]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>

23. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. 6° ed. Buenos Aires. El ateneo; 2005.
24. Pritchard, J. MacDonald, P. Williams Obstetricia. 2°ed. Appleton-Century-Crofts de Nueva York. Salvat Editores, S.A. 1980.
25. Lacunza R, et al. Simposio Embarazo Múltiple. Implicancias Epidemiológicas de la gestación Múltiple en la Salud Publica. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [internet] 2015; 61. [consultado 2019 Marzo]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000300008&script=sci_arttext&tlng=pt
26. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia.1°ed.Mad Corp.S.A. Lima-Perú.1999.
27. López M, Cobo T, Palacio M, Gonce A. Protocols Medicina Fetal I Perinatal: Infección vías Urinarias.Servei de Medicina Maternofetal-icgon-Hospital Clinic Barcelona. [internet]. 2017; 2-8. [consultado 2017 Setiembre]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.html>