

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad en Bienestar Fetal

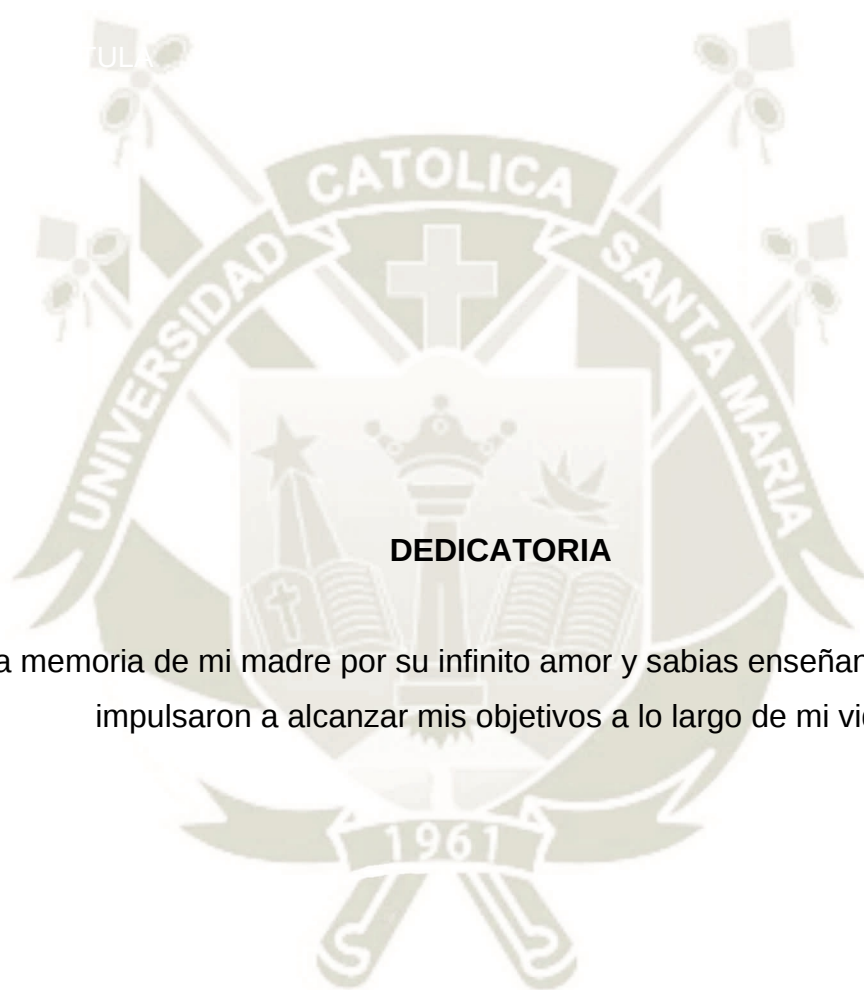


“PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO Y MONITOREO FETAL”

Trabajo académico presentado
por la Lic.: **Cárdenas Alpaca,
Marlene del Pilar**
para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional en
Bienestar Fetal

Asesora: Mg. Meza Flores,
Fabiola

Arequipa - Perú
2020



DEDICATORIA

A la memoria de mi madre por su infinito amor y sabias enseñanzas, que me impulsaron a alcanzar mis objetivos a lo largo de mi vida.



EPÍGRAFE

"TENEMOS UN SECRETO EN NUESTRA CULTURA, Y NO ES QUE EL PARTO NO SEA DOLOROSO, SINO QUE LAS MUJERES SON FUERTES".

Laura Starvoe Harm."

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación lleva por título: PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO Y MONITOREO FETAL, tuvo como objetivo Identificar los signos y síntomas de una paciente adolescente con gestación a término en pródromos de trabajo de parto, tratando de verificar el bienestar fetal, mediante pruebas no invasivas como es el NST.

Se trata de una paciente S. L. O. de 18 años de edad, con residencia en el distrito de Socabaya – Arequipa de ocupación estudiante y de estado civil soltera, se registró su ingreso a tópicos de emergencia el día 23/10/2017 – 11:30 horas, quien presenta dolor por más de 8 horas de tipo contracciones con pérdida de tapón mucoso, percibiéndose movimientos fetales. HTA (Hipertensión arterial): Su diagnóstico fue: gestación de 37 semanas, primigesta nulípara, feto único vivo y D/C Preeclamsia.

Recibió todo el tratamiento y atención según su diagnóstico siendo su última revisión a Día: 23/10/2017 Hora: 23:30 horas presentando placenta de inserción: Lateral izquierda II/III, Índice de líquido amniótico: 10, Feto: Situación: Longitudinal, Posición: Derecha, Presentación: Cefálico, LCF: 156x´

DBP: 90 mm (36 semanas 5 días), CC: 315 mm (35 semanas 2 días) LF: 72 mm (37 semanas), CA: 337 mm (37 semanas 4 días), Ponderado fetal: 3236 gr, Dx. por biometría: Gestación de 36 semanas 4 días, Test no estresante: HRHDE 10/10.

Se obtuvo como conclusión que los pródromos de trabajo de parto varían en intensidad y frecuencia, dependiendo muchas veces de las condiciones y circunstancias en las que se presenta esta etapa.

Palabras claves: Embarazo en adolescentes, pródromos de parto, monitoreo fetal.



ABSTRACT

The following research work is entitled: LABOR PRODROMES AND FETAL MONITORING, aimed to identify the signs and symptoms of an adolescent patient with full-term pregnancy in prodrome of labor, trying to verify fetal well-being, through tests non-invasive such as the NST.

This is an 18-year-old SLO patient, residing in the district of Socabaya - Arequipa of student occupation and single marital status, her admission to emergency topics was recorded on 10/23/2017 - 11:30 a.m. , who presents pain for more than 8 hours of type contractions with loss of mucous plug, perceiving fetal movements. HTA (arterial hypertension): Her diagnosis was: 37 weeks gestation, nulliparous first pregnancy, live single fetus and D / C Preeclampsia.

He received all the treatment and care according to his diagnosis, his last revision being on Day: 10/23/2017 Time: 23:30 hours presenting insertion placenta: Left lateral II / III, Amniotic fluid index: 10, Fetus: Situation: Longitudinal , Position: Right, Presentation: Cephalic, LCF: 156x'

DBP: 90 mm (36 weeks 5 days), CC: 315 mm (35 weeks 2 days) LF: 72 mm (37 weeks), CA: 337 mm (37 weeks 4 days), Fetal weighted: 3236 gr, Dx. by biometrics: 36 weeks 4 days gestation, Non-stressful test: HRHDE 10/10.

It was concluded that the prodromes of labor vary in intensity and frequency, depending many times on the conditions and circumstances in which this stage occurs.

Keywords: Pregnancy in adolescents, childbirth prodromes, fetal monitoring.

INTRODUCCIÓN

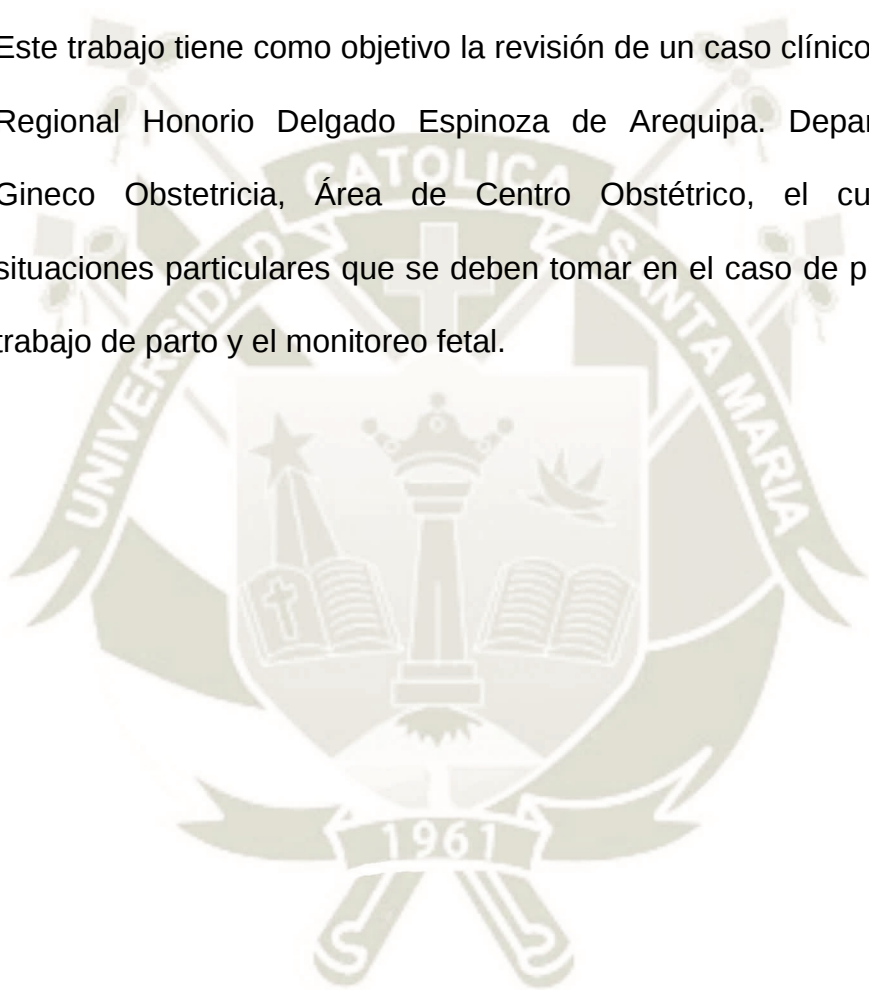
El embarazo y el parto son etapas importantes para cualquier mujer. En el embarazo específicamente cuando se encuentra a término algunas mujeres presentan los pródromos de trabajo de parto, que no son más que la preparación para el nacimiento del feto. Los pródromos son conocidos como falso trabajo de parto, ya que presentan síntomas muy parecidos, cuyos síntomas varían de mujer a mujer, sin importar si es primigesta o multíparas, en ocasiones no son diferenciados de la labor de parto.

Según García ¹ indica que los pródromos de trabajo de parto comienzan entre 72 horas, 48 horas o 24 horas antes del inicio de trabajo de parto. Por su parte la Organización Panamericana de Salud (OPS)² señala que las mujeres que tiene pródromos de trabajo parto tiene el cuello uterino no dilatado, no borrado y tienen contracciones uterinas irregulares. Es importante que se haga uso de monitores fetales desde que las parturientas ingresan al centro de atención de salud, de manera de poder controlar el bienestar del feto y así prevenir cualquier eventualidad que se pueda presentar en él³.

Los antecedentes familiares se deben tomar en cuenta siempre que una mujer ingresa a cualquier centro hospitalario en estado de gravidez, sobre

todo si es nulípara, ya que allí se podría predecir cómo será el parto de estas. Así como también verificar e identificar las que requieran mayor atención o en caso que se presente cualquier emergencia.

Este trabajo tiene como objetivo la revisión de un caso clínico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Departamento de Gineco Obstetricia, Área de Centro Obstétrico, el cual presenta situaciones particulares que se deben tomar en el caso de pródromos de trabajo de parto y el monitoreo fetal.



ÍNDICE

CARATULA	
DEDICATORIA	
EPÍGRAFE	
ÍNDICE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I.....	1
MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Objetivos	2
2.1. Objetivo general.....	2
2.2. Objetivos específicos.....	2
3. Marco teórico	3
3.1. Pródromos de trabajo de parto	3
3.2. Síntomas de los pródromos de trabajo de parto.....	4
3.3. ¿Cómo son los pródromos del parto?.....	5
3.4. ¿Qué hacer ante los pródromos de parto?	7
3.5. Maniobras de Leopold	9
3.6. Etapas del parto.....	11
3.7. Embarazo en adolescentes	13

3.9. Monitoreo fetal	16
3.10. Test de Fisher	19
CAPITULO II. MARCO METODOLÓGICO	25
CAPITULO III. DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	42



CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. Planteamiento del problema

El embarazo es uno de los momentos más importantes para toda mujer, sin embargo, cuando ocurre en adolescentes trae muchos problemas relacionados a la edad que consecuentemente afectan su salud física y emocional.

Las embarazadas adolescentes suelen llegar a los centros de salud sin parejas y en algunas ocasiones los padres de los niños no aparecen durante todo el proceso de parto.

Sobre todo, las primigestas tienden a confundir los dolores de parto con los pródromos de parto, los cuales aparecen un tiempo antes de las contracciones de parto.

En vista de esto se plantea el análisis de la historia clínica de esta paciente atendida en el hospital Honorio Delgado Espinoza.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Identificar los signos y síntomas de una paciente adolescente con gestación a término en pródromos de trabajo de parto, tratando de verificar el bienestar fetal, mediante pruebas no invasivas como es el NST.

2.2. Objetivos específicos

- Establecer diferencias entre los pródromos de parto y las contracciones reales del parto
- Determinar la importancia del monitoreo fetal durante el trabajo de parto.
- Analizar las diferentes situaciones que se pueden presentar en el embarazo adolescente
- Elaborar una historia clínica que tenga como función conocer los antecedentes de la paciente, así como obtener información sobre los controles obstétricos, determinar la aparición de signos que generen algún tipo de alarmas.

3. Marco teórico

3.1. Pródromos de trabajo de parto

Por lo general la mujer en estado de gravidez en su etapa final siente una serie de contracciones leves algo incomodas que no siguen ningún ritmo de tiempo, ni causan dolor, ocasionalmente desaparecen al cambiar de posición, podría decirse que son los ejercicios preliminares del útero para el trabajo de parto, estas son llamadas Contracciones de Braxton Hicks ⁴.

En el año 1954 fue utilizado por primera vez el término pródromo, siendo el año 1678, cuando fue documentado como término médico. Los pródromos deben ser investigados desde la anamnesis y la semiotecnia, dando una idea del episodio por el cual está pasando el paciente y así poder determinar que se trata de los pródromos, ya que estos no son específicos y son muy variables. Algunas veces están asociados a cambios de humor, cambios en el apetito y aparición de dolores atípicos.⁵

Existen mujeres, aunque ya hayan tenido hijos que no diferencian los pródromos de parto de las contracciones propias del parto. En la medicina clínica, un pródromo se relaciona o asocia a síntomas, signos o señales que aparecen antes y anuncian que el parto este cerca⁶.

3.2. Síntomas de los pródromos de trabajo de parto

Los síntomas de los pródromos varían en cada mujer, estos suelen aparecer en algunas 72 horas antes mientras en otras apenas unas horas antes del parto⁷. Entre los síntomas se tienen:

Signos subjetivos

- Vientre endurecido
- Dolor al caminar o presencia de calambres.
- Sensación de peso en las ingles (se debe a que el feto ha descendido y la presiona las ingles.
- Nerviosismos
- Molestias al miccionar.
- Expulsión del tapón mucoso.

Signos objetivos

- Presencia de contracciones
- Útero en descenso
- Madurez del cérvix (se aprecia en el tacto: cérvix acortado y reblandecido, centrado y a veces dehiscente a un dedo)⁷.

3.3. ¿Cómo son los pródromos del parto?

Un síntoma más evidente de los pródromos de parto es sentir contracciones intensas para unas mujeres es más dolorosa que para otras. Es fundamental que estas contracciones no sean confundidas con las contracciones de Braxton Hicks, ya que estas entrenan los músculos del útero para el momento real del parto⁸.

Es importante para los médicos especialistas poder diferenciar entre las contracciones propias del parto y los pródromos de parto. Ya que las contracciones del parto tienen características propias como la intensidad, el ritmo y la forma como progresan a medida que pasa el tiempo y los pródromos se caracterizan por no tener un patrón de

ritmo característico, de manera regular y en ocasiones suelen causar muchas molestias.⁹

Por lo tanto, las mujeres podrían experimentar un ciclo de espasmos en la zona de la ingle, con una duración de entre 15 y 20 segundos aproximadamente, sin embargo, la duración del pródromo es menor al de una contracción real del parto.⁹

También pueden ocurrir otros síntomas como son la expulsión del tapón mucoso, aunque esto ocurre en pocos casos, lo que sí es más frecuente es el descenso del útero que de alguna manera aliviaría la zona del epigastrio o el abdomen, también puede ser el ablandamiento del cuello uterino, con la probable pérdida de tapón mucoso. en estos casos para que no exista duda entre los pródromos y las contracciones del parto se sugiere realizar un examen médico clínico y/o ginecológico¹⁰.

Cuando las mujeres se encuentran en trabajo de parto se presentan contracciones intensas, progresivas y rítmicas, que podrían tener una duración aproximada de 1 minuto, en un intervalo de 10 minutos.

Las gestantes pueden sentir los pródromos de diferente manera, duración e intensidad, y podrían aparecer antes de las 72 horas del parto, pudiendo durar horas o en ocasiones días⁸

- Cuando el abdomen desciende, ejercerá presión sobre la vejiga de manera que las ganas de miccionar serán más frecuentes y en pocas cantidades (polaquiuria).
- Espasmos uterinos, muchas veces descritos como punzadas en la parte del vientre bajo y son apreciados por el endurecimiento del vientre.
- Expulsión del tapón mucoso: se puede ver a la salida de la vagina mediante la aparición de una sustancia de aspecto mucoso de color blanco, rosado o en algunas ocasiones marrón que varía en cantidad.

3.4. ¿Qué hacer ante los pródromos de parto?

Cuando se tengan los pródromos de parto es necesario asistir al hospital, especialmente en casos de que sean primigestas, ya que se

tiende a confundir los pródromos con las contracciones del trabajo de parto¹¹. Una de las formas más sencillas de diferenciar es a través del control de la intensidad y la frecuencia en el tiempo de las contracciones, ya que los periodos e intervalos definidos, que podrían estar entre los 3, 5 y 7 minutos. Si las contracciones no aumentan de intensidad la mujer no se encuentra en trabajo de parto.⁹

Practicar la respiración. Durante los pródromos de parto, es buen momento para practicar las técnicas de respiración. Si la contracción es débil, se puede hacer uso de la respiración abdominal. Esta ayuda a relajar el cuerpo y la mente. Cuando las contracciones se intensifiquen, es recomendable hacer las respiraciones a nivel de tórax. Se toma aire por la nariz y se expandiendo el pecho, luego se expulsa por la boca lentamente lo que contribuyen a controlar el dolor.

En los pródromos de parto, algunas mujeres pueden presentar preocupación e incluso un poco de ansiedad, excepcionalmente se pueden presentar estos síntomas por semanas. Por ejemplo, pueden aparecer contracciones de parto por la tarde-noche, incluso que vayan cogiendo regularidad y decida ir a urgencias y conforme llegue se paren las contracciones teniendo que regresar a casa. Ante todo, hay

que mantener la calma. Lo más recomendable es una vez diagnosticada por el profesional de salud la fase de pródromos de trabajo de parto y sin alteración del bienestar fetal, entonces volver a casa y pasarla de una manera tranquila pero expectante en compañía del entorno familiar.⁹

3.5. Maniobras de Leopold

Las Maniobras de Leopold desde el año 1894 forman parte de la exploración en obstetricia y fueron diseñadas por Leopold y Sporling en ese mismo año. Estas maniobras permiten a quien lo practique tener información concerniente a el feto como su posición, situación, altura y movilidad del feto, en otras palabras, estas maniobras de palpación se utilizan para ver consistencia relativa, forma y movilidad del feto. Para realizar las Maniobras de Leopold, es necesario que la gestante se encuentre cómoda y acostada en posición supina con el abdomen descubierto. Se deben tomar las medidas necesarias para prevenir el Síndrome de Hipotensión Supina, por compresión de la vena cava por el feto.¹⁰

- **Primera maniobra:** Su objetivo es identificar que polo fetal se encuentra ocupando el fondo uterino, puede ser el polo cefálico o el polo pélvico.
- **Segunda maniobra:** Su objetivo es la Posición del feto (izquierda o derecha) y la situación (longitudinal o transversa) fetal.
- **Tercera maniobra:** Su objetivo es identificar la altura de la presentación (libre, abocada y encajada), y corroborar la presentación.
- **Cuarta maniobra:** Su objetivo es identificar la presentación y corroborar la altura de la presentación (libre, abocada y encajada).

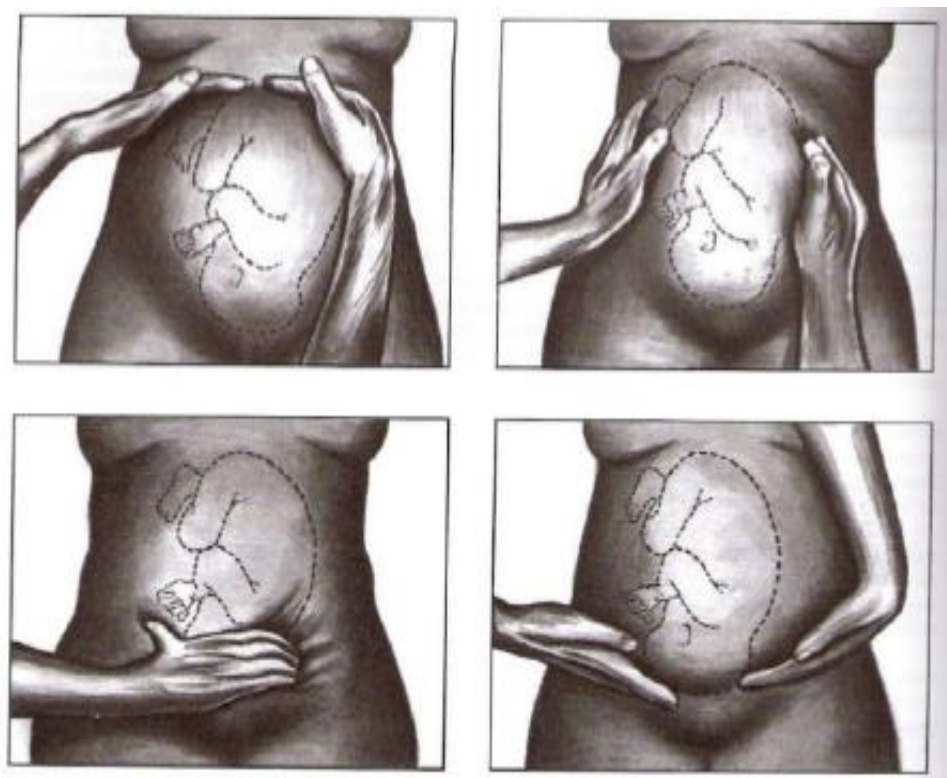


Figura 1. Maniobra de Leopold.

Fuente: Schwarcz – Sala-Duverges (2012)

3.6. Etapas del parto

El trabajo de parto se divide en 3 periodos: dilatación, expulsivo y alumbramiento; donde el primer periodo se divide en dos fases: La fase latente que corresponde a la división preparatoria y la fase activa

a la de dilatación. Además de ello, esta última se subdivide en fase de aceleración, de máxima pendiente y fase de desaceleración¹⁵.

El inicio de la fase latente del trabajo de parto, definido por Friedman (1972), corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 cm de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo.

La fase activa del trabajo de parto se puede considerar de manera confiable de una dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cm o mayor, en presencia de contracciones uterinas, según Friedman (1955), la duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas fue de 4.9 h. Friedman (1972) también observó que las multíparas avanzaban algo más rápido en la fase activa del trabajo de parto, con una velocidad normal mínima de 1.5 cm/h, en comparación con las nulíparas que es más lento a una velocidad de 1.2cm/h.¹⁵

El segundo periodo del trabajo de parto o expulsivo, comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable¹⁵. Por otro lado, la tercera etapa del trabajo de parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo¹⁵.

El conocimiento de la duración normal del trabajo de parto puede ser alterado por múltiples factores clínicos que modifican la conducta durante el trabajo de parto. Por ello, algunos describen una duración promedio del primero y segundo periodos de trabajo de parto de casi 9 h en nulíparas sin analgesia regional con un límite superior era de 18.5 h y un tiempo promedio de casi 6 horas con un máximo de 13.5 h para multíparas¹⁵.

3.7. Embarazo en adolescentes

La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10

a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. El embarazo adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen¹⁶.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos¹⁸. El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes.

La adolescente que se embarazada tiende a necesitar de apoyo, comprensión y ayuda por sentirse más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra adolescente que no cursa con una gestación, ya que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre. Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor

de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal¹⁷.

El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es máximo en la adolescente; la incidencia de bajo peso al nacer y de abortos espontáneos, así como de mortalidad infantil es de 2 a 3 veces más alta, que en las mujeres mayores de 25 años. La adolescente muy joven tiene un riesgo particular durante el embarazo, porque tiende acudir más tarde a los cuidados prenatales. Esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles.

3.8. Consecuencias de un embarazo adolescente no planificado:

3.8.1. Consecuencias para la Madre adolescente

- Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.
- Menor duración y más inestables en pareja adolescente.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.

- Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

3.8.2. Consecuencias para el Hijo de la Madre adolescente

- Mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

3.9. Monitoreo fetal

Definiríamos el monitoreo electrónico fetal como un método a través del cual es posible evaluar los latidos cardiacos fetales, precisando cualitativamente y cuantitativamente las características del ritmo y frecuencia, para relacionarlos con estímulos: movimientos fetales, contracciones uterinas¹³.

El monitoreo electrónico fetal logra detectar cuadros de hipoxia fetal y prevenir la asfixia neonatal en tanto, esta puede causar daño neurológico permanente e irreversible en el niño por nacer e incluso la muerte.

Podemos afirmar que uno de los objetivos del monitoreo fetal electrónico (MEF) radica en la valoración de las condiciones de oxigenación fetal durante el parto. Dicha oxigenación expresa la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto y la respuesta fisiológica fetal en caso de interrumpirse la transferencia de oxígeno. Hay tres principios básicos para interpretar la FCF intra parto, se basan en la obtención y registro simultáneo de la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina mediante el empleo de equipos electrónicos (cardiotocógrafos o monitores electrónicos fetales) ¹⁴.

El monitoreo fetal electrónico, (MEF) test no estresante o registro basal no estresante, detecta oportunamente alteraciones en dicha evaluación y orienta la conducta obstétrica en el manejo clínico para mejorar las condiciones de bienestar del producto de la concepción.

La asfixia genera cuadros de hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con la respectiva acidosis metabólica y posterior isquemia agravando la hipoxia tisular, y la acumulación de productos del catabolismo celular. Puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, así como también después del nacimiento.

Según la intensidad y duración afectan órganos y sistemas. En el sistema nervioso central se produce el daño más relevante asociado a secuelas y/o mortalidad.

Para la interpretación de los registros del monitoreo electrónico, se requiere:

- Obtener un adecuado registro de la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina.
- Realizar el análisis e interpretación del trazado registrado: Se entiende por análisis a la definición y medición de las características del trazado y por interpretación, al razonamiento clínico del análisis de manera global y específico sobre la base del trazado obtenido. (1)

La descripción completa del trazado Cardiotocográfico comprende:

- Identificación de factores de riesgo maternos: Ello implica la descripción cuali-cuantitativa de las características de la actividad

uterina (frecuencia, duración, intensidad y tono) y del patrón de la Frecuencia Cardíaca Fetal.

- Identificación de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, observada durante la pausa intercontráctil.
- Determinación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal a corto plazo (latido a latido); valor normal entre 6 y 25 lat/min.
- Identificación de aceleraciones (> 15 lat/min respecto a la línea de base >15 segundos).
- Identificación de las desaceleraciones (caídas de 15 o más lat/min por 15 o más segundos).
- Movimientos Fetales: pueden ser únicos o múltiples, en espiga o en salva.

3.10. Test de Fisher

Test no estresante

El test no estresante valorado por Fisher es un método de evaluación del estado neurológico basal del feto a partir de las 28 semanas del embarazo, el

fundamento de este test es el estudio de las 32 características de la frecuencia cardíaca fetal, en condiciones basales, sin estrés materno ni fetal.²⁰

Las variables que evalúa el test no estresante son: movimientos fetales, línea de base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), variabilidad de la FCF, presencia o ausencia de aceleraciones y presencia o ausencia de desaceleraciones.

Objetivo

El objetivo primordial consiste en la evaluación del estado de salud fetal a partir de las 28 semanas del embarazo, presumiendo que el feto está sano o que probablemente está en situación de riesgo, con el objeto de poder corregir la situación antes de que se produzcan daños irreversibles en el feto.

Indicación

El test no estresante está indicado, básicamente, en los embarazos de alto riesgo obstétrico. Sin embargo se recomienda en el embarazo normal, de bajo riesgo obstétrico, de manera opcional, pueda realizarse un test no estresante para evaluar el estado de bienestar fetal a partir de las 28 semanas del embarazo.

Características

El test no estresante es un método de evaluación fetal sencilla, fácil de realizar, rápido, cómodo para la paciente, no invasivo, de bajo costo, de fácil interpretación, reproducible y sin efectos secundarios ni contraindicaciones.

Variables estudiadas

El test no estresante estudia la FCF en condiciones basales en relación con tres aspectos:

a) características de la línea de base de la FCF;

b) existencia o no de aceleraciones transitorias de la FCF en respuesta a los movimientos fetales;

c) existencia o no de aceleraciones transitorias de la FCF en respuesta a las contracciones uterinas espontáneas.

La existencia de aceleraciones transitorias de la FCF durante el test basal es un fenómeno conocido con el nombre de reactividad. Este hecho es considerado universalmente como un signo de salud o de bienestar fetal.

A) Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal: Según Caldeyro Barcia, es la frecuencia cardíaca fetal medida en los intervalos entre descensos, espigas y ascensos transitorios.

B) Variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal: La FCF es el resultado de mecanismos cardioestimuladores y cardio inhibidores, y el equilibrio entre ambos sistemas establece la frecuencia cardíaca normal

Patrón Sinusoidal: Se caracteriza por una línea de base de la FCF oscilante, ausencia de movimientos fetales, variabilidad mínima, sin aceleraciones, con una frecuencia de 3-5 ciclos por minuto, que persiste durante 20 minutos o más.

C) Aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal: Son aumentos de la línea de base de la FCF, en forma transitoria, asociados a múltiples causas, aunque a los que se asignan mayor valor pronóstico son los relacionados con los movimientos fetales.

Desaceleraciones: Es el descenso de la frecuencia cardíaca fetal por debajo de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal. Se clasifica de acuerdo a la presencia de esta con respecto a la contracción uterina en:

Desaceleración Temprana: La FCF decrece en forma gradual asociada a una contracción uterina. Suelen ser en la mayoría de los casos dos imágenes simétricas; esto es que el inicio, pico de la contracción uterina con el nadir de la desaceleración y la recuperación coinciden. El inicio del descenso desde la línea de base hasta el punto máximo de desaceleración (nadir) es de 30" o

más. El nadir de la desaceleración se produce al tiempo con el pico de una contracción.

Desaceleración Tardía: La disminución gradual de la FCF y su retorno a la línea de base visualmente es gradual y simétrica. Está asociada con una contracción uterina.

Desaceleración Variable: Visualmente es una disminución abrupta de la FCF (desde el inicio de la desaceleración al nadir menos de 30"). La disminución de la FCF debe ser al menos de 15 latidos por minuto o más con una duración de 15 segundos o más, y menos de 2 minutos de duración

E) **Movimientos fetales:** Los movimientos fetales fueron considerados a partir de los trabajos de Sadovsky como un parámetro eficaz en el estudio del bienestar fetal. Su asociación con las aceleraciones transitorias de la FCF es el punto clave del test basal. Parece ser que existe un patrón de cinética fetal a lo largo del embarazo e incluso a lo largo de cada día de la vida fetal, aunque los resultados son muy variables^{21,22}.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

HISTORIA CLINICA

1. ANAMNESIS

1.1 FILIACIÓN

Nombre: S. L. O.

Edad: 18 años

Distrito: Socabaya - Arequipa

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Pareja actual: 20 años, estudiante, no desea dar su nombre.

Tiempo de relación con la pareja: 1 año

Menarquia: 13 años

Régimen catamenial: 3/30 días ++

IRS (Inicio de relaciones sexuales): 15 años

Fecha PAP: No se realizó nunca.

MAC (Método anticonceptivo): Ocasionalmente utilizó mtodo de barrera y en 2 ocasiones utilizó

anticonceptivo oral de emergencia

(hace 1.5 años)

Parejas sexuales: 03

Peso previo al embarazo: 46 kg.

Talla: 1.56 cm

IMC sin embarazo: 18.9 (18.50 – 24.99)

Peso actual: 60 kg.

FUR: 02/02/2017

FPP: 09/11/2017

Formula obstétrica: G 1 P0000

1.2. Antecedentes personales

Nacimiento: Parto eutócico atención profesional,
Hospital de Goyeneche.

Peso al nacer: 3200 gr

Lactancia materna: Recibe por 1 año

Inmunizaciones: Completas

Camina: 1 años 6 meses

Escolaridad: Sin dificultad en colegios de la zona
hasta 5to de secundaria.

1.3. Antecedentes Familiares

Madre:	Viva (42) ap, sana, soltera, empleada, no tiene otros hijos
Ingreso mensual:	1500 soles aproximadamente
Padre:	Vivo (45) no sabe datos, no hay comunicación con su padre, refiere que tiene otra pareja con 2 hijos.

1.4. Antecedentes socioeconómicos

Domicilio de material noble:	04 habitaciones, 01 baño
Servicios:	Luz eléctrica, agua, desagüe, teléfono, cable e internet
Recojo de basura:	3 veces por semana

1.5 Antecedentes Patológicos

HTA (Hipertensión arterial):	Niega
Asma:	Niega
Diabetes:	Niega
Tuberculosis:	Niega
Alergias:	Niega

Cirugías:	Niega
Transfusiones sanguíneas:	Niega
Medicación:	Niega
Hospitalizaciones:	Refiere que a las 28 semanas fue hospitalizada con diagnóstico de amenaza de parto y pretérmino. Recibió tratamiento para infección urinaria y vaginal. No especifica tratamiento.

1.6. Enfermedad actual

Ingresó a tópicos de emergencia el día 23/10/2017 – 11:30 horas

Síntomas:

- Dolor por más de 8 horas de tipo contracciones con pérdida de tapón mucoso.
- Percibe movimientos fetales.

Examen físico:

- ABEG (Aparente buen estado general)
- ABEH (Aparente buen estado de hidratación)
- ABEN (Aparente buen estado de nutrición)

- LOTEPE (Lucida, orientada, en tiempo, espacio y persona)
- PA: 130/60 mmHg
- Pulso: 78 x'
- Temperatura: 36.8 °C
- FR (Frecuencia respiratoria) 20 x¹
- Cardiopulmonar: Conservado
- Neurológico / sensorio: Conservado
- Reflejos Osteotendinoso: Normales
- Edemas: Ausentes

1.7. Ginecológicos:

- Genitales externos: Nulípara, vello púbico de distribución ginecoide

1.8. Examen obstétrico:

- | | |
|---|-----------------|
| • AU (Altura uterina): | 31 cm |
| • Feto: LCD (Longitudinal, cefálica derecha): | 142 x regulares |
| • Al tacto: | D: 1 cm B: 80% |
| | M: I |

- AP (Altura de presentación): - 3
- Conjugado diagonal: >12 cm
- Espinas ciáticas: Romas
- Sacro: Excavado
- Coxis: Móvil
- Partes blandas: Sin particularidad
- Impresión diagnóstica:
 - Gestación de 37 semanas
 - Primigesta nulípara
 - Feto único vivo
 - D/C Preeclamsia

1.9. Indicaciones

1.9.1. Exámenes auxiliares:

- Proteinuria Cualitativa: Negativa
- Hemoglobina: 12,6 mg/dl
- Glucosa: 76mg/dl
- VDRL: No Reactivo
- VIH: Negativo

- Grupo Sanguíneo: “ B ”
- Factor Rh: Positivo
- Examen de Orina: 0 – 1 leucocito x campo
- MEF (Monitoreo electrónico fetal)

Día: 23/10/2017 Hora: 14:00 horas

Pasa a la sala de dilatación para control de trabajo de parto, previo Test No Estresante (NST).

Día: 23/10/2017 Hora: 15:30 horas

Presenta:

- Contracciones: 1c/25´ / 10-15´´ / +
- PA: 120/70 mmHg
- P: 80X´
- Temperatura: 36°C
- Tacto vaginal:
 - D: 1 cm
 - B: 80%
 - M: I

- AP: - 3
- Pelvis: Ginecoide
- NST: Feto activo reactivo

Indicaciones:

- Control obstétrico
- Monitoreo fetal estricto

23 octubre 2017, 15: 50 horas

NST:	Valoración 10/10. Feto Activo Reactivo
Línea Basal:	142 lat/min
Variabilidad:	10 lat/min
Aceleraciones:	Presentes
Desaceleraciones:	Ausentes

Cinética Fetal:

Movimientos fetales frecuentes

REACTIVIDAD:

50% de movimientos fetales

Exámenes auxiliares:

- Ecografía Obstétrica (HRHDE)

Día: 23/10/2017 Hora: 23:30 horas

Placenta de inserción:

Lateral izquierda II/III

Índice de líquido amniótico:

10

Feto:

Situación: Longitudinal

Posición:

Derecha

Presentación:

Cefálico

LCF:

156x´

DBP:

90 mm (36 semanas 5 días)

CC: 315 mm (35 semanas 2 días)

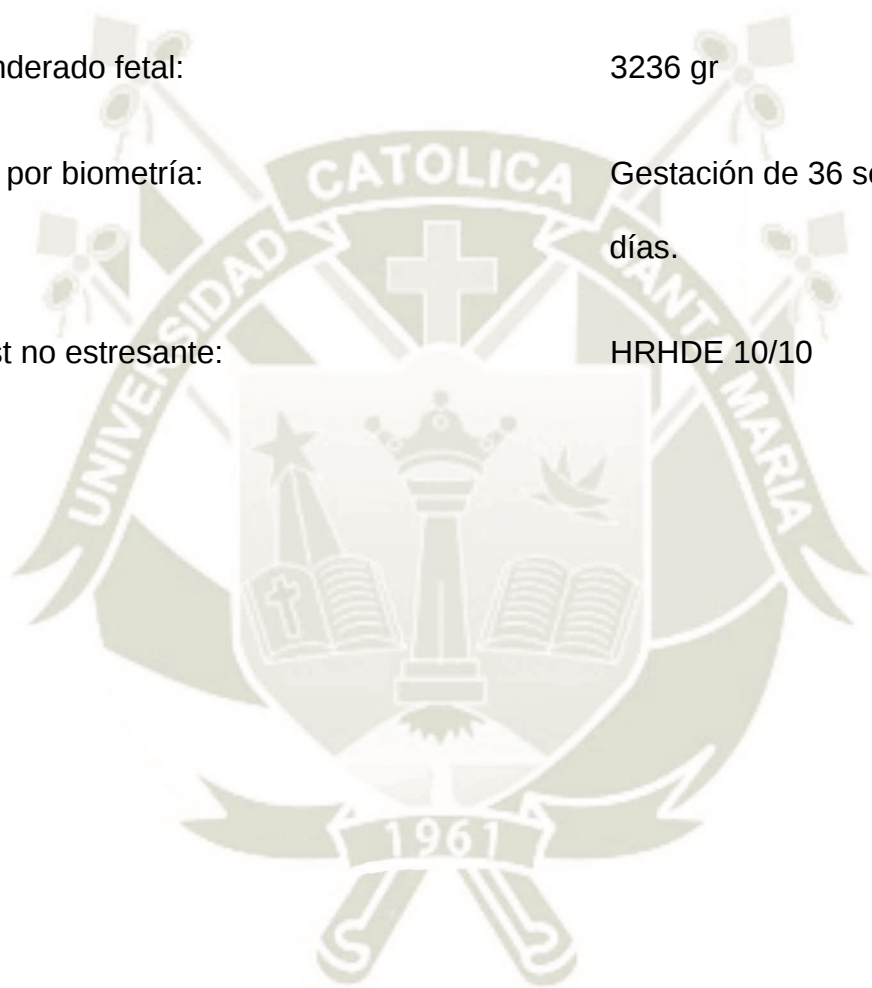
LF: 72 mm (37 semanas)

CA: 337 mm (37 semanas 4 días)

Ponderado fetal: 3236 gr

Dx. por biometría: Gestación de 36 semanas 4 días.

Test no estresante: HRHDE 10/10



CAPITULO III

DISCUSIÓN

En medicina clínica, pródromos se refiere a los signos y síntomas que preceden a las manifestaciones agudas, en este caso, al parto.⁹ Esta palabra tan extraña deriva del griego "pródrmw", que significa el predecesor de un evento. Se suelen presentar de una manera muy distinta de una mujer a otra e incluso en una misma mujer podrían variar la manera de manifestarse con cada una de sus distintas gestaciones. Suele ser una fase, en la cual las contracciones tienden a ser irregulares en el tiempo, intensidad y duración. Persiguen la función básica de preparar el cérvix uterino para el momento de la dilatación¹³.

Por lo tanto, la gestante a veces no es capaz de determinar por si sola si se encuentra o no en trabajo de parto. Por ejemplo, en un momento dado el intervalo entre una y otra contracción puede ser de solo 5 minutos y sin embargo las siguientes tardan 10, 15 o más minutos e incluso llegan a suspenderse totalmente.

Los pródromos de parto son aquellos signos que nos anuncian que el momento del parto se aproxima. Son variables en cada mujer, en algunas

pueden tener lugar un par de semanas antes mientras que en otra apenas unas horas previas al nacimiento del bebé.

Los síntomas de los pródromos se caracterizan principalmente por contracciones más intensas, para algunas mujeres son dolorosas, para otras no. Tampoco son las llamadas contracciones de Braxton Hicks que entrenan al músculo uterino, ni las contracciones que tienen lugar durante la dilatación en el trabajo de parto.⁸ Se diferencia de las contracciones del trabajo de parto que son rítmicas, progresivas e intensas, las contracciones de los pródromos son molestas, pero no son rítmicas ni regulares.

Los espasmos se sienten en la zona inferior del abdomen, o a veces en las ingles, pero duran entre 15 y 20 segundos, algo menos que las contracciones de parto y desaparecen igual que empezaron. A diferencia de las verdaderas contracciones de parto, al cambiar de posición o al descansar, las contracciones disminuyen la intensidad y frecuencia e incluso desaparecen.

Además de las contracciones, los pródromos implican otros síntomas como la pérdida del tapón mucoso (aunque no necesariamente), el ablandamiento del cuello uterino (sólo podemos comprobarlo mediante el tacto vaginal), el descenso del abdomen alivia la zona del epigastrio, lo que suele manifestar la gestante y también puede observarse durante el examen clínico. Algunas gestantes manifiestan mayor sensibilidad emocional por el momento que se aproxima.

En el caso específico la paciente en estudio es una adolescente que cursa con una gestación a término por fecha de última regla (FUR), sin acompañamiento de la pareja lo cual promueve una condición emocionalmente inestable, lábil y con tendencia al llanto; refiere miedo al parto y ansiedad por su futuro, decepción en torno a no poder culminar sus estudios superiores.

El estado socioeconómico bajo con dependencia totalmente de su madre que a la vez también es soltera.

Refiere haber estado hospitalizada a las 28 semanas de gestación con diagnóstico de amenaza de parto pre término, recibió tratamiento para infección urinaria e infección vaginal.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Los pródromos del trabajo de parto son signos y síntomas muy importantes para la preparación tanto fisiológica como anatómicamente de la madre por lo que requieren de una adecuada identificación por parte del profesional de salud y control de los mismos, nos pueden ayudar a identificar signos y síntomas que podrían alterar el progreso normal en esta etapa de parto. Los pródromos de trabajo de parto varían en intensidad y frecuencia, dependiendo muchas veces de las condiciones y circunstancias en las que se presenta esta etapa.

SEGUNDA

El monitoreo fetal es un medio de control del bienestar fetal de uso común y de fácil accesibilidad en cualquier establecimiento de salud lo que se convierte en una herramienta muy valiosa y de gran utilidad para poder detectar alguna alteración, asimismo permite actuar en forma precoz y oportuna ante cualquier eventualidad detectada.

TERCERA

Una de las características del embarazo en adolescentes es la dependencia económica de los familiares directos, debido a que aún no cuentan con los

medios económicos para asumir los gastos propios ni los de su bebe, llevándolos a la inseguridad emocional y en ocasiones a estados de depresión.



RECOMENDACIONES

- Toda mujer gestante que se encuentra con signos y/o síntomas de pródromos de trabajo de parto debe de ser evaluada por personal de salud competente tanto clínica como ginecológicamente, tratando de verificar que todo el proceso de preparación para el parto se desenvuelva dentro de los límites fisiológicos y/o esperados para esta etapa.
- El monitoreo fetal electrónico mediante el Test No Estresante (NST) es una prueba de bienestar fetal inocua tanto para la madre como para el feto, económica y de fácil acceso en la mayoría de establecimientos de salud que brindan atención a gestantes, por lo tanto debería ser recomendada y utilizada en toda mujer gestante a término, que se encuentra en pródromos de trabajo de parto.
- Brindar atención diferenciada a pacientes gestantes adolescentes en los establecimientos de salud.
- Permitir el acceso al acompañante elegido por la paciente durante el desarrollo de su trabajo de parto.
- Promover el parto humanizado en las salas destinadas para su atención de parto, permitiendo el acompañamiento de una persona elegida por la

paciente, durante todo el proceso de trabajo de parto. Asimismo, el respeto y cumplimiento de los derechos de atención de parto.

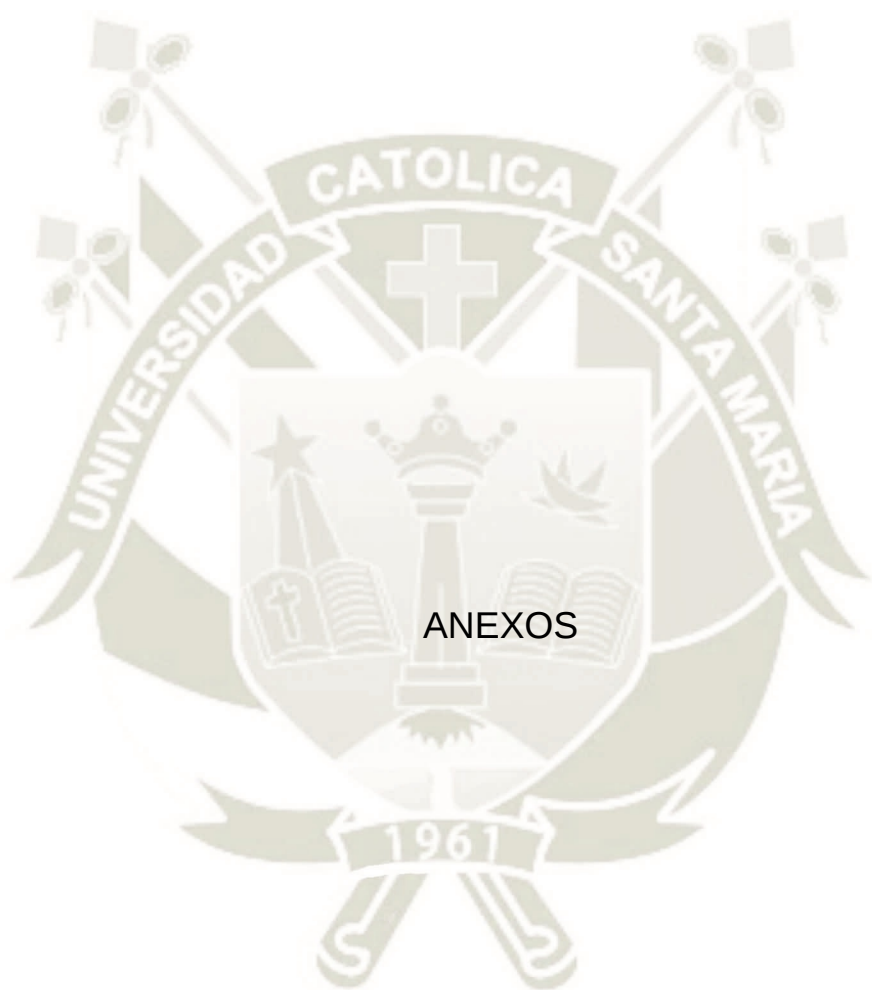
- Evitar pasar a sala de dilatación a gestantes que no se encuentran aún en fase activa de trabajo de parto.
- Trabajo conjunto con el equipo multidisciplinario de salud en todo momento de la etapa preconcepcional, prenatal y post natal (médico, obstetra, odontólogo, farmacéutico, nutricionista, psicólogo, asistente social, enfermera, etc.)

REFERENCIAS

1. García Zeferino E. Percepción de las mujeres en trabajo de parto sobre intervenciones de enfermería. México 2010, 104.
2. Organización Panamericana de salud (OPS). Protocolo de Atención del Parto de Bajo Riesgo. 3era parte. 151-191.
3. Caveró Roura, L. Saldivar Rodriguez, D. Obstetricia y medicina Materno-fetal. Ed. Medicapanamericana. 2017.
4. Benson, J. Diagnóstico y tratamiento gineco obstétrico, México Manual Moderno 2002. p.p.430
5. Facultad de Medicina Universidad de Navarra.
Diccionario Espasa de Medicina. Espasa Calpe S.A.
2000
6. READING AE, COX DN. Psychosocial predictors of labor pain. Pain. 1985; 22(3); 309-15.
7. López, Sosa. Diagnóstico de inicio de parto. Universidad de Salamanca. 2016. 245.
8. Protocols medicina maternofetal hospital clínic- hospital sant joan de déu- universitat de Barcelona
9. Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia. 2004. p.152)

- 10.. MPPS Protocolos De Atención. Cuidados Prenatales Y Atención Obstétrica De Emergencia primera edición: marzo 2014, Ministerio del Poder Popular para la Salud.
11. Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012.
12. Irina Burd, MD, PhD, Maternal Fetal Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore, MD. Review provided by VeriMed Healthcare Network. 2012.
13. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 2012.
14. Bonilla F y Pellicer A Obstetricia Reproducción y Ginecología Básicas Editorial Medica Panamericana Buenos Aires. 2007.
15. Sharon J. Reeder y Martin Leonel. Enfermería Materna Infantil. México. 1988, 1992, 1995. Pág. 461
16. F. Gary Cunningham KJLLBCHJRYSea. Williams obstétrica. 23rd ed. México: McGraw-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2011.
17. Ena Isabel Merino, Ernesto Rosales Inestroza. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud AltaVista, enero a junio de 2010 [Tesis para optar al grado de maestro en salud publica]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2010.

18. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 january 2008, Geneva.
19. Ferrer Reina. Figuera Evelia. Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas. Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría, Escuela de Enfermería Universidad de Carabobo. Venezuela. Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicado en Portales Médicos: 8/10/2010.
20. URRUTIA E. Perfil biofísico fetal. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Luis Tisné Brousse” Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2011.
21. Carballo MJ , Lopéz Gutiérrez P , Mercé LT , Martinez Pérez , García Hernández JA. EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO. RIESGO DE PÉRDIDA. In Planta M, 2012 , editors. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA (SEGO). Madrid; 2007. p. 873-874.
22. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control del bienestar fetal anteparto. [Online].; Junio 2015. Pág. : 1-12. Available from: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/548_105%20control%20del%20bienestar%20fetal%20anteparto.pdf.



Anexo 1.

Test de Fisher

TEST DE FISHER MODIFICADO

PARÁMETROS OBSERVADOS	PUNTUACIÓN		
	0	1	2
LÍNEA DE BASE	<100 o >180	100 a 119 o 161 a 180	120 a 160
VARIABILIDAD	<5	5 - 9 o >25	10 - 25
ACELERACIONES	0	1 - 4	>5
MOVIMIENTOS FETALES	0	1 - 4	>5
DESACELERACIONES	DIP II >60% DIP III >60%	DIP II < 40% DIP III < 40%	AUSENTES

Paciente: S.L.O	
Diagnóstico: Primigesta de 37 semanas	
Fecha: 23/10/2017 - 15:50 horas	
Parámetro	Puntuación
NST:	Valoración 10/10. Feto Activo Reactivo
Línea Basal:	142 lat/min
Variabilidad:	10 lat/min
Aceleraciones:	Presentes
Desaceleraciones:	Ausentes