REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

"AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO-ACORTAMIENTO CERVICAL. HOSPITAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO ESSALUD. JUNIO 2022"

Trabajo Académico presentado por la Licenciada en Obstetricia:

Medina Del Valle Carla Clara

Para optar el Título de:

Segunda especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor(a):

Mgter. Fernández Vasquez Armida

Arequipa – Perú

2022

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 13 de julio del 2022

INFORME DE DICTAMEN DE APROBACIÓN DE TRABAJO ACADEMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

A : **DRA. JANNET ESCOBEDO VARGAS**
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE : Mgter. Lourdes Arencio Heredia
Mgter. Victoria Sotomayor Martinez
Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Dictaminadores de Trabajo Académico de Segunda Especialidad

TITULO DEL TRABAJO ACADEMICO:

"Amenaza de Parto Pretérmino – Acortamiento cervical. Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo ESSALUD. Junio 2022"

PRESENTADO POR:

Licenciada: Carla Clara Medina Del Valle

.

Para optar el título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado TRABAJO ACADÉMICO, se da DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

Mgter. Lourdes Arencio Heredia
Presidente

Mgter. Victoria Sotomayor Martínez
Vocal

Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Secretaria

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Dedicatoria:

A Dios, por abrir mis ojos cada día,
por la salud de mi familia
y por todas las cosas bellas que nos da.
A mis padres, por ser mi pilar fundamental
y apoyo incondicional en mi camino por la vida.
A Miguel, por ser el hermano que me acompaña siempre,
y por ser la motivación que me inspira a seguir avanzando.
A Edgard, por sus palabras y confianza, por su amor incondicional.
Por apoyarme a continuar con todos los proyectos de vida.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Epígrafe

"Una buena cabeza y un buen corazón son siempre una combinación formidable"

Nelson Mandela

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE

Dedicatoria: iii
Epígrafe iv
RESUMEN 6
ABSTRACT 8
INTRODUCCIÓN 10
CAPÍTULO I 12
MARCO CONCEPTUAL 12
1. DEFINICIONES 13
1.1. Parto prematuro y amenaza de parto pretérmino 13
1.2. Cuello corto 13
2. ANATOMÍA DEL CUELLO UTERINO 14
3. CERVICOMETRÍA EN LA VALORACIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO 15
4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ACORTAMIENTO CERVICAL 17
5. MANEJO DEL ACORTAMIENTO CERVICAL 17
5.1. Maduración Pulmonar 20
6. FACTORES DE RIESGO 20
CAPÍTULO II 22
MARCO METODOLÓGICO 22
1. ANAMNESIS 23
2. ENFERMEDAD ACTUAL 23
3. ANTECEDENTES 25
4. EXAMEN FÍSICO 28
5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA 30
6. TRATAMIENTO 30
7. INDICACIONES 30
8. EXÁMENES AUXILIARES 30
9. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO 32
CAPÍTULO III 34
DISCUSIÓN 35
CONCLUSIONES 38
RECOMENDACIONES 39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40
ANEXOS 43

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

El parto pretérmino, representa la primera causa de muerte infantil en el mundo, es considerado una de las principales causas de discapacidad tanto en países desarrollados como los que están en vías de desarrollo. El acortamiento del cuello uterino es un factor de riesgo de parto pretérmino, en una mujer sin contracciones uterinas permite predecir el riesgo que puede incrementarse.

OBJETIVO: Identificar los procedimientos que se realizaron de acuerdo a protocolo para evitar un parto pretérmino y analizar los factores de riesgo asociados al acortamiento cervical.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, documental, observacional de corte transversal, en el cuál se elaboró la historia clínica de una paciente con el diagnóstico de acortamiento cervical como desencadenante de amenaza de parto pretérmino, que viene siendo atendida desde el mes de marzo 2022 a la actualidad, en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo – ESSALUD Arequipa.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 32 años, multigesta primípara, con 35 semanas 4/7 días de gestación; con diagnóstico de acortamiento cervical, amenaza de parto pretérmino y Cesareada anterior por Ruptura Prematura de Membranas y Presentación podálica a las 32 semanas de gestación; ingresa al Servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo – ESSALUD, referida del Hospital ESSALUD Tacna, el día 31 de Marzo a las 22:50 hras, por hallazgos ecográficos de forma particular que evidenciaban acortamiento de cuello uterino, con una gestación de 25 semanas, de evolución estacionaria, cuenta con un control prenatal, a la cual se le indica Reposo absoluto, hidratación, control de funciones vitales, administración de Progesterona micronizada y exámenes auxiliares para su hospitalización.

A lo largo de su estadía se le realizan procedimientos como Monitoreo Fetal (Test No Estresante), Ecografías de control- Cervicometría, exámenes de laboratorio como Pruebas de PCR, Leucocitos y Hemoglobina; Interconsulta a Cardiología para Riesgo quirúrgico y electrocardiograma e Interconsulta con Cirugía, para ecografía abdominal. Se tuvo un episodio con dinámica uterina el 21 de mayo del 2022, que produjo una dilatación de 2 cm, en el que se aplicó tocólisis en dosis de ataque de forma oral con Nifedipino 10 mg

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

por 4 días, obteniendo como resultado regresión de la dilatación y cese de las contracciones uterinas.

Actualmente la paciente continúa en observación en el servicio, con reposo relativo, cursando una gestación de 35 semanas 4/7 días; con una Cervicometría de 7 mm, un PCR de 0.3, Leucocitos 8.3, Abastonados 2, con esquema de maduración pulmonar completo con Betametasona 12 mg cada 24 horas, con Dimeticona 60 gotas condicionales a distensión abdominal, Lactulosa 15 ml condicional a constipación y candado salinizado de forma condicional. Pendiente contrareferencia a la ciudad de Tacna, actualmente por falta de ambulancia.

CONCLUSIONES: Se identificó los procedimientos que se realizaron mediante protocolo de atención de acuerdo a Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino ESSALUD. 2018, como la administración de progesterona vaginal micronizada de 200 mg, una vez al día durante la noche desde el segundo trimestre de gestación; la realización de ecografía transvaginal de forma periódica para medir la longitud cervical con membranas intactas y la aplicación de tocolíticos mediante bloqueadores de canales de calcio (nifedipino); los cuales permitieron que el proceso de gestación continúe. Los factores de riesgo asociados que se encontraron fueron el antecedente de un parto pretérmino, por ruptura prematura de membranas y presentación podálica que se desencadenó a las 32 semanas de gestación además del acortamiento cervical presente en el actual embarazo identificado por ecografía transvaginal.

Palabras clave: parto pretérmino, acortamiento cervical, embarazo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Preterm birth, represents the leading cause of infant death in the world, is considered one of the main causes of disability in both developed and developing countries. The shortening of the cervix is a risk factor for preterm birth, in a woman without uterine contractions it allows predicting the risk that may increase.

OBJECTIVE: To identify the procedures that were performed according to the protocol to avoid preterm delivery and to analyze the risk factors associated with cervical shortening.

MATERIALS AND METHODS: It is a descriptive, documentary, observational cross-sectional study, in which the clinical history of a patient diagnosed with cervical shortening as a trigger for preterm labor threat, who has been receiving care since March, was prepared. 2022 to the present, at the Carlos Alberto Seguin Escobedo Hospital - ESSALUD Arequipa.

CLINICAL CASE: 32-year-old female patient, multiparous, with 35 weeks 4/7 days of gestation; with a diagnosis of cervical shortening, threat of preterm labor and previous Cesarean section due to Premature Rupture of Membranes and Breech Presentation at 32 weeks of gestation; She was admitted to the Obstetrics and Gynecology Emergency Service of the Carlos Alberto Seguin Escobedo Hospital - ESSALUD, referred from the ESSALUD Tacna Hospital, on March 31 at 10:50 p.m., due to ultrasound findings in a particular way that showed shortening of the cervix, with a gestation of 25 weeks, of stationary evolution, she has a prenatal control, to which absolute rest, hydration, control of vital functions, administration of micronized Progesterone and auxiliary tests for her hospitalization are indicated.

Throughout her stay, procedures such as Fetal Monitoring (Non-Stress Test), control ultrasounds - Cervicometry, laboratory tests such as PCR, Leukocytes and Hemoglobin tests are performed; She consulted Cardiology for surgical risk and electrocardiogram and Consultation with Surgery, for abdominal ultrasound. There was an episode with uterine dynamics on May 21, 2022, which produced a dilation of 2 cm, in which tocolysis was applied orally with Nifedipine 10 mg for 4 days, obtaining dilation regression as a result. and cessation of uterine contractions.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Currently the patient continues under observation in the service, with relative rest, attending a pregnancy of 35 weeks 4/7 days; with a Cervicometry of 7 mm, a CRP of 0.3, Leukocytes 8.3, Abastonados 2, with complete lung maturation scheme with Betamethasone 12 mg every 24 hours, with Dimethicone 60 drops conditional on abdominal distension, Lactulose 15 ml conditional on constipation and salinized padlock conditionally. She pending counter-reference to the city of Tacna, currently due to lack of an ambulance.

CONCLUSIONS: The procedures that were performed through the care protocol according to the Clinical Practice Guide for the prevention and management of preterm birth ESSALUD were identified. 2018, such as the administration of micronized vaginal progesterone 200 mg, once a day at night from the second trimester of pregnancy; periodic transvaginal ultrasound to measure cervical length with intact membranes and the application of tocolytics using calcium channel blockers (nifedipine); which allowed the gestation process to continue. The associated risk factors that were found were a history of preterm birth, due to premature rupture of the membranes and breech presentation that was triggered at 32 weeks of gestation, in addition to cervical shortening present in the current pregnancy identified by transvaginal ultrasound.

Keywords: preterm birth, cervical shortening, pregnancy

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino, representa la primera causa de muerte infantil en el mundo, considerado una de las principales causas de discapacidad tanto en países desarrollados como los que están en vías de desarrollo (1).

En Latinoamérica, representa aproximadamente un 8 % de todos los nacimientos, y más del 10 al 12 % a nivel mundial (2), por lo que su prevención y oportuno manejo es primordial, siendo considerado como una de las prioridades de la salud Pública mundial.

Se ha visto que en la antigüedad, el diagnóstico de parto pretérmino, era visto como un hecho que no se podía prevenir y fue considerado inevitable hasta cierto punto lo que generaba mayores complicaciones en el futuro recién nacido, lo que representaba un alto índice en la Morbimortalidad Materna y Perinatal. En la actualidad y con el esfuerzo de los profesionales de la salud, las complicaciones que se generan han disminuido, pero no se han erradicado aún. El trabajo en conjunto busca tener embarazos con menos complicaciones y con productos sanos.

Las investigaciones han permitido que pueda entenderse que el proceso que desencadena un parto pretérmino, es de origen multifactorial, siendo las causas más preponderantes; la anemia, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas, la hipertensión arterial, el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico menor a 1 año, la infección del tracto urinario, la ausencia del control prenatal, el control prenatal deficiente, tener una edad materna inadecuada (<20 y >35 años), el oligohidramnios, el antecedente de aborto inducido, la preeclampsia principalmente si el parto se desarrolla antes de la semana 33, el embarazo gemelar (que se asocia al 57-60 % de los embarazos gemelares como el 90-92 % de los embarazos triples terminan en nacimientos prematuros) (3). Lo que asociado a una atención prenatal inadecuada, podrían desencadenar en un parto pretérmino (4).

Se tiene diferentes enfoques que pueden explicar que otros factores pueden estar asociados a la presencia de acortamiento cervical, pero aún está en estudio. Identificar un cérvix corto antes del término de la gestación puede ser considerado factor predictivo de parto pretérmino (5).

Su identificación en estadios tempranos, sigue siendo todavía materia de estudio. Los exámenes complementarios que resultaron más útiles, para su diagnóstico, fueron la ecografía transvaginal. La aplicación clínica de detección y/o vigilancia ecográfica para

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

establecer las condiciones cervicales en la predicción de Parto pretérmino es aún limitada por la falta de intervenciones efectivas de prevención (6). Por lo que aún se tiene la certeza que más adelante se pueda tener estudios que puedan servir como factor predictivo de parto pretérmino.

La aplicación de protocolos oportunos para su atención, establece lineamientos basados en la evidencia, lo que permite gestionar mejor los procesos y los procedimientos asistenciales para la prevención y manejo del parto pretérmino (7), con el fin de contribuir a la reducción de complicaciones que pueden estar asociadas a esta condición. Por lo que su uso en el momento oportuno, permitirá un mejor manejo de la gestante, partos pretérmino evitables y disminución en la incidencia de recién nacidos prematuros.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

1. DEFINICIONES

1.1. Parto prematuro y amenaza de parto pretérmino

El parto prematuro (PP) es aquel que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación, con un recién nacido con un peso mayor a 500g y/o 25cm a más de longitud. Los criterios diagnósticos de trabajo de parto pretérmino son:

- Edad gestacional entre 22 y 37 semanas
- Contracciones uterinas persistentes: 4 en 20 minutos o 6 en 30 minutos
- Modificaciones cervicales:
    - Borramiento mayor del 50% y dilatación de más de 1cm o
    - Borramiento y dilatación progresiva

La amenaza de parto pretérmino (APP) es una situación en la que se evidencian contracciones uterinas persistentes, pero sin modificaciones cervicales (8).

1.2. Cuello corto

Un cuello uterino normal es aquel que tiene una longitud de 3cm o más y un cuello corto los que miden menos de 3cm. El punto de corte varía según diferentes estudios de investigación; un umbral de aceptación general medido por ultrasonografía es aquel menor a 25mm, que se condice con el percentil 10 en el segundo trimestre de gestación. Aquellas pacientes con cuello corto tienen un riesgo elevado de parto pretérmino (5).

En el primer trimestre de embarazo, la longitud cervical no es predictiva de parto pretérmino, antes de las 14 semanas de gestación es difícil distinguir la parte baja del segmento uterino con el canal endocervical y la medición realista no resulta fácil. La valoración de la morfología del cuello uterino entre las semanas 16 y 24 es útil para prevenir el parto pretérmino; una longitud mayor de 30mm a esta edad del embarazo tiene un valor predictivo negativo de 97% para parto pretérmino antes de las 37 semanas de gestación y cada reducción de un milímetro aumenta el riesgo de parto pretérmino en un 6% (8).

El momento recomendado para evaluar a las pacientes y estimar el riesgo de parto pretérmino es entre las semanas 18 y 24 de gestación (5).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

En relación al acortamiento fisiológico observado desde comienzos del tercer trimestre se considera según la edad gestacional a pacientes con riesgo de parto pretérmino a las que presenten:

- Longitud cervical < 25mm antes de las 28 semanas de gestación
- Longitud cervical < 20mm entre las 28 y 31.6 semanas
- Longitud cervical < 15mm a las 32 semanas a más (8).

Se define de manera general:

- Pacientes de alto riesgo con cuello menor a 15 mm
- Riesgo intermedio con cérvix entre 15 y 25mm
- Riesgo bajo con cérvix mayor a 25mm (8).

2. ANATOMÍA DEL CUELLO UTERINO

El cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular del útero, constituye una estructura biomecánica importante para mantener el equilibrio con el cuerpo uterino y dar término cronológico a la gestación (8).

El cérvix está formado por la parte inferior del tejido muscular y glandular del útero, limitado hacia arriba por el istmo y el orificio interno, hacia abajo se introduce en la vagina y forma la porción intravaginal u hocico de tenca, que es la más accesible a la exploración; su irrigación e inervación son conocidas, habiendo quien sitúe además estructuras nerviosas autónomas en su parte más interior y superior (6).

En cuanto a su estructura, se encuentra formado por fibras musculares anulares y longitudinales entrelazadas; su mucosa de revestimiento externo es semejante a la vaginal, mientras que la del canal cervical es de epitelio y productora de moco, encontrándose ambos epitelios a nivel de su orificio externo. Se sabe que el embarazo provoca algunas modificaciones en el cuello uterino preparándolo para el parto. Estas variaciones se relacionan en forma, volumen, posición, consistencia, canal cervical y estado de sus orificios. En los primeros meses de embarazo el cuello aumenta discretamente en volumen, sufriendo además un proceso de reblandecimiento que empieza cerca de su orificio externo y se dirige hacia el istmo, debido en parte a la acción hormonal y a la gran congestión en los órganos genitales (10).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. CERVICOMETRÍA EN LA VALORACIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

El acortamiento del cuello uterino en una mujer sin contracciones uterinas permite predecir un riesgo incrementado de parto pretérmino. La valoración del tacto vaginal es subjetiva y ha sido reemplazada por la cervicometría ecográfica como un método para predecir parto pretérmino. Sin embargo, el tacto vaginal es ampliamente útil para valorar los cambios cervicales en mujeres con dinámica uterina establecida y no debe ser reemplazado por la cervicometría ecográfica (8).

La evaluación ecográfica debe hacerse por vía vaginal, en la cual se mide la longitud del canal cervical, trazando una línea recta desde el orificio cervical interno (OCI) al orificio cervical externo (OCE),

Existe una correlación muy buena entre la longitud del cuello uterino medida por ecografía vaginal y el riesgo de parto prematuro, siendo esta una variable continua por lo que es posible indicar que mientras más corto es el cuello del útero, mayor es el riesgo de parto pretérmino (8). El Borramiento cervical evoluciona en dirección cráneo-caudal, hasta que los orificios cervicales interno y externo se unen, el cuello se va acortando y el canal cervical adopta diferentes formas (5).

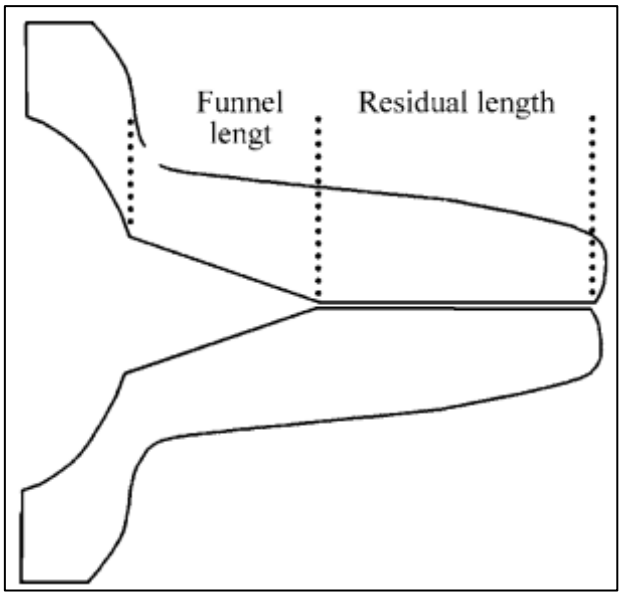


Imagen 1. Funneling

Fuente. Ochoa A. Amenaza de parto prematuro (2009)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1. Variables a medir a través de la ecografía transvaginal

- Longitud del cuello uterino (en el canal endocervical): distancia entre el Orificio Cervical interno y el Orificio Cervical externo, independientemente de la presencia de funnelig o entre el Orificio cervical externo y el vértice del funneling.
- Valoración del orificio cervical interno
- Maduración del cuello, definido por la presencia o ausencia de área glandular
- Visualización del área glandular
- Presencia o ausencia de funneling (8).

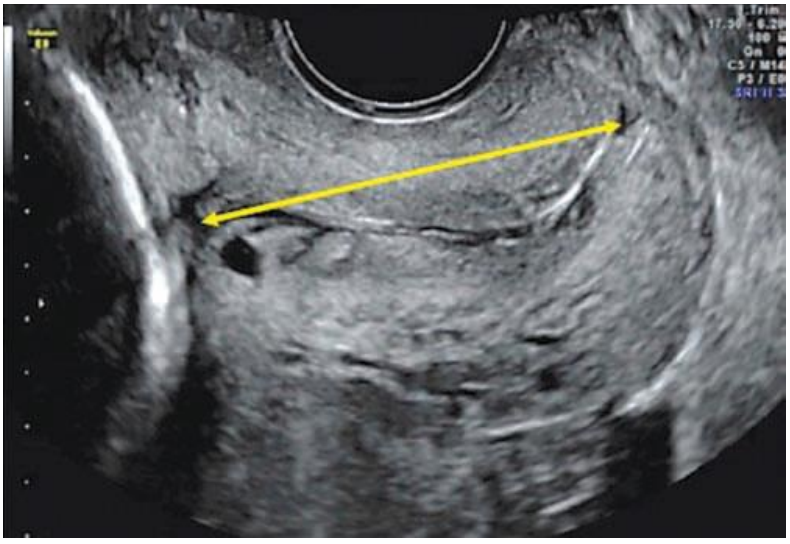
3.2. Técnica de cervicometría

Existen diferentes técnicas. Por otro lado, está comprobado que el cuello corto es predictivo de parto pretérmino, independientemente de la técnica utilizada.

Las técnicas más usadas son:

- Técnica recta: distancia en línea recta entre el orificio cervical externo y el orificio cervical interno.
- Técnica segmental: definida como la suma de las longitudes de dos segmentos lineales contiguos, del orificio cervical interno al externo
- Técnica en ángulos: como la medida del ángulo de la curva en el cérvix usando un transportador electrónico (8).

Imagen 2. Ultrasonido transvaginal de un cérvix normal con la técnica de línea recta



Fuente. Parodi K, José S. Acortamiento cervical y su relación con el parto pretérmino (2018)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.3. Punto de corte cervical para el riesgo de parto pretérmino

- Se debe utilizar un punto de corte de 25mm de longitud cervical para detectar parto pretérmino con feto único en el segundo trimestre de embarazo para lo cual se comenzará antes de las 20 semanas hasta las 34
- Emplear una medida de corte longitudinal de 20mm para pesquisar la posible anticipación del parto en el embarazo múltiple, sin olvidar que el tercer trimestre se produce un marcado descenso hasta 10mm
- Usar medidas de corte longitudinal del cérvix de 15mm, en pacientes con clínica de amenaza de parto pretérmino para confirmar el diagnóstico (8).

4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ACORTAMIENTO CERVICAL

Se recomienda que el seguimiento de pacientes se realice de acuerdo a su grupo de riesgo, siendo semanal en el grupo de alto riesgo, cada 2 semanas en el grupo de riesgo intermedio y cada cuatro semanas en el grupo de bajo riesgo. Se sabe que las gestantes con cérvix menor de 15mm tienen el 50% de incidencia de parto pretérmino, por lo que su monitoreo debe ser más frecuente con tratamiento oportuno. El fracaso del cérvix para poder retener el embarazo hasta término (más de 37 semanas de gestación) se conoce como incompetencia cervical. Existe un riesgo elevado de incompetencia ístmico cervical a medida que disminuye la longitud del cuello uterino (8).

5. MANEJO DEL ACORTAMIENTO CERVICAL

Está por demás demostrado que la evaluación ecográfica del cuello uterino es una de las mejores herramientas para la predicción y manejo del parto pretérmino. Existen múltiples intervenciones para reducir la ocurrencia del parto pretérmino: hidratación, reposo en cama, abstinencia sexual, entre otros con poca evidencia consistente de su efectividad (8).

Las tres estrategias con mejores resultados son: progesterona, cerclaje y pesario. Se acepta el uso de la progesterona en mujeres con cérvix menor a 25mm sin prejuicio de otros factores de riesgo. La administración de caproato de 17-alfa hidroxiprogesterona

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

intramuscular semanal a partir de la semana 16 a 20 de forma continua, hasta la semana 36 constituye el estándar de manejo en muchos países e indicado por la OMS para aquellas mujeres con antecedente de parto pretérmino y cuello corto (12). Los geles de progesterona vaginal ayudan también a las mujeres con elevado riesgo de parto pretérmino. En gestantes que demuestren elementos de insuficiencia cervical podrán requerir la aplicación de cerclaje en aras de cerrar mecánicamente el canal cervical. Las indicaciones de este son: pacientes con antecedentes de parto pretérmino, asintomáticas, con cérvix menor de 25mm (5).

El uso del pesario ofrece bastantes ventajas como la facilidad de aplicación, costo bajo, y reducidos efectos secundarios. Este método tiene una tasa menor al 6% de partos prematuros en pacientes con acortamiento cervical (8)

Se recomienda la medición longitudinal cervical entre las semanas 18 – 24 de gestación como parte del control prenatal para identificar riesgo de parto pretérmino por cuello corto. La importancia de reconocer a estas pacientes radica en la prevención de la ocurrencia de parto pretérmino espontáneo ya que, según la OMS, uno de cada diez nacimientos es prematuro (8).

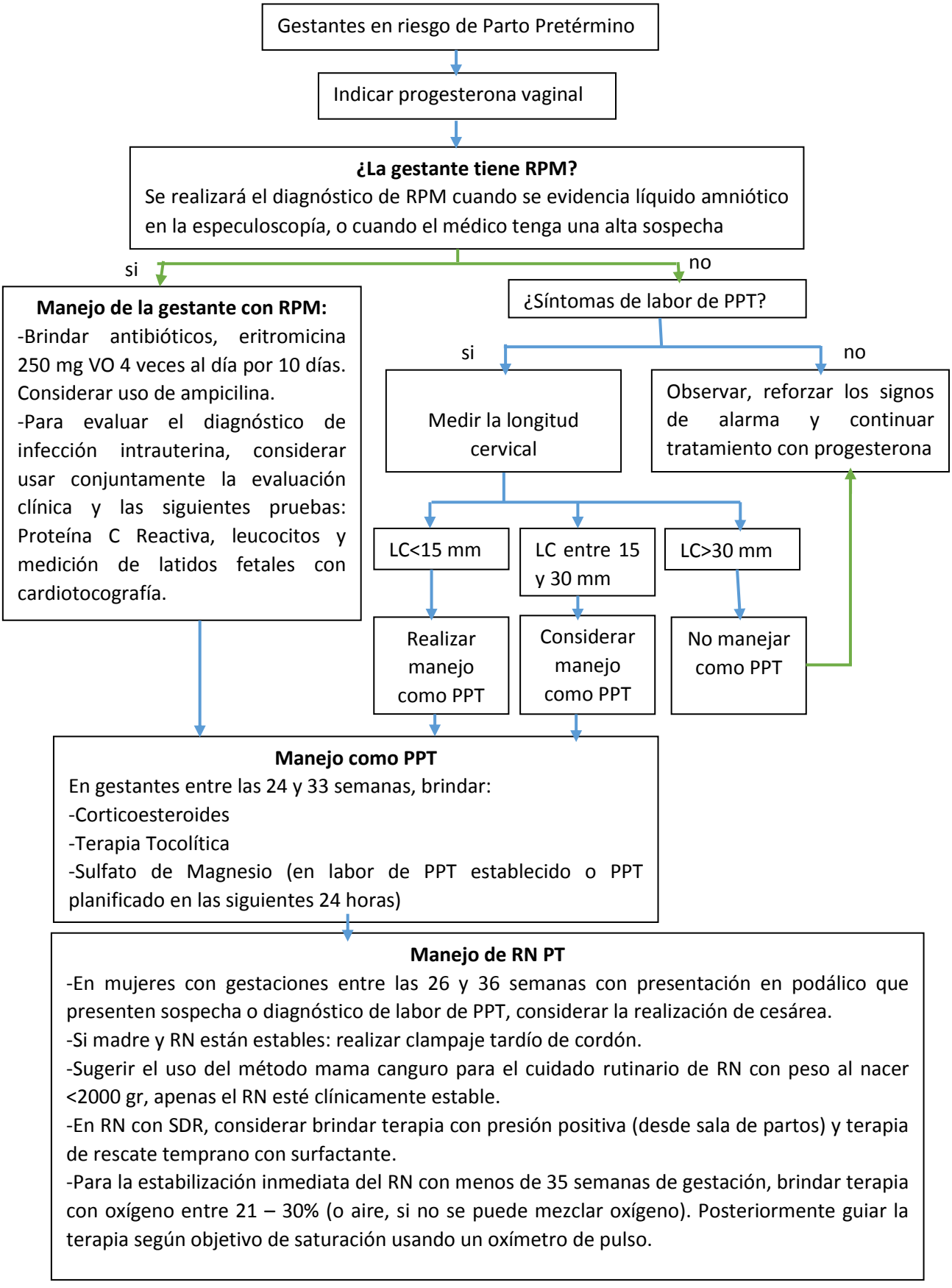
Para el sector de salud, y en especial de ESSALUD, se cuenta con una Guía de Práctica clínica, la cual brinda recomendaciones para el manejo de las pacientes que acuden con amenaza de parto pretérmino, sean sintomáticas o asintomáticas o estén cursando con alguna patología adicional, con el fin de reducir la morbimortalidad materna perinatal (ver Imagen 3).

El manejo de una gestante con riesgo de parto pretérmino, como se mencionó anteriormente, también está relacionado al uso de la terapia de manera profiláctica con el uso de la progesterona, además del cerclaje, indicado de acuerdo a la longitud cervical. Cabe señalar que en la presente guía indica, que tanto el tratamiento con progesterona como el cerclaje, genera más beneficios que daños. Los puntos de buena práctica, implican en ambos procedimientos, que debería informarse al paciente y su familia de los procedimientos que se va a realizar, indicando también de los posibles riesgos que ello podría provocar, incluyendo las cifras de falla al método, como los índices de sobrevida para el futuro neonato (16).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Imagen 3 Flujograma de prevención y manejo inicial del parto pretérmino



Fuente. ESSALUD. Guía de práctica clínica Parto Pretérmino (2018)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

5.1. Maduración Pulmonar

La Guía de práctica Clínica para el parto pretérmino, recomienda que ante la sospecha de parto pretérmino, la administración de corticoides como terapia prenatal en gestantes de riesgo con embarazos menores a las 34 semanas, para la maduración pulmonar, reduce el riesgo de mortalidad neonatal.

No existe evidencia en que el uso de la dexametasona y la betametasona, sea variable, se considera que uno es más accesible que el otro, por el costo, frente a eso la diferencia radica en la dosificación que administra al paciente, por la presentación en la cual vienen los dos corticoides.

Estudios revelan el uso de la Betametasona, en dos dosis frente al uso de la dexametasona que es dividido en 4 dosis. Se consideró que los beneficios de recibir la dosis completa de maduración pulmonar 24mg, evidenció efectos positivos en el futuro neonato. Evidenciándose que los corticoides administrados a la madre gestante deben considerarse cuando el parto sea inminente en los siguientes 7 días, o hasta cuando este se pudiera producir en las próximas 24 horas (12).

6. FACTORES DE RIESGO

Los avances en el cuidado prenatal, ha permitido disminuir la incidencia de factores de riesgo que pudieran estar asociados al parto pretérmino, su identificación oportuna permite al personal de salud la intervención inmediata, aplicación de tratamientos adecuados con el fin de evitar el incremento de morbimortalidad materna y perinatal.

PRECONCEPCIONALES:

En cuanto a factores maternos preconcepcionales asociados al parto pretérmino se encuentran: edad materna (en los dos extremos, adolescente o añosa) Nivel económico bajo, antecedente de amenaza de parto pretérmino, y antecedente materno de infección urinaria pregestacional (23).

CONCEPCIONALES

En cuanto a los factores de Riesgo Concepcionales, las investigaciones han permitido que pueda entenderse el proceso que desencadena un parto pretérmino, siendo este de origen multifactorial, como la anemia, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas, la hipertensión arterial , el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

menor a 1 año, la infección del tracto urinario , la ausencia del control prenatal, el control prenatal deficiente, el oligohidramnios, la preeclampsia principalmente si el parto se desarrolla antes de la semana 33, el embarazo gemelar (se asocia tanto el 57-60 % de los embarazos gemelares como el 90-92 % de los embarazos triples terminan en nacimientos prematuros) (3).

No existe mucho consenso entre los factores que pudieran estar relacionados de un estudio a otro, puesto que aún se sigue investigando, cuales son los que podría estar más asociados, para que desencadenen un parto pretérmino.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. ANAMNESIS

a. Filiación

Nombre y Apellidos:	G.A.F.C.
Edad:	32 años
Fecha de Nacimiento:	05/03/1990
Lugar de Nacimiento:	Tacna
Dirección:	Calle Carlos Armando Laura NN
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Religión:	Católica
Idioma:	Castellano
Grado de Instrucción:	Superior Universitaria Completa
Ocupación Actual:	Independiente – Venta de Licores
Procedencia:	Tacna
Fecha de Ingreso:	31/03/2022
Fecha de elaboración:	11/06/2022
Informante:	Paciente
Tipo de Anamnesis:	Directa
Número de Historia Clínica:	609944

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de Enfermedad: 2 meses 11 días

Signos y síntomas principales: Acortamiento cervical por ecografía

2.1. Historia de la Enfermedad

Paciente que acude de forma particular a realizarse ecografía Obstétrica, en la cual le indican que se puede apreciar acortamiento de cuello, por lo que acude a control prenatal en el Hospital de Tacna de ESSALUD, donde confirman el diagnóstico en fecha 29/03/2022, no refiere molestias. Es referida el día 31 de Marzo a las 22:50 hras a la Ciudad de Arequipa, al Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo, por hallazgos ecográficos de forma particular que evidenciaban acortamiento de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

cuello uterino, con una gestación de 25 semanas, de evolución estacionaria. Se tuvo un episodio con dinámica uterina el 20 de mayo del 2022, que produjo una dilatación de 2 cm, en la cual se aplicó tocólisis a la paciente, obteniendo como resultado regresión de la dilatación y cese de las contracciones uterinas. Actualmente la paciente continúa en observación en el servicio, con reposo relativo, cursando una gestación de 35 semanas 4/7 días; con una Cervicometría de 7 mm, un PCR de 0.3, Leucocitos 8.3, Abastonados 2, Pendiente contrareferencia a la ciudad de Tacna, actualmente por falta de ambulancia.

PLAN DE TRABAJO:

- Reposo Absoluto
- Hidratación
- Control de Funciones Vitales
- Progesterona micronizada 200 mg vía vaginal
- Maduración Pulmonar
- Hospitalización
- Exámenes auxiliares (Glucosa, Urea, Creatinina, Hemograma completo, Examen completo de orina, Sedimento Urinario, Prueba de antígeno para descarte de COVID-19)
- Monitoreo Fetal (Test no Estresante)
- Ecografía obstétrica

2.2.Funciones Biológicas

- Orina: Conservada
- Deposiciones: Conservado
- Sueño: Conservado
- Sed: Conservada
- Apetito: Conservado

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. ANTECEDENTES

3.1. Personales

Fisiológicos, Paciente de parto pretérmino, que fue hospitalizada al momento de su nacimiento, pero dada de alta a los 3 días, presentó desarrollo normal durante su vida cotidiana.

3.2.Antecedentes Patológicos

- Enfermedades Virales: Varicela cuando tenía 08 años
- Enfermedades Crónicas: Niega
- Cirugías: Cesareada anterior (2017) por presentación podálica y ruptura prematura de membranas.
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega

  Medicación:
- Sulfato ferroso + ácido fólico 400 mg/60mg 1 tableta vía oral diaria

3.3.Antecedentes Gineco obstétricos

- Menarquia: 10 años
- Inicio de relaciones Sexuales: 14 años
- Parejas Sexuales: 02
- Régimen Catameneal: 2-3 d/ 26 -34d
- Dismenorrea: Si
- Métodos Anticonceptivos: Inyectable Mensual
- Infecciones Ginecológicas: Micosis Vaginal, Tricomoniasis vaginal con tratamiento oportuno
- Examen de mamas: Globulosas, con secreción calostral escasa
- PAP: Negativo para cáncer

2020 TACNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Fórmula Obstétrica:

$G_2\ P_{0111}$

Número de Gestaciones: 02

Número de Partos a término: 00

Número de Partos Pretérmino: 01

Número de Abortos: 01

Número de Hijos Vivos: 01

Número de Hijos muertos 00

Número de cesáreas: 01

3.3.1. Embarazo Actual

Fecha de Última Menstruación: 10/11/2021 (duda)

Fecha Probable de Parto por FUM: 17/08/2022

Fecha Probable de Parto por ECO: 12/07/2022

Atenciones Prenatales: 01-

Lugar de Atención: CAP II Oscar Fernández Dávila

Peso Pregestacional: 72 kg

Talla: 1.60 m

IMC: 28.12 Sobrepeso (Pregestacional)

Ganancia de Peso: 4 kg

Gestación Planificada: Si

Altura Uterina: 31 cm

Situación: Longitudinal

Presentación: Cefálica

Posición: Derecha

Latidos Cardiofetales: 148 x – 151 x

Movimientos Fetales: +++

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.3.2. Patología de Embarazos Anteriores

Primer Embarazo: No recuerda la fecha, Aborto Completo

Segundo Embarazo: 26/10/2017: Cesárea Segmentaria por Presentación Podálica + Ruptura Prematura de Membranas – 32 semanas de Gestación. Se obtuvo un Recién nacido de sexo femenino de 2068 gr. Hospital ESSALUD Tacna

3.4.Antecedentes Familiares

Padre: vivo, Diabetes Mellitus Tipo II, HTA
Madre: viva, con Angina de Pecho con tratamiento
Hija, viva, de 4 años, nacida a las 32 semanas de gestación, con 2068gr, que actualmente se encuentra sana.

3.5.Socioeconómicos

Vivienda: Propia
Zona: Urbana
Material: Noble
Servicios: Agua, Luz y desagüe
Residencias anteriores: alquiladas
Crianza de Animales: 02 perros

3.6.Alimentación

Dieta balanceada

3.7.Hábitos Nocivos

Té: Una vez al mes
Café: Niega
Tabaco: Niega
Alcohol: Niega
Drogas: Niega

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. EXAMEN FÍSICO

4.1. General:

Al examen aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, se encuentra lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, refiere leve dolor tipo punzada en flanco derecho e izquierdo de forma esporádica, que cesa con el reposo, desde el día de ayer.

Al momento de examen:

Funciones Vitales

-Presión Arterial:	115/70 mmHg
-Frecuencia Cardiaca:	71 x’
-Frecuencia Respiratoria:	20 x’
-Saturación de Oxígeno:	92%
-Temperatura:	36.2 ºC
-Peso:	76 Kg
-Talla:	1.60 m
-IMC:	29.68 actual

4.2. Piel y Faneras

Piel: Trigueña, tibia, turgor y elasticidad conservada

Pelo: De color castaño oscuro, de buena implantación y adecuada cantidad

Uñas: Se encuentran en buen estado de conservación, lecho ungueal rosáceo, llenado capilar menor a 2 seg.

4.3. Cabeza

Cráneo: Normocéfala, de consistencia dura, no se evidencia depresiones, ni tumoraciones, no doloroso a la movilidad

Cejas: Cantidad regular, Pelos ubicados en los arcos ciliares

Párpados y pestañas: Conservados, pestañas de buena implantación

Conjuntivas: Palpebrales rosáceas, húmedas

Pupilas: Redondeadas, centrales de color café oscuro

Nariz: Normorrinea, de ubicación central, tabique conservado, con fosas nasales permeables, no se evidencia presencia de secreciones.

Boca: Simétrica, móvil, no se evidencia lesiones.

Dientes: Con buena higiene, piezas dentarias incompletas (molar derecho faltante)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Oídos: De buena implantación, tibias, con audición conservada. Canal auditivo permeable, no se evidencia presencia de secreciones.

4.4. Cuello:

Delgado, móvil, no se palpan nódulos. No doloroso a la deglución

4.5. Tórax:

Móvil, simétrico, no se evidencia retracciones intercostales. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

4.6. Mamas:

Globulosas, simétricas, con pezones formados, se evidencia escasa secreción calostral.

4.7. Cardiovascular

Ruidos cardiacos rítmicos y regulares. No se auscultan soplos cardiacos.

4.8. Abdomen

Globuloso, por embarazo en curso, no doloroso a la palpación.

AU: 31 cm

SPP: LCD

LCF: 148 x'-151 x'

Se evidencia cicatriz de cesárea anterior Pfannenstiel en buenas condiciones. No presencia de queloide.

4.9. Genito urinario:

A la puño percusión negativa. Al examen ginecológico, genitales externos de nulípara, se evidencia flujo vaginal blanquecino escaso. No se evidencia sangrado transvaginal.

4.10. Columna Vertebral y Extremidades

No se evidencia desviaciones, ligeramente dolorosa a la posición en decúbito. Extremidades móviles. No se evidencia edema.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4.11. Neurológico

Paciente lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Despierta al momento de examen, atenta, no se evidencia alteraciones en el lenguaje sin déficit motor, tono muscular conservado.

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Gestación de 35 semanas 4/7 días

Amenaza de parto Pretérmino

Cuello Corto

Cesareada anterior por RPM + Presentación podálica – 32 semanas

6. TRATAMIENTO

Candado salinizado condicional

Dimeticona 60 gotas condicional a distensión Abdominal vía oral (desde 04.06)

Lactulosa 15 ml condicionado a constipación vía oral

Progesterona 200 mg vía vaginal cada 12 horas (31-03- 25.05)

Nifedipino 1 tab cada 8 horas vía oral (21.05-24.05)

Betametasona 12mg, 3 ampollas cada 24 horas (29.03)

7. INDICACIONES

Dieta Blanda + LOV

Reposo Relativo

Control Obstétrico: LCF, DU, MF

Control de Fs Vs

Control de Signos de Alarma

Control de Diuresis

Higiene Vulvoperineal

Contrareferencia Hospital ESSALUD Tacna

8. EXÁMENES AUXILIARES

Son los que se narran a continuación:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Exámenes de laboratorio (Ingreso a hospitalización – actualidad)

	31/03	03/04	07/04	11/04	13/04	16/04	17/04	26/04	02/05	05/05	09/05	22/05	26/05	29/05	31/05	02/06	03/06
PCR			NHR	NHR		NHR		NHR	0.27	0.28	0.32	0.32	0.35	0.3	0.4	0.3	0.3
L	9.16	8.56	7.55	7	7.84	7.7		7.54	8.35	7.82		8.37	7.99	6.9	7	7.9	8.3
AB	0	0		0		0									4	0	2
B					0.2												
HB	11.1	11	11.5	11.8	11.7	11.3		11.8	11.5	11.7	11.9	11.5	11.5	11.2	11		
PLAQ	164	195	172	207	188	224		188	175	177	201	182	184	205	204		
Cervicometría mm			8.7				8.5		9.7		7 mm						
DU												20/05 1/10					
Glucosa mg/dl	99																
Creatinina	0.68																
Urea mg/dl	38																

FUENTE: Historia Clínica- datos laboratoriales (2022)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

-Ecografía Abdominal 04/06/2022

Hígado de ecogenicidad y morfología conservada, no se parecían lesiones focales

Vías biliares de calibre conservado

Vesícula biliar de 73 x 30 mm de paredes delgadas en su interior

Páncreas no visible por marcada interposición de gas intestinal

Bazo de 109 x 35 mm de ecogenicidad y morfología conservada

Riñón derecho de 112 x 51 mm, con parénquima de 18.7 mm

Riñón izquierdo de 111 x 660 mm, con parénquima de 25 mm

Ambos de ecogenicidad y morfología conservada, con adecuada diferenciación corticomedular, no se parecían lesiones focales.

Seno renal sin litiasis, ni hidronefrosis

Ausencia de líquido libre

Útero gestante

Incidentalmente se aprecia a nivel posterior de placenta se aprecia formación hipoecoica de 59 x 33 mm, d/c coágulo.

No se identifica estructura apendicular

IMP DX

Ecografía abdominal y renal de caracteres conservados

Incidentalmente se aprecia a nivel posterior de placenta formación hipoecoica de 59 x 33 mm, D/C coágulo, se sugiere valoración por especialidad

-Ecografía Ginecológica 04/06/2022

No se evidencia Hematoma Retroplacentario

9. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Se realizó la evaluación del caso clínico,

1. El primer control prenatal, se realizó en el Segundo Trimestre de Embarazo, lo cual dificulta la identificación de posibles patologías que se pudieran haber diagnosticado en el primer trimestre.
2. Aunque el control fue tardío, la evaluación ecográfica fue crucial para la identificación del acortamiento cervical.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. Su oportuna referencia a un Establecimiento de mayor resolución, como es el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, permitió el tratamiento oportuno.
4. Se realizó seguimiento de la paciente hospitalizada mediante exámenes de laboratorio y ecografías para identificar posible cambios que desencadenen en un trabajo de parto pre término. Además se realizó la cervicometría de forma rutinaria para identificar si el cuello uterino estaba más corto o permanecía igual.
5. Se identificó factores de riesgo que pudieran estar relacionados al acortamiento cervical, como es el antecedente de tener un parto pretérmino por ruptura de membranas y presentación podálica a las 32 semanas de gestación, el cual termino en cesárea.
6. Se efectuó la maduración pulmonar, en caso el trabajo de parto desencadene antes, y se aplicó tocólisis cuando se presentó dinámica uterina, el tratamiento tuvo buenos resultados, puesto que las contracciones uterina cesaron y la dilatación no progreso más.
7. Se realizó también la interconsulta a Cardiología, para evaluación de Riesgo Quirúrgico, en caso se tenga que intervenir a la paciente de emergencia.
8. Se realizó una ecografía abdominal, para evaluar los demás órganos, en aras de una atención integral, y descarte de posibles patologías, que identificó una zona hipoecoica de 59 x 33 mm.
9. A continuación se realizó una ecografía ginecológica, para descartar la presencia de un coágulo o hematoma retroplacentario, lo cual se descartó.
10. Se pudo monitorizar a la paciente, en todo momento, mediante control obstétrico, y evaluación médica. Actualmente se encuentra aún en Hospitalización, pero ya está cursando una gestación de 35 semanas 4/7 días.
11. Se continúa con exámenes de rutina como el PCR, Leucocitos y Abastonados, un cambio en estos análisis podría evidenciar la presencia de un proceso inflamatorio, relacionado al reblandecimiento del cuello uterino, que puede originar su dilatación, lo que sería señal de alerta para actuar rápidamente, ante la amenaza de un parto pretérmino.
12. Se está coordinando la referencia al Hospital ESSALUD Tacna, para atención de parto normal.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO III
DISCUSIÓN

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN

El parto pretérmino, es un problema de salud en nuestro País, ocurre entre un 10 a 12% de los embarazos y ha sido asociado a altas tasas de morbimortalidad perinatal (10).
El acortamiento cervical, es un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino, siendo este último inversamente proporcional a la longitud del cuello uterino, considerándose de mayor riesgo a las gestaciones menores a las 20 semanas y con una longitud cervical menor a 15mm, a pesar de ello es uno de los factores menos estudiados (8).

Su estudio ha sido muy variable, tanto por la edad gestacional que cursan las pacientes, como por los resultados obtenidos. Lo que sí es sabido y que ha llegado a un consenso, es que la ecografía vaginal es uno de los exámenes con mejor valor predictivo frente a esta patología, lo que contribuye a su identificación oportuna y con ello aplicar tratamientos que puedan disminuir un parto pretérmino.

El tamizaje mediante la combinación de la historia obstétrica y la longitud cervical hallada, proporciona una tasa de detección más alta que cualquier método aislado (5). Su sensibilidad mejora, en comparación a que si solo consideraríamos a uno de ellos. En paralelo a nuestro caso clínico, existe correlación en cuanto a la Historia Obstétrica como precedente, el antecedente de un aborto y de una cirugía previa desencadenada por una ruptura prematura de membranas que originó un parto pretérmino, no fue definitivo para poder haber advertido la aparición del acortamiento cervical.

En consenso con Huarcaya, en su estudio: ”Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un Hospital de Perú”, realizado por la Universidad Mayor de San Marcos, en dos grupos de madres, con edades comprendidas entre 18 a 29 años, sin afectaciones previas a su embarazo y sin enfermedades crónicas preexistentes; se encontró una asociación significativa entre factores clínicos como la infección del tracto Urinario, Ruptura prematura de membranas y la preeclampsia (14), se tuvo que si presento coincidencia con el antecedente de un parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas en el embarazo anterior, lo que podría conllevar que el riesgo aumente en un nuevo embarazo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Según Castillo, en su estudio "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino", el factor concepcional más influyente relacionado al parto pretérmino fue la Vaginosis bacteriana, con un IC del 95% (19), que podría estar más relacionado a nuestro caso, si es que se hubiera documentado con qué frecuencia la paciente presento este tipo de infección antes y durante el embarazo, lo que en comparación al estudio realizado en el Hospital 2 de Mayo de Murguia, "Factores de Riesgo Maternos asociados al parto prematuro en Gestantes adolescentes atendidas" (9), se evidenció que las infecciones vaginales, no tuvieron significancia estadística para que se produzca un parto pretérmino; lo que podría justificarse por no encontrarse nuestra paciente inmersa en este rango de edad.

Según Joddie Dodd, en su artículo: "Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro en pacientes consideradas en riesgo de parto prematuro", los autores concluyen después de 36 ensayos controlados de forma aleatoria, que la administración de progesterona está asociada a la reducción del riesgo del parto prematuro antes de las 34 semanas (15), lo que coincide además con lo que se aplica mediante la "Guía de Práctica Clínica para la prevención y Manejo del Parto Pretérmino – ESSALUD 2018" (16), en la cual se dan recomendaciones y puntos de buena práctica clínica que ayudan a prevenir un parto pretérmino, como es la administración de progesterona vaginal micronizada (presentación de 200mg óvulos vaginales, una vez al día durante la noche) en gestantes asintomáticas con acortamiento cervical por ecografía transvaginal, se da desde el segundo trimestre en adelante, y por lo menos hasta las 34 semanas (16).

Que se aplicó también a la paciente en el presente caso clínico, pero en dosis reforzada, puesto que se administró cada 12 horas por los menos desde las 21 semanas (inicio de su hospitalización) hasta las 34 semanas. Lo que sigue reforzando los estudios previos de su uso, para reducir las contracciones uterinas, por sus efectos relajantes.

Según Victor Miranda, en su artículo: "Análisis Crítico del Manejo de la Incompetencia Cervical", se propusieron varios métodos de diagnóstico, entre los cuales destacaba la ultrasonografía transvaginal, siendo la que tuvo más relevancia, por su utilidad y por su capacidad de identificar el acortamiento cervical de forma oportuna (17)

Mediante su uso y la capacidad de medir la longitud del cuello uterino, es posible determinar el papel del acortamiento cervical en la amenaza de parto pretérmino, que si no se actúa de forma temprana puede conducir a un parto pretérmino lo cual podría ocurrir

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

durante el segundo o tercer trimestre de embarazo. De esta forma, se reconoce que a través de la monitorización ecográfica en pacientes con factores de riesgo, es posible predecir cambios cervicales.

La identificación oportuna mediante ultrasonografía, periódica, permitirá que se evalué los cambios que se dan el cuello uterino, para su intervención oportuna. Según Karla Parodi, en su artículo: "Acortamiento Cervical y su relación con parto pretérmino" (8), la ecografía transvaginal resulta el método ideal para la identificación de un acortamiento cervical, este procedimiento y en consenso con ISUOG, requiere que la paciente se encuentre en posición ginecológica y con la vejiga vacía; aunque en otros estudios evalúan con la vejiga llena, lo que podría incrementar erróneamente la longitud cervical. Debe haberse identificado el orificio cervical interno y externo, el canal cervical y la mucosa endocervical, evitando presionar de forma excesiva el transductor. Utilizándose como punto de corte longitudinal 25 mm, para lo cual se deberá iniciar tratamiento inmediatamente (8). En paralelo a nuestro caso y en confrontación a la Guía de Práctica clínica ESSALUD 2018, se indica reposo absoluto, progesterona vía vaginal y control ecográfico semanal.

En su estudio: "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino", Rodriguez, menciona que se han evaluado la utilidad de la medición de la longitud cervical en el cribado de mujeres en riesgo de parto pretérmino(6). En revisiones sistemáticas sobre el papel de la evaluación cervical mediante ecografía para la predicción de parto pretérmino, en pacientes asintomáticas con edades gestacionales que oscilan entre 20-24 semanas, se concluyó que una longitud cervical menor de 25 mm terminaba en partos prematuros menores a 34 semanas, además se ha demostrado que aumenta el riesgo de prematuridad en 3 veces (8), frente al caso clínico presente, incidiendo que el riesgo esta aumentado puesto que la longitud cervical esta en 7mm actualmente, con una dilatación de 1 cm, que no ha llegado a progresar durante la última semana, probablemente también asociado a la falta de contracciones uterinas y el reposo relativo en el que se encuentra actualmente la gestante.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

PRIMERO: Se realizó el análisis y la revisión del caso clínico de la gestante, que cursa con una amenaza de parto pretérmino, por el acortamiento de cuello cervical, el cual fue identificado desde el 31 de Marzo del presente año, por lo que actualmente está siendo monitorizada y evaluada periódicamente en servicio; en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo hasta su pronta referencia a su Establecimiento de Procedencia.

SEGUNDO: Se identificó los procedimientos que se realizaron mediante protocolo de atención de acuerdo a Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino ESSALUD. 2018, como la administración de progesterona vaginal micronizada de 200 mg, una vez al día durante la noche desde el segundo trimestre de gestación; la realización de ecografía transvaginal de forma periódica para medir la longitud cervical con membranas intactas y la aplicación de tocolíticos mediante bloqueadores de canales de calcio (nifedipino); los cuales permitieron que el proceso de gestación continúe.

TERCERO: Los factores de riesgo asociados que se encontraron fueron el antecedente de un parto pretérmino, por ruptura prematura de membranas y presentación podálica que se desencadenó a las 32 semanas de gestación además del acortamiento cervical presente en el actual embarazo identificado por ecografía transvaginal.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

1. A los Obstetras, en el primer nivel de atención , considerar que la evaluación del riesgo preconcepcional y del embarazo, es pilar fundamental para la identificación de posibles patologías que se pudieran desarrollar, así como los factores de riesgo que pueden estar asociados, para su pronta referencia y manejo adecuado. En tal sentido tenemos la gran responsabilidad de brindar servicios de calidad a nuestras gestantes y a sus familias.

2. A las gestantes, incentivar a que acudan de manera oportuna a los servicios de salud, para su control prenatal y evaluación integral, mediante el acceso a procedimientos y exámenes que permitirán disminuir los riesgos que pudieran presentarse durante el embarazo.

3. A los profesionales de la salud, motivarlos a que continúen investigando y sigan capacitándose para lograr una atención eficiente y eficaz, contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal en nuestro país, mediante aportes de futuras investigaciones y con la satisfacción de haber hecho un buen trabajo sirviendo a los demás.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montero Aguilera Alexis, Ferrer Montoya Rafael, Paz Delfin Damaris, Pérez Dajaruch María, Díaz Fonseca Yenia. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed [Internet]. 2019 Oct 23(5): 1155-1173 [citado 12 de Junio del 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script= sci_arttext&pid =S1028-48182019000501155&lng=es
2. Huertas Tacchino, Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2018. Volumen *64*(3), 399-404.
3. Rodríguez Márquez Aymara, Hernández Barrio Esteban, Villafuerte Reinante Janet, Mesa Montero Zulema Tamara, Hernández Cabrera Yoan, López Rodríguez del Rey Ana Margarita. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Medisur 2019 Agosto 17(4): 505-513. [citado 16 de Junio del 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000400505&lng=es.
4. Ochoa A. Dettoma J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Revista An. Sist. Sanit. Navar, España; 2009; 32 (Supl. 1): 105-119
5. Reyna- Villasmil Eduardo, Mejía-Montilla, Jorly, Reyna-Villasmil, Nadia, Torres-Cepeda, Duly, Rondón-Tapia. Ángulo uterocervical o longitud cervical en la predicción de parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas Revista. Peruana de Ginecología y Obstetricia. vol.66 no.4 Lima oct-dic 2020. [citado 12 de Junio del 2022] Disponible en https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2282
6. Rodríguez Márquez Aymara, Hernández Barrio Esteban, Villafuerte Reinante Janet, Mesa Montero Zulema Tamara, Hernández Cabrera Yoan, López Rodríguez del Rey Ana Margarita. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Medisur 2019 Agosto 17(4): 505-513. [citado 16 de Junio del 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000400505&lng=es.
7. Miranda Victor, Carvajal Jorge A. "Análisis crítico del manejo de la Incompetencia Cervical". REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(4): 337-342. [Consultado el 13 de Junio del 2022] Disponible en : http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000400014

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

8. Parodi K, José S. Acortamiento cervical y su relación con el parto pretérmino. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Honduras; 2018, enero – junio 2018. p. 26 – 34
9. Murguia F, Indacochea Sonia, De la Cruz Jhony, Roque Juan. "Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional dos de Mayo año 2018 al 2019. Lima Perú". 2021. Rev Peru Investig Matern Perinat 2021;10(2): 35-41
10. Gonzáles C, Salas A, Arroyo R. Conducta del cuello uterino durante el embarazo, parto y puerperio. Revista de Ginecología y Obstetricia, México; 2010; 78(2): 121 – 127
11. C. Murillo, S. Ferreiro, A. Herranz, M. Izquierdo, M. Iriondo, T. Cobo, M. Palacio. "Protocolo: Corticoides para maduración pulmonar fetal". Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. 2019 Febrero [citado 13 de Junio del 2022] Disponible en : https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/corticoidesmaduracionpulmonar.pdf
12. Romero, Conde Agudelo A. Refaie W. La progesterona vaginal reduce el parto prematuro y la morbilidad y mortalidad neonatal en mujeres con gestación gemelar y cuello uterino corto: un metanálisis actualizado de datos de pacientes individuales. Ultrasonido Obstetricia y Ginecología.2017 marzo; 49(3):303-314. [citado 13 de Junio del 2022] Disponible en : http://doi: 10.1002/uog.17397
13. Celik, E., To, M., Gajewska, K., Smith, G. C., Nicolaides, K. H., y Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. "Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment.". Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología. 2008, *31*(5), 549–554. [citado 13 de Junio del 2022] Disponible en : https://doi.org/10.1002/uog.5333
14. Huarcaya Gutierrez Rocio, Cerda Sanchez Mayra y Barja Ore John. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un Hospital de Perú. MEDISAN 2021. vol.25 no.2 Santiago de Cuba mar.-abr.
15. Dodd Jodie M, Jones Leanne, Flenady Vicki, Cincotta Robert. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro en pacientes consideradas en riesgo de parto Prematuro. Versión publicada 31 de julio del 2013. Biblioteca Cochrane. [Consultado el 12 de Junio del 2022] Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004947.pub3

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

16. Yanque Robles Omar, Zafra Tanaka Jessica y colaboradores. "Guía de Práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (ESSALUD). 2018
17. Miranda Victor, Carvajal Jorge. "Análisis crítico del manejo de la Incompetencia Cervical". REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(4): 337-342. [Consultado el 13 de Junio del 2022] Disponible en : http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000400014
18. Leiva L, Waldo. "Progesterona y riesgo de parto prematuro en mujeres con cuello corto". Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2007, *72*(5), 356-357.
19. Castillo Rosa, Ortiz Nancy. Factores de Riesgo maternos asociados al parto pretérmino". 2016. Red de revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal. ¨[Consultado el 16 de Junio del 2022] Disponible en : https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf
20. Guía de asistencia Práctica. Parto Pretérmino. Sociedad Española de Asistencia Práctica. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2020;63:283-321

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

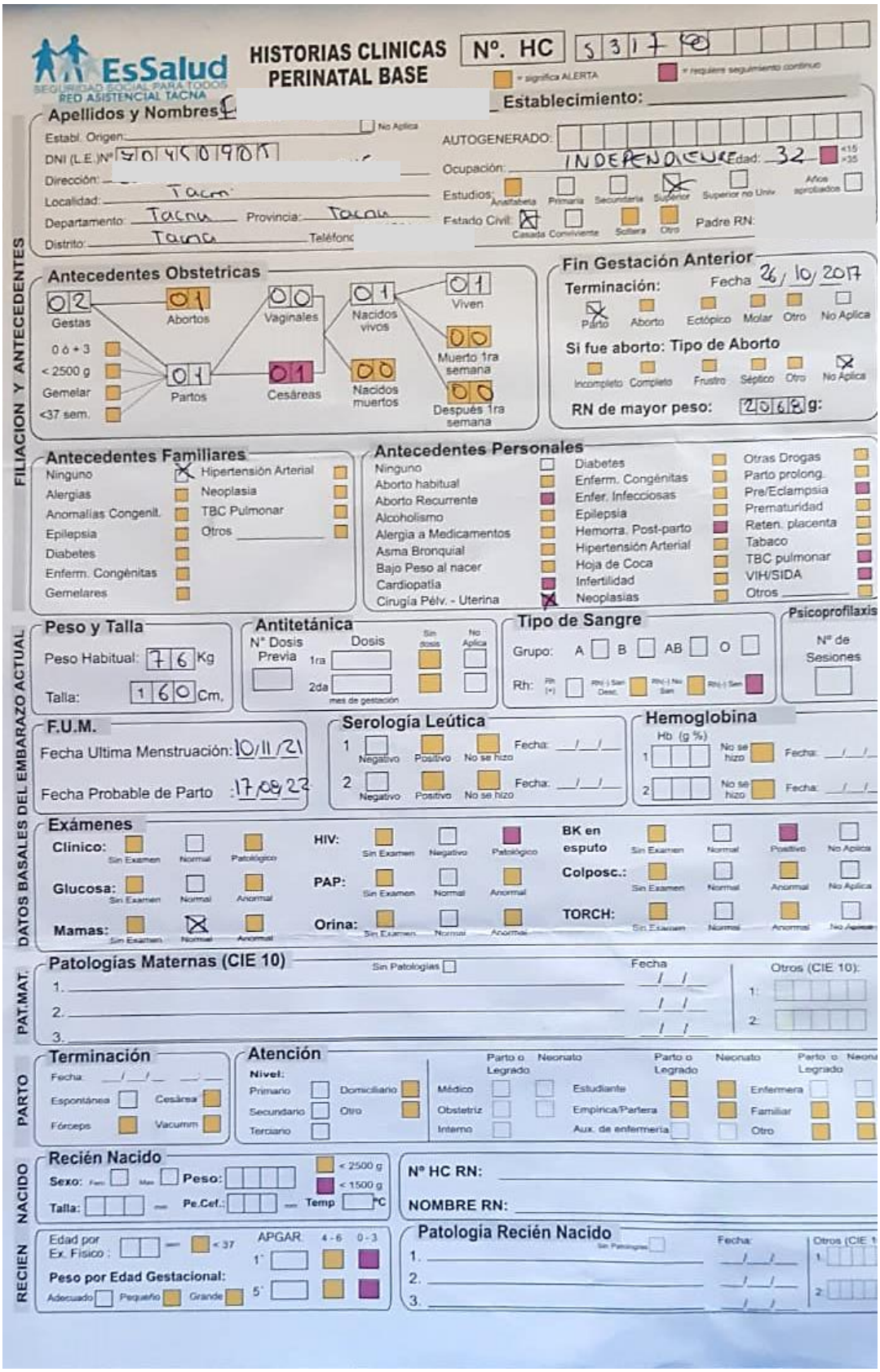
ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

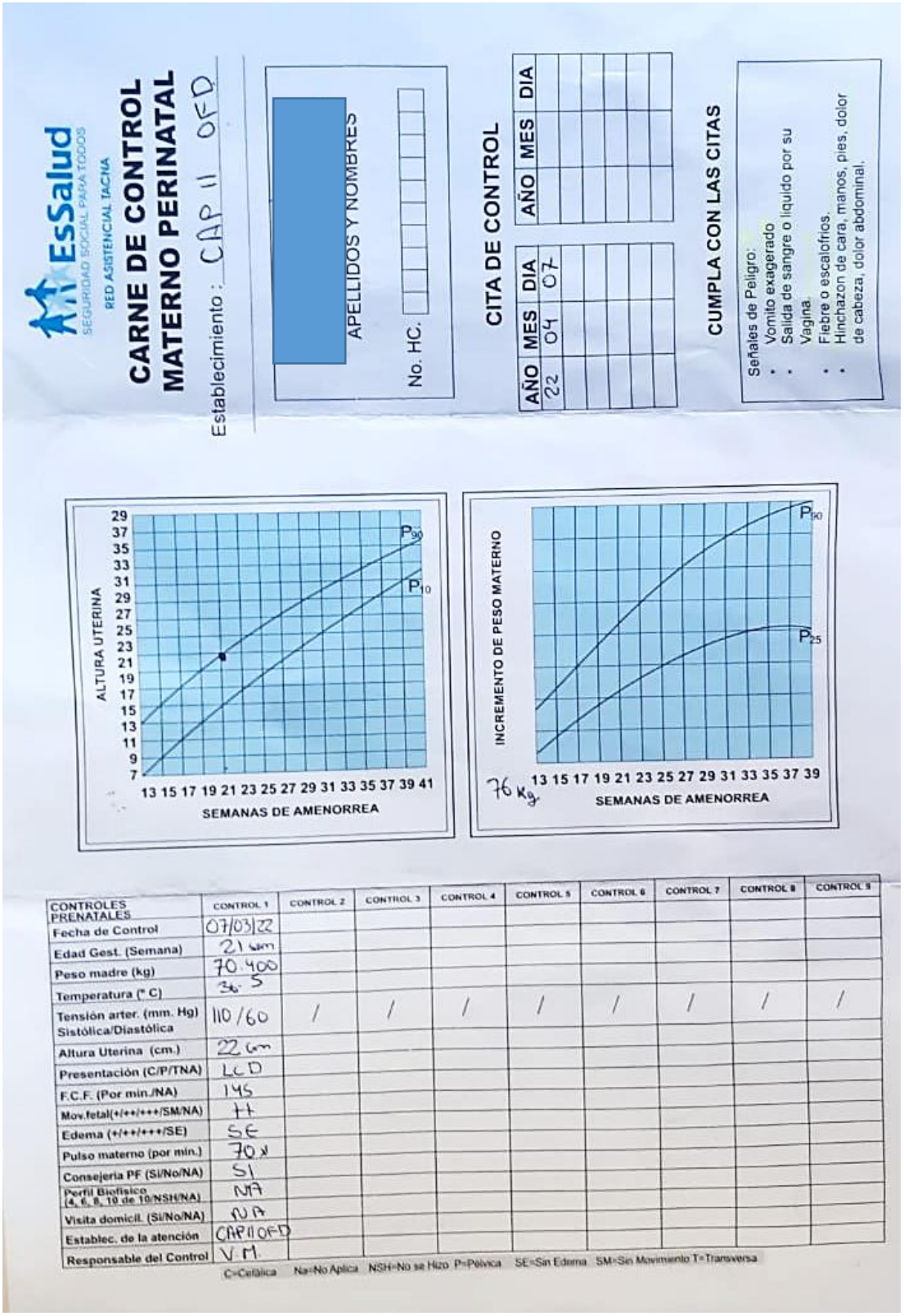
ANEXO 1 :CARNET PERINATAL



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA



EsSalud
SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS
RED ASISTENCIAL TACNA

CARNE DE CONTROL MATERNO PERINATAL

Establecimiento : CAP II OFD

APELLIDOS Y NOMBRES

No. HC.

CITA DE CONTROL

AÑO	MES	DIA
22	04	07

AÑO	MES	DIA

CUMPLA CON LAS CITAS

Señales de Peligro:
- Vomito exagerado
- Salida de sangre o liquido por su Vagina.
- Fiebre o escalofrios.
- Hinchazon de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.

ALTURA UTERINA

29 37 35 33 31 29 27 25 23 21 19 17 15 13 11 9 7

P_{90}

P_{10}

13 15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39 41

SEMANAS DE AMENORREA

INCREMENTO DE PESO MATERNO

P_{90}

P_{25}

76 Kg

13 15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39

SEMANAS DE AMENORREA

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de Control	07/03/22								
Edad Gest. (Semana)	21 sem								
Peso madre (kg)	70.400								
Temperatura (° C)	36.5								
Tensión arter. (mm. Hg) Sistólica/Diastólica	110/60	/	/	/	/	/	/	/	/
Altura Uterina (cm.)	22 cm								
Presentación (C/P/TNA)	LCD								
F.C.F. (Por min./NA)	145								
Mov.fetal(+/++/+++/SM/NA)	++								
Edema (+/++/+++/SE)	SE								
Pulso materno (por min.)	70 x								
Consejeria PF (Si/No/NA)	SI								
Perfil Biofisico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)	NA								
Visita domicil. (Si/No/NA)	NA								
Establec. de la atención	CAP II OFD								
Responsable del Control	V.M.								

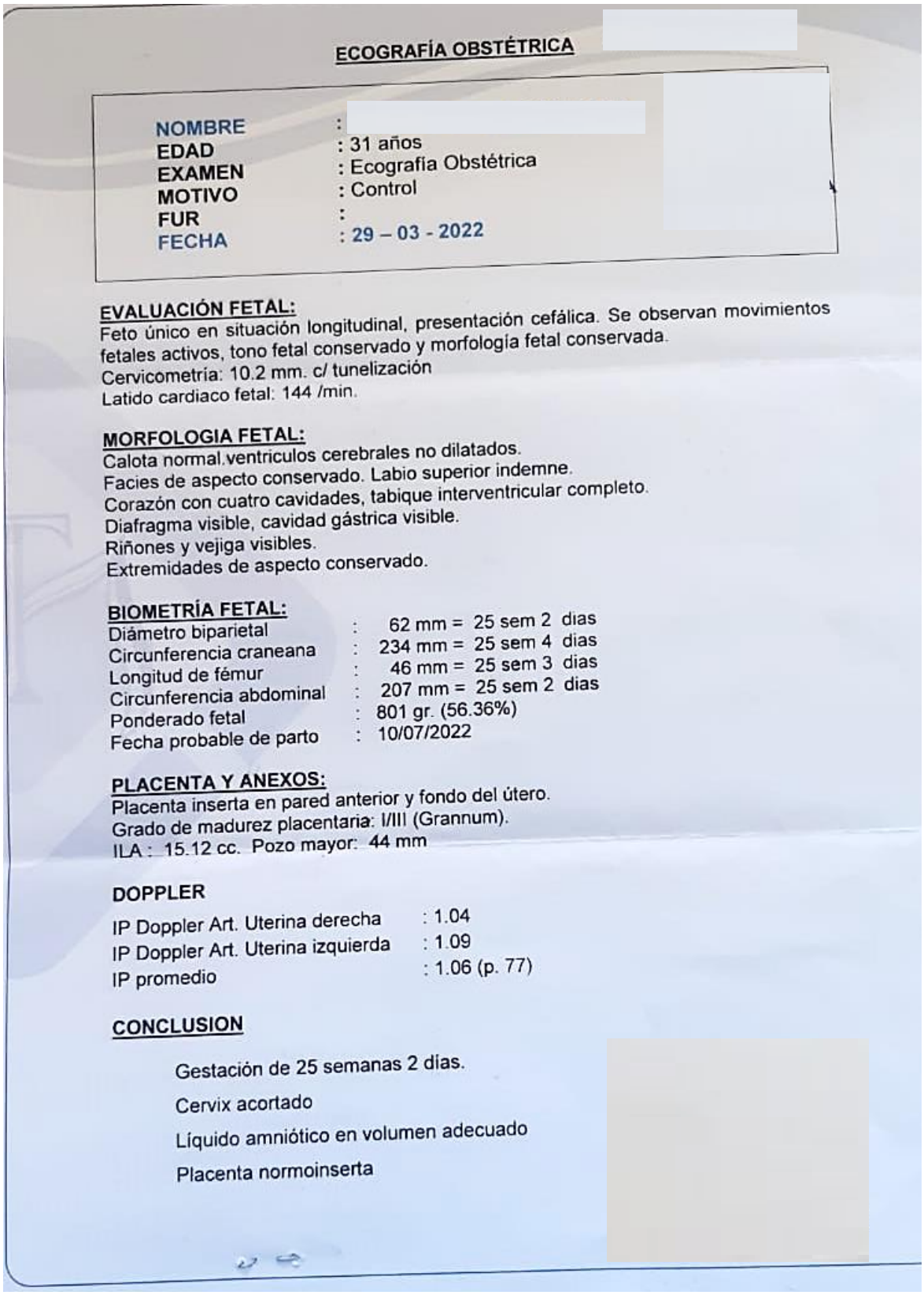
C=Cefálica Na=No Aplica NSH=No se Hizo P=Pélvica SE=Sin Edema SM=Sin Movimiento T=Transversa

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 2: ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA PARTICULAR



ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

NOMBRE	:
EDAD	: 31 años
EXAMEN	: Ecografía Obstétrica
MOTIVO	: Control
FUR	:
FECHA	: 29 – 03 - 2022

EVALUACIÓN FETAL:
Feto único en situación longitudinal, presentación cefálica. Se observan movimientos fetales activos, tono fetal conservado y morfología fetal conservada.
Cervicometría: 10.2 mm. c/ tunelización
Latido cardiaco fetal: 144 /min.

MORFOLOGIA FETAL:
Calota normal.ventrículos cerebrales no dilatados.
Facies de aspecto conservado. Labio superior indemne.
Corazón con cuatro cavidades, tabique interventricular completo.
Diafragma visible, cavidad gástrica visible.
Riñones y vejiga visibles.
Extremidades de aspecto conservado.

BIOMETRÍA FETAL:

Diámetro biparietal	:	62 mm = 25 sem 2 dias
Circunferencia craneana	:	234 mm = 25 sem 4 dias
Longitud de fémur	:	46 mm = 25 sem 3 dias
Circunferencia abdominal	:	207 mm = 25 sem 2 dias
Ponderado fetal	:	801 gr. (56.36%)
Fecha probable de parto	:	10/07/2022

PLACENTA Y ANEXOS:
Placenta inserta en pared anterior y fondo del útero.
Grado de madurez placentaria: I/III (Grannum).
ILA : 15.12 cc. Pozo mayor: 44 mm

DOPPLER

IP Doppler Art. Uterina derecha	: 1.04
IP Doppler Art. Uterina izquierda	: 1.09
IP promedio	: 1.06 (p. 77)

CONCLUSION

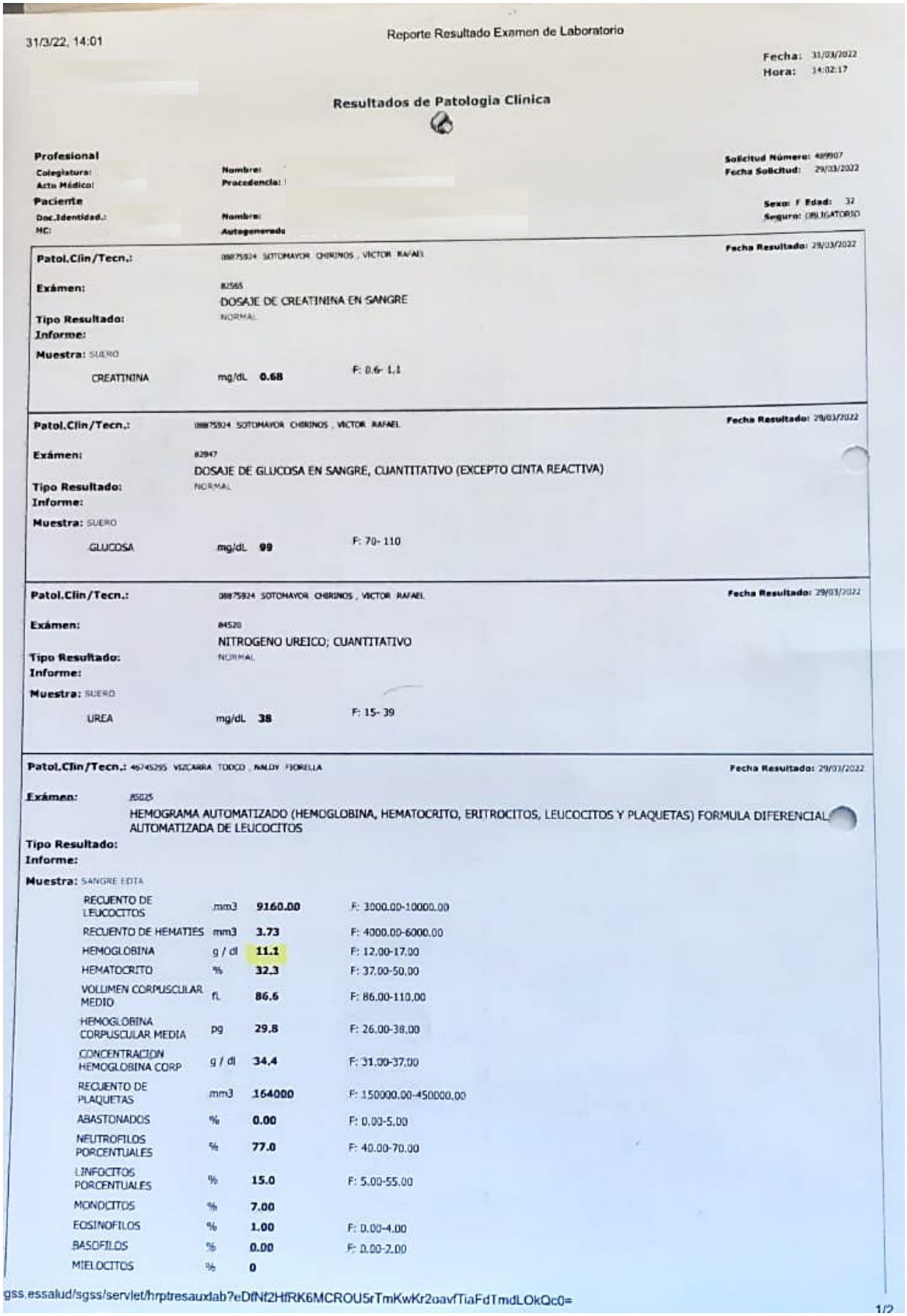
Gestación de 25 semanas 2 días.
Cervix acortado
Líquido amniótico en volumen adecuado
Placenta normoinserta

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXO 3: EXÁMENES AUXILIARES DE INGRESO



31/3/22, 14:01 Reporte Resultado Examen de Laboratorio

Fecha: 31/03/2022
Hora: 14:02:17

Resultados de Patología Clínica

Profesional
Colegiatura:
Acto Médico:
Nombre:
Procedencia:
Solicitud Número: 489907
Fecha Solicitud: 29/03/2022

Paciente
Doc.Identidad.:
HC:
Nombre:
Autogenerado
Sexo: F Edad: 32
Seguro: OBLIGATORIO

Patol.Clin/Tecn.: 08875924 SOTOMAYOR CHIRINOS , VICTOR RAFAEL
Fecha Resultado: 29/03/2022

Exámen: 82565
DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE
Tipo Resultado: NORMAL
Informe:
Muestra: SUERO

CREATININA	mg/dL	**0.68**	F: 0.6- 1.1

Patol.Clin/Tecn.: 08875924 SOTOMAYOR CHIRINOS , VICTOR RAFAEL
Fecha Resultado: 29/03/2022

Exámen: 82947
DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)
Tipo Resultado: NORMAL
Informe:
Muestra: SUERO

GLUCOSA	mg/dL	**99**	F: 70- 110

Patol.Clin/Tecn.: 08875924 SOTOMAYOR CHIRINOS , VICTOR RAFAEL
Fecha Resultado: 29/03/2022

Exámen: 84520
NITROGENO UREICO; CUANTITATIVO
Tipo Resultado: NORMAL
Informe:
Muestra: SUERO

UREA	mg/dL	**38**	F: 15- 39

Patol.Clin/Tecn.: 46745295 VIZCARRA TODCO , NALDY FIORELLA
Fecha Resultado: 29/03/2022

Exámen: 85025
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS
Tipo Resultado:
Informe:
Muestra: SANGRE EDTA

RECUENTO DE LEUCOCITOS	mm3	**9160.00**	F: 3000.00-10000.00
RECUENTO DE HEMATIES	mm3	**3.73**	F: 4000.00-6000.00
HEMOGLOBINA	g / dl	**11.1**	F: 12.00-17.00
HEMATOCRITO	%	**32.3**	F: 37.00-50.00
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	fL	**86.6**	F: 86.00-110.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	pg	**29.8**	F: 26.00-38.00
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORP	g / dl	**34.4**	F: 31.00-37.00
RECUENTO DE PLAQUETAS	mm3	**164000**	F: 150000.00-450000.00
ABASTONADOS	%	**0.00**	F: 0.00-5.00
NEUTROFILOS PORCENTUALES	%	**77.0**	F: 40.00-70.00
LINFOCITOS PORCENTUALES	%	**15.0**	F: 5.00-55.00
MONOCITOS	%	**7.00**	
EOSINOFILOS	%	**1.00**	F: 0.00-4.00
BASOFILOS	%	**0.00**	F: 0.00-2.00
MIELOCITOS	%	**0**	

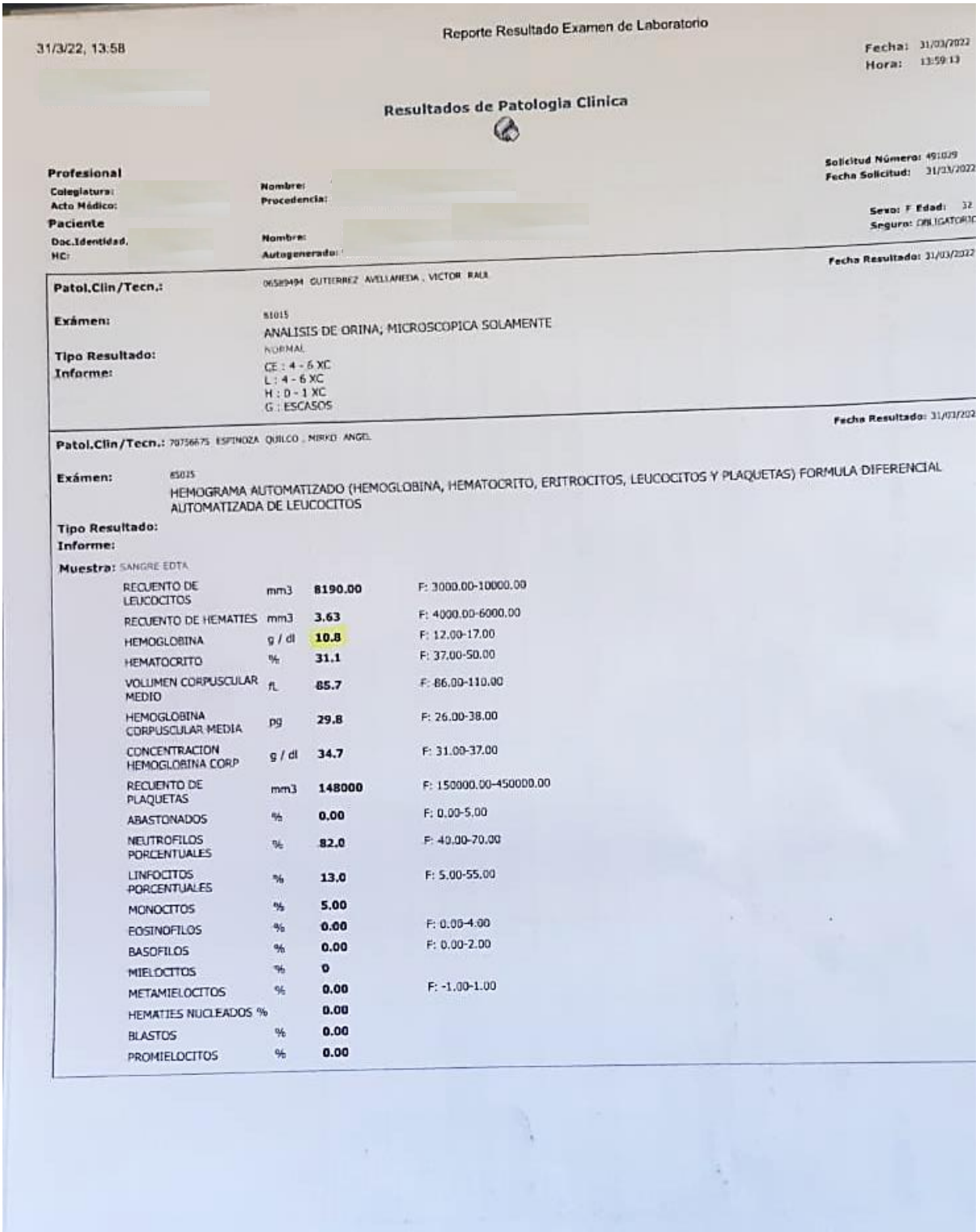
gss.essalud/sgss/servlet/hrptresauxlab?eDfNf2HfRK6MCROU5rTmKwKr2oavfTiaFdTmdLOkQc0=

1/2

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA



31/3/22, 13:58

Reporte Resultado Examen de Laboratorio

Fecha: 31/03/2022
Hora: 13:59:13

Resultados de Patologia Clinica

Profesional
Colegiatura:
Acto Médico:
Nombre:
Procedencia:

Solicitud Número: 491039
Fecha Solicitud: 31/03/2022

Paciente
Doc.Identidad:
HC:
Nombre:
Autogenerado:

Sexo: F Edad: 32
Seguro: OBLIGATORIO

Fecha Resultado: 31/03/2022

Patol.Clin/Tecn.: 06589494 GUTIERREZ AVELLANEDA , VICTOR RAUL

Exámen: 81015
ANALISIS DE ORINA; MICROSCOPICA SOLAMENTE

Tipo Resultado: NORMAL

Informe:
CE : 4 - 6 XC
L : 4 - 6 XC
H : 0 - 1 XC
G : ESCASOS

Fecha Resultado: 31/03/202

Patol.Clin/Tecn.: 70756675 ESPINOZA QUILCO , MIRKO ANGEL

Exámen: 85035
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS

Tipo Resultado:

Informe:

Muestra: SANGRE EDTA

RECUENTO DE LEUCOCITOS	mm3	**8190.00**	F: 3000.00-10000.00
RECUENTO DE HEMATIES	mm3	**3.63**	F: 4000.00-6000.00
HEMOGLOBINA	g / dl	**10.8**	F: 12.00-17.00
HEMATOCRITO	%	**31.1**	F: 37.00-50.00
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	fL	**85.7**	F: 86.00-110.00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	pg	**29.8**	F: 26.00-38.00
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORP	g / dl	**34.7**	F: 31.00-37.00
RECUENTO DE PLAQUETAS	mm3	**148000**	F: 150000.00-450000.00
ABASTONADOS	%	**0.00**	F: 0.00-5.00
NEUTROFILOS PORCENTUALES	%	**82.0**	F: 40.00-70.00
LINFOCITOS PORCENTUALES	%	**13.0**	F: 5.00-55.00
MONOCITOS	%	**5.00**	
EOSINOFILOS	%	**0.00**	F: 0.00-4.00
BASOFILOS	%	**0.00**	F: 0.00-2.00
MIELOCITOS	%	**0**	
METAMIELOCITOS	%	**0.00**	F: -1.00-1.00
HEMATIES NUCLEADOS	%	**0.00**	
BLASTOS	%	**0.00**	
PROMIELOCITOS	%	**0.00**	

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis