

**Universidad Católica Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**



**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. HOSPITAL NACIONAL CARLOS  
ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO – ESSALUD DICIEMBRE 2022**

Trabajo Académico presentado por la Obstetra

**Parisuaña Ito, Yolanda Nélica**

Para optar el Título de Segunda Especialidad  
en Alto Riesgo Obstétrico

Asesora:

**Mgter. Sotomayor Martínez, Victoria  
Aurora**

**Arequipa - Perú**

**2023**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 10 de Agosto del 2023

**Dictamen: 010268-C-EPOYP-2023**

Visto el borrador del expediente 010268, presentado por:

**2021974372 - PARISUAÑA ITO YOLANDA NELIDA**

Titulado:

**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN  
ESCOBEDO - ESSALUD DICIEMBRE 2022**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA  
DICTAMINADOR**



**29697884 - OVIEDO TEJADA VERONICA FLORENCIA  
DICTAMINADOR**



**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN  
DICTAMINADOR**



# AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO – ESSALUD DICIEMBRE 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

30%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://dspace.unach.edu.ec">dspace.unach.edu.ec</a> Fuente de Internet	11%
2	<a href="https://medicina.uc.cl">medicina.uc.cl</a> Fuente de Internet	7%
3	<a href="https://repositorio.ujcm.edu.pe">repositorio.ujcm.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="https://repositorio.ug.edu.ec">repositorio.ug.edu.ec</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://renati.sunedu.gob.pe">renati.sunedu.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe">investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://repositorio.unan.edu.ni">repositorio.unan.edu.ni</a> Fuente de Internet	1%

9	<a href="http://revistascientificas.una.py">revistascientificas.una.py</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1 %
12	<a href="http://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

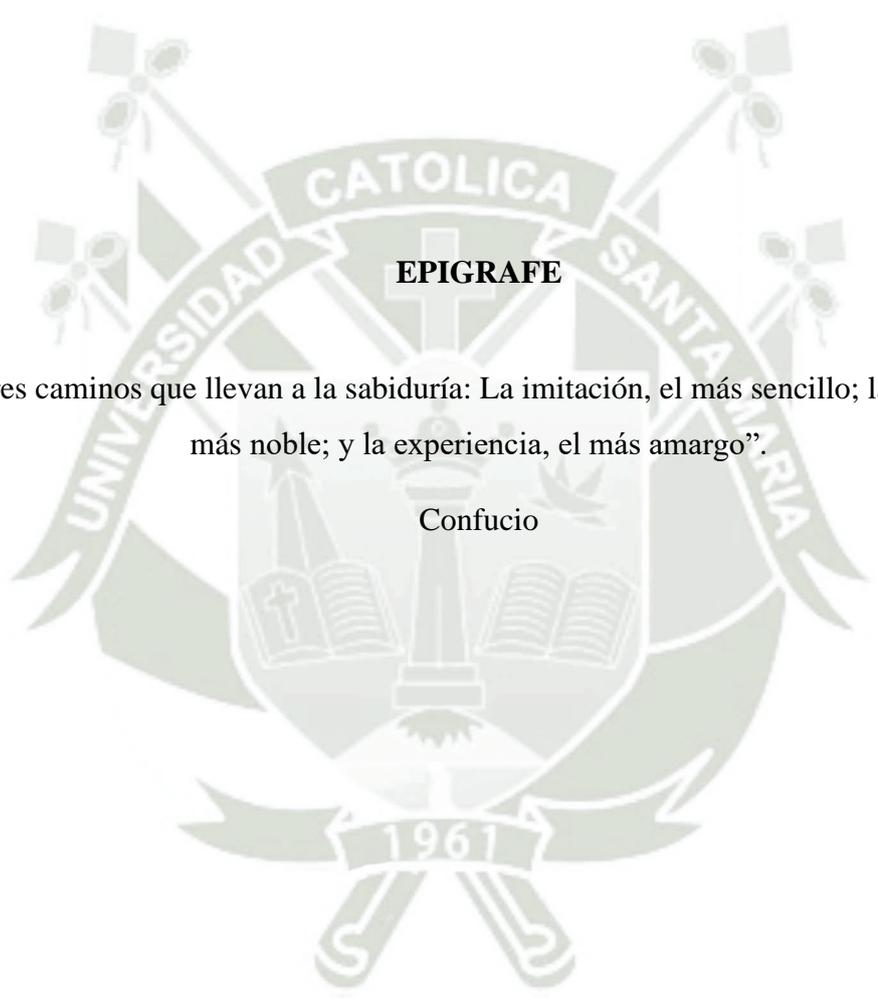
Excluir bibliografía

Apagado



## DEDICATORIA

A Dios por la sabiduría, fortaleza y cuidado, a mis padres por el apoyo incondicional y a mis hijos por ser el motivo de seguir avanzando y concretar proyectos.



**EPIGRAFE**

“Hay tres caminos que llevan a la sabiduría: La imitación, el más sencillo; la reflexión, el más noble; y la experiencia, el más amargo”.

Confucio

## INDICE

DEDICATORIA .....	iii
EPIGRAFE .....	iv
INDICE .....	v
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	10
INTRODUCCION .....	13
CAPITULO I .....	15
MARCO CONCEPTUAL .....	16
Planteamiento del problema.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
1. Concepto.....	16
1.1 Amenaza de parto pretérmino.....	16
1.2. Trabajo de parto pretérmino.....	16
1.3. Parto Pretérmino.....	17
2. Clasificación.....	17
2.1 Criterios según edad gestacional.....	17
2.2 Criterios según peso al nacimiento .....	17
3. Etiología.....	18
3.1 Factores personales.....	18
3.2 Factores gineco-obstétricos.....	18
3.3 Gestación actual.....	18
4. Complicaciones asociadas a prematurez.....	19
4.1. A corto plazo.....	19
4.2. A largo plazo.....	19
5. Complementos .....	19
5.1 Laboratorios .....	19
6. Estratificación de riesgo.....	20
6.1 Bajo riesgo.....	20
6.2 Alto riesgo.....	20
MARCO TEORICO.....	20
1. Definición .....	20
1.1. Parto Pretérmino .....	20

1.2. Trabajo de parto pretérmino.....	21
2. Etiología.....	22
3. Morbilidad y mortalidad asociadas a la prematuridad .....	22
4. Fisiopatología.....	23
5. Diagnóstico .....	24
5.1. Contracciones uterinas .....	24
5.2. Modificación cervical. ....	24
5.3. Cervicometría.....	24
5.4. Interpretación (cervicometría).....	24
5.5. Valoración ecográfica del cérvix. ....	24
5.5.1. Signo de Funnel (embudización). ....	25
5.5.2. Funneling. ....	26
5.5.3. Longitud funcional.....	26
5.5.4. Signo de Sludge. ....	26
6. Tratamiento tocolítico.....	26
6.1. Nifedipino .....	27
6.2. Sulfato de Magnesio .....	27
7. Maduración pulmonar.....	27
8. Flujograma de prevención y manejo del parto pretérmino .....	28
CAPITULO II.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
1. ANAMNESIS .....	30
2. ENFERMEDAD ACTUAL .....	30
2.1. Historia de la Enfermedad.....	31
2.2 Biológicas .....	33
3. ANTECEDENTES .....	34
3.1. Personales .....	34
3.1.1 Fisiológicos:.....	34
3.1.2 Patológicos.....	34
3.1.3 Gineco-obstétricos .....	34
3.2. Familiares.....	35
3.3. Socioeconómicos .....	35
3.4. Hábitos y costumbres .....	35
4. EMBARAZO ACTUAL.....	35
5. EXAMEN FISICO.....	36

5.1 General.....	36
5.2 Piel y Faneras.....	36
5.3 Cabeza.....	37
5.4. Tórax.....	37
5.5. Abdomen.....	37
5.6. Genitales .....	37
5.7. Extremidades.....	37
5.8. Neurológico.....	37
6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	38
7. TRATAMIENTO.....	38
8. INDICACIONES .....	38
9. EXAMENES AUXILIARES .....	38
10. ANALISIS DE CASO CLINICO.....	39
CAPITULO III.....	41
DISCUSIÓN .....	42
CONCLUSIONES .....	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47

## RESUMEN

El Parto Prematuro es aquel que se produce entre las 22 y 36.6 semanas de gestación con presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales. Dentro de las posibles causas podemos mencionar a la infección intraamniótica, defectos de placentación, disfunción cervical, sobre distensión uterina, anormalidad en la compatibilidad fetomaterna, tóxicos y disfunción miometrial. Los principales factores de riesgo son antecedentes de parto prematuro previo menor a 36 semanas y embarazo gemelar. Entre otros encontramos cirugía cervical previa, edad materna menor a 17 o mayor a 35 años, haber concebido por fecundación asistida y cérvix corto entre las 14 y 28 semanas.

Dentro de las medidas generales de prevención se consideran hospitalización, hidratación, antiespasmódicos, observación materna y fetal. Medidas de prevención específica inducción de madurez pulmonar con corticoide Betametasona de 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis, detener las contracciones uterinas con tocolíticos de elección el Nifedipino.

**OBJETIVO:** Realizar el estudio de un caso de amenaza de parto pre termino analizando los factores de riesgo y la adecuada atención materno fetal según la normatividad y nivel de atención.

**METODOLOGÍA:** Es un estudio analítico, descriptivo, transversal, documental, observacional, donde se elaboró una historia clínica de una paciente con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, atendida en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – Essalud.

**CASO CLINICO:** Paciente de 35 años, multigesta primípara, acude con Gestación de 31 semanas y 6 días, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, cesareada anterior, vulvovaginitis, descartar ruptura prematura de membranas, ingresa al Servicio de emergencia de gineco obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - EsSalud. Arequipa el día 05 de diciembre del 2022 a las 18.02 horas; por examen ecográfico se encuentra feto en longitudinal cefálica derecha, latidos cardio fetales de 145 latidos por minuto movimientos fetales presentes, dinámica uterina: 1/20/+, placenta fúndica posterior grado I/III, ponderado fetal de 2200 gr, índice de líquido amniótico 10cm, especuloscopia flujo transvaginal, no pérdida de líquido amniótico a las maniobras de Valsalva, cervicometría 38mm, cuenta con 5 controles prenatales, a la cual se indica control de funciones vitales, control obstétrico, dinámica uterina, latidos cardio fetales, movimientos fetales; control de signos de

alarma, control de pérdida transvaginal, reposos relativo, higiene vulvoperineal, exámenes de laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, examen de orina, urocultivo, monitoreo fetal test no estresante: Frecuencia cardiaca fetal entre 130 – 136 por minuto, variabilidad moderada, aceleraciones presentes, desaceleraciones no hubo, siendo el resultado Categoría I .

**CONCLUSIONES:** El manejo se basa en los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y el protocolo de atención de acuerdo con la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino Essalud 2018. El primer control prenatal se realizó tardíamente y en forma particular lo cual no fue adecuado no presenta los exámenes de laboratorio en el carnet perinatal, por lo que dificulta la identificación de posibles patologías, dando como tratamiento, solicitar exámenes de laboratorio, se realiza ecografía obstétrica en donde se encuentra feto en longitudinal cefálica derecha, latidos cardio fetales de 145 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina: 1/20/+, placenta fúndica posterior grado I/III, ponderado fetal de 2200 gr, índice de líquido amniótico 10cm, especuloscopia flujo transvaginal, no pérdida de líquido amniótico a las maniobras de Valsalva, cervicometría 38mm, queda con indicaciones de hospitalización en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo por presentar alto riesgo obstétrico materno fetal, y se realiza seguimiento de la paciente hospitalizada mediante exámenes complementarios de laboratorio: hemograma automatizado, examen de orina, urocultivo, ecografía: fueron realizadas en forma particular en el primer y segundo trimestre, y una ecografía del tercer trimestre en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y monitoreo fetal: test no estresante: frecuencia cardiaca fetal entre 130 – 136 por minuto, variabilidad moderada, aceleraciones presentes, desaceleraciones no hubo, movimientos fetales presentes, siendo el resultado Categoría I

Paciente acudió por emergencia al servicio de gineco obstetricia y hospitalizada en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – Essalud, donde recibió tocólisis y maduración pulmonar, se descartó ruptura prematura de membranas, recibió tratamiento de flujo vaginal. La gestante tuvo controles ecográficos de forma particular, en el primer trimestre a las 7 semanas y la genética a las 11 semanas con 2 días, en el segundo trimestre la ecografía morfológica a las 23 semanas; y la última ecografía realizada en el hospital a las 29 semanas. Los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino que se encontraron fueron la edad de 35 años, vulvovaginitis, antecedente de pérdidas y tratamiento de infertilidad.

El diagnóstico fue una Gestación de 32 semanas, Amenaza de Parto Pretérmino, Cesareada Anterior, Hipotiroidismo, Multigesta Primípara y un Mal Antecedente Obstétrico

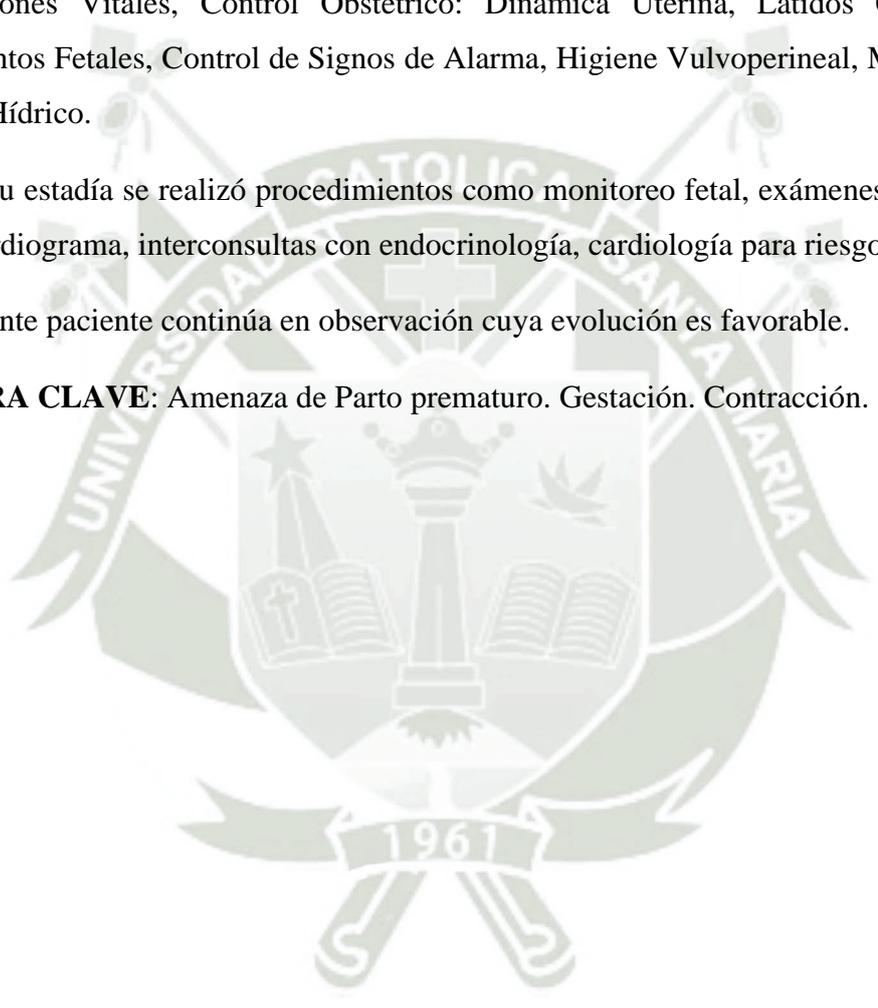
El tratamiento se inicia con dosis de ataque con Nifedipino luego se le agrega Sulfato de Magnesio 5 ampollas 50 ml + 450 cc de Cloruro de Sodio al 0.9%, Cloruro de Sodio al 0.9% 1000cc pasar a XXX gotas, Nifedipino 20 mg cada 8 horas Vía Oral, Levotiroxina 25 ug cada 24 horas vía oral, Betametasona 12 mg cada 24 horas intra muscular(½), cluvax ovulo cada 24 horas Vía Vaginal.

Las indicaciones fueron Dieta Blanda + Líquidos Orales a Voluntad, Reposo Relativo, Control de Funciones Vitales, Control Obstétrico: Dinámica Uterina, Latidos Cardio Fetales, Movimientos Fetales, Control de Signos de Alarma, Higiene Vulvoperineal, Monitoreo Fetal, Balance Hídrico.

Durante su estadía se realizó procedimientos como monitoreo fetal, exámenes de laboratorio, electrocardiograma, interconsultas con endocrinología, cardiología para riesgo quirúrgico.

Actualmente paciente continúa en observación cuya evolución es favorable.

**PALABRA CLAVE:** Amenaza de Parto prematuro. Gestación. Contracción.



## ABSTRACT

Preterm labor is that which occurs between 22 and 36.6 weeks of gestation with the presence of uterine contractions and cervical changes. Among the possible causes we can mention intra-amniotic infection, placentation defects, cervical dysfunction, uterine overdistension, fetomaternal compatibility abnormality, toxins, and myometrial dysfunction. The main risk factors are a history of previous preterm delivery of less than 36 weeks and twin pregnancy. Among others we find previous cervical surgery, maternal age less than 17 or greater than 35 years, having conceived by assisted fertilization and a short cervix between 14 and 28 weeks.

Among the general prevention measures, hospitalization, hydration, antispasmodics, maternal and fetal observation are considered. Specific prevention measures: induction of lung maturity with the corticosteroid Betamethasone 12 mg IM every 24 hours for 2 doses, stopping uterine contractions with the tocolytic of choice, Nifedipine.

**OBJECTIVE:** To carry out the study of a case of threat of preterm labor analyzing the risk factors and the adequate maternal-fetal care according to the regulations and level of care.

**METHODOLOGY:** It is an analytical, descriptive, cross-sectional, documentary, observational study, where a clinical history of a patient with the diagnosis of Threat of Preterm Labor, treated at the Carlos Alberto Seguin Escobedo - Essalud National Hospital, was prepared.

**CLINICAL CASE:** A 35-year-old patient, with multiple primiparous gestations, attended with a gestation of 31 weeks and 6 days, with a diagnosis of threatened preterm labor, previous cesarean section, vulvovaginitis, d/RPM, admitted to the Gynecology Obstetrics emergency service of the Carlos Nacional Hospital Alberto Seguin Escobedo - EsSalud. Arequipa on December 5, 2022 at 6:02 p.m.; by ultrasound examination, the fetus is found in right cephalic longitudinal, fetal cardio beats of 145 beats per minute, present fetal movements, uterine dynamics: 1/20/+, posterior fundic placenta grade I/III, weighted fetal of 2200 gr, amniotic fluid index 10cm. transvaginal flow speculoscopy, no loss of amniotic fluid to Valsalva maneuvers, 38mm cervicometry, has 5 prenatal controls, which indicates control of vital functions, obstetric control, uterine dynamics, fetal cardio beats, fetal movements; control of alarm signs, control of transvaginal leakage, relative rest, vulvoperineal hygiene, laboratory tests: complete blood count, PCR, urine test, urine culture, fetal monitoring non-stressful test: fetal heart rate between 130 – 136 per minute, moderate variability, accelerations present, decelerations were not present, fetal movements present, the result being Category I.

**CONCLUSIONS:** Management is based on the guidelines published by the Ministry of Health and the care protocol in accordance with the Essalud 2018 Clinical Practice Guide for the prevention and management of preterm labor. That the first prenatal control was performed late and In particular, which was not adequate, it does not present laboratory tests in the perinatal card, which makes it difficult to identify possible pathologies, giving as treatment, requesting laboratory tests, obstetric ultrasound is performed where the fetus is found in longitudinal cephalic right, fetal heart rate of 145 beats per minute, fetal movements present, uterine dynamics: 1/20/+, posterior fundic placenta grade I/III, fetal weight of 2200 g, amniotic fluid index 10cm, transvaginal flow speculscopy, no loss of amniotic fluid to the Valsalva maneuvers, 38mm cervicometry, remains with indications for hospitalization at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital for presenting high maternal-fetal obstetric risk, and the hospitalized patient is monitored through complementary laboratory tests: automated blood count, Urinalysis, urine culture, ultrasound: they were performed in a particular way in the first and second trimester, and an ultrasound in the third trimester at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital and fetal monitoring: non-stress test: fetal heart rate between 130 - 136 per minute, moderately, accelerations present, decelerations not present, fetal movements present, the result being Category I

Patient went to the obstetrics gynecology service and hospitalized at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital – Essalud, where she received tocolysis and lung maturation, premature rupture of membranes was ruled out, she received vaginal discharge treatment. The pregnant woman had ultrasound controls in a particular way, in the first trimester at 7 weeks and genetics at 11 weeks with 2 days, in the second trimester the morphological ultrasound at 23 weeks; and the last ultrasound performed in the hospital at 29 weeks. The risk factors associated with threatened preterm delivery that were found were age 35 years, vulvovaginitis, history of losses and infertility treatment. The pregnant woman had ultrasound controls in a particular way, in the first trimester at 7 weeks and genetics at 11 weeks with 2 days, in the second trimester the morphological ultrasound at 23 weeks; and the last ultrasound performed in the hospital at 29 weeks. The risk factors associated with threatened preterm delivery that were found were age 35 years, vulvovaginitis, history of losses and infertility treatment.

The diagnosis was a gestation of 32 weeks, Threat of Preterm Labor, Anterior Caesareada, Hypothyroidism, Multigesta Primípara and a Bad Obstetric History.

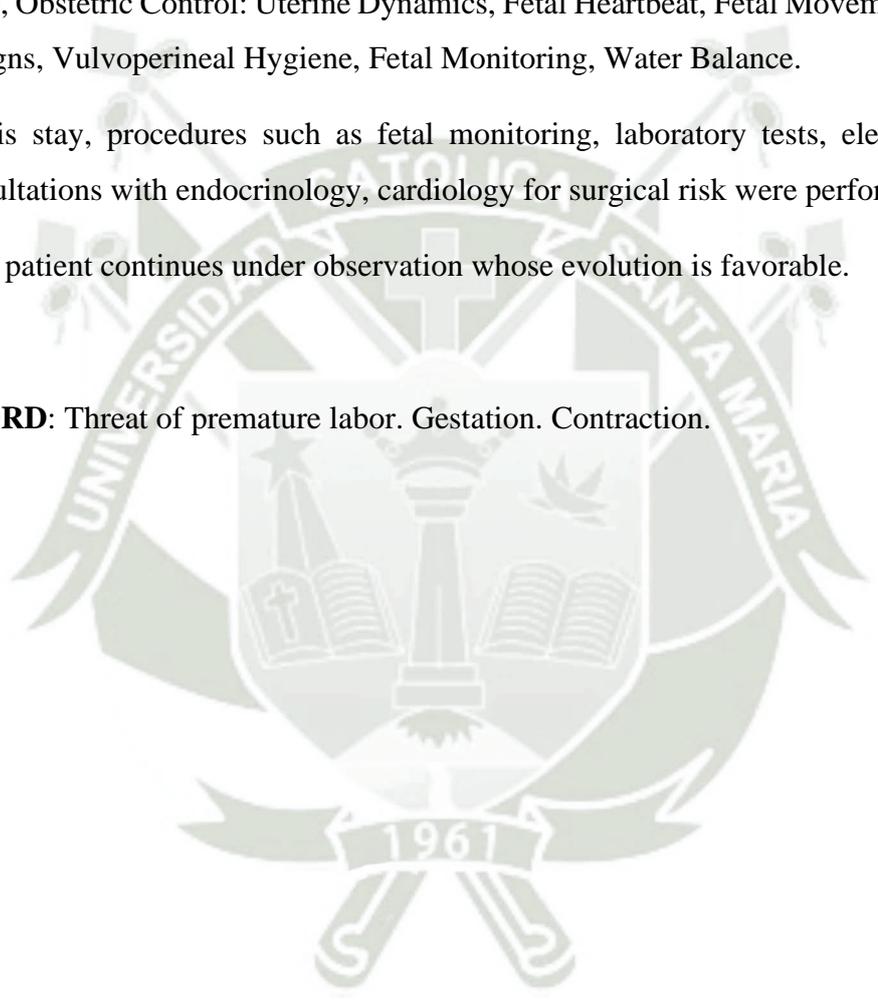
The treatment starts with attack doses with Nifedipine then magnesium sulfate is added 5-amp 50 ml + 450 cc of 0.9% Sodium Chloride, 0.9% Sodium Chloride 1000cc pass to XXX drops. Nifedipine 20 mg every 8 hours Orally, Levothyroxine 25 ug every 24 hours Orally, Betamethasone 12 mg every 24 hours Intramuscular (1/2), Cluvax ovule every 24 hours Vaginal route.

The indications were Soft Diet + Oral Liquids at Will, Relative Rest, Control of Vital Functions, Obstetric Control: Uterine Dynamics, Fetal Heartbeat, Fetal Movements, Control of Alarm Signs, Vulvoperineal Hygiene, Fetal Monitoring, Water Balance.

During his stay, procedures such as fetal monitoring, laboratory tests, electrocardiogram, interconsultations with endocrinology, cardiology for surgical risk were performed.

Currently patient continues under observation whose evolution is favorable.

**KEYWORD:** Threat of premature labor. Gestation. Contraction.



## INTRODUCCION

La prematuridad es una de las primeras causas de morbilidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles sobre todo en edades de gestación muy precoces. La incidencia de parto prematuro es alrededor del 10% del total de partos a nivel mundial y en Latinoamérica el 8% (1).

La morbilidad neonatal de los prematuros depende principalmente del peso de nacimiento, de la edad gestacional al nacer, de la presencia de malformaciones fetales, de la etiología del parto prematuro y de las características de la unidad de cuidados intensivos. Los esfuerzos se deben enfocar en prevenir la prematurez extrema y severa ya que estos presentan mayor cantidad de secuelas. Afortunadamente la mayoría nace después de las 34 semanas de gestación en donde la morbilidad es escasa y leve (2).

Amenaza de Parto Pretérmino se refiere a la aparición de dinámica uterina regular antes de las 37 semanas de gestación acompañada de cambios cervicales (dilatación y/o borramiento mayor al 50 %) (2).

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología define Parto Prematuro a los nacimientos que tiene lugar entre las 20 a 36.6 semanas de gestación (3).

Parto Prematuro: ha sido definido por la Organización mundial de la salud “Un bebé nacido vivo antes de que haya cumplido 37 semanas de gestación”

Prematuros Extremos (menos de 28 semanas)

Muy Prematuros (28 a 32 semanas)

Prematuros Moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

La clínica de estos pacientes va a ser dolor lumbosacro, presión pélvica, contracciones uterinas dolorosas, secreciones vaginales sanguinolentas o acuosas, cólicos tipo menstrual. Requerirá siempre un tratamiento cuando se produzca antes de las 34 semanas de gestación, a no ser que haya alguna patología materno – fetal que indique la finalización urgente del embarazo (3).

Los estudios realizados han permitido entender que el proceso que desencadena un parto prematuro es de origen multifactorial siendo más predominantes la anemia, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial, sangrado transvaginal, periodo intergenésico menor a un año, infección del tracto urinario, antecedente de aborto, ausencia del control prenatal, tener

una edad inadecuada (<20 y >35 años) preeclampsia si el parto es antes de las 33 semanas, embarazo gemelar (4).

La aplicación oportuna de los protocolos de atención establece lineamientos basados en la evidencia, lo que permite gestionar los procedimientos para la prevención y manejo de parto pretérmino, con la finalidad de prevenir complicaciones que pueden estar asociados a esta condición. De este modo su uso en el momento oportuno permitirá mejor manejo en la gestante, evitar un parto pretérmino y disminuir la incidencia de recién nacidos prematuros (5).

Las actividades para la prevención del parto pretérmino se realizan de manera presencial, la gestante es atendida por profesionales según sus competencias y capacidades, con los recursos necesarios, ambientes adecuados para la atención y medidas de bioseguridad correspondientes. La intervención para la prevención de parto pretérmino permite disminuir en forma eficaz la morbimortalidad perinatal asociada al nacimiento prematuro y sus secuelas en el recién nacido y su manejo oportuno. Se realiza según el nivel de atención a pacientes con factores de alto riesgo, identificación, diagnóstico y manejo de la amenaza del parto pretérmino y parto pretérmino. Contrarreferencia a nivel correspondiente según evolución y factor de riesgo.

El objetivo de este trabajo de investigación es analizar los factores de riesgo que se asocian a la amenaza de parto pretérmino a fin de evitar la prematuridad y el manejo adecuado del parto pretérmino en gestantes del tercer trimestre que ingresan al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo según la normatividad y nivel de atención, su organización es en los primeros capítulos explicar la teoría, continuando con el Marco Metodológico donde se explicara que tipo de análisis se desarrollara en este trabajo y culminando con los resultados adquiridos en la investigación, como es el diagnóstico, tratamientos e indicaciones para el desarrollo de la investigación.



**CAPITULO I**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## MARCO CONCEPTUAL

### **Planteamiento del problema.**

El parto prematuro es un grave problema de salud pública debido a su alta morbimortalidad y altos contenidos económicos y sociales. A pesar de los avances en obstetricia esta incidencia no ha disminuido en los últimos años. Por el contrario, está causando la muerte en el 60-80% de los recién nacidos sin malformaciones.

Entre todas las complicaciones del embarazo, el riesgo de parto prematuro es la más alarmante y la complicación del embarazo más difícil de prevenir, debido a su etiología multifactorial e idiopática. Por ello, el presente estudio permite determinar la importancia, prevalencia y factores de riesgo de las causas de amenaza de parto prematuro.

¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian y desencadenan la presencia de la amenaza de parto pretérmino?

### **Objetivo General.**

Realizar el estudio de un caso de amenaza de parto pre termino analizando los factores de riesgo y la adecuada atención materno fetal según la normatividad y nivel de atención.

### **Objetivos Específicos.**

- Analizar los factores de riesgo que se asocia a la amenaza de parto pretérmino.
- Analizar el manejo adecuado del parto pretérmino e identificar los procedimientos según normatividad y nivel de atención.
- Determinar el uso de corticoides en la amenaza de parto pretérmino.
- Orientar a las pacientes a través de una educación para la salud, a que acudan a las consultas prenatales para que puedan identificar medidas preventivas para abordar los riesgos del parto prematuro y mejorar su salud.

## **1. Concepto.**

### **1.1 Amenaza de parto pretérmino**

Aparición de una o más contracciones uterinas en 10 minutos, con nulas o escasas modificaciones cervicales y con una rotura o no de membranas, en una gestación de menos de 37 semanas (6).

### **1.2. Trabajo de parto pretérmino**

Presencia de contracciones regulares que ocurren antes de las 37 semanas y se asocia con cambios en el cuello uterino (7).

### 1.3. Parto Pretérmino.

El que se presenta después de las 22 semanas y las 36.6 semanas de gestación se pueden clasificar de acuerdo con la edad gestacional o peso de nacimiento en niveles de severidad (8).

## 2. Clasificación.

La OMS agrupa los nacimientos prematuros de la subsiguiente manera: 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, y 32 a 36,6 semanas como prematuro extremo, muy prematuro y moderadamente prematuro respectivamente. Sin embargo, los umbrales de edad gestacional relevantes para determinar los subgrupos de nacimientos prematuros han sido siempre objeto de debate (9).

### 2.1 Criterios según edad gestacional

La edad gestacional y los parámetros de crecimiento ayudan a determinar el riesgo de enfermedad del recién nacido. El principal factor que afecta a la capacidad de maduración de los órganos es la edad gestacional. La definición común de edad gestacional es que es el número de semanas entre el primer día del último periodo menstrual regular de la madre y la fecha prevista del parto. La duración desde el momento de la concepción hasta el momento del parto se conoce como edad embrionaria, que es 2 semanas más corta que la edad gestacional. Las mujeres pueden calcular la fecha de la concepción basándose en la fecha de la ovulación, determinada mediante pruebas hormonales caseras y/o mediciones de la temperatura corporal basal (10).

- Pretérmino extremo < a 28 semanas (5%)
- Severo o muy pretérmino 28 a < 32 semanas (15%)
- Moderado 32 a < 37 semanas, puede dividirse en:
  - Pretérmino tardío 34 a 36+6 semanas
  - Pretérmino temprano < a 34 semanas

### 2.2 Criterios según peso al nacimiento

Los niños pequeños para su edad gestacional representan un 3-5% de la población. El grupo más numeroso dentro de ellos es el que sólo se ve afectada la talla (2,4%), 1,6% son los que tienen afectado únicamente el peso y el 1,5% es el grupo de peso y talla bajos (11).

- Bajo peso al nacer < 2500 gramos
- Muy bajo peso al nacer < 1500 gramos
- Bajo peso extremo < 1000 gramos (12).

### 3. Etiología

Una atención médica adecuada durante todo el embarazo puede ayudar a prevenir y diagnosticar muchos problemas fetales (10).

#### 3.1 Factores personales

- Índice de Masa Corporal menor a 20
- Raza Negra o etnia afroamericana
- Edad < 20 años o > a 35 años
- Estrés físico, psicológico, abuso y violencia familiar
- Abuso de sustancias psicoactivas y alcoholismo
- Factores Genéticos (13).

#### 3.2 Factores gineco-obstétricos

- Antecedentes de Parto Pretérmino o Ruptura Prematura de Membranas
- Nuliparidad
- Periodo intergenésico
- Malformaciones uterinas y miomas
- Sobre distensión aguda
- Antecedentes de Pérdidas
- Placenta Previa
- Abrupto placentae
- Instrumentación cervical (13)

#### 3.3 Gestación actual

Esto es cuando su cuerpo se está preparando para un bebé. Una gestación normal dura de 37 a 42 semanas. (14)

- Incompetencia cervical
- Vaginosis a repetición y Enfermedades de Transmisión Sexual
- Bacteriuria asintomática
- Gestación Múltiple y Polihidramnios
- Ruptura Prematura de Membranas
- Corioamnionitis
- Anomalías Congénitas, Restricción de crecimiento Intrauterina
- Sufrimiento Fetal Agudo, Muerte Fetal
- Reproducción Asistida

- Sangrado Vaginal (13)

#### 4. Complicaciones asociadas a prematuridad

Un parto prematuro es el que se produce más de tres semanas antes de la fecha prevista para el parto. En otras palabras, un parto prematuro es el que se produce antes de la semana 37 de embarazo.

Los bebés prematuros, especialmente los que han nacido antes de tiempo, pueden tener problemas médicos complicados. Las complicaciones causadas por un parto prematuro suelen variar. Sin embargo, el riesgo de complicaciones aumentará cuanto antes nazca el bebé (15).

##### 4.1. A corto plazo

- *Síndrome de Dificultad Respiratoria*
- *Hemorragia Interventricular*
- *Leucomalacia periventricular*
- *Enterocolitis Necrotizante*
- *Displasia Broncopulmonar*
- *Sepsis*
- *Persistencia del ductus arterioso (16).*

##### 4.2. A largo plazo

- *Parálisis Cerebral*
- *Retardo Mental*
- *Retinopatía del prematuro (16).*

#### 5. Complementos

##### 5.1 Laboratorios

- Cultivo recto vaginal para Estreptococo del grupo B
- Uroanálisis y urocultivo
- Hemograma
- Proteína C- Reactiva
- Test de drogas en orina y sangre
- Estudios para Enfermedades de transmisión sexual si aplica (17).

## 6. Estratificación de riesgo

### 6.1 Bajo riesgo

- Índice de Masa Corporal  $< 20$  u Obesidad materna
- Vaginosis Bacterianas
- Miomatosis Uterina submucosa
- Periodo Intergenésico  $< 18$  meses
- Embarazo con técnica de reproducción asistida
- Enfermedad periodontal
- Sangrado vaginal en Segundo trimestre
- Tabaquismo (17).

### 6.2 Alto riesgo

- Antecedentes de parto Pretérmino
- Gestación gemelar o múltiple (más cuello corto)
- Polihidramnios
- Antecedentes de pérdidas o parto prematuro  $< a 34$  semanas
- Defectos miullerianos
- Bishop  $< a 6$
- Portadora de cerclaje cervical (17) .

## MARCO TEORICO

### 1. Definición

#### 1.1. Parto Pretérmino

Se conoce como amenaza de parto pretérmino (APP) al grupo de síntomas y signos cuya característica fundamental es la presencia de contracciones uterinas regulares, que además se acompañan de cambios progresivos a nivel cervical como son la dilatación y el borramiento, que tiene lugar entre las 22.0 y las 36.6 semanas de gestación, tomando en consideración que las membranas amnióticas deben encontrarse integra (18).

Teniendo gran importancia la realización de un diagnóstico oportuno para la instauración de medidas que mejoren el pronóstico neonatal, dentro de las cuales cabe destacar: la maduración pulmonar con corticoides, la neuro protección con sulfato de magnesio y de ser requerido la transferencia a un establecimiento de salud con mayor capacidad

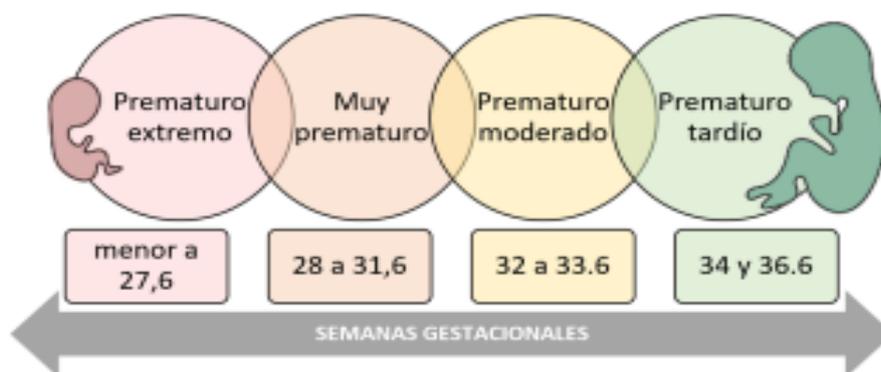
resolutiva. Diagnóstico que consiste en la presencia de dinámica uterina regular cuando se registre 4 o más contracción en 20 minutos u 8 o más contracciones en una hora, que se acompaña de dilatación cervical. (19). Los cambios a nivel cervical pueden valorarse mediante el examen físico y estudios de imagen.

## 1.2. Trabajo de parto pretérmino

Se define por trabajo de parto pretérmino (TPP) a la serie de contracciones uterinas que se presentan de manera regular y acompañadas de modificaciones a nivel genital, específicamente en el cuello uterino, las cuales llevan finalmente al nacimiento de un neonato antes de las 37 semanas completas de gestación, por lo que este todavía se considera inmaduro. Resultando ser uno de los principales problemas a nivel obstétrico, toda vez que representa una de las causas más relevantes en la elevación de los índices de mortalidad y morbilidad neonatal. De igual manera, también es una de las causas que se presentan con mayor frecuencia como determinante para la necesidad de hospitalización durante la etapa de embarazo (20).

Existiendo múltiples clasificaciones, dentro de las cuales cabe destacar acerca del inicio del parto donde se puede diferenciar en espontáneo y iatrogénico. En función al momento en que se produce, la guía del MSP del 2015 propone clasificar al recién nacido según su edad gestacional, dividiendo así en: prematuro extremo, muy prematuro, moderado y tardío. Correspondiente el prematuro tardío al nacido entre las 34 y 36.6 semanas, el moderado de 32 a 33.6 semanas, el muy prematuro de 28 a 31,6 semanas y el extremo con una edad gestacional menor a 27,6 semanas, siendo este último el que mayor número de complicaciones puede llegar a presentar. (Espinosa, y otros, Recién nacido prematuro (21).

### Tipos de Prematuridad



Fuente: (Espinosa, y otros, Recién nacido prematuro. Guía práctica clínica., 2015) (22).

## 2. Etiología

Representando un problema de salud pública por ser de las principales causas de morbilidad neonatal y sus múltiples efectos sobre el recién nacido, los padres y la sociedad (18). Por lo que la OMS ha considerado la investigación en el parto pretérmino dentro de sus prioridades (23). Siendo también uno de los objetivos dentro de la estrategia global para reducir las muertes neonatales de Naciones Unidas (24).

Describir la causa de una enfermedad, permite de manera más fácil el desarrollo de investigaciones en pro de la obtención de un mejor manejo o tratamiento de esta. Por ello, investigadores dentro del ámbito han propuesto segmentar el parto previo al término en dos grupos: iatrogénico y espontáneo. Entendiéndose el primero mencionado como el producto de una indicación médica, decisión que será tomada por la existencia de compromiso vital que puede afectar tanto a la gestante, como al feto o a los dos (25).

Dentro de las causas que conduzcan a tomar la decisión de realizar un parto iatrogénico se pueden incluir complicaciones como son la preeclampsia severa, alteraciones placentarias, además de evidencia registrada con Doppler de restricción del crecimiento, ruptura prematura de membrana y colestasis intrahepáticas, entre otras. (Huertas Tacchino, 2018) En esta pandemia cabe destacar como otra causa de parto iatrogénico el padecimiento de casos severos de infección por SARS CoV-2 (26).

Acerca del parto pretérmino espontáneo, expertos sugieren clasificar sus causas en intrínsecas y extrínsecas. Involucran fenómenos de activación hormonal y neural dentro de las primeras, y sobre distensión uterina, infecciones, isquemia uteroplacentaria, malformaciones del útero, enfermedades cervicales y el estrés como causa extrínseca (25). estudios realizados en torno a este tema, determinaron la presencia de un mayor riesgo de presentar alteraciones hipertensivas durante el embarazo en pacientes gestantes positivas a SARS-CoV-2 (27).

## 3. Morbilidad y mortalidad asociadas a la prematuridad

La morbilidad neonatal en los recién nacidos prematuros depende principalmente del peso al nacer, la edad gestacional al nacer, la presencia de malformaciones fetales, la etiología del prematuro y las características de la unidad de cuidados intensivos. El riesgo de morbilidad es del 1% para los recién nacidos a término y del 17% para los prematuros. Entre las morbilidades neonatales graves en prematuros se destacan: enterocolitis

necrotizante, sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria por enfermedad de membrana hialina y hemorragia intracraneal.

Los esfuerzos deben enfocarse en la prevención de la prematuridad extrema y severa. Afortunadamente, la mayoría de los bebés prematuros viven hasta las 34 semanas de gestación (prematuro tardío), edad de prevalencia baja y leve.

Las complicaciones a la prematuridad son la causa directa más importante de muerte neonatal, representan el 35% de todas las muertes en todo el mundo y la principal causa de mortalidad de menores de cinco años.

La siguiente tabla muestra el riesgo de morbilidad del recién nacido prematuro en función a la edad gestacional.

<b>Supervivencia y morbilidad por edad gestacional</b>						
<b>Edad Gestacional</b>	<b>Supervivencia</b>	<b>Síndrome de Distrés Respiratorio</b>	<b>Hemorragia Intraventricular</b>	<b>Sepsis</b>	<b>Enterocolitis Necrotizante</b>	<b>Sin Secuelas</b>
<b>24 semanas</b>	40%	70%	25%	25%	8%	5%
<b>25 semanas</b>	70%	90%	30%	29%	17%	50%
<b>26 semanas</b>	75%	93%	30%	30%	11%	60%
<b>27 semanas</b>	80%	84%	16%	36%	10%	70%
<b>28 semanas</b>	90%	65%	4%	25%	25%	80%
<b>29 semanas</b>	92%	53%	3%	25%	14%	85%
<b>30 semanas</b>	93%	55%	2%	11%	15%	90%
<b>31 semanas</b>	94%	37%	2%	14%	8%	93%
<b>32 semanas</b>	95%	28%	1%	3%	6%	95%
<b>33 semanas</b>	96%	34%	0%	5%	2%	96%
<b>34 semanas</b>	97%	14%	0%	4%	3%	97%

Fuente: (Manual Obstetricia y Ginecología XII versión 2021. Dr. Jorge A Carbajal C.Ph.D. Dra. María Isabel Barriga C.)

#### 4. Fisiopatología

La infección intrauterina y síndrome de respuesta inflamatoria fetal desencadenan una amenaza de parto o nacimiento prematuros. En la corioamnionitis hay una respuesta del huésped a la infección que incluye la producción de interleucina-1, factor de necrosis tumoral, factor activador de plaquetas e interleucinas. La interleucina 6 a la producción de prostaglandinas en la decidua y el corion. La interleucina-6 atrae a los macrófagos activados y libera sustancias como enzimas proteasas, colagenasa y proteoglucanasas, que fragmentan la matriz de colágeno extracelular y liberan fibronectina fetal en las secreciones vaginales. Todos estos cambios dan como resultado un ablandamiento y ensanchamiento

del cuello, estimulado por prostaglandinas, las bacterias secretan fosfolipasa a2 y c que son componentes de fragmentos de las membranas ovulatoria ricas en ácido araquidónico y producen más prostaglandinas que estimulan las contracciones.

## 5. Diagnóstico

### 5.1. Contracciones uterinas

(mayor a 4 contracciones en 20 – 30 minutos u mayor a 6 - 8 contracciones en 60 minutos). Deben ser dolorosas, palpables y evidentes en el registro tocográfico, la actividad uterina es regular, se deben diferenciar de las contracciones de Braxton Hicks. Hay cambios cervicales asociados (28).

### 5.2. Modificación cervical.

Los cambios cervicales que preceden y acompañan el trabajo de parto incluyen dilatación, borramiento mayor al 50 %, cambios en consistencia y posición mayor a 3cm. El Tacto Vaginal es subjetivo por la variabilidad Inter observador y bajo valor predictivo (28).

### 5.3. Cervicometría.

Encontrar en Plano Sagital

- Ubicar la línea media
- Identificar el orificio cervical interno
- Mantener el orificio interno a la vista, ajustar la sonda para encontrar el eje largo del canal cervical y orificio externo (29).

### 5.4. Interpretación (cervicometría)

- Longitud Cervical mayor a 25 mm antes de las 28 semanas: Riesgo Bajo
- Longitud Cervical entre 15 – 25 mm entre las 28 y 31.6 semanas: Riesgo Intermedio.
- Longitud Cervical < 15mm a las 32 semanas o más: Riesgo Alto (29).

### 5.5. Valoración ecográfica del cérvix.

Se realiza la medición de la longitud cervical desde el orificio cervical externo al orificio cervical interno.

- Medición en reposo y otra funcional
- Longitud cervical menor a 20 mm en ecografía transvaginal

- Longitud Cervical de 20 -29 mm en ecografía transvaginal y fibronectina fetal (29).

**Imagen 1.** Longitud Cervical

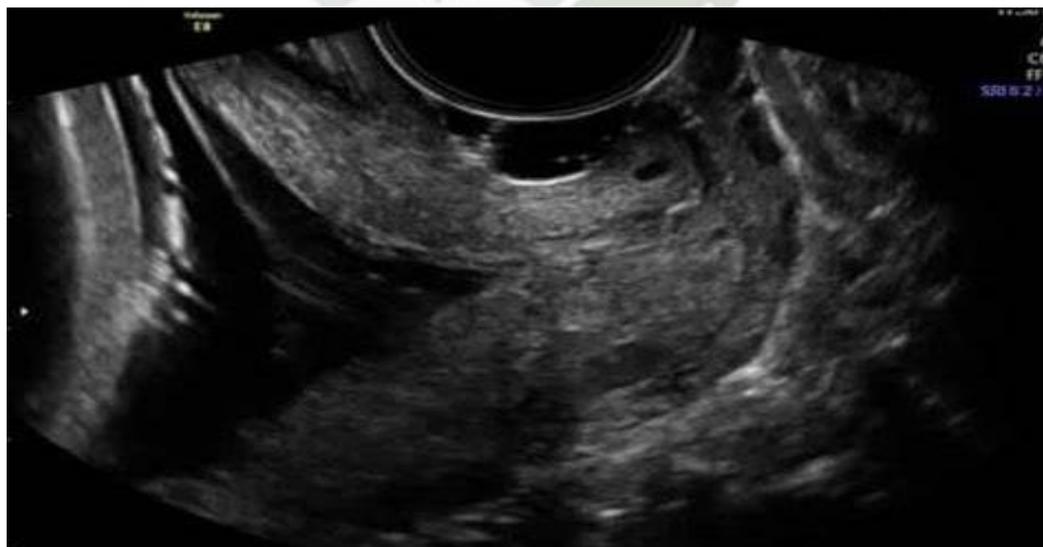


**Fuente.** Dr. Edgar Tames. Ginecología, Obstetricia, Perinatología e infertilidad

### 5.5.1. Signo de Funnel (embudización).

La embudización del cérvix se define como la apertura del orificio cervical interno en ecografía. La porción abierta del cérvix es la longitud del embudo y el diámetro interno es el ancho del embudo (30).

**Imagen 2.** Signo de Funneli



**Fuente.** Medical Ultrasound Academy

### 5.5.2. Funneling.

Es el porcentaje de tunelización, se define como la longitud del embudo dividida por la longitud del cervical, en la cual esta equivale a la suma de la longitud del embudo y la longitud funcional. (30)

### 5.5.3. Longitud funcional.

Se define como la porción del canal endocervical que permanece cerrada y esta es la medida típicamente usada para cálculos de predicciones de parto pretérmino. (30)

### 5.5.4. Signo de Sludge.

El “sludge” intraamniótica en ecografía se ve como un acúmulo de material hiperecogénico flotante en el líquido amniótico. Cerca del cérvix. (material barroso) (30)

**Imagen 3.** Signo Sludge



Fuente. [WWW.plenaultrasonografia.com.br](http://WWW.plenaultrasonografia.com.br)

## 6. Tratamiento tocolítico

Son fármacos que tiene la habilidad de inhibir las contracciones uterinas, el uso de los tocolíticos puede permitir la prolongación del embarazo al menos por el tiempo necesario de trasladar a la paciente si fuera necesario e inducir la madurez pulmonar del feto. El principal objetivo de la tocólisis es otorgar una ventana de tiempo suficiente para la administración y acción del corticoide. Si luego de una hora de tocólisis con un segundo fármaco, la dinámica uterina persiste debe suspenderse el tratamiento y dejar

a ala paciente en evolución espontánea. En ese instante se indica neuro protección con Sulfato de Magnesio y Antibióticos para la prevención de sepsis neonatal. Los fármacos tocolíticos regulan la contractilidad miometrial porque poseen vías que generan relajación y vías que generan contracción. (31)

### **6.1. Nifedipino**

Bloquea los canales de calcio, es de primera elección porque no tiene efectos adversos es fácil de usar y de bajo costo. Vía de administración oral.

Dosis de carga se inicia con 20mg y se completa una dosis de carga máxima de 60 mg en la primera hora. (20 mg cada 20 minutos por 3 dosis)

Dosis de mantenimiento 10 mg cada 6 horas hasta completar 48 horas. Si luego de completar la dosis de carga la dinámica uterina ha desaparecido, se inicia la dosis de mantención (31).

### **6.2. Sulfato de Magnesio**

Bloquea los canales de calcio. Se administra ante la inminencia de un parto prematuro menor a 32 semanas, reduce el riesgo de parálisis cerebral y disfunción motora gruesa en la infancia, sin cambios en la mortalidad infantil. El sulfato de magnesio disminuirá el metabolismo cerebral y de esta forma protegería a un cerebro vulnerable. Se indica la administración de sulfato de magnesio según protocolos de cada unidad de atención (31).

## **7. Maduración pulmonar**

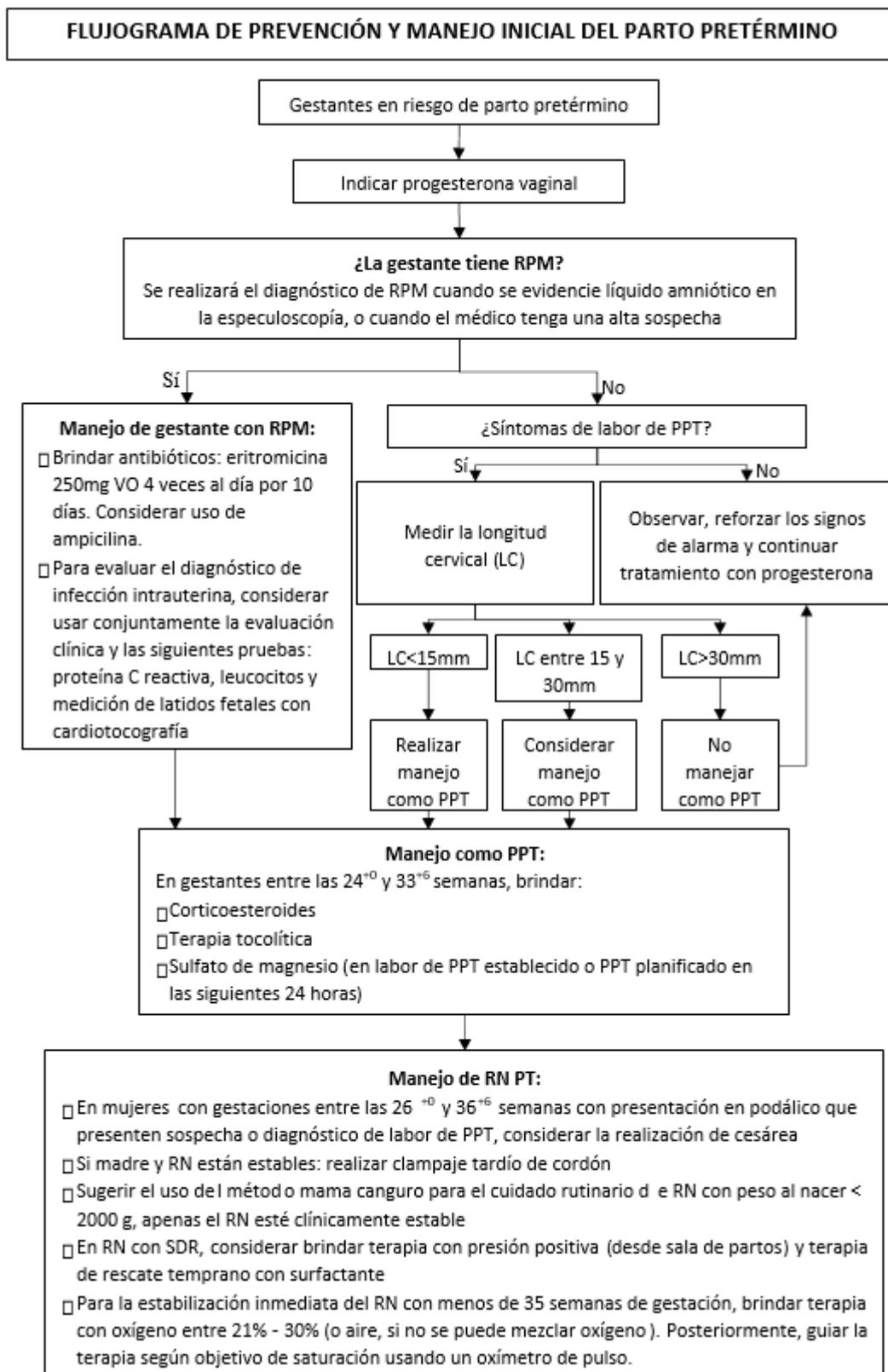
La utilidad del uso de corticoides ha sido demostrada desde las 24 y 34 semanas gestación. Hasta el momento no se ha demostrado efectos adversos en la administración de corticoides en la madre ni en el feto. Los corticoides se deben administrar realmente cuando se crea que va ocurrir el parto prematuro, se indican al inicio de la terapia tocolítico, cuando se ha observado a la paciente y comprobado que efectivamente se encuentra en trabajo de parto. Los beneficios son: reduce en un 50% la incidencia de síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis, ingreso a unidad de cuidados intensivos, requerimiento de ventilación mecánica y mortalidad perinatal. Los corticoides más utilizados para este uso son: (32) .

\* Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.

\* Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

## 8. Flujoograma de prevención y manejo del parto pretérmino

Imagen 4. Flujoograma de Prevención y manejo inicial del parto pretérmino



Fuente. ESSALUD Guía de práctica clínica parto pretérmino 2018



**CAPITULO II**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## PRESENTACION DEL CASO CLINICO

### 1. ANAMNESIS

#### 1.1 Filiación

Nombre y Apellidos:	C.M.D.C.
Edad:	35 años
Cama:	425 – A
Seguro:	8704100CPCCC000
D.N.I.	44223512
Fecha de Nacimiento:	10/04/1987
Lugar de Nacimiento:	Arequipa
Lugar de Procedencia:	Hospital Metropolitano
Dirección:	Calle Alfonso Ugarte Mz M Lte 3 Hunter
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Religión:	Católica
Idioma:	Español, Italiano Intermedio
Grado de Instrucción:	Superior Universitaria Completa
Ocupación Actual:	Ama de casa
Fecha de Ingreso:	05/12/2022
Forma de Ingreso:	Por Emergencia
Fecha de Elaboración:	10/12/2022
Persona de Referencia:	M R G
Celular de la persona de referencia:	000000000
Celular de la Paciente:	000000000
Informante:	Paciente
Tipo de Anamnesis:	Directa
Número de Historia Clínica:	414722

### 2. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de la Enfermedad: 1 día

Signos y Síntomas Principales: Dolor tipo contracción de forma insidiosa y de curso progresivo.

### **2.1. Historia de la Enfermedad (colocar del resumen)**

Paciente de 35 años acude con gestación de 31 semanas y 6 días ingresa por emergencia por presentar pérdida de líquido transparente claro sin mal olor, que llega hasta las piernas, refiere haber estado con tratamiento de flujo vaginal con óvulos recibiendo 2 hasta el momento de la hospitalización. Refiere presentar dolor tipo contracción 1 cada 20 minutos, percibe movimientos fetales, pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, tacto vaginal de emergencia donde indica que no existe cambio cervical. Se realiza ecografía obstétrica en donde se encuentra feto en longitudinal cefálica derecha, latidos cardiacos fetales de 145 latidos por minuto, con un ponderado fetal de 2200 gr. movimientos presentes, índice de líquido amniótico: 10 cm, placenta: fúndica posterior de grado I/ III. cervicometría de 38 mm. especuloscopia: no pérdida de líquido amniótico a las maniobras de Valsaba. dinámica uterina 1 contracción en 20 minutos, intensidad +, leucocitos 8510, plaquetas 251, hemoglobina 12.1, abastoados 4 %, proteína C reactiva 0.64, examen completo de orina: Leucocitos 4-6 / campo.

Se indica tocólisis cloruro de sodio al 0.9% 500cc a chorro luego a XXX gotas con dosis de ataque Nifedipino 10 mg 1 tableta cada 20 minutos x 3 dosis luego cada 8 horas vía oral. Betametasona 12 mg cada 24 horas intramuscular x 2 días. A pesar de estacionarla paciente con dinámica uterina aún regular pese a 2 ciclos de dosis de ataque de Nifedipino por lo que se le agrega Sulfato de magnesio como Tocolítico 5 ampollas 50 ml más 450 de Cloruro de sodio 0.9% pasar a 50 cc / luego Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc pasar a XXX gotas. Nifedipino 20 mg cada 8 horas vía oral y se espera conducta expectante. Se realiza monitoreo fetal en 4 oportunidades como resultado categoría 1 en dos oportunidades, con fecha 5 y 6 de diciembre, se realiza interconsulta a cardiología.

Actualmente la paciente continúa en observación, con reposo relativo, balance hídrico cursando con una gestación de 32 semanas. Con Vía permeable, sonda vesical, funciones vitales estables, recibe tratamiento indicado.

### **Tacto vaginal**

No existe cambio cervical.

### Cronología de seguimiento

Fecha de ingreso: 5 de diciembre del 2022

Fecha de parto 14 de diciembre del 2022

Se realizó una cesárea segmentaria, tipo pfannestiel, previa asepsia y antisepsia, se extrae un recién nacido de sexo masculino en cefálica, con un apgar de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, placenta fúndica de 18 cm, cordón umbilical de 50 cm, 2 arterias 1 vena, líquido amniótico claro en regular cantidad. Paciente tolera acto operatorio y pasa a sala de recuperación en buenas condiciones.

Fecha de alta 17 de diciembre del 2022

Paciente recibe Orientación y Consejería en Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos y Toma de PAP. Paciente decide por Método de Lactancia Materna.

12 días de hospitalización (exámenes de laboratorio hasta su alta).

### Unidades de tratamiento

Candado Salinizado

Nifedipino 20 mg cada 8 horas vía oral.

Levotiroxina 25 ug cada 24 horas vía oral (paciente con hipotiroidismo)

Betametasona 12 mg cada 24 horas intramuscular (½)

### Puntaje de monitoreo electrónico fetal

PARAMETROS	PUNTAJE			RESULTADOS
	0	1	2	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	<100 Ó >180	100-119 Ó 161-180	120-160	2
VARIABILIDAD	< 5	5-9 Ó > 25	10-25	2
CINETICA FETAL	0	1-4	>5	2
REACTIVIDAD CARDIACA	0	PERIODICAS Ó 1-4 ESPORADICOS	>5	2
DESACELERACIONES	DIP II > 50% DIP III > 60%	DIP II < 40% VARIABLES < 40%	AUSENTES	2
PUNTAJE TOTAL				10/10

<b>Tipo de Monitoreo:</b> TNST
<b>FCF:</b> 130 – 136
<b>Aceleraciones:</b> Presentes
<b>Variabilidad:</b> Moderada
<b>Desaceleraciones:</b> No hubo
<b>Movimientos Fetales:</b> Presentes
<b>Resultado:</b> Categoría I

**PLAN DE TRABAJO:**

- Control de Funciones Vitales
- Control Obstétrico: Dinámica Uterina, Latidos Cardio Fetales, Movimientos Fetales.
- Control de Signos de Alarma
- Control de Pérdida Transvaginal
- Reposo Relativo
- Higiene Vulvoperineal
- Exámenes de Laboratorio: Hemograma y Proteína C Reactiva, Examen de orina, Urocultivo.
- Monitoreo Fetal, Ecografía Obstétrica

**2.2 Biológicas**

- Apetito: Conservado
- Sed: Conservado
- Deposiciones: Conservado
- Micción: Conservado
- Sueño: Conservado

### 3. ANTECEDENTES

#### 3.1. Personales

##### 3.1.1 Fisiológicos:

Paciente de embarazo normal, nacida de parto eutócico de atención institucional, recibió lactancia materna hasta los 2 años, recibió vacunas y control de crecimiento y desarrollo psicomotriz normal, inicio de marcha antes de los 2 años.

##### 3.1.2 Patológicos

- Enfermedades Virales: Varicela, Sarampión y Papera en la infancia
- Enfermedades Crónicas: Hipotiroidismo recibe medicación Levotiroxina de 25 ug. c/24 horas vía oral. Aspirina (AAS) de 100mg c/24 horas vía oral.
- Cirugías: Cesárea anterior. 2013 por Desproporción Céfalo Pélvica, dilatación Estacionaria.
- Alergias: A la Sandilla
- Transfusiones: Si, 2020 en el último aborto espontáneo

##### 3.1.3 Gineco-obstétricos

- Menarquia: 11 años
- Régimen Catamenial: 3-4 días/ 30 días
- Dismenorrea: A partir de los 18 años
- Inicio de Relaciones Sexuales: 23 años
- Parejas sexuales: 01
- Métodos Anticonceptivos: Ninguno
- Tratamiento de Fertilidad: En todos los Embarazos
- Examen de Mamas: Ligeramente aumentadas de tamaño
- Examen de Papanicolau: En el segundo trimestre, negativo para cáncer.
- Infecciones Ginecológicas: Infección del Tracto Urinario, Vulvovaginitis actualmente con tratamiento Cluvax 01 ovulo cada 24 horas vía vaginal.
- Fórmula Obstétrica: G6 P1 041
- Número de Gestaciones: 06
- Número de Partos a Término: 01
- Número de Partos Pretérmino: 00
- Número de Abortos: 04
- Número de Hijos Vivos: 01

- Número de Hijos Muertos: 00
- G 1 Aborto Espontáneo a las 8 semanas con legrado 2012
- G 2 Parto por cesárea por pelvis estrecha y dilatación estacionaria 2013
- G 3 Aborto Espontáneo de Embarazo Gemelar a las 12 semanas con legrado 2014
- G 4 Aborto Espontaneo a las 16 semanas con legrado 2015
- G 5 Aborto Espontáneo a las 12 semanas con legrado 2020
- G 6 Actual 2022

### **3.2. Familiares**

- Padre: Vivo, Cirugía de la Próstata
- Madre: Viva, Hipotiroidismo, hipertensión arterial
- Hijo: Vivo, de 9 años, nació a las 37 semanas de gestación por Cesárea, con 3700 gr, actualmente se encuentra aparentemente sano.

### **3.3. Socioeconómicos**

- Vivienda: Propia
- bbZona: Urbana
- Material: Noble 9 habitaciones
- Servicios: Luz, Agua, Desagüe y Teléfono
- Eliminación de Basuras: Municipalidad
- Crianza de Animales: 02 Perros adultos, 02 Cachorros, 01 Gato

### **3.4. Hábitos y costumbres**

- Alimentación: Dieta Balanceada y saludable 3 veces al día
- Té: Con frecuencia
- Café: Por el momento no (embarazo)
- Tabaco: Niega
- Alcohol: Niega
- Drogas: Niega
- Gaseosas: A veces, ocasionalmente

## **4. EMBARAZO ACTUAL**

- Fecha de Última Menstruación: 26/04/2022

- Fecha Probable de Parto: 25/01/2023
- Atención Prenatal: 05 Controles Prenatales
- Lugar de Atención: Primer control Particular, los siguientes Hospital Metropolitano
- Peso Pregestacional: 65 Kg.
- Talla: 1.52 cm.
- Índice de Masa Corporal: 28.13 Sobrepeso (pregestacional)
- Ganancia de peso: 8 kg.
- Gestación Planificada: Si
- Altura uterina: 30 cm
- Feto: Longitudinal Cefálica Izquierda
- Latidos Cardio Fetales: 136 – 145 x minuto
- Movimientos Fetales: Presentes

## 5. EXAMEN FISICO

### 5.1 General

Al examen en aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, se encuentra lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, refiere ligero dolor en hipogastrio desde hace media hora.

Al momento del examen:

Funciones Vitales

- Presión Arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia Cardíaca: 74 x'
- Frecuencia Respiratoria: 20 x'
- Saturación de Oxígeno: 92%
- Temperatura: 36.6°C
- Peso: 73 kg
- Talla: 1.52 cm
- Índice de Masa Corporal: 31.6 actual

### 5.2 Piel y Faneras

Piel Mestiza, elasticidad conservada, Pelo de color castaño claro, de buena implantación y adecuada cantidad, Uñas en buen estado de conservación.

### 5.3 Cabeza

Cráneo; Normocéfalo, de consistencia dura, no se evidencia tumoraciones, no doloroso a la movilidad.

Cejas: Regular cantidad, pelos ubicados en los arcos ciliares

Párpados y pestañas: Conservados, pestañas de buena implantación.

Conjuntivas: Palpebrales rosadas, húmedas.

Pupilas: Redondeadas, centrales de color café claro

Nariz: Normorrínea de ubicación central, tabique conservado, con fosas nasales permeables, no secreciones.

Boca: Simétrica, móvil, no se evidencia lesiones.

Dientes: Con buena higiene, piezas dentarias completas

Oídos: De buena implantación, permeable con audición conservada.

Cuello: Delgado, móvil, no se palpa nódulos.

### 5.4. Tórax

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

Mamas: Simétricas con pezones bien formados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No se auscultan soplos.

### 5.5. Abdomen

Abdomen: Globuloso por embarazo de 32 semanas, no doloroso a la palpación.

Altura Uterina 30 cm, Feto en longitudinal cefálica izquierda, Latidos Cardio

Fetales 136-145 latidos por minuto. Se evidencia cicatriz de cesárea anterior

Pfannestiel en buenas condiciones.

### 5.6. Genitales

Genito Urinario: Al puño percusión negativa. Al examen ginecológico, genitales externos de nulípara, se evidencia flujo vaginal escaso. No sangrado transvaginal.

Columna vertebral: No desviaciones, ligeramente dolorosa.

### 5.7. Extremidades

Extremidades: No hay edemas

### 5.8. Neurológico

Neurológico: Paciente lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, despierta al momento del examen, sin alteraciones en el lenguaje, tono muscular conservado

## 6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Gestación de 32 semanas

Amenaza de Parto Pretérmino

Cesareada Anterior

Hipotiroidismo

Multigesta Primípara

Mal Antecedente Obstétrico

## 7. TRATAMIENTO

Sulfato de magnesio 5 ampollas 50 ml + 450 cc de Cloruro de Sodio al 0.9%

Cloruro de Sodio al 0.9% 1000cc pasar a XXX gotas

Nifedipino 20 mg cada 8 horas vía oral.

Levotiroxina 25 ug cada 24 horas vía oral.

Betametasona 12 mg cada 24 horas intramuscular. (½)

Cluvax: ovulo cada 24 horas vía vaginal (2)

## 8. INDICACIONES

Dieta Blanda + Líquidos orales a voluntad

Reposo Relativo

Control de Funciones Vitales

Control Obstétrico: Dinámica Uterina, Latidos Cardio Fetales, Movimientos Fetales

Control de Signos de Alarma

Higiene Vulvoperineal

Monitoreo Fetal

Balance Hídrico

## 9. EXAMENES AUXILIARES

Prueba rápida VIH: No Reactivo

Prueba rápida COVID – 19 Negativo

## 10. ANALISIS DE CASO CLINICO.

Paciente de 35 años, multigesta primípara, acude con Gestación de 31 semanas y 6 días, ingresa al Servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud, por presentar pérdida de líquido transparente claro sin mal olor, dolor tipo contracción. Es evaluada en tópicos por médico especialista de turno según la guía técnica, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en la gestante, se puede resaltar:

1. El primer control prenatal se realizó tardíamente y en forma particular lo cual no fue adecuado no presenta los exámenes de laboratorio en el carnet perinatal, por lo que dificulta la identificación de posibles patologías.
2. Se solicitan exámenes de laboratorio, se realiza ecografía obstétrica en donde se encuentra feto en longitudinal cefálica derecha, latidos cardio fetales de 145 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina: 1/20/+, placenta fúndica posterior grado I/III, ponderado fetal de 2200 gr, índice de líquido amniótico 10cm, especuloscopia flujo transvaginal, no pérdida de líquido amniótico a las maniobras de Valsalva, cervicometría 38mm, queda con indicaciones de hospitalización en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo por presentar alto riesgo obstétrico materno fetal.
3. Se realizó seguimiento de la paciente hospitalizada mediante exámenes complementarios de laboratorio: hemograma automatizado, examen de orina, urocultivo, ecografía: fueron realizadas en forma particular en el primer y segundo trimestre, y una ecografía del tercer trimestre en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y monitoreo fetal: test no estresante: frecuencia cardiaca fetal entre 130 – 136 por minuto, variabilidad moderada, aceleraciones presentes, desaceleraciones no hubo, movimientos fetales presentes, siendo el resultado Categoría I.
4. Los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino que se encontraron fueron la edad de 35 años, vulvovaginitis, infección del tracto urinario, antecedente de pérdidas (4 abortos) y tratamiento de infertilidad. Actualmente paciente continúa en observación cuya evolución es favorable.

5. Se realizó maduración pulmonar con corticoide de Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.
  
6. Se realizó tocólisis para inhibir las contracciones uterinas pese a 2 ciclos de dosis de ataque de Nifedipino se le agrega Sulfato de magnesio como tocolítico 5 ampollas 50 ml más 450 de cloruro de sodio 0.9% pasar a 50 cc / luego cloruro de sodio 0.9% 1000 cc pasar a XXX gotas. Nifedipino 20 mg cada 8 horas vía oral.





## DISCUSIÓN

Para prevenir el parto prematuro es necesario predecir el riesgo individualmente en cada paciente para ello es posible usar factores de riesgo, evaluación del cuello uterino y marcadores bioquímicos.

Como medida de prevención para parto prematuro son la disminución de la actividad física, cese del uso de tabaco, tratamiento de enfermedad periodontal, cervicometría, administración de progesterona vaginal a mujeres con cuello corto.

El uso de corticoides se recomienda a las embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que tengan riesgo inminente de un parto prematuro en los próximos 7 días incluyendo con roturas de membranas y gestaciones múltiples.

El tratamiento tiene como principal objetivo preservar la vida y la salud de la madre, básicamente el manejo consiste en administrar tratamientos y antibióticos para un buen manejo si fuera necesario un abordaje quirúrgico.

Es importante tener presente el valor que puede tener para la pareja la pérdida de un hijo. Brindar apoyo emocional es necesario el personal de salud debe ser empático y comprensivo, explicar todos los riesgos y consecuencias de lo que está pasando, además de ser capaces de reconocer los problemas psicológicos que pueden afectar a la paciente, realizando un manejo adecuado. Aclarar sus dudas no asumir que los padres tienen todo el conocimiento de toda la información necesaria para tomar decisiones y repetir las opciones de tratamiento las veces que sea necesario.

Saavedra Quispe Irene Ida (33). En su estudio “Factores asociados a la amenaza de parto pretérmino y consecuencias del manejo en una primigesta atendida en un Hospital de III nivel”; La amenaza de parto pretérmino (APP) representa un padecimiento multifactorial que se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas frecuentes en una paciente con 37 semanas o menos, lo que puede repercutir a nivel materno-perinatal. La prematuridad se desencadena como un inconveniente actual y progresivo de salud pública. A pesar de que la mayor parte de los partos prematuros se dan espontáneamente. Simboliza la primera causa de mortalidad neonatal y de los menores de cinco años, primigesta de 33 semanas, feto en podálico, no trabajo de parto. Posteriormente empezó a presentar contracciones uterinas, por lo que se procede a realizar maduración pulmonar y manejo tocolítico con isoxuprine, que no tuvo un resultado favorable, por lo que culmina en parto vaginal, donde se produjo anemia leve

en la madre, Apgar bajo en el neonato y luego de tres meses la muerte del neonato. Este trabajo intenta favorecer la prevención, el diagnóstico oportuno y el manejo de los eventos obstétricos como la amenaza de parto pretérmino, sabiendo que una identificación de los elementos de riesgo y un tratamiento idóneo son fundamentales para lograr un diagnóstico y mitigar las consecuencias en la madre y en el neonato. Concluye que un manejo inadecuado puede implicar secuelas en la salud materna y del recién nacido.

Según Minaya Soto, J.A. Vidal Olcese. (34) “Efecto de la relación entre la anemia y la amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital” El análisis multivariado muestra que la anemia y controles prenatales insuficientes están asociadas significativamente con la amenaza de parto pretérmino, ajustado a las variables de antecedentes de parto prematuro, controles prenatales insuficientes, edad, obesidad, antecedentes de parto prematuro, edad y ser multigesta. Presentar anemias y controles prenatales insuficientes, demostró ser un factor de riesgo importante para desarrollar amenaza de parto pretérmino.

Según Jiménez Abad, Manuel Enrique, Villalba Correa, Karen Mishell (35) “Manejo de la amenaza y parto pretérmino en gestantes con covid-19” El período gestacional representa un conjunto de cambios fisiológicos y anatómicos, los cuales, sumado a una mayor predisposición a infecciones, resulta en mayor riesgo para la salud de la embarazada. El manejo se basa en los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud, siendo efectivo en un 47,4% para la postergación del parto hasta después de las 37 semanas cumplidas de gestación. Además, los resultados positivos se reflejan en que el 86,64% de los neonatos presentaron un APGAR dentro de los límites normales desde el primer minuto de vida. Sin embargo, el número de cesáreas realizadas en estas pacientes es elevado, ocurriendo en el 46,16% de los casos.

Autor: Segura Silva, Katty Jazmín. (36) Proceso de atención de enfermería en gestantes de 34.5 semanas con amenaza de parto pretérmino. Hospital Universitario. Tesis. Universidad Técnica Babahoyo. Resumen. La amenaza de parto pretérmino es una de las complicaciones que aparecen durante el embarazo entre la semana 20 hasta finalizar la semana 37. De la misma manera, Amenaza de Parto Pretérmino consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares en este mismo rango de tiempo, asociado a cambios progresivos del cérvix, tales como dilatación y borramiento característicos. La prematuridad constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal y es responsable de un gran porcentaje de secuelas infantiles. Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 65 %, infecciones del tracto genital 13 %, oligohidramnios 7 %, ruptura prematura de

membranas 4 %, pielonefritis 4% fistula amniótica 3 %, trastornos placentarios 2 %, traumatismo 1%, bradicardia fetal 1%.

Según Alfredo Jhonatan Martínez Ramos, Horus Virú Flores, Juan Carlos Roque Quezada, Joseph Alburquerque Melgarejo, Claudia Veralucia Saldaña Díaz. (37) “Estudio de caso control en amenaza de parto prematuro y sus factores de riesgo en gestantes”. se realizó un modelo de regresión logística para la infección de tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino para el cálculo del Odds Ratio e intervalos de confianza al 95%. Se reportó una asociación para la amenaza de parto pretérmino con las variables gestante añosa 3.159, menos de seis controles prenatales 3.9 y paridad 0.353, antecedente de parto pretérmino 2.843 e infección de tracto urinario 2.843. La infección de tracto urinario se asocia a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en un hospital de referencia peruano.

Según María Fernanda Prado Herrera (38) “Ropa interior sintética y el riesgo de amenaza de parto prematuro”. La ropa interior sintética no permite una adecuada ventilación y su uso prolongado aumentada la temperatura y humedad de la zona genital. El medio caluroso favorece el crecimiento de bacterias y gérmenes; por otro lado, la humedad produce variaciones en el pH vaginal. Es de suma importancia conocer el material de la ropa interior, ya que, sumado a malos hábitos de higiene en la zona genital, puede ocasionar la aparición de vaginosis bacteriana e Infección del Tracto Urinario, las cuales se asocian a la amenaza de parto pretérmino.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los factores de riesgo se han asociado con la amenaza de parto pretérmino, entre ellos la presencia de vulvovaginitis que requiere tratamiento durante los controles prenatales, antecedentes de hipotiroidismo en familiares directos (maternos), embarazos con periodos intergenésico corto (menores de 1 año, por cuatro años consecutivos), antecedente de pérdidas y tratamiento de la infertilidad.

**SEGUNDA:** El paciente acude a emergencias en el servicio de gineco obstetricia y es hospitalizada en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – Essalud, tuvo un manejo oportuno, basándose en lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y protocolo de atención teniendo en cuenta la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino Essalud 2018, se administró la progesterona vaginal micronizada de 200mg, una vez al día durante la noche y otra por vía oral a partir del segundo trimestre de gestación hasta las 30 semanas de gestación, se aplica tocolíticos a través de bloqueadores de canales de calcio (nifedipino y sulfato de magnesio).

**TERCERA:** La maduración pulmonar con corticoides en pacientes con amenaza de parto pretérmino se realiza con betametasona, permitiendo el proceso de la gestación pueda continuar.

## RECOMENDACIONES

1. A las gestantes, que acudan a su primer control prenatal de manera oportuna en el primer trimestre y recibir una evaluación completa e integral en los servicios de salud, socializar con las gestantes acerca de los riesgos y complicaciones presentes durante el embarazo, haciendo énfasis en los signos de alarma y la necesidad de acudir en busca de atención médica para así lograr la instauración oportuna del tratamiento.
2. El personal Obstetra de todos los niveles de atención deben ser capacitados y ser personal altamente calificado para diagnosticar, evaluar y referir a la gestante oportunamente en caso de que presente algún factor de riesgo que puedan estar asociados o complicación obstétrica y puedan brindar un manejo adecuado y oportuno durante todo el embarazo. Dar seguimiento a las pacientes atendidas por amenaza de parto pretérmino posterior al alta hospitalaria. Considerar la evaluación del riesgo preconcepcional y del embarazo ya que es fundamental para la identificación de posibles patologías que se pudieran desarrollar.
3. A los servicios de salud, se debe priorizar el acceso a la atención prenatal de forma oportuna, ya que por la pandemia COVID – 19 los establecimientos de primer nivel cerraron la atención por consultorios externos, esto conlleva a que la gestante no acuda al servicio de obstetricia para iniciar sus atenciones prenatales de forma presencial.
4. Orientar a las pacientes mediante una educación para una buena salud a que acudan a las consultas prenatales con la finalidad de vigilar la evolución del embarazo para que se pueda identificar las medidas preventivas de la amenaza del parto pretérmino, obtener una adecuada preparación para el parto y mejorar las condiciones de la salud materna.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

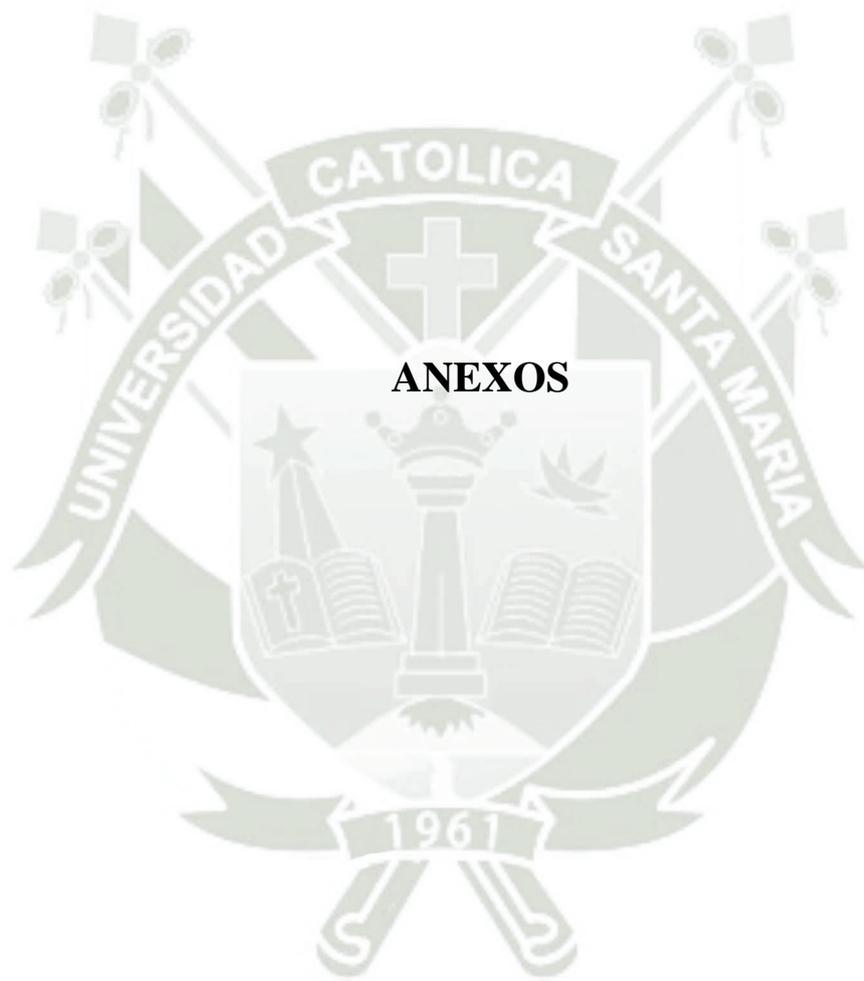
1. Aguilera, A; Montoya, R; Delfin, D; Dajaruch, M. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. [Online], Cuba: niversidad de Ciencias Médicas de Granma.; 2019. Acceso 05 de Mayode 2022. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000501155](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155).
2. Espinal G. Parto pretermino y amenaza de parto pretermino. [Online], España: SESCOAM; 2012. Acceso 05 de Mayode 2023. Disponible en: [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120704.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120704.pdf).
3. Perez, C. Portal Regional da BVS. [Online], San Salvador: Universidad de el salvador; 2020. Acceso 12 de Mayode 2023. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/21603/1/555-11106264.pdf>.
4. Rodríguez A., Hernández E., Villafuerte J., Mesa T., Hernández Y, y López M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. [Online]: Medisur ; 2019. Acceso 12 de Mayode 2022. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214>.
5. Revista Proeditio. Torres Lestrade O, Hernández I, Meneses C y Ruvalcaba J. "Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino." 2020; 5(11): p. 1426-43. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3779>.
6. Article. Green A. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. Free PMC article. 2020; IV(2). <https://link.springer.com>
7. Pacheco R. JOURNAL OF THE FACULTY OF HUMAN MEDICINE 2020 - Universidad Ricardo Palma. [Online]: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 2018. Acceso 08 de Mayode 2022. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/download/3056/3286?inline=1>.
8. E. HT. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online]: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 2018. Acceso 10 de Mayode 2022. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013).
9. Delnord, M. Epidemiology of late preterm and early term births - An international perspective. [Online]:. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine ; 2019. Acceso 10 de Marzode 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30309813/>.
- 10 Lattari. Enciclopedia médica: edad Gestacional. [Online]. University of Pittsburgh, School of . Medicine: Revisado médicamente; 2022. Acceso 07 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La%20edad%20gestacional%20es%20el,desde%2038%20a%2042%20semanas>.
11. Paisan , Sota , Muga. Curvas de crecimiento intrauterino. [Online], Hospital Donostia. San Sebastián.: UPV. Departamento de Medicina. Unidad Docente de San Sebastián; 2018. Acceso 02 de Marzode 2023. Disponible en: [http://www.saludinfantil.org/Seminarios\\_Neo/Seminarios/Nutricion/Curvas\\_Crecimiento\\_Intrauterino.pdf](http://www.saludinfantil.org/Seminarios_Neo/Seminarios/Nutricion/Curvas_Crecimiento_Intrauterino.pdf).

- 12 American Congress of Obstetric & Gynecology. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, The . American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. 2012; 120(4). <https://www.acog.org>.
- 13 Dettoma A. Preterm labour. Premature rupture of membranes. Chorioamnionitis. [Online], . Pamplona: Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2009. Acceso 10 de Marzo de 2022. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011).
- 14 Ashraf, B. Efficacy and safety of oral nifedipine with or without vaginal progesterone in the . management of threatened preterm labor». International Journal of Reproductive Biomedicin. 2019; 17(9). <https://ncbi.nlm.nih.gov>. doi:10.18502/ijrm.v17i95098.
- 15 MayoClinic. Nacimiento prematuro. [Online], España; 2023. Acceso 12 de Mayo de 2022. Disponible . en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/premature-birth/symptoms-causes/syc-20376730#:~:text=Un%20nacimiento%20prematuro%20significa%20que,especialmente%20cuand o%20nacen%20mucho%20antes>.
- 16 Revista. Perero J., Cordero S., y Barco M. Complicaciones asociadas sobre efectos neurodesarrollo . en bebés prematuros hasta la edad a término: revisión sistemática. 2023; 7(1): p. 190-204. <https://ciencia digital.org>.
- 17 Revista. Gonzales V., Puñales S., Benavides H, Tapanes Y, Niebla Y. y Reinoso R. Factores de riesgo y . características de la cervicometría en pacientes con parto pretérmino. Santa Ckara. <https://revactamedicacentro.sld.cu>.
- 18 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia . (SEGO). [Online], España: Anales de la Facultad de Ciencias; 2020. Acceso 08 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/entidad-elaboradora/sego/>.
- 19 Revista. Castilo. Uso de sulfato de magnesio relacionado con la reanimación neonatal en . prematuros. 2021; 18(2), 78-90. <https://scielo.org.mx>.
- 20 Moldenhauer. Trabajo de parto pretérmino. [Online], Trabajo de parto pretérmino: Children's . Hospital of Philadelphia; 2021. Acceso 10 de marzo de 2022. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/entidad-elaboradora/sego/>.
- 21 Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología. Huertas. Parto pretérmino: causas y medidas de . prevención. 2018;( 64( 3 ): 399-404). <http://www.scielo.org.pe>.
- 23 Yoshida , Martinez , Lawn , Wall , Souza , Rudan. Setting research priorities to improve global . newborn health and prevent stillbirths by 2025. 2016. <https://ncbi.nlm.nih.gov>. doi:10.7189/jogh.11.15003.
- 24 Lawn , Blencowe , Kinney } , Bianchi , Graham , Best. Best Pract Revista Clinica Obstetric Gynecology. . 2016;(36:169-83). <http://www.scielo.org.pe>.

- 25 Tachanni. Tesis. " Violencia de genero en mujeres embarazadas y resultados en la salud de la madre . y del recién nacido" . 2019. <https://repositorio.unican.es>
- 26 Villalba. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. [Online], Lima: Revista Peruana de . Ginecología y Obstetricia; 2018. Acceso 10 de Marzode 2022. Disponible en: <http://localhost:82/index.php/RPGO/article/view/2104>.
- 27 Fortoul , Goes. Revista de la Facultad de Medicina (México). [Online], Mexico: Revista de la Facultad . de Medicina (México); 2021. Acceso 10 de Marzode 2022. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422021000500003&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422021000500003&script=sci_arttext&tlng=es).
- 28 Carbajal J. y Ralph C. Manual Obstetricia y Ginecología. [Online], Mexico: Escuela de Medicina; 2019. . Acceso 25 de Marzode 2022. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
- 29 Hübner M, y Ramírez F. Revista médica de Chile. [Online], Chile: Revista médica de Chile; 2002. . Acceso 12 de juliode 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000800015>.
- 30 Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología y Medicina materno Fetal. Guia para la . realizacion de Cerviometria. Colombia. 2018. <https://fecopen.org>.
- 31 Routi M. Artículo de Revisión Médica. Tocoliticos en la Amenaza de Parto Prematuro. Paraguay . 2020; 53(3).<https://scielo.iics.una.py>. <http://orcid.org/0000-0003-0146-2947>
- 32 BC Natal. PROTOCOLO: CORTICOIDES PARA MADURACIÓN PULMONAR FETAL. [Online], Barcelona: . Centro de Medicina Fetal de Barcelona; 2018. Acceso 22 de Juliode 2022. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/corticoidesmaduracionpulmonar.pdf>.
- 33 Saavedra. Tesis. Factores asociados a la amenaza de parto pretérmino y consecuencias del manejo . en una primigesta atendida en un Hospital de III nivel, Lima – 2016. 2022; II. <https://repositorio.usmp.edu.pe>. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/10602>
- 34 Ramos. Tesis. Parto pretermino y su relacion con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital . Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra. 2020. <https://repositorio.usmp.edu.pe>. <https://handle.net/20.500.12727/6176>
- 35 Jimenez , Villalba. Tesis. Manejo de la amenaza y parto pretérmino en gestantes con Covid- 19. . Hospital General José María Velasco Ibarra, Ecuador. 2021. 2022; II. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9694>
- 36 Jimenez , Reyna. Tesis. Proceso de atención de enfermería en gestante de 34.5 semanas con . amenaza de parto pretérmino. Ecuador. 2022. <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000.12729>
- 37 Martinez , Virú , Roque , Alburqueque , Veralucia. Estudio de caso control en amenaza de parto . pretermino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Peru durante la pandemia COVID-19. 2022; <https://revistasinvestigacion.unmsm.gob.pe>

38 Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Prado. Ropa interior sintética y el riesgo de . amenaza de parto prematuro. 2022. <https://maternoperinatal.inmp.gob.pe>







**AAEsSalud**

**CARNET DE ATENCIÓN PRENATAL**

ESTABLECIMIENTO: [REDACTED]

NIVEL: [REDACTED]

APELLIDOS: [REDACTED]

NOMBRES: [REDACTED]

N° HC: [REDACTED]

CITA DE CONTROL

DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO

GESTANTE CON FACTORES DE RIESGO

CUMPLA CON LAS CITAS

**SIGNOS DE ALARMA:**

- \* Vómito Exagerado.
- \* Salida de sangre o líquido por la vagina.
- \* Fiebre o escalofríos.
- \* Hinchazón de alguna parte de su cuerpo.
- \* Disminución de movimientos fetales.
- \* Dolor abdominal o contracciones del útero antes de lo esperado.
- \* Dolor de cabeza intenso o persistente.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d h:min.)	8-05-22	6/19/24	20/10/24	15/11/24	30/11/2024				
Edad Gest. (semanas)	19 <sup>sem</sup>	23 <sup>sem</sup>	26 <sup>sem</sup>	29	31.1				
Peso madre (kg.)	68		70 <sup>500</sup>	72 <sup>500</sup>	73				
Temperatura (° c)	36.4		36.1		36.1				
Presión arter. (mm. Hg.)	110/70	90/60	90/60	100/60	100/60				
Pulso materno (por min.)			80x'	72	80x'				
Altura Uterina (cm.)	19/100	24	26 <sup>m</sup>	26	28				
Situación (LITINA)	-	-	L	L	L				
Presentación (C/P/N/A)	-	-	C	C	C				
Posición	-	-	D	D	T				
F.C.F. (por Min./NA)	146x	150x	139x'	140	130x'				
Mov. fetal	+	++	++	++	++				
Proteinuria Cualitativa	NI	-	-	-	NO				
Edema (+/++/+++/SE)	+	-	+	+	SE				
Reflejo Osteotendinoso (D, +/-/+++)	-	-	+	+	+				
Examen de Pezón (formado/No Form/Sin Exam)	-	-	SI		NO				
Indic. Hierro / Ac. Fólico (mayor o igual a 15 sem)	Si pedu	-	SI		SI				
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)	-	-	SI		SI				
Indic. Ac. Fólico	SI	-	SI		SI				
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut) (Imm/Vit/TBC/No se hizo/NA)	SI	-	SI		SI				
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	SI	-	NO		NO				
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	-	-	NA		NO				
Cita (a/m/d)			1 semana	14 días	2 semanas				
Visita domicil. (Si/No/NA)			NA		NA				
Plan Parto control/visita/No se hizo/NA)			NO		NO				
Estab. de la atención		HUCASE	HUCASE	HUCASE	HUCASE				
Responsable atención		D. Ralhy	Dr. P. Gallo		Dr. P. Gallo				
Pro. Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías:  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Otras patologías (CIE 10):

1: [ ] [ ] [ ] [ ]

2: [ ] [ ] [ ] [ ]

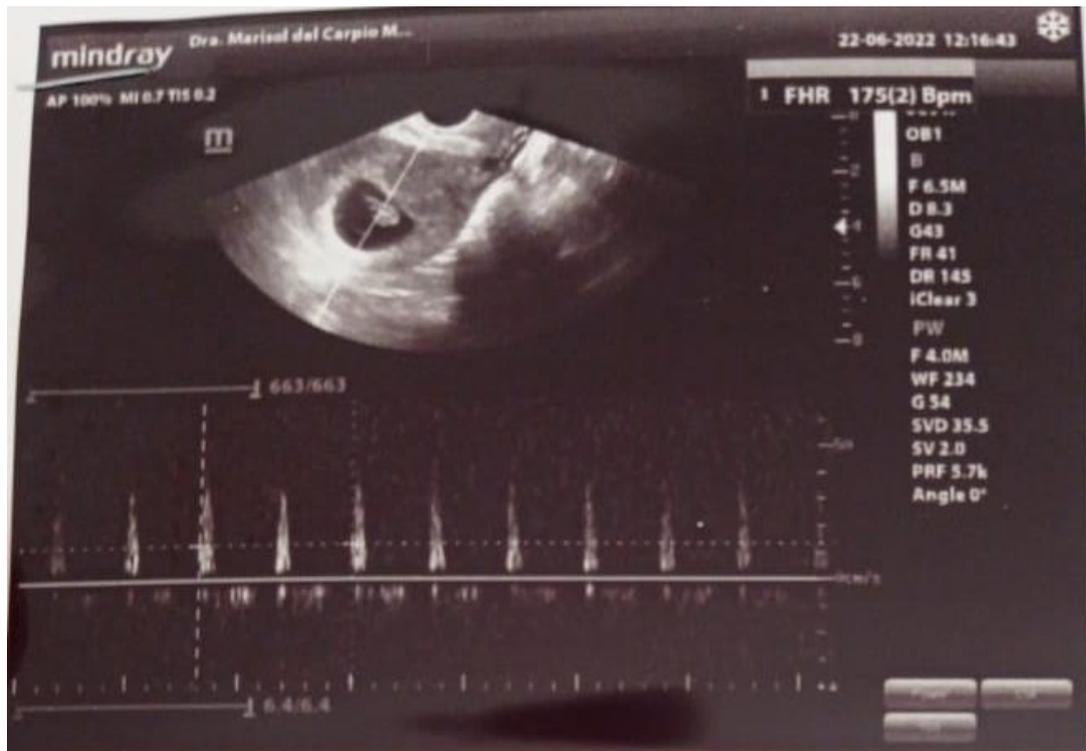
Referencia - Consulta Externa si  No  No Aplica  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Establ. Trasl : \_\_\_\_\_

Referencia - Emergencia si  No  No Aplica  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Establ. Trasl : \_\_\_\_\_

Referencia - Apoyo al Diagnost. si  No  No Aplica  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Establ. Trasl : \_\_\_\_\_

COOPROFILAXIS  ESTIMULACIÓN PRENATAL  PLAN DE PARTO si  No  No Aplica  ALOJADA EN CASA DE ESPERA si  No  No Aplica

## ANEXO 2. ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL PRIMER TRIMESTRE



 **Ginecología y Obstetricia**  
Dra. Marisol Del Carpio Mogrovejo  
Médica Ginecóloga - Obstetra  
CMP. 34799 - RNE. 17389  
- Atención de Patología Ginecológica, Obstétrica y Fertilidad - Prevención y Diagnóstico precoz de Cáncer Ginecológico - Aplicación de Métodos de Planificación Familiar  
Ginecología Pediátrica y de la Adolescente.  
Cirugías de la Especialidad



**ECOGRAFIA OBSTETRICA**  
**ENDO VAGINAL**

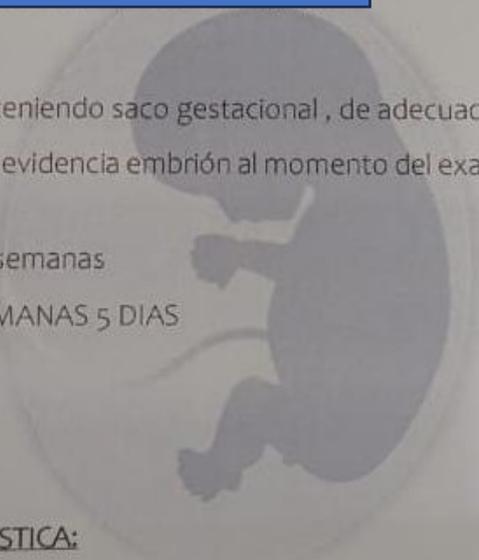
NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: 34 AÑOS

Útero gestante conteniendo saco gestacional , de adecuada implantación.  
Bordes regulares, se evidencia embrión al momento del examen, con Latidos 175 por minuto

SG: 30.7 mm= 7, 5 semanas  
CRL : 13.7 mm= 7 SEMANAS 5 DIAS  
W: 5.2 mm  
Ovarios normales.

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**  
GESTACION 7 SEMANAS 5 DIAS

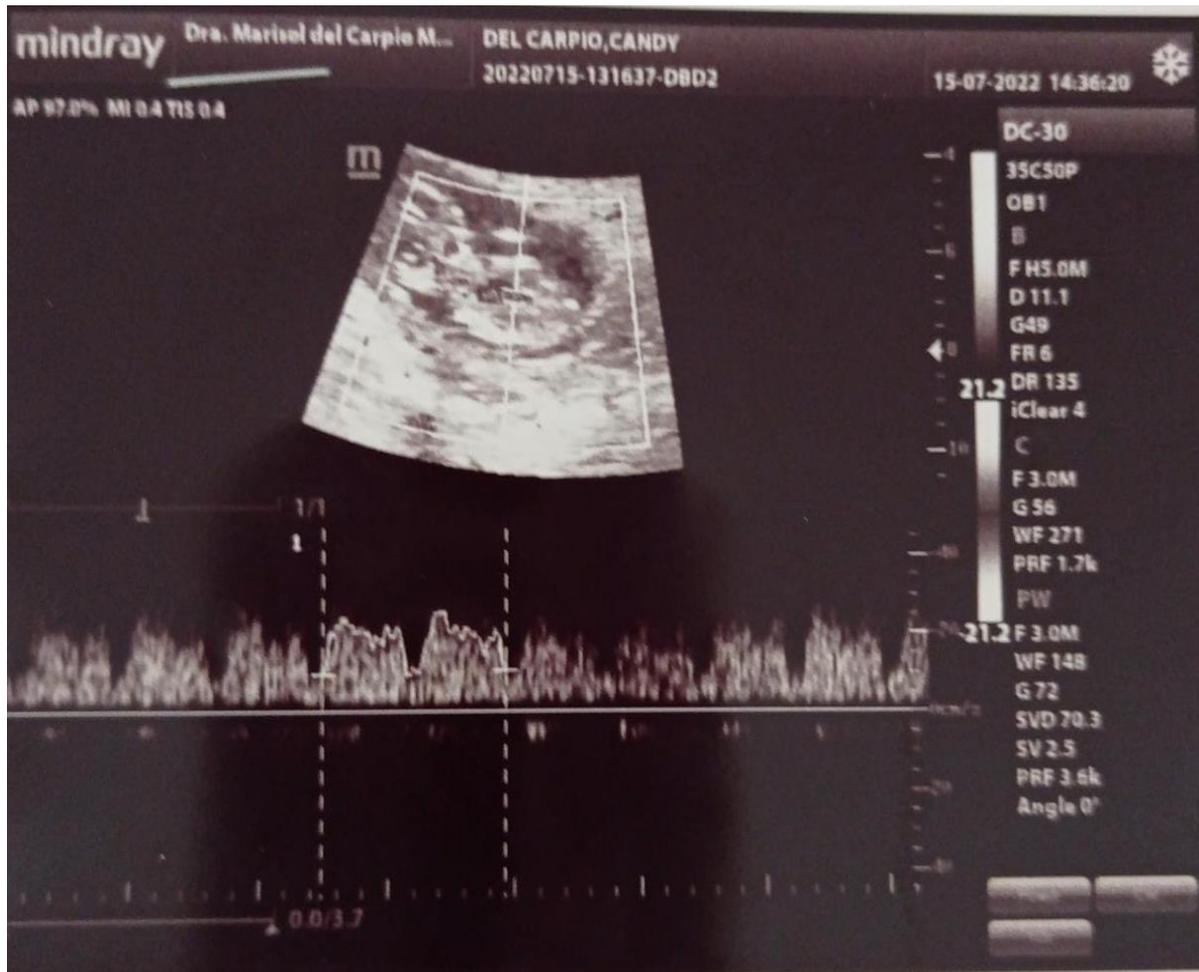


*Dra. Marisol Del Carpio M*  
GINECOLOGA - OBSTETRA  
CMP. 34799 RNE 17389

Arequipa, 22 JUNIO de 2022

"LA ATENCIÓN BASADA EN CONOCIMIENTOS, CALIDEZ, PACIENCIA, EFICIENCIA Y EFICACIA"  
GINECOLOGA OBSTETRA AL SERVICIO DE TU SALUD

Calle Clorinda Matto de Turner 132 esq. con Calle José Gómez, Centro Médico "Blue Medical" 5to. piso - Urb. Pablo VI  
Frente Hospital Honorio Delgado - Arequipa - CITAS: 974938373



### ANEXO 3. ECOGRAFIA GENETICA

**Ginecología y Obstetricia**  
Dra. Marisol Del Carpio Mogrovejo  
Médica Ginecóloga - Obstetra  
CMP. 34799 - RNE. 17389  
- Atención de Patología Ginecológica, Obstétrica y Fertilidad - Prevención y Diagnóstico precoz de Cáncer Ginecológico - Aplicación de Métodos de Planificación Familiar  
Ginecología Pediátrica y de la Adolescente.  
Cirugías de la Especialidad



PACIENTE: [REDACTED]  
CONDICION: Particular  
FECHA: 15 DE JULIO de 2022  
EDAD GESTACIONAL:

**ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL PRIMER TRIMESTRE CON ESTUDIO DE MARCADORES ECOGRAFICOS**

El estudio practicado según sus indicaciones, ha dado el siguiente resultado:

Presencia de Imagen fetal intrauterina, única, en situación Indiferente.  
Movimientos fetales activos conservados. Frecuencia Cardiaca fetal: 159 latidos por minuto.  
Tono fetal adecuado.  
Órganos fetales examinados ecográficamente se observan:  
Cráneo normal:  
Calota craneal normal.  
No dilatación cavidades intracraneales  
Nariz Normal: Hueso nasal presente.  
Tórax normal.  
Corazón normal.  
Pared abdominal normal.  
Columna vertebral normal.  
Extremidades: dos miembros superiores, con dos manos, integridad de huesos presente. Dos miembros inferiores con dos pies, integridad de huesos normal.  
Biometría fetal:  
CRL: 44.5 mm que corresponde a gestación de 11 semanas 2 días.  
Placenta cara anterior grado 0 (escala 0/III),  
Líquido Amniótico en cantidad adecuada para la edad gestacional.

**MARCADORES ECOGRAFICOS:**  
Translucencia nucal 2.5 mm  
Hueso nasal presente  
Ductus venoso de morfología normal. No se evidencia de onda "a" reversa  
Longitud de Cérvix 34.7mm

**CONCLUSION:**  
**FETO ÚNICO CON VITALIDAD CONSERVADA.**  
**EDAD GESTACIONAL DE 11 SEMANAS 2 DÍAS**

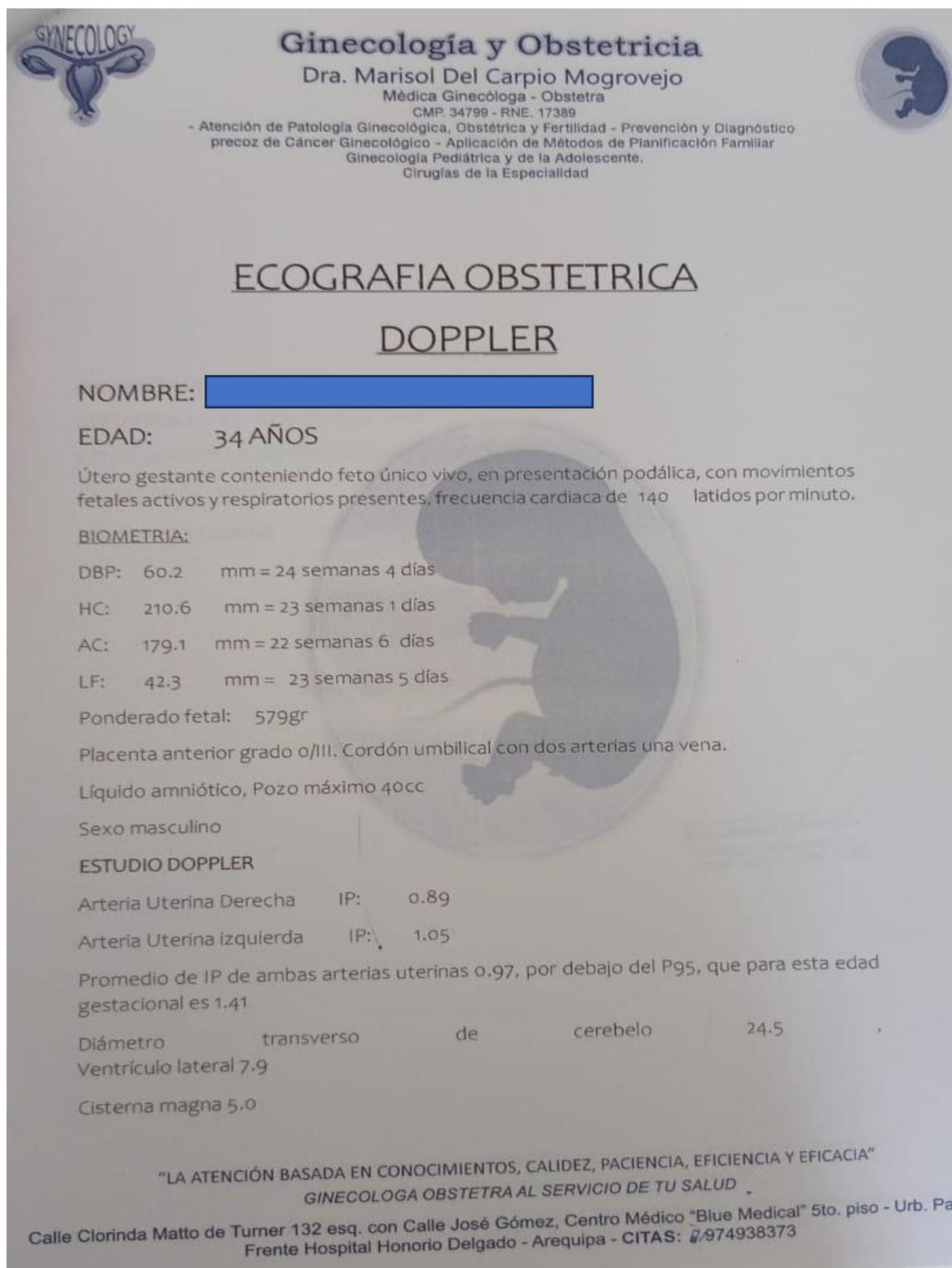
*Dra. Marisol Del Carpio M*  
GINECOLOGA - OBSTETRA  
CMP 34799 - RNE 17389

"LA ATENCIÓN BASADA EN CONOCIMIENTOS, CALIDEZ, PACIENCIA, EFICIENCIA Y EFICACIA"  
GINECOLOGA OBSTETRA AL SERVICIO DE TU SALUD .

e Clorinda Matto de Turner 132 esq. con Calle José Gómez, Centro Médico "Blue Medical" 5to. piso - Urb. Pablo V  
Frente Hospital Honorio Delgado - Arequipa - CITAS: 07974938373



## ANEXO 4. ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL SEGUNDO TRIMESTRE



**Ginecología y Obstetricia**  
Dra. Marisol Del Carpio Mogrovejo  
Médica Ginecóloga - Obstetra  
CMP 34799 - RNE 17389  
- Atención de Patología Ginecológica, Obstétrica y Fertilidad - Prevención y Diagnóstico precoz de Cáncer Ginecológico - Aplicación de Métodos de Planificación Familiar  
Ginecología Pediátrica y de la Adolescente.  
Cirugías de la Especialidad

### ECOGRAFIA OBSTETRICA DOPPLER

NOMBRE: [REDACTED]  
EDAD: 34 AÑOS

Útero gestante conteniendo feto único vivo, en presentación podálica, con movimientos fetales activos y respiratorios presentes, frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto.

**BIOMETRIA:**  
DBP: 60.2 mm = 24 semanas 4 días  
HC: 210.6 mm = 23 semanas 1 días  
AC: 179.1 mm = 22 semanas 6 días  
LF: 42.3 mm = 23 semanas 5 días  
Ponderado fetal: 579gr

Placenta anterior grado 0/III. Cordón umbilical con dos arterias una vena.  
Líquido amniótico, Pozo máximo 40cc  
Sexo masculino

**ESTUDIO DOPPLER**

Arteria Uterina Derecha	IP:	0.89
Arteria Uterina izquierda	IP:	1.05

Promedio de IP de ambas arterias uterinas 0.97, por debajo del P95, que para esta edad gestacional es 1.41

Diámetro	transverso	de	cerebelo	24.5
Ventrículo lateral	7.9			
Cisterna magna	5.0			

"LA ATENCIÓN BASADA EN CONOCIMIENTOS, CALIDEZ, PACIENCIA, EFICIENCIA Y EFICACIA"  
GINECOLOGA OBSTETRA AL SERVICIO DE TU SALUD

Calle Clorinda Matto de Turner 132 esq. con Calle José Gómez, Centro Médico "Blue Medical" 5to. piso - Urb. Patate  
Frente Hospital Honorio Delgado - Arequipa - CITAS: 0974938373



ANEXO 5. ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL TERCER TRIMESTRE

H.N. CARLOS ALBERTO SEGUN ESCOBEDO

Acto Médico : 4738781

REPORTE ATENCION PROCEDIMIENTO

Codigo	Cant.	Descripción
76912	1	ECOGRAFIA DE UTERO GRAVIDO, A TIEMPO REAL, CON DOCUMENTACION DE IMAGEN, EVALUACION FETAL Y MATERNA, ABORDAJE TRANSABDOMINAL, PARA CADA GESTACION ADICIONAL O PRIMERA GESTACION.

Informe

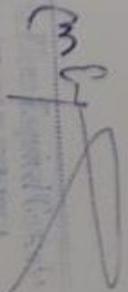
AL ESTUDIO DE USG OBSTETRICA FETO EN LCI CON MOVIMIENTOS ACTIVOS Y LATIDOS REGULARES CON UNA FRECUENCIA DE 140 X MIN. PLACE! CANTIDAD ADECUADA. POZO MAXIMO DE 6

DBP: 67MM, 29 SEMANAS 4 DIAS  
CC: 277MM, 28 SEMANAS 6 DIAS  
CA: 233MM, 28 SEMANAS 6 DIAS  
LF: 54MM , 28 SEMANAS 4 DIAS

PONDERADO FETAL 1183GS

CONCLUSION: GESTACION UNICA de 29 SEMANAS 1 DIA  
VITALIDAD FETAL CONSERVADA

Fecha: 10/11/2022  
Hora: 11:07:03  
Página: 1

  
Médico: Carlos Alberto Segun Escobedo  
C.R. 1501 28.E. 979  
Hospital: Santa Ana de los Andes

## ANEXO 6. EXAMENES AUXILIARES DE INGRESO

<b>Acto Médico 4803683</b> (40645007-13/12/2022 13:12-10.56.1.186)			
Apellidos y Nombres		Nro Historia Clínica 484722	
Doc. de Identidad D.N.I. 44223512 Sexo FEMENINO		Tipo de Paciente ASEGURADO EMERGENCIA	
CAS de Atención H.A. C.A.SECUIN E.		Tipo de Seguro OBLIGATORIO	
Fecha de Ingreso 05/12/2022 Edad 35 A 7 M 25 D		Plan de Salud	
Área Hospitalaria URGENCIAS / EMERGENCIA		Servicio Hosp. OBSTETRICIA	
Número de Atenciones 1			
<b>Exámenes Auxiliares Solicitados</b> (40645007-13/12/2022 13:12-10.56.1.186)			
Solicitud Nro	1078894	Fecha de Solicitud	05/12/2022
<b>85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS</b>			
Indicaciones			
(R#)		FORMA RESULTADO: 05/12/2022	
MUESTRA: SANGRE TOTAL			
MUESTRA: SANGRE EDTA			
1 LEUCOCITOS	$10^3/mm^3$	8.51	F: 4-10
2 HEMATIES	$10^6/mm^3$	4.14	F: 3.8-6.5
3 HEMOGLOBINA	g/dL	12.1	F: 12-17
4 HEMATOCRITO	%	36.2	F: 37-54
5 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	$\mu m^3$	87	F: 80-100
6 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Pg	29.1	F: 27-32
7 CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLO	g/dL	33.4	F: 32-36
8 IDE-CV	%	13.5	F: 11-16
9 PLAQUETAS	$10^3/mm^3$	151	F: 150-500
Resultados			
10 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	$\mu m^3$	6.6	F: 6-11
11 ABASTONADOS %	%	4	
12 SEGMENTADOS %	%	73.0	F: 15-60
13 EOSINOFILOS %	%	1.0	F: 0-3
14 BASOFILOS %	%	0.0	F: 0-5
15 LIMFOCITOS %	%	16.0	F: 8-40
16 MONOCITOS %	%	6.0	F: 1-8
17 SEGMENTADOS #	$10^3/mm^3$	6.3	
18 EOSINOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.1	
19 BASOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.3	
20 LIMFOCITOS #	$10^3/mm^3$	3.3	
21 MONOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.5	
<b>85140 PROTEINA C-REACTIVA</b>			
Indicaciones			
(R#)		FORMA RESULTADO: 05/12/2022	
MUESTRA: SUERO			
Resultados			
1 PCR - PROTEINA C REACTIVA	mg / dl	0.844	F: 0-0.5

LINK: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/documento/2022/13/12/10561186>

11

Acto Médico - <b>4003683</b>	(40645007-13/12/2022 13:12:10.56.1.187)		
Apellidos y Nombres:	[REDACTED]	Nro Historia Clínica	454722
Doc. de Identidad	DNI: 4227502 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.U. CA.SEGUR E.	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	05/12/2022 Edad 35 A 7 M 25 D	Plan de Salud	
Área Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	OBSTETRICIA

Número de Atenciones 1  

<b>Exámenes Auxiliares Solicitados</b>		(40645007-13/12/2022 13:12:10.56.1.187)
Solicitud Nro	1078992	Fecha de Solicitud 05/12/2022

<p><b>Código:</b> 81007 ANALISIS DE ORINA POR TIRA DE ANALISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA LA BILIRRUBINA, GLUCOSA,HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEINAS, GRAVEDAD ESPECIFICA, UROBILINOGENO, CUALQUIER NUMERO DE ESTOS COMPONENTES; NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA.</p> <p><b>Indicaciones:</b></p> <p>DIF: <b>LEUCOCITOS: 4 - 6/CAMPO</b> <b>CELULAS: 0 - 2/CAMPO</b> <b>BACTERIAS: 1+</b></p> <p>MUESTRA: ORINA SIMPLE</p> <p>1 COLOR</p> <p>2 ASPECTO</p> <p>3 PH</p> <p>4 DENSIDAD</p> <p>5 GLUCOSA</p> <p>6 CUERPO CETONICO</p> <p>7 ACIDO ASCORBICO</p> <p>8 BILIRRUBINA</p> <p>9 UROBILINOGENO</p> <p>10 NITRITOS</p> <p>11 TRIVENON</p> <p>12 PROTEINAS</p> <p>13 LEUCOCITOS</p> <p>14 HEMATIES</p> <p>15 CELULAS EPITELIALES</p> <p>16 BACTERIAS</p> <p>17 CILINDROS</p> <p>18 CRISTALES</p> <p>MUESTRA: ORINA 1</p> <p><b>FECHA RESULTADO: 05/12/2022</b></p>
---

<p><b>Código:</b> 81708 CULTIVO BACTERIAL URINARIO KIT COMERCIAL.</p> <p><b>Indicaciones:</b></p> <p>DIF: <b>NEGATIVO</b></p> <p>MUESTRA: ORINA SIMPLE</p> <p><b>FECHA RESULTADO: 07/12/2022</b></p>
--

3/12/22 13:11

Visualiza Menciones del Acto medico HC

<b>Acto Medico 4003734</b> (40645007-13/12/2022 13:11-10.56.1.187)			
Apellidos y Nombres	[REDACTED]	Nro Historia Clínica	404732
Doc. de Identidad	D.N.I. 44329512 - Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	HUN. CA.SEGUN E.	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	05/12/2022 Edad: 35 A 7 M 25 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	OBSTETRICIA

Numero de Atenciones 43

**Exámenes Auxiliares Solicitados** (40645007-13/12/2022 13:11-10.56.1.187)

Solicitud Nro 1078493 Fecha de Solicitud 06/12/2022

**80025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS**

Indicaciones

INF: FECHA RESULTADO: 07/12/2022  
MUESTRA: SANGRE TOTAL  
MUESTRA: SANGRE EDTA

1 LEUCOCITOS	$10^3/mm^3$	11.66	F: 4-10
2 HEMATIES	$10^6/mm^3$	3.64	F: 3,8-6,5
3 HEMOGLOBINA	g/dL	10.7	F: 12-17
4 HEMATOCRITO	%	31.4	F: 37-54
5 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	$Um^3$	86	F: 80-100
6 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	Pg	29.5	F: 27-32
7 CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLO	g/dL	34.1	F: 32-36
8 DDE-CV	%	13.5	F: 11-16
9 PLAQUETAS	$10^3/mm^3$	212	F: 150-500
10 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	$Um^3$	8.6	F: 6-11
11 SEGMENTADOS %	%	91.7	F: 15-60
12 EOSINOFILOS %	%	0.0	F: 0-3
13 BASOFILOS %	%	0.0	F: 0-5
14 LINFOCITOS %	%	6.1	F: 8-40
15 MONOCITOS %	%	2.3	F: 1-8
16 SEGMENTADOS #	$10^3/mm^3$	10.7	
17 EOSINOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0	
18 BASOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0	
19 LINFOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.7	
20 MONOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.2	

**80140 PROTEINA C-REACTIVA**

Indicaciones

INF: FECHA RESULTADO: 07/12/2022  
MUESTRA: SUERO

1 PCR - PROTEINA C REACTIVA	mg / dl	0.08	F: 0-0.5
-----------------------------	---------	------	----------

<b>Acto Médico 4803794</b> (40645007-13/12/2022 13:11-10.56.1.187)	
Apellidos y Nombre:	[REDACTED]
Doc. de Identidad	D.N.I. 44223522 Sexo FEMENINO
CAS de Atención	H.N. C.A.SEGUN E.
Fecha de Ingreso	05/12/2022 Edad 35 A 7 M 25 D
Área Hospitalaria	HOSPITALIZACIÓN
Nro Historia Clínica	414722
Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Plan de Salud	
Servicio Hosp.	OBSTETRICIA

Número de Atención 43 

<b>Exámenes Auxiliares Solicitados</b> (40645007-13/12/2022 13:11-10.56.1.187)	
Solicitud Nro	1078604
Fecha de Solicitud	05/12/2022
Código	87067 CULTIVO BACTERIAL URINARIO KIT COMERCIAL
Indicaciones	
Resultado	INF: <b>NEGATIVO</b> FECHA RESULTADO: 10/12/2022
Muestra	MUESTRA: ORINA SIMPLE

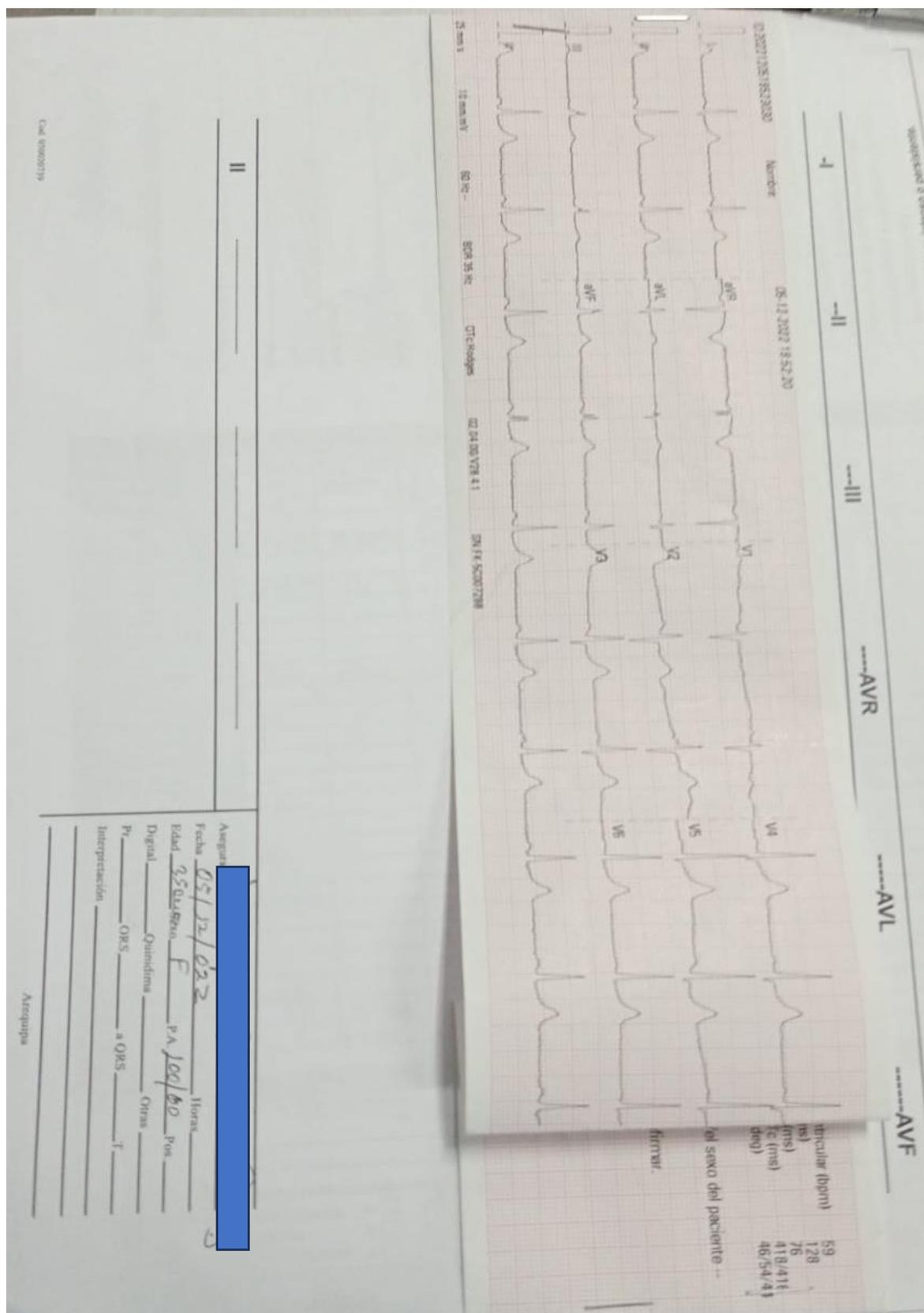


<b>Acto Médico 4803683</b> (40645007-13/12/2022 13:12-10.56.1.186)	
Apellidos y Nombre:	[REDACTED]
Doc. de Identidad	D.N.I. 44223522 Sexo FEMENINO
CAS de Atención	H.N. C.A.SEGUN E.
Fecha de Ingreso	05/12/2022 Edad 35 A 7 M 25 D
Área Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA
Nro Historia Clínica	414722
Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Plan de Salud	
Servicio Hosp.	OBSTETRICIA

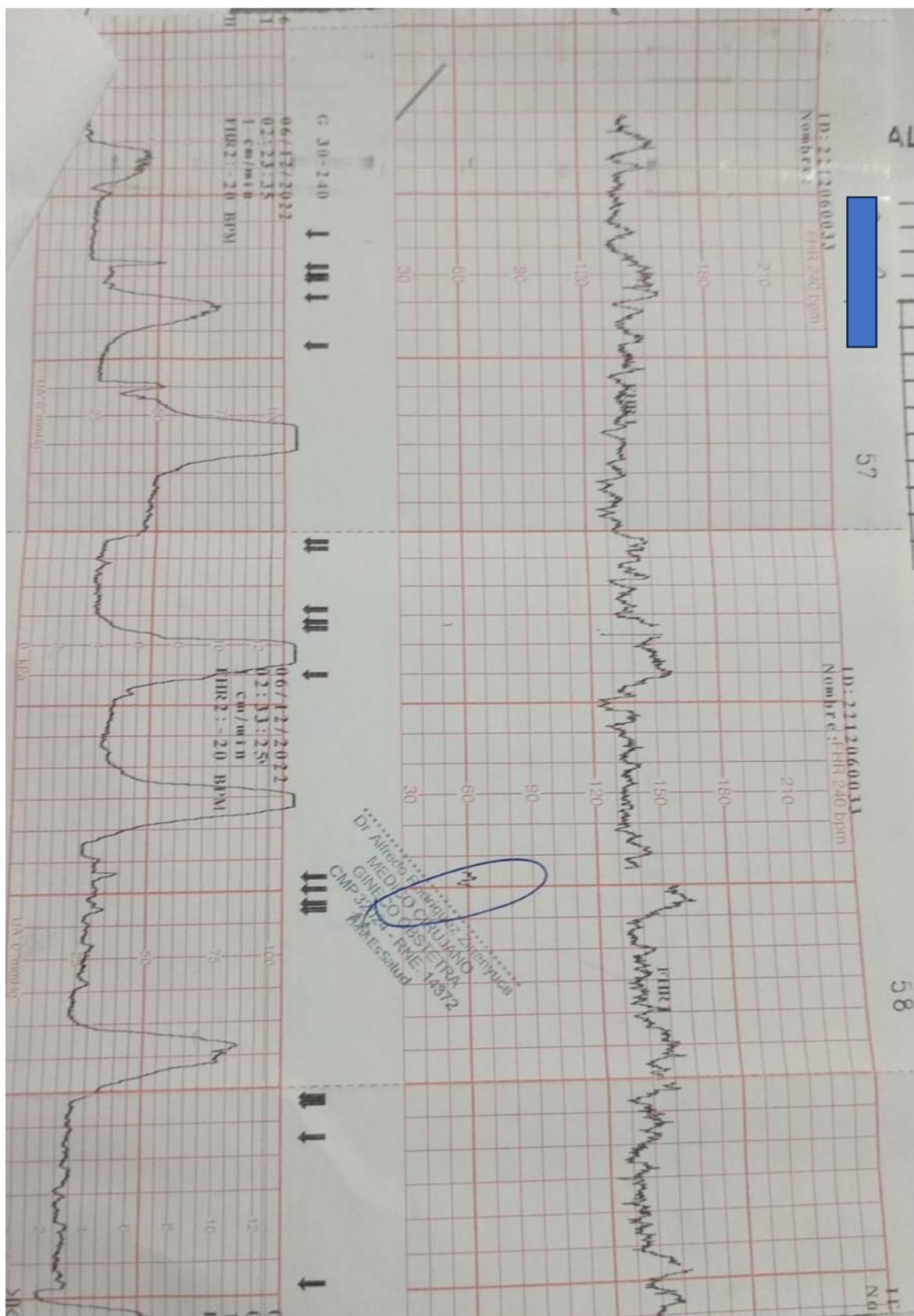
Número de Atención 1 

<b>Exámenes Auxiliares Solicitados</b> (40645007-13/12/2022 13:12-10.56.1.186)	
Solicitud Nro	1077601
Fecha de Solicitud	01/12/2022
Código	87431.01 DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTES INFECCIOSOS MEDIANTE TÉCNICA DE ENSAYO INMUNOCROMATOGRAFICO; PRUEBA RÁPIDA: CORONAVIRUS DEL SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (P. E.), SARS-COV, SARS-COV-2 (ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19))
Indicaciones	
Resultado	INF: FECHA RESULTADO: 06/12/2022
Muestra	MUESTRA: SECRECIÓN NASOFARÍNGEA
	<b>Resultado Prueba Rápida: NO REACTIVO</b>
	1 DETECCIÓN ANTÍGENOS NO REACTIVO

### ANEXO 7. ELECTROCARDIOGRAMA



### ANEXO 8. MONITOREO FETAL





**UNIDAD DE BIENESTAR FETAL**

APELLIDOS Y NOMBRES: [REDACTED] N° Ficha: 1033  
 EDAD: 33 FUR: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: Bimbr ptc MOVIMIENTOS FETALES: \_\_\_\_\_

Tipo de Monitoreo	TNST	TNST			
Fecha y Hora	5/12/22	6-12-2022			
Signos Vitales					
FCF Basal	136	130 >'			
Variabilidad	Miol.	Hodora +			
Aceleraciones	Pts	Pts.			
Desaceleraciones	No	No			
Resultado	No	No			
Responsable	CeI I	Ut I			
Amnioscopia		Pre			

Tipo de Monitoreo					
Fecha y Hora					
Signos Vitales					
FCF Basal					
Variabilidad					
Aceleraciones					
Desaceleraciones					
Resultado					
Responsable					
Amnioscopia					

Tipo de Monitoreo					
Fecha y Hora					
Signos Vitales					
FCF Basal					
Variabilidad					
Aceleraciones					
Desaceleraciones					
Resultado					
Responsable					
Amnioscopia					

Tipo de Monitoreo					
Fecha y Hora					
Signos Vitales					
FCF Basal					
Variabilidad					
Aceleraciones					
Desaceleraciones					
Resultado					
Responsable					
Amnioscopia					

OD. 050020784