



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado

Académico de Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA EN EMBARAZO DE 36 SEMANAS DE GESTACIÓN MAS PREECLAMPSIA SEVERA.

AUTOR

JOHN JAIRO CARPIO LOOR

TUTORA

DRA. KATERIN VELASQUEZ

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2021 - 2022

Tabla de contenido

I. AGRADECIMIENTOS.....	I
II. DEDICATORIA.....	II
III. TEMA.....	III
IV. RESUMEN.....	IV
V. ABSTRACT.....	V
VI. INTRODUCCION.....	VI
1. MARCO TEORICO.....	1
1.1 Definición.....	2
Clasificación.....	3
2. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.....	4
2.1. Etiología.....	4
2.2. Fisiopatología.....	4
2.3. Factores de Riesgo.....	5
2.4. Alteraciones.....	6
2.5. Manifestaciones clínicas de la preeclampsia.....	7
2.6. Tratamiento farmacológico en la emergencia antihipertensiva.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. OBJETIVOS.....	13
4.1. Objetivos General.....	13
4.2. Objetivos específicos.....	13
5. DATOS GENERALES.....	14
6. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	14
7. ANALICES DE MOTIVO DE CONSULTA.....	14
7.1. Historia clínica de la paciente.....	15
7.2. Antecedentes personales.....	15
7.3. Antecedentes ginecológicos.....	15
7.4. Anamnesis.....	16
7.5. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.....	16
7.6. Examen físico exploración clínica.....	16
7.7. Información de exámenes complementarios realizado.....	18
7.8. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	19
7.9. análisis y descripción de la conducta que determinan el origen de los problemas y de los procedimientos a realizar.....	20
7.10.Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	21
8. SEGUIMIENTO.....	23
9. OBSERVACIONES.....	26

10. CONCLUSIONES.....	27
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
12.ANEXOS.....	29

1. AGRADECIMIENTO

Este trabajo es el resultado del esfuerzo, constancia a mis estudios siendo una meta más alcanzada para mi superación personal, en primera instancia agradezco a dios por que él ha sido y es el sustento en todo momento de mis necesidades económicas y universitarias, mis designios están en sus manos.

También va dedicado a mi madre, esposas y familia los cuales han sido el motor y fuente inspiración para conseguir un logro académico. a nuestra alma mater por marcar mi vida profesional y a mis maestros de la universidad técnica de Babahoyo por impartir catedra con ciencia, sabiduría y entereza sus conocimientos.

A la institución hospitalaria Alfredo Noboa Montenegro por permitirme ser parte de su trabajo, a mis maestros de la misma, especialistas en ginecología y obstetricia, residentes, y a todo el personal de salud del hospital, infinitas gracias por su aporte a mi desarrollo intelectual por dirigirme en conducta y ética profesional, que con mansedumbre y ciencia contribuyeron a mis conocimientos.

II. DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mi padre porque el asido precursor de mis éxitos y logros personales. Por qué puso el sentir de ser mejor persona, para servir como profesional de salud, con ética, empatía y respeto a los pacientes. Es el que me conduce en medio de la sociedad, mis familiares, amigos y lugar de trabajo. Hago un mensaje notable a su grandeza y gloria porque mi trabajo como obstetra está en sus manos como también la mejoría y estabilidad de mis futuros pacientes.

III. TEMA

TEMA: CONDUCTA OBSTETRICA EN MULTIPARA EN EMBARAZO DE 36 SEMNAS D EGESTACION MAS PREECLAMPSIA SEVERA.

VI. INTRODUCCION

En la republica del ecuador, el índice de muerte materna por trastornos hipertensivos durante la gestación (ECUADOR M. D., 2016) comprende de una alta incidencia con la que los profesionales de salud tienen que confrontar, poniendo en vulnerabilidad no solo la vida de la madre, también la complicación de la vida intrauterina. (ECUADOR M. D., 2016). Los trastornos hipertensivos reflejan una serie de factores de riesgo entre los que más destacan las condiciones socio-económicas, culturales y educacionales, entre otros. Estos factores pueden ser incitador de la enfermedad, reflejando una patología a la hora de gestación, es por ello que analizaremos en este estudio de caso la conducta obstétrica en la preeclampsia, como también los factores que influye en ella. Se considera que la preeclampsia es la principal causa de muerte materna a nivel mundial, siendo estas tensiones arteriales sistólicas mayor 140 mmHg y una diastólica superiora a 90 mmHg, la cual tiene una manifestación progresiva de leve a moderada y severa, hasta el deterioro de la paciente, con síntomas vasomotores y afección de órgano blanco pudiendo concluir en Eclampsia. Es por ello que mi estudio de caso tiene base científica, desarrollado en mi experiencia con un caso en particular en hospital Alfredo Noboa Montenegro, siendo una paciente de 40 años de edad con un embarazo de 36 semanas de gestación, la cual llega de forma ambulatoria por presentar síntomas vasomotores de 6 días de evolución, con un score mama de 6 puntos por una sistólica superiora a 150 y diastólica de 100 MmHg. Valorar el manejo integral a la paciente estudios de imágenes, exámenes de laboratorio y tratamiento farmacológico, es vital para el aprendizaje. (ECUADOR M. D., 2016)

MARCO TEORICO

DEFINICION

Como profesiones de la salud, e identificar una paciente con trastornos hipertensivos en el embarazo, es importante hacer una secuencia de análisis para poder realizar un diagnóstico presuntivo preliminar, como es conocer las tensiones arteriales basales normales durante la gestación, conocer conceptos y clasificación. Realizar una buena historia clínica, exámenes físicos y exámenes de laboratorio es vital para efectuar un diagnóstico diferencial, en el momento de atender a una paciente, con esta enfermedad.

Ahora bien, la preeclamsia se define como un es un trastorno hipertensivo en el embarazo con afección multisistémica, siendo de alta incidencia en el embarazo y post parto pudiendo llegar hasta las convulsiones tónico-clónicas (Eclampsia), alcanzado tensiones arteriales sistólica $\geq 160 / 110$ mmHg, a partir de las 20 semanas de gestación.

No solo afecta la condición de la madre sino también al bienestar de la vida intrauterina. Según la Organización de la salud esta afección representa un 20 % de las muertes maternos fetales en países en vías desarrollo. (OPS, 2019)

En nuestro país Ecuador la preeclampsia como parte de un trastorno hipertensivo durante la gestación corresponde a unas cifras 457 a 1660 desde el año 2006 al 2014 según las guías prácticas clínicas del ministerio de salud pública de nuestro país. (ECUADOR M. D., 2016)

No obstante, la patología del angiogénesis es una patología de origen genético, pero atribuible a factores de riesgo que predisponen a la patología para con llevar con su manifestación, siendo un factor determinante los bajo recursos

económicos o baja escolaridad, condiciones de vida y factores ambientales, etc.

También debe sospecharse preeclampsia si ha habido trombofilias, antecedente de trombosis venosa y/o embolismo pulmonar, enfermedades autoinmunes -como lupus eritematoso sistémico-, asociadas con tromboembolismo (riesgo de PE 50%). (OPS, 2019)

CLASIFICACIÓN:

Para realizar un diagnóstico diferencial hay que conocer la clasificación y definiciones de cada uno de los trastornos hipertensivos del embarazo, tomando en cuenta si la gestante está cursando la semana 20 de gestación.

- ❖ **Presión arterial basal:** en una persona adulta corresponde 129/80, tomando en cuenta que la paciente normotensa pueden variar su presión de acuerdo a estos valores. (Friel, 2020)

- ❖ **Hipertensión en el embarazo:** Tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual (\geq) 140 mmHg y/o Tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual (\geq) 90 mmHg en cualquier momento del embarazo. (ECUADOR M. D., 2016)

- ❖ **Hipertensión severa en el embarazo:** TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg. (ECUADOR M. D., 2016)

- ❖ **Preeclampsia sin proteinuria:** tensión arterial sistólica \geq 140 y tensión arterial diastólica \geq 90 mmHg* y uno de los siguientes criterios, Enzimas hepáticas (transaminasas) elevadas al doble de lo normal. Plaquetas menores de 100.000 /ul. Desarrollo de insuficiencia renal aguda caracterizada por concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dL o el doble de concentración de creatinina sérica en ausencia de otras enfermedades renales. Aparición de síntomas neurológicos o visuales. Edema agudo de pulmón. (ECUADOR M. D., 2016)

❖ **Hipertensión gestacional:** tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o TAD ≥ 90 mmHg, presente a partir de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria. (ECUADOR M. D., 2016)

❖ **Hipertensión arterial crónica más preeclampsia o eclampsia sobreañadida:** tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste después de las 12 semanas del posparto, asociada a preeclampsia. (ECUADOR M. D., 2016)

Surge de una paciente previamente diagnosticada como hipertensa antes de la gestación y ocurre que estas pacientes son propensas a desencadenar preeclampsia por su antecedente personal, con manifestaciones clínicas peculiares como aparición brusca de proteinuria después de las 20 semanas de gestación, previo al agravamiento de cifras tensionales. (DAYANNA, 2020)

❖ **Preeclampsia:** TA $\geq 140/90$ mm Hg con presencia de proteinuria. Por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Síndrome Antifosfolípídico severo o embarazo múltiple.

❖ **Preeclampsia sin signos de gravedad (leve):** Tensión arterial ≥ 140 mm Hg y menor < 110 mmHg más proteinuria y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco. (ECUADOR M. D., 2016)

❖ **Preeclampsia con signos de severidad o grave:** tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco. (ECUADOR M. D., 2016)

❖ **eclampsia:** Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas. (ECUADOR M. D., 2016)

1. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

ETIOLOGÍA

Los factores socio demográficos, alimentación inadecuada, obesidad, anemia, antecedentes familiares de trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes gineco

-obstétrico, madres añosas superiores a 35 años, gran multiparidad son considerados más propenso a unos trastornos hipertensivos del embarazo un 95 %.

FISIOPATOLOGÍA

A continuación, describiremos una actualización de los mecanismos recientemente asociados con la preeclampsia. Los aspectos del angiogénesis serán abordados segmentos de este simposio.

Se da por una alteración del angiogénesis, antes de la 20 semana de gestación por una pobre invasión trofoblastica en miometrio y poca vascularización uterina en a decidua del mismo, entre las 11 a 13 semanas de gestación. En este estadio no trae manifestaciones clínicas, lo que trae como consecuencia 2 estadio.

En la semana 20 de gestación ocurre una segunda invasión que se caracteriza, por isquemia placentaria, hipoxia placentaria causando un retardo del crecimiento fetal. lo que ocasiona un estrés oxidativo materno y una disfunción endotelial. y a la provoca la disminución de sustancia como el noch2 y el jack1 el cual es un factor del crecimiento epitelial y factor del crecimiento placentario.

Provocando reducción del diámetro vascular y vasos sanguíneos de alta resistencia periférica. esto lleva como secuencia el aumento de tiroxinquinasa la cual provoca la disminución del óxido nítrico disminuyendo la relajación vascular e incrementa su resistencia periférica y originando vasos constrictores con la endotelina y el tromboxano, es así como se genera la manifestación clínica en la preeclampsia. (Gómez Carbajal, 2014)

FACTORES DE RIESGO

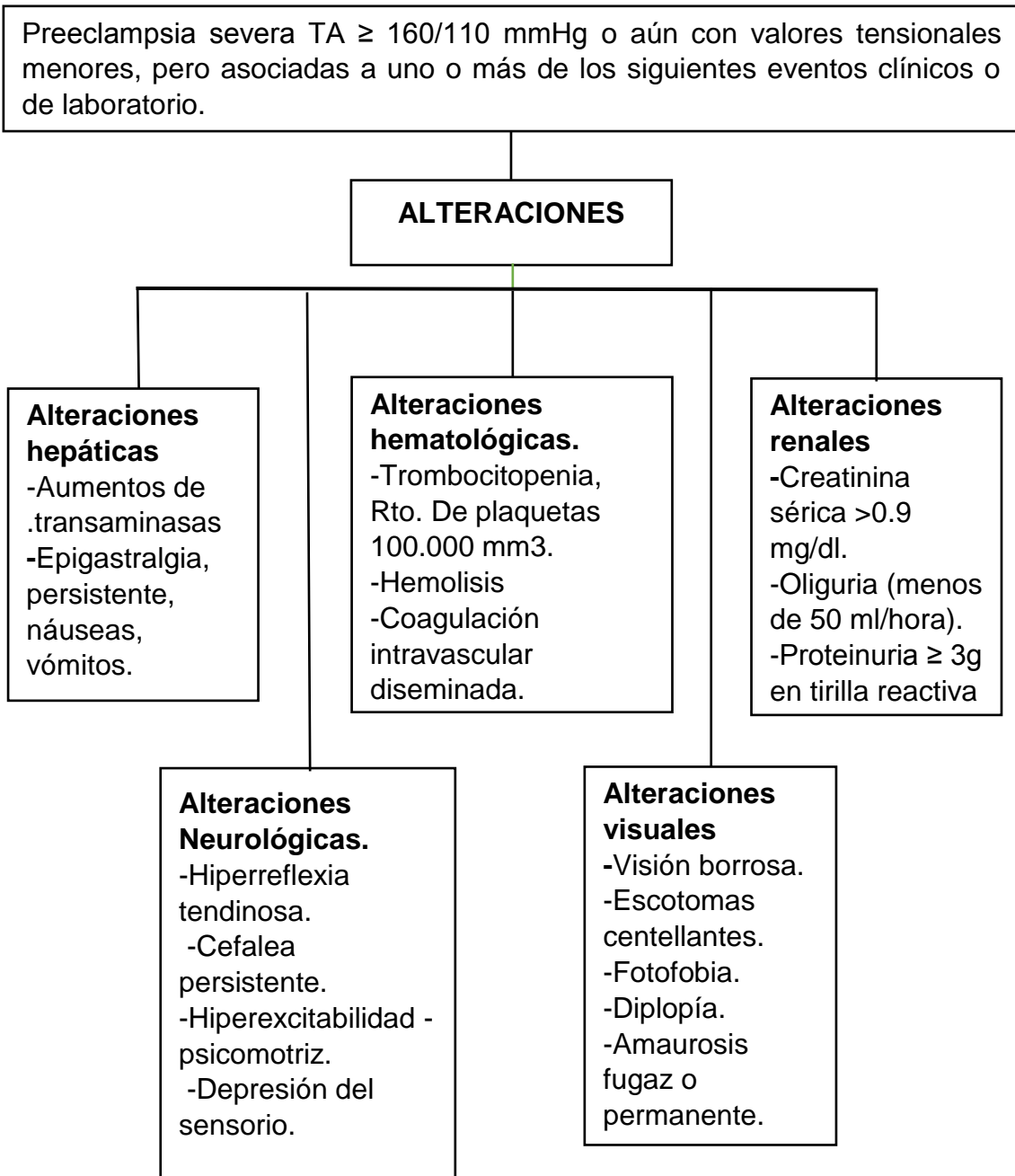
La escala modificada de Shekelle clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Por análisis de estudio controlado, análisis de estudio aleatorio, estudios experimentales. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas. (ECUADOR M. D., 2016)

Tabla 1: Factores de riesgo

FACTOR DE RIESGO ALTO	FACTOR DE RIESGO MODERADO
Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (incluyendo preeclampsia)	Primer embarazo.
Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico, trombofilias o síndrome Antifosfolipídico.	IMC > 25.
Hipertensión crónica.	Edad materna igual o mayor de 40 años.
	Embarazo adolescente.
	Condiciones que lleven a hiperplacentación (por ejemplo placentas grandes por embarazo múltiple).
	Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
	Antecedentes familiares de

preeclampsia.

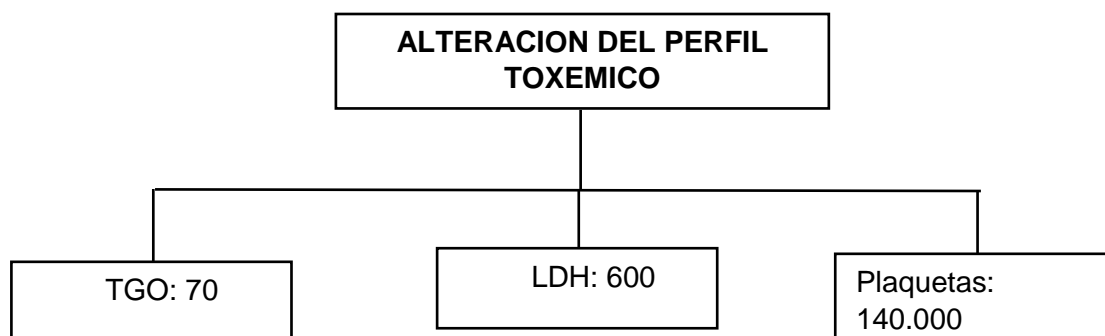
tabla 2: Alteraciones en la preeclampsia



Fuente: guía práctica clínica

Autor: John Carpio Loor

Tabla 3: Alteración del perfil toxemico.



fuelle: guía práctica clínica

autor: John Carpio Loor

MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA PREECLAMPSIA

La enfermedad es específica a partir de la semana 20 de gestación, su presentación clínica es muy variable y avanza de manera paulatina, los resultados más adversos son más significativos cuando se presenta antes de la semana 34 de gestación siendo un 5% y después de las 34 semanas gestación representando el 90% de las manifestaciones menos considerables.

La presentación más común de la preeclampsia es la hipertensión que se detecta en un control prenatal en una mujer asintomática, la mayoría de los signos y síntomas solo están presentes en la enfermedad grave con manifestaciones neurológica persistentes, repercutiendo a una preeclampsia severa, como son náuseas, vómitos, cefalea, dolor severo en el cuadrante superior derecho, Hiperreflexia con clono marcado y alteración mental. Los signos y síntomas que progresan rápidamente indican una enfermedad que necesita una estrecha vigilancia. (DAYANNA, 2020)

Complicaciones en la preeclampsia severa

La complicación puede ser letales e irreversibles y terminar con la vida de la paciente y vida intra-utero, como son las alteraciones neurológicas con

convulsiones (eclampsia), accidentes cerebrovasculares y síndrome de Hellp (hemólisis de enzimas hepática elevadas y plaquetopenia. (DAYANNA, 2020)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La preeclampsia se puede definir como alteración de la presión arterial con afectación multisistémica a partir de la semana 20 de gestación con una presión arterial sistólica de 140 mmHg y diastólica de 90mmHg, sin signos de severidad o asintomática con o sin presencia de proteinuria en tirilla reactiva de orina.

A diferencia de preclampsia con signos de severidad, severa o grave, se manifiesta con un cuadro clínico evolutivo de deterioro con signos y síntomas vasomotores, para dar un diagnóstico definitivo se necesita 1 o más de los siguientes criterios:

Proteinuria \geq 3g en tirilla reactiva o \geq 5g/24h

Aumento de transaminasas.

Epigastralgia persistente, náuseas o vómitos.

Dolor abdominal

creatinina sérica \geq 0.9 mg/dl

oliguria menos de 50 ml/h

Trombocitopenia $<$ 100.0000 mm³

Hemólisis

Coagulación intravascular diseminada

Hiperreflexia tendinosa.

Cefalea persistente.

Hiperexcitabilidad psicomotriz.

Depresión del sensorio.

Visión borrosa

Escotomas centellantes

Fotofobia

Diplopía

Amaurosis fugaz o permanente

Restricción del crecimiento intrauterino/ oligohidramnios.

Desprendimiento de placenta. Cianosis-edema agudo de pulmón (sin cardiopatía preexistente). (BRIONES, 2020)

La PE se diagnostica generalmente debido a la presencia de hipertensión arterial (HTA) asociada y proteinuria. La HTA en el contexto de PE, es definida como presión arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg y/o PA diastólica ≥ 90 mmHg en al menos dos ocasiones con un intervalo de medición ≥ 6 horas, a partir de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas.

La proteinuria es definida como una excreción de proteínas en orina $\geq 0,3$ g/24 horas. En caso de emergencia, si no se puede determinar proteínas en orina de 24 horas, se realizará en una muestra simultánea de orina y al menos en dos determinaciones en un intervalo ≥ 6 horas, considerando proteinuria valores ≥ 30 mg/dl o $\geq 2+$ en la tira de orina. (Ruiz, 2014)

Una vez diagnosticada la PE, hay que distinguir los casos de PE severa que es el diagnóstico de PE más uno de los siguientes criterios: Presión arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg y/o PA diastólica ≥ 110 mmHg (en dos ocasiones en un intervalo de ≥ 6 horas), proteinuria (> 5 g proteína/24 horas o tira reactiva $\geq 3+$ en dos muestras de orina recogidas con un intervalo mínimo de 4 horas), deterioro de la función renal (creatinina sérica $\geq 1,2$ mg/dl salvo que se sepa que anteriormente era elevada u oliguria < 500 ml/24 horas), edema pulmonar, deterioro de la función hepática, síntomas neurológicos (molestias cerebrales o visuales, cefalea severa), trastornos hematológicos (trombocitopenia, hemólisis) y crecimiento intrauterino restringido. (Ruiz, 2014)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA EMERGENCIA ANTIHIPERTENSIVA

La emergencia hipertensiva se define como una tensión \geq arterial sistólica de 160 mmHg y tensión arterial diastólica \geq 110 mmHg. El objetivo de tratar una emergencia hipertensiva es prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares como: la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva y la muerte fetal como materna. (ECUADOR M. D., 2016)

Tenemos medicamentos de elección, con evidencias recomendados por las guías prácticas clínicas del ministerio salud pública, como son el nifedipino y la hidralaxina y el labetalol, detallaremos la posología remendada.

-Posología del nifidipina:

10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral. Dosis máxima 120 mg en 24 horas.

La nifidipina se debe de administrar a pacientes consientes, es de preferencia prioritaria ya que su propiedad farmacológica es de rápido accionar y más prolongada que la hidralaxina, sus efectos secundarios maternos, cefalea, sofocos y taquicardia fetal. (ECUADOR M. D., 2016)

-Posología del fármaco hidralaxina: 5

mg intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos, 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30mg intramuscular.

Si la presión arterial sistólica y diastólica no disminuye se recomienda aplicar esta droga como también en pacientes inconscientes.

1.1. TRATAMIENTO EXPECTANTE FARMACOLÓGICO EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

Impregnación: 20 ml de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).

Mantenimiento: 50 ml de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora).

Sulfato magnesio para prevención de eclampsia

Impregnación: 30 ml de sulfato de magnesio al 20 % (6g) + 70 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos.

Mantenimiento: 100 ml de sulfato de magnesio al 20 % (20g) + 400 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (2 g/hora).

Tratamiento definitivo: finalización del embarazo

Parto vaginal

Cesárea de emergencia

Control fetal intraparto

Anestesia regional Control post-parto estricto (máximo riesgo las primeras 48h)

Cuando finalizar el parto

-TA incontrolable

-Pródromos de eclampsia persistentes: Hiperreflexia, clonus, cefalea intensa, alteraciones visuales, estupor, Epigastralgia, dolor hipocondrio derecho, nauseas.

-Complicaciones maternas graves: eclampsia edema pulmonar rotura hepática

desprendimiento placenta.
-Compromiso bienestar fetal.

JUSTIFICACION

El análisis y el conocimiento de este trastorno hipertensivo en el embarazo es de suma importancia, ya que nos da a conocer sus incidencias, factores de riesgos, valoración y conducta obstétrica a seguir frente a una preeclampsia severa, siendo un gran reto a hora de enfrentar para los profesionales de la salud, ya que es la principal causa de morbilidad materno fetal. (ECUADOR M. D., 2016)

Es por ello que se convierte en prioridad el conocimiento del manejo de la conducta obstétrica frente a esta patología obstétrica, ya que el ministerio de salud en países en vías de desarrollo enfrenta esta afección. Por lo cual la Organización de naciones unidas propone para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (ONU, s.f.)

OBJETIVOS

OBJECTIVO GENERAL:

- ❖ Analizar conducta obstétrica en el embarazo de 36 semanas de gestación más preeclampsia severa.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar factores de riesgo para preeclampsia en gestante de 40 años.
- ❖ Describir la evolución clínica de la preeclampsia severa en paciente multípara de 40 años con 36 semanas de gestación.

DATOS GENERALES

RESIDENCIA: GUARANDA	PARROQUIA: GUANUJO
EDAD: 40 AÑOS	ETNIA: INDIGENA
EDUCACION: PRIMARIA	NIVEL SOCIO ECONOMICO: BAJA
RELIGION: CATOLICA	OCUPACION: AGRICULTORA, AMA DE CASA
TIPO DE SANGRE : O+	NACIONALIDAD: ECUATORIANA

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad llega a emergencia de forma ambulatoria, por presentar cuadro clínico de 2 días de evolución con un embarazo de 36 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación no confiable, caracterizado por cefalea de leve a moderad intensidad con un Eva 8/10, mas visión borrosa, paciente refiere que luz del sol le fatiga, y que no

asisto controles prenatales regularmente en el subcentro de salud correspondiente a su residencia.

HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

Tabla 5: antecedentes personales y familiares

Antecedentes personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	Madre Diabética
Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Antecedentes alérgicos	No refiere
Hábitos	No alcohol, no droga

Elaborado por: estudiante egresado obstetricia John Capio L.

Tabla 6: Antecedentes gineco-obstétrico.

Menarquia: 13 años	Controles prenatales 1
Ciclos menstruales: irregulares	Ecografías obstétrica : 0
Gestas: 3 Partos: 3 Abortos: 0 cesárea: 0	Dismenorrea: si

Fecha de ultima menstruación: 1 enero 2021	Edad gestación: 36 semanas por FUM incierto
Parejas sexuales: 1	

ANAMNESIS

Siendo las 10 am paciente femenina de 40 años de edad, con un embarazo de 36 semanas de gestación por ecografía, es ingresada al área de ginecología por presentar cuadro clínico de dos días de evolución caracterizado por signos y síntomas neurológicos que de leve a moderada intensidad como: cefalea persistente, escotomas centellantes, acufenos, molestias a la luz, visión borrosa, náuseas y dolor abdominal en el epigastrio. Ingresada con un score mama de 7 puntos. Signos vitales: presión arterial de 145/90, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura de 37 grados, saturación de oxígeno de 98%, proteinuria positiva ++, se activa clave obstétrica, por lo que se inicia 10mg nifedipina cada 20 mnt se canalizo vía intravenosa, tomas de muestra de laboratorio, examen físico: monitoreo fetal y ecografía obstétrica, se repite score mama en 15 mnt hora (10:15am), por lo que realiza tensiones arteriales 150/100, con score mama de 8 puntos.

Reporte de ecografía intrahospitalaria: producto único vivo cefálico longitudinal, peso 3.200 gramos, frecuencia cardiaca 148 latidos por minutos, ILA de 9, placenta en grado 3 fúngica.

Edad gestacional: 36 semanas de gestación +/-.

Monitoreo fetal: monitoreo cardiotocografico reporta monitoreo categoría 1 con frecuencia cardiaca fetal basal 145 latidos por minuto con variabilidad moderada.

EXAMEN FÍSICO

Cabeza: normo cefálica, facies pálida, no hematomas, ojos simétricos foto – reactivos.

Mucosas: orales húmedas.

Coello: móvil sin adenopatías.

Tórax: simétrico y expansible, ambos campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos, mamas simétricas.

Abdomen: útero gestante con producto único vivo por embarazo de 36 semanas de gestación por eco, altura uterina 37 cm, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca respiratoria de 148 latidos por minuto, dorso derecho.

Región inguinogenital: no se muestra perdidas transvaginales, se observa una secreción blanquecina sin mal olor en moderada cantidad.

Tacto vaginal: pelvis útil, membranas integra, cérvix central dilatado 1 cm, borrado 10%, consistencia de cuello uterino medio, altura de presentación fetal móvil.

Tabla 7: Signos vitales y score mama al ingreso

SIGNOS VITALES		Puntaje
Frecuencia cardiaca	90 lpm	0
Frecuencia respiratoria	20 rpm	0
Tensión arterial	145/90	4
Saturación de oxígeno	98%	0
Temperatura	37	0
Proteinuria	Positivo (+)	1
Estado de conciencia	Confusa	2

Se le realizo score mama 10:15 am, con score mama de 8 puntos por tensión arterial 150/100 mmHg, estado de conciencia confusa, y proteinuria en orina ++.

INFORME DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

HEMOGRAMA			
Exámenes	Resultados	Unidad	Rango referencial
Leucocitos	*17.86x	10 ³ /UI	5-10
Neutrófilos	*87.9%	%	50-70
Linfocitos	*7.2	%	20-40
Hematocritos	*34.2	%	37-47
Hemoglobina	*10.9	g/dl	11-15
Hematíes	*4.29	X10 ⁶ /UI	3.5-5
Plaquetas	140.000	10 ³ /UI	150-450

BIOQUÍMICA			
Exámenes	Resultados	Unidad	Rango referencial
Glucosa	86.8	mg/dl	70-110
Urea	19.3	mg/dl	15-48.50
Creatinina	0.55	mg/dl	0.50-1.20
TGO	60	U/L	32
TGP	65	U/L	32
LDH	600	U/L	207-414

BILIRRUBINAS			
Bilirrubina total	*0.53	mg%	0-1.2
Bilirrubina directa	*0.16	mg%	0.1-0.3
Bilirrubina indirecta	*0.37	mg%	Hasta 1.0

UROANALISIS			
Exámenes	Resultados	Unidad	Rango referencial
PH	6	mg/dl	X
Proteínas	++	mg/dl	X
glucosas	-	mg/dl	X
Leucocitos	6-8x/c	Xc	X
Hematíes	5-6x/c	Xc	X
Celulas epiteliales	++	--	X

SEROLOGIA			
Exámenes	Resultados	Unidad	Rango referencial
VIH	No reactivo	X	X
VDRL	Negativo	X	x
TIEMPOS			
TPT	*44.0	Seg	30-45
TP	13.0	Seg	32
LDH	600	U/L	207-414

TIPO DE SANGRE			
Grupo sanguíneo	Unidad	Rango	
O+			

			referencial
Sars COV- 2	No reactivo	X	X
IgM – IgG	Negativo	X	x

FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Para la determinación del diagnóstico presuntivo se tomó en cuenta el cuadro clínico evolutivo de la paciente como también factores de riesgo proteinuria en orina y alteración de la presión arterial, lo cual nos orientó a seguir la conducta de exámenes de laboratorio como son: un uro análisis, hemograma, bioquímica, perfil toxémico, entre otros exámenes de laboratorio.

Con exámenes de laboratorio y con dos o más criterios se concluyó el diagnóstico definitivo del presuntivo reportando TGO, TTP y LDH alterados más el cuadro clínico, mas alteración de la presión y score mama.

Diagnóstico definitivo: embarazo de 37 semanas de gestación por ecografía obstétrica, más multípara, más madre añosa, más preclamsia con signos de severidad. (Preeclampsia severa).

CONDUCTA A SEGUIR

- Activación de clave azul, se solicita personal de enfermería para canalizar venas y mandar exámenes de laboratorio.
- Inicio de nifedipina 10mg cada 20 minutos por un máximo de 60 gr y luego 10 mg cada 6 horas hasta un máximo de 120mg.
- Iniciar sulfato de magnesio de impregnación y luego mantenimiento.
- Se coloca sonda vesical número 16 con funda recolectora de orina.

- Se solicita exámenes de laboratorio: biometría matricial completa, química sanguínea, TP, TTP, enzimas hepáticas, proteinuria en 24 horas, glucosas, serología, PCR.
- Ecografía obstétrica fetal y monitoreo fetal STAT y cada 6 horas.

ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A RELIZAR

Los estudios científicos nos dan como conclusión que los factores de riesgos son determinantes en desenlace para el desarrollo de la preeclampsia, como sucede en este caso clínico. La paciente la cual es vulnerable, a factores de altos riesgos no modificable como es la situación socio- económica, la situación demográfica, la edad (40 años) y la multiparidad los cuales son muy representativos en la manifestación de esta enfermedad, aunque no encontremos antecedentes personales de preeclampsia en anteriores embarazos.

Además, este caso es uno de los tantos que han ocurrido en la emergencia sanitaria que enfrento nuestro país y el mundo, ya que imposibilito la asistencia a los subcentro de salud para evitar un posible contagio de Sars cov-2, lo que tuvo como consecuencia la no captación de esta paciente, para una planificación familiar antes del embarazo, el seguimiento de la gestación como medidas de control prenatal y aplicar medicina preventiva profiláctica, con calcio elemental, acidoacetilsalisilico y otras indicaciones como también valoraciones.

INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES

No existe tratamiento farmacológico para la cura, como tampoco existe tratamiento eficaz para la prevención, las conductas a seguir son estudios científicos bajo experiencias, como es el estudio de los factores de riesgo altos y bajos, como es el uso de calcio y ácido acetil salicílico como profilaxis, para la crisis hipertensiva nifidina 10mg, hidralaxina, para protección de órganos sulfato de magnesio. Es recomendado como tratamiento eficaz la terminación del embarazo bajo los siguientes criterios:

- Cuadro clínico neurológico evolutivo con signos y síntomas de deterioro.
- Daños a órganos blancos, con estudio de exámenes de laboratorio, con alteraciones de perfil toxémico con LDH: 600, alteraciones hematológicas de plaquetas 140.000.
- Pérdida del bienestar fetal: alteraciones de monitoreo fetal con taquicardia.

Se le realizó el ingreso a la paciente con las siguientes indicaciones en sala de preclánticas en el área de ginecología – obstetricia con sulfato de magnesio de impregnación y mantenimiento para prevención de eclampsia, presentando tensión arterial intermitente 150/100mmHg, con score mama 8 puntos, con el plan terapéutico parto fisiológico por inducto-conducción, con misoprostol 0.25 mcg sub-lingual.

Indicaciones:

1. Ingreso a ginecología
2. Nada por vía oral Score mama cada 15 minutos.
3. Colocar sonda vesical.
4. Control de Root
5. Control de diuresis horaria
6. Proteinuria en 24h
7. Exámenes de laboratorio
8. Monitoreo fetal stat y cada 6 horas
9. Control obstétrico cada stat y cada 4 horas

10. Sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónica, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).

11. Nifedipina 10 mg cada 20 minutos.

12. Inducción de parto 0.25 mcg de misoprostol cada 4h.

Plan terapéutico: parto fisiológico, se realiza inducción con un Bishop de 3 puntos, con 0.25 mcg de misoprostol sub-lingual cada 4 horas con valoración.

SEGUIMIENTO

Evolución nocturna	Prescripción médica.
<p>Paciente de sexo femenino de 40 años de edad, con diagnóstico: embarazo de 37 semanas de gestación por eco + preeclampsia con signos de severidad+ madre añosa + múltipara+ trabajo de parto en fase latente. Paciente refiere dolor de cabeza de moderada intensidad, refiere mitigación del dolor abdominal. Paciente orientada en tiempo y espacio, afebril hidratada.</p> <p>score mama:</p> <p>TA: 150/90</p> <p>FR: 20</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta solida 2) Control de signos vitales y score mama cada 30 minutos. 3) Reposo absoluto 4) Control de ingesta y escreta 5) Diuresis horaria 6) Control de roots y frecuencia respiratoria 7) Monitoreo fetal STAT cada 6 horas 8) Control obstétrico cada 4 horas y STAT 9) sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o (1

<p>FC: 92 T°C: 37 SATO2:97% CONCIENCIA: ALERTA PROTEINURIA: ++ Mamas: turgentes, simétricas. Abdomen: útero gestante con producto único vivo por embarazo de 36 semanas de gestación por eco dorso derecho. Altura de fondo uterino: 37cm, actividad uterina 2/10/26sg movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal 147lpm. Región inguinogenital Al tacto vaginal: plano I, dilatado 3 cm, Borrado: 30%, cérvix central de consistencia media, no se evidencia sangrado transvaginal. Bishop 6 puntos favorable. Paciente con evolución favorable</p>	<p>g/hora durante 12h)</p> <p>10)Nifidipina cada 6 horas.</p>
--	---

Evolución nocturna	Prescripción médica.
<p>Control obstétrico Movimientos fetales: presentes, perceptibles por la madre y por el examinador. Frecuencia cardiaca: 150 latidos por minuto, con monitoreo categoría 1. Actividad uterina: 2/10/26 sg Región inguinogenital: al tacto vaginal dilatado 3 centímetros, borrado 30%, cérvix central semiblando, plano I dorso derecho. No se evidencia perdidas</p>	<p>1) Se inicia conducción con oxitocina 10UI + cloruro de sodio, 6ml hora por bomba de infusión cada 20 minutos.</p>

transvaginales, bishop 6 puntos favorables, con tercera dosis de misoprostol de 0,25 microgramos.	
---	--

Evolución nocturna	Prescripción médica.
<p>Control obstétrico</p> <p>Frecuencia cardiaca fetal: 140 latidos por minuto.</p> <p>Movimientos fetales: presentes, perceptibles por el examinador.</p> <p>Actividad uterina: 3/10/38 sg</p> <p>Tacto vaginal: dilatado 6 centímetros, borrado 70%, cérvix central blando, plano I.</p>	<p>1) Control obstétrico cada hora.</p>

Evolución nocturna	Prescripción médica.
<p>Nota de parto</p> <p>Bajo normas de asepsia y antisepsia se atiende parto eutócico céfalo-vaginal con diagnóstico de embarazo de 37 semanas de gestación por eco + trabajo de parto en fase activa + multípara + madre añosa + preclamsia con signos de severidad, obteniendo producto único vivo de sexo femenino con líquido amniótico claro.</p> <p>APGAR: 8 – 9</p> <p>Capurro: 38</p> <p>Peso: 3000 gr</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta blanda 2) Control de signos vitales STAT 3) Score mama cada hora 4) Masaje uterino cada 20 minutos por dos horas 5) Control de involución uterina y sangrado. 6) Oxitocina 10 ml pasar con cloruro de sodio al 0.9 % 1000 ml a 120 gotas hora por bomba de infusión. 7) En 2 horas post parto pasar (10 g) sulfato de magnesio +

<p>Talla: 55cm</p> <p>Perímetro cefálico: 34 cm</p> <p>Se manejó trabajo de parto con retiro de placenta con tracción y contra tracción, se aplicó oxitocina intramuscular.</p> <p>Sangrado: 400 cc</p> <p>No desgarro</p> <p>No episiorrafia</p> <p>Se aplicaron normas Esamyn.</p> <p>Apego precoz inmediato</p> <p>Lactancia materna exclusiva.</p>	<p>450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión (1 g/hora).</p>
--	--

OBSERVACIONES

La decisión terminar el embarazo de 36 semanas de gestación por parto eutócico se determinó en base a la evolución favorable de mitigación de signos y síntomas vasomotores, exámenes de laboratorio, presentaba LDH 600 alterada, presentaba TPT y TP no mayor a 70 según la guía práctica clínica, la cual describe que, si no están alterados de forma conjunta estos resultados, la preeclampsia severa, no ha evolucionado aun peor pronóstico, (síndrome de Hellp).

Además, otros de los criterios que se tomo fue la plaqueta de 140.000 ya que en parto vaginal sería menor la pérdida de sangre que en una cesárea de emergencia, no habiendo suficiente criterio para esta. Lo estudios ecográficos presentaba aun feto viable con buen peso, con frecuencia cardiaca fetal basal dentro de los parámetros normales, además los monitoreos fetales eran categoría 1 con buena variabilidad, descartando diestres fetal.

Fue la más apropiada, la conducta de inducción y conducción evoluciono favorablemente, con una buena dinamica uterina, un buen trabajo de parto (dilatación, borramiento, descenso del feto). Tomando en cuenta el estado de la madre gestante y de la vida intra-uterio, la paciente presentaba signos y síntomas vasomotores los cuales había sido mitigados con tratamientos farmacológicos bajo constante vigilancia médica y de enfermería, sus presiones no eran normo tensa, pero daba oportunidad de seguir con conducta medica de terminar el embarazo por vía baja. Durante el parte no hubo un sangrado mayor a 500cc, se recuperó el tono uterino, se obtuvo un recién nacida de sexo femenino APGAR 8-9 de 37 semanas de gestación por Capurro.

CONCLUSIONES:

Paciente vulnerable con factores de riesgos altos, baja escolaridad, multípara, madre añosa solo con un control prenatal durante embarazo, su cuadro clínico fue eminente con tensión arterial al ingreso de 140/90 la cual era intermitente hasta 150/100mmHg , con signos, síntomas vasomotores, con perfil toxemico alterado lo cual fue crucial para el diagnóstico de preeclampsia severa y tomar conducta obstétrica, paciente presentaba un embarazo de 37 semanas gestación por ecografía, con producto viable con frecuencia cardiaca basal, buen pesos, ILA 8.

Por lo que se decidió terminación del parto por vía baja con un Bishop de 3 puntos desfavorable, e iniciando inducción con misoprostol 0.25 sublingual cada 4 horas(valoración), en su tercera dosis(misoprostol) la paciente respondió bien, dilatando, borrando cuello uterino y descendiendo a plano I, con una dinamica 3/10/26 sg, con Bishop favorable de 6 puntos para iniciar oxito-conducción 10ui más 0.9% Na, el parto se dio en horas de la madrugada con conducción de 32ml/h por bomba de infusión, con buena actividad uterina siendo un parto favorable y rápido, obteniendo un recién nacido de sexo femenino, con buen peso al nacer APGAR 8-9, Capurro de 37, el sangrado de 400 cc no hubo episiotomía, no episorrafia, paciente estuvo 2 horas en observación en quirófano controlando signos vitales e involución uterina, control de sangrado. Después de quirófano se continuo con nifidipina, sulfato de magnesio de mantenimiento, por lo que paciente mejoro sus presiones arteriales y estabilizándose.

Referencias

(s.f.).

BRIONES, V. A. (2020). *REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO* . Obtenido de REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO : REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

DAYANNA, P. O. (OCTUBRE de 2020). *REPOSITORIO DE TESIS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL*. Obtenido de REPOSITORIO DE TESIS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52474/1/CD-3296-PALMA%20CHOA%20-%20P%c3%81STOR%20FEIJO%c3%93.pdf>

ECUADOR, M. D. (DICIEMBRE D de 2016). *GUIA PRACTICA CLINICA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO*. Obtenido de GUIA PRACTICA CLINICA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

ECUADOR, M. D. (DICIEMBRE de 2016). *GUIA PRACTICA CLINICA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO*. Obtenido de GUIA PRACTICA CLINICA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

Friel, L. A. (ABRIL de 2020). *MANUAL MSD*. Obtenido de MANUAL MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/hipertensi%C3%B3n-en-el-embarazo>

Gómez Carbajal, L. M. (2014). Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia: update. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 321-332.

ONU. (s.f.). *ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS* . Obtenido de ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

OPS. (1 de AGOSTO de 2019). *OPS*. Obtenido de OPS: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>

Ruiz, A. M. (2014). *MARCADORES BIOQUÍMICOS PREDICTORES DE PREECLAMPSIA*. Obtenido de MARCADORES BIOQUÍMICOS PREDICTORES DE PREECLAMPSIA: http://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/08/Trabajo_completo.pdf

