



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Obstetriz

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 18 AÑOS CON TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EMBARAZO DE 38.5 SEMANAS

AUTORA

AMBAR JAENA CARVAJAL CEREZO

TUTOR

DR. EDMUNDO ENCALADA SALCEDO

BABAHOYO- LOS RÍOS- ECUADOR

2022

INDICE

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
1.MARCO TEORICO	11
Definición	11
Tipos de Trastornos Hipertensivos.....	11
Hipertensión Gestacional.....	12
Preeclampsia	12
Hipertensión crónica	13
Preeclampsia superpuesta	13
Etiología	14
Fisiopatología.....	15
Diagnostico	15
Prevención	16
Tratamiento.....	17
1.1. Justificación.....	19
1.2. Objetivos	20
1.2.1. Objetivo general.....	20
1.2.2. Objetivos específicos.....	20
1.3. Datos Generales	21
2.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	21
2.1. Análisis del motivo de consulta	21
2.2. Historial clínica del paciente	21

2.3. Anamnesis	22
2.4. Exploración clínica	23
2.5. Información de exámenes complementarios realizados.....	24
2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo	24
2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	25
2.8. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	25
2.9. Seguimiento	26
2.10. Observación	28
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS	30
ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Índice de valores de Hipertensión arterial-----	11
Tabla 2: Complicaciones de la preeclampsia -----	12
Tabla 3. Factores asociados con trastornos hipertensivos -----	14
Tabla 4. Tratamiento en tipos de trastornos hipertensivos -----	17

DEDICATORIA

El presente caso de estudio lo dedico principalmente a Dios por ser la fortaleza y fuerza para continuar este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres Nelson y Sandra a mi esposo Hugo que han sido el pilar fundamental por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años que con sus oraciones, consejos y ánimos me han hecho mejor persona y de una forma u otra me acompañan en todos mis sueños y metas.

Ambar Jaena Carvajal Cerezo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, por ser el apoyo y fortaleza en momentos de debilidad y dificultad.

A mi familia: Mis padres y mi esposo por ser los promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por sus consejos, principios y valores que me has inculcado.

Doy gracias a mi tutor el Dr. Edmundo Encalada Salcedo por haber compartido sus conocimientos quien me ha guiado con su paciencia y rectitud y por su valioso aporte en mi investigación.

Ambar Jaena Carvajal Cerezo

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

**CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 18 AÑOS CON TRASTORNO
HIPERTENSIVO EN EMBARAZO DE 38.5 SEMANAS**

RESUMEN

El caso clínico que se redacta se basa en paciente de 18 años primigesta con 38,5 semanas de gestación que fue ingresada a emergencia hospitalaria por presentar preeclampsia severa con cuadro de hipertensión arterial de 169/114 mmHg, cefalea, fotopsia, edema en ambos miembros inferiores por lo que personal obstétrico decide realizar exámenes de laboratorio que llegaron a determinar la presencia de trastorno hipertensivo, de tal manera se establece el debido tratamiento para lograr el bienestar materno y proceder con cesárea de emergencia.

La hipertensión gestacional a las seis semanas postparto mejora, pero en el caso de preeclampsia severa, la hipertensión y la proteinuria pueden permanecer de 3 a 6 meses después del parto. La presión arterial debe ser medida entre los 3 a 6 días posteriores al parto, ya que en estos días existe el pico de presión arterial posparto.

Por lo que paciente al ingresar a quirófano para cesarea de emergencia y se obtiene a recién nacido en condiciones clínicas estables culminando así la cirugía sin complicaciones, después de las 6 horas de parto un cuadro de convulsiones, hipertensión alta, hemorragia y fiebre de 39° C, se administra tratamiento de terapia antihipertensiva, vía intravenosa para su estabilización, y se procede a transferir con código rojo al Hospital Universitario de Guayaquil.

Palabras claves: primigesta, preeclampsia, eclampsia, morbilidad, mortalidad

ABSTRACT

The clinical case that is written is based on an 18-year-old primigravid patient with 38.5 weeks of gestation who was admitted to hospital emergency due to severe preeclampsia with arterial hypertension of 169/114 mmHg, headache, photopsia, edema in both limbs. So the obstetric staff decides to perform laboratory tests that came to determine the presence of hypertensive disorder, in such a way that the proper treatment is established to achieve maternal well-being and proceed with an emergency cesarean section.

Gestational hypertension at 6 weeks postpartum improves, but in the case of severe preeclampsia, hypertension and proteinuria may remain 3 to 6 months after delivery. Blood pressure should be measured between 3 to 6 days after delivery since postpartum blood pressure peaks on these days.

Therefore, when the patient entered the operating room for an emergency caesarean section, the newborn was obtained in stable clinical conditions, thus completing the surgery without complications, after 6 hours of delivery, a pattern of seizures, high blood pressure, hemorrhage, and a fever of 39° C, antihypertensive therapy treatment is administered, intravenously for its stabilization, and it is transferred with a red code to the University Hospital of Guayaquil

Keywords: primigravida, preeclampsia, eclampsia, morbidity, mortality

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo (HDP por sus siglas en inglés) son una de las cinco principales complicaciones que causan entre el 60% y el 80% de todas las muertes maternas. Los estudios indican que la HDP es la principal causa de mortalidad y morbilidad materna en todo el mundo especialmente en casos de preeclampsia grave, eclampsia y hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y síndrome de plaquetas bajas. (OMS, 2019). Aproximadamente 830 mujeres mueren diariamente en todo el mundo por causas relacionadas con el embarazo (OMS, 2019), de las cuales el 99% de las muertes se producen en países en desarrollo. En Ecuador los trastornos hipertensivos con cuadros de preeclampsia y eclampsia son las principales causas de fallecimientos maternos, y simbolizan el 27.53% (MSP, 2016).

El presente estudio se basó en un caso clínico de paciente primigesta de 18 años con 38,5 semanas de gestación, que es referida al Hospital Básico Rafael Serrano López, por presentar un cuadro de preeclampsia severa, con presión arterial de 169/114 mmHg, cefalea, fotopsia y edema de ambos miembros inferiores. Al llegar a la casa de salud paciente ingresa con vía periférica con dosis de mantenimiento sulfato de magnesio intravenoso a razón de 1 g/hora en infusión continua. La dilución debe hacerse en solución salina de 0,9 %. Preparación para intravenosa de mantenimiento en bomba de infusión: diluir cinco ampollas de sulfato de magnesio al 20 % (50 mL corresponde a 10g), en 450 mL de solución isotónica y administrar el volumen total de 500 mL a razón de 50 mL/hora. De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a 17 gotas por minuto.

Presión arterial 130/100 mmHg, eupneica 22 rpm, frecuencia cardiaca 104 lpm, hidratada, con uresis conservada, se decide el ingreso de paciente, se ordena también exámenes de laboratorio, y que sea preparada para cirugía de emergencia y control de bienestar materno-fetal. Luego de la cesárea de emergencia paciente a las 6 horas del puerperio inmediato, presenta cuadro de convulsión tónico clónico, acompañado de hemorragia postparto, fiebre de 39 grados. Por lo que se aplica en paciente terapia antihipertensiva y fue derivada al hospital Universitario de Guayaquil con código rojo, sin nuevos episodios de convulsiones, consiente, afebril, diuresis normal con score mama 9.

1. MARCO TEORICO

Definición

La presión arterial alta durante el embarazo, o hipertensión gestacional es la complicación más común y grave son una de las principales causas de problema tanto en salud y muerte de la madre como para el feto en muchas partes del mundo (OMS, 2019).

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son una de las causas mas importante de morbilidad grave y muerte de madres, fetos y recién nacidos. En América Latina, una cuarta parte de muertes maternas se relacionan con estas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Los índices para valorar la hipertensión arterial se muestran a continuación:

Tabla 1: Índice de valores de Hipertensión arterial

		RANGO
VALORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Normal	< 120/80 mmHg
	Elevado	120 a 129/<80 mmHg
	Hipertensión en estadio 1	130 – 139/80 – 89 mmHg
	Hipertensión en estado 2	>= 140/90 mmHg

Fuente: Manual MSD Hipertensión en embarazo

Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

(López Zapater, Maestre Aguilar, & Valdrés López, 2021) Aseguran que la presión arterial alta es un grupo de trastornos que ocurren durante el embarazo, y un vínculo entre ellos es la hipertensión alta, la cual puede causar secuela permanente como cambios hepáticos, renales o hematológicos y de esta manera aumentar la mortalidad infantil, asociado al retraso del crecimiento intrauterino y parto prematuro.

Tipos de Trastornos Hipertensivos

Según (Seguro Salinas, 2021) define la presencia de cuatro principales e importantes subtipos de trastornos hipertensivos durante el embarazo:

- Hipertensión gestacional.

- Preeclampsia.
- Hipertensión crónica.
- Preeclampsia superpuesta.

Hipertensión Gestacional

La hipertensión gestacional es conocida como la presión arterial alta durante el embarazo, esto ocurre en aproximadamente 3 de cada 50 mujeres en gestación. Esta condición se diferencia de la presión arterial crónica ya que esta ocurre cuando una mujer embarazada ya desarrollo presión alta antes de su proceso de embarazo, es decir, este problema solo suele iniciar en el segundo trimestre de embarazo, por lo general desaparece después del nacimiento (Irina, 2018).

TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg*, presente a partir de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria.

Preeclampsia

La preeclampsia es una dificultad del embarazo caracterizado por presión arterial alta y ocasiona daño generalmente en otros sistemas de órganos como el hígado y los riñones (Mayo Clinic , 2020). La preeclampsia usualmente comienza después de las 20 semanas de gestación de la mujer con presión arterial normal.

Si la preeclampsia no es tratada a tiempo por especialistas profesionales puede causar complicaciones muy graves e incluso la mortalidad maternal y fetal. Esta presenta dos complicaciones importantes las que se detallaran en la siguiente tabla:

Tabla 2: *Complicaciones de la preeclampsia*

	Definición	Signos y Síntomas	Factor de Riesgo
Eclampsia	Es una enfermedad de aparecer durante el embarazo y se caracteriza especialmente por la aparición de convulsiones, esto puede ocurrir en cualquier momento desde los últimos 3 meses de embarazo hasta el periodo postparto (Saudan, P., 2020).	Convulsiones (dolor de cabeza persistente generalmente en la frente o nuca, alteración visual, dolor abdominal, estado	Mujeres primigestas (incluyendo abortos). Mujeres menores de 18 o mayores de 35 – 40. Historial familiar.

		confusional).	Insuficiencia renal crónica.
Síndrome De Hellp	Es una complicación durante el embarazo aparece en el último trimestre y se caracteriza por la presencia de hemolisis, incrementando las enzimas hepáticas (Agüero Sánchez, 2020).	Visión borrosa. Nauseas. Vómitos. Dolor en el hombro al respirar, fuerte sangrado y sensación de hinchazón.	Obesidad.

Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

Hipertensión crónica

Es la presión arterial que ejerce con fuerza la sangre contra las paredes de la arteria cada vez que el corazón late, bombea sangre a través de las arterias. La presión más alta ocurre cuando el corazón late y bombea sangre, es decir la presión arterial alta aumenta diariamente el riesgo de ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares (Stanford Medicine, 2021). La presión arterial en adultos se define como la presión arterial alta en los siguientes rangos:

- \geq a 140 mmHg o presión sistólica, denominada así porque es la presión que alcanza el máximo cuando el corazón se contrae y bombea sangre.
- \geq a 90 mmHg conocida como presión diastólica ya que esta entre cada latido cuando el corazón se encuentra en reposo.

TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg* presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste después de las 12 semanas del posparto y ausencia de proteinuria (excepto si hay lesión renal).

Preeclampsia superpuesta

Esta condición ocurre en mujeres a las que se les diagnostica presión arterial crónica antes del embarazo y que luego desarrollan una exacerbación de la presión arterial alta, proteína en la orina u otras complicaciones de salud durante el proceso de gestación (Pereira Calvo, Pereira Rodríguez, & Quirós Figueroa, 2019). Teniendo en cuenta que en mujeres con enfermedad renal crónica, el diagnóstico se realiza cuando se asciende tanto la proteinuria como la presión arterial, en cambio en mujeres sanas el diagnóstico es más complejo por

lo que es importante estar atento a los signos previamente descritos en preeclampsia.

Etiología

Todavía no se conoce la causa de la hipertensión a menos que sea alta. Sin embargo hay varios factores de riesgo que llegan a producirla como: el envejecimiento, el consumo excesivo de sal entre otras.

Un estudio ha demostrado de la presencia de presión arterial alta principalmente entre adultos de 20 a 79 años. Algunos de los factores más prevalentes se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Factores asociados con trastornos hipertensivos

Sal (cloruro de sodio)	Es un factor que contribuye especialmente entre las personas sensibles a la sal. El consumo excesivo de esta sustancia contribuye en gran medida a la aparición a la hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares.
Estilo de vida sedentario	Es un término médico para definir un estilo de vida con poca actividad física la mayoría de las enfermedades como la hipertensión arterial están directamente relacionados por la falta de ejercicios.
Obesidad	Importante problema de salud pública en mujeres gestantes ya que el almacenamiento excesivo de grasa corporal y peso es uno de los factores casuales de la presión arterial alta poniendo en riesgo al feto y la madre.

Fuente: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207e.pdf>
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo.

Fisiopatología

La patogenia precisa de la enfermedad aún se desconoce, sin embargo, con estudios epidemiológicos y datos experimentales puede haber una mejor comprensión de la fisiopatología involucrada en este trastorno (Dulay A. , 2020)

Las investigadoras (Abebe Wall & Woretaw Azagew , 2019) realizaron una publicación sobre la prevalencia del trastorno hipertensivo del embarazo y factores asociados entre las mujeres embarazadas, donde determinaron que las probabilidades de edad de las encuestadas menores de 24 años tenían un 69% menos de probabilidades de desarrollar un trastorno hipertensivo del embarazo en comparación con las personas mayores de 35 años (AOR = 0,31; IC del 95 %: 0,05, 0,027). Las mujeres embarazadas que tienen antecedentes familiares de hipertensión tenían 7,8 veces más probabilidades de desarrollar un trastorno hipertensivo del embarazo en comparación con aquellas mujeres embarazadas que no tenían antecedentes familiares de hipertensión. Además, las usuarias de alcohol durante el embarazo actual tienen dos veces más probabilidades de desarrollar trastorno hipertensivo del embarazo en comparación con las no usuarias.

Diagnostico

La presión arterial debe medirse en cada visita prenatal con un manguito del tamaño adecuado y la paciente en posición sentada. Los criterios de diagnóstico para la preeclampsia son presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más o una presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más. En dos ocasiones con al menos seis horas de diferencia. Un aumento de 30 mm Hg en la presión sistólica o de 15 mm Hg en la diastólica desde el inicio ya no es diagnóstico de preeclampsia porque los aumentos similares son comunes en embarazos sin complicaciones.

Para hablar de proteinuria, debemos tener un valor ≥ 300 mg en orina de 24 horas, o relación proteinuria/creatinuria en muestra aislada \geq de 30 miligramos sobre milimoles (mg/mmol) o ≥ 0.26 mg proteinuria/mg de creatinuria y/o proteinuria al azar con tira reactiva $\geq 1+$. Para el diagnóstico presuntivo de trastornos hipertensivos del embarazo es importante considerar la determinación de proteinuria en 24 horas. (89,90) De igual manera, es un método recomendado para la determinación Trastornos hipertensivos del embarazo. 30 de proteinuria significativa la relación proteinuria/creatinuria en una muestra aislada con valor \geq

30 mg/mmol o \geq de 0.26 miligramos sobre miligramos (mg/mg). (36,91) En caso de no contar con métodos cuantitativos se podría usar la tirilla reactiva como un examen para identificar sospecha diagnóstica de preeclampsia.

Preeclampsia severa: La preeclampsia se caracteriza como leve o grave según el grado de hipertensión y proteinuria, y la presencia de síntomas derivados de la afectación de los riñones, el cerebro, el hígado y el sistema cardiovascular. La cefalea intensa, las alteraciones visuales y la hiperreflexia pueden señal de eclampsia inminente.

Puede ocurrir aumento de la resistencia vascular periférica y edema pulmonar. Una tasa de filtración glomerular disminuida puede progresar a oliguria e insuficiencia renal aguda. El aumento de la tasa de filtración glomerular del embarazo reduce la creatinina sérica y los niveles superiores a 0,9 mg por dL (80 μ mol por L) son anormales en el embarazo. Las manifestaciones hepáticas incluyen niveles elevados de transaminasas, hemorragia subcapsular con dolor en el cuadrante superior derecho y ruptura capsular con hemorragia intraabdominal potencialmente mortal. Las complicaciones obstétricas incluyen crecimiento intrauterino retardado, desprendimiento de placenta y muerte fetal.

Prevención

No ha existido un método rotundo para la prevención de trastornos hipertensivos en mujeres gestantes. Sin embargo los autores (Pereira Calvo, Javier ; Pereira Rodríguez, Yuliana; Quirós Figueroa, Luis, 2020) en su artículo titulado Actualización de preeclampsia en la Revista Médica Sinergia aseguran que las aspirinas en pequeñas dosis podría reducir de alguna manera la presencia de los trastornos hipertensivos, cabe aclarar que este consumo se debe realizar bajo prescripción médica. Así mismo los autores consideran que el calcio por presentar óxido nítrico es otra medida a considerar para la prevención de la preeclampsia.

En base a la evidencia actual, se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12* semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional.

Tratamiento

En la siguiente tabla se detallaran los diferentes tratamientos con sus respectivas dosis:

Tabla 4. *Tratamiento en tipos de trastornos hipertensivos*

Hipertensión Gestacional	La farmacoterapia está indicada solo en casos de presión arterial diastólica persistente >100 mmHg. Teniendo en cuenta que la paciente debe llevar una dieta la cual contiene proteínas y nutrientes para su salud.
Preeclampsia leve	<p>El único tratamiento para la preeclampsia es interrumpir el embarazo. Si no hay compromiso de la madre ni del feto entonces se considera a partir de la semana 37 de gestación. La terapia con medicamentos se recomienda solo en casos de presión arterial diastólica continua de 100 mmHg o presión arterial sistólica de 160 mmHg o en casos de variación significativa durante el día en la presión diastólica, incluirá el siguiente tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Labetalol</u> por vial oral 100/200 mg cada 6-8 horas. Dosis máxima al día es de 2400 mg.• <u>Hidralazina</u> intravenoso, dosis 5 mg si la TA no disminuye se continua dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos o 0.5 a 10 mg hora por via intravenosa. Dosis maxima 20 mg IV o 30 mg IM• <u>Alfa-metildopa</u> via oral, dosis 250/500 mg cada 8 horas.
Preeclampsia severa	<p>El tratamiento definitivo seria en la finalización del embarazo si la edad gestacional es mayor a 34 semanas (o menor si se observa madurez pulmonar fetal) o cuando existe daño para la vida de la madre o del feto en cualquier etapa del embarazo.</p> <p>En caso que la maduración pulmonar fetal este incompleta entre las semanas 24 y 34 de gestación el tratamiento a seguir es:</p> <ul style="list-style-type: none">• Corticoides via intramuscular, dosis 12 mg de Betametasona cada 24 horas durante 2 días. <p>En cambio el tratamiento para el control de signos y síntomas maternas es:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Labetalol</u> 20 mg via intravenosa (IV) si no se controla la presión se repite con 40 mg cada 10 minutos doblando la dosis hasta 220 mg.• <u>Hidralazina</u> de 5 mg puede repetir cada 10 minutos hasta un máximo de 40 mg.

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Nifedipina</u> via oral, dosis 10 mg cada 6-8 horas. • <u>Nitroprusiato sódico</u> como última opción ya que es fetotóxico solo se aplica si han fracasado los demás tratamientos.
<p>Eclampsia</p>	<p>El procedimiento será el mismo en la preeclampsia grave se administrara de la misma manera en el caso de eclampsia donde han comenzado las convulsiones el tratamiento incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Sulfato de magnesio</u> dosis 4gr via IV seguida de dosis de mantenimiento continua de 2 gr/h si se produjera una nueva convulsión puede administrar otro bolo de 2gr. <p>Si dos de estos bolos no controlan las convulsiones deben considerarse otros medicamentos:</p> <p>-Diazepam 5 a 10 mg intravenoso cada 5 a 10 minutos a una velocidad \leq a 5 mg/min y la dosis máxima de 30 mg. El diazepam controla las convulsiones a los 5 minutos en más del 80 % de las pacientes. (148)</p> <p>-Midazolam 1 a 2 mg intravenoso en bolo a una velocidad de 2 mg/minuto. Se pueden administrar bolos adicionales cada 5 minutos hasta que cedan las convulsiones (dosis máximo de 7.5 mg).</p>

Fuente: Revista Sanitaria de Investigación
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

1.1. Justificación

La hipertensión es el problema médico más común que se encuentra durante el embarazo y complica hasta el 10% de estos (Moncloa, Bryce Alfonso; et al, 2018). Los trastornos hipertensivos en el embarazo pueden causar morbilidad materna y fetal, y siguen siendo una fuente importante de mortalidad materna.

A nivel mundial existe desacuerdo sobre muchos aspectos de la clasificación, diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. (MSP, 2016) Esta falta de consenso dificulta la capacidad para estudiar no solo las tasas inmediatas de resultados maternos adversos para los diversos trastornos hipertensivos en el embarazo, en particular la preeclampsia, sino también los resultados de salud a largo plazo de las mujeres que sobreviven a esta afección. También tiene un impacto en la investigación sobre la fisiopatología de esta afección y casi con certeza ha retrasado el desarrollo de pruebas de detección y tratamientos efectivos, lo que lleva a peores resultados del embarazo.

Estableciendo esta óptica y en correlación con el caso vivenciado en el Hospital Básico Rafael Serrano López durante el tiempo de internado, donde paciente de sexo femenino, primigesta de 18 años con 38,5 semanas de gestación es referida a dicho centro de salud presentando trastorno hipertensivo con cuadro de preeclampsia severa, y es en este punto cuando surge la necesidad de que el presente caso clínico permita identificar tratamientos, causas y factores de riesgos que conllevan este problema médico en pacientes gestantes.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Analizar los métodos de prevención desde una adecuada planificación familiar para evitar y disminuir la tasa de mortalidad materna por trastornos hipertensivos.

1.2.2. Objetivos específicos

- Conceptualizar tipos de trastornos hipertensivos según el trimestre de gestación.
- Definir causas y factores de riesgos maternos, fase postparto en paciente con trastorno hipertensivo.
- Identificar el tratamiento en paciente con trastorno hipertensivo después de fase postparto.

1.3. Datos Generales

Hospital	Rafael Serrano López	Cantón	Salinas
Lugar de nacimiento	Santa Elena	Nacionalidad	Ecuatoriana
Dirección residencia	Bario la concepción	Sexo	Femenino
Parroquia	Santa rosa	Edad	18
Día referida	2021-05-10	Hora referida	13:00:28

Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, acude a esta unidad de salud referida de Centro de Salud “Santa Rosa” por presentar cuadro de preeclampsia severa con Embarazo de 38.5 semanas de gestación, con indicación para consulta y preparar cirugía de emergencia para el control y bienestar materno fetal debido a patología de base.

2.2. Historial clínica del paciente

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	
Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	Diabetes abuelo materno
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	Penicilina
Hábitos:	No refiere

Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

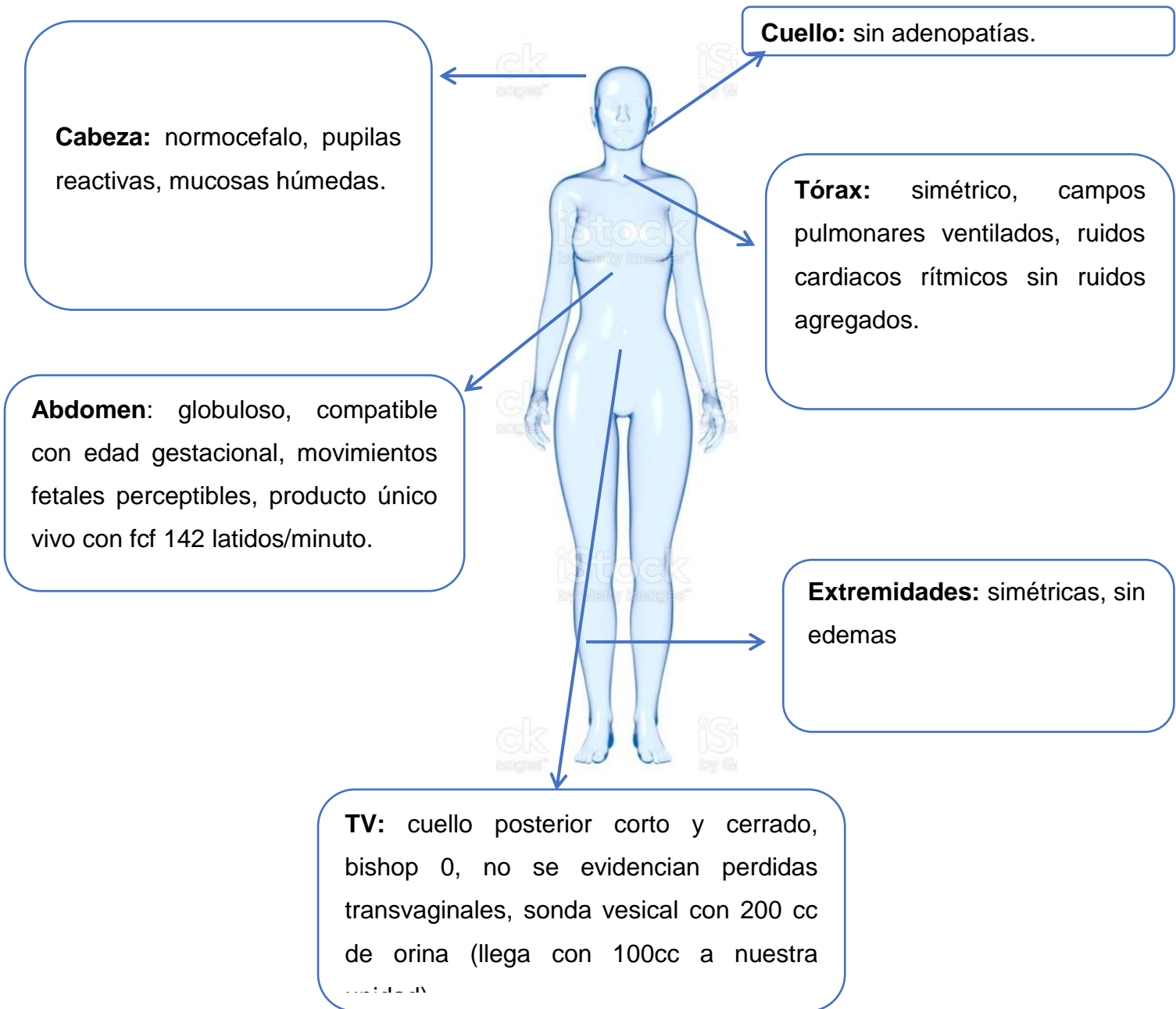
ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS	
Menarquia: 11 años	Ciclos menstruales: Regular.
Planificación familiar: no uso de anticonceptivos	Inicio de vida sexual: 18
Parejas sexuales: 1	Gestas: 0; P: 0; A: 0; C: 0
FUM: 13/08/2020	Controles prenatales: CS. "Santa Rosa"
Vacunas: completas.	Ecografía en Cs: 1
PIG: No refiere	ITS: ninguna

*Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo*

2.3. Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 18 años de edad primigesta cursando embarazo de 38.5 semanas de gestación es referida a nuestra unidad hospital Básico Rafael Serrano López, por cuadro de preeclampsia severa refiere a ver acudido al centro de salud santa rosa por presentar cuadro clínico de varias horas de evolución caracterizado por hipertensión arterial 169/114 mmHg, cefalea, fotopsia y edema ++ de ambos miembros inferiores por lo que activan clave azul y deciden trasladar al paciente. Paciente a la llegada a nuestra emergencia ingresa con vía periférica con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio y refiere a ver administrado 1 dosis de nifedipina 10mg. al momento de recepción en conjunto con jefe de guardia paciente despierta, orientada, colaboradora con el interrogatorio, afebril 36°, con presión arterial 130/100 mmHg, eupneica 22 rpm, frecuencia cardiaca 104 lpm, hidratada, con uresis conservada, proteinuria positiva, saturando al ambiente 98%, se encuentra en condiciones clínicas de cuidado. Score mama 4 refiere encontrarse asintomática al momento se realiza control de bienestar fetal con reporte de 142 latidos/minuto, no dinámica uterina, monitoreo categoría 1 se decide ingreso hospitalario, exámenes de laboratorio, preparar para cirugía de emergencia y control de bienestar materno fetal subsecuente.

2.4. Exploración clínica



Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

2.5. Información de exámenes complementarios realizados

Ecografía presentada al ingreso de paciente a la unidad de emergencia en el Hospital Básico Rafael Serrano López.

FECHA DE ECOGRAFÍA (29/12/2020):
Al rastreo ecográfico: se reporta feto único vivo, presentación: transverso, placenta: sin partículas flotantes de localización fundida grado 0 ausencia de hematomas o desprendimientos, frecuencia cardiaca fetal: latidos cardiacos rítmicos normales, líquido amniótico: presente en cantidad normal sin señal de oli o poli hidramnios con ILA de 12ml, peso fetal: 353 gramos.
ID: Embarazo de 19.5 semanas de gestación.

EXAMENES DE LABORATORIO	
HEMOGRAMA	
HBG	12,30 g/dl
HCT	37,00%
BIOQUÍMICA	
Urea	28,20 mg/dl
Creatinina	0,88 mg/dl
Proteínas T.	6,71 g/dL
Albumina	4,00 g/dL
Fosfatasa alcalina	350,70 U/l
Gamma – GT	12,82 U/l
LDH	1.001,0 U/l

Fuente: Laboratorio clínico del hospital básico Serrano López.

Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO INICIAL	<ul style="list-style-type: none">• Supervisión de embarazo de alto riesgo.• Preeclampsia severa.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	<ul style="list-style-type: none">• Parto por cesárea de emergencia.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO INICIAL	<ul style="list-style-type: none">• Eclampsia en el puerperio.

Fuente: Historia Clínica del paciente

Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

La preeclampsia severa es una patología asociada en embarazos por factores de riesgos involucrados como: edad menor a 18 o mayor a 35 – 40 años en mujeres primigestas, presentar antecedentes familiares, mantener una vida sedentaria que incite a la obesidad o el consumo excesivo de cloruro de sodio.

En el caso clínico se presenta paciente primigesta de 18 años con 38,5 semanas de gestación quien no tuvo una planificación familiar previa, además presenta antecedentes patológicos familiares específicamente en abuelo materno con diabetes, todos estos factores conllevan a que paciente presente preeclampsia severa. Por lo que paciente es ingresada a emergencias con hipertensión arterial de 169/114 mmHg, cefalea, ftopsia y edema en extremidades inferiores, tras exámenes se establecen signos bishop 0, score mama inicial de 4 y diuresis normal. Paciente recibe respectivo tratamiento basado en sulfato de magnesio, dosis de mantenimiento, y nifedipina que permite la estabilización materna para poder realizar parto por cesárea de emergencia.

2.8. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Después de revisar los exámenes de laboratorio que fueron realizados en paciente gestante al momento de su ingreso en área de emergencia hospitalaria, se pudo establecer tratamiento para bienestar materno y proceder a cesaría de emergencia por presencia de preeclampsia severa, obteniendo resultados fetales favorables. Mas sin embargo paciente comienza a presentar anomalías a las 6 horas del parto, con cuadro de convulsiones, hemorragia y fiebre de 39º grados, por lo que se activa clave de emergencia y se procede a tratamiento basado en sulfato de magnesio, fenitoina, lidocaina intravenosa, dexametazona, paracetamol y misoprostol. Luego de tratamiento paciente no presento las mejorías que se esperaban mostrando cifras de tensión arterial de 150-90 mmHg y taquicardia por lo que se continua tratamiento para lograr estabilización y procede a ser transferida con código rojo al Hospital Universitario de Guayaquil.

2.9. Seguimiento

PRIMER DIA HOSPITALIZACIÓN

2DA EVOLUCIÓN (2021-05-10 A LAS 13:37:30)

NOTA DE EVOLUCION	
Primigesta de 38,5 semanas, recibida como código azul por preeclampsia severa, se activó clave a su llegada, con signos de gravedad referidos antes, aquí niega síntomas, con edema marcado en miembros inferiores y abdomen.	
SIGNOS VITALES	TRATAMIENTO
Bishop 0, score mama inicial de 4, diuresis normal,	Sulfato de magnesio, dosis de mantenimiento, y segundo nifedipino administrado por cifras de tensión constatadas a su llegada de 130/100 mmHg
EXAMENES FISICOS	
tono uterino normal, movimientos fetales activos, cefálico, dorso izquierdo frecuencia cardiaca fetal 144 lat/min, tacto vaginal cuello posterior, corto cerrado, cefálico, alto, promontorio no accesible, miembros inferiores con edema marcado xxx, reflejos osteotendinosos normales	

Fuente: Historia Clínica del paciente

Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

3ERA EVOLUCIÓN (2021-05-10 A LAS 15:08:11)

NOTA DE EVOLUCION
Bajo anestesia neuroaxial, previa antisepsia asepsia de región abdomino genital, se procede a realizar incisión tipo phannestiel que involucra piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis muscular, divulsión de rectos anteriores, apertura de peritoneo parietal, visualización de útero grávido, histerotomía arciforme tipo kerr, obtención de recién nacido en condiciones clínicas estables, onfalotripsia, alumbramiento manual, histerorrafia por planos (2) con catgut crómico 1, verificación de hemostasia, limpieza de cavidad abdominal, cierre por planos, culmina acto quirúrgico sin complicaciones.
TRATAMIENTO
1.- ceftriaxona: 1 gramo iv cada 12 horas 2.- cloruro de sodio al 0,9 % 1000 cc + oxitocina 10 unidades pasar en 24 horas

- 3.- cloruro de sodio al 0,9 % 1000 cc + tramadol 300 mgrs + metoclopramida 20 mgrs, pasar en 24 horas
- 4.- ketorolaco: 30 mgrs iv cada 8 horas
- 5.- neuroproteccion: mantenimiento: 50 cc de sulfato de magnesio al 20 % (10 grs) + 450 cc de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas/minuto con equipo de venoclisis (1 gr/hora).
- 6.- nifedipina: 10 mgs via oral cada 8 horas
- 7.- nifedipina: 10 mgrs via oral sos si tad es igual o mayor a 110 mmHg.
- 8.- ac. Tranexamico: 500 mgrs iv cada 12 horas.

Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

4TA EVOLUCIÓN (2021-05-10 A LAS 22:50:11)

NOTA DE EVOLUCION	
<p>Paciente que a las 6 horas del puerperio inmediato, presenta cuadro de convulsión tónico clónica, acompañado de hemorragia postparto, secundario atonía uterina, y fiebre de 39 grado c. Score mama 11, inicial, trasladamos a sala de recuperación, activamos clave de emergencia, y comenzamos con la administración de medicamentos.</p>	
SIGNOS VITALES	TRATAMIENTO
<p>Se consigue recuperación del estado de conciencia, control del episodio convulsivo, monitorización continua de parámetros vitales, score mama 9, se confirma hemoglobina de 8,6 g-l, plaquetas 316, pendiente otros resultados solicitados de química sanguínea, función hepática, coagulación iniciamos con transfusión de glóbulos rojos, 22.40 hrs, score mama 10.</p>	<p>nueva dosis de impregnación de sulfato de magnesio 4 gramos, fenitoina(100 miligramos), lidocaina intravenosa 80 miligramos, dexametazona 8 miligramos, cloruro de sodio 0,9% 1000 mililitros a 60 gotas por minuto, haemacel 500 mililitros, oxigenoterapia por ambu 10 litros por minuto, garantizando via aérea permeable, colocamos traje antishock, paracetamol 1 gramo intravenoso, misoprostol, 200 microgramos.</p>

EXAMENES FISICOS

Clínica actual mucosas secas hipocoloreadas resp, no estertores, fr 40 acv taquicardia mantenida de 180 latidos por minuto, gradiente térmico, abdomen no distendido, con útero contraído a nivel umbilical, herida quirúrgica cubierta por apósito, sangrado moderado con coágulos abundantes que se evacuan de vagina, estupurosa, con recuperación paulatina, sin orientación de tiempo y espacio, pero si en persona edema marcado en miembros inferiores reflejos osteotendinosos presentes normales diuresis 600 mililitros en 1 hora.

Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

5TA EVOLUCIÓN (2021-05-10 A LAS 23:23:42)

NOTA DE EVOLUCION

Paciente que se le constatan cifras de tensión arterial de 150-90 mmHg, por lo que decido terapia antihipertensiva, via intravenosa, mantiene diuresis normal, estado de conciencia sin cambios, temperatura 38,2, se mantiene taquicardia, en espera de respuesta para referencia de manera inmediata a unidad de cuidados intensivos caso grave alta probabilidad de muerte materna

TRATAMIENTO

Hidralazina 5 miligramos intravenoso STAT, 2,5 mililitros de ampolla diluida en 20 mililitros de solución salina 0,9

Fuente: Historia Clínica del paciente
Elaborado por: Ambar Jaena Carvajal Cerezo

2.10. Observación

La paciente fue derivada al hospital Universitario de Guayaquil con código rojo, segunda unidad de glóbulos así como dosis de mantenimiento del sulfato de magnesio, y se administraron 2 dosis de hidralazina intravenoso, además de terapia del dolor estable sin nuevos episodios de convulsiones, consiente, afebril, diuresis de 600 mililitros por hora con score mama 9.

CONCLUSIONES

- En este caso clínico se determinó que el historial familiar de paciente tiene una relación significativa con los trastornos hipertensivos del embarazo. Las mujeres que tienen antecedentes familiares positivos de hipertensión o diabetes, tienen más probabilidades de desarrollar trastornos hipertensivos en comparación con las mujeres que tienen antecedentes familiares negativos. Por lo que se debe monitorear cuidadosamente tanto en el período perinatal como en el posparto.
- Como parte del marco teórico se estableció tras investigaciones que el consumo de aspirina en bajas dosis con prescripción médica puede constituirse como un método de prevención en el desarrollo de trastornos hipertensivos.
- En este estudio basado en trastornos hipertensivos durante el embarazo se determinaron algunos factores de riesgos a considerar tales como: ser paciente primigesta menor a 18 o mayor a 35 – 40 años, sufrir de insuficiencia renal crónica, presentar obesidad, mantener un consumo elevado de cloruro de sodio (sal) y llevar un estilo de vida sedentario.
- Es necesario abordar los desafíos en los comportamientos de búsqueda de salud posnatal de las pacientes. Mujeres con las complicaciones del embarazo y posparto, así como sus familias, requieren de información pertinente y comprensible, información que les permita tomar conciencia y comprender las posibles consecuencias para su futura salud, y por lo tanto la necesidad de asistir a consultas de seguimiento de rutina.

REFERENCIAS

- Abebe Wall, T., & Woretaw Azagew, A. (Abril de 2019). Prevalencia del trastorno hipertensivo del embarazo y factores asociados entre las mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en las instituciones de salud de la ciudad de Gondar. *Hipertension en el embarazo*, 79 -84. Obtenido de science direct .
- Agüero Sánchez, A. C. (2020). *Actualización y conceptos claves del Síndrome de HELLP*. Obtenido de Ciencia & salud ucimed : <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/133#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20HELLP%20es,una%20alta%20morbimortalidad%20materno%2Dfetal.>
- Dulay, A. (Octubre de 2020). *Preeclampsia y eclampsia*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
- Friel, L. A. (2021). *Hipertensión en el embarazo*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/hipertensi%C3%B3n-en-el-embarazo>
- Irina, B. (01 de Junio de 2018). *¿Qué es la hipertensión gestacional?* Obtenido de <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/Encyclopedia/90,P05594>
- López Zapater, B., Maestre Aguilar, R., & Valdrés López, A. (2021). Trastornos hipertensivos en el embarazo. *Revista sanitaria de Investigacion*.
- Mayo Clinic . (2020). *Preeclampsia*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>
- Moncloa, Bryce Alfonso; et al. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Revista de peru ginecologica obstetrica.*, vol.64.
- MSP. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Quito - Ecuador: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización – MSP.
- OMS. (19 de Septiembre de 2019). *Mortalidad materna*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

- Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., & Quirós Figueroa, L. (13 de Diciembre de 2019). *Actualización en preeclampsia*. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>
- Saudan, P. (Octubre de 2020). *Preeclampsia y eclampsia*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-es/ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20la%20hipertensi%C3%B3n,inexplicables%20en%20pacientes%20con%20preeclampsia>.
- Seguro Salinas, M. (15 de Junio de 2021). *Trastornos hipertensivos asociados al embarazo: Generalidades del diagnóstico y tratamiento*. Obtenido de Universidad de Antioquia : <https://www.perlasclinicas.medicinaudea.co/salud-de-la-mujer/trastornos-hipertensivos-asociados-al-embarazo-generalidades-del-diagnostico-y-tratamiento>
- Stanford Medicine. (2021). *Hipertensión crónica*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=chronic-hypertension-and-pregnancy-90-P05568>
- Vásquez Olivera, L. A. (Diciembre de 2019). *Resultados perinatales de mujeres con hipertensión crónica con y sin preeclampsia sobreagregada en el embarazo*. Obtenido de BUAP: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/10562>



**CENTRO
MÉDICO
PROFEM**



ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

FECHA: LA LIBERTAD, 29/12/2020
PACIENTE: EVELIN GONZALEZ LIMON
EDAD : 17 AÑOS

ÚTERO.- FETO UNICO VIVO CON TONO FETAL NORMAL Y MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS Y NORMALES

FRECUENCIA CARDIACA FETAL.- LATIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMALES, AREA CARDIACA NORMAL

LÍQUIDO AMNIÓTICO.- SEGÚN PHELAN PRESENTE EN CANTIDAD NORMAL SIN SEÑALES DE OLIGO O POLI HIDRAMNIOS, VISCOCIDAD NORMAL DEL LIQUIDO AMNIÓTICO CON UN ILA DE 12ML

PRESENTACIÓN.- TRANSVERSO

DIAMETRO BIPARIETAL.-	43	MM	PARA 19.2 SEMANAS
LONGITUD DE FÉMUR.-	35	MM	PARA 21 SEMANAS
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL.-	160	MM	PARA 18.6 SEMANAS
CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA.-	149	MM	PARA 20.2 SEMANAS
FRECUENCIA CARDIACA FETAL.-	155	X'	

PLACENTA UBICACIÓN.- SIN PARTICULAS FLOTANTES DE LOCALIZACION FUNDICA GRADO 0 AUSENCIA DE HEMATOMAS O DESPRENDIMIENTOS.

PESO FETAL.- 353 GRAMOS

DIAGNÓSTICO.- ECOGRAFICAMENTE ES UN EMBARAZO NORMAL DE 19.5 SEMANAS CON UN PESO FETAL ACORDE PARA SU EDAD, PRESENTACION TRANSVERSA VARIABLE POR LA EDAD GESTACIONAL
FECHA PROBABLE DE PARTO 19 DE MAYO DEL 2021 (40 SEMANAS)
SEXO MASCULINO

DRA DIANA BRAVO MOSQUERA

MÉDICO ECOGRAFISTA

REG 17703

Dirección: Frente al Almacén de telas El Regalo



Dirección Distrital 24D02 - La Libertad-Salinas - Salud
HOSPITAL BÁSICO RAFAEL SERRANO LOPEZ

LABORATORIO CLÍNICO

Página 1 de 1

N° de Código: 210510013	3N°Cédula: 0928140672
Apellidos: GONZALEZ LYMON	N°Historia Clínica: 0928140672
Nombres: EVELYN MILENA	Especialidad : EMERGENCIA
Género: FEMENINO	Fecha de Ingreso: 10/05/2021 12:15
Edad: 18	Médico Solicitante: .
Provincia:	Fecha Imp.: 10/05/2021 12:41
Responsable T.M: JP	Tipo de Muestra: SANGRE
Área de Apoyo: EMERGENCIA	N°Orden: ORDEN
MUESTRA IDONEA:	MUESTRA NO IDONEA:

Prueba	Resultado	Valores de Ref.
--------	-----------	-----------------

HEMOGRAMA

HGB	12,30 g/dl	(12,00 - 17,40)
HCT	37,00 %	(36,00 - 52,00)

Validado por: SONNIA SUAREZ
 10/05/2021 12:41:01

BIOQUÍMICA

UREA	28,20 mg/dl	(15,00 - 45,00)
CREATININA	0,88 mg/dl	Hombres 0,70 - 1,20 Mujeres 0,50 - 0,90
PROTEÍNAS T.	6,71 g/dL	(6,60 - 8,70)
ALBÚMINA	4,00 g/dl	(3,81 - 4,65)
FOSFATASA ALCALINA	*350,70 U/l	Adultos 0,0 - 270,0 Niños 0,0 - 800,0
GAMMA-GT	12,82 U/l	Hombres 10,0 - 50,0 mujeres 8,0 - 35,0
LDH	*1.001,0 U/l	(207,00 - 414,00)

Validado por: SONNIA SUAREZ
 10/05/2021 12:41:01

DIRECCIÓN DISTRICTAL SALUD
 LA LIBERTAD-SALINAS
 HOSPITAL BÁSICO RAFAEL SERRANO LOPEZ
 Leda Joffre D. López Meza
 LABORATORIO CLÍNICO

FIRMA RESPONSABLE