



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA EN GESTANTE**

**ADOLESCENTE DE 38 SEMANAS ATENDIDA EN IPRESS I-4”**

**PRESENTADO POR**

**BARBARA WENDY MATHEUS VARGAS**

**ASESOR**

**DR. AYLLIN OSWALDO ZA VALETA PEZANTES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN**

**OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO**

**RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO .....	I
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	VII
SUMMARY OF ACADEMIC WORK .....	VIII
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.2.- JUSTIFICACIÓN .....	3
1.3.- MARCO TEÓRICO .....	5
1.3.1.- Antecedentes internacionales .....	5
1.3.2. Antecedentes nacionales .....	6
1.3.3. Bases conceptuales .....	7
Epidemiología:.....	8
Fisiopatología.....	8
CAPÍTULO II .....	12
2.1.- OBJETIVOS.....	12
2.1.1.- Objetivo general: .....	12
2.1.2.- Objetivo específico:.....	12
2.2.-SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	12
2.3.- DISCUSIÓN.....	19
2.4.- CONCLUSIONES .....	21
2.5.- RECOMENDACIONES .....	22
BIBLIOGRAFÍA .....	23

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Muerte materna según grupo de edad 2014-2019.....	9
---	---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1.- Adolescente que ya son madres o que están embarazadas por primera vez (% total de mujeres de 15 a 19 años) .....	2
Figura N° 2.- Muerte materna según grupo de edad 2014-2019 .....	3
Figura N° 3.- Complicaciones de la enfermedad hipertensiva del embarazo.....	10
Figura N° 4.- Flujograma de atención de las enfermedades hipertensivas del embarazo .	11

## RESUMEN

La preeclampsia es una alteración multisistémica de origen aun no conocido, por lo tanto, está considerada como la tercera causa más relevante de enfermedad y muerte materna y perinatal a nivel mundial; así mismo con la infección y la hemorragia forma una terna mortal, esto trae como consecuencia un problema sanitario, en países en proceso de desarrollo. (1) La gestación en adolescente sigue siendo un problema de salud pública, puesto que en el año 2018 el 12,6% de las adolescentes eran madres o se embarazaron por primera vez. (2)

En este trabajo se hace mención de una paciente gestante primigesta de 17 años que asiste a la emergencia presentado dolor de cabeza y contracciones uterinas, se evalúa y se diagnóstica gestante de 38sem 3/7xUR, trabajo de parto fase activa, condilomatosis y descartar Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, se realiza los exámenes respectivos y se hospitaliza en centro obstétrico, a las 07:13 horas, se realiza el parto por vía vaginal con un recién nacido varón, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos pasa a la etapa de recuperación inmediata, evidenciándose a las 07:45 horas, PA:150/100mmHg, se activa la Clave Azul, al no evidenciarse evaluación favorable se refiere a un establecimiento de salud con amplitud de resolver dicha dificultad.

Luego de revisar la historia clínica se evidencia que los factores predisponentes para preeclampsia fueron: edad temprana, obesidad, los antecedentes de diabetes y factores sociales, la conducta diagnóstica en la evaluación y el tratamiento está de acuerdo a lo indicado en las guías clínicas actuales. (3) (4)

**Palabras Claves:** Gestante Adolescente, Preeclampsia severa, Obesidad

## SUMMARY

Preeclampsia is a multisystemic alteration of unknown origin, therefore, it is considered the third most relevant cause of maternal and perinatal disease and death worldwide; likewise, with infection and hemorrhage, it forms a fatal triplet, this results in a health problem in developing countries. (1) Adolescent pregnancy continues to be a public health problem, since in 2018 12.6% of adolescents were mothers or became pregnant for the first time. (two)

In this work, mention is made of a 17-year-old primiparous pregnant patient who attends the emergency presenting headache and uterine contractions, she is evaluated and diagnosed as a pregnant woman of 38 weeks 3/7xUR, active phase labor, and condylomatosis and to rule out Hypertensive Disease. of Pregnancy, the respective exams are carried out and hospitalization is carried out in an obstetric center, at 07:13 hours, the delivery is performed vaginally with a male newborn, Apgar 9 at minute and 9 at 5 minutes passes to the stage of immediate recovery, evidencing at 07:45 hours, BP: 150/100mmHg, the Blue Key is activated, as there is no favorable evaluation, it refers to a health establishment with scope to resolve said difficulty.

After reviewing the clinical history, it is evident that the predisposing factors for preeclampsia were: young age, obesity, history of diabetes and social factors, the diagnostic behavior in the evaluation and treatment is in accordance with what is indicated in the current clinical guidelines. (3. 4)

**Keywords:** Pregnant Adolescent, Severe Preeclampsia, Obesity

## **CAPÍTULO I**

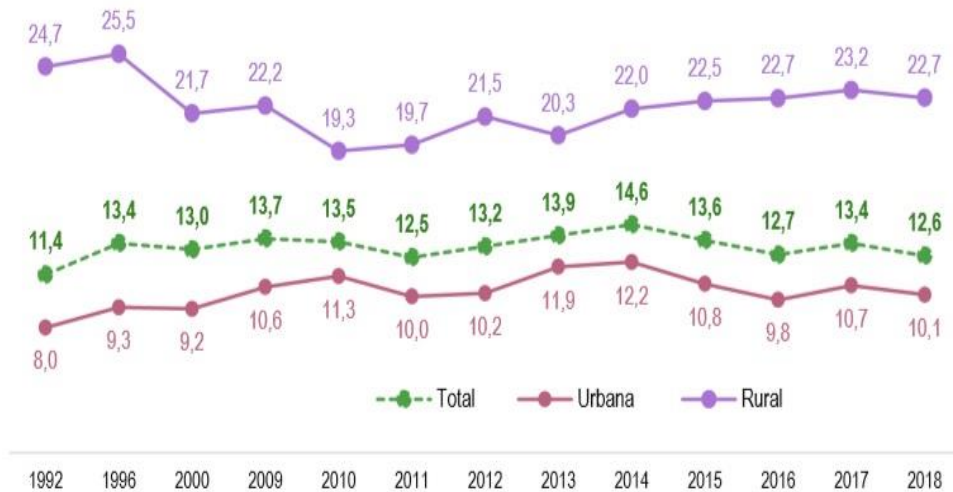
### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.- Descripción del problema de investigación**

El Centro nacional de epidemiología, control de enfermedades y prevención MINSA, válida hasta el 14/10/19. Que el número de muertes maternas es de 249. Siendo la hipertensión inducida por el embarazo (EHE), la segunda causa de muerte en madres gestantes con el 20.8 %, además especifica que las muertes maternas se dan en el 62.9% de las mujeres durante el puerperio (5).

Lo cual nos acerca a los compromisos asumidos, cuyo objetivo de desarrollo sostenible al 2030, fue disminuir la tasa mundial de muertes en madres gestantes a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Esto ayudara en las decisiones que se tomen para el bienestar de la salud materna y la posterior disminución de muerte materna. (2)

Figura N° 1.- Adolescente que ya son madres o que están embarazadas por primera vez (% total de mujeres de 15 a 19 años)



PERÚ: Línea de Base de los Principales Indicadores Disponibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS 2019 (INEI)

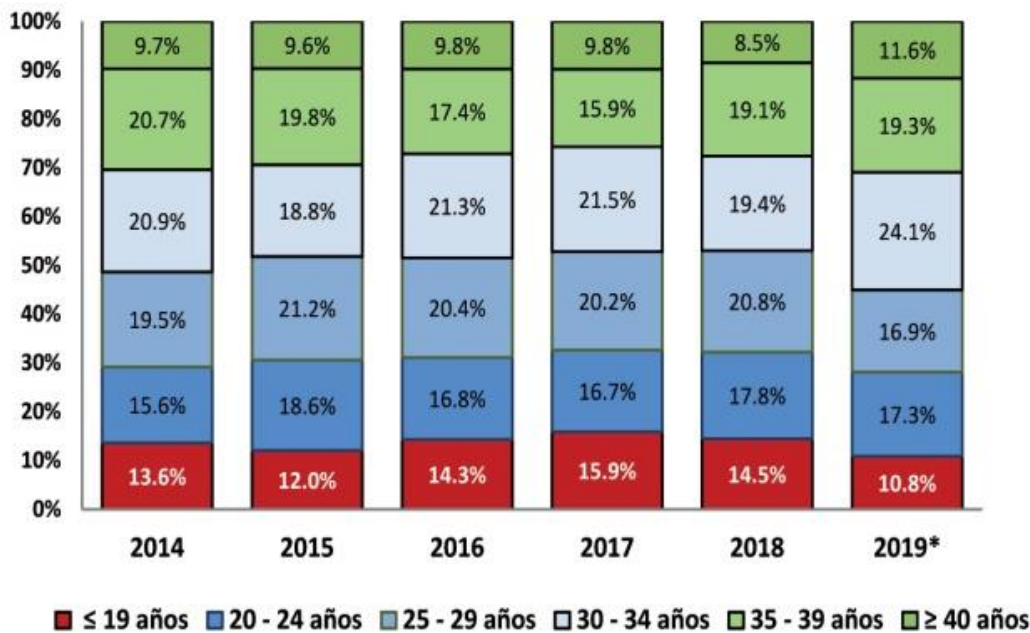
La Figura N°1, nos muestra el Total, de mujeres adolescente embarazadas, es importante mostrar esta ilustración, que nos indican la tendencia de la mujer adolescente que ya son madres y su comparativo entre la zona urbana y rural, además el comparativa data del 1992 hasta la actualidad, cabe resaltar que el promedio total en estos últimos 16 años no ha variado casi nada, lo cual nos permite analizar en referencia a las estrategias realizadas para poder prevenir el embarazo adolescente. (2)

Las estadísticas en referencia a la muerte maternas según grupo etario, igual muestran que en la población adolescente, no existe una disminución significativa de sus cifras en estos 5 años (Figura 2), debido que en el 2014 las muertes maternas en mujeres menores de 19 años fueron 13.6% en la actualidad, llega al 10.5%. esto nos muestra que las estrategias que se toman para el cuidado del embarazo aplicados a las mujeres, pero en especial a este grupo etario, todavía son perceptibles, como



especialista sería bueno poder implementar una estrategia para poder abordar esta problemática, en este caso lo haremos mediante la evaluación del caso clínico. (5)

*Figura N° 2.- Muerte materna según grupo de edad 2014-2019*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.  
 \* Hasta la SE 39 - 2019. Se consideraron muertes notificadas como directas e indirectas

### 1.2.- Justificación

El principal objetivo de la revisión del caso clínico, fue identificar los factores de riesgo en el caso de preeclampsia en gestante adolescente de 38 semanas atendida IPRESS I-4. Reconocer los factores de riesgo y determinar la preeclampsia en gestantes en forma oportuna y precoz, se evalúa al ingreso y se realizar los exámenes de laboratorios necesarios para hacer un diagnóstico completo, además de brindar el tratamiento adecuado en los tiempos adecuados y si fuera posible realizar la referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Es porque cada vez se presenta con mayor frecuencia esta patología y en la

mayoría de oportunidades, la paciente no logra identificar adecuadamente los signos de alarma y no acude a sus controles prenatales de una manera continua al establecimiento de salud, lo cual el diagnóstico viene siendo tardío y desafortunado las complicaciones que puede dejar son: daño renal, daño hepático, síndrome Hellp. Aun así, tras el paso del tiempo se ha tratado de disminuir mediante estrategias (4), esta enfermedad es un problema sanitario y principal causa de muerte en madres gestantes. La frecuencia varía entre 1,8-16,7%. La causa sigue siendo incierta asociándose a importantes problemas de salud, y muchos retos de prevención y tratamiento como captación precoz de las madres en estado de gestación, la identificación y el reconocimiento de signos de alarma, el profesional competente para asistir la vigilancia obstétrica, asimismo el aseguramiento integral de salud de madres gestantes. (6)

La defunción materna, nos muestra la ausencia y/o una respuesta inapropiada de los servicios de salud ante una alta repercusión de enfermedades en el embarazo, siendo una de ellas la preeclampsia severa, patología que hace peligrar la vida de las madres gestantes. Por lo tanto, el MINSA, debe de incidir en disminuir estas estadísticas, como parte del progreso del país, comprometiendo a los profesionales de salud que asisten a las gestantes y actuar frente a esta situación, con una actitud positiva y humanista.

### **1.3.- Marco teórico**

#### **1.3.1.- Antecedentes internacionales**

Drust et al usa (2015), en su trabajo de investigación titulada grado de obesidad al momento del parto y riesgo de preeclampsia con características graves, relacionado al (IMC) materno y al riesgo de preeclampsia está directamente relacionado, esta investigación tuvo como objetivo considerar el resultado del aumento de la gravedad de la obesidad en el riesgo de preeclampsia con características graves, estratificadas por enfermedad de inicio temprano y de inicio tardío, siendo el estudio de cohorte retrospectivo entre 2004 a 2008. Las mujeres se incluyeron en el cohorte, si dieron a luz un solo nacimiento vivo y se midió la altura y el peso materno al ingreso. La exposición primaria fue la categoría de peso materno en la presentación para el parto, definida como normal (IMC 18.5-24.9; grupo de referencia, n = 1473), sobrepeso (IMC 25-29.9, n = 3081), obesidad (IMC 30-39.9, n = 4196), y obesidad mórbida (IMC  $\geq 40$ , n = 1446). El resultado primario fue preeclampsia con características graves. El resultado secundario fue preeclampsia temprana con características graves a  $<34$  semanas o preeclampsia tardía con características graves a  $\geq 34$  semanas. La regresión logística multivariable se usó para ajustar los factores de confusión. Se contó con el universo constituido por 10,196 pacientes, ellos cumplían los criterios de inclusión fueron 1119 desarrollaron preeclampsia. De ellos, 881 (8,6%) mujeres desarrollaron preeclampsias graves, por lo general, el riesgo de preeclampsia graves no fue de modo importante diferente en las 4 categorías de IMC y de las 10.196 mujeres en la cohorte, 1072 dieron a luz  $<34$  semanas y 9124 dieron  $\geq 34$  semanas. Se estratificó por semana de gestación al momento del parto, hubo un incremento estadístico al

riesgo de presentar preeclampsia de inicio tardío con características graves a las  $\geq 34$  semanas de sobrepeso (4.5%, odds ratio ajustado [aOR] 1.4, intervalo de confianza [IC] del 95% 1.0) –2.1), en mujeres obesas (6.2%, aOR 2.0, IC 95% 1.4-2.8) y obesas mórbidas (6.8%, a OR 2.0, IC 95% 1.3–2.9) comparando a las mujeres de peso normal (2.9%). El incremento del peso materno no estuvo asociado con dicha enfermedad en el cohorte total; en ese sentido, las mujeres con obesidad, sobrepeso, y obesidad mórbida están en mayor riesgo de progresar a preeclampsia de inicio tardío con características graves (7).

Cerda A, G (2017) En este estudio asociados a los factores de riesgos de preeclampsia en gestantes adolescentes que tuvieron atención dicho Hospital de la provincia de Latacunga, junio - noviembre 2015. Esta investigación retrospectiva, descriptiva, no experimental. La información se obtuvo mediante encuestas realizadas a gestantes adolescentes en Gineco–Obstetricia con el diagnóstico de preeclampsia entre Junio – Noviembre del 2015. Con 423 pacientes adolescentes preeclámpticas. Se infiere que esta enfermedad se da reiteradamente en las embarazadas de 14 a 18 años, se asocia a factores de riesgos como: el antecedente personal de esta patología en embarazos anteriores, la primiparidad, la falta de vigilancia prenatal, y antecedentes patológicos familiares. Esta investigación nos permite acceder a una prevención certera y control materno. (8)

### **1.3.2. Antecedentes nacionales**

Lucero T. (2016) menciona acerca de los factores de riesgo asociados a preeclampsia en un Hospital en distrito de Vitarte entre 2016-2017, la metodología de observación retrospectiva, transversal, analítica de asociación.

Tuvo como población a 128 pacientes, de los cuales 64 pertenecen a los casos: el 73.4% son menores a 35 años de edad, el 70.3% conviven ,el 70.3% presenta instrucción secundaria, el 56.3% paraje rustico, el 95.3% son pacientes mestizas, el 62.5% son gestantes con IMC incrementado, el 98.4% , no fumado, el 93.8% son gestantes con infección urinaria, el 71.4% lo representan las gestantes con el periodo intergenésico > 2 años, el 75% presentan > 6 controles durante el embarazo, el 60% presenta el antecedente de preeclampsia y el 37.5% las gestantes tuvieron algún aborto, cuanto a otro factor de riesgo es haber tenido preeclampsia y el IMC aumentado (10).

Torres S. (2016). Su investigación abarco sobre los riesgos en preeclampsia en Hospital Amazónico del Perú, 2016. Estudio retrospectivo de casos y controles mediante la compilación de 160 historias clínica, el objeto de estudio, fue determinar la relación entre los factores riesgo y la presencia de preeclampsia. Entre enero a septiembre del 2015, concluyendo que los factores riesgo para preeclampsia son: tener de 35 años a más, vivir en jurisdicción rural, tener grado de instrucción básica o no haber estudiado, ser nulípara y haber tenido cero a cinco controles prenatales. Vivir en paraje rustico constituye un factor de riesgo en preeclampsia en la región amazónica. Las gestantes de estas zonas tienen menos acceso a acudir al control de la gestación, debido a un desconocimiento asociado a un nivel bajo de instrucción (11).

### **1.3.3. Bases conceptuales**

Enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo

**Definición:** Es una enfermedad que se da en el embarazo a partir de las 20 semanas de gestación hasta el parto Su detección se realiza al tomar en dos ocasiones con un reposo de 4hrs horas, la presión es igual o mayor de 140/90 mmHg, o superior de 30 milímetros de mercurio, la presión sistólica y/o superior de 15 mmHg de la presión diastólica antes del embarazo; en casos de la presión menor sea superior o igual 110 mmHg será diagnóstico categóricamente. (4)

La preeclampsia a pesar de investigaciones aún es desconocida la causa de esta enfermedad. Según Williams Obstetricia (12) y hasta las 72 horas del puerperio.

### **Epidemiología:**

A nivel mundial, del 10 -15 % las defunciones maternas directas están asociados con la preeclampsia / eclampsia (13).

### **Fisiopatología**

- La implantación de la placenta e invasión trofoblásticas defectuosa.
- La inmunidad mal adaptada de los tejidos maternos, paternos y fetales.
- La inadecuada adaptación de los cambios cardiovasculares e inflamatorios del embarazo.
- Los factores genéticos.

Tabla 1.- Muerte materna según grupo de edad 2014-2019

Tipo	Definición
Hipertensión Gestacional	Hipertensión arterial (140/90 mmHg) presentada después de las 20 semanas de gestación, y no se produce proteínas significativas, es más no sugiere lesiones multisistémicas (14). Existe mayor riesgo de evolucionar a una Preeclampsia, mientras más temprano se presente la hipertensión gestacional. Si esta dura por más de 12 semanas post parto, se tratará de una hipertensión crónica. (15).
Preeclampsia Eclampsia	<p>Preeclampsia: Hipertensión arterial diagnosticada luego de las 20 semanas de gestación, además hallazgos de proteínas, insuficiencia renal, enfermedad hepática, alteraciones neurológicas y hematológicas o fetoplacentarias. (16)</p> <p>Eclampsia: Es la complicación de la Preeclampsia severa. Posee un cuadro clínico caracterizado por presentar, en ausencia de trastornos neurológicos pre gestacionales, convulsiones generalmente de tipo tónico-clónicas, coma o amaurosis, cefalea, hiperreflexia, alteraciones visuales, edema pulmonar, desprendimiento prematuro de placenta en pacientes con Preeclampsia. Puede presentarse hasta diez días después postparto. (17), (18), (19)</p>
Preeclampsia Sobre agregada a Hipertensión Arterial Crónica	<p>Paciente con hipertensión crónica y posteriormente se complica con preeclampsia – eclampsia. Se considera dos enfermedades a tratar. (20)</p> <p>En otras palabras, es la aparición de proteinuria con valores mayores a 0.3 g/24h, en una paciente ya previamente diagnosticada con hipertensión crónica. (21)</p>
Hipertensión Arterial crónica durante el embarazo	La tensión arterial superior o igual a 140/90 mmHg, presentada antes del embarazo o a las 20 semanas, así como también la Hipertensión Arterial diagnosticada luego de las 20 semanas, que dura 12 semanas luego del parto. (15)

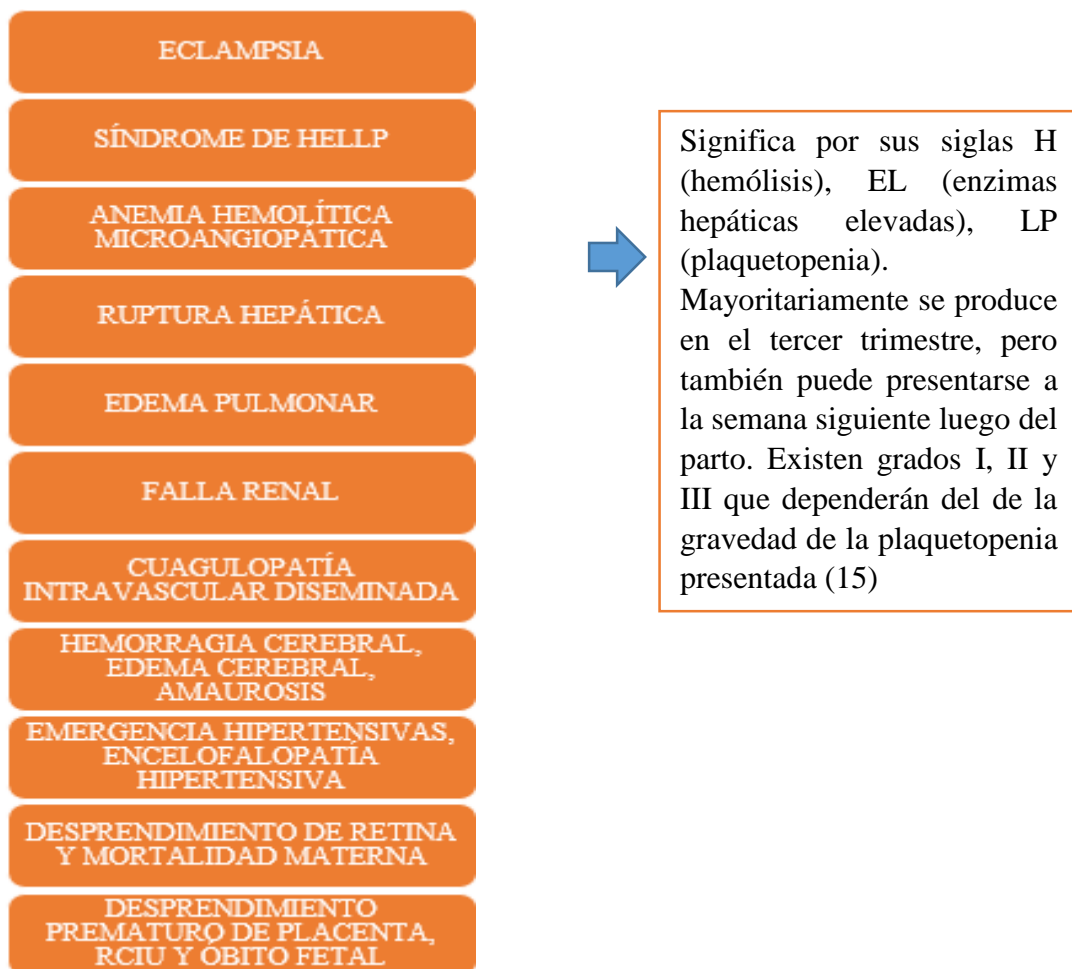
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DE (9), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16).

### Factores de riesgo de la preeclampsia

- Beber bebidas alcohólicas gestando, Doppler anormal de la arteria uterina (18semanas – 24 semanas).
- Historia personal de preeclampsia (gestaciones anteriores), Embarazo molar
- Raza negra, malnutrición por defecto o por exceso, ingreso monetario escaso, edad madre >20 y < 35 años.
- Algunas enfermedades crónicas, vigilancias prenatales deficientes (4)

### Complicaciones

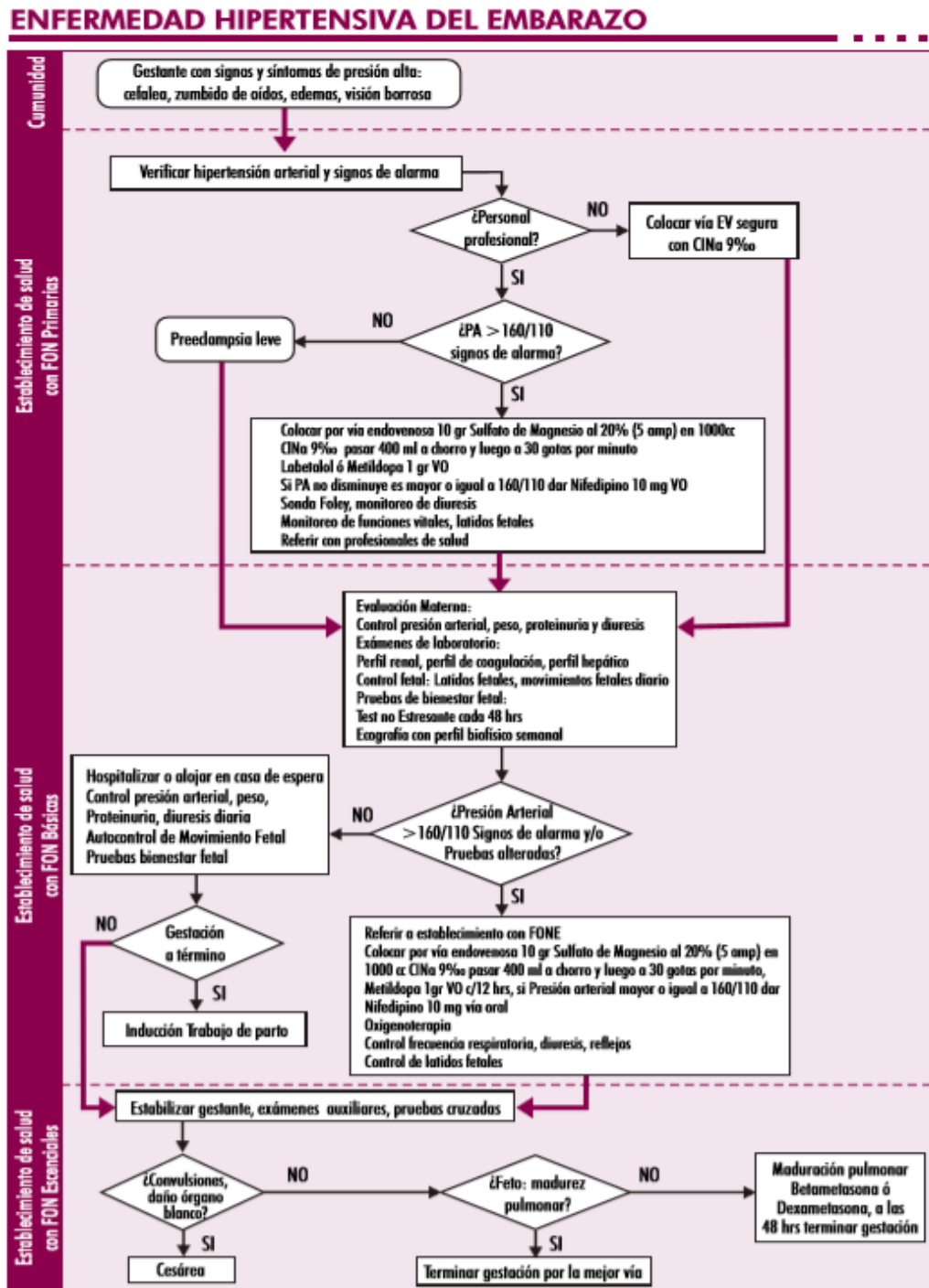
Figura N° 3.- Complicaciones de la enfermedad hipertensiva del embarazo



Fuente: elaboración propia de (4), (22), (13)



Figura N° 4.- Flujoograma de atención de las enfermedades hipertensivas del embarazo



FUENTE: FLUJOGRAMA PRESENTADO EN (4)

## **CAPÍTULO II**

### **2.1.- OBJETIVOS**

#### **2.1.1.- Objetivo general:**

- Identificar los factores de riesgo en el caso de pre eclampsia en gestante adolescente de 38 semanas de atendida IPRESS I-4.

#### **2.1.2.- Objetivo específico:**

- Evaluar conducta diagnóstica usada en el caso de pre eclampsia en gestante adolescente de 38 semanas, atendida IPRESS I-4.
- Evaluar el tratamiento que recibió en la patología de pre eclampsia en gestante adolescente de 38 semanas, atendida IPRESS I-4.

### **2.2.-Sucesos relevantes del caso clínico**

Anamnesis: datos personales 23.04.19      05:14 Hrs.

- edad: 17 años.
- sexo: mujer
- ocupación: ama de casa.
- Domicilio: comas
- grado de instrucción: secundaria.

- lugar: IPRESS I-4

Antecedentes

Personales: niega

Patológicos: niega quirúrgicos: niega

Alergias: penicilinas

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarquia: 14 años

IRS: 16 años.

ITS: niega.

Nº pareja 02

Método anticonceptivo: Ninguno

E.G: 38 sem.3d

Atención prenatal: 2

FUR: 28-07-18

FPP: 04-05-19,

F. Obstétrica: G1 P0-0-0-0

23.04.19

05:30 Hrs. Paciente evaluada por ginecólogo del turno.

**Enfermedad Actual:**

- a. Tiempo de enfermedad: Presentar hace dos horas contracciones uterinas
- b. Síntomas principales: Contracciones Uterina.
- c. Historia de la enfermedad: gestante ingresa a emergencia acompañado por su pareja, el día 23/04/19

05:45am, refiere cefalea y contracciones uterinas desde hace dos horas refiere percibir movimientos fetales, niega perder líquido, niega sangrado vaginal

Funciones Vitales: Frec. Cardiaca: 82 x', Frec. Respiratoria: 20 x', P/A: 120/80 mmHg, temperatura: 36.8 °C, peso: 86 kg. Saturación O2: 98%, talla: 1.49,

Lucido orientado tiempo y espacio.

Examen obstétrico altura útero: 32 cm, LCI: 144 x', mov. fetales: (+++), dinámica Uterina: 1-2x 10 min, SV: (-), Tacto vaginal: 6cm, altura presentación: -3, Se observa verrugas y genitales externos sugerentes a condilomatosis.

Notas de obstetricia 23.04.19

Funciones vitales: Frec. Cardiaca: 83 x', frecuencia respiratoria: 19 x', P/A: 130/80, temperatura: 37 °C, lucido orientado tiempo y espacio.

Examen obstétrico AU: 32 cm, LCF: 140- 150 x, movimientos Fetales: ++.

Tacto vaginal: sin cambios cervicales, Se evalúa pelvis adecuada ginecológica.

Recomienda estar alerta en signos de alarma y cualquier malestar por emergencia.

### **Diagnóstico:**

1. Gestante de 38 3/7 semanas.
2. trabajo de parto en fase activa.
3. condilomatosis.
4. descartar EHE.

**Plan/indicaciones:**

1. Pasa a centro obstétrico: control latidos cardiacos fetales estricto, control de funciones, control contracciones uterinas
2. solicita examen de proteínas en orina.
3. CLNa 9% cc > 1000 cc goteo xxx gt/mint.
4. reevaluación cada 2horas

**Evaluación Obstétrica**

06:30 am

Paciente Gestante ingresa proveniente de emergencia a centro obstétrico, es evaluada por obstetra de guardia diagnóstico gestante 38sem 3/7 por ecografía II Trimestre, en trabajo de parto fase activa, infección urinaria, condilomatosis, en AREG/LOTEP, percibe mov. fetales, niega sangrado vaginal, no perdida de líquido amniótico, además refiere contracciones uterinas de leve intensidad.

Antecedentes Personales: HTA (no refiere) Diabetes (niega), TBC (niega) infección urinaria, Condilomatosis Antecedentes familiares: padre con diabetes.

Antecedentes Gineco obstétricos: G1P0000, FUR: 28-07-18, FPP: 04-05-19,

Edad Gestacional: 38 3/7 semanas.

Ecografía I trimestre: 0

Ecografía III trimestre: 02/04/2019, gestante de 35sem 4 días, circular simple al cuello, peso: 2735gramos, durante gestación: Infección del tracto urinario del 29/03/2019 (35-40 por campo de leucocitos), Condilomatosis.

Examen físico: Funciones vitales: Frec. Cardiaca: 80/ minuto.

Frec. Respiratoria: 20 x minuto, presión arterial: 120/90 mmHg, temperatura: 36.6

°C, saturación O2:97% AREG, Piel y mucosas: tibias, con buena hidratación

- mamas: blandas simétricas
- abdomen: grávido
- AU: 32cm, latidos cardiacos: 130, dinámica uterina: 1-2/10minutos.
- movimientos fetales: ++/+++.
- Genitales externos se evidencia condilomas
- Tacto vaginal: 6cm I: 90%, AP: -3/-2 Mo: integras
- Se instala monitor materno fetal
- Se canaliza vía. CLNa 9% cc > 1000 cc goteo xxx gotas/ minuto.

06:40 am Se toma de orina para prueba de proteinuria ácido sulfa salicílico cateterizado.

07:00 am Pcte refiere sensación de pujo se evalúa: LCF: 128 x minuto, D. Uterina: 4 en 10mint, +++/35 segundos, Tacto vaginal: Dilatación: 10cm, I: 100%, AP: 0 M: REM (liquido claro) Pcte en periodo expulsivo, Pasa a CO.

07:13 am: produce parto vaginal, con recién nacido masculino, con llanto vigoroso Apgar: 9 al mint y 9 a los 5minut. Queda en contacto piel a piel. Alumbramiento dirigido 10UI de oxitocina intramuscular, se realiza el clampaje tardío 3minuto

07.18 am alumbramiento tipo shultze, placenta y membranas completas, se sutura dos puntos hemostáticos. Se instala I fco. CLNa 9% cc x1000 cc+ 20 UI oxitocina a xxx gotas/ minuto. Puérpera inmediata de parto vaginal, Se realiza masaje uterino, se orienta importancia de realizarse en forma constante.

07:30 am: puérpera inmediata diagnóstico: parto vaginal +condilomatosis perineal, se realiza control funciones vitales: presión arterial: 140/90 F.C:84 temperatura: 37.5. Con vía permeable de I fco. CLNa 9% cc > 1000 cc+ 20 UI oxitocina xxx gotas por minuto. AREG/LOTEP, cefalea leve, no zumbido de oído, no escotomas.

**Al examen:**

- Piel y mucosas: hidratadas
- Abdomen: útero contraído a nivel del ombligo
- G. externos: loquios en mínima cantidad

**Diagnóstico:**

- Puérpera inmediata
- Parto único espontáneo presentación cefálica de vértice
- En observación y control permanente, control de puerperio estricto

07:45 am: Paciente refiere cefalea de regular intensidad, es evaluada por ginecólogo de guardia y deja indicaciones. Iniciar clave azul. Se realiza control de funciones vitales: 150/100mmhg FC: 85, FR: 20, Temperatura: 37.5°C.

Se instala clave azul: Nifedipino 10mg V.O ,2 vías: Se canaliza vía en MSI I fco. CLNa 9% cc > 950 cc+5 ampollas sulfato de magnesio, 400cc (dosis de ataque) MSD vía CLNA9/1000 + 20 UI oxitocina 40 gotas x minuto. Se instala sonda Foley permeable con bolsa colectora. Ginecólogo de turno coordina referencia al hospital de mayor complejidad resolutive

**Impresión Diagnóstica:**

- Puérpera inmediata parto vaginal
- Preeclampsia severa.

08:00 am: Se refiere a paciente estable puérpera inmediata +preeclampsia severa, 2 vías endovenosas permeable y sonda Foley / I frasco, CLNa 9/1000 + 20UI oxitocina a xxx gotas por minutos por pasar 500cc y II fco , I fco. CLNa 9% cc > 950 cc+5 ampollas sulfato de magnesio (1gr por hora) dosis de mantenimiento xxx gotas por minuto.

## Epicrisis

Edad: 17 años Sexo: F	SERVICIO: G. O		
Fecha de Ing.	Fecha Alta	Días de Hospitalización	
23/04/19	23/04/19	1 días	Emergencia
<p>Anamnesis (de Ingreso) TE 6 horas. G1 P0-0-0-0</p> <p>Síntomas y signos principales: Contracciones</p> <p>Relato: Contracciones uterinas hace 1 hora - gestante 38sem3/7 Mov. Fetales+ trabajo de parto fase activa</p>			
Antecedents: RAM(-) A.P(-) A.Qx: (-)			
<p>Examen Clínico (de Ingreso) P:72 min FR:18 T°:36.6 °C PA:130/80mmhg</p> <p>ABD: AU:32 cm SPP: LCI LCf:130x Mov.fetales: ++</p>			
<p>Exámenes Auxiliares: Hto:34, HB:11.3 Leucocito: 3 4800 HTO: 34%</p> <p>PLA:176,000 mm<sup>3</sup></p>			
<p>Tratamientos recibidos: Atención del parto, RN vivo masculino, peso: 3100</p> <p>APGAR: 9 – 9.</p>			
<p>Evolución: favorable Al Alta: Pulso: 90 x min. FR 17x min. T° 36,8 °C</p> <p>PA 130/70 mmHg</p>			
<p>Diagnóstico al Ingreso: 1. Gestante de 38 3</p> <p>7 Sem. 2.Trabajo de parto en fase Activa</p> <p>3. Condilomatosis. 4. descartar enfermedad hipertensiva del embarazo.</p> <p>Diagnostico al Egreso: 1. Puérpera inmediata parto vaginal. 2. Preeclampsia severa.</p>			
Pronóstico: Inestable Condición al alta: Desmejorado			
Indicaciones Referencia a Hospital de Apoyo de Comas			



### 2.3.- DISCUSIÓN

Evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia (EP) es identificar características demográficas maternas y el historial médico (17); En presencia de tales factores, el paciente se determina como de alto riesgo y en su ausencia como de bajo riesgo esta revisión es un nuevo enfoque que permite estimar los riesgos de parto específicos, en la revisión del presente caso se evidencia los factores de riesgo como edad, adolescente, IMC elevado, no se evidencia que en la historia se considera características, como raza, número de controles anteriores o detalle de la enfermedad materna , debido que solo expresa que el padre tiene antecedente de Diabetes.

La preeclampsia, es una enfermedad de mucho riesgo, que puede ocasionar muerte, En el caso que presentamos, se observó el manejo y tratamiento por parte del equipo de salud se dio desde el inicio del contacto con el establecimiento del primer nivel (11)el cual fue 1. Gestante 38sem 3/7xUR, 2. Trabajo de parto fase activa, 3. Condilomatosis y 4. Descartar EHE, al ingreso se realiza los exámenes de detección de preeclampsia, y se hospitaliza pasa a centro se usa como protocolo y se activó e instaló la clave azul para poder resolver de inmediato esa emergencia, para luego se refiere a un establecimiento de salud con amplitud de resolver dicha dificultad (23).

Factores de riesgo para preeclampsia incluyeron (18)el estado de nutrición, y el sobrepeso , en nuestro caso clínico que se está presentando tomando en cuenta que la paciente pesaba 86 kilos con una talla de 1.49, siendo su peso antes del embarazo de 60 kilos ,se hace notorio el incremento peso en toda la gestación 26 kilos ,y por

lo tanto para nosotros y el autor de esta investigación este es un factor de riesgo que va de la mano con un incremento de la presión arterial ,teniendo en cuenta que se podría desencadenar una preeclampsia . (24)

La NT de salud N°130 para la Atención integral y diferenciada de la gestante adolescente Durante el embarazo, parto y puerperio, expresan las competencias que deben tener el personal de salud como brindar y expresar los mensajes con claridad, ser precisas, receptiva, atentas y acceder a un trato respetuosos hacia la adolescente, su pareja, familia, sin ningún tipo de discriminación (3)

Las Obstetras deben contar con conocimiento científicos de salud sexual y reproductiva actualizados, que tenga las habilidades para el trabajo en equipo, sociales e interpersonales comunicación y creatividad para la atención de la salud.

## **2.4.- CONCLUSIONES**

**2.4.1.-** En la Atención prenatal se utiliza el modelo de riesgos para la vigilancia de las gestantes, en el caso clínico presentado se puede evidenciar que la gestante cuenta con los siguientes factores de riesgo: ser adolescente, nivel socio económico.

**2.4.2.-** Se realiza el control de la P/A y evidenciar su ligero aumento, esto se corrobora con el examen de ácido Sulfasalícilico, se indica hospitaliza en centro obstétrico y solicita los exámenes de laboratorios para descartar pre eclampsia, al evidenciarse más signos clínicos, se indica lo referido para la clave Azul para Hipertensión, por todo lo antes expresado se concluye que la acciones y actividades realizadas están en el marco de la conducta diagnóstica a seguir en los casos de Hipertensión.

**2.4.3.-** El Tratamiento recibido de Sulfato de Magnesio sulfato de magnesio, 400cc (dosis de ataque) MSD vía CLNA9/1000, se instala sonda Foley permeable con bolsa colectora y luego I fco CLNa 9% cc > 950 cc+5 ampollas sulfato de magnesio (1gr por hora) dosis de mantenimiento, está acorde a lo establecido a la normativa, otro tratamiento indicado es referencia oportuna a un centro de mayor capacidad resolutive cuando se evidencia el grado de severidad por lo señalado se puede evidenciar que se realizó el tratamiento indicado en la Norma técnica.

**2.4.4.-** Se detecta condilomatosis en la gestante, pero no se evidencia inicio de tratamiento para ello.

## **2.5.- RECOMENDACIONES**

**2.5.1.-** La atención Prenatal debe cumplir los criterios de integralidad y evaluación de riesgo, además acompañado de las interconsultas a nutrición o la evaluación nutricional oportuna para poder identificar los posibles riesgos realizar el seguimiento respectivo o derivación de los casos a establecimiento de mayor nivel resolutivo.

**2.5.2.-** Socializar y capacitar a todo el personal que participan en la atención, de la normativa vigente, sobre todo en el manejo de la clave azul que es de los trastornos hipertensivos.

**2.5.3.-** Las Obstetras deben contar con las competencias en detección temprana, análisis de riesgos, conducta diagnóstica, tratamiento y/o referencia de las emergencias obstétricas en especial de los casos de enfermedades hipertensivas del embarazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Penas Rios CG. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 30. Available from: hyperlink "<http://mortalidadmaternaperu.blogspot.com/2017/01/>"
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. PERÚ: Línea de Base de los Principales Indicadores Disponibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS2019. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 20. Available from: Hyperlink[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1694/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1694/libro.pdf) .
3. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. [Online].; 2017 [cited 2019 Diciembre 4. Available from: HYPERLINK "<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-las-ntsn-130-minsa2017dgiesp-norma-tecnica-de-s-resolucion-ministerial-no-007-2017minsa-1471851-1/>"
4. MINSA. Ministerio de Salud. [Online].; 2007 [cited 2019 Febrero 25. Available from: hyperlink <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>.
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. boletín epidemiológico del Perú. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 12. Available from: hyperlink <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/39.pdf> .

6. Vargas H. VM, Acosta A. , Moreno E. M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(6): p. 471-476.
7. Durst JK, Tuuli G, Stout J, Macones , Cahill A. Grado de obesidad al momento del parto y riesgo de preeclampsia con características graves. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2016 Mayo; 214(5): p. 651e1- 651 e5.
8. Cerda Alvarez. Universidad Autonoma de los Andes. [Online].; 2016 [cited 2019Noviembre12].Availablefrom:Hyperlink<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5605/1/piuamed012-2017.pdf> .
9. Cunningham F. G, Leveno J. K, Blomm S. William Obstetricia: McGraw-Hill Education / Medical; 2009.
10. Lucero T. Principales Factores de Riesgo Asociados a Preeclampsia en el Hospital Vitarte Durante el Periodo 2016-2017. Julio 2018.
11. Torres S. “Factores de riesgo para preeclampsia en un Hospital de la amazonia dePeruana ,Vol 1 Núm 1 2016.
12. Vázquez J, Barboza D. Resultados maternos y perinatales del tratamiento expectante de la preeclampsia severa. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018 Julio; LVI(4).
13. Cruz A, Batista I, Medrano E, Ledea A. Condiciones actuales acerca de la enfermedad hipertensiva del embarazo y el puerperio. CorSalud. 2014 Enero - Marzo; VI(1).

14. Mindiola J, Suárez M. Prevalencia de Hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús. Tesis de Titulación, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018.
15. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Salud. [Online].; 2014 [cited 2019Febrero22]. Available from: [hyperlink"http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos\\_baja.pdf"](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf)
16. Fescina R, Schwarcz R, Duverges C. Obstetricia. Séptima ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
17. García M, Hochstatter E, Mérida N, Antezana E, Camacho G, Arcienega C, et al. Simposio departamental sobre el Síndrome Hipertensivo asociado al embarazo. Revista Médica Científica "Luz Vida". 2014 Enero - Diciembre; V(1).
18. 16. Instituto Mexicano Del Seguro Social. IMSS. [Online].; 2017 [cited 2019 Enero22]. Available from: [Hyperlinkhttp://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf) .
19. Vigil P. Trastornos Hipertensivos Del Embarazo: Diagnóstico y Tratamiento. Revista Médico-Científica. ; XV(1).
20. Bryce A, Alegría E, Valenzuela G, Larrauri C, Urquiaga J, San Martín M. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018 Marzo; LXIV(2).
21. MINSA. Ministerio de Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 Febrero 25]. Available from: [hyperlinkhttp://www.inmp.gob.pe/modificada\\_rd\\_n\\_026\\_-\\_apro](http://www.inmp.gob.pe/modificada_rd_n_026_-_apro) .

22. Wright D, Wright , Kypros H.. El enfoque de riesgo competente para la predicción de la preeclampsia. American Journal of Obstetric and Ginecoly. 2019 Noviembre 13; 19.
23. Butwick, Carvalho , Blumenfeld J, El-Sayed , Nelson L, Bateman. Second-line uterotonics and the risk of hemorrhage-related morbidity. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015; 212(5): p. 642e1- 642e7.
24. Cabrera. Hemorragia Posparto. Revista Peruana Ginecologia y Obstetricia. 2010; 56(1): p. 23-31.