



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

PREECLAMPSIA LEVE EN GESTANTE ADOLESCENTE

ATENDIDA EN HOSPITAL NIVEL II-1, 2021

PRESENTADO POR:

ERICK ARNALDO MEZA FERNANDEZ

ASESOR

Mg. ELIZABETH YALAN ENIT LEAL DE MICHILOT

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2021

ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	ii
RESUMEN	iv
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema de investigación	1
1.2. Justificación	2
1.3 Marco Teórico.....	2
1.3.1 Antecedentes	2
1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento.....	5
CAPÍTULO II.....	15
CASO CLÍNICO	15
2.1. Objetivos	15
2.1.1. Objetivo General	15
2.1.2. Objetivos Específicos	15
2.2. Sucesos relevantes del caso clínico	16
2.3. Discusión.....	24
2.4. Conclusiones	25
2.5. Recomendaciones	26
BIBLIOGRAFÍA	27

TABLAS

Tabla N° 1 Síntomas de la preeclampsia.....	08
Tabla N° 2 Factores asociados a preeclampsia.....	10
Tabla N° 3 Complicaciones maternas.....	11
Tabla N° 4 Terapia medicamentosa para la preeclampsia.....	13

RESUMEN

Diversos organismos internacionales consideran el embarazo como un proceso que trae cambios y complicaciones que requieren de cuidados, pues implican cambios significativos en el aspecto físico, psicológico, social además de ser una experiencia completamente diferente (1).

Debido a esas experiencias diferenciadas, se tiene un mayor compromiso con el cuidado durante el embarazo y es importante el monitoreo para conocer el estado de salud de la madre y del feto, es importante estar pendiente de cada una de estas complicaciones pues pueden poner en riesgo la integridad de las mismas.

Múltiples reportes indican que la deficiencia de los cuidados en el embarazo acarrea una alta tasa de mortalidad materna ya sea por causa directa o indirecta, en el mundo cerca del 80% de las causas directas se deben a hemorragias, trastornos hipertensivos y parto obstruido, pues existen además factores que pueden exacerbar estas condiciones y ponen en riesgo la vida materna (2).

Este caso clínico muestra la atención recibida por una gestante adolescente de 16 años, con diagnóstico de preeclampsia leve y que presenta algunas complicaciones como: presión alta, edema, proteinuria y muestra algunos factores de riesgo: edad menor de 20 años, nuliparidad, bajo nivel socioeconómico, que fue atendida con prontitud por el equipo multidisciplinario y tuvo un parto por cesárea, luego de ello se controlaron los síntomas y fue dada de alta sin complicaciones.

Debido a este manejo se disminuyeron los riesgos y complicaciones tanto para la madre como para el feto.

Palabras claves: preeclampsia leve, adolescente, morbilidad materna.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema de investigación

El trastorno hipertensivo es una de las causas importantes en la morbilidad de la madre, pues genera discapacidad y en muchos casos la muerte, primordialmente se caracteriza por el incremento de la presión arterial, edemas y proteinuria (3).

Considerado un problema de salud pública debido al número de casos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que alrededor de 10'000,000 de mujeres en el mundo han desarrollado preeclampsia, de éstas cerca de 80,000 mujeres han muerto debido a esta causa en América Latina, la cuarta parte de mujeres muere por este motivo, diversos autores mencionan que la posibilidad de morir en un país en vías de desarrollo por esta causa es siete veces mayor en comparación a un país desarrollado (4).

Sí bien el origen de la preeclampsia es multifactorial, no se conoce con exactitud cuál es la principal causa para desarrollar esta enfermedad. En el Perú es la segunda causa de muerte en hospitales hay una tasa de prevalencia del 17 al 21%, y puede causar múltiples complicaciones y muertes, sobre todo en lugares que están alejados

de establecimientos de salud que tienen capacidad de resolución (5). Es por ello que es importante en nuestro país poder capacitar al personal y mejorar los accesos a los servicios de salud que permitan ayudar y brindar atención a las pacientes que lo necesitan. Nuestra realidad no solo implica activar una clave de atención sino saber emplearla y contar con los recursos para poder llevar a cabo la labor que de manera desinteresada el personal de salud realiza.

1.2. Justificación

El caso clínico contribuirá a fortalecer los conocimientos científicos en función al tópico desarrollado, con el objetivo de promover capacitaciones en el personal de salud respecto de la preeclampsia y tomar acciones de prevención frente a la enfermedad, esta revisión nos puede brindar un aporte teórico que plasme las normativas técnicas del manejo de enfermedades hipertensivas en gestantes adolescentes en particular y de esta forma contribuir al análisis de los factores de riesgo que nos permitan disminuir las complicaciones maternas y perinatales y brindar una protección a la vida del binomio madre niño.

Desarrollar en la investigación aportará elementos prioritarios para conocer los factores que predisponen a la preeclampsia en adolescencia y así brindar alternativas de abordaje precoz, integral, de seguimiento y monitoreo permanente que permita tener controlada la enfermedad que afecte en menor medida tanto a la madre y al recién nacido.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes

a.- Antecedentes Internacionales

Ponce F. (2021) En su trabajo “Prevalencia de preeclampsia en adolescentes” tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la preeclampsia en adolescentes de 12 a 19 años, en México el 20.6% de las adolescentes murió por causas relacionadas a preeclampsia. Estudio retrospectivo, longitudinal de 552 gestantes adolescentes, 17 desarrollaron preeclampsia, dentro los factores de riesgo tenemos: IMC aumentado, obesidad, nuliparidad. La terapia utilizada fue el sulfato de magnesio, nifedipino, hidralazina (6).

Hernández A. et al (2020). En su revisión “Prevalencia y complicaciones de la preeclampsia en mujeres adolescentes”, describe la situación de la preeclampsia y como vulneraba dicha patología en la salud de las adolescentes encontraron que hay una relación estrecha entre un resultado adverso del embarazo y una edad materna, estudio descriptivo en 39 gestantes, y concluye que la presión arterial es un factor preponderante para desarrollar preeclampsia (7).

Moreira J, et al (2020). En su artículo “Factores clínicos y epidemiológicos predictivos de la preeclampsia en adolescentes”, hacen un análisis de la preeclampsia con 363 gestantes adolescentes durante 3 años, y encuentran los factores de riesgo siguientes: primiparidad, edad, embarazo a término (8).

García-Hermida M, et al (2020). En su artículo “Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial”, se realizó el análisis de 59 gestantes adolescentes que presentaron preeclampsia y eclampsia, entre las características tenemos: nulíparas, raza negra, sobrepeso, hipertensión, edema, y genera sufrimiento fetal, prematuridad, RCIU (9).

Molina, J et al. (2020). El estudio “Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia” hacen un análisis de la revisión teórica de diferentes fuentes científicas: Scielo, Elsevier, Google Scholar, etc. y se demuestra que la morbilidad esta entre 8 y 45% y la mortalidad esta entre 1 y 33% (10).

b.- Antecedentes Nacionales

Saldaña H. (2021). En su trabajo “La adolescencia como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia” de características retrospectivas, caso-control, con una muestra de 344 gestantes, de las cuales 86 desarrollaron preeclampsia. Se hace un análisis y se encuentra relación significativa con nuliparidad, control prenatal inadecuado, por lo que se concluye que existen factores de riesgo en el embarazo adolescente (11).

García A. (2020). Realizó un estudio llamado “Factores de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes adolescentes”, de tipo analítico en 108 gestantes adolescentes con signos de severidad como eclampsia, hipertensión, entre los resultados más significativos tenemos: edema pulmonar agudo como uno de los factores principales para desarrollar preeclampsia (12).

Mori O. (2020). En su tesis “Preeclampsia de presentación temprana vs tardía en gestantes adolescentes”, buscó determinar la incidencia en un hospital de Cajamarca, se evaluó 54 historias clínicas de gestantes adolescentes, dentro de las complicaciones más significativas tenemos el síndrome de HELLP, eclampsia, siendo la principal vía de finalización la cesárea (13).

Gaspar D. (2020). Estudio llamado “Complicaciones maternas asociadas a preeclampsia en gestantes adolescentes” de tipo observacional y retrospectivo, en

179 gestantes adolescentes, entre las complicaciones más frecuentes tenemos la eclampsia, deterioro hepático, renal y edema pulmonar. Entre las conclusiones tenemos que la mayor parte de las gestantes con preeclampsia desarrollan complicaciones y puede causar la muerte (14).

Jiménez J. (2020). En la presentación de su tesis “Factores de riesgo clínicos relacionados con complicaciones severas de la preeclampsia en la adolescencia” buscó determinar los factores asociados a la preeclampsia, se trabajó con 140 gestantes de las cuales 72 desarrollan complicaciones, entre los resultados tenemos que las complicaciones frecuentes fueron el síndrome de HELLP, eclampsia, pero no hay evidencia significativa para establecer relaciones (15).

1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento.

a. Generalidades

Trastorno hipertensivo, según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia del 2022 clasifica el trastorno hipertensivo de la siguiente manera (16):

Hipertensión gestacional: es la elevación de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación, puede asociarse a ausencia de proteínas en orina. Aunque es un problema transitorio puede asociarse a futuros signos de hipertensión arterial crónica (17).

Preeclampsia: es un trastorno multisistémico que se da en el embarazo, que se manifiesta por la presión alta y proteinuria, es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna fetal y se caracteriza por una reducción de la perfusión sistémica generada por el vasoespasmo y activación de sistemas de

coagulación después de las 20 semanas de gestación, durante el parto, dentro de las 6 semanas después del parto, las presiones mayores de 140/90 mmHg, pueden estar acompañadas a proteinuria, cefalea, dolor abdominal, trombocitopenia, deterioro de la función hepática, insuficiencia renal, etcétera (17).

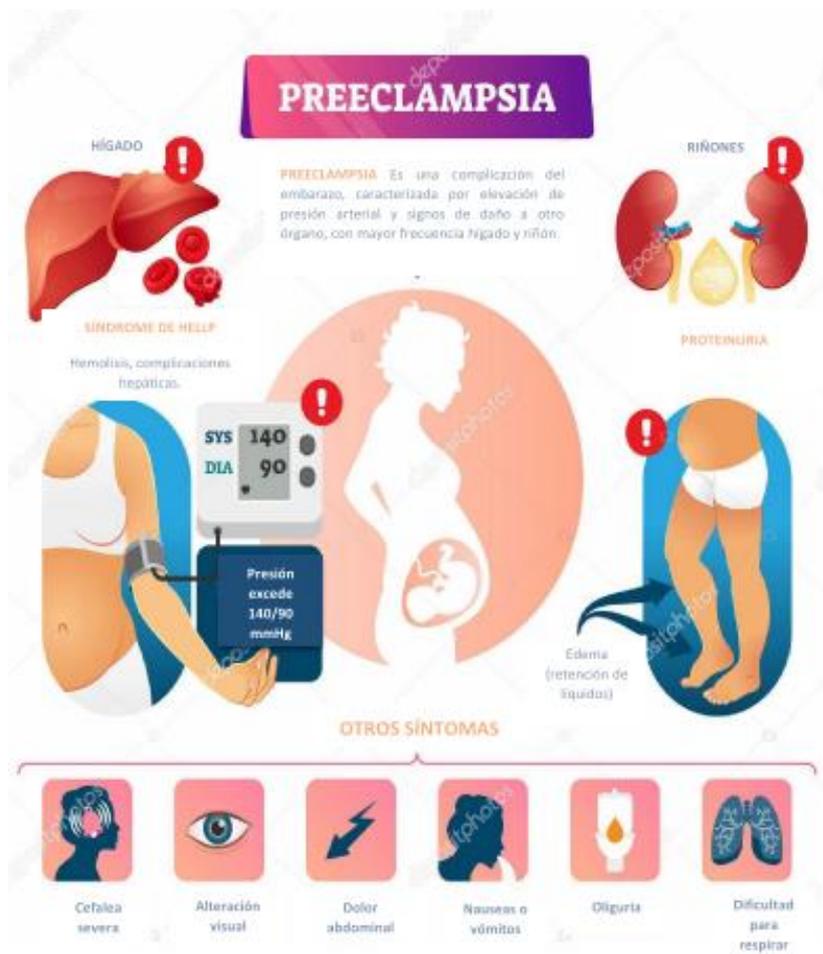
Hipertensión arterial crónica: esta hipertensión se presenta antes de las 20 semanas del embarazo, básicamente se caracteriza por una presión arterial elevada y algunos casos puede haber hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía, nefropatía hipertensiva o el daño a un órgano blanco, se presenta en el 5% de los embarazos (17).

Hipertensión Crónica con preeclampsia sobreagregada preexistente: es un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia en un 13 a 40% de los casos, dependiendo del criterio, de la etiología, duración y severidad de la enfermedad. Entre los criterios para incluir una presencia de preeclampsia sobreagregada tenemos la proteinuria, el aumento súbito de la presión, trombocitopenia, incremento de enzimas hepáticas (17).

La preeclampsia es una patología que según la edad gestacional puede clasificarse como de inicio precoz o de inicio tardío, la semana gestacional que permite dicha clasificación son las 34 semanas de gestación y de acuerdo a ello se asocian diferentes resultados maternos y fetales (18), cambios en los marcadores bioquímicos y algunas características clínicas específicas, si bien es cierto es un concepto bastante reciente, es aceptado por diferentes investigadores y médicos pues consideran que existen anomalías que diferencian la preeclampsia de inicio temprano del inicio tardío, la preeclampsia de inicio temprano están relacionados a

anomalías de placentación mientras que la preeclampsia de inicio tardío está relacionado a riesgos cardiovasculares, disfunción endotelial y respuesta inflamatoria sistémica exagerada (1)(19).

Tabla N° 1 Síntomas de la preeclampsia



Síntomas	Preeclampsia leve	Preeclampsia severa
Presión arterial	PA \geq 140/90, luego de las 20 ss. de gestación	PA \geq 160/110, luego de 2 tomas en un periodo de 6 horas

Proteinuria	$\geq 0,3$ gr/24 hrs	≥ 5 gr/24 hrs
Otros		Oliguria, edema, alteración visual, trombocitopenia, RCIU.

b. Etiología

La preeclampsia es una enfermedad multifactorial de génesis desconocida que involucra genes y factores ambientales, sin embargo, la principal teoría de su desarrollo está dada por la isquemia placentaria que afectan la circulación materna, la isquemia es la falla de la transformación de vasos arteriales espirales causada por invasión anormal del trofoblasto, la insuficiencia placentaria se debe a una remodelación inadecuada de los vasos sanguíneos en el espacio intervelloso (20).

En el embarazo normal, los citotrofoblastos fetales invaden la arteria uterina y reemplaza el endotelio, con ella se da la transformación de vasos sanguíneos pequeños a una alta resistencia vascular esto asegura una distribución de la sangre materna de la unidad feto uteroplacentaria (21).

Activación y disfunción endotelial, la placenta en las mujeres embarazadas con preeclampsia producen niveles aumentados de tirosina quinasa 1, cuya función es regular los niveles de factor de crecimiento del endometrio vascular (22).

La hipoxia provoca liberación placentaria y una serie de factores positivos y factores de crecimiento endotelial, además de ello activa secuencia de proteínas libres en plasma y actúa como antagonista de VEGF-A. Las lesiones del endotelio

son las principales causas de los signos mostrados por una madre entre ellos: la alteración de la función hepática, daños renales, neurológicos, proteinuria, no hay un apropiado flujo sanguíneo útero placentario (23).

c. Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Dentro de los factores identificables tenemos (24):

- a) La edad materna, las edades extremas contribuyen como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia, en menores de 20 años y mujeres mayores de 35 tienen posibilidad de tener preeclampsia.
- b) Mujeres de raza negra tiene una incidencia superior al 5%.
- c) Gestación múltiple, mola hidatiforme
- d) Dentro de los antecedentes familiares obstétricos tenemos: la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad renal crónica y el síndrome antifosfolípido.
- e) Factores personales tenemos nuliparidad, historia de preeclampsia previa, hipertensión arterial crónica y obesidad.

Tabla N° 2 Factores asociados a preeclampsia

Factores maternos	Factores ambientales
Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años.	Malnutrición
Raza negra	Baja ingesta de calcio, magnesio, zinc.
Antecedentes de preeclampsia	Consumo de alcohol, tabaco.
Enfermedades crónicas	Bajo nivel socioeconómico
Primigravidez	Estrés.
Embarazo molar, gemelar, polihidramnios	

Complicaciones maternas

En el estudio de hipertensión inducida por el embarazo después de 36 semanas en un estudio multicéntrico realizado por Sibai, se comparan los beneficios de inducir la labor de parto versus manejo expectante en mujeres complicadas con preeclampsia y de más de 36 semanas y se observa que las principales complicaciones maternas son el síndrome de HELLP, edema agudo de pulmón, eclampsia, necesidad de cuidados intensivos y de incremento de la incidencia de partos por cesárea (25).

Tabla N° 3 Complicaciones maternas

Sistema	Criterios de severidad
Renal	Oliguria, menos de 500ml.
Neurológico	Cefalea, visión borrosa, dolor abdominal, alteraciones cerebrales.
Respiratorio	Edema pulmonar, cianosis.
Hematológico	Trombocitopenia, HELLP.
Hepático	Bilirrubinas aumentadas, AST; ALT; DHL.

Las complicaciones perinatales

El efecto principal de la preeclampsia está sobre el crecimiento y la muerte fetal, entre otras de las principales complicaciones de este tenemos la restricción de crecimiento intrauterino, nacimientos pretérminos, bajo peso al nacer, todo esto conlleva a un mayor incremento de la hospitalización y cuidados intensivos especiales (25).

d. Tratamiento, Evolución y Pronóstico

Con el objetivo de garantizar el bienestar materno y del recién nacido se toma como referencia la edad gestacional para tomar la decisión del manejo terapéutico, si la gestación es menor de 34 semanas, se sugiere un manejo expectante con el intento de prolongar la gestación, hay tres situaciones que debemos tener en cuenta (26): la primera constituye a las pacientes que no cumplen con la edad gestacional para

poder realizar un manejo expectante y ese caso se propone la inducción inmediata del parto sin completar el período de maduración pulmonar, estos criterios pueden ser eclampsia, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, gestación menor de 23 semanas o trazos del NST no tranquilizador. La segunda opción es proponer un tratamiento agresivo con la finalidad de poder inducir el parto lo antes posible, esto se presenta en mujeres con síndrome de HELLP, restricción del crecimiento intrauterino, trombocitopenia, La tercera situación es el manejo expectante indicado en pacientes entre las 24 y 33.6 semanas en la que se indica antihipertensivos y evaluación materna fetal diaria en pacientes con preeclampsia de inicio tardío, se recomienda el término del embarazo (18). Para ello se debe evaluar criterios éticos para la terminación del parto que sea vaginal o cesárea, dependiendo del bishop, la pelvis y el feto. Es recomendable la vía vaginal debido al menor volumen intravascular que manejan las gestantes y a la mayor incidencia de hemorragia posparto que incrementa la morbilidad materna y perinatal (27).

Tabla N° 4 Terapia medicamentosa para la preeclampsia

Nombre	Dosis	Comentarios
Hidralazina	EV 20 mg bolo/15-20 min	Taquicardia, palpitaciones, cefalea, hipotensión, ansiedad, epigastralgia.
Labetalol	EV 10 mg/20mg/40 mg/80 mg cada 10 a 15 min	Nauseas, cefaleas, contraindicado en asma, en RN produce

		hipotensión, hipoglucemia.
Nifedipino	Tab 10 mg VO c/20 min hasta 3 tab, luego 1 tab c/6 hrs	En crisis hipertensiva.
Nicardipina	Infusión de 5 mg/h. incremento de 2,5 mg/c 5 min	No afecta el flujo placentario.
Nitroprusiato	Infusión continua inicial a 0.2 mcg/kg/min	Muerte fetal, cefalea, ototoxicidad, acidosis.

Adolescencia y Preeclampsia

Según la OMS, la adolescencia es una etapa en la que la persona adquiere capacidad reproductiva, y camina por cambios psicológicos y biológicos. La adolescencia se divide en dos etapas: la etapa temprana (10 – 14 años) y la etapa tardía (15 – 19 años). El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública pues incrementa la morbilidad materna y perinatal (28). Entre los factores que condicionan están la funcionalidad familiar, nivel educativo, presión social, inicio de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos. Esto predispone a un incremento significativo de embarazos no planificado, incremento de VIH y del número de abortos (29). El embarazo en la adolescencia ha sido profundamente estudiado y los resultados son variados. La adolescencia está asociado a complicaciones obstétricas y perinatales, por ejemplo: endometritis puerperal, bajo peso al nacer,

hemorragia postparto, preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, etc. Además, se ha evidenciado que las gestantes adolescentes tienen menor riesgo de presentar múltiples complicaciones, como hemorragia y diabetes gestacional, así como terminación de la gestación por cesárea. En el Perú, se deben realizar estudios con muestras más amplias para tener resultados significativos (28).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- OBJETIVOS:

2.1.1. Objetivo General

- Identificar los factores de riesgo de la preeclampsia.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Analizar el manejo de la preeclampsia en las gestantes adolescentes.
- Conocer cuales son las complicaciones de la preeclampsia.

2.2.- SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.

Anamnesis:

HOJA DE REFERENCIA

Primigesta 41 sem x FUR, presenta dolor tipo contracción, presenta movimientos fetales.

PA 120/70 mmHg, FR 88x', FC 22x'.

D= 1cm, I= 90%, Membranas integras, AP=-2

Diagnóstico:

- Pródromos de trabajo de parto

- Gestante de 41 sem x FUR

EMERGENCIA

07 oct 2021

Hora de ingreso: 08:31 hrs

PA 130/80 mmHg, FR 23x', FC 98x', SO2 98, T 36.5 C

Paciente refiere dolor tipo contracción desde hace 21 horas de curso insidioso.

Examen clínico:

Abdomen: AU 31 cm, LCF 135x', MF ++, DU 2/11+20-25

TV: D 1cm, I 90%, AP -2.

Funciones biológicas normales

Glasgow normal

Diagnóstico:

- Primigesta 41 semanas
- Pródromos de parto
- Preeclampsia leve

Plan

- Dieta completa
- Vía salinizada + 30 UI oxitocina
- Nifedipino 10 mg
- MgSo4 05 ampollas
- Cefazolina 1 gr c/8 hrs EV
- Tramadol 100 mg c/8 hrs EV

- Control de funciones vitales
- Sonda Foley permeable

Exámenes auxiliares

- Proteinuria
- Hemograma completo
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, urea, creatinina, glucosa, TGO, TGP

Hospitalización antes de 24 horas

7 oct 2021

Proteinuria: negativo

08:42 hrs

Paciente referida de centro de salud. PA 130/80 mmHg, FC 98x', FR 23 x', al

examen:

Abdomen: 31 cm, LCF 136-142x', DU 2/10+20-25''

TV: D 1cm, I 90%, AP -2, membranas integras

Test NST reactivo

10:00 hrs

Paciente en buen estado, refiere dolor tipo contracción.

LCF 135-146x', MF++

12:10 hrs

Paciente en buen estado general

Abdomen: 31 cm, LCF 138-140x', DU 2/10+20-25''

TV: D 1cm, I 90%, AP -2, membranas integras

17:50 hrs

Paciente en buen estado general. PA 140/90 mmHg

Abdomen: 31 cm, LCF 135-142x', DU 2/10++25-30''

TV: D 1cm, I 90%, AP -2, membranas integras

18:20 hrs

PA 160/100 mmHg

Se comunica a medico de turno, se indica nifedipino 10 mg VO y exámenes de laboratorio para preeclampsia, TGO; TGP, urea, creatinina, proteinuria.

19:00 hrs

Leucocitos: 10,600 mm³

Neutrófilos: 2%

Eosinófilos: 1%

Basófilos: 0%

Monocitos: 1%

Linfocitos: 16%

Hemoglobina: 14.7 gr/dl

Hematocrito: 44%

Plaquetas: 150,000 mm³

Prueba rápida de COVID: negativo

19:10 hrs

Examen de orina completo

Color amarillo, aspecto claro, densidad 1010.

Examen bioquímico

Proteínas positivo, leucocitos positivos, lo demás negativo.

Examen microscópico

Leucocito 8-10 x campo, células epiteliales 4-6 x campo, proteinuria positiva.

19:35 hrs

PA 130/84 mmHg, FC 124x', T 36.6C, FR 20x', SO2 99%

Se encuentra gestante en tópico de ginecoobstetricia en camilla con el monitor fetal.

Niega signos premonitorios de preeclampsia, refiere movimientos fetales (++), PSV (-), PLA (-).

Glucosa: 79 mg/dl

Urea: 18.2 mg/dl

Creatinina: 0.59

TGO: 18.50

TGP: 15.40

AREG, LOTEP

Piel y mucosas: leve palidez, tibia elástica

Mamas: blandas secretantes

Abdomen: AU= 32 cm LCF 156x'.

Tv diferido

Miembros inferiores: edema (+)

Diagnóstico:

Primigesta 41 1/7 sem x FUR

Preeclampsia leve

Embarazo tardío

Plan:

Monitoreo fetal

Test no estresante

Control de funciones vitales

20:00 hrs

Se comunica a ginecólogo, LCF 176 – 184x', PA 150/97 mmHg, e indica activación de clave azul.

20:10 hrs

Se comunica a ginecólogo, paciente presenta PA 150/97 mmHg, LCF 171 x', se programa para sala de operaciones.

20:30 hrs

Se inicia Sulfato de Magnesio #05 ampollas a chorro 400 cc
Se administra Cefazolina 2 gr EV en volutrol

20:50 hrs

Medico evalúa a paciente, PA 144/94 mmHg, LCF 163x'

21:00 hrs

G1P0000

FUR: 23-12-2020

FPP: 29-09-2021

Inicio insidioso.

Diagnóstico:

- Primigesta 41 1/7 sem
- Preeclampsia leve

- Embarazo tardío
- Pródromo de trabajo de parto

Peso habitual: 60 kg

Peso actual: 78 kg

Motivo: gestante en tóxico de emergencia refiere contracciones uterinas, movimientos fetales (+++), no pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal.

Funciones biológicas: normales

Antecedentes

Hábitos nocivos: niega

- Antecedentes obstétricos: niega, gestación actual.
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes familiares: niega

21:20 hrs

Se sube orden para sala de operaciones, se espera llamada de sala de operaciones.

21:30 hrs

PA 150/95 mmHg, LCF 177x'

21:52 hrs

Se deja a paciente con LCF 160x', PA 150/90 mmHg.

22:30 hrs

Ingresa a sala de operaciones

22:45 hrs

Parto por cesárea de recién nacido de sexo femenino, peso 3500 gr, Apgar 9' , 9 a los 5', talla 50cm.

08 oct 2021

01:00 hrs

Paciente no presenta molestias, al examen:

PA 130/80 mmHg, FR 20x', FC 82x'. pasa a hospitalización.

Médico indica:

- Dieta completa
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Sulfato de magnesio 2%
- Paracetamol 500 mg, VO
- Tramadol 50 mg EV c/6 hrs

06: 00 hrs

Paciente pasa la noche tranquila, no refiere molestias, al examen, no hay signos de flogosis, sangrado vaginal normal, loquios hemáticos escasos.

PA 130/70 mmHg, FR 18x', FC 80x'.

12:00 hrs

Paciente no presenta molestias, en alojamiento conjunto

18:00 hrs

PA 120/80 mmHg, FC 80x', FR 18x', paciente no refiere molestias.

21:00 hrs

Se continua con el plan:

- Dieta completa
- Vía salinizada + 30 UI oxitocina
- Continua con antibioticoterapia

09 oct 2021

08: 00 hrs

Paciente pasa la noche tranquila, no refiere molestias.

PA 110/60 mmHg, FR 20x', FC 80x'.

Médico indica alta con indicaciones.

12:00 hrs

Paciente sale de alta con indicaciones.

2.3. DISCUSIÓN.

- La preeclampsia es una patología muy frecuente en el embarazo, como refiere la Organización Mundial de la Salud produce una serie de complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto (2,5,10).
- La adolescencia es una etapa que debe de completarse sin embarazarse, tener una gestación durante esta etapa es un factor de riesgo para desarrollar una serie de complicaciones entre ellas la preeclampsia, que puede llevar a desencadenar cefalea, incremento de la presión arterial, proteinuria, edema (5,6,9,12).
- Cuando el diagnóstico no es realizado con rapidez, se puede generar una serie de complicaciones que pueden desencadenar en el ingreso a sala de cuidados intensivos, por lo que es importante determinar con prontitud el diagnóstico y el plan a ejecutar, hacer ello reduce en más del 50% las posibilidades de tener una complicación.
- En el caso clínico se muestra algunos factores que predisponen a la preeclampsia: edad menor de 20 años, nuliparidad y bajo nivel socioeconómico; sin embargo, debido a la acción rápida del equipo multidisciplinario, no se presentaron consecuencias ni complicaciones para el binomio madre-niño.

2.4. CONCLUSIONES.

- En el caso clínico se logró identificar determinados factores de riesgo que predispusieron a que se desarrollen la entidad patológica denominada preeclampsia, entre las que se logran identificar tenemos: 16 años de edad, nuliparidad, bajo nivel socio económico. malnutrición, estrés.
- En el manejo de la paciente podemos destacar la referencia que se realiza en el momento oportuno, dentro del establecimiento se puede establecer que se siguen las normas y protocolos de atención y ello permitió tener un diagnóstico adecuado que hizo que el equipo multidisciplinario pueda actuar de manera prolija, realizando todo en pro de la salud de la madre y el niño.
- Las complicaciones en este caso no se presentaron debido a las acciones realizadas con rapidez, prontitud y con calidad por el equipo multidisciplinario, lo que es un mérito muy importante pues las condiciones de la gestante hacían pensar que las consecuencias podrían ser muy graves.

2.5 RECOMENDACIONES.

- Fortalecer las acciones preventivas para concientizar a las adolescentes de los riesgos que conlleva un embarazo en esta etapa de su vida.
- Capacitar al personal multidisciplinario en la identificación de los factores de riesgo de las diversas patologías que el embarazo puede desencadenar en una adolescente.
- Realizar reporte de caso clínico de manera consecutiva en el establecimiento de salud que permita estar constantemente revisando la bibliografía y así poder estar capacitados.
- Trabajar en equipo es uno de los principales baluartes del establecimiento donde se ha desarrollado el presente caso clínico, por lo que se recomienda que se siga este modo de trabajo en las diferentes instituciones del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde S. Características clínicas de la preeclampsia en adolescentes. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6441>
2. Chávez J. Incremento de presión arterial como factor de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 19]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3844>
3. Mirones I, Moreno L, Patiño-García A, Lizeaga G, Moraleda JM, Toribio ML, et al. Immunotherapy with CAR-T cells in paediatric haematology-oncology. *An Pediatría (English Ed.* 2020 Jul 1;93(1):59.e1-59.e10.
4. Kirby C. Síndrome hipertensivo del embarazo en Ecuador y Latinoamérica. 2019 [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13616>
5. OMS | Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. WHO. 2014;
6. Ponce F. Prevalencia de preeclampsia en adolescentes del Hospital de la Mujer y Neonatología de Tehuacán [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13856>
7. Hernández A, Paguay J. Prevalencia y complicaciones de la preeclampsia en

- mujeres adolescentes. Riobamba, 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2020 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6817>
8. Moreira J, Carrera C. Factores clínicos y epidemiológicos predictivos de preeclampsia en adolescentes de 13 a 19 años. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52342>
 9. García-Hermida, M; García-Remirez, C; García-Ríos C. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. Rev Arch Médico Camaguey [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15];24(4):e7571. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552020000400006&script=sci_arttext&tlng=pt
 10. Molina J, Vinuesa D. Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en el embarazo. Repos la Univ Estatal Milagro [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.unemi.edu.ec//handle/123456789/5207>
 11. Saldaña H. La adolescencia como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2015-2017. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4056>
 12. Garcia A. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Periodo 2018. Univ Priv

- Antenor Orrego [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6441>
13. Mori O. Preeclampsia de presentación temprana vs preeclampsia de presentación tardía en pacientes gestantes adolescentes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca periodo enero a diciembre del 2017. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3864>
 14. Gaspar D. Complicaciones Maternas Asociadas A Tipo De Preeclampsia En Gestantes Adolescentes En El Hospital María Auxiliadora Del 2014 – 2017. Lima-Perú. Univ Priv San Juan Baut [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2800>
 15. Jimenez J. Factores de riesgo clinicos relacionados con complicaciones severas de la preeclampsia en la adolescencia del Hospital Regional de Cajamarca, 2017. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3865>
 16. Romero-Gutiérrez, G; González B. Persistencia de hipertensión en mujeres con preeclampsia. Rev Ginecol y Obstet Mex. 2011;79(10):601–6.
 17. Ñañez M. Incidencia de la preeclampsia en las gestantes atendidas en el centro de salud de Yauli, Huancavelica 2019 y 2020 [Internet]. Repositorio Institucional – UNH. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3706>

18. Santa Cruz W. Factores de riesgo asociado al desarrollo de preeclampsia en gestantes menores de 20 años vs gestantes mayores de 20 años, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2020. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4207>
19. Rios M. Morbilidad materno – perinatal asociada a la preeclampsia en el Hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2020 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3688>
20. Urquiza P. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de julio 2019 a marzo del 2020 [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/8632>
21. Mamani H. Prevalencia y factores de riesgo para preeclampsia en gestantes - Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, 2019. Univ Nac del Altiplano [Internet]. 2020 Sep 3 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/13802>
22. Toro M, Velasquez B. Embarazada con preeclampsia y aplicación del proceso de atención de enfermería. propósito de un caso [Internet]. Universidad Técnica de Machala; 2020 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15812>

23. Campos G. Factores de riesgo asociados a preeclampsia temprana y tardía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 - 2020. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]; Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4215>
24. Rojas L. Características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de pampas Tayacaja, Huancavelica 2019. [Internet]. Repositorio Institucional - UNH. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3798>
25. Loor-Cedeño L, Pincay-Cardona L, Yumbo-Santana Y, Reyna-Valdiviezo G, Villacreses-Cantos K, Delgado-Molina J. Preeclampsia y complicaciones materno-fetales. Polo del Conoc [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Oct 15];6(2):101–9. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2239/html>
26. Villanueva-Bustamante J, la-Cruz-Vargas J De, Guerrero C, Arango-Ochante P. Factores de riesgo asociados a la recurrencia de preeclampsia en gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2017 - 2018. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2021 Oct 15];9(2):26–30. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/202>
27. Grotegut C. Prevention of preeclampsia. J Clin Invest. 2016 Dec

1;126(12):4396–8.

28. Gómez A, Argüello H. Estrategia Nacional para prevenir embarazo adolescente, un gran reto.
29. Palomino A. Factores de riesgo obstétricos asociados a anemia en puérperas adolescentes según la vía del parto Hospital Jorge Reátegui Piura - 2018. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 11]; Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4656>