

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



**ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.**

**INFECCION DEL TRACTO URINARIO**

Trabajo Académico presentado  
por la

Licenciada en Obstetricia:

**Chirinos Chirinos, Daissy  
Karina**

para optar el Título de:

Segunda Especialidad en Alto  
Riesgo Obstétrico

**Asesora:**

**Mg. Arencio Heredia,  
Marcelina Lourdes**

**Arequipa – Perú**

**2021**

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 3 Junio 2021

**INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO  
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

A : Dra. Jannet Escobedo Vargas  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura  
DE : Dra. Jannet Escobedo Vargas Dictaminadora  
Mg. Marcos Herrera Cárdenas Dictaminador  
Dra. Verónica Oviedo Tejada Dictaminadora

**TITULO DEL TRABAJO ACADÉMICO : ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL  
EMBARAZO. INFECCION DEL TRACTO URINARIO**

PRESENTADO POR:

**Obstetra** DAISSY CHIRINOS CHIRINOS

Para optar el título de Segunda Especialidad en ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el **DICTAMEN FAVORABLE.**

Atentamente

**JURADO DICTAMINADOR**



Dra. Jannet Escobedo Vargas Cód. 0955  
Cód. 2767

Jurado Dictaminador



Mg. Marcos Herrera Cárdenas

Jurado Dictaminador




Dra. Verónica Oviedo Tejada Cod. 2544  
Secretaria



### **DEDICATORIA**

“A mi Familia y en especial a mi mamá  
por su apoyo constante en la realización  
de mis metas profesionales”



“El conocimiento no es una vasija que se llena, sino un  
fuego que se enciende”

Plutarco

## RESUMEN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial y es causa de morbilidad materno-fetal. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSA) en Perú durante el año 2020 constituyó la primera causa de mortalidad materna.

El análisis del presente caso clínico tiene como objetivos identificar los factores de riesgo y analizar el manejo relacionado con las patologías que presenta la gestante.

Se realizó la revisión y análisis del caso clínico de una primigesta nulípara de 33 años, de nacionalidad venezolana, procedente de Arequipa, secretaria y que fue referida del centro de atención Melitón Salas por presentar presión arterial 140/90, que el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia considera como uno de los parámetros para el diagnóstico de enfermedad hipertensiva. Ingresó por el servicio de emergencia del Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo con los diagnósticos de gestación de 34 semanas con 3 días, enfermedad hipertensiva del embarazo: descartar preeclampsia sin signos de severidad, infección del tracto urinario. Se menciona como antecedente patológico litiasis renal que fuera tratada hace diez años y no recibe control de especialidad en el último año. La gestante recibe un manejo y tratamiento de acuerdo a las guías de atención y a la capacidad resolutive del Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo.

En el caso de la enfermedad hipertensiva del embarazo se seguirá un manejo expectante y de monitoreo constante al no encontrarse signos de severidad y al tener un diagnóstico laboratorial de infección del tracto urinario se inicia tratamiento.

**Palabra clave:** Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Infección del Tracto Urinario.

## ABSTRACT

Hypertensive disorders during pregnancy constitute a major public health problem worldwide and cause maternal-fetal morbidity and mortality. According to the National Center for Epidemiology, Prevention and Control of Diseases of the Ministry of Health (MINSA) in Peru during the year 2020 it was the first cause of maternal mortality.

The analysis of this clinical case aims to identify the risk factors and analyze the management related to the pathologies that the pregnant woman presents.

A review and analysis of the clinical case of a 33-year-old nulliparous primiparous woman, of Venezuelan nationality, from Arequipa, secretary, was referred to the Melitón Salas Care Center for presenting blood pressure 140/90, which the American College of Gynecology and Obstetrics considered as one of the parameters for the diagnosis of hypertensive disease. He was admitted to the emergency service of the Carlos Alberto Seguín Escobedo Hospital with a gestation diagnosis of 34 weeks and 3 days, hypertensive disease of pregnancy: rule out pre-eclampsia without signs of severity, urinary tract infection. Renal lithiasis that was treated ten years ago is mentioned as a pathological antecedent and has not received specialty control in the last year. The pregnant woman receives management and treatment according to the care guidelines and the resolution capacity of the HNCASE.

In the case of hypertensive disease of pregnancy, expectant management and constant monitoring will be followed as no signs of severity are found and treatment is started when a laboratory diagnosis of urinary tract infection has been made.

**Key word:** Pregnancy Hypertensive Disease, Urinary Tract Infection.

## INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo es la presencia de hipertensión arterial. Está presente en el 8 a 10% de los embarazos y mundialmente es la primera causa de muerte materna. La revisión de este caso clínico es importante porque permite conocer la trascendencia de una adecuada atención prenatal ya que va a permitir prevenir o atenuar las complicaciones de esta patología y a futuro evitar la enfermedad cardiovascular y renal (1).

Se considera Hipertensión Gestacional a aquella en la que se encuentra una presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg sin presencia de proteinuria y que aparece en etapas tardías de la gestación y desaparece durante las 12 semanas posparto (1).

La Hipertensión gestacional puede convertirse en una preeclampsia a medida que el embarazo va avanzando, sobre todo si se presenta antes de las 30 semanas (1).

Según la OMS los trastornos hipertensivos en los países desarrollados alcanzan un 5 a 10% y en los que están en vías de desarrollo hasta un 18%, siendo una de las causas principales de morbilidad materna y perinatal. En América latina y el Caribe un 25% de las muertes maternas tienen esta causa y se cree que por cada gestante fallecida cerca de 50 a 100 sufren de morbilidad extrema grave (2).

Se ha encontrado una asociación entre un IMC pre gestacional de sobrepeso y obesidad con un mayor riesgo de sufrir hipertensión gestacional, por esto es importante realizar actividades de promoción de la salud que permitan lograr un IMC materno normal (3).

En cuanto al manejo de la hipertensión gestacional las distintas guías a nivel mundial coinciden en que se debe normalizar la presión en menos de 140/90 mmHg para evitar el riesgo de accidente cerebrovascular y compromiso de órgano blanco. Según evidencia tratar la hipertensión gestacional va a prevenir que se desarrolle una hipertensión no controlada pero no necesariamente va a evitar una preeclampsia (4).

Una adecuada terapéutica en el manejo de la Hipertensión gestacional tiene como objetivo disminuir la presión arterial, para lo cual es muy importante identificar los factores causales y lograr prevenirla. Con la revisión del presente

caso clínico esperamos poder identificar algunos factores epidemiológicos relacionados con la Hipertensión Gestacional (5).

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera: Capítulo I, revisión del Marco Conceptual. Capítulo II Marco Metodológico, donde se plasmará la Historia Clínica. Capítulo III que comprende la discusión del caso clínico, las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.



## ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO	
DEDICATORIA	
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
INTRODUCCIÓN .....	vi
INDICE.....	viii
CAPITULO I .....	1
MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
2. ENUNCIADO .....	1
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
2.1.1 Área del conocimiento .....	1
2.1.2 Tipo de investigación.....	1
2.1.3 Nivel de investigación.....	1
3. OBJETIVOS .....	1
4. MARCO TEORICO.....	1
4.1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO .....	1
4.1.1. Definición.....	2
4.1.2 Fisiopatología.....	2
4.1.3 Manifestaciones Clínicas.....	3
4.1.4 Manejo.....	3
4.1.5 Vía de Parto y Tratamiento Intraparto. ....	4
4.2. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO .....	4
4.2.1 Definición .....	4
4.2.2 Etiología .....	4
4.2.3 Clasificación .....	5
4.2.4 Vías de Infección Urinaria .....	5
4.2.5 Cuadro clínico .....	5
4.2.6 Diagnóstico .....	6
4.2.7 Tratamiento .....	6
4.2.8 Complicaciones.....	6
CAPITULO II .....	7
MARCO METODOLÓGICO.....	7

CAPITULO III .....	18
DISCUSIÓN .....	18
CONCLUSIONES.....	20
RECOMENDACIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22



## CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 2. ENUNCIADO

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo e Infección del Tracto Urinario.

### 2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

#### 2.1.1 Área del conocimiento

Área General: Ciencias de la salud

Área Específica: Obstetricia

Especialidad: Alto Riesgo Obstétrico

Línea o Tópico: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Infección del Tracto Urinario.

#### 2.1.2 Tipo de investigación

Trabajo académico de disertación

#### 2.1.3 Nivel de investigación

El nivel de investigación es Descriptivo

### 3. OBJETIVOS

- Identificar los diferentes factores de riesgo de la paciente asociado a transtorno hipertensivo en la gestación e infección del tracto urinario.
- Analizar el diagnóstico y manejo de las patologías que presenta la gestante.

### 4. MARCO TEORICO

#### 4.1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

La hipertensión inducida por el embarazo se caracteriza por la presencia de presión arterial igual o mayor 140/90, edemas, menor flujo sanguíneo, vasoconstricción y se encuentran proteínas en la orina. Se puede acompañar de cefaleas, escotomas, mareos, náuseas, anorexia y vómito. En las gestantes hay una frecuencia de un 7 a 10% de la presencia de hipertensión durante el transcurso del embarazo (1).

La etiología de la hipertensión inducida por el embarazo es aún desconocida, pero existe una relación con ciertos factores preconceptionales como la nuliparidad, nuliparidad con cambio de pareja, historia familiar de hipertensión, obesidad, embarazos múltiples, infección del tracto urinario malnutrición, la pobreza y controles prenatales insuficientes. Ciertas investigaciones la relacionan con una falta de proteínas y calcio en la dieta, sin embargo, ninguna de estas teorías está comprobada.

Esta patología es un factor muy importante en el aumento de la morbimortalidad materna y perinatal.

Durante el embarazo se producen diversos cambios fisiológicos, entre ellos la presión arterial. La hipertensión inducida por el embarazo es un trastorno cuyo inicio se produce luego de la primera mitad de la gestación, aunque también puede aparecer durante el puerperio. Se asocia a presencia de proteínas en la orina (1).

#### **4.1.1. Definición**

Se define a la preeclampsia como la presencia de una presión arterial sistólica mayor a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg luego de las 20 semanas de embarazo, también debe existir proteinuria mayor de 0.3 gramos en 24 horas, creatina mayor a 0.3 mg o presencia de dos cruces en las tiras reactivas (2).

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), (2013), hace la recomendación de que si una gestante con más de 20 semanas de embarazo presenta hipertensión y aunque no haya proteinuria pero si trombocitopenia, cambios en la función hepática, creatina mayor a 1.1 mg/dL o edema pulmonar se debe catalogar como preeclampsia (2).

#### **4.1.2 Fisiopatología**

Aún no es conocida, pero gracias a la investigación se ha ido comprendiendo la probable fisiopatología. Durante un embarazo normal las arterias espirales se remodelan y se convierten en vasos de gran capacitancia y poca resistencia, este cambio se debe a que los citotrofoblastos migran a la capa muscular de las arterias, en presencia de hipertensión inducida por el embarazo no se produce esta invasión por lo que no hay dilatación vascular, hay estenosis en los vasos que provocan sub perfusión placentaria (3).

También se ha encontrado que en mujeres con esta patología se altera la expresión molecular de las citosinas y de la histocompatibilidad HLA-G.

Todas estas anomalías que ocurren a nivel del tejido placentario convierten a esta enfermedad en propia del embarazo, por lo que hay mejoría en días o semanas posteriores al alumbramiento placentario.

La isquemia del tejido de la placenta provoca que se liberen factores tisulares que van a cambiar el tejido endotelial ocasionando disfunción a nivel vascular endotelial que va a afectar múltiples sistemas.

Cuando se altera el tono vascular como resultado se produce la hipertensión arterial, un incremento en la permeabilidad vascular que se traduce en la presencia de proteinuria y edemas (3).

Ciertas condiciones clínicas, como la diabetes, trombofilias o enfermedades renales, son factores de riesgo debido a que alteran la vasculatura. Igual ocurre con el embarazo múltiple.

La genética también pareciera tener alguna influencia en el desarrollo de la enfermedad, ya que las mujeres con antecedentes familiares de este tipo tienen un riesgo de dos a cinco veces mayor.

Si bien la mayoría de casos inicia durante el embarazo, existe una minoría en la que aparece en el posparto, que se produce por un mayor volumen del líquido intravascular.

#### **4.1.3 Manifestaciones Clínicas**

La manifestación de los síntomas puede ser gradual y en algunos casos en cuestión de horas presentar complicaciones mortales. No siempre existe relación entre el grado de hipertensión y la presencia de síntomas.

Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia son: cefalea, visión borrosa, escotomas, epigastralgia, fotofobia (4).

Si además hay alteraciones laboratoriales en las enzimas hepáticas o trombocitopenia, se hace necesario descartar el síndrome de HELLP.

#### **4.1.4 Manejo**

Va a depender de la existencia de criterios de severidad como:

- Presión sistólica mayor a 160 mmHg o diastólica mayor a 110 mmHg en dos tomas con 4 horas de diferencia entre cada una.
- Síntomas neurológicos como cefalea o alteraciones visuales.
- Alteración hepática con incremento de las transaminasas o presencia de dolor abdominal.
- Trombocitopenia.

- Insuficiencia renal, incremento de la creatinina.
- Edema pulmonar.

Si hay presencia de criterios de severidad entonces, se indicará el parto. La culminación del embarazo evitará que haya complicaciones multisistémicas. Si es una gestación de menos de 34 semanas se intentará lograr la madurez fetal mediante el uso de corticoides para evitar complicaciones neonatales (5).

Si no hay criterios de severidad el tratamiento va a depender de la edad gestacional y del estado de la madre y el feto.

Si es una gestación de más de 36 semanas, el mejor tratamiento es inducir el parto para así reducir la posibilidad de complicaciones.

En gestaciones menores a 33 semanas se recomienda la conducta expectante para evitar los riesgos de un parto prematuro. Este manejo debe incluir un monitoreo de la presión arterial, realizar análisis de laboratorio dos veces a la semana, evaluar el bienestar fetal y administrar corticoides. El uso de antihipertensivos se recomienda cuando los valores de la presión sistólica sean mayores a 160 mm Hg y 110 mm Hg la diastólica (6).

#### **4.1.5 Vía de Parto y Tratamiento Intraparto.**

La preeclampsia no es una indicación en si para realizar una cesárea. En el intraparto se debe monitorear de forma estricta la presión arterial, y de ser necesario, iniciar el uso de sulfato de magnesio como profilaxis para evitar una eclampsia (6).

## **4.2. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO**

### **4.2.1 Definición**

Es la presencia en la orina de gérmenes patógenos ocasionados por infección en cualquier parte del tracto urinario. También se define como la existencia de cien mil o más colonias de bacterias por ml (7).

Es la patología más frecuente durante el embarazo, se presenta en un 5 a 10%.

### **4.2.2 Etiología**

Se originan por el ingreso de gérmenes a través de la vejiga y la uretra, propagándose hacia los riñones. En el 95% de los casos sólo un germen es el responsable de la infección y puede ser cualquiera de los que a continuación mencionaremos:

- Gram Negativas: la más común con un 80 a 90% es la E. Coli, luego están

la Klebsiella (5%), Enterobacter (3%) y Proteus Mirabilis (5%)

– Gram Positivos: son menos frecuentes, como el Estreptococo del grupo B o el Estafilococo (7).

#### **4.2.3 Clasificación**

Va a depender del compromiso clínico y anatómico, puede ser asintomática o sintomática, así tenemos:

– Bacteriuria Asintomática: existencia de una cantidad mayor a cien mil colonias en un ml de orina. No hay signos ni síntomas de infección urinaria. Durante la primera atención prenatal, se suele diagnosticar la mayor parte de bacteriurias asintomáticas, son más frecuentes entre la 9 y 17 semanas. Tiene relación con la presencia de ciertas complicaciones durante el embarazo, como el bajo peso al nacer y la prematuridad. Tiene una prevalencia de 5 a 6%. El diagnóstico es microbiológico con la realización de un urocultivo cuantitativo.

– Cistitis: la gestante presenta síntomas como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, cambios en el color y olor de la orina y hematuria. Tiene una prevalencia de 1% (7).

– Pielonefritis: se presenta en un 2% de los embarazos. Hay síntomas sistémicos como fiebre, vómitos y náuseas. El síntoma más frecuente con un 85% es el dolor a nivel de la fosa renal. Son poco frecuentes los síntomas como disuria y polaquiuria. Se asocia con complicaciones como prematuridad y óbito fetal.

#### **4.2.4 Vías de Infección Urinaria**

Son tres las vías por la que se va a originar la infección urinaria:

– Ascendente: es la más común, sobretodo en mujeres debido a que la uretra femenina es más corta y a que la zona vulvar y rectal están próximas.

– Hematógena: es poco frecuente y se da cuando hay bacteriemia causada por estafilococo.

– Linfática: no es significativa, y se produce porque hay conexiones linfáticas entre los uréteres y los riñones (8).

#### **4.2.5 Cuadro clínico**

Los síntomas asociados a la infección urinaria son: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y hematuria. Suelen ser parecidos entre la pielonefritis y la cistitis.

En algunos casos no hay presencia de síntomas (8).

#### **4.2.6 Diagnóstico**

La prueba de tamizaje por excelencia es el urocultivo, que debe realizarse en la primera consulta prenatal. Es el único método que permite identificar la bacteriuria asintomática.

La desventaja del urocultivo es el tiempo que demora, entre 24 a 48 horas.

Consiste en identificar la presencia de más de cien mil ufc/ml en dos muestras consecutivas de orina sin que haya contaminación (9).

#### **4.2.7 Tratamiento**

En caso de cistitis y pielonefritis el tratamiento inicial es “empírico”, y se debe iniciar de forma inmediata antes de tener los resultados del urocultivo y antibiograma.

En la elección del antibiótico para el tratamiento se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La mayor frecuencia y prevalencia de los gérmenes.
- Gravedad del cuadro clínico.
- Riesgos farmacológicos en el embarazo.
- Resistencia a los antibióticos.

El uso rutinario y la automedicación han creado resistencia a los fármacos y escoger uno para iniciar el tratamiento se hace cada vez más difícil (9).

#### **4.2.8 Complicaciones**

Las complicaciones más frecuentes asociadas a las infecciones del aparato urinario son: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y bajo peso (9).

## CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

#### I. ANAMNESIS

##### 1.1 FILIACIÓN

- a. Nombre : RDCGR
- b. Edad : 34
- c. Cama : 202-G
- d. Seguro : Por cónyuge
- e. DNI : Carnet de extranjería CE  
2857278
- f. Fecha de nacimiento : 20-10-86
- g. Lugar de nacimiento : Venezuela
- h. Lugar de procedencia : José Luis Bustamante y Rivero
- i. Domicilio : Urb. Rodante del Sur , Mz D  
Lote 14
- j. Grado de Instrucción : Superior Universitario Completo
- k. Raza : Mestiza
- l. Sexo : Femenino
- m. Estado Civil : Conviviente
- n. Religión : Católica
- o. Idioma : Castellano
- p. Ocupación actual : Secretaria
- q. Pareja : FJLM
- r. Ocupación de la pareja : Electricista
- s. Persona responsable : FJML
- t. Fecha de ingreso : 22/04//2021
- u. Forma de ingreso : Deambulando
- v. Tipo de anamnesis : Directa
- w. Nro. de historia clínica : 964647
- x. Historia clínica elaborada por : Daissy Chirinos Chirinos
- y. Fecha de elaboración : 23/04/2021

## 1.2 ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha : 23/04/2021 Hora: 09:00

- a) Tiempo de enfermedad : 01 día
- b) Síntoma principal : No refiere
- c) Historia de la enfermedad : Paciente refiere hace 01 día acudir a su control prenatal donde le encuentran presión arterial 140/90 por lo que es referida al Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo.

### Funciones Biológicas

Apetito : Aumentado  
Sed : Normal  
Sueño : Conservado  
Micción : Si  
Deposiciones : Si

## 1.3 ANTECEDENTES PERSONALES:

### Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo : Normal
- Nacida de parto : Distócico, cesárea por dilatación estacionaria
- Atención : Hospital
- Lugar : Estado Zulia (Venezuela)
- Lactancia materna / tiempo : Si, 3 meses
- Vacunas : Completas
- Dentición : Normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz : Normal
- Inicio de marcha : 1 año

### Antecedentes patológicos

- Enfermedades eruptivas de la infancia : Ninguna
- Enfermedades de la adolescencia : Infección del tracto urinario.
- Enfermedades de la adultez : Litiasis Renal hace 10 años

- Intervenciones Quirúrgicas : Cirugía laparoscópica  
(extracción de cálculo renal)
- Accidentes o traumatismos : Ninguno
- Hospitalizaciones : Si por la laparoscopia
- Transfusiones sanguíneas : No
- Alergias a medicamentos : Niega
- Alergias a alimentos : Niega

Antecedentes Ginecológicos

- Menarquia : 13
- Régimen Catamenial : 3/28días
- Cantidad : 2 a 3 toallas por día
- Dismenorrea : No
- Inicio de relaciones Sexuales : 23 años
- Nro. de parejas sexuales : 02
- Dispareunia : No
- Flujo genital : Blanquecino
- Prurito vulvar : No
- Infecciones ginecológicas : Si
- I.T.S. : Herpes genital, hace 6 años
- Uso de MAC : Píldora oral
- PAP : Si, 2020 citología negativa.
- Examen de mamas : Si, 2020 ecografía normal.
- Tratamiento de infertilidad : No
- Operaciones gineco-obstétricas : Ninguna

Antecedentes Obstétricos

- G1 P0000
- Nro. De gestaciones : 0
- Nro. De partos a término : 0
- Nro. De partos prematuros : 0
- Nro. De abortos : 0
- Nro. De hijos vivos : 0
- Nro. De hijos fallecidos : 0

#### 1.4 ANTECEDENTES FAMILIARES

- a) Padre : Ninguno
- b) Madre : Hipertensión arterial, litiasis renal
- c) Hermano/a : Ninguno
- d) Pareja : Ninguno
- e) Hijo/s : No

#### 1.5 ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Enfermedades de padres y hermanos

- a) Sífilis : Niega
- b) Diabetes : Niega
- c) Taras nerviosas y mentales : No
- d) Malformaciones congénitas : No
- e) Enfermedades y causa de fallecimiento : No

#### 1.6 ANTECEDENTES DEL ESPOSO

- a) Enfermedades venéreas : No
- b) Antecedentes en su familia de partos múltiples : No
- c) Malformaciones congénitas en su familia : No

#### 1.7 ANTECEDENTES COSMICO AMBIENTALES:

- a) Vivienda : Alquilada
- b) Zona : Urbana
- c) Material : Concreto
- d) Nro. De habitaciones : 06
- e) Nro. De habitantes : 06
- f) Saneamiento : Agua y desagüe
- g) Eliminación de basura : Carro recolector de basura
- h) Residencias anteriores : 4 veces alquilada
- i) Armonía en la familia : Si
- j) Ambiente laboral : Bueno
- k) Crianza de animales : No

#### 1.8 ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICOS

- a) Ocupación del jefe de la familia : Electricista

- b) Nivel educacional : Superior universitario
- c) Nro. de personas dependientes : Ninguna
- d) Ingreso familiar mensual : 4,000 soles
- e) Persona responsable de sustento familiar : paciente y su pareja.

### 1.9 ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

- a) Situación familiar : Buena
- b) Situación personal : Buena
- c) Vida afectiva : Tranquila
- d) Horas de sueño : 7-8 horas

### 1.10 HABITOS Y COSTUMBRES

- a) Fuma : No
- b) Ingiere bebidas alcohólicas : No desde el embarazo
- c) Consume drogas : No
- d) Bebe gaseosas : De vez en cuando
- e) Bebe té : No
- f) Bebe café : No
- g) Nro. de veces al día que se alimenta : 5 veces
- h) Tipo de alimentación : Hiposódica, carbohidratos, proteínas, bajo en ensaladas.

### II. EMBARAZO ACTUAL:

- a) Formula obstétrica : G1P0000
- b) Fecha de la última menstruación : 21/08/2020
- c) Fecha probable de parto : 28/05/2021
- d) Nro. de controles prenatales : 6
- e) Inicio de control prenatal : 6 semanas
- f) Lugar de controles prenatales : En consultorio particular y uno en Essalud.
- g) Examen de mamas : Si. Ecografía Normal 2020.
- h) Examen de Papanicolaou : Si. Citología Negativa 2020.

i) Evaluación nutricional

- Peso previo : 64
- Talla : 1.56
- IMC : 26.3 (Sobrepeso)
- Peso actual : 71.500
- Ganancia de peso : 7 kg.
- Actividad sexual : Si esta semana una vez.
- Gestación planificada : Si
- Estimulación prenatal : No
- Psicoprofilaxis Obstétrica : No

j) Molestias durante el embarazo

- Antecedentes del segundo trimestre :No refiere
- Antecedentes del tercer trimestre: No refiere.
- Administración profiláctica de sulfato ferroso : Si
- Trabaja haciendo esfuerzo físico : No
- Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones, radiación solar: No
- Tamizaje de VIH/SIDA (Prueba Rápida): No Reactiva
- Tamizaje de violencia familiar: Negativo

k) Consejería recibida: Si

- Nutricionales : Si
- Métodos anticonceptivos : Si
- VIH/SIDA : No
- Violencia familiar : No
- Signos de alarma : Si

**1. EXAMEN CLINICO**

a) Funciones vitales

- Presión Arterial : 132/84
- Pulso : 88
- Temperatura Corporal : 36.4
- Respiración : 20 por minuto.

b) Antropometría

- Peso : 71.600

- Talla : 1.56
- IMC : 29.4 (Sobrepeso)

## 2. EXAMEN CLINICO GENERAL

- a) Conciencia : LOTEP
- b) Piel y TCSC : Trigueña y tibia
- c) CABEZA : Acorde a su constitución, movilidad conservada.
- d) CABELLO : bien implantado
- e) OJOS : Conjuntivas palpebrales rosadas, pupilas isocóricas
- f) NARIZ : Normorrínea, tabique normal
- g) OIDOS : Pabellones auriculares bien implantados
- h) BOCA : Labios rosados, mucosas orales húmeda, piezas dentarias en buen estado de conservación. Orofaringe no congestiva
- i) CUELLO : Central no adenopatías, tiroides no palpable
- j) APARATO RESPIRATORIO: Tórax móvil simétrico, amplexación conservada
- k) APARATO CARDIOVASCULAR : ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

## 3. EXAMEN PREFERENCIAL

- a) Mamas:
  - INSPECCION : Mamas asimétricas, pezones hiperpigmentados.
  - PALPACION : Turgentes
- b) Abdomen:
  - INSPECCIÓN : Útero grávido, sin estrías
  - PALPACIÓN : Altura Uterina: 32cm. Maniobras de Leopold: Feto en Longitudinal cefálico izquierdo.
  - AUSCULTACIÓN : Latidos cardíofetales 138x'
- c) Genitales externos de nulípara: No perdidas transvaginales. Tacto vaginal: diferido
- d) Extremidades superiores: Simétricas, móviles, no edemas.
- e) Extremidades Inferiores: Simétricas, móviles, no edemas, reflejos osteotendinosos conservados.

#### 4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- GESTACIÓN DE 34 SEM. 4 DIAS
- ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
- D/C PREECLAMPSIA SIN SIGNOS DE SEVERIDAD
- ITU

#### 5. PLAN DE TRABAJO

##### INDICACIONES

- a) Dieta blanda
- b) Reposo relativo
- c) Control de funciones Vitales cada 4 horas
- d) Control Obstétrico: Latidos Cardíofetales, Dinámica Uterina, movimientos fetales.
- e) Control de signos de alarma
- f) Control de peso diario
- g) Control de diuresis
- h) Balance Hidroelectrolítico
- i) Examen completo de orina
- j) Set laboratorial -Clave azul
- k) Proteinuria de 24 horas
- l) Proteinuria cualitativa
- m) Urocultivo
- n) Ecografía
- o) Monitoreo fetal
- p) I/C Urología
- q) I/C Nefrología
- r) Ecografía renal

##### MEDICACIÓN

1. Cloruro de Sodio 9% 1lt. 9% a 30 got. / Min.
2. Dexametasona 6mg cada 12 hrs.IM por 4 dosis
3. Cefazolina 1 gr cada 8 horas ev.

**CUADRO RESUMEN DE FUNCIONES VITALES**

FECHA	22/04/2021 EMERGENCIA CASE	23/04/2021 HOSPITAL CASE
PA (mmHg)	140/90 130/90 130/84	130/90 125/75 130/85
Pulso por minuto	90	85
Temperatura (°C)	36.4	36.5
Frecuencia respiratoria por minuto	16	18

Fuente: Historia Clínica

**CUADRO RESUMEN DE BALANCE HIDRICO-PESO- DIURESIS**

FECHA	22/04/2021 EMERGENCIA CASE	23/04/2021 HOSPITAL. CASE
Diuresis	800	2600
Peso	71.500kg.	71.500 kg.
Balace Hidroelectrolítico	positivo	positivo

Fuente: Historia Clínica

**CUADRO RESUMEN DE RESULTADOS DE EXAMENES SOLICITADOS**

EXAMENES DE LABORATORIO: HEMATOLOGICO		
FECHA	22/04/2021	23/04/2021
HB (g/dL)	12.6	13.2
HTO (%)	--	--
INR	1.03	0.83
PLAQUETAS	113	138

(mm <sup>3</sup> )		
<b>LEUCOCITOS</b> (mm <sup>3</sup> )	14,800	12,00
<b>EXAMENES DE LABORATORIO: BIOQUÍMICO</b>		
<b>FECHA</b>	<b>22/04/2021</b>	<b>23/04/2021</b>
<b>GLUCOSA</b> (mg/dl)	73	126
<b>CREATININA</b> (mg/dl)	0.63	0.77
<b>TGP (mg/dl)</b>	14	13.5
<b>TGO (mg/dl)</b>	16	17.1
<b>DHL (mg/dl)</b>	130	119.9
<b>BT (mg/dl)</b>	0.41	0.227
<b>BD (mg/dl)</b>	--	0.057
<b>BI (mg/dl)</b>	--	0.153

Fuente: Historia Clínica

<b>EXAMENES DE LABORATORIO: SEDIMENTO URINARIO</b>		
<b>FECHA</b>	<b>22/04/2021</b>	<b>23/04/2021</b>
<b>COLOR</b>	Amarillo	--
<b>pH</b>	6	--
<b>DENSIDAD</b>	1015	--
<b>LEUCOCITOS</b>	50-60	--
<b>PIOCITOS</b>	--	--
<b>HEMATIES</b>	2-4 X C	--
<b>BACTERIAS</b>	3+	--
<b>NITRITOS</b>	Positivo	
<b>PROTEINURIA</b> (24 horas)	--	--
<b>CULTIVO</b>	RESULTADO PENDIENTE	
<b>ANTIBIOGRAMA</b>	RESULTADO PENDIENTE	

Fuente: Historia Clínica

### ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

FETO	LCI
PLACENTA	FÚNDICA
ILA/POZO MÁX	10
PF (PERCENTIL)	2300G.

Fuente: Historia Clínica

### ECOGRAFIA DOOPLER

AU	0.79
ACM	1.78

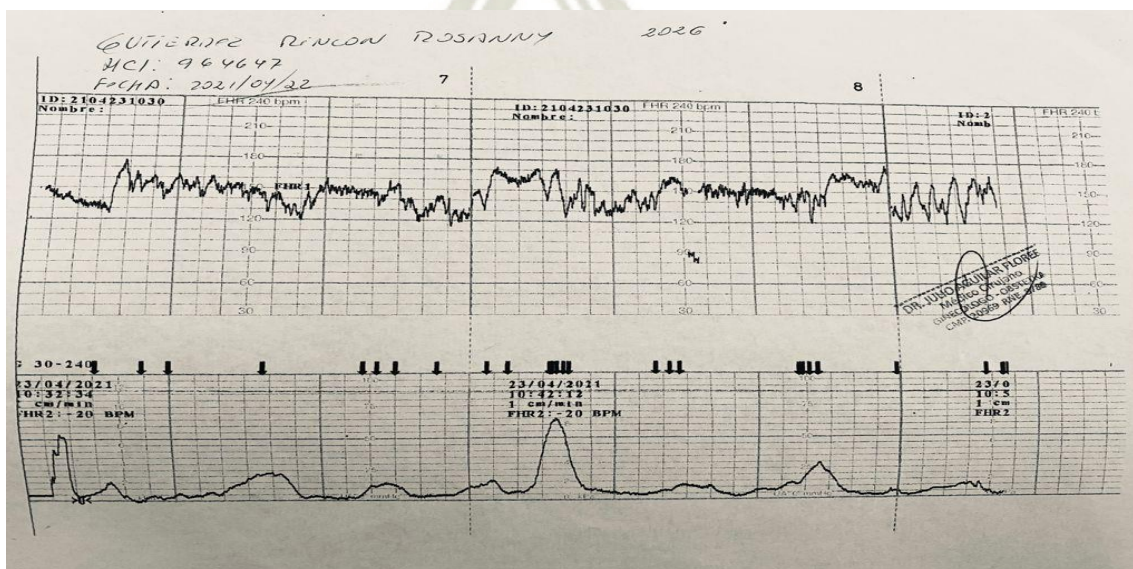
Fuente: Historia Clínica

### MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO

Línea de Base (110-160 latidos por minuto)	138
Variabilidad (6-25)	10
Aceleraciones	presentes
Desaceleraciones tempranas	ausentes
Desaceleraciones variables	ausentes
Desaceleraciones tardía	ausentes

Fuente: Historia Clínica

Interpretación Monitoreo fetal electrónico: Patrón normal Categoría I



### CAPITULO III DISCUSIÓN

- Milos M. et al (Argentina, 2017) en su investigación *Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo*, encontró una frecuencia de 12.5% en la Enfermedad hipertensiva del embarazo. Los factores de riesgo que halló son el antecedente de hipertensión, la obesidad y la nuliparidad (4). Según el caso revisado se encontró el antecedente familiar materno de hipertensión arterial, asimismo el factor sobrepeso y nuliparidad que se relacionan con el estudio de Milos.
- Ruiz Caro J. (Cusco, 2011) en su estudio *Marcadores de severidad maternos en Preeclampsia severa en los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Antonio Lorena. Cusco 2011*, concluyó que fueron marcadores útiles para determinar la severidad de la preeclampsia severa son creatinina, TGO, TGP, LDH, hematocrito y recuento plaquetario; mientras que no tuvieron significancia estadística para este fin fueron ácido úrico, proteinuria, presión arterial media e índice de masa corporal (6). En este caso clínico la analítica inicial se muestra dentro de valores normales, dando una impresión diagnóstica solo de enfermedad hipertensiva del embarazo, y se encuentran datos ausentes que nos harían pensar en la severidad de una Preeclampsia como postula Ruiz Caro.
- Ponce M. en su tesis *Características de la infección del tracto urinario recurrente en gestantes del Instituto Materno Perinatal. Lima Perú*, encontró que la infección de tracto urinario fue recurrente en las multigestas, durante el tercer trimestre y que tienen un periodo intergenésico de 1 a 3 años. La prevalencia de más a menos en el tipo de infección fue: bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis. (10). En el mencionado caso no se dispone de evaluaciones institucionales previas, ya que los controles fueron de manera particular.
- Tapia G. realizó una investigación titulada *Incidencia de Infección del Tracto Urinario en gestantes asistentes al control materno del establecimiento de*

salud 1-3 José Antonio Encinas Puno. Encontró una incidencia de 28%, se dio con mayor frecuencia en las edades de 20 a 35 años, durante el II Trimestre y se cursan con una infección moderada. (9). En este caso la paciente tiene 34 años de edad y se relaciona con el grupo de 20 a 35 años del estudio en mención.

- Según la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Azul: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo de EsSalud los criterios diagnósticos que se consideran son presencia de presión arterial 140/90 a más, después de las 20 semanas de embarazo. Ausencia de proteinuria. Puede desarrollar otros síntomas como cefalea, dolor epigástrico, trombocitopenia, RCIU, etc. Se clasifica como hipertensión gestacional leve cuando hay una elevación de la presión arterial en 140/90y severa cuando es mayor a 160/110 (11).
- Según la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Azul: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo de EsSalud el manejo de la Enfermedad Hipertensiva Gestacional incluye: Ecografía, Flujoimetría Doppler, TNS, Exámenes de laboratorio (Hemograma, Grupo Rh, perfil de coagulación completo, perfil renal: urea, creatinina y ácido úrico, glucosa, proteínas en orina de 24 horas o tira reactiva, perfil hepático: bilirrubinas total y fraccionada, TGO, TGP, DHL, proteínas totales y fraccionadas, examen completo de orina (11).
- Según la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias Clave Azul: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo de EsSalud el manejo de la Enfermedad Hipertensiva Gestacional en hospitalización es: Abrir vía endovenosa (catéter N° 18) con Na Cl9%0. Fluidoterapia con ClNa 9%0 250 cc en 1 hora y continuar de acuerdo con diuresis. Dieta hiperproteica, normocalórica, normosódica. Líquidos a libre demanda. Balance hídrico. Abrir hoja de monitoreo de presión arterial, peso, diuresis, edemas, signos premonitorios, balance hídrico. Reposo relativo, en decúbito lateral izquierdo. Reducir actividad física durante gran parte del día. Interconsulta a cardiología, oftalmología, nefrología u otra especialidad de ser necesario (11).

## CONCLUSIONES

- Se encuentran factores de riesgo asociados como edad, nuliparidad, historia familiar de hipertensión, sobrepeso, antecedente de litiasis renal sin control de especialidad en los dos últimos años, antecedente de infección del tracto urinario durante el segundo trimestre, así como la falta de control prenatal precoz institucional, lo que favoreció incrementar la probabilidad de presentar enfermedad hipertensiva del embarazo.
- El diagnóstico y referencia inmediata de la paciente del centro de atención primario fue oportuno. En el lugar de referencia la gestante recibe indicaciones según protocolos y guía de atención para el manejo de paciente con enfermedad hipertensiva del embarazo.
- En el caso de la enfermedad hipertensiva del embarazo se seguirá una conducta expectante y de monitoreo constante al no encontrarse signos de severidad y al tener un diagnóstico laboratorial de infección del tracto urinario se inicia tratamiento.

## RECOMENDACIONES

- A las OBSTETRAS, brindar la consejería preconcepcional a la mujer en edad fértil, más aun cuando existe un antecedente patológico renal. Derivar oportunamente al especialista y planificar de manera responsable su embarazo para evitar complicaciones como los trastornos hipertensivos.
- A LAS OBSTETRAS, trabajar en conjunto con la población, informar y concientizar sobre la importancia de prevenir la enfermedad hipertensiva del embarazo, evitando la mortalidad materna y fetal. Dar a conocer las complicaciones graves que ocasiona la hipertensión gestacional. Participar en los comités distritales en los que interviene la mujer, haciendo énfasis en estilos de vida saludable para evitar el sobrepeso, fomentando el ejercicio físico. Proyectarse a través de medios televisivos y de radio, priorizando la importancia del control prenatal y signos de alarma en el embarazo. De igual forma la consejería preconcepcional y embarazo planificado debe ser fortalecido en los colegios.
- A LAS OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS, evitar complicaciones a través de la detección oportuna, correcto llenado de la historia clínica y de la hoja de referencia adjuntando toda la información obtenida y los resultados de los exámenes auxiliares realizados así como el traslado oportuno a un establecimiento de mayor complejidad.
- A las AUTORIDADES de todos los establecimientos, evaluar el cumplimiento de protocolos y/o guías de atención de la gestante hipertensa así como implementar el kit de clave azul de Emergencias Obstétricas ya que estas permiten salvar vidas.
- Capacitar permanentemente al personal del área de Gineco-Obstetricia para que continúen mejorando sus habilidades en el manejo y cumplimiento de protocolos y claves obstétricas así como entrenamientos del personal en la atención de la gestante con activación de la alarma clave azul de manera periódica para así actuar con prontitud y tener definidas las actividades que cada personal de salud involucrado debe cumplir en los servicios de emergencia, hospitalización, sala de partos y centros quirúrgicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johanna Georgina Vidal Plúas a; Walter Alejandro Patiño Zambrano b; Luisana Belen Solorzano López c; Steven Javier Berruz Alvarado d Factores causales de hipertensión arterial en mujeres durante la gestación *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. Vol. 2 núm.2, mayo, ISSN: 2588-073X, 2018, pp. 640-649 [citado 2021 Mayo 28] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732774>
2. Bustos H. Cuidados Prenatales en Pacientes con Hipertensión Gestacional Atendidas en el Centro de Salud Puertas Negras del Canton Babahoyo, Provincia de los Rios, Ecuador. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/4656>
3. Fernández Alba Juan Jesús, Mesa Páez Cristina, Vilar Sánchez Ángel, Soto Pazos Estefanía, González Macías María del Carmen, Serrano Negro Estefanía et al. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018 Ago [citado 2021 Mayo 28]; 35(4 ): 874-880. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000800018&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000800018&lng=es). Epub 18-Nov-2019. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1702>.
4. Bryce Moncloa Alfonso, Alegría Valdivia Edmundo, Valenzuela Rodríguez Germán, Larrauri Vigna César Antonio, Urquiaga Calderón Juan, San Martín San Martín Mauricio G. Hipertensión en el embarazo. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Mayo 28]; 64( 2 ): 191-196. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>.
5. Delance Reyes KJ, Rodríguez López N, Torres García M, Peña Anglin M, Flores Ruiz I. Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital ginecobstétrico Fe del Valle Ramos. *RM [revista en Internet]*.

- 2017 [citado 28 May 2021];, 21(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/677>
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia, Eclampsia. Lima- Perú. Junio 2017.
  7. Guevara Rios E. Manejo de la Preeclampsia/ Eclampsia en el Perú. Simposio Preeclampsia, viejo problema aún no resuelto: conceptos actuales. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; vol. 60 no.4 Lima oct /dic. 2014.
  8. Ministerio de Salud Argentina. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo.
  9. Milos Sucksdorf, María C. et al. Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. Revista de la Federación Argentina de Cardiología, Vol. 46- Número 4, Octubre/Diciembre 2017. [citado el 28 de Abril del 2021] Disponible en: <http://www.fac.org.ar/2/revista/17v46n4/originales/04/sucksdorf.php>
  10. Flores del Carpio, K. Factores de riesgo para preeclampsia severa en el Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz en el periodo Enero a Setiembre del 2015. Tesis para optar el título de Médico Cirujano, Universidad Ricardo Palma. [citado el 28 de Abril del 2021] Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/512/Flores\\_k.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/512/Flores_k.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  11. Ruiz Caro Larrea, Juan Manuel. Marcadores de severidad maternos en preeclampsia severa en los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Antonio Lorena. Cusco 2016. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. [citado el 28 de Abril del 2021] Disponible en: [http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/3575/25\\_3T20190020\\_TC.pdf?sequence=1](http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/3575/25_3T20190020_TC.pdf?sequence=1)
  12. Protocolo SEGO. Infección Urinaria y Gestación. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid : Elsevier, 2015.
  13. Arroyave V, Cardona F, Castaño J, Giraldo V, Jaramillo M, Moncada N, et al. "Caracterización de la infección de las vías urinarias en mujeres embarazadas" (Manizales, Colombia), 2016-2018". 2018. [citado el 28 de

- Abril del 2021] Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434003.pdf>
14. Tapia Maldonado G, Incidencia de Infección del Tracto Urinario en gestantes asistentes al control materno del establecimiento de salud 1-3 “José Antonio Encinas”. Puno Junio 2018 a Junio 2019. [Tesis Pre Grado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. 2019. [citado el 28 de Abril del 2021] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/58629410/cia-de-ltu-en-Gestantes-Jose-Antonio-Encinas-Gary-1>
15. Ponce M. Características de la infección del tracto urinario recurrente en gestantes del Instituto Materno Perinatal. 2007. [citado el 28 de Abril del 2021] Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1142/Ponce\\_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1142/Ponce_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias. 2013.