



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA.

TEMA:

“HIPERTENSION GESTACIONAL EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE
GESTACION”

AUTOR:

JOSÉ GILBERTO RAMIREZ CARBO

TUTOR:

DR. ANDRES FERNANDO ESCUDERO CASTRO, MSc.

BABAHOYO - LOS RÍOS

2019.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**OBST. ANA PASOS BAÑO MSC.
DECANA O DELEGADO (A)**

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**DR. DANNY GUERRERO ICAZA MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO**

**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELÁ
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 03 de ABRIL del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Obstetra en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Obstetricia exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de Investigación.

Autor(a): José Gilberto Ramírez Carbo

C.I: 120750513-0

Firma



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Escudero Castro Andrés Fernando, MSc, en calidad de tutor del informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: "HIPERTENSION GESTACIONAL EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE GESTACION", elaborado por el estudiante José Gilberto Ramírez Carbo, de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 8 días del mes de abril del año 2019

Escudero Castro Andrés F.
C.I.: 1202741755
Médico Ginecólogo
Escuela General - BABAHOYO

FIRMA

ANDRES FERNANDO ESCUDERO CASTRO

1202741755



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo Dr. Andres Fernando Escudero Castro, MSc, en calidad de tutor del Informe Final Del Componente Practico Del Examen Complexivo con el tema: **HIPERTENSION GESTACIONAL EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE GESTACION**, elaborado por el estudiante: José Gilberto Ramírez Carbo, de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, ha sido sometida al sistema de análisis urkund obteniendo un 12% de similitud.

URKUND

Documento [josé ramirez.CC.docx](#) (D50261021)

Presentado 2019-04-05 13:51 (-05:00)

Presentado por jose57ramicar@outlook.es

Recibido halvarado.utb@analysis.orkund.com

Mensaje CC [Mostrar el mensaje completo](#)

12% de estas 8 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

Dr. Andres Fernando Escudero Castro
CI. 120274175-5
Médico Obstetra - Babahoyo

FIRMA

Dr. Andres Fernando Escudero Castro, MSc
CI. 120274175-5

ÍNDICE GENERAL.

	Pag.
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Título del Caso Clínico	III
Resumen	IV
Abstract	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Justificación.....	8
1.2. Objetivos.....	9
1.2.1. Objetivo general.....	9
1.2.2. Objetivos específicos.....	9
1.3. Datos generales.....	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	11
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	12
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	12
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	13
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	15
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	15
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	16
2.8. Seguimiento.....	18
2.9. Observaciones.....	19
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente caso clínico a DIOS, por brindarme sus bendiciones, fortalezas y sabiduría; en gran parte a mi padre y a mi madre por su apoyo incondicional tanto económico como moral, para así poder culminar con éxito cada una de las metas que me he propuesto.

José

AGRADECIMIENTO

Mis más fervorosos y sinceros agradecimientos van dirigidos a:

La Universidad Técnica De Babahoyo por haberme abierto las puertas y poder ingresar a estudiar en la escuela de salud y bienestar en la Carrera de Obstetricia.

Agradezco a mi tutor el Dr. Andrés Escudero Castro, MSc, por haberme guiado y brindado sus conocimientos en el caso clínico.

Agradezco a Dios por darme sabiduría y brindarme la oportunidad de poder estar aquí compartiendo con ustedes los proyectos que tengo en mente para mi futuro.

A mis Padres por haberme dado la vida y una educación; he culminado etapas muy importantes en mi vida y estoy a punto de comenzar una nueva, la que tendré que afrontar con madurez y seriedad.

José

TEMA:

**“HIPERTENSION GESTACIONAL EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE
GESTACION”**

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran dentro de las complicaciones más importantes que se presentan en el embarazo y las mismas que de no tratarse a tiempo conllevan a una alta morbilidad tanto para la madre como para el feto. Un reconocimiento precoz sería lo mejor para manejar cada caso de la manera más consciente, teniendo siempre en cuenta el potencial efecto adverso de los fármacos que se utilizan en la madre y su repercusión en el feto.

La Hipertensión Arterial que ocurre después de las 20 semanas de gestación y se recupera después del parto corresponde al segundo grupo; puede ser hipertensión gestacional o transitoria cuando la Hipertensión Arterial es el único signo clínico, o preeclampsia, un síndrome multisistémico en el cual la manifestación más frecuente es proteinuria e Hipertensión Arterial, debiendo considerarse su diagnóstico cuando se detecta compromiso de algún órgano blanco, aún sin proteinuria. Eclampsia define al cuadro de convulsiones en una paciente con preeclampsia. Por último, una gestante con Hipertensión Arterial crónica puede presentar un cuadro de preeclampsia sobreagregada, siendo estos los cuadros de peor pronóstico materno perinatal.

Palabras clave: Hipertensión, embarazo, preeclampsia, eclampsia, feto, proteinuria.

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy are among the most important complications that occur in pregnancy . If not treated in time, they lead to high morbidity and mortality for both the mother and the fetus. An early evaluation would be the best for each situation in the most conscious, way considering the adverse effect of the drugs that are used in the mother and its impact on the fetus.

Arterial Hypertension that occurs after twenty weeks of gestation and recovers after delivery correspond to the second group , may be gestational Hypertension or transitory , when the Arterial Hypertension is only the clinical sign, or preeclampsia, a multisystem syndrome in which the most frequent manifestation is proteinuria. Arterial Hypertension its diagnosis should be considered when a target of any white organ. Without Proteinuria, Eclampsia defines the picture of seizures in a patient with preeclampsia. A pregnant woman with Chronic arterial Hypertension can manifest a preeclampsia over-aggregated , being these the ranks of worse perinatal maternal prognosis.

Keywords: Hypertension, pregnancy, preeclampsia, eclampsia, fetus, proteinuria.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo se entienden por varias situaciones de gran relevancia donde cabe destacar que entre ellas podemos hablar desde hipertensión arterial leve a severa las mismas que pueden afectar mucho en el bienestar tanto materno como fetal.

Uno de los puntos clave es saber distinguir cada uno de estos trastornos hipertensivos del embarazo, entre ellos uno de los más importantes, la preeclampsia. Se debe tener en cuenta que la hipertensión puede estar presente anteriormente del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Al mismo tiempo, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto.

Cabe recalcar que este trabajo está realizado por medio de un control y seguimiento en cuanto a la hipertensión gestacional en embarazada de 36 semanas de gestación

En estudios anteriores se sugirió que un aumento del 30 mm hg de la presión arterial sistólica y/o 15 mm hg de la presión arterial diastólica sirvan como diagnóstico.

I. MARCO TEÓRICO.

1. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL.

Se conoce por tensión arterial gestacional a la embarazada que cursa con valores por encima de 140/90 mm hg después de las 20 semanas, sin proteinuria y que antes del mismo manejaba valores de presión arterial normal.

Para ciertas mujeres puede relacionarse con preeclampsia mientras que en otras indicaría hipertensión arterial crónica, el tratamiento oportuno y precoz ayuda mucho en la mejoría del cuadro clínico. (Iriondo, 2005)

2. CAUSAS.

Las causas de esta afección aún no están claras pero las siguientes situaciones pueden aumentar su riesgo:

- Hipertensión arterial antes del embarazo o en un embarazo anterior
- Tener enfermedad renal
- Diabetes
- Ser menor de 20 años o mayor de 40 años
- Embarazo múltiple, como mellizos o trillizos
- Ser afroamericana. (Bowers, 2015)

3. EPIDEMIOLOGÍA.

A lo largo del siglo pasado se han realizado innumerables publicaciones y trabajos científicos sobre la hipertensión asociada al embarazo, pero todavía se desconoce la causa primitiva que la origina y su fisiopatología no está totalmente aclarada. La frecuencia de EHE fue del 2,55%. La hipertensión gestacional fue la forma más frecuente (52,30%), seguida de la preeclampsia grave (20%), la preeclampsia leve (16,92%), la HTA

crónica (6,15%), la preeclampsia sobreañadida a HTA crónica (3,07%) y la eclampsia (1,53%). (S. Cortes Pérez, 2008)

“Alrededor de la mitad de las mujeres con preeclampsia severa se presentan en el centro de salud antes de las 34 semanas de gestación, con un peso fetal estimado de menos de 2000 g”. (Borja, 2016)

“Cerca de la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento”. (Arteaga, 2016)

“Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos potencialmente mortales, como desprendimiento de la placenta, la lesión renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y progresión a la eclampsia. A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas (es decir, como resultado de las complicaciones obstétricas del embarazo), están asociados con la preeclampsia – eclampsia”. (Arteaga, 2016)

“Aproximadamente, 15 al 25 % de las mujeres inicialmente diagnosticadas con hipertensión gestacional llegan a desarrollar preeclampsia, esto se observa principalmente en las mujeres que hayan tenido un aborto previo”. (Borja, 2016)

“Aunque no se ha determinado exactamente cuál es la incidencia de eclampsia en embarazadas en los países en desarrollo, se estima que es de un caso por cada 100 a 1700 mujeres; y de uno o dos casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa. Las mujeres con preeclampsia que viven en lugares de escasos recursos tienen mayor riesgo de desarrollar eclampsia y de morir por esta causa. (Borja, 2016)

“En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas han sido asociadas con las complicaciones derivadas de los trastornos hipertensivos gestacionales; la preeclampsia y eclampsia se destacan como las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, lo mismo representa, que los trastornos hipertensivos sean la primera causa de muerte materna. Estas muertes en su generalidad son evitables mediante la prestación de atención adecuada y eficaz a las mujeres que presentan esta complicación”. (Borja, 2016)

4. FISIOPATOLOGIA.

Si bien la fisiopatología de la HTA durante la gestación aún está en estudio, se acepta que uno de los puntos centrales es la disfunción placentaria que tendría su origen en un defecto de la invasión trofoblástica, lo cual conllevaría a un defecto de invasión y remodelación de las arterias espirales maternas, con reducción de la perfusión uteroplacentaria e isquemia placentaria. (Valdivia, 2018)

El embarazo es un estado de inflamación sistémica con incremento de las citoquinas proinflamatorias y activación de la cascada de la coagulación, pero en la Preeclampsia este proceso inflamatorio se amplía incrementando la activación de granulocitos, monocitos y citoquinas proinflamatorias tales como la IL6 y el TNF- α si este proceso es causa o efecto de la enfermedad todavía no está claro. Las enfermedades que cursan con incremento de la inflamación como la diabetes gestacional aumentan el riesgo de desarrollar Preeclampsia y por lo tanto un tratamiento adecuado de esta patología reduce este riesgo. (Sacks GP, 1998)

5. CLASIFICACIÓN.

Hipertensión gestacional: hipertensión arterial diagnosticada después de las 20 semanas, sin evidencia de proteinuria.

Hipertensión crónica: hipertensión arterial presente antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las 20 semanas de gestación.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada: hipertensión arterial presente antes del embarazo, en quien se incrementa los niveles de presión arterial, se detecta proteinuria por primera vez o se agrava una ya existente, o se añade trombocitopenia y/o incremento de enzimas hepáticas.

Preeclampsia-eclampsia: hipertensión arterial diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco. Eclampsia, si se presentan convulsiones (Ugarte, 2006)

6. SIGNOS Y SINTOMAS.

Los síntomas pueden ser levemente distintos en cada embarazo. El síntoma principal es la presión arterial alta durante la segunda mitad del embarazo, sin embargo, algunas mujeres no presentan ningún síntoma.

Se debe alertar a la embarazada cuando tenga los siguientes síntomas:

Cefalea intensa
Edema
Aumento de peso repentino
Cambios en la visión, como visión borrosa o doble
Náuseas o vómitos
Dolor en hipocondrio derecho y/o hipogastrio
Oliguria.

. (Freeborn, 2015)

7. DIAGNOSTICO.

- Presión Arterial sistólica 140 o Presión Arterial diastólica 90 mmHg por primera vez durante el embarazo.
- Sin proteinuria
- La Presión Arterial regresa a la normalidad antes de 12 semanas después del parto
- Diagnóstico final sólo hasta después del parto Puede haber otros signos o síntomas de preeclampsia, como molestia epigástrica o trombocitopenia. (Castillo, 2016)

8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

Función renal: Creatinina plasmática (valores elevados o en aumento especialmente cuando se acompañan de proteinuria sugieren Preeclampsia) Uremia Uricemia (indicador precoz de severidad especialmente útil cuando la curva va en ascenso.
El aumento de la uricemia cerca del término del embarazo puede ser un marcador sensible de PE)
Sedimento urinario.
Estudios hematológicos:
Hematocrito, Recuento de Plaquetas, Frotis de sangre periférica.
Coagulograma - PDF - Fibrinógeno.
Función hepática:
Enzimas hepáticas, LDH, Bilirrubina
Evaluación cardiovascular
Electrocardiograma (ECG) y Examen clínico cardiológico.
Ecografía abdominal
TAC - R M N de S N C : Sólo en casos de sospecha clínica de complicación neurológica, recurrencia de convulsiones que no responden a las medidas terapéuticas recomendadas o ceguera cortical, especialmente post Eclampsia.

(Abad, 2013)

9. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Hipertensión arterial Grado I (140-159 / 90-99 mm Hg)

Cuando la PA es $\geq 150/100$ pueden utilizarse drogas para mantener estabilizada la PA entre 130-139 / 80- 89 mm Hg pero una revisión de la evidencia científica sobre tratar o no tratar a estas pacientes demuestra la controversia que existe sobre el tema, ya que hay daños potenciales que pueden ocurrir en el feto y beneficios maternos asociados por lo tanto la OMS decidió no emitir una recomendación sobre el tratamiento de la hipertensión leve / moderada hasta que la evidencia adicional esté disponible.

Si se decide el tratamiento las drogas sugeridas son:

- Alfa-Metildopa 250-500 mg cada 6 horas. Máximo 2 g/ día
- Labetalol 100–400mg VO cada 12 horas Máximo 1200 mg/día
- Nifedipina 10-40mg VO liberación lenta 1-2 veces por día
- Hidralazina 5 miligramos intravenoso, seguido de bolos 5-10 miligramos cada 20 min. Dosis máxima 30 miligramos.

Podemos decir que las drogas pueden suministrarse en el primer trimestre de la gestación. Los fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina son perjudiciales para estas pacientes, por lo tanto no deben ser administradas.

Durante el inicio del embarazo se contraindica la administración de ATENOLOL por su fuerte repercusión sobre el crecimiento fetal por lo que es recomendable reemplazarlo con otro fármaco. Los diuréticos tiazídicos, en particular, no son recomendados para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones, sin embargo, esta recomendación no se aplica al uso de diuréticos en pacientes que están medicadas previamente por otras indicaciones. (Voto)

10. MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS.

- No se aconseja descanso absoluto para mujeres con diagnóstico de preeclampsia que estén internadas en el hospital.
- Para hipertensas crónicas con dieta baja en sal, se aconseja seguir con las mismas indicaciones.
- Contraindicado la reducción de sodio por debajo de valores diarios normales.
- Disminuir de peso en el tiempo de gestación no previene los trastornos hipertensivos.
- Preferible medir el peso durante controles prenatales para detectar alteraciones patológicas durante la gestación y que estos impidan un manejo adecuado de las mismas

Se recomienda controlar el peso en cada control prenatal o control por algún trastorno hipertensivo del embarazo, para determinar cambios significativos que alteren el manejo de la paciente.

(Arteaga, 2016)

1.1. Justificación.

La hipertensión gestacional en mujeres embarazadas de 36 semanas de gestación presentándose como las complicaciones más graves y uno de los problemas médicos obstétricos de gran polémica en su manejo; afecta denegadamente al embarazo y se relaciona a gran morbimortalidad materna y neonatal.

Debemos lograr la unión de criterios para su manejo. A pesar de la cantidad de información en la literatura médica, existe una gran controversia y discrepancia de opiniones en el manejo de esta patología.

Según la OMS los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo especialmente en África, América Latina Y El Caribe, tanto así que representa el 12% de las causas directas de muertes maternas a nivel mundial.

“En Ecuador la preeclampsia y la eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 – 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo)”. (MSP, 2016)

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo general.

Describir el caso de hipertensión gestacional en embarazada de 36 semanas de gestación

1.2.2. Objetivo específico.

Identificar los signos y síntomas de la hipertensión gestacional en embarazada de 36 semanas de gestación.

1.3. Datos generales.

NOMBRES COMPLETOS:	<i>NN</i>
EDAD:	<i>32 Años</i>
SEXO:	<i>Femenino</i>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	<i>25/09/86 -Engabao/Playas</i>
AREA DE PROCEDENCIA:	<i>rural</i>
ESTADO CIVIL:	<i>Casada</i>
HIJOS:	<i>2</i>
NIVEL DE ESTUDIOS:	<i>Primaria</i>
NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONOMICO:	<i>Muy bajo</i>
RAZA:	<i>Mestiza</i>
RELIGION:	<i>Católica</i>
OCUPACION:	<i>Ama de casa</i>
CONYUGUE:	<i>NN</i>
OCUPACIÓN CONYUGE:	<i>Pescador</i>
EDAD CONYUGE:	<i>35 años</i>
INGRESO TOTAL MENSUAL:	<i>\$325</i>

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

- **Motivo de consulta:** Paciente cuádrigesta, secundípara con embarazo de 36 semanas por fecha de última menstruación 02/04/2018 y ecografía de primer trimestre, acude a casa de salud por presentar dolor persistente en epigastrio y edema en miembros inferiores. Al momento sin actividad uterina, producto vivo en posición cefálica con frecuencia cardíaca fetal: 155 x min.
- **Antecedentes:**

Antecedentes personales:	<i>Hipertensión gestacional en embarazos anteriores tratada con Alfa-metildopa 500 mg/cada 12 horas.</i> <i>Obesidad tipo 1</i> <i>Acantosis nigricans.</i>	
Antecedentes Gineco-Obstetricos:	Menarquia:	<i>14 años de edad</i>
	Menarquia:	<i>28/03</i>
	Inicio vida sexual.	<i>16 años de edad</i>
	Gestas:	<i>03</i>
	Abortos:	<i>01</i>
	Partos:	<i>02</i>
	Fecha de Última Menstruación (FUM):	<i>24/04/2018</i>
	Fecha Probable de Parto (FPP):	<i>31/01/2019</i>
Edad Gestacional:	<i>36 semanas.</i>	

	Periodo Intergenésico:	3 años.
	Método anticonceptivo previo:	Gestágenos orales combinados, (olvido).
	Nº de Controles prenatales:	7 controles.
Antecedentes familiares:	<ul style="list-style-type: none"> • Padre: Hipertenso/diabético • Madre: Hipertensa 	
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere.	
Alergias:	No refiere.	

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

- La paciente acude al servicio de emergencia obstétrica, de forma ambulatoria, hemodinamicamente estable, alerta, afebril, orientada en tiempo y espacio, lúcida y colaboradora, refiere cefalea intensa, acúfenos, náuseas, edema en miembros inferiores, dolor en epigastrio persistente de 24 horas de evolución.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

- **Mediante maniobras de Leopold se palpa:** abdomen globuloso con altura uterina de 36cm, presencia de producto único, vivo, movimientos fetales escasos, en situación longitudinal, posición dorso lateral izquierda, presentación cefálica, latido cardíaco fetal (LCF) de 155 x minuto y actividad uterina 1/10/35.

PESO: 72 Kg

TALLA: 1,49

IMC: 32,43

- **Al tacto vaginal:** No se evidencia perdida de líquidos o sangre por vía vaginal, **TEST BISHOP:** 3
- **Signos vitales:** se valora Score Mama.

T/A:	160/110 mm Hg.	Tº:	36.2 °C
FC:	100 x´	Sat. Ox.	98%
FR:	20 x´	Proteinuria:	Negativa.
PUNTUACION TOTAL DE SCORE MAMA:			06

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Reporte Ecográfico. Útero gestante, feto único, vivo con movimientos fetales escasos, en situación longitudinal, posición dorso lateral izquierda, presentación cefálica, peso fetal 2319gr, edad gestacional 36s.4d, LCF: 150X", ILA 13. Placenta fúndica posterior, con madurez grado III.

- **Imagen de diagnóstico presuntivo:** Embarazo de +/- 36 semanas y 4 días.

Reporte de Monitoreo Fetal: parámetros obtenidos de 30 minutos de valoración.

Actividad Uterina (contracciones)	Intensidad de AU	Tiempo de duración de AU	Latido cardiaco fetal (LCF)
1 contracción	30% c/u	35 segundos c/u	155lpm-150lpm
Diagnóstico de monitoreo fetal: sin actividad uterina, feto en condiciones normales.			

Fuente: información obtenida de la historia clínica de la paciente.

Reporte de exámenes de laboratorio:

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Exámen.		Resultados.	Unidad.
HEMATOLOGÍA			
HEMOGLOBINA		12	g/dl
HEMATOCRITO		36	%
VCM:		92	
HCM:		29,8	
PLAQUETAS		288	10 ³ /uL
LEUCOCITOS		8.750	
GRUPO SANGUINEO		(O)	
FACTOR RH		POSITIVO (+)	
TIEMPO DE COAGULACION		4Min.29Seg	Min.Seg
HEMOSTASIA			
TP:		11,3 Seg.	
TPT:		24 Seg.	
INMUNOSEROLOGÍA			
VIH:		No Reactivo.	
VDRL:		No Reactivo.	
BIOQUIMICA SANGUINEA			
Na:	131,9	UREA:	17,2
K:	4,07	CREATININA:	0,6
AU:	1,6	GLUCOSA:	96
LDH:	95	HDL:	60
TGO:	35,1	TGP:	20,1
PROTEINURIA EN TIRILLA:		Negativo	

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo:	Preeclampsia
Diagnóstico Diferencial:	Hipertensión gestacional Preeclampsia
Diagnóstico Definitivo:	Hipertensión gestacional.

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

Origen del problema: Si la gestante presenta uno o más factores sean estos de riesgo moderado o alto puede que se presenten complicaciones ya sea preeclampsia o hipertensión gestación. A continuación, se detalla en la tabla:

	DESCRIPCION	EVIDENCIA EN PACIENTE
FACTORES DE ALTO RIESGO:	Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (incluyendo preeclampsia).	Dos embarazos anteriores con hipertensión gestacional.
FACTORES DE RIESGO MODERADO:	IMC > 25	Paciente se encuentra en Obesidad tipo I. (IMC:32,43)

Procedimientos a realizar: De acuerdo a las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública, para Trastornos Hipertensivos del Embarazo-2016, el manejo será:

- Control y valoración de score mama cada 30 minutos.
- Valoración de bienestar fetal.
- Maduración pulmonar fetal.
- Tratamiento farmacológico para emergencia hipertensiva y prevención de eclampsia.
- Control de diuresis con la aplicación de sonda vesical.
- Control de reflejos rotulianos, reflejos pupilares y frecuencia respiratoria cada 30 minutos.
- Referir a tercer nivel de atención.
- Establecer como plan alternativo de emergencia la vía del parto.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

- **Control y valoración de score mama cada 30 minutos (anotar parámetros en historia clínica):** valorar desde el ingreso hospitalario hasta el mejoramiento del puntaje de score mama.
- **Valoración de bienestar fetal:** monitoreo fetal en 30 minutos, constatar normalidad en latido cardíaco fetal e identificar oportunamente sufrimiento fetal.
- **Maduración fetal:** se utiliza Betametasona 12 mg IM, cada 24 horas, por un total de dos dosis en dos días, se realiza como profilaxis preventiva ante un posible parto pretermino de emergencia, bien sea vaginal o cesárea.

- **Tratamiento farmacológico para emergencia hipertensiva:**
 - ✓ **Nifedipina:** sólido oral de 10 miligramos VO cada 20 o 30 minutos según respuesta (máximo 3 dosis - 60 mg), luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral.
 - ✓ **Sulfato de magnesio para prevención de eclampsia:**
Impregnación: 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos). **Mantenimiento:** 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora).
- **Control de diuresis con la aplicación de sonda vesical:** vigilar diuresis 30 mL/hora.
- **Control de reflejos rotulianos, reflejos pupilares y frecuencia respiratoria cada 30 minutos:** en caso de intoxicación por sulfato de magnesio, estos se verán afectados, una ampolla de gluconato de calcio de 1g intravenoso al 10 % lento en 3 a 10 minutos, sirve para controlar intoxicación.
- **Referir a tercer nivel de atención:** la referencia debe ser activada inmediatamente tras no observarse mejoramiento en el cuadro clínico, por la complejidad de los síntomas en la patología la paciente debe ser tratada en una institución de salud de tercer nivel el cual cuenta con el equipamiento que impida morbimortalidad materno fetal.
- **Establecer como plan alternativo de emergencia la vía del parto:** en caso de que la puntuación de score mama siga en aumento y se detecte sufrimiento fetal dentro de los primeros 30 minutos, luego de que la paciente sea tratada farmacológicamente se debe realizar la

extracción del producto y por consiguiente la placenta con la finalidad de eliminar la causa de la patología y esperar resultados favorables, sin dejar de insistir en la referencia. Primera elección: parto vaginal-maduración cervical.

2.8. Seguimiento.

Paciente femenina de 32 años de edad cuádrigesta de 36 semanas de embarazo es ingresada al servicio de emergencia por presentar signos y síntomas compatibles con hipertensión gestacional, mediante estudios de laboratorio y valoración de score mama 6 puntos se confirma diagnóstico por lo cual se procede a realizar tratamiento expectante, conservador y farmacológico para controlar patología y referir a institución de tercer nivel de atención en salud.

1. Se valora score mama cada 30 minutos.
2. Inicia administración de Nifedipino 10mg cada 20 minutos por vía oral (3 dosis = 30mg)
3. Se administra dosis de impregnación de sulfato de magnesio, conjunto con la aplicación de sonda vesical Foley para control de diuresis y evitar intoxicación.
4. Se mantiene vigilancia y se logra referencia a tercer nivel de salud, paciente es trasladada en fase activa de trabajo de parto, Test de Bishop igual a 7, puntuación de 4 puntos de score mama y terapia de mantenimiento de sulfato de magnesio, sin complicaciones hepáticas, reactividad cardiaca fetal dentro de parámetros normales.

T/A:	137/95 mm Hg.	T°:	36.1 °C
FC:	89x´	Sat. Ox.	97%
FR:	22 x´	Proteinuria:	Negativa.
PUNTUACION TOTAL DE SCORE MAMA:			04

RESOLUCIÓN: en institución de tercer nivel de salud se conoce que la paciente fue sometida a trabajo de parto eutócico simple, del cual se obtuvo producto único vivo de sexo femenino con apgar 8-9 al minuto del nacimiento, se mantuvo dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio durante 24 horas y conjunto a la administración de nifedipino 10mg vía oral cada 8 horas controlando hipertensión gestacional con un score mama de 00 al momento.

Se recomendó vigilancia y valoración de score mama cada 4 horas durante la hospitalización y posterior seguimiento del puerperio (42 días).

2.9. Observaciones.

- La paciente presento factores de riesgo que la predispusieron a la patología y no se tiene información sobre si existió profilaxis con carbonato de calcio prenatal y ácido acetilsalicílico.
- La patología Hipertensión gestacional se presentó sin evidencia de proteinuria durante la aparición de los síntomas.
- No se necesitó de Hidralasina 5 miligramos IV para tratar valores altos de presión arterial ya que nunca aumento de los 110mmHg de tensión diastólica.
- No fue necesario inducción del parto o cesárea de emergencia para la extracción del producto gracias a la oportuna y acertada atención brindada a la paciente con respecto al tratamiento.

CONCLUSIONES.

- Con la favorable respuesta de la paciente al tratamiento que se aplicó para la patología Hipertensión Gestacional queda demostrado que los lineamientos que se siguieron fueron oportunos y acertados, comprobando así que el manejo actual es el más idóneo.
- El tratamiento conservador está dirigido a lograr mantener a salvo la vida del binomio madre feto tratando de evitar el menor impacto desfavorable en la salud de ambos, con el tratamiento que se ejecutó se evidencia la importancia de mantener control sobre la vitalidad fetal durante el proceso de controlar signos y síntomas de la patología.
- El seguimiento postparto logra mejores resultados y garantiza el bienestar materno y del recién nacido evitando que surjan eventos sorpresivos con desenlaces fatales. Es considerado muerte materna al fallecimiento de la madre durante el primer año de vida del producto, lo cual es totalmente prevenible mediante la vigilancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abad, H. (2013). Hipertension inducida por el embarazo.
- Amézquita, M., & Mosquera, J. (2012). Guía de manejo de polihidramnios. CORPORACIÓN COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE.
- Arteaga, A. (2016). MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO. GUIA DE PRACTICA CLINICA.
- Borja, D. M. (2016). Ministerio de Salud Publica. Trastornos Hipertensivos Del Embarazo, Guía de Práctica Clínica.
- Bowers, N. (2015). Gestational Hypertension. Causas de la hipertension gestacional.
- Castillo, R. (2016). ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO. DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION GESTACIONAL.
- Freeborn, D. (2015). Gestational Hypertension. Signos y Sintomas en la hipertension gestacional.
- Gómez, A. (2014). Gestante en semana 27 con polihidramnios leve-moderado sin otros hallazgos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Góngora, J. (2013). POLIHIDRAMNIOS: DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA OBSTÉTRICA. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada.
- Iriondo, M. F. (2005). Medigraphic. Hipertensión Arterial en el embarazo.
- Malde, F. J., Sanchez, R., Carrillo, M., & Ariosa, J. M. (2013). MANEJO DEL POLIHIDRAMNIOS. ARTICULOS ORIGINALES.
- Mayoclinic. (2018). Polihidramnios: Sintomas.
- Ministerio de Salud Pública, D. N. (2015). Atención del Parto por Cesárea. Guía de Práctica Clínica.
- Ministerio de Salud Pública, D. N. (2015). Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica.
- MSP. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo (gpc) Segunda edicion. Quito: Dirección nacional de normatización.
- Mula, R., Bennasar, M., Palacio, M., Goncé, A., & Puerto, B. (2012). PROTOCOLO: POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA. Àrea de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno-fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia Y Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.
- Palacio Álvarez, S., & La Fontaine, E. S. (2003). Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio.

- Ramírez, J. (2011). Fisiopatología del líquido amniótico. embarazo postérmino. Obstetricia.
- S. Cortes Pérez, f. p. (2008). epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo. clinica de investigacion en ginecologia y obstetrcia.
- Ugarte, P. S. (2006). CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN LA GESTACION. Hipertensión gestacional y su clasificación.
- UMF, V. H. (2012). ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIOTICO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL VALL HEBRON.
- Valdivia, D. E. (2018). SIMPOSIO REDEFINICIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Hipertensión en el embarazo.
- Voto, L. S. (s.f.). PREECLAMPSIA. ECLAMPSIA. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. TRATAMIENTO PARA LA HIPERTENSION LEVE Y MODERADA.

ANEXOS.

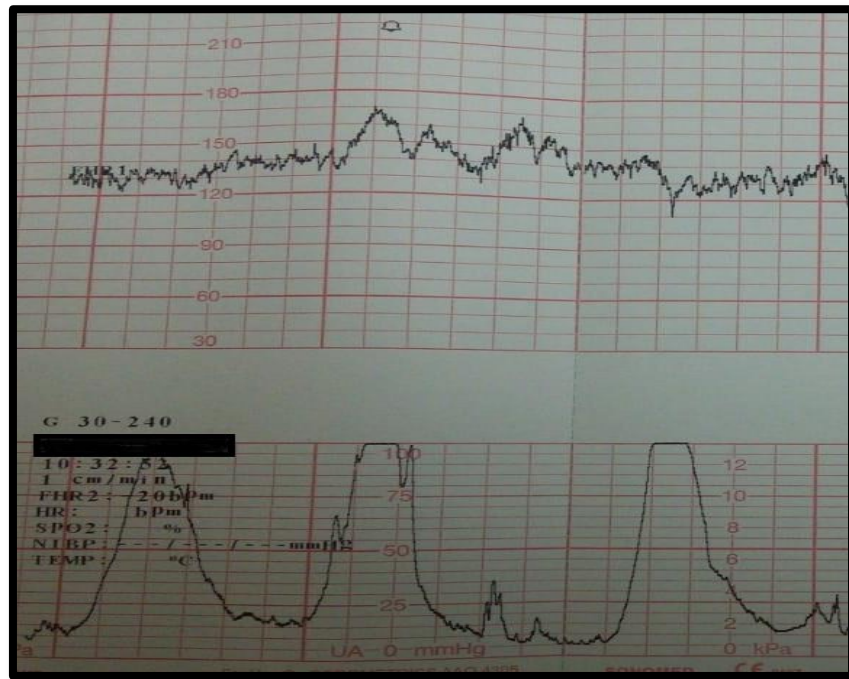


Imagen 2: monitoreo fetal.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

DATOS DEL RN					
SEXO:	M	PESO:	2320 gr	TALLA:	41 cm
PC:	31 cm	PT:	30 cm	PA:	31 cm
EG:	36	MALFORMACIONES:	Ninguna		
TINCION LIQUIDO AMNIOTICO:		Tº:	36°C	FC:	133 x'
FR:	79 x'	SAT. OX.:	98%	APGAR:	7-8
VITAMINA K:	Si	PROFILAXIS ANTIBIOTICA CONJUNTIVAL:	Si		
DIAGNOSTICO:	Neonato pretermino de 36 semanas / Bajo peso al nacer / Pequeño para la edad gestacional				

Imagen 3: reporte de Neonatología.

Fuente: Historia Clínica del Recién Nacido (RN).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
 CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 10/04 / del 2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. ANDRÉS FERNANDO ESCUDERO CASTRO
 TEMA DEL PROYECTO: HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN EMBARAZADA DE 36 SEMANAS DE GESTACIÓN

FIRMA TUTOR:

Escudero, Castro Andrés F.
 C.I.: 202741755
 CARRERA: OBSTETRICIA
 CARRERA: OBSTETRICIA - BABAHOYO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: JOSÉ GILBERTO RAMÍREZ CARBO
 CARRERA: OBSTETRICIA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema trabajado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	Firma del Estudiante 1
			Presencial	Virtual			
1	27/12/2018	Elaboración de justificación.	✓		10%	Esc	
1	4/01/2019	Planteamiento de objetivos general y específicos.	✓		20%	Esc	
1	9/01/2019	Búsqueda de evidencia científica para elaboración del	✓		30%	Esc	
1	16/01/2019	Elaboración de marco teórico y fundamentos	✓		35%	Esc	
1	23/01/2019	Análisis de antecedentes y temas relacionados	✓		40%	Esc	
1	29/01/2019	Formulación de hipótesis prospectiva y de trabajo	✓		50%	Esc	
1	13/02/2019	Análisis y descripción de la intervención de	✓		60%	Esc	
1	20/02/2019	sign del problema.	✓		65%	Esc	
1	17/03/2019	Análisis de antecedentes de los casos clínicos.	✓		70%	Esc	
1	24/03/2019	Elaboración de antecedentes y conclusión.	✓		80%	Esc	
1	27/03/2019	Definición y planteamiento	✓		90%	Esc	
1	02/04/2019	Redacción de conclusiones concretas.	✓		100%	Esc	