



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



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

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de  
Obstetriz/Obstetra

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

“Conducta Obstétrica en secundigesta de 21 años de edad Embarazada de 18  
semanas con Insuficiencia Renal Crónica”

**AUTOR**

Hallysson Pauledty Tapia Muñoz

**TUTOR**

Obst. Ana María Pasos Baño, Mgs., PhD.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021



## ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	4
II. DEDICATORIA.....	5
III. TEMA.....	6
IV. RESUMEN .....	7
V. ABSTRACT .....	8
VI. INTRODUCCION .....	9
1. MARCO TEORICO .....	11
1.1. DEFINICION .....	11
1.2 INCIDENCIA .....	12
1.2.1. Factores de Riesgo .....	13
1.3. ETIOLOGÍA.....	14
1.3.1 Etiología Porcentual en el Embarazo .....	16
1.4 FISIOPATOLOGIA .....	16
1.4.1 Efecto generado por el embarazo sobre la enfermedad renal:.....	17
1.4.2 Efecto generado por la enfermedad renal sobre el embarazo:.....	18
1.5 ESTADIOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.....	19
1.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	21
1.7 DIAGNOSTICO.....	22
1.7.1 Vigilancia materno fetal en enfermedad Renal Crónica y Embarazo.....	24
1.7.2 Complicaciones Materno Fetales en enfermedad Renal Crónica y Embarazo .....	24
1.8 TRATAMIENTO.....	26
1.8.1 Medidas generales.....	26
1.8.2 Prevención de Trastornos Hipertensivos .....	26
1.8.3 Drogas antihipertensivas, manejo de presión arterial. ....	27
1.8.4 Tratamiento hematológico.....	28



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



1.8.5	Uso de corticoides prenatales para maduración pulmonar fetal.....	29
1.8.6	Hemodiálisis.....	30
1.9	JUSTIFICACION .....	32
1.10	OBJETIVOS.....	33
1.10.1	Objetivo General.....	33
1.10.2	Objetivo Especifico.....	33
1.11	DATOS GENERALES .....	34
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....</b>	<b>34</b>
2.1	ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	34
2.2	HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE .....	34
2.3	ANAMNESIS.....	36
2.4	EXPLORACION CLINICA .....	36
2.5	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .....	37
2.6	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. 39	
2.7	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	40
2.8	SEGUIMIENTO.....	41
<b>3</b>	<b>OBSERVACIONES .....</b>	<b>67</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>68</b>
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**I. AGRADECIMIENTO**

**(NOTA: SE ADJUNTA UNA VEZ APROBADO EL CASO)**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**II. DEDICATORIA**

**(NOTA: SE ADJUNTA UNA VEZ APROBADO EL CASO)**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**III. TEMA**

“CONDUCTA OBSTETRICA EN SECUNDIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD  
EMBARAZADA DE 18 SEMANAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA”



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



#### **IV. RESUMEN**

La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública que a nivel mundial afecta a ciento noventa y cinco millones de mujeres aproximadamente, ocupando el puesto número 8 de las causas de mortalidad en féminas, con casi 600,000 muertes al año. Por tal motivo se decidió dar estudio y seguimiento a dicha patología en el caso de una paciente de 22 años de edad secundigesta con Insuficiencia Renal Crónica y Embarazo de 18 semanas, el mismo que se presentó en el Hospital Nicolas Cotto Infante.

La conducta Obstétrica de este caso se relacionó a la evolución del embarazo, los controles pertinentes, ecografías, monitoreo y vigilancia materno fetal, exámenes de laboratorio mensuales que permitieron evidenciar la evolución renal, la toma de decisiones y el trabajo en conjunto de todo el personal de salud fueron algunas de las medidas que se tomaron y ayudaron al manejo idóneo de la Insuficiencia Renal Crónica y Embarazo de 18 semanas.

En este documento se presenta la situación a la que se enfrenta el profesional de salud y el binomio madre hijo debido a las situaciones adversas de gravedad que complican el embarazo, y en ciertas ocasiones se debe elegir el mejor momento para la finalización del mismo, con el objetivo de que la afectación al binomio materno fetal no sea extrema.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMEDAD, RENAL, CRÓNICA, EMBARAZO.



## **V. ABSTRACT**

Chronic Kidney Disease is a public health problem that affects approximately one hundred and ninety-five million women worldwide, ranking number 8 in the causes of mortality in women, with almost 600,000 deaths a year. For this reason, it was decided to study and follow-up this pathology in the case of a 22-year-old second-pregnant patient with Chronic Renal Insufficiency and an 18-week pregnancy, the same one that was presented at the Nicolas Cotto Infante Hospital.

The management and follow-up of this case was together with the evolution of the pregnancy, both the pertinent controls, ultrasounds, maternal-fetal monitoring and surveillance, monthly laboratory tests that allowed evaluating the renal evolution, diet, correct decision-making and joint work. of all health personnel were some of the measures that were taken and helped in the proper management of Chronic Renal Insufficiency and 18-week Pregnancy.

This document presents the situation faced by the health professional and the mother-child binomial due to serious adverse situations that complicate the pregnancy, and on certain occasions the best moment for its termination must be chosen, with the objective that the affectation to the maternal-fetal binomial is not extreme.

**KEY WORDS:** DISEASE, KIDNEY, CHRONIC, PREGNANCY.



## **VI. INTRODUCCION**

La Enfermedad Renal Crónica representa un problema de salud pública que afecta del cinco al 10% de la población mundial. Se estima que la enfermedad renal durante el embarazo es aproximadamente del 3%. (Guillen, 2018). La enfermedad renal crónica (ERC) es definida de forma variable en la literatura. Se considera el destino final común de diversas patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. La Enfermedad Renal Crónica en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal, o un filtrado glomerular (FG)  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  sin otros signos de enfermedad renal. (Pérez-Calvo C, 2020)

La enfermedad renal crónica como patología de base en aquellas pacientes que presentan un embarazo se ha convertido en un gran predictor de complicaciones materno- fetales. Es por eso que en este estudio de caso se ha propuesto evaluar y estudiar la evolución de una paciente con Insuficiencia Renal Crónica y embarazo de 18 semanas, caso que se presentó en el Hospital Básico Nicolas Cotto Infante de Vinces.

En el presente caso se explica la evolución de una paciente secundigesta con Insuficiencia Renal Crónica y embarazo de 18 semanas, la misma que presento antecedentes de preeclampsia- eclampsia en embarazo anterior y once meses de evolución a enfermedad renal crónica estadio 4, dicho caso fue referido del primer nivel de atención luego de un control previo, a un segundo nivel donde fue atendida por consulta externa con la respectiva información de la historia clínica adjuntada desde estadística, para que se prosiga con los controles oportunos del mismo, con vigilancia por Gineco Obstetricia y se tomen las medidas necesarias para evitar complicaciones



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



en el desarrollo del producto y la evolución de la madre, ya que de por si dicha patología de base pone en entre dicho el bienestar materno- fetal.

La conducta Gineco Obstétrica aplicada para manejar el caso de forma oportuna dependerá del compromiso de la usuaria, la experticia de los médicos a cargo y el acceso a la atención en salud, se aplicaron con fundamento algunas guías de práctica clínica, se trabajó en conjunto de los profesionales priorizando la vida materna y fetal. En casos como estos se valora el contenido de la historia clínica como un componente legal pero también como un insumo al momento de investigar y actualizar la bibliografía médica.



## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. DEFINICION**

La enfermedad renal crónica (ERC) previa al embarazo está definida por KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) y KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) como cualquier anormalidad en la estructura o función por más de tres meses, con implicaciones en la salud. El embarazo está asociado con cambios fisiológicos significativos que incluyen dilatación del sistema colector y un incremento pequeño en el tamaño renal. Estas modificaciones son críticas para resultados óptimos en la gestación. Entender estos cambios fisiológicos esperados es necesario para la apropiada interpretación e identificación de las alteraciones o empeoramiento de la función renal y/o la proteinuria. (Guillen, 2018)

Aunque, la definición de enfermedad renal crónica asociada a embarazo es diferente comparada con las guías internacionales de enfermedad renal crónica como las KDIGO publicadas en 2013, las complicaciones de madre e hijo son iguales independientemente de la definición ya que indiscutiblemente el factor pronóstico más importante en la salud materno-fetal es el grado de función renal al momento de la concepción porque los mecanismos compensatorios renales para mantener un embarazo en ocasiones no son suficientes o empeoran después del parto. La definición ERC en el embarazo se encuentra en transición, ya que de forma tradicional y en la mayoría de las referencias bibliográficas se clasifica dependiendo de la creatinina sérica, considerando que cuando una paciente la presenta por arriba de 0.9 mg/dL pudiera presentar algún problema renal agudo como una infección urinaria o un daño crónico establecido y sería motivo de evaluación profunda. (Hernández, Alvarado, López, & Ramírez, 2015)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



El daño renal se puede determinar en muchas de las nefropatías por la presencia de albuminuria, la cual se define como una relación albúmina/creatinina mayor de 30 mg/g en dos de tres muestras de orina recolectadas al azar. (David Manterola-Álvarez, 2012). La Enfermedad Renal Crónica ocurre por un descenso en la función de excreción renal, hematuria o proteinuria persistente por más de 3 meses, cambios anatómicos (como nefropatía por reflujo o disgenesia renal) o variantes genéticas asociadas a enfermedad renal (como Sd. De Alport o poliquistosis renal). (Oficialdegui, 2019).

## **1.2 INCIDENCIA**

La enfermedad renal crónica es vista en aproximadamente el 4% de mujeres en etapa reproductiva, e incluye tanto enfermedades renales primarias como secundarias a un trastorno sistémico. (Abdel Polanco, 2015)

Actualmente, se estima que la enfermedad renal crónica afecta a 3-4% de las mujeres en edad reproductiva. Desde hace algunos años hay una tendencia a retrasar la maternidad, sobre todo en países desarrollados, lo cual incrementa la prevalencia y posibilidad de enfermedad renal crónica y embarazo. (Guillen, 2018)

La Enfermedad renal crónica es un factor de riesgo conocido de malos resultados obstétricos. Durante la gestación, la mujer presenta múltiples cambios en lo que respecta a su función y anatomía renal. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) afecta hasta el 6% de las mujeres en edad fértil en los países de altos ingresos, y se estima que afecta al 3% de las mujeres embarazadas. En países en vías de desarrollo, la patología renal continúa siendo un problema de salud pública.



El embarazo puede determinar mayor insuficiencia renal ya sea por progresión de una nefropatía preexistente y/o las patologías propias del embarazo, como por ejemplo el Síndrome Preeclampsia– Eclampsia, pueden determinar injuria renal aguda que lleve al desarrollo de Enfermedad Renal Crónica. Por otro lado, la propia enfermedad renal puede implicar complicaciones para la gestación en curso y las posteriores. Por esta razón es fundamental que estas pacientes realicen una consulta preconcepcional con el objetivo de modificar la medicación potencialmente teratogénica, encontrar el momento óptimo para concebir y una vez se produzca la gestación iniciar medidas profilácticas y controles estrictos para disminuir el riesgo de complicaciones maternas y feto-neonatales. (Oficialdegui, 2019).

### **1.2.1. Factores de Riesgo**

Se han realizado distintas investigaciones para determinar qué factores están asociados al riesgo de Enfermedad Renal Crónica, se enumeran los distintos condicionantes que llevan al desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica, los cuales pueden ser hereditarios, relacionados a la edad, estilos de vida, enfermedades crónicas, trastornos a nivel de la vía urinaria y neoplasias. Estos son:

- ✓ Historia familiar de Enfermedad Renal Crónica
- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ Edad mayor de 60 años
- ✓ Obesidad
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Exposición a fármacos nefrotóxicos
- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Antecedentes de Hipertensión Arterial o HTA
- ✓ Enfermedades autoinmunes (LES, artritis reumatoide)



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



- ✓ Infección del tracto urinario
- ✓ Litiasis renal
- ✓ Obstrucción urinaria baja
- ✓ Insuficiencia renal aguda (IRA)
- ✓ Disminución de la masa renal
- ✓ Neoplasias (Enfermedad Renal Cronica y Embarazo , 2018)

### **1.3. ETIOLOGÍA**

Las principales condiciones clínicas que propician un deterioro renal durante el embarazo son:

1. Preclampsia-Eclampsia.
2. Pielonefritis aguda
3. Glomerulonefritis Aguda y nefritis intersticial Aguda.
4. Microangiopatía trombótica.
5. Hígado graso agudo del embarazo.
6. Obstrucción del tracto urinario.
7. Fallo Renal (Ospina & Villa, 2012)

El desarrollo de alteración renal aguda durante la gestación.  
 El diagnóstico de ERC (nefropatía previa no diagnosticada).  
 La ERC precede a la gestación (nefropatía subyacente conocida, incluido el trasplante renal).

Puede presentarse desde tres escenarios

Nivel (Fig. 1)

**Pre Renal**

Hiperémesis gravídica, Sepsis, Hemorragia, Primer y segundo trimestre, Aborto, embarazo ectópico, Tercer trimestre, Placenta previa, abrupcio placenta, ruptura uterina.

**Parenquimatosa Renal**

Necrosis tubular aguda (medicamentos, sepsis, necrosis cortical aguda), Púrpura trombocitopénica trombótica/Síndrome hemolítico urémico, Preeclampsia, síndrome HELLP, Falla hepática agudizada del embarazo, Glomerulonefritis aguda.

**Post Renal**

Nefrolitiasis, uropatía obstructiva.

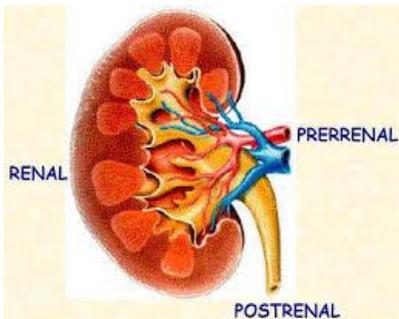
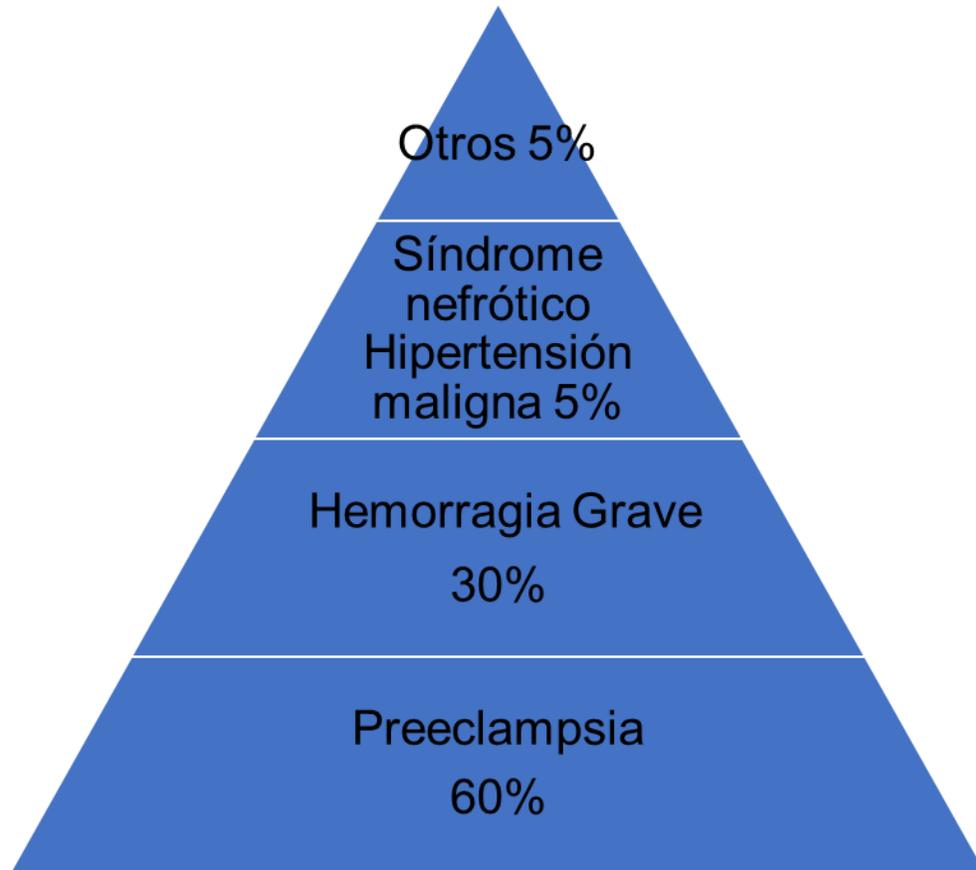


Fig. 1 (Niveles de afectación Renal)

Fuente: Acta Medica Colombiana 2015

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz

### 1.3.1 Etiología Porcentual en el Embarazo



Fuente: Dr. Carlos Eduardo Gándara 2014

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz

### 1.4 FISIOPATOLOGIA

En mujeres con Enfermedad Renal Crónica se ha observado que existe una vasodilatación persistente a nivel de la arteriola aferente, pero no en la arteria eferente; esta vasodilatación de la arteria causa que aumente el flujo y la presión en dirección a la arteriola eferente, que, al tener menor grado de vasodilatación, lleva a que exista un flujo sanguíneo retrógrado que da como resultado, daño glomerular y la consecuente progresión de la enfermedad crónica. Esto lleva a que los riñones sean incapaces adaptarse a los cambios fisiológicos inducidos por el embarazo. (Enfermedad Renal Crónica y Embarazo , 2018)



Existen 2 mecanismos fisiopatológicos involucrados en los cambios que se presentan en las pacientes obstétricas con enfermedad renal: el generado por el embarazo y el generado por la enfermedad renal, veamos cada uno:

#### **1.4.1 Efecto generado por el embarazo sobre la enfermedad renal:**

Como ya se ha mencionado, los cambios fisiológicos del embarazo llevan a que a nivel renal se presente un aumento del flujo sanguíneo renal y de la tasa de filtración glomerular con una disminución de la resistencia vascular, lo cual hace que las pacientes obstétricas sean propensas a la aparición en orina de moléculas de mayor peso molecular como las proteínas. De igual forma se espera que por la hiperfiltración los valores plasmáticos de azoados sean menores. Sin embargo, en la paciente con enfermedad renal crónica, las reservas fisiológicas renales se han agotado en menor o mayor medida y dependiendo del progreso específico de la enfermedad renal, la mayor filtración y el mayor flujo llevarán al tejido renal a un aumento del deterioro preexistente, mostrando valores de proteinuria mucho mayores a los esperados para el embarazo y siendo incapaz de manejar las cargas de azoados.

Si bien el origen de este deterioro no se ha dilucidado claramente, las 2 hipótesis existentes en la actualidad: la primera (modelo clásico); el tejido renal susceptible, expuesto a cambios vasculares y volumétricos estresan las células funcionales remanentes, deteriorándolas y aumentando el daño renal. La segunda (modelo de Epstein); las pacientes con daño renal crónico, tienden a generar una agregación plaquetaria con formación de trombos y fibrina microvascular que llevan a disfunción endotelial e incapacidad para responder a las demandas renales de la gestación, aumentando la lesión previa ya existente.

Los efectos clínicos de estos cambios dependen de la extensión del daño renal antes del embarazo, así si la paciente presenta una enfermedad renal leve (Creatinina entre 1,2 y 1,4 mg/dL) el embarazo en sí mismo afectará muy poco la progresión de la



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



enfermedad renal, como lo muestra el trabajo de Katz quien encontró que con valores de Creatinina preconceptionales menores de 1,4 mg/dl solamente el 16% de las pacientes presentaban deterioro de la función renal, siendo este deterioro transitorio en todas ellas y progresando a falla renal terminal a 8 años solamente un 6%. Adicionalmente encontró que las pacientes que hacían deterioro renal eran principalmente las que cursaban con glomerulonefritis difusa como patología renal de base. Si el deterioro renal previo al embarazo es moderado (Creatinina entre 1,4 y 2,5 mg/dL) o severo (Mayor de 2,5 mg/dL) el riesgo de progresión de la enfermedad renal es representativamente alto. En el trabajo de Jones y Hayslett se mostró que el 50% de las pacientes con valores de Creatinina mayores de 1,9 previo al embarazo, experimentaban un deterioro de la función renal hasta en un 25% de acuerdo al cálculo de la depuración de Creatinina y que el 40% de las pacientes que presentaban falla renal severa presentaban un deterioro de la función renal que podía llevarlas a la necesidad de hemodiálisis. Existe un grupo de pacientes con una susceptibilidad especial al deterioro acelerado de la función renal durante el embarazo y son aquellas que presentan una tasa de filtración glomerular menor de 40 y una proteinuria mayor a 1 gramo/día. La pérdida global de la función renal atribuible al embarazo en este tipo de pacientes es de un 43% y 1 de cada 3 mujeres con Creatinina mayor o igual a 2 que se embarace, desarrollará falla renal crónica dependiente de diálisis durante o después del embarazo. Por lo anterior algunos grupos recomiendan que las pacientes con falla renal crónica severa, no se embaracen. (Ospina & Villa, 2012)

#### **1.4.2 Efecto generado por la enfermedad renal sobre el embarazo:**

El embarazo es un fenómeno que impone una gran demanda fisiológica a un organismo y el riñón asume algunos de esos cambios en la paciente obstétrica, sin embargo en las pacientes con enfermedad renal, el aumento de los volúmenes plásmaticos de células rojas, los cambios vasculares periféricos, el aumento en la disponibilidad de electrolitos y microelementos (vitaminas y minerales), el manejo del



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



aumento en los desechos corporales y la distribución de los mayores volúmenes circulantes, que en una paciente con función renal normal serían conseguidos sin mayor dificultad, en la paciente con enfermedad renal no son suplidos satisfactoriamente, por lo que el desarrollo del feto y de su madre durante el embarazo son afectados. Así las pacientes con enfermedad renal crónica tienen un mayor índice de embarazos con: restricción de crecimiento intrauterino, parto pretérmino, trastornos hipertensivos asociados, cesárea y mortalidad perinatal. La aparición de estas alteraciones dependerá del nivel de falla renal preconcepcional de la madre de la siguiente manera: Si la insuficiencia renal es leve el 20% presentarán parto pretérmino y el 24% restricción de crecimiento intrauterino, si la insuficiencia renal es moderada existe un riesgo de 20% a 30 % de desarrollar preeclampsia y parto pretérmino y si la falla renal es severa existe el riesgo que se presente un parto pretérmino en el 70% de las pacientes y de 40 % para desarrollar preeclampsia. La posibilidad de restricción de crecimiento intrauterino en estos 2 últimos grupos es del 37%. La sobrevivencia del feto dependerá principalmente de 2 factores: El nivel de Insuficiencia renal y la presencia de hipertensión arterial, cambiando de 64% cuando hay lesiones renales moderadas o severas y la paciente cursa con hipertensión arterial, al 98% cuando la paciente presenta insuficiencia renal leve y no presenta hipertensión arterial. (Ospina & Villa, 2012)

### **1.5 ESTADIOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Cabe resaltar que las mujeres con Enfermedad Renal Crónica tienen menor capacidad de realizar las adaptaciones fisiológicas a nivel renal necesarias para culminar un embarazo sin las complicaciones asociadas a la disfunción de este órgano. El aumento en la TFG durante la gestación, se encuentra reducido en mujeres con insuficiencia renal moderada y generalmente está ausente en aquellas con creatinina sérica superior a 2.26 mg/dL (200 µmol/L); por otro lado, se ha descrito que el embarazo puede influenciar la pérdida de función renal en mujeres con ERC, pudiendo disminuir el tiempo de progresión y empeoramiento de la clasificación hasta etapa terminal con un



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



riesgo significativo de disminuir la TFG en gestantes con valores de creatinina sérica superiores a 1.4 mg/dL (124  $\mu$ mol /L).

Recientemente se puede definir durante el embarazo la Enfermedad Renal Crónica en estadio temprano como un nivel de aclaramiento de creatinina mayor a 70ml/min (Estadio 1), moderada entre 40 y 70ml/min (Estadios 2-3) y ERC grave inferior a 40ml/min (Estadios 4-5). (Pérez-Calvo C, 2020)

La alteración renal aguda se presenta en una de cada 20.000 mujeres embarazadas y puede manifestarse a lo largo de los tres trimestres del embarazo, siendo la hipovolemia, principalmente por hemorragia, la causa más frecuente a lo largo del embarazo.

La enfermedad renal crónica y el embarazo se clasifica según la Clasificación de Davison-Lindheimer en estadios:

ERC leve creat < 1.5 mg/dL.

ERC modera creat entre 1.5 y 2.5.

ERC grave creat > 2.5 mg/dL.

La importancia de esta clasificación radica en que establece pronóstico tanto materno como perinatal, no obstante, el pronóstico final dependerá de múltiples variables siendo los marcadores pronósticos más importantes el grado de insuficiencia renal, la presencia o ausencia de HTA y la intensidad de la proteinuria más que la etiología de la enfermedad renal. (Wilmer Gerardo Rojas Zuleta, 2015)

<b>IRC leve</b>	<b>IRC modera</b>	<b>IRC grave</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Creatinina sérica &lt; 1,4 mg/100ml</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Creatinina sérica entre 1,5 y 2,5</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Creatinina sérica &gt; 2,5 mg/100ml</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Depuración de creatinina &lt; 50 a 60%</li><li>• Proteinuria &lt; 1gr/24 horas</li><li>• Puede o no presentar HTA</li><li>• No se presenta desequilibrio hidroelectrolítico/ acido básico, ni uricemia.</li></ul>	mg/1dl	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depuración de creatinina entre 25 y 50%</li><li>• Proteinuria entre 1 a 3gr/24 horas</li><li>• Se presenta HTA</li><li>• Acidosis metabólica compensada.</li><li>• Retención de agua</li><li>• Signos y síntomas de uremia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depuración de creatinina &lt; 25%</li><li>• Proteinuria &gt; 3gr/24 horas</li><li>• HTA de difícil control.</li><li>• Desequilibrio acido básico y electrolítico.</li><li>• Manejo inadecuado de agua corporal total.</li><li>• Franca uremia.</li></ul>
---	--------	---	--

Fuente: Dr. Carlos Eduardo Gándara 2014

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz

## 1.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS

La paciente con enfermedad renal crónica que se embaraza, puede presentarse al médico de la siguiente manera:

1. Con una glomerulopatía: Un síndrome nefrótico o un síndrome nefrítico, con diagnóstico etiológico o sin él.
2. Con una enfermedad tubulointersticial: Siendo las más frecuentes en el embarazo: la nefritis intersticial y la enfermedad quística renal.
3. Con una Enfermedad Renal Crónica terminal en diálisis o sin ella.
4. Con un trasplante renal.



5. Con una enfermedad renal previa que no había sido diagnosticada. (Ospina & Villa, 2012)

En la insuficiencia renal crónica los síntomas aparecen al disminuir el 25% de la filtración glomerular. La enfermedad renal durante el embarazo puede manifestarse:

Edemas	Proteinuria
Hipertensión arterial	Azoemia
Palidez	Ganancia de peso
Cambios en la pigmentación y textura de la piel y mucosas.	Cefalea
Cansancio acentuado	Anemia y Anorexia
Vómitos	Acidosis

Fuente: Dr. Carlos Eduardo Gándara 2014; Acta Medica Colombiana 2015.

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz

## 1.7 DIAGNOSTICO

Ante la presencia de una paciente en embarazo o que desee embarazarse, con enfermedad renal confirmada o sospechada por hallazgos clínicos, de laboratorio (Los valores elevados de Creatinina son los que con mayor frecuencia permiten identificar una paciente con enfermedad renal crónica) o imagenológicos (ecografía), el médico deberá realizar una historia clínica completa orientada a determinar la exposición previa



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



a agentes nefrotóxicos (Aminoglucósidos, AINES, etc.), la presencia de patologías concomitantes como diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico, glomerulopatías por inmunoglobulinas, enfermedad quística renal y enfermedades infecciosas del tracto urinario, que puedan estar asociadas con deterioro renal. Deberá indagarse igualmente sobre la micción y sus características.

Dentro del examen físico, la medición seriada de la presión arterial será el examen más importante debido a que los valores preconcepcionales y gestacionales, poseen valor pronóstico para el deterioro de la función renal materna postparto, la mortalidad perinatal y el empeoramiento de la presión arterial en el postparto; adicionalmente permitirá monitorear la respuesta a la terapia antihipertensiva instaurada, que como veremos a continuación, es uno de los pilares en el manejo de este tipo de pacientes. (Ospina & Villa, 2012)

Los marcadores de daño renal más frecuentemente descritos son proteinuria (microalbuminuria y macroalbuminuria), conteo de Addis (Cuantificación de sedimento urinario), creatinina y filtrado glomerular. La importancia de la microalbuminuria radica en la capacidad de funcionar como un marcador de daño endotelial, tanto en pacientes con diabetes mellitus como en aquellos que no presentan dicha enfermedad.

El diagnóstico y la estadificación de la ERC se pueden establecer en relación con el momento de aparición durante el embarazo, se tendrá en cuenta el antecedente de ERC, la exploración clínica, la pruebas para determinar función renal, la excreción de proteínas en 24 horas, ecografía renal y biopsia renal.

Además, se han establecido factores como desencadenantes de enfermedad renal que podrían requerir terapia dialítica durante la gestación y el puerperio, entre estos desencadenantes están los trastornos hipertensivos, de los cuales la hipertensión



crónica con asociación a preeclampsia severa y las crisis hipertensivas, aumentaran hasta 10 veces el riesgo de falla renal terminal.

La realización de biopsia renal se prefiere antes de la concepción, pero sí es durante el embarazo, debe hacerse antes de la semana 32, siendo indicada en los casos de síndrome nefrótico de nueva aparición, enfermedad glomerular significativa o un deterioro repentino de la función renal, de igual forma, se debe tener en cuenta si la presión arterial está controlada y no hay coagulopatía, dado que en estas circunstancias los riesgos de la biopsia pueden superar los beneficios. (Pérez-Calvo C, 2020)

### **1.7.1 Vigilancia materno fetal en enfermedad Renal Crónica y Embarazo**

El control prenatal se debe llevar a cabo cada 2 semanas hasta la semana 32 y posteriormente cada semana. Para evaluar la función renal, cada 4 a 6 semanas se deben solicitar biometría hemática, albúmina sérica, pruebas de función hepática, depuración de creatinina y excreción de proteínas en 24 h, asimismo se debe monitorizar los signos vitales, detectar BA y posibles IVU; evaluar al feto a través del ultrasonido perfil biofísico, madurez pulmonar, prueba sin estrés, flujometría Doppler. (Pérez-Calvo C, 2020)

Ya que una de las principales complicaciones de la enfermedad renal crónica y embarazo fue la restricción en el crecimiento intrauterino, recomendamos valorar el crecimiento fetal mediante ultrasonido seriado e iniciar el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal ante parto entre las 28 y las 32 semanas de gestación y valorar la aplicación de un esquema de maduración pulmonar de manera oportuna. (David Manterola-Álvarez, 2012)

### **1.7.2 Complicaciones Materno Fetales en enfermedad Renal Crónica y Embarazo**

Es importante vigilar las complicaciones:



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



- a) maternas: enfermedades hipertensivas, anemia e interrupción del embarazo por cesárea.
- b) del feto y neonato: prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, aborto, óbito y necesidad de esquema de maduración pulmonar.
- c) renales: deterioro del funcionamiento renal y necesidad de diálisis.

Estas complicaciones, aunque no son estrictamente proporcionales a la disminución en la tasa de filtración glomerular, sí tienen mayor incidencia conforme declina el funcionamiento renal. Las concentraciones de creatinina en suero mayores de 2.0 mg/dL implican un riesgo significativo de aceleración del daño renal durante el embarazo, sobre todo si suceden en el primer trimestre. La proteinuria mayor de 500 mg/día se relaciona con enfermedad renal coexistente y mayor daño renal. La indicación de diálisis se ha fijado en valores de nitrógeno ureico (BUN) mayores de 60 mg/dL, o de creatinina mayor de 5 mg/dL y la prescripción mínima de diálisis necesaria para disminuir las complicaciones materno-fetales es de 20 horas a la semana. (Guzman, Montaña, & Paniagua, 2020)

Un estudio realizado sobre 37 embarazos asociados a nefropatía avanzada mostró que del 75% al 80% terminaron en abortos espontáneos, feto muerto o muerte neonatal. Las anomalías placentarias incluyeron abrutio placentae, infartos, y necrosis, con placentas pequeñas y prematuramente envejecidas. Sin embargo, en la actualidad, el embarazo se observa entre el 1 y el 7% de las mujeres en hemodiálisis o enfermedad renal avanzada y su frecuencia parece estar incrementándose. En caso de lograrse la gestación, existen riesgos para el binomio madre feto. Para el feto, el mayor riesgo es la muerte, la prematuridad o la restricción de crecimiento intrauterino. Dentro de las complicaciones maternas tanto la proteinuria como la hipertensión arterial suelen agravarse y ser difíciles de controlar. Dentro de las enfermedades del embarazo que suelen agravar el deterioro renal, se encuentra la preeclampsia, que afecta entre el 5 al



10 % de las embarazadas sin patologías previas conocidas, siendo una de las causas principales de morbilidad materna y fetal en el mundo. (Bernasconi, 2016 )

## **1.8 TRATAMIENTO**

### **1.8.1 Medidas generales**

- Cese de la actividad laboral en pacientes que desarrollan complicaciones y también en las que se encuentran sintomáticas desde el comienzo del embarazo.
- Restricción de la actividad física en todos los caso y reposo en cama en decúbito lateral.
- Mantener el estudio sistemático de proteinuria. Dieta rica en proteínas de alto peso molecular, ajustes en el aporte de sodio si la paciente es hipertensa, no responde al tratamiento, o ante excesiva retención de sodio y agua. (Pérez-Oliva Díaz, 2016)
- La alimentación es indispensable en el tratamiento de gestantes con insuficiencia renal crónica, la dieta baja en sal, la disminución de carnes rojas, abundante hidratación, y los controles adecuados contribuyen a la evolución favorable del embarazo. (Moscoso, 2021)

### **1.8.2 Prevención de Trastornos Hipertensivos**

Las embarazadas con ERC presentan un mayor riesgo del desarrollo de preeclampsia como se ha mencionado, así, otra de las estrategias que se recomienda seguir es el suplemento de calcio y vitamina D para prevención de la preeclampsia.

Un estudio multicéntrico recientemente publicado, demostró que la medida más efectiva en cuanto la reducción de la presentación de preeclampsia de aparición temprana (<32 semanas) es el uso de ácido acetil salicílico, en dosis de 150 mg vía oral cada noche, la cual debe iniciarse idealmente antes de la semana 16 de gestación



y debe usarse hasta la semana 36; esto con la finalidad de disminuir hasta un 66% el riesgo en población seleccionada. (Pérez-Calvo C, 2020)

<b>Prevención Preeclampsia</b>	
<b>Acido Acetil Salicílico</b>	En base a la evidencia actual, se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12* semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional.
<b>Calcio</b>	De acuerdo a la evidencia disponible, en mujeres con sospecha de ingesta baja de calcio (menor de 900 mg/día), y en especial en aquellas con alto riesgo de preeclampsia, se recomienda la suplementación de calcio 1,5 g de calcio elemental diario, dividido en tres tomas después de las comidas desde las 12 semanas de gestación hasta el parto.
<b>Vitamina D</b>	No se recomienda el consumo de Vitamina D para la prevención de preeclampsia.

Fuente: Guía práctica Clínica MSP Trastornos Hipertensivos en el embarazo 2017.

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz.

### 1.8.3 Drogas antihipertensivas, manejo de presión arterial.

<b>Nifedipina</b>	10 – 40 mg diarios, 1 a 4 dosis
-------------------	---------------------------------



<b>Alfametildopa</b>	250 – 500 mg vía oral de 2 a 4 veces al día, máximo 2 g/día.
<b>Labetalol</b>	100 a 400 mg vía oral cada 8 horas o cada 12 horas, máximo 1200 mg/ día.

Fuente: Guía práctica Clínica MSP Trastornos Hipertensivos en el embarazo 2017.

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz.

#### 1.8.4 Tratamiento hematológico

- El tratamiento hematológico con eritropoyetina y hierro para su administración tendrá fundamento en los exámenes de laboratorio según este requerimiento puede aplicarse por vía subcutánea periumbilical eritropoyetina 2000 o 4000 UI tres veces por semana; Hierro oral 1 por día y según las necesidades durante el embarazo se puede administrar intravenoso según lo planteado en la guía práctica clínica de anemia en el embarazo del MSP. (Moscoso D. R., 2021)

<b>Hierro oral</b>	30 a 60 mg de hierro elemental
<b>Hierro intravenoso</b>	<p>El hierro de administración parenteral debe adaptarse individualmente según el déficit de hierro total que se calcula con la siguiente fórmula: Déficit de hierro total (mg) = peso corporal (kg) x (Hb ideal – Hb real) x 0,24 + 500 mg La Hb debe expresarse en g/L, no en g/dL para el cálculo. Hb ideal en embarazada: 130 g/L</p> <p>Hierro de reserva = 500 mg Factor 0,24 = 0,0034 x 0,07 x 1000</p> <p>Para la infusión práctica de hierro sacarosa parenteral se debe considerar: -</p>



	<p>Dosis máxima recomendada a infundir en un día: 300 mg (3 ampollas) - Dosis máxima recomendada a aplicar en una semana: 500 mg</p> <p>La velocidad de infusión debe realizarse de la siguiente manera práctica: 100 mg de hierro sacarosa en 100 cc de SS 0,9% pasar en una hora 200 mg de hierro sacarosa en 200 cc de SS 0,9% pasar en dos horas 300 mg de hierro sacarosa en 300 cc de SS 0,9% pasar en tres horas</p>
--	---

Fuente: Guía práctica Clínica de Diagnostico y Tratamiento de anemia en el embarazo MSP 2014.

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz.

### Eritropoyetina Recombinante Humana

Embarazo categoría C: No hay estudios bien controlados en mujeres embarazadas. Debería reservarse el uso de eritropoyetina recombinante humana durante el embarazo para los casos en los cuales el beneficio potencial justifica el riesgo para el feto. Se desconoce si la eritropoyetina recombinante humana se excreta en la leche humana. Dado que muchos principios activos se eliminan por esta vía deberá tenerse precaución cuando eritropoyetina recombinante humana se administra a una mujer en lactancia.

Fuente: Vademecum – FDA (Food and Drug Administration).

Elaborado por: Hallysson Tapia Muñoz.

### 1.8.5 Uso de corticoides prenatales para maduración pulmonar fetal.

- Los esquemas de maduración pulmonar están establecidos y sumamente estudiados, pero a pesar de ello no hay un consenso en su indicación a



pacientes embarazadas con enfermedad renal crónica, dato sumamente relevante como de riesgo. (Guzman, Montaña, & Paniagua, 2020)

- Como complicación del embarazo y la enfermedad renal crónica se nos puede presentar una amenaza de parto prematuro o incluso se debe pensar en la interrupción obligatoria del embarazo antes de las semanas completas de gestación para preservar el bienestar materno fetal y para ello como prevención se utilizan esquemas de maduración pulmonar siguiendo las normas establecidas en las guías prácticas clínicas del MSP. (Moscoso D. R., 2021)

En caso de amenaza de parto prematuro, la administración de corticoide antenatal a la madre promueve la maduración pulmonar fetal y disminuye la mortalidad perinatal, la incidencia y severidad del SDR del RN prematuro.

Se recomienda administrar corticoide en caso de amenaza de parto prematuro entre las 26 semanas y las 34 semanas de gestación, independientemente de la proximidad del parto

Se prefiere el uso de betametasona al de la dexametasona, pero ambas son opciones viables. La betametasona IM administrada en dos dosis de 12 mg cada 24 h y la dexametasona administrada en cuatro dosis de 6 mg IM con un intervalo de 12 horas entre dosis.

**Fuente:** Guía práctica Clínica de Recién Nacido Prematuro MSP 2015.

**Elaborado por:** Hallysson Tapia Muñoz.

### 1.8.6 Hemodiálisis

- La hemodiálisis es el tratamiento de primera elección para sustituir la función renal en mujeres durante el embarazo o posparto que se complican con insuficiencia renal aguda o crónica al momento de la concepción, que desarrollan deterioro de la función residual. La hemodiálisis efectiva permite prolongar el embarazo y reducir el número y dosis de agentes antihipertensivos



y diuréticos. Se ha demostrado que el aporte de vitaminas y eritropoyetina mejoran la condición de anemia y reducen la necesidad de transfusión, con lo que se favorece el crecimiento y desarrollo fetal. (Vázquez-Rodríguez, 2010)

### **Considerar diálisis**

- Tasa de filtración glomerular estimada (EGFR) desciende por debajo de 20 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup>
- Nitrógeno ureico en sangre (BUN) > de 50 a 60 mg / dl (18 a 21 mmol / L).
- Signos y síntomas de uremia
- Sobrecarga de volumen persistente
- Acidosis refractaria
- Hiperkalemia persistente o hiperfosfatemia

**Fuente:** Dra. Franzel Alvarez – Gineco Obstetra.

**Elaborado por:** Hallysson Tapia Muñoz.



## **1.9 JUSTIFICACION**

El presente estudio está dirigido a evaluar y dar seguimiento a la evolución de embarazo de 18 semanas con Insuficiencia Renal Crónica como patología de base, dicha patología a la que se le suma un embarazo, no es frecuente en la casa de salud en la que se presentó, por ser un segundo nivel de atención con limitada capacidad resolutoria para atender estos casos, por tal motivo el trabajo en conjunto del personal de salud se intensificó dando referencia a un tercer nivel de atención sin respuesta positiva a la solicitud. Dicha circunstancia fue motivo de impulso para dar seguimiento e investigar de forma exhaustiva la evolución y desarrollo del mismo con el objetivo de evitar complicaciones que puedan afectar la vida de madre e hijo.

Cabe recalcar que, aunque en la casa de salud donde se presentó el caso son poco frecuentes los mismos, se ha corroborado que la Insuficiencia Renal Crónica se ha convertido a nivel mundial según autores como (Guzman, Montaña, & Paniagua, 2020) (Oficialdegui, 2019) en una patología que está afectando con frecuencia a las féminas y a la vida reproductiva de las mismas. El gran problema se presenta cuando la mujer desea procrear y presenta dicha patología o la patología se desarrolla aún más junto con un embarazo, y se genera una circunstancia que podría poner en riesgo la vida de la madre y del producto, sino se aplican las medidas y controles rigurosos necesarios para sobrellevarla.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



## **1.10 OBJETIVOS**

### **1.10.1 Objetivo General**

- Analizar la evolución del embarazo de 18 semanas en paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

### **1.10.2 Objetivo Especifico**

- Exponer la Insuficiencia Renal Crónica como un factor de riesgo obstétrico en el Embarazo de 18 semanas.
- Detallar la conducta Obstétrica en un Embarazo de 18 semanas con Insuficiencia Renal Crónica.



### 1.11 DATOS GENERALES

<b>Código:</b> GARUALBO	<b>Edad:</b> 21 años
<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha de nacimiento:</b> 07/06/98
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Ocupación:</b> Ama de casa
<b>Nivel de estudio:</b> 4to Colegio	<b>Raza:</b> Mestizo
<b>Religión:</b> Católica	<b>Nivel socioeconómico:</b> Bajo
<b>Domicilio:</b> Palenque – Vines	<b>Hospital:</b> Básico Nicolas Cotto Infante

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Hallysson Tapia M.

## 2 METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, acude a esta casa de salud referida de C.S Palenque por presentar patología de base Insuficiencia Renal Crónica de hace + o – 11 meses de evolución acompañada de embarazo de + o – 18 semanas de gestación al momento, con indicación para consulta Ginecológica por presentar embarazo de alto riesgo debido a patología de base.

### 2.2 HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

<b>Antecedentes Personales y Familiares</b>	
<b>Antecedentes patológicos personales:</b>	Insuficiencia Renal Crónica Preeclampsia- Eclampsia en primer embarazo.
<b>Antecedentes patológicos familiares:</b>	No refiere



<b>Antecedentes quirúrgicos:</b>	Cicatriz Uterina Previa
<b>Antecedentes alérgicos:</b>	No refiere
<b>Hábitos:</b>	No alcohol, no drogas

<b>Antecedentes Gineco- Obstétricos</b>	
<b>Menarquia:</b> 12 años	<b>Ciclos menstruales:</b> 28 días
<b>Planificación familiar:</b> Si, descuido en toma de anticonceptivo.	<b>Inicio de vida sexual:</b> 17 años
<b>Parejas sexuales:</b> 1	<b>Gestas:</b> 1 P:0 A:0 C:1
<b>FUM:</b> 05/ Mayo/2019	<b>Controles prenatales:</b> 1 CS. Palenque.
<b>Vacunas:</b> 2	<b>Ecografía en Cs:</b> 1
<b>PIG:</b> 2 años 4 meses	<b>ITS:</b> ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Hallysson Tapia M.

### **Primera atención de la paciente (06/09/2019)**

#### **Preparación:**

<b>Peso:</b> 48,3 kg	<b>Talla:</b> 153 cm
<b>Score mama:</b> 1	<b>TA:</b> 128/80 <b>FC:</b> 98 Lx' <b>T:</b> 36,6 C <b>FR:</b> 19 Rx' <b>SPO2:</b> 98%



	<b>ESTADO DE CONCIENCIA:</b> alerta <b>PROTEINURIA:</b> +
--	--

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Hallysson Tapia M.

### 2.3 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, secundigesta orientada en tiempo, espacio y persona. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes, es referida del Centro de Salud Palenque para control con especialista siguiendo los criterios de referencia y contrarreferencia de las guías práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, por presentar Insuficiencia Renal Crónica de +/- 11 meses de evolución más Embarazo de +/- 18 semanas de gestación por ecografía. Paciente es atendida en consulta externa por Ginecología al ser referida del primer nivel junto con exámenes de laboratorios y reporte ecográfico, al interrogatorio paciente activa electiva, no refiere ni signos, ni síntomas agregados. Paciente indica que tuvo una atención previa en primer nivel y ya ha realizado control médico con nefrología. Se solicita ecografía obstétrica para corroborar bienestar fetal donde se confirma embarazo compatible con 18 semanas, producto único vivo en buenas condiciones.

### 2.4 EXPLORACION CLINICA

#### Examen Físico

**General:** Paciente orientada en tiempo, espacio y persona. Hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.



**Cabeza:** normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.



**Cuello:** sin adenopatías



**Abdomen:** suave depresible, levemente globuloso a nivel de hipogastrio, sin visceromegalias o masas, no doloroso a la palpación.



**Tórax:** expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

**RIG:** Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción



**Extremidades:** simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Hallysson Tapia M.

## 2.5 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

### Ecografía del C.S Palenque (03/09/19):

Al rastreo ecográfico: se reporta feto único vivo de posición indiferente, FCF de 144 Lx, ILA de 7.45 cm, placenta posterior 0/III. ID: embarazo de 17.3 sg + oligohidramnios leve.

### Ecografía del H.B.N.C.I (06/09/19):



Al reporte ecográfico: se reporta feto único vivo de posición indiferente, FCF de 154 Lx, ILA de 9.00 cm, placenta fúndica posterior 0/III. ID: embarazo de 18 sg.

### BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA

<b>Hemoglobina</b>	8.1 g/dl
<b>Hematocrito</b>	26.6%
<b>Hematíes</b>	3'160.000 10/uL
<b>Leucocitos</b>	9.360 10/uL
<b>Plaquetas</b>	298.000 10/uL
<b>Linfocitos</b>	24.4%
<b>Neutrófilos</b>	70.0%
<b>Eosinófilos</b>	5.6%
<b>TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)</b>	
<b>Grupo sanguíneo: O</b>	
<b>Factor Rh: positivo</b>	
<b>COAGULACION</b>	
<b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 30 sg</b>	
<b>Tiempo de protrombina (TP): 9sg</b>	
<b>QUIMICA</b>	
<b>Glucosa en Ayunas</b>	88.19 mg/dl
<b>Urea</b>	61.12 mg/dl
<b>Creatinina</b>	2.18 mg/dl



TGO	19.0 U/L
TGP	13.0 U/L
<b>AUTOINMUNES E INFECCIOSAS</b>	
HIV 1-2 generación: no reactivo	
VDRL: negativo	
TORCH: negativo	

### Medidas generales y terapéuticas

- Reposo
- Se indican signos de alarma materno – fetal.
- Se solicita depuración de creatinina en orina en 24 horas.
- Dieta y alimentación recomendada
- Interconsulta con nutrición.
- Consulta ginecológica en 1 mes
- Eritropoyetina 200 U, vía subcutánea, periumbilical.
- Solución salina al 0.9% + hierro sacarosa 200 mg Iv.
- Ácido fólico 1 por día.

Elaborado por: Estudiante egresada Obstetricia Hallysson Tapia M.

## 2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

### Diagnostico presuntivo:

Insuficiencia Renal Crónica y embarazo de 18 semanas de gestación.



### **Diagnostico diferencial:**

- Glomerulonefritis diabética
- Hipertensión arterial
- Glomerulonefritis crónicas ( LES, amiloidosis, etc.)
- Enfermedades urológicas ( pielonefritis crónica, reflujo , litiasis)
- Enfermedad quística renal
- Enfermedades vasculares

### **Diagnóstico definitivo**

Insuficiencia Renal Crónica y embarazo de 18 semanas de gestación.

## **2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

En la Insuficiencia Renal Crónica como patología de base al igual que en otras patologías irreversibles es recomendado según varios autores no se llegue al embarazo debido a que, el mismo en vez de ser un estado de total tranquilidad y plenitud para la mujer pasara a ser un constante estado de alerta para el binomio materno fetal. En este caso clínico con patología de base Insuficiencia Renal Crónica a la que se suma un embarazo de 18 semanas. Al recaudar información se logra identificar por medio de entrevista que la gestante no tomo las medidas de protección anticonceptivas necesarias por desconocimiento para prevenir un embarazo de alto riesgo, por presentar ya antecedentes de embarazo complicado que la llevaron acentuar aún más dicha patología de base.

Por tal motivo el seguimiento y el correcto asesoramiento a pacientes con patología de base acentuada y ya diagnosticada debe ser más riguroso por parte de todo el personal



de salud y se debe tratar de concientizar a las mujeres en edad reproductiva sobre los riesgos a los que llegarían si a una enfermedad crónica le añadimos 9 meses de gestación, para así evitar embarazos complicados donde peligran la vida de la madre y del feto en desarrollo.

## 2.8 SEGUIMIENTO

### Consultas Ginecológicas en conjunto con Nefrología.

#### 2da CONSULTA GINECOLOGICA (27/09/2019)

<p>Paciente acude a segundo control con Ginecología:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 49 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 127/76; FC: 87; FR: 20; T: 36.6 C, SPO2: 99%; Proteinuria: +; consciente/alerta. Score mama 1</p> <p>Paciente con embarazo de 21,3 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>AL EXAMEN FISICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables,</p>	<p><b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</b></p> <p><b>Laboratorios (25/09/19)</b></p> <p><b>RBC:</b> 3'100.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 28.2%</p> <p><b>HGB:</b> 7.0 mm</p> <p><b>PLT:</b> 259.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 9.080 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 74.2%</p> <p><b>LYM:</b> 19.9%</p> <p><b>EOS:</b> 2.55</p> <p><b>GRUPO Y FACTOR RH:</b> O+</p> <p><b>GLUCOSA EN AYUNAS:</b> 76.70 mg/dl</p> <p><b>UREA:</b> 73.84 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 2.37 mg/dl</p>
--	--



<p>pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.</p>	<p><b>ACIDO URICO:</b> 7.01 mg/dl</p> <p><b>PRUEBAS ESPECIALES:</b></p> <p><b>Na:</b> 145.20 mmol/L</p> <p><b>K:</b> 5.67 mmol/L</p> <p><b>Cl:</b> 82.98 mmol/L</p> <p><b>Ca:</b> 7.52 mmol/L</p> <p><b>P:</b> 4.24 mmol/L</p> <p><b>Mg:</b> 0.88 mmol/L</p> <p><b>DEPURACION DE CREATININA EN ORINA:</b> 98.9 ml/min</p> <p><b>CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS:</b> 9.9 mg/kg/24h</p> <p><b>PROTEINA EN ORINA DE 24 HORAS:</b> 252.2 mg/24h</p> <p><b>MICROALBUMINURIA:</b> 320.7 mg/L</p> <p><b>HIERRO:</b> 93.67 Ug/dl</p> <p><b>FERRITINA:</b> 82.96 ng/ml</p> <p><b>UROANALISIS:</b></p> <p><b>ALBUMINAS:</b> +</p> <p><b>LECUCOCITOS:</b> 1-3 x campo</p> <p><b>HEMATIES:</b> 0-1 x campo</p> <p><b>PIOCITOS, CRISTALES Y CILINDROS:</b></p>
---	--



	<p>no</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas</b></p> <p><b>Ginecológicas y Nefrológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reposo</li><li>• Dieta y alimentación adecuada</li><li>• Interconsulta con nefrología</li><li>• Solución salina al 0.9% + hierro sacarosa 200 mg.</li><li>• Eritropoyetina periumbilical 2000UI/ 2 dosis por 2 semanas.</li><li>• Calcio 1 diaria por 1 mes</li><li>• Acido fólico 1 diaria por 1 mes</li></ul>
--	--

**3 er CONSULTA GINECOLOGICA (28/10/19)**

<p>Paciente acude a tercer control con Ginecología:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 51 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 130/70; FC: 90; FR: 19; T: 37 C, SPO2: 99%; Proteinuria: +;</p>	<p><b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</b></p> <p><b>Laboratorios (20/10/19)</b></p> <p><b>RBC:</b> 3'324.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 28.7%</p> <p><b>HGB:</b> 9.8 mm</p> <p><b>PLT:</b> 250.000</p>
--	---



<p>consciente/alerta. Score mama 1</p> <p>Paciente con embarazo de 26 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>AL EXAMEN FISICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo cefálico dorso derecho, movimientos fetales activos, actividad uterina negativa, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología</p>	<p><b>WBC:</b> 9.360 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 79.0%</p> <p><b>LYM:</b> 15.9%</p> <p><b>EOS:</b> 1.6%</p> <p><b>GRUPO Y FACTOR RH:</b> O+</p> <p><b>UREA:</b> 52.7 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 2.32 mg/dl</p> <p><b>ACIDO URICO:</b> 8.97 mg/dl</p> <p><b>ALBUMINA:</b> +</p> <p><b>PRUEBAS ESPECIALES:</b></p> <p><b>K:</b> 5.41 mmol/L</p> <p><b>CA:</b> 6.61 mg/dl</p> <p><b>Al rastreo ecográfico (17/10/19):</b> se reporta feto único vivo de cefálico, dorso derecho, FCF de 148 Lx, ILA de 11 cm, placenta posterior 0/III. ID: embarazo de 24.2 sg .</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas Ginecológicas y Nefrológicas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reposo</li><li>• Continuar con dieta recomendada</li><li>• Solución salina al 0.9% + hierro</li></ul>
---	---



aparente, leve edema en miembros inferiores, reflejos conservados.	sacarosa 200 mg IV. <ul style="list-style-type: none"><li>• Complejo B V.O uno diario por 1 mes</li><li>• Calcio 1 por día</li></ul>
--	--

### CERTIFICADO EMITIDO POR NEFROLOGO

Paciente es atendida desde hace varias semanas atrás, por presentar cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por: malestar general, cefalea, decaimiento de larga evolución, disuria. Refirió antecedentes de preeclampsia hace 2 años, motivo por el cual se solicitan nuevos exámenes de laboratorio, constatando **ENFERMEDAD RENAL CRONICA estadio 4 + EMBARAZO**. Paciente se ha mantenido en controles pertinentes.

Se realiza nuevamente exámenes de laboratorio, destacando, alteración severa de la función renal, hiperuricemia, anemia. Se envía tratamiento médico especializado, con el cual se mantiene hasta el momento esperando su evolución favorable y se mantiene en tratamiento conjunto con demás especialidades.

#### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Insuficiencia renal crónica. (N18)
- Hipertensión arterial preexistente que complica el embarazo parto y puerperio. (O10.2)
- Anemia por déficit de hierro. (D50.8)

Con un índice de Karnofsky: 60 (requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.)



#### 4 ta CONSULTA GINECOLOGICA (29/11/19)

<p>Paciente acude a cuarto control con Ginecología:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 51,5 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 130/70; FC: 90; FR: 19; T: 37 C, SPO2: 99%; Proteinuria: +; consciente/alerta. Score mama 1</p> <p>Paciente con embarazo de 30,4 semanas de gestación por primera ecografía, orientada en tiempo espacio persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p>Refiere expulsión de escasa secreción vaginal sin prurito vaginal.</p> <p><b>AL EXAMEN FISICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p>	<p><b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</b></p> <p>Se solicita exámenes de laboratorios (BHC, depuración de creatinina en 24h, proteína en orina, etc.) por orden de nefrología.</p> <p><b>Al rastreo ecográfico (29/11/19):</b> se evidencia feto único vivo cefálico, dorso derecho, sexo femenino, FCF de 152 Lx, ILA normal, placenta posterior I/III. ID: embarazo de 30 sg .</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas Ginecológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo materno fetal</li><li>• Signos de alarma materno- fetales.</li><li>• Reposo</li><li>• Continuar con dieta recomendada</li><li>• Cita en 1 semana para revisión de exámenes solicitados.</li><li>• Se realiza maduración pulmonar con dexametasona 12 mg vía</li></ul>
--	---



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



<p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo cefálico dorso derecho, movimientos fetales activos, actividad uterina negativa, FCF 152 Lx, se realiza mensuración altura uterina compatible con edad gestación por ecografía.</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, se evidencia secreción vaginal escasa color blanquecina.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, edema grado 1 en miembros inferiores, reflejos conservados.</p>	<p>intramuscular cada 12 en dos dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se prescribe óvulos de metronidazol vía vaginal uno cada noche por 5 días.</li></ul>
---	---

**5ta CONSULTA GINECOLOGICA (04/12/19)**

<p>Paciente acude a quinto control con Ginecología:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p>	<p><b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</b></p> <p><b>Laboratorios solicitados hace una semana:</b></p>
---	--



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



<p>Peso: 51,8 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 129/79; FC: 95; FR: 20; T: 37 C, SPO2: 99%; Proteinuria: ++; consciente/alerta. Score mama 1</p> <p>Paciente con embarazo de 31 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio y persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>AL EXAMEN FISICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo cefálico dorso derecho, movimientos fetales activos, actividad uterina negativa, FCF 150 Lx.</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado</p>	<p><b>RBC:</b> 3'400.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 31.1%</p> <p><b>HGB:</b> 10.0 mm</p> <p><b>PLT:</b> 248.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 10.240 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 76.5%</p> <p><b>LYM:</b> 13.6%</p> <p><b>EOS:</b> 4.5%</p> <p><b>GRUPO Y FACTOR RH:</b> O+</p> <p><b>GLUCOSA EN AYUNAS:</b> 60.72 mg/dl</p> <p><b>UREA:</b> 60.78 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 2.47 mg/dl</p> <p><b>ACIDO URICO:</b> 9.56 mg/dl</p> <p><b>PRUEBAS ESPECIALES:</b></p> <p><b>Na:</b> 148.96 mmol/L</p> <p><b>K:</b> 4.57 mmol/L</p> <p><b>Cl:</b> 87.06 mmol/L</p> <p><b>Ca:</b> 10.86 mg/dl</p> <p><b>P:</b> 5.96 mg/dl</p> <p><b>DEPURACION DE CREATININA EN ORINA:</b> 206.2 ml/min</p>
--	---



<p>ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, edema grado 1 en miembros inferiores, reflejos conservados.</p>	<p><b>CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS:</b> 105.2 mg/kg/24h</p> <p><b>PROTEINA EN ORINA DE 24 HORAS:</b> 2001.3 mg/24h</p> <p><b>MICROALBUMINURIA:</b> 338.7 mg/L</p> <p><b>ALBUMINAS:</b> +</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas Ginecológicas y nefrológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se explica gravedad de estado renal y prematuridad.</li><li>• Se realiza y solicita cupo para referencia a hospital de mayor complejidad (Hospital Universitario)</li><li>• Monitoreo materno fetal</li><li>• Reposo</li><li>• Indicaciones por nefrólogo: Dieta sin sal, no carnes rojas Eritropoyetina 4000 UI 3 vía subcutánea periumbilical. Hierro oral 1 por día + ácido fólico Calcio 500 mg 1 por día.</li></ul>
---	---



<p>Paciente acude a sexto control con Ginecología:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 53 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 119/78; FC: 85; FR: 19; T: 36.6 C, SPO2: 98%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. Score mama 0</p> <p>Paciente con embarazo de 35 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio y persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>AL EXAMEN FISICO:</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p>	<p><b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</b></p> <p><b>Laboratorios (06/01/20):</b></p> <p><b>RBC:</b> 3'370.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 29.0%</p> <p><b>HGB:</b> 9.4 mm</p> <p><b>PLT:</b> 239.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 8.150 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 71.9%</p> <p><b>LYM:</b> 21.8%</p> <p><b>EOS:</b> 2.7%</p> <p><b>GRUPO Y FACTOR RH:</b> O+</p> <p><b>GLUCOSA EN AYUNAS:</b> 74.70 mg/dl</p> <p><b>UREA:</b> 76.71 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 2.93 mg/dl</p> <p><b>ACIDO URICO:</b> 8.14 mg/dl</p> <p><b>ALBUMINAS:</b> 2.86 gr. %</p> <p><b>GLOBULINAS:</b> 2.64 gr.%</p> <p><b>TGO:</b> 15.16 U/l</p> <p><b>TGP:</b> 17.49 U/l</p> <p><b>GAMMA G.T:</b> 21.66 U/l</p>
--	--



<p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo cefálico dorso derecho, movimientos fetales activos, actividad uterina negativa, FCF 148 Lx.</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edema en miembros inferiores, reflejos conservados.</p>	<p><b>PRUEBAS ESPECIALES:</b></p> <p><b>Na:</b> 146.22 mmol/L</p> <p><b>K:</b> 4.91 mmol/L</p> <p><b>Cl:</b> 95.34 mmol/L</p> <p><b>Ca:</b> 7.84 mmol/L</p> <p><b>P:</b> 4.89 mmol/L</p> <p><b>UROANALISIS:</b></p> <p><b>Células epiteliales:</b> ++</p> <p><b>Leucocitos:</b> 6-9 x campo</p> <p><b>Piocytes:</b> no</p> <p><b>Hematíes:</b> 0 – 2 x campo</p> <p><b>Bacterias:</b> +</p> <p><b>Cristales/cilindros:</b> no</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas Ginecológicas y Nefrológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo materno fetal</li><li>• Reposo</li><li>• Indicaciones por nefrólogo:</li></ul> <p>Paciente no toma antihipertensivo signos vitales normales durante sus controles. Asintomática.</p>
--	---



	<p>Dieta sin sal, no carnes rojas</p> <p>Eritropoyetina 2000 UI 3 vía subcutánea periumbilical.</p> <p>Hierro oral 1 por día.</p> <p>Calcio 500 mg 2 por día.</p>
--	---

### 7ma CONSULTA GINECOLOGICA (15/01/20)

<p>Paciente acude a séptimo control con Ginecología:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 53 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 128/75; FC: 92; FR: 19; T: 36.6 C, SPO2: 99%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. Score mama 0</p> <p>Paciente con embarazo de +/- 36 orientada en tiempo espacio y persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p>Refiere dolor leve en hipogastrio intermitente de +/- 2 días de evolución.</p> <p><b>AL EXAMEN FISICO:</b></p>	<p><b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</b></p> <p><b>Al rastreo ecográfico (11/01/20):</b> se reporta feto único vivo cefálico, dorso derecho, sexo femenino, FCF de 155 Lx, ILA normal, placenta posterior II/III. ID: embarazo de 35.5 sg .</p> <p><b>Al rastreo ecográfico (15/01/20):</b> se evidencia feto único vivo cefálico, dorso derecho, FCF 142 lx, ILA normal, placenta posterior II/III. ID: embarazo de 36.2 sg</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas Ginecológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo materno fetal al momento y se recomienda monitoreo cada 48 horas.</li><li>• Reposo</li></ul>
---	---



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



<p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo cefálico dorso derecho, movimientos fetales activos, actividad uterina negativa, FCF 142 Lx. Mensuración fondo uterino 36 cm.</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no se en miembros inferiores, reflejos conservados.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se programa cirugía para el 27/01/20.</li><li>• Se indican signos de alarma materno fetal.</li></ul>
---	--

**REFERENCIA POR EMERGENCIA (17/01/20)**

<p>Paciente gestante de 36.2 sg acude a emergencia del CS de palenque por referir dolor de gran intensidad tipo contráctil de +/- 12 horas de evolución en hipogastrio</p>	<p><b>EXÁMENES QUE SE ADJUNTAN A REFERENCIA DEL C.S PALENQUE:</b></p> <p><b>RBC:</b> 3'300.000 mm<sup>3</sup></p>
--	---



<p>que se irradia a región lumbo/sacra. Es referida a Hospital Nicolas Cotto Infante de Vinces.</p> <p>Al llegar paciente en reposo se toman signos vitales:</p> <p>Score mama: TA: 128/75; FC: 92; FR: 19; T: 36.6 C, SPO2: 99%; Proteinuria: - ; consciente/alerta. Score mama 1</p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo cefálico dorso derecho, movimientos fetales activos, actividad uterina 1/10 intensidad +, duración 50 sg, FCF 142 Lx. Mensuración fondo uterino 36 cm.</p> <p><b>RIG:</b> a la inspección no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, reflejos conservados.</p>	<p><b>HTCO:</b> 29.7%</p> <p><b>HGB:</b> 9.9 mm</p> <p><b>PLT:</b> 225.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 11.580 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 79.0%</p> <p><b>LYM:</b> 17,8%</p> <p><b>EOS:</b> 5,2%</p> <p><b>UREA:</b> 66.34 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 2.52 mg/dl</p> <p><b>ACIDO URICO:</b> 8.2 mg/dl</p> <p><b>VIH:</b> negativo</p> <p><b>VDRL:</b> no reactivo</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo materno fetal.</li><li>• Se realiza tacto vaginal y especuloscopia: en la que se evidencia cérvix cerrado, no sangrado, ni pérdida de líquido por vía vaginal, escasa secreción blanquecina en paredes vaginales.</li><li>• Se comunica a medico ginecólogo que lleva sus controles, el mismo que indica ingreso hospitalario para</li></ul>
--	---



<p><b>ID: embarazo de +/- 36,2 sg + IRC+ Anemia leve+ amenaza de parto pretérmino.</b></p>	<p>vigilancia materno fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento al ingreso: Dieta hiposódica Monitoreo materno fetal cada día Control de signos vitales y score mama cada 4 horas. exámenes de laboratorio control al siguiente día. Lactato ringer 1000cc pasar en equipo de volutrol con eritropoyetina 4000 UI cada dos días. Metronidazol vaginal uno cada noche. Nifedipina 1 cada 12 horas, vigilar evolución. Comunicar novedades</li></ul>
--	---

**DIA 2 DE INGRESO HOSPITALARIO (18/01/20)**

<p>Paciente de sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos ni síntomas neurológicos.</p>	<p><b>INDICACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Cuidados de enfermería</li></ul>
---	--



<p>Abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos, FCF 150 lx, monitoreo categoría 1, no actividad uterina, no perdidas por vía vaginal.</p> <p>Score mama (0)</p> <p>PA: 110/74</p> <p>FC: 82</p> <p>FR: 20</p> <p>T: 36.6</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA -</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dieta hiposódica</li><li>• Monitoreo materno fetal.</li><li>• Comunicar novedades</li><li>• Lactato ringer 1000 cc pasar 20 gotas x'</li><li>• Nifedipina suspendida/ solo PRN</li><li>• Eritropoyetina 4000 UI discontinuada</li><li>• Metronidazol ovulo 1 cada noche</li><li>• Comunicar novedades.</li></ul>
---	--

### DIA 3 DE INGRESO HOSPITALARIO (19/01/20)

<p>Paciente de sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos ni síntomas neurológicos.</p> <p>No refiere sintomatología al momento.</p> <p>Abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos, FCF 145 lx, monitoreo categoría 1, no actividad</p>	<p><b>INDICACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Cuidados de enfermería</li><li>• Monitoreo materno fetal</li><li>• Dieta hiposódica</li><li>• Comunicar novedades</li></ul>
--	---



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



uterina, no perdidas por vía vaginal.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lactato ringer 1000 cc pasar 20 gotas x'</li><li>• Nifedipina suspendida/ PRN</li><li>• Metronidazol ovulo 1 cada noche</li><li>• Comunicar novedades.</li></ul>
Score mama (0)	
PA: 125/78	
FC: 90	
FR: 19	<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>
T: 36.6	<b>RBC:</b> 3.63 mm <sup>3</sup>
SPO <sub>2</sub> : 98%	<b>HTCO:</b> 31.1 %
ESTADO CONCIENCIA: ALERTA	<b>HGB:</b> 9.5 mm
PROTEINURIA -	<b>PLT:</b> 223.000 mm <sup>3</sup>
	<b>WBC:</b> 10.76 mm <sup>3</sup>
	<b>NEU:</b> 77.0%
	<b>LYM:</b> 18,3%
	<b>EOS:</b> 1,1%
	<b>UREA:</b> 31 mg/dl
	<b>CREATININA:</b> 1.51 mg/dl

**DIA 4 DE INGRESO HOSPITALARIO (20/01/20)**

Paciente de sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos	<b>INDICACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Cuidados de enfermería</li></ul>
--	---



<p>ni síntomas neurológicos.</p> <p>No refiere sintomatología alguna.</p> <p>Abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos FCF 145 lx. Actividad uterina negativa.</p> <p>No sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p>Score mama (0)</p> <p>PA: 115/75</p> <p>FC: 88</p> <p>FR: 19</p> <p>T: 37</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA -</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo materno fetal</li><li>• Dieta hiposódica</li><li>• Comunicar novedades</li><li>• Nifedipina suspendida/ PRN</li><li>• Lactato ringer 1000cc pasar en equipo de volutrol con eritropoyetina 4000 UI cada dos días.</li><li>• Metronidazol ovulo 1 cada noche</li><li>• Comunicar novedades.</li></ul> <p><b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>RBC:</b> 3.73 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 32.7%</p> <p><b>HGB:</b> 9.7 mm</p> <p><b>PLT:</b> 217.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 8.28 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 71.3%</p> <p><b>LYM:</b> 21.1%</p> <p><b>EOS:</b> 1.7%</p> <p><b>UREA:</b> 35 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.00 mg/dl</p>
--	--



**DIA 5 VALORAR ALTA MEDICA CON EXAMENES COMPLETARIOS**

<p>Paciente de sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos ni síntomas neurológicos.</p> <p>No refiere sintomatología alguna.</p> <p>Abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos FCF 140 lx. Monitoreo categoría 1. Actividad uterina negativa.</p> <p>No sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p>Score mama (0)</p> <p>PA: 120/70</p> <p>FC: 92</p> <p>FR: 20</p> <p>T: 37</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA -</p>	<p><b>INDICACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Cuidados de enfermería</li><li>• Monitoreo materno fetal</li><li>• Dieta hiposódica</li><li>• Terminar y retirar vía</li></ul> <p><b>Al rastreo ecográfico (21/01/20):</b> se evidencia feto único vivo cefálico, dorso derecho, FCF 140 lx, ILA normal, placenta posterior II/III. ID: embarazo de 37 sg</p> <p><b>EXÁMENES DE LABORATORIO (20/01/20)</b></p> <p><b>RBC:</b> 3.73 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 32.7%</p> <p><b>HGB:</b> 9.7 mm</p> <p><b>PLT:</b> 217.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 8.285</p> <p><b>NEU:</b> 71.3%</p> <p><b>LYM:</b> 21.1%</p> <p><b>EOS:</b> 1.7%</p>
--	--



	<p><b>UREA:</b> 35 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.00 mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ALTA HOSPITALARIA E INGRESO EL 23/01/20 PARA CIRUGIA + SALPINGUECTOMIA BILATERAL</b></li></ul>
--	---

**CESAREA PROGRAMADA (24/01/20)**

<p>Paciente de sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos ni síntomas neurológicos.</p> <p>No refiere sintomatología alguna.</p> <p>Abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos FCF 148 lx. Monitoreo categoría 1. Actividad uterina negativa.</p> <p>No sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal.</p> <p>Score mama (1)</p> <p>PA: 130/78</p> <p>FC: 94</p> <p>FR: 20</p>	<p><b>EXÁMENES DE LABORATORIO (20/01/20)</b></p> <p><b>RBC:</b> 3.73 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 32.7%</p> <p><b>HGB:</b> 9.7 mm</p> <p><b>PLT:</b> 217.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 8.28 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 71.3%</p> <p><b>LYM:</b> 21.1%</p> <p><b>EOS:</b> 1.7%</p> <p><b>UREA:</b> 35 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.00 mg/dl</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recomendaciones nefrológicas:</li></ul>
--	--



<p>T: 36.6</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +</p> <p>Paciente es preparada para ingreso a quirófano.</p>	<p>mantener bien hidratado pre y post Quirúrgico, no usar antibióticos nefrotóxicos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bajo todas las normas de asepsia y antisepsia con anestesia raquídea útero grávido expuesto, se procede a realizar diéresis Pfannestiel, se obtiene producto único vivo sexo femenino, llanto presente al estímulo, apgar 8/9, se obtienen membranas de la concepción, se realiza limpieza de cavidad uterina seguido de histerorrafia. Se procede a realiza salpinguectomia bilateral bajo la técnica de Pomeroy. Se procede a cerrar abdomen.</li><li>• Neonato: reactivo, apgar 8/9 compatible mediante test de Capurro con 37 semanas de gestación, se le realiza toda la profilaxis y antropometría: peso 2440; talla 44 cm.</li><li>• Indicaciones postcirugía:  Nada por vi oral  Control de signos vitales</li></ul>
--	---



	<p>Control de loquios</p> <p>Lactato de ringer + tramadol + metoclopramida pasar 30 gotas x'</p> <p>Ampicilina 1gr. Iv cada 6 horas</p> <p>Comunicar novedades</p>
--	--

### EVOLUCIÓN POST QUIRÚRGICA

<p>Se realizan 4 controles post quirúrgicos cada 30 min en los que se evidencian:</p> <p>Paciente de 21 años sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos ni síntomas neurológicos.</p> <p>Abdomen blando depresible doloroso a la palpación, útero contraído, a nivel de cicatriz umbilical, loquios escasos, apósito seco.</p> <p>Diuresis conservada.</p> <p><b>Primer control:</b></p> <p>Score mama (1)</p> <p>PA: 128/73</p> <p>FC: 85</p>	<p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados de enfermería</li><li>• Control de signos vitales</li><li>• Control de score mama</li><li>• Control de loquios y apósito</li><li>• Lactato de ringer de 1000 cc pasar 20 gotas x'</li><li>• Ampicilina 1gr IV cada 6 horas.</li><li>• Nifedipino 1 c/ 12 horas/ control según evolución.</li><li>• Ketorolaco PRN</li><li>• Comunicar novedades</li></ul>
--	--



<p>FR: 19</p> <p>T: 36.6</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +</p> <p><b>Paciente presenta al quinto control:</b></p> <p>Score mama (5)</p> <p>PA: 142/90</p> <p>FC: 100</p> <p>FR: 20</p> <p>T: 37.3</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +</p> <p><b>Control 30 min después</b></p> <p>Score mama (3)</p> <p>PA: 140/85</p> <p>FC: 90</p> <p>FR: 19</p> <p>T: 37.0</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se toman medidas indicadas en prescripción comunicando a ginecólogo y médico residente.</li><li>• Se administra Nifedipino 10 mg v.o en tres dosis/según dosis respuesta.</li><li>• Control de loquios</li><li>• Control de score mama cada 30 min, reevaluar signo vitales y signos de alarma materno.</li><li>• Se mantienen medidas y se indica a especialista y residente.</li></ul>
---	--



<p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +</p> <p><b>Control score mama 1 hora después</b></p> <p>Score mama (1)</p> <p>PA: 135/80</p> <p>FC: 88</p> <p>FR: 20</p> <p>T: 37.4</p> <p>SPO2: 98%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Supervisión Ginecológica</li><li>• Nifedipino 1 cada 12 horas control según evolución.</li><li>• Control de score mama cada 4 horas y signos de alarma materna.</li><li>• Mantener indicaciones y comunicar novedades.</li></ul>
--	--

## 2 DIA PUERPERIO POST QUIRURGICO INMEDIATO (25/01/20)

<p>Paciente de 21 años sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinámicamente estables, sin signos ni síntomas neurológicos.</p> <p>Abdomen blando depresible levemente doloroso a la palpación, útero contraído,</p>	<p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados de enfermería</li><li>• Control de signos vitales</li><li>• Control de score mama</li><li>• Control de loquios y apósito</li><li>• Nifedipina 1 c/ 12 horas/ control</li></ul>
--	---



<p>bajo cicatriz umbilical, loquios escasos, apósito seco.</p> <p>Diuresis conservada 1200 cc</p> <p><b>Primer control:</b></p> <p>Score mama (1)</p> <p>PA: 124/77</p> <p>FC: 84</p> <p>FR: 19</p> <p>T: 36.6</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +</p>	<p>según evolución.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalexina 500 mg VO/ cada 8 horas.</li><li>• Paracetamol 1gr VO/ cada 8 horas.</li><li>• BHC/ control</li><li>• Comunicar novedades</li></ul>
---	--

### ALTA HOSPITALARIA (26/01/20)

<p>Después de dos días de evolución favorable, bajo control, cuidados de enfermería por puerperio post quirúrgico mediato.</p> <p>Paciente femenino de 21 años de edad, hemodinámicamente estable, activa electiva orientada en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15</p> <p>Abdomen blando depresible no doloroso,</p>	<p><b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>RBC:</b> 3'180.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 28.0%</p> <p><b>HGB:</b> 8.9 mm</p> <p><b>PLT:</b> 225.000 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 9.28 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 75.3%</p>
---	---



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



<p>loquios escasos, útero contraído.</p> <p><b>Score mama (0)</b></p> <p>PA: 115/72</p> <p>FC: 80</p> <p>FR: 19</p> <p>T: 37</p> <p>SPO2: 98%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA -</p>	<p><b>LYM:</b> 23.1%</p> <p><b>EOS:</b> 1.9%</p> <p><b>UREA:</b> 40 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.09 mg/dl</p> <p><b>Medidas generales y terapéuticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalexina 500 mg cada 8 horas por 7 días.</li><li>• Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 4 días.</li><li>• Control en consulta externa en 15 días para valorar estado general de la paciente.</li><li>• Interconsulta con nefrología</li></ul>
---	---



### **3 OBSERVACIONES**

Se siguió detalladamente la evolución y medidas aplicadas a la paciente, las mismas que sirvieron para terminar de forma satisfactoria el embarazo.

Se fundamentó la aplicación correcta de todas las medidas realizadas por los profesionales en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, se tomó como referencia la biobibliografía de autores como (Guillen, 2018) (Bernasconi, 2016) que realizaron publicaciones sobre la enfermedad Renal Crónica en el Embarazo, con el fin de fortalecer y respaldar el correcto manejo que se debe de dar a las pacientes que cursan estas condiciones. Cabe destacar que el pronóstico materno fetal depende de los antecedentes maternos y el estado actual de la mujer.

Se debe recalcar que la paciente a pesar de que previamente no tomó las medidas necesarias de anticoncepción, asumió con responsabilidad los riesgos a los que se enfrentaba y siguió con cautela todas las indicaciones de los profesionales de salud. Por ello es importante que los profesionales de salud difundamos la importancia de la consulta preconcepcional, esto nos permitirá identificar factores de riesgo, prevenir complicaciones y preparar a la futura gestante para las diversas situaciones que puedan presentarse.



#### **4 CONCLUSIONES**

La selección y desarrollo del caso se fundamentó en toda la información prescrita en la Historia Clínica, la conducta Gineco Obstétrica fue expectante a medida que evolucionaba el embarazo, todas las medidas aplicadas se corroboraron y tuvieron sustento bibliográfico. Con toda la información obtenida basada en las guías de práctica clínica, libros, artículos y demás fuentes bibliográficas ya descritas, se logró desarrollar un enfoque dinámico para presentar todos los acontecimientos a los que conlleva padecer Insuficiencia Renal Crónica más Embarazo.

Podemos concluir que el embarazo es un estado de cambios fisiológicos constantes, los cambios que ocurren en el riñón son múltiples sin necesidad de que haya alguna patología preexistente que ya lo afecté, es por ello que al ya existir afectación y sumarle un embarazo traería graves complicaciones para la madre y el feto.

A través de toda la serie de procedimientos y medidas desarrolladas ya explicadas en este caso, se deduce que ante un embarazo de alto riesgo por patología de base existente, la mejor forma de prevenir mayor afectación de la ya atribuida al binomio materno fetal es identificar a tiempo los factores de riesgo, que permitan realizar los controles necesarios, con una vigilancia materno fetal estricta y por supuesto todo el enfoque dinámico que en conjunto debe realizar el personal de salud ante la situación. Se logró alcanzar las semanas de gestación necesarias para dar finalización al embarazo mediante cesárea programada, con el objetivo de evitar mayor deterioro de la función renal de la gestante; tratando de priorizar en igual proporción tanto la salud de la madre y el feto.



## 5 BIBLIOGRAFÍA

- Abdel Polanco, K. G. (2015). Dialisis y Transplante . *Elsevier*, 34-39.
- Arias, F. (1994). Obstetricia y Ginecologia . En F. Arias, *Guia practica para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo* (págs. 267 - 282 ). Madrid : Mosby Doyma Libros .
- Bernasconi, D. A. (2016 ). Fsiologia y Enfermedad Renal durante el Embarazo . *Revista Electronica de Biomedicina* , 46-51.
- cols., W. G. (Octubre- Diciembre de 2015 ). *Google academico* . Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163143293009.pdf>
- David Manterola-Álvarez, J. A.-P.-A. (2012). Perinatologia y Reproduccion humana . *SciELO Analytics*.
- Enfermedad Renal Cronica y Embarazo , Serie de casos (Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos Guatemala 6 de Septiembre de 2018).
- Guillen, D. A. (2018). Enfermedad Renal Cronica y Embarazo . *medigraphic*, 41-46.
- Guzman, S., Montañó, P., & Paniagua, T. H. (2020). Desenlaces Obstetricos en mujeres embarazadas con enfermedad renal cronica y factores asociados. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico* , 230-243.
- Hernández, I., Alvarado, J., López, A., & Ramírez, B. (2015). Enfermedad Renal Cronica durante el Embarazo . *Revista Medica*, 119 - 125.
- Moscoso, D. J. (23 de Febrero de 2021). Nefrologo . (H. Tapia, Entrevistador)
- Moscoso, D. R. (22 de Febrero de 2021). Ginecologo . (H. Tapia, Entrevistador)
- Oficialdegui, D. M. (Marzo de 2019). *Enfermedad Renal Cronica y Embarazo*. Obtenido de [Google academico](https://www.ginecotocologicab.hc.edu.uy/images/MONOGRAFIA_MARIN_ABRIL_2019.pdf) : [https://www.ginecotocologicab.hc.edu.uy/images/MONOGRAFIA\\_MARIN\\_ABRIL\\_2019.pdf](https://www.ginecotocologicab.hc.edu.uy/images/MONOGRAFIA_MARIN_ABRIL_2019.pdf)
- Ospina, A., & Villa, B. (2012). Enfermedad Renal en la Paciente Obstetrica . En A. Ospina, & A. Buitrago, *Nefrologia Basica 2* (págs. 359-370). Colombia : Editorial La Patria S.A.
- Pérez-Calvo C, R.-F. J.-L.-A.-G.-R. (2020). ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN LA MUJER EMBARAZADA . *REVISTA COLOMBIANA DE NEFROLOGIA* , 210-242.
- Pérez-Oliva Díaz, C. H. (2016). Diagnostico, Evaluacion y Manejo de la Enfermedad Renal en el Embarazo . *Revista Habanera de Ciencias Medicas* , 59-67.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



Vázquez-Rodríguez, J. G. (2010). Hemodialisis y Embarazo. *Medigraphic*, 78-99.

Wilmer Gerardo Rojas Zuleta, M. (26 de Octubre de 2015). *Google Academico* .  
Obtenido de  
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54896/1026263946.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**6 ANEXOS**

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

II. REFERENCIA: 1  DERIVACIÓN: 2

1. Datos Institucionales

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

III. CONTRAREFERENCIA: 3  REFERENCIA INVERSA: 4

1. Datos Institucionales

2. Resumen del cuadro Clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Obstetricia.

Foto unico pelvico  
 TCF: 144

DBP: 35.7 mm ± 17.0  
 CA: 1.3, 12 mm ± 10.4  
 ET: 21.5 mm ± 16.3 mm

I 20 7.45 cm.

FP 173.8  
 procentaje parto 4/3.

Se sugiere Doppler de  
 AOM, DV, A6 a (e)  
 20 Sem

Anexo 1. Referencia del primer nivel de atención.

Anexo 2. Ecografía realizada en el primer nivel de atención.

WID/Disp. Reducido (ce/e)

FECHA DE ENTREGA: /09/2019

1. HEMATOLOGICO

2. COPROLOGICO

3. URICANALISIS

4. QUIMICA

5. SEROLOGIA

6. SEROLOGIA

7. OTROS

8. TORCH

FECHA: 3/5/2019

NO. DE HISTORIA: 13000

CONDOMINIO: TNLGA, PINCAY

CONDOMINIO: TPF

Anexo 3. Exámenes realizados en primer nivel de atención.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



SOLICITA: Dr. Jorge Moscoso

FECHA: 25 de septiembre de 2019

PRUEBA BIOQUÍMICA.

VOLUMEN 2.350 ml

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
DEPURACION DE CREATININA EN ORINA	98.9	ml/min	54 - 128
CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	9.9 ↓	mg/kg/24h	14- 26
PROTEINA EN ORINA DE 24 HORAS	252.2	mg/24h	<100
MICROALBUMINURIA	320.7	mg/dl	<25

Dr. Hugo...  
LABORATORIO DE QUÍMICA CLÍNICA  
CALLE 217 No. 24-28100  
W. 05 22448790 FAX 05 22448798

CERTIFICADO MÉDICO NEFROLÓGICO

Vinces, 28 de octubre del 2019

Certifico que la paciente [redacted], con cédula de identidad [redacted] procedente de la Ciudad de Palenque, es atendida por consultorio externo de mi especialidad, desde hace varias semanas atrás, por presentar cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por: malestar general, cefalea, decaimiento de larga evolución, disuria. Además refirió antecedentes de preeclampsia hace 2 años, motivo por el cual se solicitan nuevos exámenes de laboratorio, constatando ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA estadio 4 + EMBARAZO. Paciente se ha mantenido en los controles pertinentes.

Se realizan nuevamente exámenes de laboratorio (los cuales se adjuntan en copia y originales), destacando, alteración severa de la función renal, hiperuricemia, anemia. Se envía tratamiento médico especializado, con el cual se mantiene hasta el momento, esperando su evolución favorable y se mantiene en tratamiento conjunto con demás especialidades

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (N18)
- HIPERTENSION ARTERIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICHA EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO (O10.2)
- ANEMIA POR DEFICIT DE HIERRO (D50.8)

Con un Índice de karnosky: 60 (requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades)

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad y hago extensivo este certificado para los bienes pertinentes:

Atentamente:

Dr. Jorge Moscoso Coello  
Médico Nefrólogo

Dr. Jorge MOSCOSO C.  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
C.I.: 120485602-7

Anexo 4. Exámenes solicitados por Depuración de creatinina

Anexo 5. Certificado nefrológico.