



**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD OBSTETRICIA
RIESGO OBSTETRICO**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN RIESGO OBSTETRICO**

**PIELONEFRITIS AGUDA DURANTE LA GESTACIÓN CENTRO MATERNO
INFANTIL PUBLICO - 2017**

Presentado por:

**LICENCIADA EN OBST. CORDOVA OLAYUNCA LAURA EDITH
LICENCIADA EN OBST. SUASNABAR PONCE GLADYS MARLENI**

ASESOR:

M. C. Juan Macedonio Torres Osorio

**LIMA – PERÚ
2018**

INDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
<u>CAPÍTULO I</u>	
DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO.....	8
<u>CAPÍTULO II</u>	
JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
<u>CAPÍTULO III</u>	
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.1 Antecedentes nacionales.....	36
3.2 Antecedentes internacionales.....	39
<u>CAPÍTULO IV</u>	
DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO.....	43
<u>CAPÍTULO V</u>	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
5.1 CONCLUSIONES.....	54
5.2 RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo de la gestante con infección urinaria, verificar si el manejo fue adecuado o no, de la misma forma contrastarlo con las guías normativas nacionales e internacionales

Material y Métodos: estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo; se revisó una historia clínica de un hospital público, además de la revisión de la literatura actual, artículos publicados en revistas de investigación, libros, guías nacionales e internacionales; entre otros.

Resultados: se expone el caso clínico de una segundigesta con 21 años cursando 35 semanas gestación con diagnóstico de pielonefritis aguda en gestación, los factores de riesgo identificados fueron anemia, infección de tracto urinario previo, control prenatal insuficiente, tratamiento incompleto, presentándose un cuadro clínico complejo que pudo llevar a complicaciones más severas pero que fueron superados culminando la gestación por vía alta.

Conclusiones: el germen causal para la pielonefritis fue *Klebsiella Pneumoniae*, fue manejado por antibióticos de amplio alcance, con una rotación inusual de antibióticos inicialmente. Las principales complicaciones que se presentaron fueron culminación del parto antes del término, pérdida de bienestar fetal y sospecha de sepsis neonatal; complicaciones que fueron afrontados con un manejo oportuno con buena evolución materno y fetal.

Palabras clave: Embarazo, Infección de vías urinarias, Pielonefritis.

ABSTRACT

Objective: to identify the risk factors of the pregnant woman with urinary infection, to discuss the management applied in the present case, contrasted with the national and international guidelines, protocols and norms.

Material and Methods: observational, descriptive, retrospective study; a clinical history of a public hospital was reviewed, in addition to the review of current literature, articles published in research journals, books, national and international guides; among others.

Results: we present the clinical case of a pregnant woman of 21 years of age with 35 weeks of gestational age with diagnosis of acute pyelonephritis in gestation, the risk factors found were anemia, previous urinary tract infection, insufficient prenatal control, incomplete treatment, presenting a complex clinical picture that could lead to more severe complications but that were overcome culminating high pregnancy.

Conclusions: the causal germ for pyelonephritis was *Klebsiella Pseumoniae* that was managed with broad-spectrum antibiotics, with an unusual rotation of antibiotics at the beginning. The main complications that occurred were threatened premature birth, loss of fetal well-being and suspicion of neonatal sepsis; complications that were overcome with timely management with good maternal and fetal evolution.

Key words: Pregnancy, Urinary tract infection, Pyelonephritis.

INTRODUCCIÓN

En el proceso del embarazo se suscitan adaptaciones anatómicas y fisiológicas en todo el organismo, especialmente en el aparato urinario, que predisponen a la gestante a ciertas patologías mencionando a bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis. Por lo general las vías urinarias se encuentran exentas de microorganismos, empero, estos pueden ascender a partir de la zona rectal originando infecciones en las vías urinarias de la gestante; estas patologías se asocian con un aumento del riesgo de parto pre término y restricción del crecimiento intrauterino¹.

El cuadro clínico puede variar, dentro de las expresiones clínicas más comunes se enlistan: tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, alza térmica, dolor abdominal, entre otros. La causa es multifactorial para las infecciones en el tracto urinario, el examen de diagnóstico más sensible que verifica la patología es el urocultivo. Resulta central recolectar de forma correcta la muestra, por lo que, en ciertos acontecimientos el diagnóstico es erróneo con causa de inadecuado tratamiento que se le brinda a la muestra de orina^{1,2}.

La pielonefritis aguda es precisada como la infección de la vía urinaria superior que menoscaba a la pelvis y al parénquima renales. La sintomatología se caracteriza por dolor lumbar, fiebre y escalofríos; empero, sólo en el 60% de los casos con esta tríada se verifica luego que cursaron con pielonefritis. Por tal modo la cistitis y la pielonefritis al ser infecciones sintomáticas consienten un diagnóstico anticipado, en contraparte la bacteriuria asintomática al no expresar síntomas clínicos solamente se identifica por medio del cultivo de orina, es por esto que se debe solicitar este examen de laboratorio en el primer contacto con la gestante para la identificación oportuna de la bacteriuria asintomática, posterior tratamiento y seguimiento³

La Pielonefritis constituye uno de los motivos más comunes de hospitalización durante la gravidez y conforma cerca del 1-2% de estas. Es la complicación

severa más frecuente de las patologías médicas infecciosas que se instauran durante la gravidez. Puede acarrear complicaciones maternas y fetales. Prácticamente un 15 a 20% de las gestantes con pielonefritis expresará una bacteriemia, y un grupo de ellas desarrollarán complicaciones aún más graves por mencionar shock séptico, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia respiratoria o síndrome de distress respiratorio del adulto; éste último tiene una incidencia de 1 a 8%. La bacteriuria asintomática antecede a la pielonefritis aguda en más o menos el 20-40% de las pacientes³.

Los microorganismos que engendran infección urinaria durante la gravidez son los mismos que se coexisten en la mujer no gestante, siendo *Escherichia coli* el germen distinguido más frecuentemente (75-90%). Otros Gramnegativos menos diagnosticados son el *Proteus mirabilis* y la *Klebsiella pneumoniae* (10-13% entre ambas) y entre los gram positivos sobresale el *Estreptococos beta hemolítico* y el *Staphilococcus saprophitus*^{4,5}.

En el Perú la incidencia de infecciones urinarias durante la gravidez se instaura en 12%, constituyendo la principal causa de patología médica no obstétrica que compromete el bienestar materno fetal y neonatal; de tal modo Puno el año 2011 reportó una incidencia de 28% cifra que se ubica muy por encima del registro nacional. El hospital regional de Ayacucho según el Sistema Informático Perinatal para el año 2013, reportó 676 casos de infección del tracto urinario en gestantes⁶.

Por todo lo mencionado se resalta la importancia de analizar el presente caso debido a que existe una estrecha relación entre los factores de riesgo para una infección urinaria durante la gravidez y surgimiento de pielonefritis como la complicación de mayor frecuencia, así mismo de la amenaza de parto prematuro. Como factor de riesgo nuclear se designa al antecedente de infección urinaria (ITU) anterior a la gestación. Un 24 a 38% de las usuarias que fueron diagnosticadas con Bacteriuria Asintomática (BA) durante la gravidez poseen historial de ITU sintomática. Por otro lado, las gestantes que poseen inadecuadas condiciones socioeconómicas revelan una incidencia 5 veces mayor de BA en el tiempo de gestación y posterior origen de

Pielonefritis; diabetes mellitus, instaurada la diabetes en la gestación, incrementa la frecuencia de ITU y la instauración de formas más graves⁴.

Por tal sentido, se da a conocer el caso clínico de una segundigesta que cursó con infección del tracto urinario evidenciado durante los controles prenatales, cuya patología no fue tratada oportunamente y por ello ocasionó complicaciones tales como pielonefritis y el riesgo de pérdida de bienestar fetal, situaciones que condicionaron una cesárea previo al término.

El análisis de este caso, aspira a sensibilizar a los profesionales de la salud a fin de impedir situaciones similares y realizar una atención prenatal integral. Impulsando en la mujer medidas de prevención que ocasionen la disminución de la infección del tracto urinario, aportando de esta manera a acrecentar la calidad de atención y al decremento de la morbimortalidad materna y fetal.

CAPÍTULO I

DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

A) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Filiación:

Fecha de ingreso: 10 de abril 2017

Lugar de atención: Centro de salud Público (Control Prenatal)

Hospital Público (hospitalización por pielonefritis)

Apellidos y Nombres: C.J.G.V

Edad: 21 años

Estado Civil: Conviviente

Ocupación: Cocinera

Domicilio: Magdalena del Mar

B) CONTROLES PRENATALES EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL PÚBLICO

b.1 Controles prenatales: 4 veces y 1 evaluación médica por especialista.

1er Control: 31/11/16 (realizado en Iquitos)

Edad gestacional: 13 semanas

Peso: 44.500 kg

Temperatura 37°C

Presión arterial: 90/60 mmhg

Pulso materno: 73 latidos por minuto

Altura uterina: 9 cm

Indicación de ácido fólico (no realizado)

2do control: 19/12/16 (Centro de Salud de Público)

Edad gestacional: 18 semanas

Peso: 47 kg

Temperatura 37°C

Presión arterial: 90/60 mmhg

Pulso materno: 78 latidos por minuto
Altura uterina: 17 cm
Latidos cardiacos fetales: 148 latidos por minuto
Movimientos fetales: Presentes

3er control: 24/02/17
Edad gestacional: 28 semanas
Peso: 55 kg
Temperatura 37°C
Presión arterial: 90/60 mmhg
Pulso materno: 80 latidos por minuto
Altura uterina: 28 cm
Latidos cardiacos fetales: 130 latidos por minuto
Movimientos fetales: Presentes

4to control: 10/03/17
Edad gestacional: 30 semanas
Peso: 56 kg
Temperatura 37°C
Presión arterial: 90/60 mmhg
Pulso materno: 74 latidos por minuto
Altura uterina: 28 cm
Latidos cardiacos fetales: 146 latidos por minuto
Movimientos fetales: Presentes

Exámenes auxiliares: perfil gestacional completo. Hemoglobina: anemia, examen de orina: sedimento urinario patológico. No se realiza ni se le indica urocultivo de control.

b.2 Evaluaciones por emergencia: dos evaluaciones con sintomatología asociada a infección urinaria, en la última evaluación sospecha de Pielonefritis y referida al hospital público.

Fecha: 04/02/17 Hora de evaluación: 11:15 am

Motivo de atención:

- Paciente se acerca al servicio de emergencia por sangrado vaginal escaso y dolor lumbar.

Examen físico general

- Funciones vitales: Temperatura: 37°C. Presión arterial: 110/70 mmHg. Pulsaciones: 78/minuto. Frecuencia respiratoria: 20 al minuto. Peso: 52kg. Estado general y sensorial conservado. Aparato cardiovascular, respiratorio conservado, puño percusión lumbar (+) y punto renoureterales (+).

Examen obstétrico

- Altura uterina: 25 cm. Latidos cardíacos fetales: 140 latidos al minuto. Feto único: situación longitudinal cefálica, movimientos fetales positivos.
- Al tacto vaginal: no se evidencia sangrado vaginal activo.

Impresión diagnóstica:

- Infección Urinaria.

Plan de trabajo:

1. Cefalexina 500 miligramos cada 8 horas por 7 días.

Fecha: 10/04/17 evaluación : 11:38 am

Motivo de atención:

- Paciente ingresa al servicio de emergencia por dolor lumbar, náuseas, con antecedente de infección urinaria recurrente.

Examen físico general

- Funciones vitales: Temperatura: 38°C. Presión arterial: 80/70 mmhg. Pulsaciones: 81/minuto. Frecuencia respiratoria: 18 al minuto. Estado general y sensorial mantenido. Aparato cardiovascular, respiratorio normal, puño percusión lumbar (+) y punto renoureterales (+).

Examen obstétrico

- Altura uterina: 26 cm. Latido cardíaco fetal: 154 latidos al minuto. Feto único: situación longitudinal cefálica, movimientos fetales positivos. No Dinámica uterina

- Al tacto vaginal: diferido, no se evidencia sangrado vaginal ni líquido amniótico.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 35 semanas, no trabajo de parto.
- Pielonefritis Aguda.
- Infección del tracto urinario.
- Clave amarilla

Durante la emergencia no hubo Ginecólogo de turno, evaluada por Médico general.

Plan de trabajo

- Transferencia a hospital público previa coordinación.
- Instalación vía venosa permeable cloruro de sodio 9/1000 (vía solo).

b.3 Seguimiento: no se realiza visitas domiciliarias para el seguimiento y control.

Resultado de exámenes auxiliares y control prenatal (Anexo 1) 28/12/2016 – 19/12/2016 – 10/04/2017

Perfil de gestantes: (28/12/2016)

Hemoglobina: 10,6 gr/dl

Hematocrito: 32%

Grupo sanguíneo: O

Factor: RH +

Glucosa: 62 mgr/dl

VIH: No reactivo (10/04/2017)

RPR: No reactivo (10/04/2017)

Examen completo de orina: 28/12/2016

UROANALISIS:

Examen Macroscópico:

Color : Amarillo

Aspecto : Turbio

Densidad Aprox.	: 1.015
PH	: Acido
Examen Bioquímico:	
Proteínas	: ausente
Glucosa	: Negativo
Cetona	: Negativo
Urobilinogeno	: Negativo
Bilirrubinas	: Negativo
Nitritos	: Negativo
Sangre	: Negativo
Ácido Ascórbico	: Negativo
SEDIMENTO:	
Células Epiteliales	: 6 -7 x campo
Leucocitos	: 15 -18 x campo
Hematíes	: negativo
Cilindros	: No se observan x campo
Cristales	: No se observan x campo
Gérmenes	: 2+ x campo
Filamentos Mucoides	: No se observan x campo

C) ATENCION OBSTÉTRICA EN HOSPITAL PUBLICO

Fecha: 10/04/17 Hora de evaluación: 13:00 horas

MOTIVO DE ATENCIÓN:

Segundigesta es enviada al servicio de emergencia de un hospital público, referida del Centro de Salud Público acompañada por personal de obstetricia, refiriendo dolor lumbar tipo quemazón, presencia de contracciones uterinas esporádicas, niega pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal, percibe movimientos fetales, sensación de alza térmica t: 38.5°C, se solicita exámenes de laboratorio, ecografía obstétrica y renal.

Fecha de última menstruación normal: 07/08/16

Fecha probable de parto: 15/05/17

Edad Gestacional (EG): 35 semanas según fecha de última menstruación

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Formula Obstétrica: G2P1001

- Gesta 1 por el año 2015, a término, desenlace por parto vaginal con recién nacido masculino, peso 2700 gramos y asfixia perinatal, RN estuvo en internamiento durante 7 días. Paciente tuvo diagnóstico de malaria.

- Gesta 2: Actual de 35 semanas por ultima regla
Periodo internatal: corto menor a 2 años.
Atención Prenatal: en historia clínica indican 4 atenciones prenatales realizadas en el establecimiento de salud Público (anexo 1).

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- a. Cursa con infección del tracto urinario a repetición con tratamiento incompleto. Cefalexina de 500 miligramos cada 8 horas durante 7 días.
- b. Historial de malaria en la primera gestación con hospitalización en el post parto por 7 días. Según referencia de la gestante indica que curso de infección de malaria fue durante el parto, fue tratada quedándose hospitalizada y el parto con recién nacido con asfixia.
- c. Antecedentes familiares patológicos negativos.

EXAMEN FISICO GENERAL

Funciones vitales: Temperatura: 38.5°C. Presión arterial: 100/60 mmHg. Pulsaciones: 100/minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Peso: 56kg. Talla: 1.49 m. Índice de Masa Corporal 19.82 kg/m². Estado general y sensorio conservado. Aparato cardiovascular, respiratorio normal, puño percusión lumbar (+) y punto renoureterales (+) contracciones uterinas esporádicas. Extremidades inferiores no edema.

EXAMEN OBSTÉTRICO

Altura uterina: 26 cm. Latido cardíaco fetal: 146 latidos al minuto. Contracciones uterinas esporádicas. Feto único: situación longitudinal cefálico derecho, movimientos fetales positivos.

Ponderado fetal: 2170 gr \pm 200g.

Al examen vaginal: Cérvix posterior largo, OCE y OCI cerrados, AP: fuera de pelvis, no pérdida de sangrado por vagina, no pérdida de líquido amniótico. Pelvis ginecoide.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Segundigesta de 35 semanas según fecha de última menstruación
2. Pielonefritis Aguda
3. No trabajo de parto

PLAN DE TRABAJO:

2. Hospitalización.
3. Monitoreo electrónico fetal continuo.

Exámenes auxiliares: Ecografía renal, Ecografía obstétrica, Monitoreo Electrónico, Hemograma, Examen de orina, Urocultivo, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Tiempo de Protrombina, Grupo y factor, Procalcitonina, Glucosa, Urea, Creatinina, Nivel de Gases Arteriales, Proteína C Reactiva, Lactato, VIH, VDRL. Interconsulta a Neonatología.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

1. Cloruro de sodio al 9 x 1000cc endovenoso a 30 gotas por minuto.
2. Metamizol 1g endovenoso
3. Amikacina 1g endovenoso
4. Betametasona 12 mg intramuscular (1 dosis) y luego 24 horas para maduración pulmonar fetal
5. Monitoreo fetal estricto.
6. Monitoreo de funciones vitales cada 4 horas hoja aparte.

Queda gestante en hospitalización del 5to piso hasta el aguarde de los resultados de laboratorio para reevaluación médica.

REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Fecha: 10/04/17

Gestante es evaluada permanentemente de acuerdo al siguiente detalle:

- 18:03 horas Se entrega informe de Test no estresante, con diagnostico activo, reactivo.
- 18:50 horas Paciente ingresa hospitalización (Unidad de Cuidados Intermedios) por indicación Médica y se exige interconsulta a neonatología.
- 19:20 horas Realizan evaluación médica: Funciones vitales: Temperatura: 38.5°C. Presión arterial: 90/40 mmHg. Pulso: 90/minuto. Frecuencia respiratoria: 24 por minuto. Peso: 56kg. En regular estado general, y evalúa los resultados de Ecografía Obstétrica y Hemograma. Altura uterina:26cm, Situación Posición y presentación: Longitudinal cefálico derecho, Frecuencia cardiaca fetal: 130 por minuto.
- 20:45 horas Acude al llamado de obstetra refiriendo Frecuencia cardiaca fetal 108 Latidos por minuto, refiere contracciones de leve a moderada intensidad, percibe movimientos fetales, perdida de líquido amniótico negativo.
- 21:10 horas Finaliza Monitoreo electrónico fetal (test no estresante), con resultado sospechoso, se comunica a médico residente de guardia.
- 22:15 horas Paciente es reevaluada, Frecuencia cardiaca fetal de 106 a 110 Latidos por minuto, se decide programar a sala de operaciones por pérdida de bienestar fetal.
- 23:00 horas Se encuentra Frecuencia Cardiaca Fetal 111 a 120 Latidos por minuto, dinámica uterina esporádica.

23.30 horas Se evidencia Frecuencia Cardiaca Fetal 104 a 125 Latidos por minuto, dinámica uterina esporádica. Se está en aguardo al llamado de sala de operaciones.

23:58 horas Paciente pasa hacia sala operatoria con vía venosa permeable cloruro de sodio 9/1000, Frecuencia Cardiaca Fetal 107 a 130 Latidos por minuto, dinámica uterina esporádica.

Resultado de exámenes auxiliares (Anexo 2) 10/04/2017

Hemograma completo

Leucocitos: 29600 x mm³

Hematología:

Hemoglobina: 10.8 g%

Hematocrito: 31%

Recuento de Plaquetas: 224 000 xmm³

Hemoglobina Corpuscular Media: 29 pg

Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media: 35 gr/dl

Volumen Corpuscular Medio: 83 fl

Formula diferenciada:

Mielocitos: 0%

Metamielocitos: 0%

Abastionados 15%

Segmentados: 74%

Eosinofilos: 0%

Basofilos: 0%

Monocitos: 7%

Linfocitos: 4%

Observaciones: Vacuolas Citoplasmáticas en polimorfo nucleares.

Examen completo de orina:

UROANALISIS:

Examen Macroscópico:

Color : Amarillo

Aspecto : Turbio

Densidad Aprox.	: 1.015
PH	: Acido
Examen Bioquímico:	
Proteínas	: 1+
Glucosa	: Negativo
Cetona	: 3+
Urobilinogeno	: Negativo
Bilirrubinas	: Negativo
Nitritos	: Negativo
Sangre	: Negativo
Ácido Ascórbico	: Negativo

SEDIMENTO:

Células Epiteliales	: Regular Cantidad
Leucocitos	: mayor 100 x campo
Leucocitos Aglutinados	: No se observa x campo
Piocitos	: 1+ x campo
Hematíes	: 7 -10 x campo
Cilindros	: No se observan x campo
Cristales	: No se observan x campo
Gérmenes	: 3+ x campo
Filamentos Mucoides	: No se observan x campo

Bioquímica:

Glucosa basal 100 ml/dl
Urea: 26 g/dl
Creatinina sérica: 0.78 g/dl

Hematología:

Tiempo de sangría: 1 minuto – 45 segundos
Tiempo de protrombina: 11 segundos
Grupo sanguíneo: O Rh positivo
VIH prueba rápida: no reactivo
RPR: No reactivo

Resultado de ecografía obstétrica (anexo 3)

1. Útero: Ocupado por feto único, en situación y posición longitudinal cefálica derecha al momento del examen, con presencia de movimientos fetales, movimientos respiratorios y presencia de actividad cardiaca fetal a 147 latidos por minuto.
 - Diámetro Biparietal : 87.2mm----- 35 semanas 2 días
 - Circunferencia cefálica : 285.8mm ----- 31 semanas 3 días
 - Circunferencia Abdominal : 335.5 mm ----37 semanas 0 días
 - Longitud del Fémur : 61.8 mm----- 32 semanas 0 días
2. Placenta: corporal anterior II (según Grannum) con espesor de 41mm.
3. Índice de Líquido Amniótico pozos de 77mm.
4. Cordón Umbilical:2 arterias 1 vena
5. Ponderado Fetal: 2637 gramos

Conclusión

1. Gestación Única activa aprox. 35 semanas 0 días según biometría fetal +/- 2 semanas

Resultado de ecografía Renal – Vesical (anexo 4)

Riñón derecho: 101x58 mm, parénquima renal 16 mm

Morfología y ecogenicidad conservados

Dilatación del sistema pielocalicial

Riñón izquierdo: 102x57 mm, parénquima renal 16 mm

Morfología y ecogenicidad conservados

Dilatación del sistema pielocalicial

Conclusiones:

1. Ectasia renal bilateral.

CARDIOTOCOGRAFIA FETAL TEST NO ESTRESANTE (10/04/17) hora:

18:03 (Anexo 5)

Valores de puntuación de Fisher: 8/10

Conclusión: Activo, No reactivo

Plan de trabajo: continuar monitoreo materno fetal estricto.

**CARDIOTOCOGRAFIA FETAL TEST NO ESTRESANTE (10/04/17) hora:
21:10 (Anexo 6)**

Valores de puntuación de Fisher: 8/10

Conclusión: Test No Estresante Sospechoso

Plan de trabajo: continuar monitoreo materno fetal estricto.

**SERVICIO DE HOSPITALIZACION: REEVALUACION OBSTÉTRICA
FECHA: 10/04/17, HORA DE ATENCION: 22.50 horas**

Gestante es reevaluada, refiere dolor lumbar esporádico hallándose una FCF de 103 – 110 latidos por minuto, al examen ginecológico sin cambios cervicales

Diagnóstico clínico:

1. Segundigesta de 35 semanas por ecografía del I trimestre.
2. Riesgo de pérdida de bienestar fetal
3. Pielonefritis aguda

Plan terapéutico

1. Preparar para sala de operaciones para culminar gestación.
2. Consentimiento informado para cesárea.

D) ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

11/04/2017 inicio: 00:35 am Hora de término: 01:05 am

Diagnóstico Preoperatorio:

1. Segundigesta de 35 semanas x eco del primer trimestre
2. Riesgo de pérdida de bienestar fetal
3. Pielonefritis aguda

Diagnóstico Post operatorio:

Los mismos más Recién nacido

Hallazgos: neonato vivo. Sexo masculino. Apgar 7 al minuto y 9 al 5to minuto. Peso: 2994 gr. Talla 47.5 cm útero y anexos normales, liquido libre en cavidad más o menos 20cc.

Edad Gestacional del recién nacido por Capurro 36 semanas.

E) HOSPITALIZACIÓN

Fecha 11/04/2017 visita médica. Hora 9:30am

Paciente post operada inmediata con dolor moderado a la palpación superficial y profunda, no sensación de alza térmica.

Al examen: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, en aparente regular estado general. Abdomen: Blando, depresible, con dolor moderado en herida operatorio, Blumberg negativo, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical. Tacto vaginal diferido, restos hemáticos escasos no mal olor.

Diagnóstico:

1. Post operada inmediata de cesárea por pielonefritis aguda.
2. Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Indicaciones:

1. pendiente hemograma de control.
2. continuar con indicaciones: Dieta blanda + Líquidos a voluntad.
3. Dextrosa 5% 1000cc, cloruro de sodio 20% 1 ampolla + oxitocina 10 UI 2 ampollas.
4. Cefazolina 1g endovenoso cada 8 horas.
5. Ketoprofeno 100mg cada 8 horas.
6. Tramadol 100mg cada 12 horas.
7. Dimenhidrato de 50mg condicional a vómitos.
8. Monitoreo de funciones vitales además de vigilancia de sangrado vaginal.

Resultado de exámenes auxiliares (Anexo7) 11/04/2017

Hemograma completo

Leucocitos: 33730 x mm³

Hematología:

Hemoglobina: 9.6 g%

Hematocrito: 30%

Recuento de Plaquetas: 226 000 xmm³

Hemoglobina Corpuscular Media: 27 pg

Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media: 32 gr/dl

Volumen Corpuscular Medio: 84 fl

Formula diferenciada:

Mielocitos: 0%

Metamielocitos: 1%

Abastondados 10%

Segmentados: 79%

Eosinofilos: 0%

Basofilos: 0%

Monocitos: 2%

Linfocitos: 8%

Observaciones: Anisocitosis 1+Hipocroma 1+, Granulaciones Toxicas 1+, Vacuolas Citoplasmáticas 1+

Fecha 12/04/2017 visita médica. Hora 7:00am

Paciente post operada de primer día con leve dolor en herida operatoria no sensación de alza térmica.

Al examen: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, en aparente regular estado general. Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2". Mamas con aumento de volumen, con secreción calostrál sin mal olor. Abdomen: Blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, Blumberg negativo, Ruidos hidroaereos positivos, no masas. Útero contraído a 1 cm debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada, no signos de flogosis. Tacto vaginal diferido, loquios sanguinolentos escasos hemáticos ausencia de mal olor. Paciente estable.

Diagnóstico:

1. Post operada de 2° de 35 semanas por pielonefritis aguda.
2. Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Indicaciones:

1. Deambulaci3n.
2. Hemograma de control por emergencia.
3. Revaluaci3n con resultados.
4. continuar con indicaciones.

Tratamiento:

1. Dieta blanda + L3quidos seg3n voluntad.
2. Cefuroxina 500mg V3a oral cada 12 hrs.
3. Ketoprofeno 100mg cada 8 hrs.
4. Sulfato ferroso 300mg V3a oral cada 24 horas.
5. Tramadol 100mg condicional a dolor intenso.
6. Vigilancia de funciones vitales + Monitoreo de sangrado vaginal.
7. Vigilar signos de alarma.

Fecha 13/04/2017 visita m3dica. Hora 8:00am

Paciente post operada de segundo d3a con leve dolor en herida operatoria no sensaci3n de alza t3rmica.

Al examen: L3cida, orientada en tiempo, espacio y persona, en aparente regular estado general. Piel tibias, hidratada, el3stica, llenado capilar menos de 2". Mamas con aumento de volumen, con secreci3n de leche sin mal olor. T3rax y Pulmones: Murmullo vesicular atraviesa bien dos campos pulmonares. Cardiovascular: RCR con buena intensidad, ausencia de soplos. Abdomen: Blando, depresible, con dolor a la palpaci3n superficial y profunda, Blumberg negativo, Ruidos hidroaereos positivos, no masas. 3tero contra3do a 1 cm debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis. Tacto vaginal diferido, loquios sanguinolentos escasos hem3ticos no mal olor. Paciente estable.

Diagn3stico:

1. Post operada de 2do d3a por pielonefritis aguda.

Indicaciones:

1. Deambulaci3n.
2. Hemograma de control por emergencia.
3. Revaluaci3n con resultados.
4. Continuar con indicaciones.

Tratamiento:

1. Dieta blanda + L3quidos seg3n voluntad.
2. Cefuroxina 500mg V3a oral cada 12 hrs.
3. Ketoprofeno 100mg cada 8 hrs.
4. Sulfato ferroso 300mg V3a oral cada 24 horas.
5. Tramadol 100mg condicional a dolor intenso.
6. Observaci3n de funciones vitales + Vigilancia de sangrado vaginal.
7. Atenci3n ante signos de alarma.

Resultado de ex3menes auxiliares (Anexo 8) 13/04/2017**Hemograma completo****Leucocitos: 12320 xmm³****Hematolog3a:**

Hemoglobina: 9.5 g%

Hematocrito: 28%

Recuento de Plaquetas: 264 000 xmm³

Hemoglobina Corpuscular Media: 28 pg

Concentraci3n de Hemoglobina Corpuscular Media: 35 gr/dl

Volumen Corpuscular Medio: 82 fl

Formula diferenciada:

Mielocitos: 0%

Metamielocitos: 0%

Abastnados 2%

Segmentados: 76%

Eosinofilos: 0%

Basofilos: 0%

Monocitos:10%

Linfocitos: 12%

Observaciones: ninguno

Fecha 14/04/2017 visita médica. Hora 8:00am

Paciente post operada de tercer día con leve dolor en herida operatoria, presenta fiebre 38.3°C.

Al examen: Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2".
Mamas con aumento de volumen, con secreción de leche sin mal olor.
Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular atraviesa correctamente dos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos con adecuada intensidad, ausencia de soplos. Abdomen: Blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, Blumberg negativo, Ruidos hidroaereos positivos, no masas. Útero contraído a 1 cm debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis. Tacto vaginal diferido, loquios escasos hemáticos no mal olor. Paciente estable.

Diagnóstico:

1. Post operada de 3er° de 35 semanas pielonefritis aguda.
2. Infección del tracto urinario en tratamiento.
3. Anemia Moderada.

Indicaciones:

1. Deambulacion.
2. Hemograma de control por emergencia.
3. Revaluación con resultados.
4. Continuar con indicaciones.

Tratamiento:

1. Dieta blanda hiperproteica + Líquidos a voluntad.
2. Cefuroxina 500mg Vía oral cada 12 horas.
3. Ketoprofeno 100mg cada 8 horas.
4. Sulfato ferroso 300mg Vía oral cada 24 horas.
5. Tramadol 100mg condicional a dolor intenso.

6. Monitorización de funciones vitales + Observación de sangrado vaginal + observación de signos de alarma.

Fecha 15/04/2017 visita médica. Hora 7:25am

Paciente post operada de cuarto sin molestia alguna presento el día de ayer temperatura 38.3°C. por la tarde

Al examen: Lúcida, en aparente regular estado general. Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2". Mamas con aumento de volumen, con secreción de leche sin mal olor. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular atraviesa correctamente dos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos con adecuada intensidad, ausencia de soplos. Abdomen: Blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, Blumberg negativo, Ruidos hidroaereos positivos, no masas. Útero contraído a 1 cm debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis. Tacto vaginal diferido, loquios escasos hemáticos no mal olor. Paciente estable.

Diagnóstico:

1. Post operada de 4er° día por pielonefritis aguda.
2. Infección del tracto urinario en tratamiento.
3. Anemia Moderada.

Indicaciones:

1. Deambulacion.
2. Control de temperatura cada 6 horas hoja aparte.
3. Hemograma y Examen de orina.
4. Interconsulta a Infectología.

Tratamiento:

1. Dieta completa hiperproteica + Líquidos según voluntad.
2. Cefuroxina 500mg Vía oral cada 12 hrs.
3. Ketoprofeno 100mg cada 8 hrs.
4. Sulfato ferroso 300mg oral cada 24 hrs.
5. Metamizol 1g intramuscular según alza térmica mayor a 38.5°C.

6. Tramadol 100mg condicional a dolor intenso.
7. Gentamicina 80mg endovenoso cada 8 horas.
8. Monitoreo de funciones vitales + Monitorización de sangrado vaginal + observancia de signos de alarma.

Resultado de exámenes auxiliares (Anexo 9) 15/04/2017

Hemograma completo

Leucocitos: 8450 x mm³

Hematología:

Hemoglobina: 9.9 g%

Hematocrito: 29%

Recuento de Plaquetas: 354 000 xmm³

Hemoglobina Corpuscular Media: 28 pg

Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media: 34 gr/dl

Volumen Corpuscular Medio: 83 fl

Formula diferenciada:

Mielocitos: 0%

Metamielocitos: 0%

Abastondados: 1%

Segmentados: 63%

Eosinofilos: 3%

Basofilos: 0%

Monocitos: 12%

Linfocitos: 21%

Observaciones: ninguna.

Examen completo de orina:

UROANALISIS:

Examen Macroscópico:

Color : Amarillo

Aspecto : Turbio

Densidad Aprox. : 1.025

PH : Acido

Examen Bioquímico:

Proteínas	: trazas
Glucosa	: Negativo
Cetona	: Negativo
Urobilinogeno	: Negativo
Bilirrubinas	: Negativo
Nitritos	: Negativo
Sangre	: trazas
Ácido Ascórbico	: Negativo

SEDIMENTO:

Células Epiteliales	: Escasas
Leucocitos	: 20 - 22 x campo
Leucocitos Aglutinados	: + x campo
Piocitos	: no se observa
Hematíes	: 4 -5 x campo
Cilindros	: Hialinos (0 – 1) x campo
Cristales	: No se observan x campo
Gérmenes	: escasos
Filamentos Mucoides	: ++ x campo

Fecha 16/04/2017 visita médica. Hora 8:00am

Paciente mujer de 21 años en su quinto día de post operada de cuarto sin molestia alguna, no hay signos de sensación de alza térmica.

Al examen: Lúcida, en aparente regular estado general. Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2". Mamas con aumento de volumen, con secreción de leche sin mal olor. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular atraviesa correctamente dos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos con adecuada intensidad, ausencia de soplos. Abdomen: Blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, Blumberg negativo, Ruidos hidroaereos positivos, no masas. Útero contraído a 1 cm debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis. Tacto vaginal diferido, loquios escasos hemáticos sin mal olor. Paciente estable.

Diagnóstico:

1. Post operada de 5to día por pielonefritis aguda.
2. Infección del tracto urinario en tratamiento.
3. Anemia Moderada.

Indicaciones: Alta con indicaciones (suspendida), control de funciones vitales, observación de signos de alarma, control de temperatura cada 6 horas en hoja aparte

Tratamiento:

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad.
2. Ketoprofeno 100mg condicional a dolor.
3. Sulfato ferroso 300mg Vía oral cada 24 horas.
4. Metamizol 1g intramuscular condicional a alza térmica mayor a 38.5°C.
5. Gentamicina 160 mg cada 24 horas.
6. Toma de funciones vitales + Cuantificación de sangrado vaginal + Atención a signos de alarma.

Fecha 17/04/2017 visita médica. Hora 7:15am

Paciente mujer de 21 años en su sexto día de post operada, con leve dolor en herida operatoria, no hay signos de sensación de alza térmica, no tiene otras molestias.

Al examen: Lúcida, en aparente regular estado general. Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2". Mamas con aumento de volumen, con secreción de leche sin mal olor. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular atraviesa correctamente dos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos con adecuada intensidad, ausencia de soplos. Abdomen: Blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda, Blumberg negativo, Ruidos hidroaereos positivos, no masas. Útero contraído a 1 cm debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis. Tacto vaginal diferido, loquios escasos hemáticos no mal olor. Paciente estable.

Diagnóstico:

1. Post operada de 6 días por pielonefritis aguda.
2. Infección del tracto urinario en tratamiento.
3. Anemia Moderada.

Indicaciones:

1. Alta con indicaciones.
2. Control por consultorio en 7 días.

Tratamiento:

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad.
2. Ketoprofeno 100mg condicional a dolor.
3. Sulfato ferroso 300mg oral cada 24 hrs por 30 días.
4. Gentamicina 160 mg cada 24 hrs por 5 días.
5. Vigilancia de funciones vitales + Cuantificación de sangrado vaginal + atención a signos de alarma.

1. ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO PLACENTARIO (anexo 10)

Nombre del Examen: Piezas Quirúrgicas pequeñas

Muestra de Examen: Placenta

Examen Macroscópico: se recibe placenta de 15 cm de diámetro, cordón umbilical de 11 x 2 cm.

Examen Microscópico: placenta de tipo maduro con degeneración fibrino estromal.

Diagnóstico: Placenta de tipo maduro con degeneración Fibrino Estromal.

2. RESULTADO DE EXAMENES AUXILIARES POST INTERVENCION QUIRURGICA (Anexo 11)

Urocultivo mas antibiograma: Recuento de colonias > 100 000 UFC/mL: Klebsiella pneumoniae, sensible a tratamiento para amikacina, gentamicina, ciprofloxacino.

F) FILIACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Fecha de atención: 11 de abril 2017

Hora de atención: 00:40 am

Hallazgos: Neonato vivo. Sexo masculino. Apgar 7 al minuto y 9 al 5to minuto. Peso: 2994 g. Talla 47.5 cm útero y anexos normales, liquido libre en cavidad más o menos 20cc.

Edad Gestacional del recién nacido por Capurro 36 semanas.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Segundigesta de 36 semanas según fecha de última menstruación.
2. Neonato con probable infección

PLAN DE TRABAJO:

1. Hospitalización alojamiento conjunto.
2. Lactancia materna supervisada.
3. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.
4. Hemograma, Proteína C Reactiva, grupo sanguíneo (a las 12 horas de vida)
5. Evaluar niveles de glicemia en 6 horas (8am)
6. Vigilar temperatura

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Ninguna, queda recién nacido con vigilancia estricta al aguarde de los resultados de laboratorio para reevaluación médica.

REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Fecha: 11/04/17

Recién nacido es evaluado permanentemente de acuerdo al siguiente detalle:

11:15 glicemia 45mg/dl, recién nacido se duerme y no lacta bien, se le indica 20cm de leche materna y/o formula, control de glicemia en 2 horas

14: 00 glicemia de 64mg/dl, hipotónico, succión débil pasa a sala de cuidados intermedios

DIAGNOSTICO AL INGRESO A CUIDADOS INTERMEDIOS:

1. Pielonefritis materna
2. sospecha de sepsis

REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Fecha: 11/04/17

15:00 hrs bebe en incubadora, se repite el vómito, posterior ese evento lacta, funciones vitales estables T 36.8°C, saturación 99%, frecuencia cardiaca 120 por minuto. Reportan antecedentes maternos y concluyen que hay factores maternos para sepsis.

20:00 recién nacido letárgico y nivel de glicemia 45mg/dl, vomito lento.

Resultado de exámenes auxiliares (Anexo 13) 11/04/2017 – 21:05

Hemograma completo

Leucocitos: 16400 x mm³

Hematología:

Hematíes: 4730000 x mm³

Hemoglobina: 16,2 g%

Hematocrito: 43%

Recuento de Plaquetas: 291000 xmm³

Hemoglobina Corpuscular Media: 34 pg

Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media: 38 gr/dl

Volumen Corpuscular Medio: 91 fl

Formula diferenciada:

Mielocitos: 0%

Metamielocitos: 0%

Abastionados: 2%

Segmentados: 593%

Eosinofilos: 1%

Basofilos: 0%

Monocitos: 16%

Linfocitos: 22%

Observaciones: Anisocitosis 1+.

No procesan PROTEINA REACTIVA

Fecha: 12/04/17

Recién nacido es evaluado por personal de guardia

8:00 am recién nacido de segundo día, continua en incubadora, con poca respuesta a lactar espontáneamente, control de glicemia 83mg/dl, dextrosa al 10%. Se da inicio a Antibioticoterapia con Amikacina y ampicilina vía endovenosa.

Fecha: 13/04/17

8:00 am recién nacido de segundo día, con lactancia materna, hipotónico, continua en incubadora, aun con poco reflejo de succión control de glicemia 76mg/dl, frecuencia cardiaca 138 por minuto, frecuencia respiratoria 52 por minuto y temperatura 36,9°C, continuar con lactancia materna a demanda y tratamiento de antibióticos.

Diagnóstico de evolución:

1. Hipotermia.
2. Succión débil.
3. Riesgo de sepsis neonatal.

Fecha: 14/04/17

8:00 am recién nacido de tercer día, con lactancia materna, con evolución favorable, mejora la succión, control de glicemia 97mg/dl, frecuencia cardiaca 136 por minuto, frecuencia respiratoria 44 por minuto y temperatura 36,9°C, continuar con lactancia materna a demanda y tratamiento de antibióticos.

Fecha: 15/04/17

8:00 am recién nacido de cuarto día, con lactancia materna, con evolución favorable, mejora reflejos de succión y deglución, control de glicemia 72mg/dl, frecuencia cardiaca 148 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto y temperatura 36,6°C, continuar con lactancia materna a demanda y tratamiento de antibióticos.

Diagnóstico de evolución:

1. Hipotermia remitida.
2. Neonato con probable infección.

Fecha: 16/04/17

8:00 am recién nacido de quinto día por cuadro de succión débil y vómitos, madre con Pielonefritis, según reporte de enfermería neonato ya se encuentra en cuna, llanto vigoroso, leve ictericia, presenta vía periférica permeable, continúa con tratamiento de antibióticos (último día), Amikacina y Ampicilina, recibe lactancia materna buena tolerancia. Frecuencia cardíaca 131 por minuto, frecuencia respiratoria 50 por minuto y temperatura 36, 8°C, continuar con lactancia materna a demanda y tratamiento de antibióticos.

Diagnóstico de evolución:

1. Hipotermia remitida.
2. Neonato con probable infección, sepsis probable.

Fecha: 17/04/17

8:30 am recién nacido al sexto día por cuadro de succión débil y vómitos, madre con Pielonefritis, según reporte de enfermería neonato ya se encuentra en cuna, llanto vigoroso, reactivo a estímulos, ventila espontáneamente, presenta vía periférica permeable en pie derecho, continua con tratamiento de antibióticos (último día), Amikacina y Ampicilina, recibe lactancia materna buena tolerancia. Frecuencia cardíaca 136 por minuto, frecuencia respiratoria 50 por minuto y temperatura 36, 7°C, saturación de oxígeno 97%, peso 2885gr con lactancia materna a demanda y tratamiento de antibióticos.

Diagnóstico de evolución:

1. Recién nacido de 36 semanas.
2. Sepsis probable.
3. Alta médica, cita en 2 días.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN DEL CASO CLINICO

La Pielonefritis Aguda representa una de las complicaciones obstétricas de mayor frecuencia en el embarazo se produce en el 1 al 2.5% de las gestantes. Puede ocasionar trabajo de parto prematuro, complicaciones más severas en el recién nacido como sepsis neonatal y en la madre un estado crítico como el shock séptico⁷.

El embarazo propio representa una condición en donde las infecciones del tracto urinario tienen mayor propensión para desarrollarse, asimismo se resalta que la concurrencia de la bacteriuria asintomática que posiblemente acarree una pielonefritis. Adicional a los factores particulares de la gravidez, coexisten varios factores de riesgo para una Pielonefritis. Dichos factores son clasificados en biológicos, urológicos, socioeconómicos y del comportamiento; factores que estuvieron presentes en nuestra gestante atendida y que es central conocer.

En primer lugar juzgamos que tiene mayor importancia conocer los factores de riesgo que tuvo la gestante, un control prenatal deficiente, falta de información y conocimiento de la gestante sobre malos resultados que ocasionaría la infección urinaria con tratamiento incompleto, la presencia de anemia y un estado nutricional deficiente también aportaron a complicar más el cuadro clínico; nos llama la atención la falta de seguimiento a la gestante a través del control prenatal por parte de los profesionales de la salud, no ceñirse conscientemente a los protocolos de atención clínica para tratar las infecciones urinarias y sobre todo confirmar el diagnóstico con el urocultivo, lo cual hubiera sido cardinal para evitar esta complicación en un cuadro más severo⁸

Esta patología nos hace cuestionar varios factores deficientes en el manejo. El control prenatal realizado en nuestra gestante y manejo de las infección urinarias no fue el más adecuado, donde al parecer no existió, la información

ni una consejería integral sobre el plan de parto en la gestante, ausencia de involucramiento de la pareja, familia y comunidad; así mismo desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, ausencia de seguimiento ante la inasistencia al control prenatal, inadecuado manejo de los protocolos y guías de atención obstétrica, falta o deficiente medios de diagnóstico que no brindan a prontitud resultados que confirman la patología, referencia tardía de la gestante del primer nivel de atención hacia un centro de mayor capacidad resolutive que pueda tratar de forma más rápida y oportuna esta complicación, además de no existir un eficiente proceso de referencia y contra referencia, que consienta cumplir seguimiento oportuno y adecuado. Sumado a ello la carencia en la calidad técnica y de competencias para tener una capacidad de respuesta tanto en el primer y segundo nivel de atención.

En tal sentido la exposición del presente caso clínico ocurrido en una mujer de edad joven de 21 años, con antecedente con un embarazo previo que curso con infección urinaria y malaria; en el actual embarazo presento infección urinaria a repetición sin control ni tratamiento oportuno en el centro materno de origen, con referencia tardía al hospital presentando sintomatología como fiebre, dolor lumbar y posterior a su internamiento riesgo de la pérdida de bienestar fetal, el cual fue sometida a cesárea de emergencia, el hallazgo post operatorio suscitó a un Recién Nacido con diagnóstico de sospecha de sepsis neonatal.

Por todo lo mencionado, se presenta el caso clínico debido al impacto que puede causar la pielonefritis en la gestante y el feto, esto nos permitirá en el futuro se pueda determinar mejor todos los factores de riesgo existentes en una gestante, ante la intuición de una infección del tracto urinario debe hacerse hincapié en elevar la calidad del control prenatal, estudio clínico minucioso con sustento de los exámenes de laboratorio que permitirá detectar a tiempo una bacteriuria asintomática y de modo tal que estipule el tratamiento adecuado contemplando los posibles resultados adversos así como para la madre y el feto. Todas estas medidas aportarán al decremento de morbilidad y mortalidad materna y fetal en el país.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1. Antecedentes Nacionales

Carbajal W, Vera S (2016) En su investigación nombrada “Pielonefritis aguda durante la gestación como factor de riesgo asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque” planteó como objetivo determinar si la pielonefritis aguda en el periodo de gestación representa factor de riesgo para las complicaciones perinatales en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. La metodología fue analítico, retrospectivo, de cohortes, ejecutada a través del periodo 2011 al 2014. Su muestra se conformó de 246 gestantes considerando los criterios de inclusión y exclusión escogidos y categorizados en dos grupos: con pielonefritis y sin pielonefritis en la gestación. Entre los resultados se obtuvo que el análisis estadístico de las variables cuestionadas fue significativo con factores de riesgo como: bajo peso al nacer, prematuridad y Apgar bajo. Concluyeron que la pielonefritis aguda en gestación constituye un factor de riesgo con asociación a resultados perinatales tal cuales: bajo peso al nacer, prematuridad y Apgar bajo⁹.

Acosta A, Eugenia O (2016) Ejecutaron el estudio “Características de las madres con infección de las vías urinarias durante la gestación atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Infantas enero-junio 2015” planteó como objetivo determinar las cualidades de las gestantes que manifestaron infección de vías urinarias en el periodo gestacional, que se atendieron por el servicio de obstetricia del Centro de Salud Infantas en el periodo Enero a Junio del 2015. Estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo. Su población fue conformada por 120 embarazadas, conformando la muestra en 72 de ellas acataron dichos criterios de selección. Entre los resultados, las características presentadas por las madres: la edad se halló entre 20 a 24 años con el 31.9%, en convivencia, 63.9%; con secundaria 73.6%; y trabajadoras de casa 76.4%. Las gineco obstétricas, terminaron la

gestación vía vaginal 83.3%; las primigravidas 51.8%; el periodo para la Infección del tracto Urinario (ITU) sucedió a las 13 semanas en un 51.4%; con control pre natal un 73.6%; y, mayor de 5 visitas 62.5%. Infección de vías urinarias fueron identificadas como bacteriuria asintomática 86.1%; les pidieron urocultivo a un 94.4%; y como agente causal más repetido fue la *Escherichia coli* un 95.6%. La sintomatología que más predominó fue la disuria en un 9.7% y el dolor en la zona pélvica un 9.7%; empero, la complicación con mayor frecuencia fue la amenaza de parto pre término en un 2.8%. Concluyen que existen características predominantes en las embarazadas con infección por bacteriuria asintomática y el agente *Escherichia coli* que pudieran alterar el periodo de la gravidez ¹⁰.

Rojas T (2016) ejecutaron el estudio “Pielonefritis gestacional, Preeclampsia y ruptura prematura de membranas como factores de riesgo para parto pre término en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Sustentó como objetivo demostrar que la pielonefritis en gestación, la preeclampsia además la ruptura prematura de membranas establecen factores predisponentes de riesgo de un parto prematuro. Ejecutó un estudio del tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La muestra estuvo constituida de 90 gestantes la cual se distribuyó en dos grupos: con parto prematuro en los casos y sin parto prematuro en los controles. Dentro de los resultados se estableció que: la edad promedio de gestantes según dichos casos y controles resultó de un 23.56 ± 6.28 y 26.87 ± 6.89 años según cada grupo. Las gestaciones promedio resultaron 2.11 ± 1.28 y 2.31 ± 1.26 . Edad promedio al nacer fue 32.62 ± 2.82 y 38.53 ± 1.25 respectivamente. La frecuencia de preeclampsia además de ruptura prematura de membranas se incrementó para los controles (42.2% vs. 31.1%) y (46.7% vs. 42.2%) respectivamente, no existió asociación significativa. Concluyó que la pielonefritis establece un factor de riesgo para parto prematuro. La preeclampsia y la ruptura prematura de membranas no verificaron asociación con significancia estadística.

Gonzales, M (2016) Ejecutó su investigación “Factores Biológicos y Sociales asociados a la Pielonefritis durante el transcurso del embarazo, Centro de Salud Viru, La Libertad 2010 – 2014”. Planteó como objetivo determinar los factores biológicos y sociales con asociación a la pielonefritis en el transcurso del embarazo. Ejecutó un estudio tipo casos y controles. Su universo estuvo conformado por 1371 gestantes quienes asistieron a la atención prenatal, la muestra estuvo conformada de 88 gestantes con pielonefritis y misma cantidad sin pielonefritis. Dentro de los resultados observó que el factor biológico edad tiene asociación con la pielonefritis en la gravidez, visto que 50% de las gestantes con pielonefritis cursaban 30 o más años tal como u 6.8% de estas la patología, la paridad tuvo significancia estadística a la pielonefritis en la gravidez, se identificó un 10.2% de las gestantes con pielonefritis fueron gran multíparas en contraparte con ninguna gestante sin esta. El factor biológico estado nutricional pre gestacional se asoció a la pielonefritis en la gravidez, determinó que un 13.6% y 5.7% de las gestantes con y sin la patología tuvieron obesidad previo al embarazo, observándose diferencias importantemente significativas. Concluye que los factores biológicos y sociales asociados a la pielonefritis a través de la gravidez son: edad, paridad, estado nutricional pre gestacional, grado educativo y ocupación³

Céspedes O, Rocha R (2014) Ejecutó su investigación “Frecuencia, agente etiológico y consecuencias de la infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de emergencia obstétrica del hospital regional de Ayacucho, Setiembre – Noviembre del 2014”. Sostuvo como objetivo determinar la frecuencia, agente etiológico y consecuencias de las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de Emergencia Obstétrica. El estudio realizado de tipo cualitativo, descriptivo con corte transversal, en una población con 261 gestantes con urianálisis patológico que acudieron al servicio de emergencia obstétrica. La muestra se conformó por 88 gestantes con urocultivo positivo. Entre los hallazgos se observó que el 19,3% fue diagnosticada con infección del tracto urinario por urianálisis, el 80,7% fueron gestantes atendidas por otras afecciones, del total de gestantes con urianálisis positivo el 52,1% tuvo indicación médica para urocultivo y el

47,9% no lo tuvo. Se observa que el agente etiológico causante de ITU en gestantes fue 67,0% E. Coli, 22,7% Klebsiella y en menor porcentaje 8,2% y 2,3% Proteus y Enterococcus respectivamente. Concluyeron que la Escherichia Coli es el agente causal con mayor frecuencia identificado en infecciones del tracto urinario en las gestantes en un 67,0%. Los agentes causales E. Coli, Klebsiella y Proteus exteriorizaron mayor sensibilidad a ceftriaxona 77,9%. Los agentes causales E. Coli, Klebsiella, y Proteus exteriorizaron mayor resistencia a la ampicilina 49,1%. Entre las complicaciones que ocurrieron con mayor frecuencia se describe la amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas en un 27,3%⁶.

3.2. Antecedentes internacionales

López J et al (2014) Ejecutó su estudio “Factores de riesgo asociados al desarrollo de pielonefritis aguda entre las gestantes afiliadas a una Empresa Administradora de Planes de Beneficio en cuatro ciudades de Colombia. Estudio de casos y controles”. Sostuvo como objetivo identificar los factores de riesgo relacionados a pielonefritis aguda durante el periodo gestacional en las gestantes de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín. El estudio ejecutado fue tipo casos y controles, usando dos controles por caso. Se analizaron las variables gravidez, sociodemográficas y las que presentaron morbilidades. Se analizó la asociación mediante análisis bivariado y multivariado. Dentro de los resultados se estableció una frecuencia de 18 casos de pielonefritis de 10.000 grávidas. El diagnóstico se instauró a partir de la semana 5 y 38 de gestación, el mayor porcentaje fue durante el segundo trimestre (40,2 %) y tercer trimestre (48,0 %). No existieron casos con antecedente de pielonefritis. Determinó asociación entre pielonefritis aguda y primigravidez, adolescente e infección del tracto urinario anterior al embarazo. Concluyeron que ser primigravida, adolescente y con historial de infección baja del tracto urinario antes del embarazo representan factores de riesgo para manifestar pielonefritis aguda gestacional¹².

Gonzales J (2014) Ejecutaron la investigación “frecuencia de la infección de vías urinarias en pacientes en el tercer trimestre del embarazo del centro

especializado de atención primaria de la salud Santa María Rayón, México de agosto 2013 a febrero 2014”. Sustentó como objetivo identificar la mayor frecuencia de infección de las vías urinarias en los pacientes en mención. Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Realizó la revisión de 73 historias médicas de las gestantes que cursaban por el tercer trimestre de gravidez. Dentro de los resultados se avizó que la *Escherichia coli* representa el agente causal con mayor frecuencia. En un 90% de los casos la infección urinaria se identificó mediante urianálisis, 16.43% de bacteriuria asintomática y 9.58% exteriorizaron cistitis aguda. Se evidenció mayor incidencia en el grupo etario de 20-29 años, la principal sintomatología encontrada fue la disuria, según al laboratorio los hallazgos con mayor frecuencia fueron; la bacteriuria y leucocituria, el principal antibiótico indicado resultó la amoxicilina y dentro de las complicaciones perinatales, la más frecuente fue el bajo peso al nacer. Concluyen que la sospecha de infección en vía urinaria se debe considerar la leucocituria y bacteriuria en el examen general de orina. El antibiótico recomendado para tratar las infecciones urinarias fue la amoxicilina¹³.

España J (2014) Ejecutó el estudio “Infecciones del tracto urinario y consecuencias en mujeres embarazadas atendidas en el hospital universitario de Guayaquil en el año 2014”. Sustentó como objetivo determinar por observación indirecta de la incidencia de las Infecciones del tracto urinario y consecuencias en mujeres embarazadas. Ejecutó estudio de tipo retrospectivo, descriptivo no experimental y observacional. Relató una incidencia de 82.9 de cada 1000 embarazadas, el grupo de edad más afectado se halló entre las jóvenes de entre 20 – 26 años en 35%. Las infecciones del tracto urinario se exteriorizaron mayoritariamente durante II trimestre de gravidez en un 60%. Entre los factores de riesgo significativos el primordial resultó bajo nivel instructivo que sostenían las madres (68%). Las principales manifestaciones clínicas se observaron fiebre, Disuria y Polaquiuria. Las complicaciones en orden de frecuencia fueron rotura prematura de membranas (12%) y amenaza de entrega prematura (9%). Se concluyó que la infección del tracto urinario en la gestación constituye un problema común, incrementa el riesgo de morbilidades así como la madre como para el feto.

Las gestantes con infecciones urinarias poseen incrementada posibilidad de manifestar resultados adversos, incluidas el parto pre término, bajo peso al nacer, amenaza de aborto, rotura prematura de membranas, y otras¹⁴.

Sesme S (2013) Ejecutó su investigación “Pielonefritis incidencia en la segunda mitad del embarazo Hospital De Portoviejo de septiembre 2012 a febrero del 2013, Guayaquil – Ecuador”. Sustentó como objetivo determinar la incidencia y manejo de la pielonefritis en la segunda mitad del embarazo. Se ejecutó un estudio de tipo no Experimental, transversal, prospectivo, descriptivo. Entre los principales resultados se obtuvo que el tipo de pielonefritis se avizó en la segunda mitad de la gravidez en mayor porcentaje estuvo la aguda en 62%, continuado de la pielonefritis crónica con un 38%. Concluyen que la pielonefritis es una infección del tracto urinario comprende una variedad de cuadros clínicos, cuyo denominador típico es la reproducción de microorganismos mayormente bacterias en el aparato urinario, al que envuelven completa o parcialmente. Pueden acarrear el decremento de la función renal y constituir la puerta de entrada de bacteriemias y sepsis con incrementada morbimortalidad. Contando más del 95% de ocurrencias, no hay un único organismo causal con responsabilidad de pielonefritis¹⁵.

Paucarima M (2013) Ejecutó la investigación “Incidencia de las Infecciones de Vías Urinarias en Embarazadas de 18 a 30 años. Propuesta de protocolo de atención. Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel del 6 de septiembre del 2012 a Febrero del 2013”. Sostuvo como objetivo establecer los agentes causales, formas de presentación clínica, sintomatología, diagnóstico y tratamiento específico de esta patología para así impedir las complicaciones posibles. Se ejecutó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. Su muestra se halló conformada por 100 grávidas entre 18 y 30 años. Dentro de los resultados se evidenció que la infección de vías urinarias representa la principal causa de amenaza de parto prematuro, ya que se experimentó en un 64%. Describe que el 75% se encuentra en unión libre, la ocupación en un 94% fue ama de casa. En este grupo de usuarios mayoritariamente procede de zonas urbano marginal (81%) y un bajo porcentaje de zonas rurales (4%), El

diagnóstico de infección de vías urinarias prevaleció durante el tercer trimestre de gestación cerca de 70%, la bacteriuria asintomática se presentó con mayor frecuencia (59%). Se concluye que las gestantes están expuestas en mayor riesgo a padecer infecciones del tracto urinario, a causa de los cambios adaptativos de la gestación. La significancia de detectar oportunamente todo tipo de infección durante la gestación estriba en la prevención de una serie de resultados adversos del embarazo los cuales son desde el aborto, muerte fetal, prematuridad, RCIU, malformaciones congénitas, infecciones congénitas en neonato, sepsis neonatal, secuelas post natales de la infección e infección puerperal y sepsis materna¹⁶.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

El presente caso es de una paciente que cursó con infección urinaria a repetición, con sedimento urinario patológico recibe tratamiento ambulatorio por especialista, empero, cursa con sintomatología asociada a infección urinaria post tratamiento, llevando a pielonefritis aguda. Las infecciones del tracto urinario tienen una incidencia que se estima en 5-10% de todos los embarazos, aunque según la Sociedad Española de Ginecoobstetricia¹⁷ mayormente representan bacteriurias asintomáticas (2-11%), en oportunidades son procesos con síntomas clínicos como cistitis (1,5%) o pielonefritis (1-2%); a pesar de que en estados desarrollados la incidencia se reporta en alrededor de 0.5% según Wing et al¹⁸. El Hospital Universitario de Barcelona¹⁹ afirma que el 25% de las bacteriurias asintomáticas no tratadas desarrollara una pielonefritis aguda vs el 3% de las tratadas. Inclusive un 30% de las bacteriurias asintomáticas tratadas exhiben una recaída pese a correcto tratamiento antibiótico.

Es una gestante con 21 años de edad perteneciente al grupo etario de adultas jóvenes, con estado civil conviviente, estas son características asociadas con frecuencia al desarrollo de esta complicación, situación similar descrita en un estudio de España ¹⁴ quien describe que el grupo más afectado por las infecciones urinarias durante la gestación son las adultas jóvenes; al igual que la situación conyugal coincide con el estudio de Paucarima ¹⁶ donde el 75% de gestantes con pielonefritis se hallan en unión libre.

Una característica esencial de resaltar es el periodo en que se vislumbra el cuadro clínico de la infección urinaria, fue en el segundo trimestre de gestación, no siendo muy frecuente para la mayoría de casos, así como lo describe la investigación de España J ¹⁴ donde encuentra mayor porcentaje en el tercer trimestre en un 70% de las ocurrencias.

En nuestro caso la gestante tuvo como antecedente malaria en el anterior embarazo, según la anamnesis descrita se menciona a un recién nacido con

complicaciones post parto asociadas a asfixia perinatal, con un peso de 2700 gr, además de haber sido internada por 7 días por presentar malaria, estos antecedentes deberían haberse tomados en cuenta en el actual embarazo, considerando que es una paciente que proviene de una zona endémica y donde hay mayor probabilidad de cursar con cuadros infecciosos, no se tomó en cuenta para el actual manejo obstétrico, estas características similares lo describe investigaciones como la de Fried ²⁰ estos cambios están asociados con efectos deficientes, incluido el bajo peso al nacer y la anemia materna. Por otro lado, se desconoce si las vías inflamatorias durante la malaria se asocian con la pérdida del embarazo y el parto prematuro, estas respuestas inflamatorias sistémicas a la malaria durante el embarazo predicen un mayor riesgo de pérdida de embarazo y de parto prematuro, según Noble ²¹ en general, un historial positivo de cualquiera de las infecciones de transmisión no sexual (en conjunto) incluidas la tuberculosis, malaria, infecciones de pecho e infección por Herpes; se asoció con un acrecentamiento de 3.2 veces el riesgo de parto prematuro. Evidenciándose similar situación en el presente caso, hecho que tendría mayor relevancia para considerarlo como factor de riesgo del embarazo actual.

En nuestro caso la gestante cursó previamente con una infección del tracto urinario notándose durante el control prenatal que el cuadro se repetía pese al tratamiento por el especialista, según lo puntualizado en la historia clínica la gestante indica presentar signos y síntomas asociados a infección urinaria a repetición, tales como dolor lumbar, al examen clínico puño percusión lumbar positivo, punto renoureterales positivos, instaurando todo lo referido en factores de riesgo para desencadenar Pielonefritis Aguda y como fin acarrear un parto prematuro y el riesgo de pérdida de bienestar fetal. Similar situación fue hallada por Carbajal et al ⁹ y Rojas ¹¹ quienes concluyen en sus estudios que la pielonefritis aguda gestacional constituye un factor de riesgo para el parto pre término, lo cual además se confirma por la edad gestacional obtenida en nuestro caso, el puntaje de Capurro fue de 36 semanas según examen físico realizado al neonato.

Nuestra paciente fue Segundigesta, adulta joven, con nivel secundario completo, ocupación cocinera. Las dos primeras cualidades de la gestante no son similares a lo que expresa como factores de riesgo la investigación de López, et al¹² quienes afirma que ser primigravida, adolescente acrecienta el riesgo de pielonefritis aguda; pero es central resaltar en este estudio el antecedente de infección del tracto urinario bajo en el año previo al embarazo si suponen un factor de riesgo que acrecientan la posibilidad de manifestar pielonefritis durante la gestación, evidenciándose similar situación en nuestro caso, porque nuestra gestante si presento historial de infección urinaria previo al embarazo en curso.

Por otro lado, Según Gonzales ³ las infecciones de vías urinarias se ven influenciadas por el nivel de escolaridad, ya que se relaciona con el entendimiento de un tema en específico, bajo esta perspectiva las poblaciones con bajo nivel instructivo son las más vulnerables a la incidencia de patologías debido al desconocimiento sobre las causas y prevenir estas. Del mismo modo se determina asociación entre los trabajos que demandan esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos etc., y las infecciones urinarias; sustentando que es más importante el tipo de trabajo que el hecho de trabajar, muchas horas de trabajo diarias y la fatiga física; característica similar de nuestra gestante ya que su ocupación era de cocinera, donde requería un esfuerzo físico y bipedestación de forma prolongada además de mucho tiempo trabajando.

Otro factor de riesgo es el historial de anemia durante el gravidez, el cual se manifestó a través de los controles prenatales, asociados a esto es iniciar la gestación con IMC de 18,4 denominado como delgadez. Similar situación describe Dotters Katz, et al ²² encontrándose asociación de la anemia con el desarrollo de pielonefritis durante la gravidez.

Distinguir todos estos factores de riesgo de todas las gestantes tiene especial consideración para clasificar a aquellas que poseen más posibilidad de desarrollar una infección del tracto urinario y que posteriormente puede implicar resultados como en este caso la pielonefritis.

En nuestro caso la gestante solo tuvo 4 controles prenatales, iniciándose el primer control prenatal en Nauta – Iquitos a las 11 semanas de edad gestacional, en este control no se le requirió ningún examen de laboratorio, el resto de controles prenatales lo realiza en centro materno infantil Público - Lima a las 18 semanas de gestación, solicitándole de forma tardía los exámenes de laboratorio de rutina para una gestante; los controles prenatales no fueron periódicos ni frecuentes según está designado por norma, notándose una inasistencia a las atenciones prenatales, además de la ausencia de seguimiento a través de las visitas domiciliarias, situación que ya ponía en riesgo a la gestante por los antecedentes ya mencionados; se detecta un cuadro de infección urinaria por el sedimento patológico, se inicia tratamiento ambulatorio por el especialista con cefalexina 500 mg VO c/8 horas por 7 días, sin la solicitud de un examen esencial como lo es el urocultivo, este tratamiento careció de seguimiento a través de los controles prenatales ni requerimiento de un examen posterior al tratamiento para evaluar el estado de mejoría de la paciente. Agudizándose el cuadro con una pielonefritis aguda.

La norma nacional de salud sexual y reproductiva considera a una gestante como controlada a quienes acuden como mínimo a 6 controles prenatales, así mismo Céspedes et al ⁶ hallaron que el 19,3% de las gestantes tuvieron un diagnóstico de ITU mediante el examen de orina, y de estas solo el 52,1% tuvo indicación para realizarse urocultivo, por el contrario un 47,9% no contó con tal indicación. De esto se resalta la falta de minuciosidad en la revisión de exámenes de laboratorio y la confirmación del cumplimiento de tratamiento para erradicar la infección urinaria.

La gestante se acerca emergencia del C.S Público el día 4 de Febrero del 2017 donde es evaluada por el especialista, quien al examen clínico reporta Puño percusión (+) y punto renoureteral (+) por lo cual se le determina infección urinaria y le brinda tratamiento, llama la atención la evaluación de los puntos renoureterales, notándose que existe un manejo rutinario en estos casos al no considerar que es una gestación avanzada.

Posteriormente el día 10 de abril del 2017 acude nuevamente a emergencia, en su relato manifiesta presentar dolor lumbar tipo quemazón, presencia de contracciones uterinas esporádicas, sensación de alza térmica 38.5 °C por lo cual ya se diagnostica Pielonefritis aguda. Complicación que se evidencia como resultado de la ausencia de seguimiento a gestante para que cumpla de forma correcta los controles prenatales, la falta de un examen como el urocultivo que confirme la patología evidenciándose un tratamiento inadecuado, incompleto e ineficaz.

Según Estrada, et al ²³ el diagnóstico de la pielonefritis es centralmente clínico, la determinación del agente causal se realiza mediante cultivo de orina, cuya desventaja es el tiempo de procesamiento de resultado, de esta manera se debe usar antibiótico una vez hecho el diagnóstico clínico y esperar el antibiograma. Acorde a la guía nacional de salud sexual y reproductiva ²⁴ ante la presencia de sintomatología urinarias como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical se debe coleccionar muestra de orina para urocultivo, antibiograma y recuento de colonias, se menciona también que, si hay fiebre, puño percusión lumbar positiva y molestias urinarias se debe tomar en cuenta el diagnóstico de Pielonefritis, analizar la capacidad resolutoria y de acuerdo a esto tratar o referir. Desafortunadamente el avance de la infección urinaria produjo la pielonefritis y llevó a referir a la gestante a un hospital con mayor nivel resolutorio, medida que fue tomada adecuadamente.

No se consideró la solicitud del Urocultivo ni antibiograma antes y después al tratamiento para verificar la erradicación de la infección en el centro de salud Público, estos exámenes se realizaron posteriormente en el hospital y el agente causal no resultó sensible para cefalexina, por ello se confirma que la elección del antibiótico tampoco fue el adecuado, complicando más el cuadro conllevando a una amenaza de parto pre término y riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Se puede mencionar que recién el segundo control prenatal se solicita la primera batería de exámenes de laboratorio de la gestante, notándose ya un retraso en el diagnóstico y delimitación de factores de riesgo, mencionando la

infección urinaria y la anemia. El resultado del examen de orina fue la presencia de leucocituria de 15 a 18 x C. lo cual nos dirige a la presencia de una infección del tracto urinario; complicado el cuadro se realiza en el hospital público el estudio de urocultivo hallándose Klebsiella como agente causal de la pielonefritis. En el antibiograma, Klebsiella resultó sensible a Amikacina, Gentamicina y ciprofloxacino, Según Estrada, et al ²³ la presencia de leucocitos de más de 8, tiene una sensibilidad de alrededor de 70% y una especificidad de cerca del 80% para infección del tracto urinario; Céspedes et al ⁶ y Gonzáles. ¹³afirman que el principal agente causal es Escherichia Coli, seguido de Klebsiella, entre otros. Lo hallado en el antibiograma resultó contrario a Céspedes et al ⁶ quienes hallaron que Klebsiella presenta mayor sensibilidad a Ceftriaxona. Es vital hacer hincapié que acorde a la norma técnica de salud para la atención integral de salud materna ²⁴ la solicitud de urocultivo debe realizarse en la primera atención prenatal lo cual no se realizó en nuestro caso además debe ser periódico en pacientes con antecedentes de infección del tracto urinario o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivos en el examen de orina, norma que tampoco se cumplió al inicio de presentado el cuadro; cabe mencionar que el hospital público si solicitó exámenes de laboratorio de control de forma continua.

Analizando estos elementos nos damos cuenta al realizar un diagnóstico clínico se debe iniciar ya el tratamiento según esta establecido por norma, solicitando urocultivo y antibiograma. Con respecto al estudio de Céspedes ⁶ y reportó mayor sensibilidad a ceftriaxona, en nuestro antibiograma no se estudió este antibiótico hecho que podría haber marcado diferencia en la conducción y el resultado del tratamiento.

Respecto a la referencia, en esta se consigna clave amarilla, que representa una respuesta inmediata ante la probabilidad de un daño identificado que puede conllevar a Shock Séptico de causa obstétrica, esta indicación se da cuando se diagnostica aborto infectado, pielonefritis, corioamnionitis y endometritis puerperal; en el caso de la gestante se contempla dicho diagnóstico pero solo se refiere con vía y antibiótico como la cefalexina, el cual no está indicado correctamente ya que se obvia la dosis, la vía y el tiempo de

administración, resultado de la prueba de ácido sulfosalicílico positivo en una cruz(+) pudiendo ser por daño renal debido a que no se encontró presión alta; según el Instituto Nacional Materno Perinatal ²⁵ menciona la administración de antipiréticos como metamizol 1gr ev en caso que la temperatura sea mayor de 38,5C; administrar antibióticos de amplio espectro, la colocación de oxígeno de 4-5 litros/min, contar con dos vías permeables, colocar sonda Foley con bolsa colectora, medir diuresis horaria y monitoreo fetal estricto. Discutimos el uso básico de esta clave en nuestro caso clínico ya que se debió cumplirse el protocolo de manejo según capacidad resolutoria que es diagnosticar, estabilizar y referir de forma adecuada y oportuna notándose deficiencias en el manejo y la referencia de la paciente.

En nuestro caso durante el primer día de tratamiento para pielonefritis aguda, se usó Amikacina 1g como antibiótico de elección (antibiótico que resultó altamente sensible), pero luego existió una rotación inusual de antibióticos, iniciando con Cefazolina, luego Cefuroxona vía oral, al presentar un cuadro febril al 3er día post operatorio se agrega Gentamicina, notándose mejoría y siendo dada de alta y control por consultorios externos. Esto lo contrastamos con la guía nacional de salud sexual y reproductiva ²⁴ quien indica que si la paciente es diagnosticada con Pielonefritis se debe iniciar el tratamiento vía endovenosa con: ampicilina 2 gramos endovenoso cada/ 6hrs o cefalotina 1 gramos endovenoso cada/24hrs o Amikacina 1gramo endovenoso c/24hrs, no obstante Céspedes et al ⁶ hallaron que E coli y Klebsiella tienen resistencia a ampicilina en un 49,1% contradiciendo la recomendación de la guía nacional, sin embargo esta recomendación si se cumplió solo en el primer día de tratamiento.

De esto notamos que existió una rotación inusual de antibióticos, aún más porque el germen resultó sensible a Amikacina, Gentamicina y ciprofloxacino.

La paciente ya siendo puérpera, fue dada de alta con diagnóstico de anemia severa para lo cual se le indica sulfato ferroso 300 mg(60 mg de hierro elemental) vía oral cada/24 hrs, indicación que no está regida por la Norma Técnica del manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños,

adolescentes, mujeres gestantes y puérperas ²⁶ donde se describe que este tratamiento debió ser 600mg (120mg de hierro elemental) más 800ug de ácido fólico, es decir dos tabletas diarias, el cual debe durar 6 meses, realizando el control de hemoglobina cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance valores de 11g/dl o más. Se debe tomar especial consideración al diagnóstico de anemia para su adecuado tratamiento y recuperación, para que de esta manera podamos tener una mujer en edad fértil sin anemia.

Manejo obstétrico fue retrasado ya que ante el diagnóstico de pielonefritis aguda se debió descartar sepsis, lo cual no ocurrió y el estado del feto se fue deteriorando a medida del transcurso de los minutos. Se realiza una prueba de bienestar fetal inicial denominado test no estresante el cual en un primer momento dio como resultado activo reactivo con presencia de contracciones uterinas, ante esto se indicó maduración pulmonar con Betametasona, para prevenir las complicaciones en el neonato de presentarse un parto pre término, aun teniendo 35 semanas de gestación, a pesar de que según el protocolo del Hospital Público ²⁷ solo se administra betametasona entre las 24 y 34 semanas de gestación, pero según Saccone , et al ²⁸ los recién nacidos de madres que recibieron corticoides prenatales de embarazos de ≥ 34 semanas tienen menor riesgo de síndrome de distress respiratorio tanto leve como moderado, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de distress respiratorio grave, uso de surfactante y requerimiento de ventilación mecánica y un tiempo menor de requerimiento de oxígeno, estadía más corta en cuidados intensivos además de mejores puntuaciones de Apgar; por todos los beneficios mencionados se sugiere actualizar los protocolos e implementar su administración en los embarazos de más de 34 semanas de gestación ante algún peligro del culminar la gestación antes del término. Esta prueba se repite luego de tres horas y se reporta un resultado no tranquilizador según este resultado el feto se encontraba en un estado sospechoso de pérdida de bienestar fetal, por lo cual se indicó la culminación de la gestación vía alta, esta interpretación de la prueba del test no estresante fue inadecuada ya que esta solo se interpreta como reactivo o no reactivo; caso contrario al test estresante en el cual la interpretación puede ser positivo, negativo,

insatisfactorio o sospechoso; hubo confusión entre los conceptos para la consideración de una de las pruebas de bienestar fetal, se comprueba que no es un test estresante ya que solo se contaron con dos contracciones en 20 minutos, razón por la cual no sería una amenaza de parto pre término, ni mucho menos un parto pre término; Todo esto denota que no existía claridad en el diagnóstico adecuado de la gestante y retrasos en la toma de decisiones.

Al evaluar el estado de bienestar fetal se utilizó el test de Fisher , como menciona Navarro ²⁹ existen diferentes interpretaciones de los resultados del test no estresante a nivel Internacional como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), NICHID (National Institute of Child Health and Human Development), DUBLIN (Sociedad Española de Gineco-Obstetricia), según Cabanis-Wagner, el ACOG (American College of Gynecology and 16 Obstetrics), como también valores de puntuación de FISHER. Todos ellos utilizan los mismos parámetros de evaluación del trazado del monitoreo fetal como son: línea de base, variabilidad, aceleraciones y desaceleraciones a excepción de movimiento fetal, que se incluyen en el Test de Fisher.

Este manejo fue adecuado ya que se rigió por la guía clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas del hospital público ²⁷ en el cual, en la sección de pérdida de bienestar fetal, lo define como un síndrome permanente o transitorio caracterizado por la disminución de oxígeno fetal (hipoxia), que acarrea el incremento del dióxido de carbono (hipercapnea) y acidosis. Esta patología representa el 3,6% en el Hospital público en mención y uno de sus criterios diagnósticos es bradicardia fetal, es decir línea de base menor de 110, punto que se evidencia en nuestro caso clínico.

Consideramos vitales las pruebas de bienestar fetal en el manejo de las gestantes para la toma de decisiones adecuadas y oportunas, ya que de no haberse tomado la prueba se pudieron ocasionar resultados más graves para el neonato, cabe resaltar que la pérdida de bienestar fetal estuvo relacionada con la infección materna, mas no con una amenaza de parto prematuro ya

que no cumplía con los criterios diagnósticos según el Hospital Público ²⁷ como al menos 4 contracciones en 20 minutos u 8 en 60 minutos, incorporación cervical mayor o igual a 80% y dilatación cervical mayor a 1 cm pero menor de 3 cm.

En el presente caso clínico la ocurrencia de la pielonefritis aguda gestacional tuvo como resultado la culminación de la gestación antes del término debido al riesgo de pérdida de bienestar fetal, dato que es comparable con Carbajal⁹ quien afirma que la pielonefritis aguda gestacional es factor de riesgo asociado a complicaciones perinatales como: bajo peso al nacer, prematuridad, sepsis neonatal y Apgar bajo al nacer.

La principal complicación que se evidenció en el presente caso, fue la culminación de la gestación antes del término, iniciando con una la irritabilidad uterina y la pérdida de bienestar fetal, esto llevo a iniciar maduración pulmonar casi inmediatamente ingresada la segundigesta a emergencia, confirmado el diagnóstico de la perdida de bienestar fetal a través de un test no estresante con bradicardia fetal que fue mal informado como sospechoso, se culminó la gestación por cesárea, posterior al nacimiento un recién nacido con sospecha de sepsis neonatal con internamiento para tratamiento respectivo, ambos con buena evolución tanto materna como perinatal, estos resultados de nuestro caso no son similares en algunos estudios que tienen más complicaciones severas como menciona Dotters ³⁰, Wing ¹⁸ quienes hacen referencia que la pielonefritis en el momento del ingreso se asocia con un mayor riesgo de transfusión, necesidad de ventilación mecánica, insuficiencia cardíaca aguda, neumonía, edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis, insuficiencia renal aguda, trabajo de parto prematuro y corioamnionitis.

Ante el diagnóstico de infección de trato urinario en primera instancia no se realizó visitas domiciliarias a la gestante en mención a pesar de que constituye una estrategia que dirige al Ministerio de Salud del Perú, por medio de la norma técnica de salud materna, así reforzando la vigilancia del cumplimiento de tratamiento, implementación de plan de parto, educación en signos de alarma que dirijan a una infección del tracto urinario (polaquiuria, disuria,

tenesmo vesical, fiebre) entre otros, además de asegurar la mejoría de la gestante. Sin embargo, en este caso no se realizó dichas visitas domiciliarias, desestimándose esta estrategia.

Es necesario catalogar como prioridad a aquellas gestantes que deben tener necesariamente visitas domiciliarias, como son las gestantes que cursaron con infección del tracto urinario, aquellas que no acudan a su control prenatal, entre otras; ya que esto ayudará al decremento significativo de la morbimortalidad que ocasiona esta patología, esto favorecerá la mejoría siempre y cuando las visitas sean eficaces y efectivas.

En este caso no se realizó ninguna medida de prevención para el desencadenamiento de pielonefritis aguda, a pesar de existir distintas maneras de prevenir como en el círculo familiar, por medio de los profesionales de salud y una conducción más especializada.

La mejor forma de prevenir es brindar un control prenatal de calidad el cual deberá satisfacer las necesidades de las gestantes brindando un buen servicio, que incluya consejería para prevenir las infecciones del tracto urinario como son: uso de ropa interior de algodón, higiene adecuada, consumo de 2 litros de agua diaria y reconocimiento de los signos de alarma para estos casos como son disuria, polaquiuria, tenesmo vesical; lo cual llevará a la gestante a consultar a tiempo a su médico tratante, se otorgue un diagnóstico y tratamiento oportunos. Prevenir las infecciones del tracto urinario impide complicaciones del embarazo, agregado el diagnóstico precoz de las infecciones del tracto urinario, la optimización oportuna de la terapia en las instalaciones ambulatorias de salud y el seguimiento dinámico como menciona Nogaveya ³¹.

Las medidas de prevención deben ser implementadas en todos los casos de infección del tracto urinario, esto otorga una visión integral de la gestante durante las atenciones prenatales.

Nuestra paciente a su corta edad de 21 años ya tiene dos hijos, uno culminado en parto vaginal y otro por cesárea. Este último aumenta considerablemente la morbilidad para un próximo embarazo, por lo cual la consejería en planificación familiar para la adopción de un método anticonceptivo post parto es importante en nuestra paciente, pese a esto no se le brindo un método anticonceptivo para aumentar el periodo intergenesico y reducir la morbimortalidad de existir un próximo embarazo. El ofertamiento de un método anticonceptivo de larga data y la aceptación de este serian lo adecuado

Así vemos como la identificación de factores de riesgo, el diagnóstico y el manejo de un embarazo pueden afectar considerablemente uno próximo. Aumentando otras patologías como ruptura uterina, hemorragia intraparto entre otras³².

La historia de infección del tracto urinario declara un factor de riesgo para infecciones recurrentes. La pielonefritis en el embarazo acrecienta grandemente el riesgo de formación de cálculos. Se destaca la necesidad de un seguimiento a largo plazo de la madre después de la pielonefritis en el embarazo³³.

El recién nacido cursa con diagnóstico de sospecha de sepsis, ya que la madre padeció con una complicación infecciosa como lo es la infección del tracto urinario, posiblemente la paciente cursó con una sepsis pero no está documentada en la historia clínica, de ello viene la sospecha de sepsis en el recién nacido. Según Lucas ³⁴ la pielonefritis es una causa de sepsis en obstetricia no relacionada al aparato genital. Además según el Ministerio de Salud²⁴ si se considera el diagnóstico de pielonefritis se debe considerar también el diagnóstico de sepsis o shock séptico, diagnóstico que no estuvo presente en nuestro caso clínico para poseer una visión integral del estado de la paciente y las posibles complicaciones graves que podrían ocurrir de no cumplir un adecuado manejo y tratamiento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1. CONCLUSIONES

1. Los antecedentes de infección urinaria previa, la anemia y la infección por malaria, contribuyeron al desarrollo de pielonefritis en el embarazo, parto prematuro, pérdida de bienestar fetal y presunción de sepsis neonatal.
2. El control prenatal fue inadecuado, insuficiente e ineficaz, debido a que no se cumplieron los criterios que establece las guías nacionales de salud sexual y reproductiva.
3. No se consideró la toma de muestra para urocultivo, antibiograma y recuento de colonias, conllevando a no tener un diagnóstico oportuno ni tratamiento adecuado.
4. El tratamiento inicial de la pielonefritis cumplió con los protocolos de manejo, con una rotación inusual de los antibióticos, lo cual retrasó la mejoría de los signos y síntomas que exteriorizó la gestante con pielonefritis.
5. El manejo obstétrico estuvo retrasado, la evolución y el tratamiento debe darse tanto para la madre y el feto, el test no estresante no evalúa la salud materna.
6. Las principales complicaciones detectadas en nuestro caso fueron: el parto pre término, pérdida del bienestar fetal y la sospecha de sepsis neonatal.
7. No existió seguimiento de la gestante durante el control prenatal y el tratamiento, lo cual pudo haber reducido las complicaciones que se presentaron.

1.2 RECOMENDACIONES

1. Fomentar sistemáticamente la identificación de factores de riesgo que conlleven a prevenir la Pielonefritis, sobre todo en gestantes con antecedentes de infección urinaria, brindando una la atención prenatal integral en gestantes con factores de riesgo.
2. Promover la atención prenatal reenfocada a toda gestante, ofertando el paquete preventivo para la atención e implementar dicha estrategia en otras áreas como Psicoprofilaxis, durante la atención prenatal sustentada con el equipo multidisciplinario.
3. Implementar como protocolo de atención la solicitud de cultivo de orina en la primera atención prenatal, así como para el seguimiento, esto aumentará la identificación de bacteriurias asintomáticas y la verificación del diagnóstico de la pielonefritis.
4. Cumplir como las normas nacionales de salud sexual reproductiva para el manejo de estos casos, iniciar tratamiento adecuado con el uso de antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa en establecimientos de mayor capacidad resolutive, sustentados en pruebas de ayuda diagnóstica como el urocultivo y antibiograma.
5. Se recomienda utilizar regularmente pruebas de bienestar fetal, a todas las gestantes que evidencien factores de riesgo que expongan al peligro la vida del feto, de esta manera se podrá tener un mejor manejo, conducción y toma de decisiones sensatas. Siempre evaluando el binomio madre – niño.
6. Vislumbrar las complicaciones que puede ocasionar la pielonefritis para tratar de evitarlas y darle especial importancia al diagnóstico y tratamiento oportuno.
7. Programar visitas domiciliarias de seguimiento a aquellas pacientes que tienen diagnóstico de infección del tracto urinario para certificar la asistencia a los controles prenatales, el cumplimiento del tratamiento y remisión de los signos y síntomas, esto contribuirá en gran manera al decremento de la morbimortalidad materna y perinatal, impidiendo complicaciones como la pielonefritis, el parto prematuro, sepsis neonatal.

8. Difundir casos clínicos como este para socializar el impacto que puede generar la pielonefritis en las gestantes y así generar discusión para una mejor capacitación de todo el equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cevallos A, Pinos J. Incidencia de infecciones de las vías urinarias en gestantes de un Centro de Salud Público de Guayaquil.[Tesis]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
2. Ferreira F, Olaya S, Zúñiga P, Angulo M. Infección urinaria durante el embarazo, perfil de resistencia bacteriana al tratamiento en el Hospital General de Neiva, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 56(3):239-243.
3. Gonzales M. Factores biológicos y sociales asociados a la pielonefritis durante el transcurso del embarazo. Centro de Salud Viru. La Libertad. 2010 – 2014 [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
4. Herráiz M, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enferm Infecc Microbiol. 2005; 23(4):40-46.
5. Sorolla J. Infecciones Urinarias y Embarazo. [Tesis] Espana; Universitat Jaume I. Departamento de Salud;2017
6. Céspedes O, Rocha R. Frecuencia, agente etiológico y consecuencias de las infecciones del tracto urinario en gestantes atendidas en el servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre – noviembre 2014 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
7. Albert E, Hobbins J, Recce H. Obstetricia Clínica. Editorial Medica Panamericana. Ed 3. 2010:890 – 892.
8. Campos T, Canchucaja L, Gutarra-Vilchez R. Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. Rev peru ginecol obstet. 2013;29:267-274.
9. Carbajal W, Vera S. Pielonefritis aguda durante la gestación como factor de riesgo asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque [Tesis]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Facultad de Medicina Humana; 2015
10. Amancio O. Características de las madres con infección de las vías urinarias durante la gestación atendidas en el Servicio de Obstetricia del

- Centro de Salud Infantas enero-junio 2015 [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2016.
11. Rojas T. Pielonefritis gestacional, Preeclampsia y ruptura prematura de membranas como factores de riesgo para parto pretermino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis]. Lima: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2016
 12. López-Martínez J, Montoya-Jaramillo Y, Berbesi-Fernández D. Factores de riesgo asociados al desarrollo de pielonefritis aguda entre las gestantes afiliadas a una empresa administradora de planes de beneficio en cuatro ciudades en Colombia. Estudio de casos y controles. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014; 65(4):317-322.
 13. González J. Frecuencia de la infección de vías urinarias en pacientes en el tercer trimestre del embarazo del Centro Especializado de Atención Primaria de la Salud Santa María Rayón, México. de agosto 2013 a febrero 2014 [Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina; 2014.
 14. España J. Infecciones del tracto urinario y consecuencias en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2014 [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
 15. Sesme S. Pielonefritis incidencia en la segunda mitad del embarazo Hospital de Portoviejo de septiembre 2012 a febrero del 2013 [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
 16. Paucarima M. Incidencia de las infecciones de vías urinarias en embarazadas de 18 a 30 años [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
 17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Infección urinaria y gestación. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56(9):489 -495.
 18. Wing D, Fasset M, Getahun D. Pielonefritis aguda en el embarazo: un análisis retrospectivo de 28 años. Am J Obstet Gynecol. 2014; 210(3): 219.
 19. Servicio de medicina fetal. Infección de vías urinarias y gestación. Protocolo de atención Hospital Universitario Clínica Barcelona. 2017

20. Fried M, Kurtis J, Swihart B, Pond S, Barry A, Sidibe Y, et al. La respuesta inflamatoria sistémica a la malaria durante el embarazo y parto prematuro. *Clin Infect Dis*. 2017;65(10):1729-1735.
21. Noble A, Ning Y, Woelk, Mahomed K, Williams M. Riesgo de parto prematuro en relación con la infección materna por VIH, antecedente de malaria y otras infecciones entre mujeres urbanas de Zimbabwe. *Cent Afr J Med*. 2005;51(5-6):53-58.
22. Dotters-Katz S, Grotegut C, Heine R. Los efectos de la anemia en el resultado del embarazo en pacientes con pielonefritis. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2013;2013:780960.
23. Estrada-Altamirano A, Figueroa-Damián R, Villagrana-Zesati R. Infección en vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2010;24(3):182-186.
24. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima: MINSA; 2004.
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Declaratoria de alarma institucional en el INMP mediante el uso de claves para el manejo de las emergencias obstétricas. 2014:10-12
26. Ministerio de Salud. Norma Técnica. Manejo Terapéutico y Preventivo. La anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 2017
27. Hospital Santa Rosa. Guías clínicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones Gineco obstétricas más frecuentes y manejo de la pareja infértil. Lima: Hospital Santa Rosa/Departamento de Gineco-Obstetricia; 2016
28. Saccone G, Berghella V. Uso de corticoides antenatales en fetos de término o cercanos al término: revisión sistemática y metanálisis de estudios aleatorizados controlados. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(6):546-548
29. Navarro A. Manual de Monitoreo Fetal. 1era Edición. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2015:22-30..

30. Dotters-Katz S, Grotegut C, Heine R. Complicaciones médicas e infecciosas asociadas con la pielonefritis en mujeres embarazadas en el momento del parto. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2013;2013:124102.
31. Nogayeva M, Tuleutayeva S. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas en centros ambulatorios. *Cent Asian J Glob Health.* 2015; 4 (1): 53.
32. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstétrica y perinatología. Lima: INMP; 2014.
33. Frang D , Lopatkin NA , Rodoman VV , Shabad AL , Zaika EI , Götz F. Pielonefritis en el embarazo: su papel en la producción de cálculos infecciosos maternos y pielonefritis infantil. *Int Urol Nephrol.* 1982; 14 (1): 17-21.
34. Lucas D, Robinson P, Nel M. Sepsis en obstetricia y el rol de la anestesia. *Int J Obstet Anesth.* 2012;21:56.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha del formato de control prenatal ambas caras

23-6

No. HC: 158215

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

CENTRO DE SALUD "MAGDALENA"

Apellidos y Nombres: **COMETIVOS JAREN GABRIEL JUANESA**

Establ. Ori: [] Tipo: [] Código: []
 DNI N°: [] Afiliación Seguro: **En Casa** Edad: **21** años
 Dirección: [] Ubicación: []
 Localidad: [] Estudios: [] Primaria [] Secundaria [] Superior []
 Departamento: [] Estado Civil: [] Casado [] Conviviente [] Soltero []
 Distrito: [] Padre RN: **Alexander Tragua**
 Teléfono: [] Madre RN: []

Antecedentes Obstetricos

Gestas: **01** Abortos: **00** Vaginales: **01** Nacidos vivos: **01** Viven: **01**
 0 ó + 3: [] Partos: **01** Cesáreas: **00** Muerto - 1ra semana: []
 < 2500 g: [] Nacidos muertos: [] Después - 1ra semana: []
 Múltiple: [] RN de mayor peso: **2700g**

Gestación Anterior Fecha: **21/04/15** Intermitente: [] Si [] No []
 Si fue aborto: [] Tipo de Aborto: [] Lactancia Materna: []
 Tipo de Aborto: [] Cesárea: [] Incompleto: []
 Aborto: [] Completo: [] Aborto molar: [] Frustrado/Retenido: [] Síptico: [] No Aplica: []
 Captada: Si [] No [] Referida a Ag. Común: Si [] No []

Antecedentes Familiares

Ninguno: [] Malaria: []
 Alergias: [] Hipertensión Arterial: []
 Enf. Hipertens. Emb.: [] Hipotirocoidismo: []
 Epilepsia: [] Neoplasia: []
 Diabetes: [] TBC Pulmonar: []
 Enferm. Congénitas: [] Otros: []
 Emb. Múltiple: []

Antecedentes Personales

Ninguno: [] Eclampsia: []
 Aborto Habitual/recurrente: [] Enferm. Congénitas: []
 Alcoholismo: [] Enferm. Intoxicaciones: []
 Alergia a medicamentos: [] Epilepsia: []
 Violencia: [] Hemorra. Postparto: []
 Asma Bronquial: [] Hipertensión Arterial: []
 Cardiopatía: [] Coca: []
 Cirugía Pélv.-uterina: [] Infertilidad: []
 Diabetes: [] Neoplasias: []
Adipia Neonatal

Vac. Previas

Rubeola: Si [] No []
 Hepatitis B: Si [] No []
 Papioma Virus: Si [] No []
 Fiebre Amarilla: Si [] No []

Peso y Talla

Peso Habitual: **49** Kg
 Talla: **149** cm
 IMC: **19.82**

Antitética

Nº Dosis Previa: 1ra [] 2da []
 Sin dosis: [] No Aplica: []

Tipo de Sangre

Grupo: A [] B [] AB [] O []
 Rh: Rh (+) [] Rh (-) []

Fuma

Nº Cigarros/día: **0**

Drogas

Si [] No []

Fecha Última Menstruación

FUM: **07/08/16** Duda: Si [] No []
 EG. (Ecografía) **12** Sem. Fecha: **02/11/16**
 No Aplica: []
 Fecha Probable de Parto: **15/05/17**
ECOGRAFIA 15/05/17

Hospitalización

Hospitalización: Si [] No []
 Fecha: []
 Diagnostico: []
 CIE10: []

Emergencia

Fecha: []
 Diagnostico: []
 CIE10: []

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si [] No []
 Violencia: Si [] No []
 Fecha: []

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: **10.6** Hg(%) No se hizo: [] Fecha: **28/12/16**
 Hemoglobina 2: []
 Hemogl. al Alta: []
 Glicemia 1: [] Normal Anormal No se hizo: []
 Glicemia 2: []
 Tolerancia Glucosa: []
 VDRL/RPR 1: [] Reactivo No Reactivo No se hizo: []
 VDRL/RPR 2: []
 FTA Abs.: []
 TPHA: []
 Prueba Rap. Sífilis: []
 VIH Prueba Ráp. 1: []
 Prueba Ráp. 2: []
 ELISA: []

IFI / Western Blot: []
 HTLV I: []
 TORCH: []
 Gota Gruesa: []
 Malaria Prueba Rap.: []
 Fluorec. Malaria: []
 Ex. Comp Orina: []
 Leucociturina: []
 Nitritos: []
 Urocultivo: []
 BK en Espudo: []
 Listeria: []
 Tamieliza: []
 Hepatitis B: []
 P.A.P.: []
 IVAA: []
 Colposcopia: []

Examen Físico

Clínico: Sin Examen [] Normal [] Patológico []
Mamas: Sin Examen [] Normal [] Patológico []
Cuello Uterino: Sin Examen [] Normal [] Patológico []
Pelvis: Sin Examen [] Normal [] Patológico []
Odont.: Sin Examen [] Normal [] Patológico []

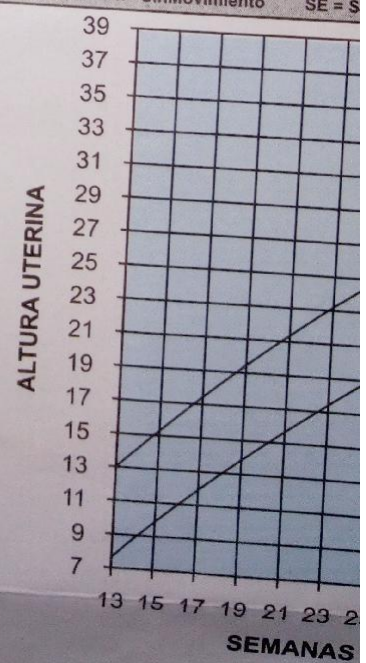
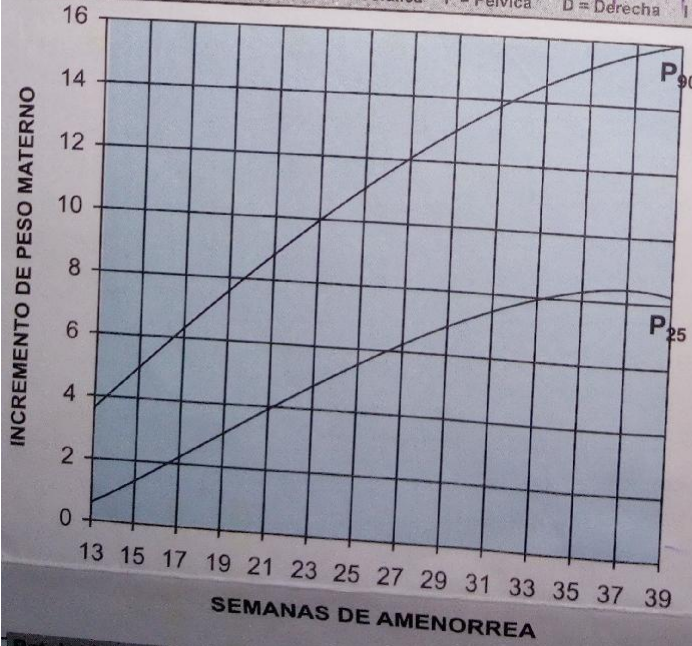
DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

SIS

	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6
Fecha y hora de atención	31/1/16	19/2/16	24/4/17	10/3/17	11	11
Edad Gest. (semanas)	13 Sem	18 Sem	37 1/2	36 1/2		
Edad Gest. (días)	445	47				
Peso (madre kg)	37	37	55 kg	56		
Temperatura (°C)	37	37	37	37		
Presión arter. (mm. Hg)	90/60	90/60	90/60	90/60		
Pulso materno (por min.)	73	78	80	74		
Altura Uterina (cm)	9	17	25	28		
Situación (L/T/NA)	NA	NA	L	T		
Presentación (C/P/T/NA)	NA	NA	C	PT		
Posición (D/I/NA)	NA	NA	L	D		
F.C.F. (por min./NA)	NA	140	130	146		
Mov.fetal (+/++/+++/SM/NA)	NA	++	++	++		
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++/NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH		
Edema (+/++/+++/SE)	SE	SE	SE	SE		
Reflejo Osteotendinoso (0, +/++/+++)	+	+	+	+		
Examen de Pezón (Formado/ No Form/Sin Exam)	F	F	F	F		
Indic. Hierro / Ac Fólico (mayor o igual a 16 sem)		Si-1	Si-2	Si-3		
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)		NO	NA	NA		
Indic./ Ac. Fólico (antes a 16 sem)	NO	NO	NA	NA		
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/ Inm/VIH/TEC/No se hizo/NA)	VIH/ITS	VIH/RE	PP	NUT		
EG. de Eco. Control (Sem/No se Hizo/NA)			NA	NA		
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10 /NSH /NA)		NA	NA	NA		
Cita (a/m/d)	3/2/16	19/1/16	10/3/17	10/4/17		
Visita domicil. (Si/No/NA)	NO	NO	NO	NA		
Plan Parto (control/visita/No se Hizo/NA)	Si	NO	NO	NA		
Estab. de la atención	C.S. Nautá	C.S. msj	C.S. msj	C.S. msj		
Responsable atención	Iquitos	Diana	Diana	Diana		
Nro Formato SIS		2834235	9844374			

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = S



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

1. Sin patologías Fecha: / /

Otras patologías (CIE 10)

REFERENCIA AL HISTORIAL
 PULSO MATERNO: 100 P.E.G.: 36 PRESENTACION: CEFA ALTURA UTERINA: 21 PESO SUPLENTE: 746

Signos y Síntomas de ANEMIA
 Anorexia Escarifica Eructos Epigastrio Náusea Hematuria Hapt. Leucocitosis Proteinuria

Terminación
 TERMINACIÓN: Aborto Cesárea Parto Parto con acompañante

Parto
 DURACIÓN INTRAUTERINA: 11:20 MUERTE INTRAUTERINA: EPISITOMIA:

Desgarros
 DESGARROS: ALMBRAMIENTO PLACENTA: LIGADURA CORDON:

Recién Nacido
 Sexo: Femenino Peso: 3.072 kg P.Cef: 34.5 Temp: 36.7 C
 Talla: 47.5

Edad por Ex. Físico: 36 años APGAR: 4-4 3-3
 Peso x Edad Gestacional: 1 2

Examen Físico
 Normal Anormal Necrosis

Resolución RN
 Depósitos Transicional Amarello Ictericia Precoz

Alojamiento
 Alojamiento Conjunto Contacto Piel a Piel LME

Vacunas RN
 BCG Hepatitis B

Tipo de Sangre antes del ANA
 Grupo: A B AB O Rh:

Historial Inmediato
 Frecuencia postparto o aborto: 0
 Temperatura: 36.7
 Pulso (latidos/minuto): 100
 Pres. Arterial (mm.Hg): 120/80
 Evolución uterina: Normal
 Carot. Lapsos (Sangrado Leve, Moderado, Severo): 0
 Signos (abdominal/pelvis): Normal
 Perforación: 0

Medicamentos
 1. Aspirina
 2. Paracetamol
 3. Insulina

Atención Nivel
 Nivel: 1
 Responsable de la atención del Parto: D. Tagna
 Responsable de la atención: D. Tagna
 Responsable de la atención: D. Tagna

Resumen
 HC RN: 1015397 NOMBRE RN: Isabella
 Fecha: 11.4.19
 1. RNDI de SARGO
 2. NPK de SARGO con STV

Egreso RN
 Fecha: 11.4.19 Diagnóst.: Normal
 Dx. Fallecim.: 0 Dx. Traslado: 0
 Establ. Trasl.: 0

Egreso Materno
 Fecha: 11.4.19 Diagnóst.: Normal
 Dx. Fallecim.: 0 Dx. Traslado: 0
 Establ. Trasl.: 0

Anticoagulantes
 Warfarin Heparina Aspirina Clopidogrel Prasugrel Ticagrelor

Reingreso RN
 Fecha: 11.4.19 Diagnóst.: Normal
 Dx. Fallecim.: 0 Dx. Traslado: 0
 Establ. Trasl.: 0

Reingreso Materno
 Fecha: 11.4.19 Diagnóst.: Normal
 Dx. Fallecim.: 0 Dx. Traslado: 0
 Establ. Trasl.: 0

Magdalena Obstetricia

1. DATOS GENERALES DE
 Fecha: 14/03/2014 Hora: 11:30

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO
 Apellido Paterno: VILLALBA Apellido Materno: FERRER
 Nombre: Carlos
 Sexo: M Edad: 30

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
 Anamnesis: 113 días
 Fiebre, dolor lumbar, dolor abdominal
 ITU recurrente de 3 meses
 Examen Físico: T° 38° PA 110/70 FC 100 RR 18
 A2S, latap, piel húmeda, CV normal, Paresia PA 2 no
 ITU de 3 meses
 Exámenes Auxiliares: AS-14, Piel y pulmones, leucocitos 12000, leucocitos 12000
 AS-14 + No se venía con vacuolas
 Diagnóstico: 1) Frotis 3555 No TP
 2) Frotis
 3) Clave Amelita
 Tratamiento: - Copalvina -
 No hay Ginecología
 Se refiere con Urología
 Se refiere con Dr. Olivos

4. DATOS DE LA REFERENCIA
 Coordinación de la Referencia: Emergencia Consulta Externa
 Fecha en que será atendido:
 Hora en que será atendido:
 Nombre de quien lo atenderá:
 Nombre con quien se coordinó la atención:
 Especialidad de Destino: Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst Lab De Imág Otro
 Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado: Estable Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre: <u>Ignacio Pi-Ola</u> Colegiatura: <u>44337</u> Profesión: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Nombre: <u>[Firma]</u> Colegiatura: <u>44337</u> Profesión: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Nombre: <u>[Firma]</u> Colegiatura: <u>12776</u> Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input checked="" type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Nombre: <u>[Firma]</u> Colegiatura: <u>[Firma]</u> Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro
[Firma]	[Firma]	[Firma]	[Firma]

5. Condiciones del Paciente al Llegada al Establecimiento Destino de: Estable Mal Estado

Anexo 2. Exámenes auxiliares de laboratorio en emergencia. **A)** examen completo de orina y hemograma completo. **B)** Bioquímica, hematología, grupo y factor

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REF.	CON
URIANALISIS				
EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
EXAMEN MACROSCOPICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	TURBIO			
DENSIDAD APROX.	1.015			
PH	Acido			
EXAMEN BIOQUIMICO:				
PROTEINAS	1+			
GLUCOSA	Negativo			
CETONA	3+			
UROBILINOGENO	Negativo			
BILIRRUBINAS	Negativo			
NITRITOS	Negativo			
SANGRE	Negativo			
ACIDO ASCORBICO	Negativo			
SEDIMENTO:				
CELULAS EPITELIALES	Regular cantidad	x campo		
LEUCOCITOS	>100	x campo		
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	No se observan	x campo		
PIOCITOS	1+	x campo		
HEMATIES	7 - 10	x campo		
CILINDROS	No se observan	x campo		
CRISTALES	No se observan	x campo		
GERMENES	3+	x campo		
FILAMENTOS MUCOIDES	No se observan	x campo		
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA COMPLETO:				
LEUCOCITOS	* 29600	x mm3	[4400 - 11300]	
HEMATIES	* 3750000	x mm3	[4100000 - 5100000]	
HEMOGLOBINA	* 10.8	g / dl	[12.3 - 15.3]	
HEMATOCRITO	* 31	%	[35 - 47]	
MCH	29	pg	[28 - 33]	
MCHC	35	g / dl	[33 - 36]	
MCV	83	fL	[80 - 96]	
PLAQUETAS	224000	x mm3	[154000 - 386000]	
FORMULA DIFERENCIAL	:			
MILOCITOS %	0	%		
METAMIELOCITOS %	0	%		
ABASTONADOS %	15	%	[50 - 60]	
SEGMENTADOS %	* 74	%	[0 - 4]	
EOSINOFILOS %	0	%		

Centro de Salud

LABORATORIO

Nombre:

Indicación del Dr. (a)

Edad: 21 N° H.C. 158215 Muestra N°

28-12-16

PERFIL DE GESTANTES:

RESULTADO:

Hemoglobina: 10.6 gr/dl

Hematocrito: 32%

Serología: _____

Grupo Sanguíneo: "O"

Factor positivo

Glucosa = 62 mg/dl

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Red de Salud Lima Ciudad
CENTRO DE SALUD "MAGDALENA"

FRANCISCO J. BAZALAR ZECARRA
LIC. FRANCISCO J. BAZALAR ZECARRA
TECNÓLOGO MÉDICO - LABORATORIO CLÍNICO
JEFE DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO
C.T.M.P. N° 00333
FIRMA Y SELLO SOLICITANTE

NO

N:

ÚNICA ACTIVA DE 29+/- 2 SEMANA POR BIOMETRÍA FETAL PRO

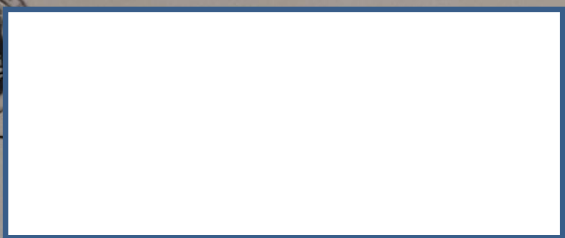


LABORATORIO
EMERGENCIA

NOMBRE:

HC:

ORIGEN: EMERGENCIA



21

SERVICIO:

Nº PETICION: 4100264
FECHA: 10/04/2017
INFORME: 10/04/2017

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REF.	COMENTARIO
BIOQUIMICA				
GLUCOSA BASAL	100	mg / dl	[74 - 106]	
UREA	26	mg / dl	[17 - 49]	
CREATININA SERICA	0.78	mg / dl	[0.50 - 0.90]	
HEMATOLOGIA				
RETRACCION DE COAGULO	COMPLETA A LA HORA			
TIEMPO DE SANGRIA	1m45s			
T PROTROMBINA (seg/control)	11.0	seg	[9.8 - 12.3]	
	INR: 0.98			
BANCO DE SANGRE				
GRUPO SANGUINEO	O POSITIVO			



SERVICIO DE LABORATORIO

Jr. Junin 322 Primer Piso - Magdalena

Nombres y Apellidos: [Redacted]
Historia Clínica: 1

UROANALISIS

EXAMEN FISICO:

Color: *amarillo*
Aspecto: *lg. turbio*
Densidad: *1.011*
Ph: *quedo*

EXAMEN QUIMICO

Nitritos: *Negativo*
Proteinas: */*
Cetonas: */*
Bilirrubina: */*
Urobilinógeno: */*
Ac. Ascórbico: */*
Glucosa: */*
Sangre: */*

SEDIMENTO

Células: *6-7* x C
Leucocitos: *15-18* x C
Hematíes: *—* x C
Gérmenes: *2+*

Cristales: */*
Cilindros: */*
Levaduras: */*
Otros: */*

** ac. Suprarenalico → Negativo*

PERU Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Salud de Lima Ciudad
CENTRO DE SALUD "MAGDALENA"

Sello y Firma del Responsable
[Signature]
LIC. FRANCISCO SALAZAR ZEGARRA
TECNOLOGO MEDICO - LABORATORIO CLINICO
JEFE DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO
C.T.M.P. N° 0333

+ : Algunos ++ : Escasos +++ : Regular cantidad ++++ : Abundantes

MASCULINO

CONCLUSION:

GESTACIÓN ÚNICA ACTIVA DE 29+/- 2 SEMANA POR BIOMETRÍA FETAL PRO
CIRCULAR SIMPLE DE CORDON AL CUELLO

Anexo 3. Informes de ecografías. A) Ecografía Obstétrica. B) Ecografía Renal.

INFORME ECOGRAFICO OBSTETRICO

PACIENTE : EDAD: 21^a.

MOTIVO DEL EX: FUR: _____

FECHA: 10/04/19. HORA: _____ HCL: 1015391

El estudio ultrasonografico evidencia:

1.- FETO / EMBRION

Número: Único Multiple

Situación: Longitudinal Transversal Oblicua

Presentación: Cefálico Podálico Otros

Dorso: Izquierda Derecha Anterior Posterior

2.- BIOMETRIA

SG: _____ mm (diam. Promed) CRL: _____ mm

DBP: 85^{mm} LF: 66^{mm} HC: 320^{mm} CA: 324^{mm} Pond. Fetal: 2322^{gr}

Long. Pie: _____ mm Diam. Cerebelo: _____ mm Trasl. Nucal: _____ mm

D. Interocular: _____ mm Hueso Nasal: presente ausente

3.- ANATOMIA

	Presente	Ausente	
Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	corazón: 4 cavidades si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LCF: 143 x min
vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sexo fetal: _____ <input type="checkbox"/> no observable
Cámara gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.- PLACENTA :

Localización: Fundica Anterior Posterior otras Posic.....

Grado: 0 I II III grosor placent: _____ mm (VN <50mm a término)

5.- LIQUIDO AMNIOTICO :

Volumen: adecuado oligohidramnios polihidramnios

ILA: _____ cm Pozo Mayor: _____

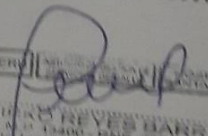
6.- CORDON UMBILICAL :

Circular de cordon: simple doble otras

Arterias () venas () otros ()

7.- OBSERVACIONES : _____

CONCLUSION : 1 Gestación Única Activa 35^{ss} y B.P


MÓNICA REYES BARRÍOS
 M.O. 13410 - HNE 20768
 Cole. de la Facultad de Diagnóstico Perinatal
FIRMA DEL MEDICO
CMP : _____

Anexo 4. Informes de ecografías. B) Ecografía Renal.

DE ECOGRAFIA

SIN VALOR MEDICO LEGAL

Nº ORDEN: 1017006028

HISTORIA CLINICA: 1015391

APELLIDOS Y NOMBRES: COMETTIVOS JAREN GABRIELA VANESA

EXAMEN	RESULTADOS	FECHA	HORA	DPELAEZ
ECOGRAFIA RENAL - VESICAL		10/04/2017	17:38	DPELAEZ

VEJIGA: PAREDES DELGADAS, OVOIDEA, MUCOSA DE ASPECTO REGULAR
NO LITIASIS NI POLIPOS NI MASAS INFILTRATIVAS EN SU INTERIOR

RIÑON DERECHO: 101X58 MM, PARENQUIMA RENAL 16 MM,
MORFOLOGIA Y ECOGENICIDAD CONSERVADOS,
ADECUADA DIFERENCIACION CORTICO MEDULAR,
DILATACION DEL SISTEMA PIELOCALICIAL,
NO CALCULOS NI QUISTES..

RIÑON IZQUIERDO: 102X57 MM, PARENQUIMA RENAL 16 MM,
MORFOLOGIA Y ECOGENICIDAD CONSERVADOS,
ADECUADA DIFERENCIACION CORTICO MEDULAR,
DILATACION DEL SISTEMA PIELOCALICIAL,
NO CALCULOS NI QUISTES ..

CONCLUSION:
ECTASIA RENAL BILATERAL

Anexo 5. Cardiotografía fetal: Test No estresante. A) Informe cardiotográfico Activo Reactivo.

INFORME CARDIOTOCOGRAFICO

Nombre: Comiluz Juan Gabriel HC: 1015391 Procedencia: ...
 Edad: 29 G: 2 P: 1001 FUR: 11/17/11 EG x FUR: 36 3/4 EG x EGO: ...
 Funciones Vitales: PA: 100/50 P: ... T: ... Hb: ...
 Tiempo de Ayuno: ... horas Medicación previa: Dextrosa 33-37 Hb: ...
 Indicaciones: ... 7. RCIU ...
 8. Distocia Funicular ...
 9. Otros: ...

1. Bienestar Fetal 4. RPM
 2. Preeclampsia: leve - Severa 5. Mov. Disminuidos
 3. Insuficiencia Placentaria 6. Embarazo prolongado
 Datos del tiempo monitoreo Total: 20' Inicio: 18:03 Termina: ...

EXAMENES REALIZADOS:

CS1: Sensibilidad Uterina NST E. positivo
 Ocitocina mU Ocit/min S de la VCI
 Estimulo mamario CU en 10' Control
 Primera vez Control Primera vez Control

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1 - Línea de Base	< 100 ó > 180	100 - 119 ó 161 - 180	120 - 160	2
2 - Variabilidad	< 5	5-9 ó > 25	10 - 25 > 6	1
3 - Aceleraciones/30min	0	Periódicas ó 1-4 esporádicos	> 5	2
4 - Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	2
5 - Actividad fetal mov fetal	0	1 - 4	> 5	2
Puntaje total:				9

Puntuación	Estado Fetal	Pronóstico	Enfoque Clínico
8 - 10	Fisiológico	Favorable	ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio Profesional	Ocitocina
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si fuera necesario

❖ Prueba de inducción con Ocitocina

Conclusiones

T.S. Negativo Positivo No Reactivo Insatisfactorio Sospechoso
 T.N.S. Activo Hipoactivo Reactivo No Reactivo Dudoso

Observaciones: Se evidencia D.U.

Sugerencias: Repetir en: Inducción en:
 C.S.T en: Otros:

RECIBIENDO NACIDO FECHA: 10/4/17 EDAD GESTAC: (5')
 TIPO DE PARTO: APGAR: (1')
 Obsteriz responsable: JHANA GUTIERREZ CHAVEZ
 de realizar el examen: OBSTETRIZ COP. 1212
 Medico Asistente resp del Informe: MIRKO REYES BA
 C.M.P. 4440 RNE 207
 Jefe de la Unidad de Planeación

Anexo 6. Cardiocotografía fetal: B) Informe cardiotocográfico sospechoso. C) Trazado del test no estresante Sospechoso.

UNIDAD DE BIENESTAR FETAL HOSPITAL S...
INFORME CARDIOTOCOGRAFICO

Nombre: [Redacted] Edad: 21 G 2 P1001 FON: [Redacted] HC: 01539 procedencia: EG x ECO 33 15 AU HD

Indicaciones: horas Medicación previa: T^o UR: R

1. Bienestar Fetal
2. Preeclampsia leve - Severa
3. Insuficiencia Placentaria:
Datos del tiempo monitoreo Total: 30' Inicio: 20:40 Terminó: 21:10

4. RPM
5. Mov. Disminuidos
6. Embarazo prolongado

7. RCIU
8. Distocia Funicular
9. Otros: Pilelocefalia

EXAMENES REALIZADOS:

CST: Oxitocina Estimulo mamario Primera vez Sensibilidad Uterina mU Ocit/min CU en 10' Control NST: E. poseiro S de la VCI Primera vez Control

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.- Línea de Base	< 100 ó > 180	100 - 119 ó 161 - 180	120 - 160	1
2.- Variabilidad	< 5	5-9 ó > 25	10 - 25 > 6	1
3.- Aceleraciones/30min	0	Periódicas ó 1-4 esporádicos	> 5	2
4.- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	2
5.- Actividad fetal mov fetal	0	1-4	> 5	2
Puntaje total:				8

Valores de Puntuación de Fisher

Puntuación	Estado Fetal	Pronóstico	Enfoque Clínico
8 - 10	Fisiológico	Favorable	ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio Profesional	Ocitocina
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si fuera necesario

❖ Prueba de inducción con Oxitocina

Conclusiones

T.S. Negativo Positivo No Reactivo Insatisfactorio Sospechoso

T.N.S. Activo Hipoactivo Reactivo No Reactivo Dudoso

Observaciones:

Sugerencias: Repetir en: Inducción en:
C.S.T en: Otros:

RECIBIENDO: FECHA: 10/04/17 TIPO DE PARTO:

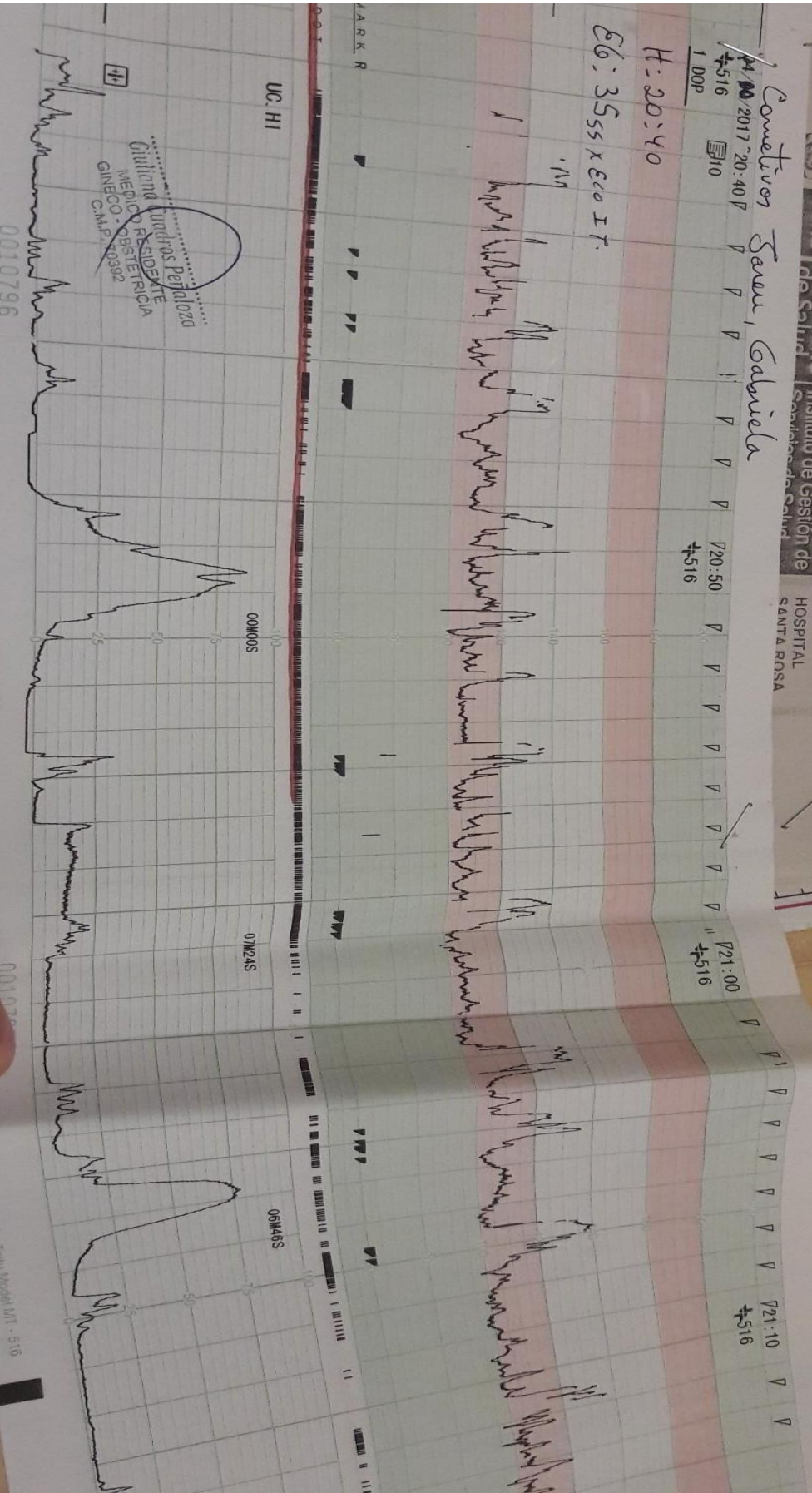
EDAD GESTAC: (S)
PARTO: (U)

Fecha: 10/04/17

OBSTETRIZ: MARTIN W. GARCIA O.
Obstetrix responsable de realizar el examen

PESQ: Diana Cuadros Peña
L.A. MEDICO RESPONSABLE
GREGO MONTAÑA
C.M.F. T.O.S.

Medico Asistente responsable del Informe



Anexo 8. Exámenes auxiliares de laboratorio post intervención quirúrgica.

A) Hemograma completo.

LABORATORIO EMERGENCIA 176

NOMBRE:

HC:

ORIGEN: EMERGENCIA

EDAD: 21

SERVICIO:

Nº PETICION: 4130048

FECHA: 13/04/2017 10:21:38

INFORME: 13/04/2017 11:24:18

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REF.	COMENTARIOS
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA COMPLETO:				
LEUCOCITOS	*	12320	x mm3 [4400 - 11300]	
HEMATIES	*	3340000	x mm3 [4100000 - 5100000]	
HEMOGLOBINA	*	9.5	g / dl [12.3 - 15.3]	
HEMATOCRITO	*	28	% [35 - 47]	
MCH	*	28	pg [28 - 33]	
MCHC	*	35	g / dl [33 - 36]	
MCV	*	82	fl [80 - 96]	
PLAQUETAS	*	264000	x mm3 [154000 - 386000]	
FORMULA DIFERENCIAL				
MIELOCITOS %		0	%	
METAMIELOCITOS %		0	%	
ABASTONADOS %		2	%	
SEGMENTADOS %	*	76	% [50 - 60]	
EOSINOFILOS %		0	% [0 - 4]	
BASOFILOS %		0	% [≤ 1]	
MONOCITOS %	*	10	% [2 - 8]	
LINFOCITOS %	*	12	% [25 - 40]	
OBSERVACIONES		-		

Anexo 9. Exámenes auxiliares de laboratorio post intervención quirúrgica.
A) Examen Completo de Orina.

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

NOMBRE:
 EDAD: 21

HC:
 N° PETICION: 4150178

ORIGEN: HOSPITALIZACION
 SERVICIO:
 FECHA: 15/04/2017 10:14:50

INFORME: 15/04/2017 12:02:34

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REF.	COMENTARIOS
URIANALISIS				
EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
EXAMEN MACROSCOPICO:				
COLOR	Amarillo			
ASPECTO	Turbio			
DENSIDAD APROX.	1.025			
PH	Ácido			
EXAMEN BIOQUIMICO:				
PROTEINAS	TRAZAS			
GLUCOSA	Negativo			
CETONA	Negativo			
UROBILINOGENO	Negativo			
BILIRRUBINAS	Negativo			
NITRITOS	Negativo			
SANGRE	TRAZAS			
ACIDO ASCORBICO	Negativo			
SEDIMENTO:				
CELULAS EPITELIALES	Escasas		x campo	
LEUCOCITOS	20 - 22		x campo	
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	+		x campo	
PIOCITOS	No se observan		x campo	
HEMATIES	4 - 5		x campo	
CILINDROS	Hialinos (0 - 1)		x campo	
CRISTALES	No se observan		x campo	
GERMENES	ESCASOS		x campo	
FILAMENTOS MUCOIDES	++		x campo	

Anexo 11. Exámenes auxiliares de laboratorio post intervención quirúrgica.
A) Urocultivo.

INFORME DE MICROBIOLOGÍA

C-8

Nombre: **COMETIVOS JAREN, GABRIELA VANE...** Código: **4100224-33** F. Muestra: **101**
 ID del paciente: **200835423** Procedencia: **CONSULTA EXTERNA** E. muestra: **Fi**
 Origen: **UROCULTIVO** E. admisión: **Paciente externo**

CÉLULAS EPITELIALES ESCASAS, LEUCOCITOS >100 x C, AGLUTINADOS (1+), HEMATÍES 7 - 10 x C, GÉRMENES (S)

REC COL > 100 000 UFC/mL

Antimicrobiano	Valor CMI	Interpretación	Klebsiella pneumoniae
Amicacina	≤16	S	
Amox/A Clav	≤8/4	S	
Amp/Sulbactam	≤8/4	S	
Aztreonam	≤1	S	
Cefalotina	≤8	S	
Cefepima	≤1	S	
Cefotaxima	≤1	S	
Cefoxitina	≤8	S	
Ceftazidima	≤1	S	
Cefuroxima	≤8	S	
Ciprofloxacina	≤1	S	
Colistina	≤2	S	
Ertapenem	≤0.5	S	
Fosfomicina	≤64	S	
Gentamicina	≤4	S	
Imipenem	≤1	S	
Levofloxacina	≤2	S	
Meropenem	≤1	S	
Nitrofurantoina	64	I	
Norfloxacina	≤4	S	
Pip/Tazo	≤16	S	
Tigeciclina	≤1	S	
Tobramicina	≤4	S	
Trimet/Sulfa	≤2/38	S	

ESBL = Beta-lactamasa de espectro extendido S = Sensible N/R = No informado
 BLAC = Beta-lactamasa I = Intermedio --- = No probado
 mcg/ml (mg/L) R = Resistente TFG = Cepa timidino resistente POS = Positivo
 Interpretación predictiva sensible NEG = Negativo
 Interpretación predictiva resistente
 Posible ESBL. Se precisan pruebas para confirmar ESBL frente a otras beta-lactamasas.
 Beta-lactamasa Inducible. Aparece en lugar de ;Sensible; en especies portadoras de beta-lactamasas inducibles; pueden ser potencialm
 los antibióticos beta-lactámicos. Se recomienda monitorizar los pacientes durante/después de la terapia. Utilizar otro/combinado con ar
 = Interpretación informada modificada
 mientos de LCR y sangre se recomienda una prueba de betalactamasa para las especies de enterococo.

017 09:21 a.m. Página 1 de 1 Téc: _____

ANEXO 12. Indicaciones y sugerencias para el alta. **A) Epicrisis.** **B) Informe médico de alta**

EPICRISIS						Nº Hist. Clínica
[Redacted]						
Edad	Sexo		Días Hospitaliz.		Emergencia	Consult. Externos
11/04/17	17/04/17		06		<input checked="" type="checkbox"/>	
Anamnesis (De ingreso): TE: 4 días. Sintomas y signos principales: Dolor lumbosacral y febril. Relato: Paciente gestante gestante gestante del CS Magdalena, refiere que desde hace 4 días, presenta dolor lumbosacral tipo quemadura y 38°C que se da con paracetamol.						
Antecedentes: G2 P001. Fun: 19/07/16. PPA: 19/05/17. G1: 2015. G2: 2017.						
Examen clínico (De ingreso): FP: 68 min. FR: 20 min. T: 37 °C. PA: 110/80 mmHg. tv: cervic posterior, largo. Psv (-) PLA (-) Pulvis: binoculo.						
Exámenes Auxiliares (Resultados de interés para el diagnóstico):						
Ecografía						
Operaciones (Procedimientos) realizados:						
CSTP						
Tratamientos recibidos:						
Analgésico, Antibiótico, fluidoterapia						
Evolución:						
Favorable						
Al alta: FP: 68/min. FR: 20/min. T: 37 °C. PA: 110/80 mmHg.						
						CIE-10
Diagnósticos de ingreso:						
G2 P001 de 35 ss de irritabilidad uterina						
Diagnósticos de egreso:						
P0 G2 P001 de 35 ss de irritabilidad uterina						
Diagnóstico	Bueno		Malo		Reservado	
Condición al alta						
Curado	Mejorado	Empeorado	A su solicitud	Fuga	Fallecido	

INFORME MEDICO DE ALTA

PACIENTE		Comariva Jzian Gibriate			CAMA
EDAD	21	SEXO	F	Nº HISTORIA CLINICA	1015391
SERVICIO (S)		G-0		FECHA INGR.	11/04/17
					FECHA ALTA

DIAGNOSTICO (S) DE ALTA

Doq de irritabilidad uterina
 2to en trío
 Anemia moderada

TRATAMIENTO MEDICO Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS

CSTP

PRONÓSTICO Y CONDICIONES DEL ALTA (ALTA MÉDICA, VOLUNTARIA, TRANSFERENCIA, FALLECIDO)

Favorable

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES DEL ALTA

60-100mg 160mg Aspirin 5/4 x 5d,
 ketoprofeno 100mg
 Sulfato ferroso
 Control por 300-2 1/2 d. 24/04/17
 1/4 x 20 d.

ANEXO 13. Hemograma del Recién Nacido

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REF.	COMENTARIOS
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA COMPLETO				
LEUCOCITOS	10000	x mm ³	[5000 - 14000]	
HEMATIOS	4740000	x mm ³		
HEMOGLOBINA	18.2	g/dl		
HEMATOCRITO	43	%		
MCH	84	pg		
MCHC	37	g/dl		
MCV	91	fL		
PLAQUETAS	352000	x mm ³		
FORMULA DIFERENCIAL				
NEUTROFILOS %	0	%		
METANEUTROFILOS %	0	%		
ANASTONADOS %	1	%		
SEGMENTADOS %	79	%		
EOSINOFILOS %	0	%		
BASOFILOS %	0	%	[= 1]	
MONOCITOS %	11	%	[1 - 11]	
LINFOCITOS %	10	%	[25 - 75]	
OBSERVACIONES				
BANCO DE SANGRE				
GRUPO SANGUINEO	O POSITIVO			



LABORATORIO
EMERGENCIA *ph*

NOMBRE: *[Redacted]* N° PETICION: 4110267
 HC: 1015398 EDAD: 00 FECHA: 11/04/2017 21:05:38
 ORIGEN: EMERGENCIA SERVICIO: INFORME: 11/04/2017 23:02:48

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REF.	COMENTARIOS
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA COMPLETO:				
LEUCOCITOS	15400	x mm ³	[9400 - 34000]	
HEMATIES	4730000	x mm ³		
HEMOGLOBINA	18.2	g/dl		
HEMATOCRITO	43	%		
MCH	34	pg		
MCHC	38	g/dl		
MCV	91	fL		
PLAQUETAS	291000	x mm ³		
FORMULA DIFERENCIAL				
NEUTROFILOS %	0	%		
METANEOFILOS %	0	%		
ABASTONADOS %	2	%		
SEGMENTADOS %	98	%		
EOSINOFILOS %	1	%		
BASOFILOS %	0	%	[<= 1]	
MONOCITOS %	16	%	[1 - 11]	
LINFOCITOS %	22	%	[20 - 70]	
OBSERVACIONES	-			

ANISOCITOSIS 1+

[Signature]
 T.M. EQUIPAMIENTO LABORATORIO

Anexo 14. Epicrisis del Recién Nacido

PERU MINISTERIO DE SALUD

EPICRISIS

Nº del Documento: 1011598

Nombre: [Redacted]

Sexo: [Redacted]

Edad: [Redacted]

Fecha de ingreso: 11/11/12

Fecha de alta: 17/11/12

Días Hospitalarios: 6

Emergencia: [Redacted]

Causa de ingreso: [Redacted]

Tipo de ingreso: [Redacted]

Antecedentes (De ingreso): TE 4

Síntomas y signos principales: Hipertensión, taquicardia, aumento de la actividad motora.

Relato: Recién nacido que ingresa por presentar hipertensión, taquicardia, aumento de la actividad motora.

Antecedentes: Peso: 2994g, Talla: 48.5 cm, PC: 34.5 mmHg, Hb: 16.2 g/dl, Hct: 43%, HbF: 78%

Examen clínico (De ingreso): PP: [Redacted], FR: [Redacted], T: 36.5°C, PA: [Redacted]

Exámenes Auxiliares (Resultados de inóculos para el diagnóstico): Hb: 16.2, G.F.: 0+, Lc: 10x10⁹, Hct: 43, Hematocrito: 43, HbF: 78%

Operaciones (Procedimientos) realizados: No se realizó ningún procedimiento.

Tratamientos recibidos: Insulina por HT, VMD, Dexametasona 10mg.

Exclusión: Fiebre - alta. Malaria.

Al alta: FP 178/min, FR 78/min, T 36.5°C, PA [Redacted]

CE-10 D P

Diagnósticos de ingreso: Recién nacido con HT.

Diagnósticos de egreso: [Redacted]

Pronóstico: Buono

Condición al alta: Buono

Curado: [Redacted], Mejorado: [Redacted], Empeorado: [Redacted], A su solicitud: [Redacted], Fuera: [Redacted], Fallecido: [Redacted], Necropsia: [Redacted]

Nº 01b

Firma del Médico: [Redacted]

Anexo16. Historia del Recién Nacido

Las anotaciones deberán hacerse únicamente en el RUP

<24>

Edad 5 días.

ORIGEN

26/4/17
 1. Fecha y hora 8:30
 P. Roy 2885
 P. Roy 2955
 B. Pico - 500

2. Subjeto
 P.C. 154
 C.R. 80%
 T_{ax} 36.8°C

3. Citados
 Sat O₂: 21%
 FiO₂: 98%

4. Apreciación

5. Plan


6. Firma y sello del médico

① RN de 5 días ingresado por cuadro de hipotermia, succión débil y vómitos. Madre con ITU.
 Según reporte de enfermería el neonato se encuentra en una actitud llanto energético, piel ictericia, presenta una perfusión permeable en H&I para uso ATB de ampicilina y ampicilina.
 Reacc LMD con buena tolerancia

② Al Examen
 Piel: tibia, hidratada, rosada, no ictericia, no ampulosos
 T y P: MU pasa bien en ACP. No se auscultan ruidos agregados
 CU: RCR, no soplos
 Abd: B/D, NO UH, RHA +
 SNC: Reactivo a estímulos, Fontanela Normotensa reflejos +

③ Dx: Hipotermia familiar
 HPI (madre con ITU en remisión)
 Sepsis probable

④ LMD
 ATB: último día
 Probable alta un día.


 José Carlos Acuña Silva
 Pediatra Neonatólogo
 C.M.P. 29628, R.N.E. 18706
 C. NEONATOLOGÍA 21832

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° HISTORIA CLINICA
Ragua	Cometwas	RN	1015398
3°	SERVICIO Int II N26		CAMA
NOTAS DE EVOLUCION MEDICA			N° 05

ANEXO 18: Carta de Permiso Centro de Salud Público



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Anexo 18

CARTA DE PERMISO

PIELONEFRITIS AGUDA DURANTE LA GESTACIÓN CENTRO MATERNO INFANTIL MAGDALENA - 2017

Doctor

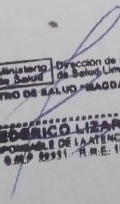
Federico Lizárraga Ferrán

Médico jefe del Centro de salud Magdalena

Se suscribe la presente carta aceptando la solicitud de las obstetra Gladys Suasnabar Ponce y Laura Edith Cordova Olayunca para la revisión de la Historia clínica N° 158215 de una paciente que acudió para realizar sus controles prenatales al Centro Materno Infantil Magdalena, esta revisión esa como parte como parte del Trabajo de Investigación (caso clínico) para la obtención del Grado de Especialidad de Riesgo Obstétrico, en la Universidad Norberth Wiener.

Magdalena, Noviembre del 2017

Atentamente,


Ministerio de Salud | Dirección de redes integradas
de Salud Lima Centro
CENTRO DE SALUD "MAGDALENA"
DR. FEDERICO LIZÁRRAGA F.
Médico Responsable de la Atención de la Salud
C.O.P. 18311 - R.N.E. 19396

Dirección: Av. Nicolás de Piérola N° 617-623, Cercado de Lima -Perú
Telf. (511) 207-5700