



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Trabajo Académico**

Complicaciones materno - perinatales en una gestante con tuberculosis pulmonar atendida en el hospital Santa Rosa – Pueblo Libre, 2020

**Para optar el Título de  
Especialista en Riesgo Obstétrico**

**Presentado por:**

**Autora:** Bendezu Rivera, Rosemary Caroline

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2555-4750>

**Asesor:** Mg. Ayala Peralta, Félix Dasio

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2830-3789>

**Lima – Perú**

**2022**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Rosemary Caroline Bendezu Rivera egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y  Escuela Académica Profesional de Obstetricia /  Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES EN UNA GESTANTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – PUEBLO LIBRE, 2020" Asesorado por el docente: Mg. Félix Dasio Ayala Peralta DNI 08476310 ORCID tiene un índice de similitud de (10) (Diez) % con código oid:14912:200868077 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor 1  
 Rosemary Caroline Bendezu Rivera  
 DNI: 45895812

.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....



.....  
 Firma  
 Félix Dasio Ayala Peralta  
 DNI: 08476310

Lima, 30 de enero de 2023

## DEDICATORIA

A mis hijos, que son mi fuerza,  
motivo y razón de ser; porque me  
motivan a ser mejor cada día.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, porque siempre estuvieron conmigo y sobre todo a mi Señor, por sus mil bendiciones y su infinito amor, que se manifiesta día a día.

**ASESOR DE TESIS**

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta

**PÁGINA DE JURADO**

PRESIDENTE

Dra. Ana María Sanz Ramírez

.....

SECRETARIO

Dra. Lady García

.....

VOCAL

Dr. Walter Enrique Tapia Núñez

.....

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO II JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	388
<b>CAPÍTULO III ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN</b> .....	40
3.1. Antecedentes nacionales .....	40
3.2. Antecedentes internacionales.....	433
<b>CAPÍTULO IV DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO</b> .....	477
<b>CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	499
5.1. Conclusiones .....	499
5.2. Recomendaciones.....	499
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50
<b>ANEXOS</b> .....	504

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Flujograma de decisiones terapéuticas para Tuberculosis Pulmonar	54
-----------	--	----



## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las complicaciones materno-perinatales en una gestante con tuberculosis pulmonar atendida en el Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre, 2020.

**Material y métodos:** El estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión de la historia clínica de un caso clínico que corresponde a una gestante con tuberculosis pulmonar, atendida en el Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre, 2020. Se incluyeron variables como antecedentes personales y obstétricos, complicaciones materno-perinatales; y manejo obstétrico. Se hizo revisión de la literatura para discusión de los hallazgos encontrados.

**Resultados:** Se presenta el caso de una gestante de 29 años que acude a emergencia por dolor tipo contracción, con dificultad respiratoria y taquipnea, con diagnóstico de segundigesta de 32 semanas de embarazo por ecografía, amenaza de parto pretérmino, sepsis foco respiratorio con sospecha de tuberculosis o neumonía, desnutrición crónica y anemia leve, por lo que se decide culminar el embarazo mediante cesárea. El recién nacido fue de sexo femenino, con un peso de 1735 gramos, talla 42 cm, Apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos y edad gestacional por Capurro de 33 semanas. Luego ante una serie de pruebas se diagnostica tuberculosis pulmonar en la paciente, siendo hospitalizada por 6 días iniciando su tratamiento de esquema 1.

**Conclusiones:** Las complicaciones maternas fueron: parto pretérmino, anemia, desnutrición crónica y sepsis foco respiratorio; mientras que las complicaciones perinatales fueron: prematuridad y bajo peso al nacer.

**Palabras clave:** Gestación; Complicaciones materno-perinatales, tuberculosis pulmonar.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the maternal and perinatal complications in pregnant women with pulmonary tuberculosis treated at Hospital Santa Rosa - Pueblo Libre, 2020.

**Material and methods:** The study is observational, descriptive, retrospective, to review the clinical history of a clinical case that corresponds to a pregnant woman with pulmonary tuberculosis, treated at the Santa Rosa Hospital - Pueblo Libre, 2020. Variables such as personal and obstetric history, maternal-perinatal complications were included; and obstetric management. A review of the literature was made to discuss the findings.

**Results:** The case of a 29-year-old pregnant woman who came to the emergency room due to contraction pain, with respiratory distress and tachypnea, with ultrasound diagnosis of second pregnancy at 32 weeks of pregnancy, threat of preterm birth, respiratory focus sepsis with suspected tuberculosis or pneumonia, chronic malnutrition and mild anemia, so it was decided to end the pregnancy by caesarean section. The newborn was female, with a weight of 1735 grams, height 42 cm, Apgar of 8 at minute and 9 at 5 minutes and gestational age by Capurro of 33 weeks. After a series of tests, pulmonary tuberculosis was diagnosed in the patient, and she was hospitalized for 6 days, starting her treatment of scheme 1.

**Conclusions:** The maternal complications were: preterm delivery, anemia, chronic malnutrition and respiratory focus sepsis; while the perinatal complications were: prematurity and low birth weight.

**Keywords:** Gestation; Maternal-perinatal complications, pulmonary tuberculosis.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad con un importante impacto en la salud pública, que perturba a la población mundialmente, y ésta es producida (1), por alguno de los 4 microorganismos que conforman el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y cuyo reservorio es el ser humano (2). Esta enfermedad es una causa esencial de fallecimiento, y para el año 2018 se enfermaron aproximadamente 10 millones de personas, de los cuales 1.5 millones murieron por dicho padecimiento; además, la Organización Mundial de la Salud registró 484 000 eventos nuevos de resistencia a la rifampicina realizando resistencia un 78% (multirresistente). Existen nuevos casos de tuberculosis según región teniendo principalmente en primer lugar a Asia Sudoriental (44% de eventos nuevos), seguida por la Región de África (24%) y el Pacífico Occidental (18%). Por otro lado, dos tercios de los eventos nuevos de TB a nivel mundial se generaron en ocho países: India, Indonesia, China, Filipinas, Nigeria, Pakistán, Bangladesh y Sudáfrica (3).

La tuberculosis es transmitida de individuo a individuo por medio del aire, principalmente cuando se tose, estornuda o escupe, ante lo cual expulsa bacilos tuberculosos al ambiente, y suficiente con que un sujeto inhale algunos bacilos para infectarse. Entre los síntomas comunes se tiene la tos productiva, debilidad, malestares torácicos, reducción de peso, sudores nocturnos y fiebre (4). Y para conocer el diagnóstico, varias regiones dependen de la baciloscopia de esputo, una prueba que se utiliza durante años (5).

Alrededor del mundo, la tuberculosis mata a más mujeres cada año que cualquier otra patología infecciosa, afectando su edad reproductiva; por lo que el embarazo representa un gran riesgo al momento del diagnóstico (6). La tuberculosis durante el embarazo no es muy común; sin embargo, solo se sabe que se transmite por vía aérea, según un estudio realizado por Sugarman et al., se calculó que durante el 2011, se hallaron 216.500 casos de gestantes con TB activa y las regiones en la que prevaleció más fueron África (41,3%), el suroeste de Asia (31%), el oeste del mediterráneo (13%) y la región de las Américas (10%) (7); los principales medios de transmisión son los enfermos con radiografías que indican cavitaciones pulmonares y usuarios con baciloscopia positiva en esputo. Hipócrates describe el embarazo como un factor beneficioso de dicho padecimiento ya que el desarrollo del útero comprime el árbol bronquial, permitiendo liberar hormonas durante esta etapa, mejorando el curso de la tuberculosis. Actualmente se conoce que una embarazada que sufre una tuberculosis previa o durante el embarazo, puede culminar su etapa y dar a luz a un niño saludable, conservando la lactancia materna (8).

La tuberculosis en la embarazada se transmite e infecta de la misma manera que en la población no embarazada, siendo la forma más común la transmisión de persona a persona mediante las gotitas de Flügge en pacientes portadores de una TBC pulmonar o laríngea, a través de la tos o estornudo (9). La existencia de tuberculosis en las embarazadas es parecida que, en las no gestantes, principalmente con tuberculosis pulmonar (10); cabe resaltar que la clasificación de la TBC en la gestación es en tres estadios según su condición: exposición a la TB (embarazada asintomática, con

contacto conocido, con una prueba de la tuberculina (PT) y una interferón gamma release assays (IGRA) negativos); infección tuberculosa latente (embarazada asintomática, posee una PT/IGRA positivo pero es normal la radiografía de tórax; dichas usuarias no poseen la capacidad de transmitir la infección) e infección tuberculosa activa (manifestaciones clínicas compatibles con TB, radiografía con hallazgos sugestivos y PT/IGRA positivos) (11). Entre otros síntomas principalmente para las gestantes se tiene la fatiga, la anorexia y la letargia; cabe resaltar que la coexistencia entre la TBC y la gestación ocasiona múltiples complicaciones, principalmente por su condición inmune. Las complicaciones obstétricas esenciales y evidenciadas son el aborto espontáneo, parto prematuro, el retardo de crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer; incrementando esto la mortalidad materna y neonatal y, raras veces, la tuberculosis congénita (10, 12).

A nivel Perú, existen algunos estudios que analizan la incidencia de TBC en gestantes, especificando la prevalencia de las complicaciones; entre ellos tenemos la investigación de Bedoya donde refiere que el 4.1% tienen bajo peso y el 6% fueron pequeños para la edad gestacional; y Cortijo el caso de prematuros fue 5.9%, pequeño para la edad 3.4% y peso bajo 7.6%. Es esencial recalcar que la tuberculosis en la gestación sin tratamiento generará una morbilidad del 23%, y mortalidad materno-infantil de 14%. Sin embargo, con un tratamiento precoz se consigue una tasa de curación del 90%. (13, 14)

Considerando que actualmente existen escasos estudios en nuestro medio, principalmente en el Hospital Santa Rosa, el presente análisis de caso tuvo

como propósito conocer las posibles complicaciones que puede acarrear la tuberculosis pulmonar en la gestante y en el niño, teniendo en cuenta que en el caso clínico a analizar la paciente tiene desde el inicio un abordaje inadecuado y un diagnóstico tardío de la enfermedad, ante esto, se recomienda esta valoración, dado que es necesario conocer la influencia de la tuberculosis sobre la gestación, parto y neonato, para comprender su comportamiento en nuestro ambiente.

## CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

### 1.1. Descripción del caso clínico

#### 2.3.1 Datos de Filiación:

- Nombres y apellidos : RSE
- Edad : 29 años
- Sexo : femenino
- Grado de instrucción : Secundaria Incompleta
- Estado civil : Conviviente
- Religión : católica
- Raza : mestiza
- Ocupación : independiente
- Lugar de nacimiento : Iquitos
- Modo de Ingreso : Emergencia

#### 2.3.2 Antecedentes Personales

##### Antecedentes Personales Generales:

- TBC: No
- Diabetes mellitus: No
- Hipertensión: No
- Cirugía Pélvica: No
- Infertilidad: No
- CIE –R75: No
- Alergias: No
- Transfusiones: No

##### Hábitos nocivos:

- Fuma: No
- Alcohol: No
- Drogas: No

## **Antecedentes Gineco-Obstétricos:**

### **Ginecológicos:**

- M: 13
- RC: 3/20-30
- Dismenorrea: No
- MAC: inyectable trimestral  
hace 5 años
- Ultimo PAP: No tiene

### **Obstétricos:**

- G: 2      PARA: 1001
- RN con mayor peso: 2900
- Partos anteriores: Si

### **2.3.3 Antecedentes Familiares:**

- Ninguno

### **2.3.4 Embarazo actual**

- FUR: duda
- EG: 32 sem
- FPP:08/03/2020 por ECO I°T
- Vacuna antitetánicos: Si
- Grupo Sanguíneo: O +
- Ex. Orina (+) 18/10/19
- RPR: No reactivo (17/08/19)
- PR Hepatitis B (-) 17/08/19
- VIH:      No      reactivo  
(17/08/19)
- Núm. CPN: 5
- Hemoglobina:      10.8  
(18/10/19)

## **EPICRISIS (Primer ingreso)**

### **IDENTIFICACIÓN:**

- Apellido paterno: R
- Apellido materno: S
- Nombres: E
- Sexo: Femenino
- Edad: 29 años
- Tipo de seguro: SIS



**RESIDENCIA HABITUAL:**

- Departamento: Loreto
- Provincia: Iquitos
- Ocupación: independiente
- Estado Civil: Conviviente

**INGRESO**

- Fecha de ingreso: 12/01/2020
- Hora: 15:00
- Acceso al Hospital: Directo
- Servicio: Obstetricia
- Vía de Ingreso: Emergencia
- Profesional: Gineco-obstetra

**EGRESO**

- Fecha: 18/01/20
- Servicio: Gineco-obstetricia
- DX. Principal: Puérpera mediata parto distócico
- Estancia: 06 días
- Estado Ginecológico: Puérpera
- Estado Clínico: Sana
- Condición: Mejorado
- DX. Adicional: Tuberculosis Pulmonar

**PARTO:** Cesárea

**NACIMIENTOS:** Recién nacido mujer

## HISTORIA MEDICA DE EMERGENCIA

**12/01/2020. 15:00 horas**

**Anamnesis:** Tiempo de enfermedad: 6 semanas

**Forma inicio:** Insidioso

**Signos y síntomas principales:** Tos, fiebre niega pérdida de líquido.

**Relato:** Paciente refiere que mes y medio antes de su ingreso presenta tos con expectoración amarillenta y fiebre que no cede con la medicación.

**Antecedentes:** Patológicos: Niega                      Alergias: Niega

Fecha de última menstruación (FUM): 11/08/2019

G1: En el año 2009, parto eutócico, peso recién nacido 2200 g.

Cirugías: Niega      FPP=08/03/20                      G2 actual      EG=32ss x ecografía

### **Examen clínico:**

PA: 80/50      R: 27x'                      P: 115                      T: 38.4                      Peso: 40 KG

Lucido                      Palidez                      Fiebre                      Deshidratación

Cabeza y cuello: normocéfalo, cuello, no se palpa tiroides, no tumoraciones

Piel y faneras                      : tibia, poco hidratada, no edemas, no cianosis.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos.      Pulso: 120x minuto.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

se ausculta crépitos en bases a predominio de ambos hemitórax.

### **Examen obstétrico:**

Altura uterina: 24cm. SPP: LCI.      LCF: 180-190x minuto. Movimientos fetales (+).

Dinámica uterina: No se evidencia. Tono: Conservado.

Cérvix: posterior, largo, orificio cervical externo cerrado.      AP: -4.

Membranas: Integras. Pelvis: Ginecoide PLA (-), PSV (-)

**Neurológico:** LOTEPE, Glasgow 15/15

**Exámenes Auxiliares:**

Hemoglobina, perfil de coagulación, Glucosa, Urea, Creatinina, Bilirrubinas Totales, TGO, TGP, DHL, Análisis de gases arteriales AGA, Electrolitos, PCR, Procalcitonina, urocultivo, RX. Tórax, eco abdominal, NST, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Grupo y Factor

**Diagnóstico Presuntivos al Ingreso:**

1. Segundigesta de 32ss por ecografía
2. No trabajo parto
3. Sepsis a descartar
4. Foco urinario vs foco respiratorio
5. Taquicardia fetal

**Plan de Trabajo**

Interconsulta a UCI

Pasa a trauma shock

**TRAUMA SHOCK**

**12/01/20. 17:00 horas.**

Enfermedad Actual:

**Tiempo Enfermedad:** ±1 mes y medio

**Forma de inicio:** Insidioso.

Signos y síntomas: Tos y dolor de garganta + fiebre.

Paciente refiere que mes y medio antes del Ingreso presento tos seca. foco exigente asociado a alza térmica y sudoraciones que remite con medicación (no recuerda los nombres) de forma temporal.

**Relato Cronológico:** días después reaparece tos productiva con secreción amarillenta ± hace 3 semanas, persiste con tos. Episodios de alza térmica y dolor

de garganta siendo atendido hasta en dos oportunidades en tópico de medicina de HSR. Siendo tratado como faringitis con amoxicilina. Hace 2 días molestias se intensifican y se agrega hiporexia, malestar general, siendo tratada hoy por Emergencia de Ginecoobstetricia.

**Antecedentes Generales:**

Consumo de agua potable: si      Servicio de agua y desagüe: si. Luz: si

Contacto con personas enfermas: Niega

Crianza de animales: Niega      Tabaco: Niega      Drogas: Niega

Antecedentes Fisiológicos

Desarrollo físico: sin alteración

Desarrollo Psíquico: sin alteración

Enfermedades de la infancia, Adolescencia y Adulto:

- Varicela hace +- 28 años

- Pancreatitis (2016)

Respiratorio

Murmulo vesicular: disminución de pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares a predominio izquierdo.

Estertores: se auscultan roncales y crepitantes a predominio de base de hemitórax.

**Presunción Diagnóstica:**

1. Segundigesta de 32 semanas.
2. No trabajo de parto.
3. Sepsis foco respiratorio: descartar neumonía vs TBC
4. Infección respiratoria aguda
5. Malnutrición crónica

6. Anemia leve

**Plan de Trabajo:** Hidratación + antibioticoterapia de amplio espectro

Toma de BK de esputo y RX de tórax

s/s Interconsultas a Neumología y UCI.

### SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA

**12/01/2020**

16:05 Se procede a tomar muestra de orina simple y de cultivo, y se envía a laboratorio.

16:30 Gestante es evaluada por médico de UCI. T= 37.4 °C

17:00 Se administra. ceftriaxona 2gr, es diluido por volutrol.

LCF= 142 x' DU (-)

17:30 Responden I/C neonatología.

Se administra. Clindamicina 900 EV x volutrol SatO<sub>2</sub> = 93%

17:45 Se aplica betametasona 12 mg IM (1ra dosis)

17:50 Se coloca cánula binasal

17:55 Paciente es llevada a monitoreo y ecografía

Pasa a hospitalización 4to piso

Pendiente resultado de análisis y análisis y hemocultivo

19:00 Paciente pasa al servicio shock trauma

20:00 Gestante en trauma shock.

Medico Evalúa LCF: 124 – 136x' Se realiza I/C a neonatología

20:50 Latido cardíaco fetal= 122 – 134 por minuto DU c/5' + / 25"

21:00 Latido cardíaco fetal = 130 por minuto DU c/5' ++ / 25"

## INTERCONSULTA A UCI

**12/01/2020. 16:40 horas.**

Examen clínico preferencial: taquicardia materna / taquicardia fetal a  
descartar

Impresión diagnóstica: 1) Sepsis de foco respiratorio. Descartar NAC vs  
Descartar TBC.  
2) Paciente con evolución de 6 semanas de  
enfermedad, refiere

Motivo de la Interconsulta: sintomatología respiratoria alta y baja

FC: 128 por minuto Sat O<sub>2</sub> 94 %. FR:28x minuto T:38.5 °C

PA: 80/40mmHg con Rx tórax actualizado de sospecha parenquimal

### **Respuesta**

Mujer de 29 años

- Segundigesta 32 semanas. No trabajo parto
- IRA. Descartar neumonía vs TBC
- Descartar sepsis foco respiratorio e ITU
- Desnutrición moderada

### **Sugerencias:**

CINa 9% x 1000ml fluidos I y II frascos

Cobertura antibiótica aplicar post cultivos

Laboratorio: Bioquímica Glucosa, Urea, Creatinina,  
bilirrubinas, transaminasas, hemograma, electrolitos.

Debe coordinarse referencia por no contar con cama en  
UCI / UCIN y posibilidad de termino de gestación +  
requerimiento de UCI Neo.

Se reevaluará a solicitud.

## INTERCONSULTA NEONATOLOGÍA

12/01/2020. 17:30

**Examen clínico preferencial**    Síndrome febril, Taquicardia materna /  
taquicardia fetal

**Impresión diagnóstica**            A descartar sepsis de foco respiratorio.  
  
Descartar NAC vs Descartar TBC.  
  
Paciente con evolución de 6 semanas de  
enfermedad, refiere

**Motivo de la Interconsulta:**    Sintomatología respiratoria alta y baja  
  
FC: 128x'    Sat 94 %    FR:28x    T:38.5  
  
PA: 80/ 40 mmHg con Rx tórax

**Respuesta:** Se toma conocimiento del caso de Gestante 32semanas. Se informa que no contamos con camas UCI Neo por remodelación. Se sugiere transferirse a otro nosocomio.





## HISTORIA MEDICA – HOSPITALIZACIÓN

**12/01/20. 22:00 Horas.** (S) paciente refiere dolor tipo contracción, niega PLA, niega PSV. Funciones vitales: PA: 90/60 mmHg. Abdomen: AU: 24 cm. LCF: 126 lpm. DU: 3 – 4/10/++/30". (P) manejo expectante

### **NOTA DE OBSTETRICA - HOSPITALIZACION**

**13/01/2020:**

**01:45 horas** PA=95/60 P=78x' S0<sub>2</sub>% 96%. LCF = 136 x'

**02:15 horas** PA= 93/53 P=60x' S0<sub>2</sub>=97% LCF = 142x'

DU: c/3' ++ 20". Termina Poligelina

**02:45 horas**

Viene médico de UCI a evaluarla

Diuresis 75cc. PA=95/53 P=62 . S0<sub>2</sub>= 98%

LCF= 136x' DU C/3min ++ 20"

**03:30 horas**

Queda gestante. en observación; con vía permeable

CINa 9% Por Pasar= 200 cc

LCF= 146x' DU: c/3' ++ 20"

**03:50 horas**

Se colocó vía CLNa9% a 30gotas

PA: 91/55 mmHg, P: 68X, SO<sub>2</sub>: 97%

## HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN

**13/01/20**

**04:00**

1. Fecha y hora

Paciente de 29 años refiere dolor tipo contracción, niega PLA, niega PSV, refiere percibir mov fetales. BHE negativo (+2920cc). Con oxigeno suplementario, taquipneica.

PR: 91/54

Al examen: AREG, AMEN, AREH.

FE: 021

Tórax y pulmones: Murmullo Vesicular pasa

RR: 32'

disminuido de HTD, roncales en HTD, no tirajes.

Sato<sub>2</sub>:98%

ABD: NU: 24 SPP: CCI LCF:130' MF: ++

3. Objetivo

Du: 2/10/+20''

O2x CBN a 2litros

Tv: cérvix central I: 50%, AP: -2, permeable a un dedo, PLA negativo, PSV: negativo.

Pelvis:ginecoide

4. Apreciación

**Dx:**

1. G2P1001 32 sem por ECO ITrim

2. Amenaza de parto pretérmino

3. Sepsis PP: respiratorio (D/C NAC vs TBC)

4. Oliguria

Paciente con deterioro

5. PEG

clínico, con oliguria

6. Anemia leve

con balance clínico negativo

**Plan (P)** Se programa a SOP.

(+2920cc)

Se decide culminar embarazo

## NOTA DE OBSTETRICA - HOSPITALIZACION

**13/01/2020**

03:50 h	Se coloca CINA al 9% 1L, I a 30 gts x' PA: 91/55, Pulso: 68x', SO2:97%
04,10 h	LCF: 150x, DU Esporádica c/5 min, +, 20'' Medico indica programar a SOP DIURESIS: 250cc
04.30 h	LCF: 128x. DU c/5'+ 25''
05.00 h	PA: 90/50 Pulso: 84x'. SO2: 96%
05.30 h	LCF: 150 DU: c/5'+ 35'' Pasa a SOP con sonda vesical Con via permeable

## REPORTE QUIRURGICO

**Fecha: 13/01/20**

**Hora inicio: 06:06**

- 1.- Diagnóstico preoperatorio:
1. G2P1001 de 32 ss x Eco I T°
  2. Trabajo de parto pretérmino
  3. Sepsis foco respiratorio: D/C NAC vs TBC
  4. Insuf. respiratoria aguda
  5. PEG
  6. Falla renal aguda
- 2.- Diagnóstico post-operatorio: Lo mismo + oligohidramnios + circular simple
- 3.- Operación practicada: CSTP

4. Hallazgos: Útero y anexos sin alteraciones, se extrae feto en cefálico, con circular simple de cordón rechazable, con clampaje precoz de cordón umbilical.

Perdida sanguínea 310 +- 400CC

**Recién Nacido:** Sexo: F, Peso: 1735grs, Talla: 42 cm, APGAR: 8<sup>1</sup>9<sup>5</sup>. líquido amniótico: escaso, claro. EG: 33ss.

## **HISTORIA MEDICA - RECUPERACION**

**13/01/20. 9:00 horas.**

Paciente mujer de 29 años quien actualmente refirió leve dolor de garganta y en herida operatoria. Niega otras molestias

CFV: PA: 90/50 mg

Al examen: AREG, AMEN, AREH. Ventilando con apoyo de O<sub>2</sub> suplementario con

CBN 2l/min satO<sub>2</sub>: 98%

Abdomen: Útero contraído a 2cm debajo de cicatriz umbilical.

herida operatoria cubierto con apósito seco.

GE: Loquios hemáticos escasos, portadora de sonda Foley con orina clara  $\pm$  800cc en 1h, después de colocación de furosemida 20mg 1 amp.

### **Diagnóstico:**

1. Post operada inmediata de cesárea por gestación de 32 semanas / Trabajo de Parto Pre Término.
2. Definir foco infeccioso: d/c Neumonía vs TBC
3. Insuficiencia respiratoria aguda
4. Desnutrición crónica
5. Anemia moderada

**Plan:** ss. I/C neumología, infectología, UCI, efectivizar toma de BK esputo, control de exámenes de laboratorio

## HOJA DE INTERCONSULTA INFECTOLOGIA

**13/01/20**

**9:00 a.m**

### **Informe de Consultor:**

- Parto Cesárea hoy (13/01/2020)
- Tos (+) x 1 mes
- Flema (+) x 1 mes
- Sensación de alza térmica (SAT) 1 mes
- Sudor 1 mes
- No TBC
- Vive en Magdalena
- Tomó: amoxicilina x 10 d

### **Diagnóstico:**

1. Sintomático respiratorio d/c TBC
2. Puérpera
3. Anemia

### **Sugerencias:**

1. Rx. Tórax, BK esputo, cultivo aspiratorio
2. Pruebas de VIH y Western Blood.

## HISTORIA MEDICA - RECUPERACION

**13/01/20. 10: 30 Horas.**

Paciente en evaluación dado de alta de sala de recuperación por lo que pasa a 3er piso.

## HOJA DE INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA

**13/01/20      12:15 horas.**

-Paciente mujer de 29 años sin antecedentes de importancia en puerperio inmediato.

Refiere cuadro  $\pm$  hace un mes, caracterizado por cursar con tos productiva amarillenta, diaforesis por momentos, tos escasa y disnea.

Examen Físico:

SAT: 99% FC: 66x'

Torax: Murmullo vesicular, pasa normal en ambos campos pulmonares

Roncus y crépitos difusos a predominio de base izquierda.

Rx torax: Patrón intersticial difuso

Diagnóstico:            1. PO. Cesárea.  
                                 2. TBC pulmonar Probable

Se Solicita:

1. Solicitar Bk urgente
2. Medidas de bioseguridad

BK – germen +

Reevaluación a solicitud

## HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN

**14/01/20**

**7:20 am**

1. Fecha y hora

(1) Paciente refiere dificultad para respirar,  
niega sensación de alza térmica, Diuresis (+)  
deposiciones (+)

PA: 90/50 (0) al examen físico: apoyo de oxígeno suplementario

FC: 62 Piel: T/H/E, llenado capilar:<2", palidez (+), ictericia (-)

FR: 20 Abd: Plano, RHA (+), herida bien afrontada cubierta por apósito seco, abdomen blando depresible, doloroso a palpación de hemiabdomen inferior, útero: contraído, a +-2cm debajo de cicatriz umbilical.

PA: 90/50 mg (A) Paciente de 29 años con dx  
(1) PO01 de Cesárea trans peritoneal (CSTP) x sepsis foco respiratorio D/C NAC vs TBC  
(2) anemia moderada

Ho: 8.9 g/dl (P) Seguir indicaciones médicas

### **HOJA DE INTERCONSULTA NEUMOLOGIA**

**14/01/2020, 08:45 h**

Paciente conocido por el servicio cuenta con resultado

BK esputo ++

positivo sensible a la R

**Dx:**

1. TBC pulmonar
2. Post Operada cesárea

**S/s:** Esquema I Isoniazida (H): 200  
Rifampicina (R): 400



Etambutol (E): 800

Pirazinamida (Z): 1000,

Coordinar con PCT.

### **HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN**

14/01/20

11:30 Hr.

Puérpera con T° 39.5 °C

Se solicita metamizol Stat

### **HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN**

**15/01/20**

**08:00 h**

(S) Paciente refiere dificultad para respirar.

afirma SAT: Diuresis (+)

(A) Paciente de 29 años con dx de:

(1) PO02 de CSTP x sepsis foco respiratorio

(TBC)

(2) anemia moderada

(P) Seguir indicaciones médicas

Analgesia.

## HOJA DE INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA

**15/01/2020**

**13:50** Paciente mujer de 29 años, c/ antecedente:

- PO<sub>2</sub> cesárea por gestación de 32 ss
- Niega: Diabetes Mellitus II, Hipertensión Arterial, IMAs

Paciente refiere mejoría de dificultad respiratoria, no disnea al caminar, se le retira cánula nasal saturando 97% FiO<sub>2</sub> ambiental. Ayer presento pico febril de > 39°C.

**Dx:** 1. TBC Pulmonar BK+  
2. PO<sub>2</sub> cesárea

**Plan:**

- Iniciar TTO específico
- Si no persistiera dificultad respiratoria y mantuviera Sa+O<sub>2</sub>, se podría dar alta del servicio
- Al momento no contamos c/ camas
- Se reevaluará mañana para definir permanencia
- Resto de medidas por su servicio.

## HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN

**16/01/2020**

**P003**, refiere leve dificultad para respirar. Afirma SAT

**7:18 a.m**

(S) FC: 78 FR: 18 PA: 95/55

Diuresis (+) por sonda vesical. Deposiciones (+)

(0) Al examen físico: AREG, AREM, AREH

Blando, aprensible y doloroso a la palpación

Útero contraído a 2 cm por debajo de cicatriz umbilical

(A) Paciente de 29 años:

PO<sub>03</sub> de CSTP x sepsis foco respiratorio (TBC)

Anemia moderada

(P) Seguir indicaciones médicas

Analgesia

### **HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN**

PO<sub>04</sub>

**17/01/20**

FC: 78      FR:16(-)      PA: 90/50´

**07:30 a.m.**

(S) Paciente. Refiere leve dificultad para respirar.

Hb8:,9

Afirma SAT.

(A) Paciente de 29 años con dx de:

(1) PO<sub>04</sub> de CSTP x sepsis foco respiratorio (TBC)

(2) Anemia moderada

(P) Seguir indicaciones médicas

Analgesia

## HISTORIA MEDICA - HOSPITALIZACIÓN

**17/01/20**                      **10:30 a.m.**

Se toma muestra de endometrio para búsqueda de mycobacterium tuberculosis a solicitud de neonatología.

PO<sub>05</sub>

**18/01/20 07:35 a.m.**

(S) Paciente refiere dificultad para pasar alimentos sólidos.

PA: 100/50    FC: 75            FR:18

A) Paciente de 29 años con dx de:

(1) PO<sub>05</sub> de CSTP x sepsis foco respiratorio (TBC)

(2) Anemia moderada

(P) Seguir indicaciones médicas

Analgesia

**18/01/20**

- Se pide eco transvaginal, no se le tomó porque su personal no cuenta con equipo de bioseguridad.
- Se pide interconsulta a otorrinolaringología, no se realizó porque persona encargada está de vacaciones.

## HOJA DE INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA – PCT.

**18/01/20**

**HORA: 11:40**

Signos y síntomas principales: Paciente de 29 años de edad con Qx:

Examen clínico preferencial: TBC pulmonar:

Impresión diagnóstica: PO<sub>4</sub> de cesárea

Motivo de la Interconsulta: Paciente con órdenes de alta

Solicitan evaluación y manejo por su servicio en forma ambulatoria para dosificación de medicamentos antituberculosos.

### **Respuesta:**

Paciente mujer de 29 años refiere mejoría de los síntomas respiratorios con buena tolerancia al tratamiento anti TBC.

Refiere persistencia de dolor abdominal de moderada intensidad.

**Dx** 1. TBC pulmonar

2. Post operada

**Plan:** Esquema I

Isoniazida (H): 200 mg

Rifampicina ®: 400 mg

Etambutol (E): 800 mg

Pirazinamida (Z): 1000 mg

Manejo ambulatorio

Cuadro respiratorio

Coordinar con PCT

## CAPÍTULO II

### JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa a predominio de afección pulmonar producida por el Bacilo de Koch; esta enfermedad es una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva, y es el origen no obstétrico común de mortalidad materna, teniendo una mortalidad de hasta un 40%; su alta prevalencia afecta a las gestantes, ocasionando complicaciones como RCIU en el feto o muerte materna, constituyendo un problema de salud pública de elevada morbimortalidad. Por esta razón, el análisis de este caso clínico es de suma importancia y relevancia dado que permitirá conocer de manera más cercana, el curso de la tuberculosis pulmonar en una paciente que debió ser diagnosticada desde los inicios de la gestación y ser manejada en un establecimiento de mayor complejidad, sin embargo, se dio la confirmación del diagnóstico en el puerperio inmediato y es en el tercer trimestre de gestación donde en este caso se inició el manejo del tercer nivel de atención.

Adicionalmente, el estudio es trascendental, dado que detallará el manejo de una situación de suma importancia, como es el caso de la tuberculosis en una gestante, se podrá dar a conocer la realidad institucional; es decir, se analizará si el manejo que se está realizando es el adecuado y si los diagnósticos son los correctos, teniendo en cuenta, el protocolo o guía de atención, esto reflejará la situación hospitalaria y en caso de falencias, se podrá sugerir mejoras en el abordaje de la paciente, teniendo en cuenta, que cada gestante es un caso único.

Asimismo, este caso clínico formará parte de la producción científica que incrementará las bases científicas a nivel institucional y nacional, permitiendo que la población de profesionales de salud, tengan acceso a este estudio y promoviendo a posterior nuevos análisis, en base a una realidad actual.

## CAPÍTULO III

### ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Antecedentes nacionales

Haro S, realizó un estudio en Perú, en el año 2015, acerca de “Tuberculosis Pulmonar En Gestantes Como Factor De Riesgo Para Restricción De Crecimiento Intrauterino En El Hospital Regional Docente De Trujillo”, cuyo propósito indicar que la TB pulmonar en embarazadas es indicador de restricción de desarrollo intrauterino. El estudio fue analítico, observacional, de cohortes y retrospectivo, con información de historias clínicas del año 2004 al 2014. Entre los principales resultados se halló una asociación significativa entre TBC y RCIU. La frecuencia de la TBC pulmonar en gestantes fue 0.06%, los casos de RCIU en gestantes con TBC pulmonar fue del 6.66%, además la TBC en el embarazo incremento en 2.8 veces la probabilidad de tener como resultado un feto con RCIU y a su vez se encontró que el diagnóstico y tratamiento precoz en el embarazo con TBC pulmonar disminuye significativamente el riesgo de tener como resultado RCIU ( $p:0.0005$ ). Se concluyó que la TBC pulmonar en embarazadas es un indicador de riesgo para el RCIU. (15)

Tocasca D, ejecutó en una investigación realizada en Perú, en el año 2017, titulada “Tuberculosis Pulmonar y su repercusión en el embarazo y Recién Nacido en el Puesto de Salud San Pedro de Carabayllo en el período de 2010 a 2014”, con el objetivo de determinar la repercusión de la tuberculosis pulmonar en el embarazo y el recién nacido. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se incluyó una muestra de 27 casos de tuberculosis



pulmonar durante la gestación. Los resultados más resaltantes fueron que el 85% de las gestantes con tuberculosis se encontraron entre los 25 – 29 años de edad, el 92.6% evidenciaron tos, el 7.4% tuvo bajo peso, el 85.2% de las gestantes recibió medicamentos del esquema I, en las repercusiones encontradas se observó que el 85.2% presentó anemia durante el embarazo y el 14.8% tuvo ganancia de peso gestacional baja; en las secuelas del neonato se observó que el 48.2% obtuvo una puntuación APGAR 4 a 6 moderada depresión, el 51.8% se observó que tuvo bajo peso al nacer. La conclusión fue que hay efectos importantes correspondientes a tuberculosis pulmonar durante el embarazo y en los neonatos de las mismas, lo cuales podrían ser modificables por un control prenatal conveniente que detecte a tiempo los signos y síntomas de esta enfermedad en las gestantes. (16)

De la Cruz D, en su estudio realizado en Perú, año 2018, cuyo título fue “Relación de la tuberculosis Pulmonar materna y los resultados perinatales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2015-2017” tuvo como finalidad determinar la relación de la tuberculosis pulmonar materna y las complicaciones perinatales. Estudio transversal, correlacional, retrospectivo, analítico (casos y controles), en el que se incluyó una muestra de 74 madres (con y sin tuberculosis). Se tuvo como hallazgos más resaltantes a casos relacionados a RCIU en un 4%, pequeño para edad gestacional 9.3%, bajo peso al nacer 18.3% y un 18.3% en partos pretérmino. Se llegó a la conclusión que existe relación significativa entre la tuberculosis pulmonar en la gestación con los partos pretérmino según el Chi cuadrado ( $\chi^2 = 5.362$ ,  $gl=1$ ,  $p=0.021$ ). (17)

Miranda A, en su estudio efectuado en Perú, año 2015, acerca de “Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes con tuberculosis en el Instituto Nacional Materno Perinatal” cuyo objetivo fue identificar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de tuberculosis en el embarazo. Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; cuyos datos fueron obtenidos directamente de las historias clínicas de las pacientes. En los resultados se encontró una incidencia de 49 casos de los cuales el 78% fueron tuberculosis pulmonares y un 22% extrapulmonares; el síntoma principal fue la tos en un 46.95%, la edad gestacional en promedio fue de 38.8ss, se encontró también que la mayoría de casos fue en nulíparas con un 55.1%, el promedio de edad fue 24.5+- 7.65 años, se presentó un caso con diabetes mellitus y otro caso con VIH positivo y gran parte tenía anemia (75.10%), en resultados en el recién nacido, se halló que el parto pretérmino estuvo en un 18.57%, el 10.21% pequeños para su edad gestacional, 12.24% fueron peso bajo al nacer. Se concluyó que la tuberculosis en gestantes es causa de morbilidad materno-perinatal sobre todo cuando conduce al parto pretérmino. (10)

Montalvo L y Lévano J realizaron una investigación en Perú, año 2013, sobre la “Incidencia de tuberculosis en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2001-2009” cuyo objetivo fue determinar complicaciones perinatales de gestantes y la incidencia de tuberculosis congénita. Estudio descriptivo observacional transversal de tipo retrospectivo, incluyendo gestantes con diagnóstico de tuberculosis. Entre los resultados se encontró que la tuberculosis se diagnosticó durante la gestación en 43.5%, fuera de la gestación 43,5% y durante el puerperio a 13%. Hubo cinco casos de

tuberculosis multidrogorresistente (TBC-MDR). Del total de neonatos, 30,4% pequeño para la edad gestacional y 69,6% fue adecuado para la edad gestacional; 21,7% tuvo peso bajo y 17,4% fue prematuro. Solo un neonato indico sepsis neonatal y ninguno TBC. Concluyeron que la TBC daña la etapa de gestación, puerperio y parto y que se presentan más casos de pretérminos, PEG y RCIU que en la población en general. (17)

Soto D, Matzumura J, Gutiérrez H, Zamudio, efectuaron un estudio en Perú, acerca de “Mortalidad y morbilidad materno perinatal en pacientes con tuberculosis. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima: 2010-2016”, con la finalidad de indicar las particularidades de la morbilidad y mortalidad materno perinatal en usuarias con tuberculosis. Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. La muestra se conformó por 34 gestantes con diagnóstico de tuberculosis. Entre los resultados se halló que el 91.18% de embarazadas indicaron tener control prenatal, 55.88% terminaron su gestación por cesárea y existieron 11.76% óbitos fetales (4 casos) y 85.29% tenían tuberculosis pulmonar, 65.5% (19 casos) de los neonatos, tenían un peso mayor a 3,300gr., 77.33% de los neonatos se consideraron apropiados para su edad gestacional. Los autores concluyeron que 85.29% mostró tuberculosis pulmonar. El Test de Apgar en el 100% indicó puntuaciones normales (19).

### **3.2. Antecedentes internacionales**

Tejerina H, Díaz M, Gutiérrez M, Cordero J, Conde Y, ejecutaron una revisión de caso clínico en Bolivia, año 2015, acerca de Tuberculosis congénita, cuyo

fin fue reportar un caso clínico de tuberculosis congénita en el recién nacido. El caso es de una mujer múltipara, con un embarazo de 35 semanas, historia de 4 meses previos con tos productiva y expectoración mucopurulenta, disminución de peso y deterioro del estado de conciencia. Con Baciloscopia seriada de esputo positiva y diagnóstico de tuberculosis meníngea, tuberculosis hematógena, corioamnionitis y anexitis, se aplicó antibióticos. Nace producto prematuro por vía vaginal de 1780g, 35 semanas por examen físico, con dificultad respiratoria y requirió ventilación mecánica por 6 días, se recuperó sin mayores complicaciones durante el tratamiento antituberculoso, a los 3 meses se le dio de alta. Concluyeron que la TBC es un padecimiento de diagnóstico complicado y mortalidad alta, debe tratarse y detectarse en la madre. (20)

Macedo M, Flores C, Saldívar D, Treviño G, Vidal O, Luna C, realizaron una investigación sobre "Compromiso perinatal en gestantes con tuberculosis, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", en Monterrey, Nuevo León, México 2004-2012" con el propósito de conocer los efectos perinatales adversos en embarazadas con tuberculosis y contrastarlo con embarazadas que carecen de tuberculosis. Estudio retrospectivo, observacional, comparativo, de prevalencia, expedientes clínicos de 80 pacientes gestantes con tuberculosis. Entre los resultados tenemos que se evidenció una prevalencia de embarazadas con tuberculosis del 0.26%, así mismo, también se observó una correlación significativa entre presencia de tuberculosis y parto pretérmino ( $Rho = -0.395$ ,  $p = 0.034$ ), reducción en el peso ( $Rho = -0.301$ ,  $p = 0.007$ ) y tendencia a presentar una reducción del APGAR al minuto, con recuperación pobre a los 5 minutos ( $Rho = -0.233$ ,  $p = 0.04$ ). La mortalidad en

el grupo de usuarias con tuberculosis fue del 11.5%. Concluyeron que la tuberculosis en la gestación se relaciona con resultados perinatales adversos, como parto pretérmino, atraso en el desarrollo intrauterino, APGAR bajo y aumento en la mortalidad materna. (21)

Domínguez J, Juárez R, Aguirre M, efectuaron un estudio en Argentina, en el año 2004, titulado “Incidencia de tuberculosis en población correntina femenina en edad fértil y embarazos detectados” con el objetivo de detectar las mujeres en edad fértil y gestantes con diagnóstico de Tuberculosis. Estudio retrospectivo en el que se incluyó 81 notificaciones de tuberculosis al año 2004, documentándose 5 casos de tuberculosas embarazadas. De los 5 casos hallados, 4 presentaron complicaciones obstétricas, y respecto a las complicaciones fetales, se encontraron 3 recién nacidos prematuros con baja edad gestacional de los cuales 2 presentaron bajo peso y 1 con defecto congénito. Concluyeron que la tuberculosis en el embarazo incrementa la frecuencia de partos pretérmino. (22)

Ariza D, Jiménez Y, Rodríguez D, realizaron un trabajo en Colombia, año 2016, denominado “Tuberculosis pleural en Gestantes”, realizado en la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Santa Marta. Fue un análisis de caso clínico y sistematización de literatura. Encontraron que la tuberculosis en gestantes es similar a la de la población en general, y así también que el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, disminuye las repercusiones perinatales tanto en la madre como en el neonato teniendo así un pronóstico materno-fetal bueno. Concluyeron que es de vital importancia realizar un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento brindado

y por ende su recuperación total y según la revisión de la literatura si este tratamiento se cumple, la tasa de curación sería de hasta el 90%. (13)

Villagrana JR, y col., en su revisión de caso clínico en México, en el año 2017, acerca de “Tuberculosis Intestinal perforada y embarazo”, en un Instituto Nacional de Perinatología, cuyo objetivo fue el reportar el caso clínico de tuberculosis intestinal perforada en una gestante. El caso fue de paciente primigesta de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, asintomática, sin afectación inmunológica, con tuberculosis intestinal y múltiples perforaciones y hallazgos transcesárea. El diagnóstico se estableció luego de efectuar estudios microbiológicos e histopatológicos, es decir después de la cesárea realizada por trabajo de parto pretérmino, anhidramnios, RCIU, anemia moderada, entre otros, teniendo como hallazgo múltiples perforaciones intestinales con salida de contenido intestinal, y en cavidad abdominal material purulento el diagnóstico fue confirmado luego de los estudios microbiológicos e histopatológicos y así la evolución de la madre y recién nacido fue satisfactorio. Concluyeron que a pesar del hallazgo transcesárea, la fuerte sospecha de tuberculosis y el tratamiento oportuno limitaron la morbilidad y mortalidad de nuestra paciente (23).

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que se transmite de individuo a individuo por medio del aire y se puede dar en el embarazo, con distintos efectos materno-perinatales.

En el presente trabajo se expone el caso de una gestante de 29 años que acude a emergencia por dolor tipo contracción a las 32 semanas de embarazo, con oxígeno suplementario y taquipneica, por lo que se decide culminar el embarazo mediante una cesárea. Ante una serie de pruebas se diagnostica tuberculosis pulmonar, desencadenándose una serie de consecuencias.

Acerca de las complicaciones maternas en una gestante con Tuberculosis Pulmonar, en el presente caso se encontró: anemia, desnutrición crónica y sepsis foco respiratorio; similar al trabajo de Tocasca D (16), en el cual se observó que las repercusiones en las gestantes con TBC fueron en su mayoría anemia, seguido por la baja ganancia de peso gestacional. Así también, Miranda A (10) demostró que la gran mayoría de las gestantes con TBC tenía anemia, pero también se presentó una gestante con diabetes mellitus y otra que tuvo VIH positivo. Por tanto, la gestante tuvo una disminución de la hemoglobina, no sólo por el estado gravídico, sino también por la tuberculosis.

Respecto a las complicaciones perinatales, en el presente caso se evidenció prematuridad y peso bajo al nacer, sin embargo, para la etapa gestacional (33 semanas por Capurro) que tenía el recién nacido su peso era adecuado (1735 gramos, pues se encontraba dentro de los percentiles 10 y 50) y el Apgar al minuto

y a los 5 minutos fue normal (8 y 9 respectivamente). Estos resultados concuerdan con el estudio de Miranda A (10), donde se halló que las morbilidades perinatales en gestantes con TBC fueron el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. Mientras que Macedo M et al (21). encontraron que la tuberculosis en la gestación corresponde a resultados perinatales adversos como parto pretérmino, retraso en el desarrollo intrauterino y APGAR bajo. Por su parte, Tocasca D (16) encontró que dentro de las repercusiones del recién nacido en mujeres con TBC durante el embarazo resaltan la puntuación APGAR 4 a 6, es decir depresión moderada, y bajo peso al nacer. En cambio, en la investigación de Haro se demostró una asociación significativa entre TBC y retardo del desarrollo intrauterino. En síntesis, el recién nacido de una paciente con tuberculosis habitualmente posee una edad gestacional por Capurro menor a 37 semanas y deficiente peso al nacer, además dependiendo del compromiso pulmonar puede tener un Apgar normal o una afectación del mismo.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

- a) Las complicaciones maternas de la Tuberculosis Pulmonar en la gestante fueron la anemia moderada, la desnutrición crónica, la sepsis de foco respiratorio y la cesárea de emergencia.
- b) Las complicaciones perinatales de la Tuberculosis Pulmonar fueron la prematuridad y el bajo peso al nacer.

#### **5.2. Recomendaciones**

- a) Realizar la atención preconcepcional con énfasis en que debe tener un buen estado de salud y descartar diferentes enfermedades y en este caso, que esté dentro del protocolo, el descarte de TBC.
- b) Realizar seguimiento integral, en este caso en la evaluación nutricional y que se derive con el nutricionista las veces que sean necesarias, con la finalidad de mejorar la alimentación de la paciente y prevenir diferentes alteraciones materno-fetales.
- c) Verificar el control correcto y registro del peso y talla de la gestante en las atenciones realizadas.
- d) Reforzar los signos de alarma del embarazo, con una retroalimentación efectiva a las gestantes; su educación y empoderamiento es de suma importancia para el actuar oportuno ante una eventualidad y acudir a tiempo al establecimiento de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales D, Fernández S. Tuberculosis en embarazo y repercusiones neonatales. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; 70(606): 319-323.
2. Goya M, Arencibia A, Rodríguez A, Benito V, García J. Enfermedad tuberculosa durante el embarazo. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2006; 49(3).
3. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. [citado el 09 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
4. Maulén N. Factores de virulencia de Mycobacterium tuberculosis. Rev Med Chile 2011; 139: 1605-1610.
5. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. [citado el 10 de febrero de 2020]. Disponible desde: <https://www.who.int/features/qa/08/es/>
6. Chia-Ling Nhan- Chang, MD, Theodore B. Jones, MD, Tuberculosis in pregnancy, Clinical obstetrics and gynecology, 2010, pp. 311- 321
7. Sugarman J, Colvin C, Moran AC, Oxlade O. Tuberculosis in pregnancy: an estimate of the global burden of disease. Lancet Glob Heal 2014; 2(12): 710–6.
8. Tripathy S, Tripathy S. Tuberculosis and pregnancy. Int J Gynecol Obst. 2006; 80: 247-53.
9. Aragón M., Cubillas I., García I. La tuberculosis durante el embarazo. Revista Médica Electrónica Portales Medicos. 2017: 1-9.

10. Miranda A., Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes con tuberculosis en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Acta Med Per. 2015; 32(3):140.
11. Baquero F, Mellado M, Del Rosal T, Noguera A, Goncé A, De la Calle M. Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (I): epidemiología y diagnóstico. Tuberculosis congénita. An Pediatr 2015; 83(4): e1-e8.
12. Aránzazu A., Martínez L. Tuberculosis y embarazo, más allá de una infección. 2016. Arch Med (Manizales) [Internet]. 2016 [citado el 11 de marzo de 2020]; 16(1):155-66. Disponible desde: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1003/1824>
13. Ariza D, Jiménez Y, Rodríguez D. Tuberculosis Pleural en Gestantes. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Enfermería; 2016. [citado el 11 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1573/1/TB%20Pleural%20en%20gestantes.%20Caso%20Clinico.pdf>
14. Díaz M, Cordero J, Gutiérrez M, Conde Y. Tuberculosis congénita: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Soc Bol Ped 2015; 54(1):14-7.
15. Haro S. Pulmonar En Gestantes Como Factor De Riesgo Para Restricción De Crecimiento Intrauterino En El Hospital Regional Docente De Trujillo. [Tesis]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, 2015. [citado el 11 de marzo de 2020]. Disponible desde: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2640>

16. Tocasca D. Tuberculosis Pulmonar y su repercusión en el embarazo y Recién Nacido en el Puesto de Salud San Pedro de Carabayllo en el período de 2010 a 2014. [Tesis de Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Privada San Martín de Porres, 2017. [citado el 11 de marzo de 2020]. Disponible desde: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2838>
17. De la Cruz D. Relación de la tuberculosis Pulmonar materna y los resultados perinatales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2015-2017. [Tesis de Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Privada San Martín de Porres; 2018. [citado el 14 de marzo de 2020]. Disponible desde: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3443>
18. Montalvo L, Lévano J. Incidencia de tuberculosis en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2001-2009. Rev Per Ginecol obstet [Internet]. 2013 [citado el 14 de marzo de 2020]; 59(2). Disponible desde: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322013000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200004)
19. Soto D, Matzumura J, Gutierrez H, Zamudio. Mortalidad y morbilidad materno perinatal en pacientes con tuberculosis. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima: 2010-2016. REVCOG 2017; 22(1):3-9.
20. Tejerina H, Díaz M, Cordero J, Gutiérrez M, Conde Y. Tuberculosis congénita: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Soc Bol Ped [Internet]. 2015 [citado el 14 de marzo de 2020]; 54(1): 14-7: Disponible desde: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v54n1/v54n1\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v54n1/v54n1_a04.pdf)
21. Macedo M, Flores C, Saldívar D, Treviño G, Vidal O, Luna C. Compromiso perinatal en gestantes con tuberculosis, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González. Revista Facultad de Salud [Internet]. 2013 [citado el 14

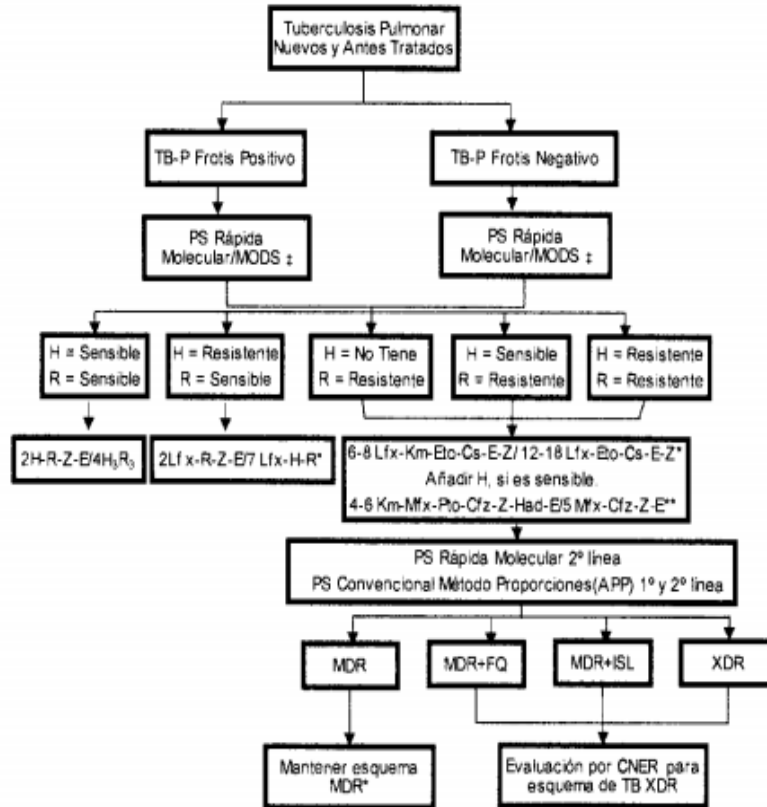
de marzo de 2020]. Disponible en <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/126/220>

22. Domínguez J, Juárez R, Aguirre M, efectuaron un estudio en Argentina, en el año 2004, titulado “Incidencia de tuberculosis en población correntina femenina en edad fértil y embarazos detectados. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2005 [citado el 11 de marzo de 2020], 148: 1-4. Disponible desde: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista148/1\\_148.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista148/1_148.pdf)
23. Villagrana JR, y col. Tuberculosis Intestinal perforada y embarazo. Ginecol. obstet. Méx [Internet]. 2017 [citado el 17 de marzo de 2020]; 85(8). Disponible desde: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000800555](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000800555)
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2018.

# ANEXOS

## Anexo 1.

Figura 1: Flujograma de decisiones terapéuticas para Tuberculosis Pulmonar



**TB-P:** tuberculosis pulmonar, **PS:** prueba de sensibilidad, **H:** Isoniacida, **R:** Rifampicina, **E:** Etambutol, **Z:** Pirazinamida, **Lfx:** Levofloxacin, **Km:** Kanamicina, **Eto:** Etionamida, **Cs:** Cicloserina, **FQ:** Fluoroquinolonas, **ISL:** Inyectable de segunda línea.  
 \*Estos esquemas deben ajustarse a los resultados de PS convencional. \*\*Esquema acortado.  
 ‡ La PS rápida a utilizar es de acuerdo a la disponibilidad de cada región: Genotype, MODS, GenXpert.

Fuente: Ministerio de Salud; 2018. (24)

Anexo 2: Resultado de Turnitin.

**Reporte de similitud**

---

<b>NOMBRE DEL TRABAJO</b> <b>5. TRABAJO ACADÉMICO - Bendezu Rivera Rosemary Caroline.docx</b>	<b>AUTOR</b> <b>Rosemary Caroline Bendezu Rivera</b>
--	---

---

<b>RECuento DE PALABRAS</b> <b>7600 Words</b>	<b>RECuento DE CARACTERES</b> <b>42613 Characters</b>
<b>RECuento DE PÁGINAS</b> <b>54 Pages</b>	<b>TAMAÑO DEL ARCHIVO</b> <b>314.8KB</b>
<b>FECHA DE ENTREGA</b> <b>Jan 27, 2023 4:04 PM GMT-5</b>	<b>FECHA DEL INFORME</b> <b>Jan 27, 2023 4:04 PM GMT-5</b>

---

● **10% de similitud general**  
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

---

Resumen