



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS.**

TRABAJO ACADÉMICO

**“DEMORA OBSTÉTRICA TIPO I COMO UN FACTOR DE LA
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN SEGUNDIGESTA
NULÍPARA, HOSPITAL III-1, LIMA 2017”**

PRESENTADO POR

SEVILLANO APOLINARIO, DIANA MOREIMA

ASESOR

DRA. MIRIAN TERESA SOLÍS ROJAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS
MOQUEGUA - PERÚ**

2021

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
ÍNDICE DE CONTENIDO	ii
RESUMEN DE TRABAJO ACADEMICO	iii
CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 JUSTIFICACION	1
1.3 MARCO TEÒRICO	3
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.3.1.1 ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL	3
1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	4
1.3.2 MARCO TEORICO: DEMORAS OBSTETRICAS Y MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	4
1.3.2.1 Demora Obstétrica: Definición y reseña histórica	4
1.3.2.2 Morbilidad materna extrema: antecedentes históricos	6
1.3.2.3 Morbilidad materna extrema	7
1.3.2.3.1 Criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema	7
1.3.2.3.1.1 Relacionados con los signos y síntomas de la enfermedad específica	8
1.3.2.3.1.2 Relacionados con la falla o disfunción de orgánica	10
1.3.2.3.1.3 Relacionados con el manejo de la paciente	12
CAPÍTULO II	
CASO CLÍNICO	
2.1 OBJETIVOS	12
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	1
2.3. DISCUSIÓN	24
2.4 CONCLUSIONES	25
2.5 RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27

RESUMEN

La morbimortalidad materna es una de las áreas importantes tanto en la investigación como en las políticas de gobierno. El manejo oportuno y adecuado de las complicaciones obstétricas es un factor muy importante para disminuir la tasa de mortalidad materna. Para poder investigar la morbimortalidad materna, se utiliza tres fases, para comprender las brechas en el acceso al manejo adecuado y oportuno de las emergencias obstétricas: la fase I es cuando la mujer y/o familiar se demoran en decidir a buscar atención médica; Fase II es la demora en llegar a un establecimiento de salud adecuado; y la fase III es la demora en la atención en ese establecimiento de salud. Y estas demoras obstétricas son una de las condiciones a que puedan conllevar a que ocurra morbilidad materna extrema como la eclampsia o una muerte materna que puede haber sido prevenido. La morbilidad materna extrema es una complicación muy grave que puede ocurrir durante la gestación, parto o puerperio y que pone en peligro de muerte, por lo que necesita una atención inmediata para evitar la muerte.

Se presenta el caso clínico de una segundigesta nulípara, que acude a un establecimiento de salud acompañada de un familiar quien da los datos, presentando convulsiones tónico clónicas en la puerta del establecimiento, desde hace 4 horas paciente presentaba cefalea, aun siendo cercana su domicilio al establecimiento de salud, aproximadamente 15 minutos. Familiar niega antecedentes personales, sin control prenatal, sin análisis de laboratorio. La obstetra de guardia del área de emergencia toma la presión arterial 160/120 mm/Hg y es evaluada por el

Ginecólogo de guardia para estabilizar y referir a un hospital I – 3; se inicia con protocolo de clave azul con dosis de ataque de sulfato de magnesio y se coloca sonda Foley con bolsa colectora. Es referida con diagnóstico de: segundigesta nulípara de 32 semanas por ecografía, eclampsia. Ya en el Hospital continúa las convulsiones y pasa a trauma shock, le dan el manejo adecuado y se le realiza cesárea de emergencia, continúa inconsciente por lo que es derivada a UCI, con los días su evolución fue favorable, por lo que recibe alta médica a los 9 días.

El objetivo de este trabajo académico es analizar si la demora en tomar la decisión para acudir a un establecimiento de salud es un factor de riesgo para su complicación, ya que una oportuna atención evitaría esas complicaciones.

Este trabajo es revisión de un caso clínico de índole descriptivo y retrospectivo, usando como fuente la historia clínica de la gestante diagnosticada de eclampsia en Hospital I-3 de Lima. Se llega a la conclusión de que la toma de decisiones del paciente y familiar en buscar atención médica inmediata ante un signo de alarma durante el embarazo y el reconocimiento de los signos de alarma de la complicación; es crucial para evitar las complicaciones obstétricas o morbilidad materna extrema.

Palabras clave: Demora obstétrica tipo uno, morbilidad materna, morbilidad materna extrema.

SUMMARY

Maternal morbidity and mortality is one of the important areas in both research and government policy. Timely and adequate management of obstetric complications is a very important factor in reducing the maternal mortality rate. In order to investigate maternal morbidity and mortality, three phases are used to understand the gaps in access to adequate and timely management of obstetric emergencies: phase I is when the woman and / or family member delay in deciding to seek medical attention; Phase II is the delay in reaching a suitable health facility; and phase III is the delay in care at that health facility. And these obstetric delays are one of the conditions that can lead to extreme maternal morbidity such as eclampsia or a maternal death that may have been prevented. Extreme maternal morbidity is a very serious complication that can occur during pregnancy, childbirth or the puerperium and is life threatening, which is why it needs immediate attention to avoid death.

The clinical case of a nulliparous second pregnancy is presented, who goes to a health facility accompanied by a relative who gives the data, presenting tonic-clonic seizures at the door of the establishment, for 4 hours the patient had a headache, even though her home was close to the health facility, approximately 15 minutes. Family denies personal history, without prenatal control, without laboratory analysis. The obstetrician on duty in the emergency area takes the blood pressure 160/120 mm / Hg and is evaluated by the Gynecologist on call to stabilize and refer to hospital I - 3; It begins with a blue code protocol with an attack dose of magnesium sulfate and a Foley catheter with a collection bag is placed. She is referred with a diagnosis of: 32-week nulliparous second pregnancy by ultrasound,

eclampsia. Already in the Hospital, she continues the seizures and passes into traumatic shock, they give her the appropriate management and an emergency cesarean section is performed, she remains unconscious so she is referred to the ICU, with the days her evolution was favorable, for which she receives medical discharge at 9 days.

The objective of this academic work is to analyze whether the delay in making the decision to go to a health facility is a risk factor for its complication, since timely attention would prevent these complications.

This work is a review of a descriptive and retrospective clinical case, using as a source the clinical history of the pregnant woman diagnosed with eclampsia at Hospital I-3 in Lima. It is concluded that the decision-making of the patient and family to seek immediate medical attention before an alarm sign during pregnancy and the recognition of the alarm signs of the complication; it is crucial to avoid obstetric complications or extreme maternal morbidity.

Key words: Type one obstetric delay, maternal morbidity, extreme maternal morbidity.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La OMS refiere que la salud materna abarca todos los aspectos de la salud de una mujer que van desde el embarazo pasando por el parto hasta llegar al posparto. A pesar de que la maternidad generalmente trae experiencias positivas, para muchas mujeres puede significar como padecimiento, o enfermedad hasta inclusive la muerte (1).

En un artículo de revisión en el 2017 sobre morbilidad materna extrema en Latinoamérica encontraron que hay escasas publicaciones (2).

En Perú recién en el año 2012 se inició la implementación de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema (3). El Instituto Nacional Materno Perinatal a partir del 2012 viene realizando la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema y según datos proporcionados por la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental de instituto, en donde reportaron 1107 casos hasta el 2015, en donde las causas asociadas a morbilidad materna extrema han sido pre eclampsia severa/eclampsia con 543

casos, seguida de hemorragia posparto con 150 casos, 128 casos de sepsis no obstétrico y 86 casos de origen obstétrico, 53 casos de abortos, y 30 casos de hemorragias de la segunda mitad de embarazo. Y 117 casos por otras causas (4).

En el 2017, se encontró que la demora tipo I y su relación con la Morbilidad materna extrema en pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca tiene relación directa, obteniendo como resultado que el 66.7% no conoce signos y síntomas de alarma y el 73% no reconoce la situación de riesgo (5).

Aunque la mujer reconozca los signos de alarma durante el embarazo, desde el punto de vista de género, la subordinación de la mujer en la esfera familiar, es determinante para la demora en tomar la decisión, y por ende solicitará tardíamente atención en un establecimiento de salud (6).

1.2 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en una mujer trae muchas ilusiones y expectativas tanto en la gestante como en su familia, pero también puede presentarse situaciones de angustia y miedo ante alguna complicación, al no saber qué hacer ante un signo de alarma; o peor aún, no saber reconocer los signos de alarma durante la gestación sobre todo si las condiciones sociales, culturales, económicas no son las adecuadas, ya que en nuestra realidad la pobreza, la inequidad de género, la falta de información y educación o la cultura van a influir directamente en la forma de actuar de la mujer; y este actuar hará que muchas gestantes se demoren en acudir a un centro de salud ante un signo o síntoma de alarma.

La motivación para revisión de este caso clínico, es porque las complicaciones obstétricas en el transcurso del embarazo, como es el caso de las hipertensiones inducidas por el embarazo severas, se están presentando con mayor frecuencia en mi establecimiento de salud y otro motivo es, que se observa frecuentemente mucha demora en la toma de decisiones para acudir oportunamente al establecimiento de salud y el no reconocimiento de los signos o síntomas de alarma en el curso de su gestación y esto conlleva a un estado de morbilidad materna extrema, lo que produce que disminuyan las probabilidades de salvarse o conllevar a secuelas posteriores al parto; por lo que se cree conveniente revisar el presente caso clínico para conocer si existe una relación entre morbilidad materna extrema y demora obstétrica tipo uno.

La revisión del presente caso clínico es importante porque nos ayudará encontrar la asociación de la demora obstétrica tipo uno como factor de riesgo con la complicación materna extrema y buscar mejoras de forma conjunta, que nos ayuden a reducir las cifras cada vez más elevadas, por el bien de nuestra sociedad.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.1 ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL

Según un estudio retrospectivo donde realizan una serie de revisiones y búsqueda de artículos en base de datos desde mayo de 1972 a marzo del 2013, en el 2014, donde describe la prevalencia de las principales causas de demora en la atención de una complicación obstétrica, según la revisión la mayoría de países involucrados eran pobres, de bajo ingreso, mediano

ingreso; en donde la prevalencia de la primera demora, que es la decisión de buscar atención médica, en varios países según las revisiones, por ejemplo en Argentina el 79% de mujeres que tuvieron alguna complicación se tardaron en buscar atención médica, otro hallazgo en esta revisión es que en 2011 en Afganistán las mujeres se retrasaron 5.6 veces más. Otras causas que reportaron varios estudios es que no reconocían los signos de alarma, o según otro estudio de la revisión en Malawi en 2011 donde la gestante experimentó dolor de cabeza y dolor abdominal y no acudió de forma oportuna a un establecimiento de salud. Otro caso fue el de las venezolanas en que el 38.5% no reconoció los signos de alarma y en Colombia el 82.1% de la gestantes no reconoció los signos de alarma (7).

1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

En el 2014 en un estudio realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, la primera demora fue la causa o desencadenante en 50% de las muertes maternas, concretamente por no reconocer o saber sobre los signos o síntomas de alarma y por falta en ir a buscar de ayuda (8). En una Revisión de artículos el año 2014, se encontró que la prevalencia de las principales causas de una complicación obstétrica, también fue la primera demora, en el que, el 79% no decidió buscar ayuda y el 82.1 % no reconoció los signos de alarma de ninguna complicación (9).

1.3.2 DEMORA OBSTETRICA Y MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

1.3.2.1 Demora Obstétrica: Definición y reseña histórica

En 1994 Thaddeus y Maine en una revisión, emplearon un concepto que es de tres “demoras”, tanto entre el inicio de la complicación y el respectivo

tratamiento y finalmente de su resultado adecuado, todos estos enlazan muchos factores como son la distancia, la independencia de la mujer y la ayuda médica. Esto nos ayuda a vincular tanto el hogar, como a la comunidad y el sistema de salud para poder entender de forma global la morbilidad materna y para la toma de decisiones. Examinaron investigaciones “sobre los factores que: (1) retrasan la decisión de buscar atención; (2) retrasar la llegada a un centro de salud; y (3) retrasar la provisión de atención adecuada” (10).

En un artículo de revisión de literatura sobre el marco conceptual “tres demoras”, presentaron una reseña y discusión de ello; la búsqueda fue realizada en Pubmed, ISI, Scielo, EMBASE, Google Scholar, y WHOLIS library, en relación a demoras en atención obstétrica desde el año 1980 hasta el 2011, usaron varias palabras clave, entre ellas “tres demoras”. **Fase I:** Demora de parte de la mujer y/o su familiar para decidir ir a buscar atención médica. En esta demora la causa muchas veces es por el poco entendimiento de lo que es la atención médica, se concluye que la fase I podría ser el resultado de que la mujer demora en reconocer los signos de alarma, y si reconoce demora en tomar la decisión y además demora en salir en busca de ayuda. En esa revisión encontraron que la demora en buscar atención medica es causa de que ellas lleguen en condiciones muy graves; también encontraron que la condición económica, el nivel educativo, la cultura, la autonomía de la mujer, el reconocer la dolencia, la gravedad del problema, y conocimiento y actitudes en relación al uso de los servicios de salud; estas son las barreras más vinculadas al comportamiento para ir en

búsqueda de una atención médica. La **Fase II:** Es la Demora para llegar a un establecimiento de salud adecuado. Según la revisión, encontraron que aunque la mujer haya decidido buscar atención médica de forma oportuna, puede encontrar obstáculos como la distancia enorme para llegar al centro de salud o la ausencia de transporte. También encontraron que no existe la “ventaja urbana” que aunque los encuentran más cerca a los centros de salud, el acceso de estos pobladores de escasos recursos económicos no es mejor que el de los pobladores rurales. También encontraron que pueden demorar entre 10 minutos y un día en llegar al establecimiento de salud; encontraron que las mujeres que logran llegar a un hospital en un intervalo de cuatro horas después de decidir buscar ayuda, tienen más posibilidades de obtener un resultado positivo a comparación que otras que acuden dentro de un intervalo de ocho horas; también el lugar de referencia igualmente influye, si el establecimiento no tiene poder resolutivo o si el personal no está capacitado. **Fase III:** Es la Demora en recibir la atención adecuada en aquel centro de salud. Las demoras tanto en las fases I como la II hará que las gestantes lleguen en condiciones graves al establecimiento de salud; se encontraron estudios que la carencia de personal capacitado, la falta de suministros, demoras en iniciar el tratamiento correcto, carencia de productos sanguíneos, la mala calidad de servicios, y el mal trato también harán que la mujer no decida ir en busca de ayuda y esto reduce una atención de forma oportuna (11).

1.3.2.2 Morbilidad materna extrema: antecedentes históricos

El 2006 en Lima, se aprobó una actividad para toda Latino América, “Promocionar la vigilancia y el análisis de la morbilidad materna extrema a nivel institucional y/o poblacional, adicional a la vigilancia de la mortalidad materna”. Y en abril del 2007, en Santa Cruz de la Sierra se hizo un "Taller para implementar un protocolo de vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema en Instituciones seleccionadas de Sur América” (12).

En el 2012 en Lima se realizó la Reunión Técnica sobre Morbilidad Materna Extrema y que contó con representantes del MINSA, Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), Director Ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), UNFPA, OPS/OMS Perú, miembros del Grupo Impulsor por una Maternidad Saludable y representantes del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), ESSALUD, y FFAA. El objetivo de la reunión fue la presentación de metodología y resultados de encuestas sobre morbilidad materna extrema (13).

En el Perú según cifras del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, la Mortalidad materna en el Perú ha disminuido desde el 2000 hasta el 2018 de 605 a 362 defunciones, lo que consigna una disminución importante (14).

El Instituto Nacional Materno Perinatal tiene un rol importantísimo en el sistema de salud, en el 2016 ha atendido 472 gestantes con morbilidad materna extrema derivadas de todos los centros de salud a nivel nacional,

con un índice de mortalidad de 1,5%, esta cifra son las muertes maternas evitadas (15).

1.3.2.3 Morbilidad materna extrema

Morbilidad materna extrema “es toda complicación presentada durante el embarazo, parto o puerperio, pone en riesgo su vida y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (16).

Según Comité de Mortalidad materna FLASOG tiene tres criterios de inclusión (12):

1.3.2.3.1 Criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema

- Criterios que son relacionados con los signos y síntomas de la enfermedad específica: pre eclampsia severa, eclampsia, choque hipovolémico, choque séptico.
- Criterios que son relacionados con la falla o la disfunción de orgánica: disfunción vascular, disfunción cardíaca, renal, disfunción hepática, de coagulación, cerebral y respiratoria.
- Criterios que son relacionados con el manejo a la paciente: el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, necesidad de intervención quirúrgica de emergencia, y transfusiones (de tres a más unidades de cualquier derivado sanguíneo) (12).

1.3.2.3.1.1 Relacionados con los signos y síntomas de la enfermedad específica:

a) Pre-eclampsia severa: es cuando

- La tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o tensión arterial diastólica menor o igual a 110 mmHg
- Proteinuria \geq 300 mg en orina de las 24 horas

- Relación de proteinuria y creatinina mayor o igual a 0,3 mg/dl
- Oliguria menor de 400 ml en 24 h
- Creatinina mayor de 1,1 mg/dL
- Edema de pulmón
- Incremento de las transaminasas, doble de su concentración
- Trombocitopenia menor a cien mil
- DHL mayor a 600
- Alteración de la vista
- Dolor muy intenso y que persiste en el hipocondrio derecho o en el epigastrio (17).

b) Eclampsia: Es cuando hay de coma o convulsiones generalizadas en pacientes sin que haya tenido de epilepsia y sin ningún trastorno neurológico (17).

c) Choque hipovolémico: Cuando hay:

- Sangrado de origen obstétrico con una pérdida de 25% de la volemia.
- Pérdida mayor de 150 mL/ min o 1000 mL o más.
- Cambios hemodinámicos (La tensión arterial sistólica menor o igual a 90 mmHg o tensión arterial diastólica menor o igual a 50 mmHg
- Caída del hematocrito mayor de 10 puntos. (17).

d) Choque séptico: Sospecha de infección o infección documentada, con dos criterios de la siguiente lista :

- Temperatura mayor a 38,3 °C o menor 36 °C
- Frecuencia cardíaca mayor de 90 Latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto
- Presión arterial sistólica menor de 90 mmHg, Presión Arterial Media menor de 70 mmHg o disminución de la presión arterial sistólica mayor a 40 mmHg

Y también está acompañado con de los siguientes criterios puede ser cualquiera:

- El recuento de los glóbulos blancos será mayor a 12.000 μ L o menor de 4.000 μ L o con más del 10% de formas inmaduras
- Anomalía de la coagulación (INR mayor de 1,5 o PTT mayor a 60 segundos)
- Proteína C reactiva será el doble en plasma
- El Aumento de la Bilirrubina en el plasma será mayor de 4mg/dL o 70 μ mol/L
- La Hiperlactatemia es mayor de 1 mmol/L
- EL llenado capilar se reduce
- Hipoxemia arterial ($P_{aO_2}/F_{IO_2} < 300$)
- La oliguria será aguda con diuresis menor de 0,5 ml/kg/h en 2 horas
- Creatinina es mayor de 0,5mg/dL
- Glucosa plasmática mayor a 140 mg/dL

- Alteración de la condición mental
- El edema será generalizado (17).

1.3.2.3.1.2 Relacionados con la falla o disfunción de orgánica:

a) Disfunción vascular:

- Hipotensión o carencia de pulsos periféricos por más 30 minutos
- Presión arterial menor de 90 mmHg
- llenado capilar mayor de 2 segundos
- Necesidad de soporte vasoactivo
- Hipovolemia luego de la hemorragia
- También se debe considerar como falla vascular cuando la tensión arterial sistólica es mayor de 160 mmHg y que dure más de los 20 minutos (17).

b) Disfunción cardiaca: edema pulmonar y paro cardiaco que necesitan diuréticos endovenosos, o que requiera vasopresor y/o requiera vasodilatador, soporte inotrópico (17).

c) Disfunción Renal:

- Aumento de la creatinina sérica mayor de 1,2 mg/dL, lo que significa que la función renal está deteriorada.
- Oliguria, que no va a responder al reemplazos adecuados de los líquidos y los diuréticos endovenosos
- El equilibrio ácido básico esta alterado (17).

d) **Disfunción Hepática:** El funcionamiento hepático está alterada, que se manifiesta con ictericia de las escleras y de la piel, puede haber o no hepatomegalia o la bilirrubina total será mayor a 3,0 mg/dL. Las transaminasas estarán levemente aumentadas: ALT y AST más de 70 UI/L (17).

e) **Trastorno de la coagulación**

- Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
- Trombocitopenia (600 UI/L) (17).

f) **Alteración Cerebral**

- Convulsiones
- Coma
- Confusión
- Desorientado en tiempo, espacio y persona
- Focalización de signos
- Lesiones isquémicas o hemorrágicas (17).

g) **Respiratoria.** Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Puede haber la necesidad de soporte tanto ventilatorio invasivo o sin necesidad (17).

1.3.2.3.1.3 Relacionados con el manejo de la paciente:

a) **Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos:** Es toda Paciente que requiere ingresar a la unidad de cuidado intensivo, excepto el que se indica para estabilización hemodinámica de elección. Con el ingreso a UCI la supervisión médica es de las 24 horas y puede proporcionar ventilación mecánica continua y uso de vasoactivos (17).

- b) **Necesidad de intervención quirúrgica de emergencia:** Son procedimientos distintos a una cesárea o parto, ante una complicación obstétrica u otra condición de algún compromiso muy grave de la mujer (17).
- c) **Necesidad de transfusiones:** Ante una pérdida aguda sanguínea se produce un compromiso hemodinámico, ante esto requerirá la administración de hemoderivados de tres unidades o más (17).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Introducción

La asociación de las demoras obstétricas y sus complicaciones son frecuentes en el embarazo, y una de los factores determinantes es la toma de decisión de la gestante y sus familiares para acudir de forma oportuna para recibir atención médica ante un signo de alarma que se presenta durante la gestación, ya que ante esta falta de decisión y su consecuente demora desencadenarán en complicaciones maternas graves como es la eclampsia.

En la revisión de este caso clínico, se trata de una demora tipo uno y su complicación ocurrido en un Hospital II – 1 de la ciudad de Lima. Donde la paciente segundigesta nulípara presentó un cuadro de cefalea intensa, en su domicilio cercano al establecimiento de salud, durante 4 horas, no acudió oportunamente a la emergencia, por lo que desencadenó en convulsiones tónico clónico el llegar al establecimiento de salud, por lo que fue manejada según guías nacionales de forma oportuna y adecuada.

2.1.2 Objetivo

- Reconocer al modelo de la demora obstétrica tipo I como un factor de la morbilidad materna extrema en segundigesta nulípara en hospital de Lima en el 21017.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO (Fuente: Historia Clínica)

DEMORA Y ECLAMPSIA EN SEGUNDIGESTA NULÍPARA

I. RESUMEN

19 de mayo 2017, 19:10 pm, ingresa una gestante al área de emergencias ginecobstétricas de un centro de salud en Carabayllo por presentar convulsiones tónicas clónicas más presión arterial 160/100, luego referida a un hospital III-1:

ANAMNESIS: INDIRECTA (Madre)

Filiación

- Edad: 21 años
- Sexo: femenino
- Lugar de procedencia: Pucallpa
- Ocupación: su casa
- Residencia: Distrito Carabayllo
- Nivel de Instrucción: secundaria incompleta
- Lugar de Referencia: Hospital Nivel II – 1

Antecedentes:

a) Personales

- Patológicos: Ninguno
- Alergias: Ninguno
- Quirúrgicos: Ningunos

b) Antecedentes Gineco-obstétricos

- Fecha de última menstruación (FUR): No recuerda
- Fecha probable del parto (FPP): 14 de julio 2017
- Fórmula Obstétrica: G2 P0010
- - E.G: 32 semanas
- G1: Aborto sin información específica
- Atención prenatal (APN): 01 en Huancayo

c) Antecedentes familiares

- No refiere patologías/enfermedades en familiares.

Área de emergencias del Centro de Salud (C.S.): 19 DE MAYO 2017, 19:10 pm

Gestante es atendida por Ginecólogo y Obstetra de guardia.

Relato de la Enfermedad:

- **Síntoma principal:** Mamá de paciente refiere dolor de cabeza y vómito a las 16 horas, y a las 19 horas presenta convulsiones.

Historia de la enfermedad: Paciente es traída por su madre a emergencia del Centro de Salud (C.S.) de nivel I-IV, el día 19 de mayo del 2017 a las 19:10 horas, motivo de la emergencia: convulsiones tónicas clónicas y cefalea; la madre refiere que presentó cefalea y vómitos a las 16 horas y a las 19 horas convulsiones. Paciente

gestante atendida por Obstetra y Ginecólogo de guardia, paciente es estabilizada con dos vías periféricas y con inicio de clave azul con la primera dosis de sulfato de magnesio, y colocación de la sonda (Foley) más bolsa colectora de orina, y es referida a un establecimiento de mayor nivel, Hospital III-1.

- **Examen físico:**

- Frecuencia cardiaca: 98 en 60 segundos
- 20 respiraciones en 60 segundos
- Presión arterial: 160/120 mmHg.
- Temperatura: afebril
- Abdomen: útero aumentado de tamaño ocupado

- **Exámenes auxiliares:** sin análisis

- **Examen Ginecológico:** No se hizo tacto vaginal por las convulsiones permanentes

- **Examen obstétrico:**

- Altura del útero: 29 cm
- Latidos del corazón del feto: 130 en 60 segundos

- **Impresión Diagnostica de Emergencia:**

1. Gestante de 32 semanas
2. Eclampsia
3. Alto Riesgo Obstétrico: No control prenatal

- **Plan de trabajo:**

1. Clave Azul
2. Referencia a Nivel de Mayor complejidad

- **Tratamiento:**

Colocación de dos vías:

1. Sulfato de magnesio al 20%, 10 gramos en 1000 ml de NaCl al 9%, 400 cc a chorro y posteriormente a 30 gotas por cada 60 segundos.
2. Segunda vía: 1 litro de NaCl al 9% como vía.

HOSPITAL III- 1

NOTAS DE EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICIA

19 DE MAYO 2017

19: 55 horas

Motivo de la atención: Convulsiones Tónico-clónicas más presión arterial 160/100 mm/Hg.

Anamnesis: Paciente referida de un establecimiento de salud por eclampsia, PA: 160/100 mmHg, al momento de la evaluación paciente convulsiona tónico-clónica aproximadamente 15 minutos, recibió 6 gr STAT de sulfato de magnesio.

EXAMEN FÍSICO:

Altura Uterina: 32 cm, Latido cardiacos fetales: presentes , Movimientos fetales:

+

Tacto vaginal: diferido, PA: 147/19 mmHg, Pulso: 80 en 60 segundos

Oxigeno saturando a 98%

DIAGNÓSTICO:

- Gestante de 36,5 semanas por medición de altura del útero

- Eclampsia
- No control prenatal

PLAN:

- Pasa a trauma shock para estabilizar vía aérea y reevaluación.
- Se programa para cesárea de emergencia
- Se solicita: Hemograma, glucosa, Creatinina, DHL, Perfil de la coagulación, urea, perfil del hígado.

RP:

1. No administrar oralmente
2. NaCl 9% 1000 ml
3. NaCl 9% 500cc mas sulfato de magnesio 5 ampollas,(1 gr cada hora por 24 horas)
4. Metildopa 1 gr administración oral con intervalo de 12 horas
5. Nifedipino 10 mg administración oral con intervalo 8 horas
6. Sonda Foley
7. Balance Hídrico Estricto
8. Controlar las funciones vitales además controlar el sangrado por genitales externos
9. Controlar la presión arterial
10. Controlar el reflejo osteotendinoso

OBSERVACIÓN (el médico anota): Se explica a familiar la gravedad y mal pronóstico de paciente y feto.

21:00 horas Pos Operada Inmediato de Cesárea

1. Cloruro de sodio 1000 cc más 30 UI de oxitócico a 40 gotas durante un minuto , I-II-III Frascos
2. Sulfato de Magnesio 2gr EV C/24 horas
3. Tramadol 100 s/c cada 8 horas
4. Sonda Foley permeable para controlar la diuresis
5. Realizar estrictamente el balance hídrico
6. Interconsulta a UCI
7. Controlar el sangrado por vagina así como las funciones vitales
8. Transfundir 5 paquetes plaquetarios

HOJA DE INTERCONSULTA DE GINECO OBSTETRICIA A UCI

21:30 pm, paciente pos operada por eclampsia, no consciente durante toda la estancia hospitalaria.

Transferencia del paciente a UCI

Diagnostico presuntivo:

1. Puérpera inmediata de 1 hora (operada de cesárea) por eclampsia
2. Eclampsia
3. Descartar problema neurológico

UCI

NOTA DE INGRESO

23: 15 horas

- **Motivo de ingreso:** Soporte, monitoreo
- **Antecedente:** Gestante de 36 semanas, sin CPN, niega TBC, diabetes mellitus (indirecta). Referida de un C.S. Con cefalea y PA: 160/100mmHg

y trastorno del sensorio con agitación, posteriormente presenta movimientos tónico clónicos más relajación de esfínter y sialorrea.

Con diagnóstico de eclampsia ingresa a sala de operaciones previa dosis de sulfato de magnesio. Luego de la operación presenta largo espasmo y agitación y se re intuba más sedación, ingresa a UCI para continuar manejo

- **Examen de ingreso:**

PA: 130/100 Abdomen: Blando depresible Útero: contraído Diuresis por sonda Foley Sangrado vaginal: loquios escasos.

Análisis preoperatorio: Urea: 29, Creatinina: 1.4, Glucosa: 147, TGO: 64, TGP: 42

HEMOGRAMA: Leucocitos: 15 700, Hemoglobina: 11.2, Plaquetas: 77 000

- **Problema diagnóstico:**

1. mujer de 22 años
2. Pos operada por Eclampsia
3. Encefalitis
4. Insuficiencia respiratoria; descartar neumonía espirativa
5. Plaquetopenia descartar síndrome de Hellp

- **Plan de trabajo:**

1. Hidratación
2. Infusión de sulfato de magnesio
3. Antibiótico profiláctico
4. Tomar muestra de: Creatinina, hemograma, glucosa, perfil hepático, perfil de coagulación, rayos x de tórax, urea.

• **Rp:**

1. Dextrosa a 5% 1000cc
Oxitocina 20 UI
NaCl 20% 01gr } 1000cc/L
2. NaCl 9% 1000cc
Sulfato de Magnesio 10 gr } 50cc7/h
3. Ranitidina 50mg c/ 8 horas
4. Midazolam 50mg
5. Metoclopramida 10 mg c/ 8 horas
6. Metildopa 1gr c/ 8 horas
7. Nifedipino 10 gr sublingual si PA \geq 160/110 mmHg
8. Hidrocortisona 100mg c/8hrs
9. Ceftriaxona de 2gr una dosis c/ día
10. 600 mg de Clindamicina 3 veces por día

23: 50 horas:

PROCEDIMIENTO: Se coloca catéter venoso central

Se solicita Rayos X de tórax

20 – 05 – 2017

UCI

00: 30 horas lectura de Rayos X de tórax: d/c neumoaspiación

Plan: antibiótico

08: 00 am

Paciente femenino de 22 años con:

1. Insuficiencia respiratoria tipo II x Eclampsia

2. Eclampsia
3. Pos operada de 12 horas de cesárea por Eclampsia
4. Plaquetopenia
5. Azoemia (D/C Falla renal aguda)
6. Anemia leve

Frecuencia Cardiaca: 87 x min Frecuencia Respiratoria: 15 x min PA: 120/85
mmHg

Saturación de oxígeno: 98%

Paciente en mal estado general, en posición de cúbito supino

RP:

1. Dextrosa 5 % : 500cc/20 horas
 - NaCl al 20% más una ampolla de
 - Oxitocina 20 UI
2. NaCl al 0.4% 100cc
 - Sulfato de Magnesio 5 ampollas
3. 2 gr de Ceftriaxona endovenoso una dosis por 1 día
4. Clindamicina de 600 mg Endovenoso tres veces en 24 horas
5. Metildopa 1gr c/ 8 horas
6. Hidrocortisona 100mg Endovenoso en 1 día tres dosis
7. 10 mg de Nifedipino, si la PA \geq 160/110
8. 40 mg de Omeprazol endovenoso una vez por día
9. Metoclopramida 10 mg Endovenoso c/ 8 horas
10. Furosemida 20 mg si diuresis \leq 20 cc/hora
11. Control de funciones vitales y Balance Hídrico Estricto

12. Diazepan 10mg Endovenoso condicional a convulsiones

21:00 HORAS UCI

Paciente mujer de 22 años con problemas:

1. Insuficiencia respiratoria
2. Pos operada de cesárea por eclampsia
3. Puérpera mediata
4. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Eclampsia , descartar síndrome de HELLP
5. Plaquetopenia
6. Azoemia no oligúrica

Al momento: El estado general esta regular, nutricionalmente se encuentra regular, hidratación regular, obedece algunas ordenes simples, piel tibia, llenado capilar <2”.

Boca con tubo endotraqueal conectado a ventilación mecánico, abdomen globoso blando y depresible, útero bien contraído, genitales: escasos loquios serohemáticos, metabólico compensado, afebril, evolución estacionaria.

Pronóstico reservado

Plan: Evaluación por ginecoobstetricia

Rp:

- Dextrosa 5% más antidiurético a 80 cc por hora
- Cloruro de sodio 0.9% endovenoso STAT
- Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso
- Suspende sulfato de magnesio
- Resto igual

21 DE MAYO 2017

UCI

08:00 HORAS

Paciente mujer de 22 años con problemas:

1. Insuficiencia respiratoria con ventilación mecánica, en remisión
Extubación
2. Pos operada segundo día de cesárea por eclampsia
3. Puérpera mediata
4. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Eclampsia
5. Injuria renal aguda
6. Plaquetopenia

Al momento: Mal estado general (MEG), despierta obedece algunas ordenes simples, piel tibia, llenado capilar <2”.

Boca con tubo endotraqueal conectado a ventilación mecánico

Abdomen globoso depresible y blando, útero bien contraído

Genitales: escaso sangrado serohemáticos

Metabólico compensado

Afebril

Evolución estacionaria; Pronóstico reservado

Plan:

- Extubación
- Evaluación por gineco obstetricia

RP:

1. Vía

Cloruro de sodio 9% 1000ml
Kalium 20% (01) } 60 CC/H

Poligelina 500 ml – I – Endovenoso pasar en 2 horas

2. Antibiótico

Ceftriaxona 2gr endovenoso c/ 24 horas

Clindamicina 600 mg Endovenoso c/ 8 horas

3. Omeprazol 40 mg Endovenoso c/ 24 horas

4. Metoclopramida 10 mg Endovenoso c/ 8 horas

5. Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso

6. Metildopa 500mg c/ 8 horas

7. Diazepan 10mg Endovenoso condicional a convulsiones

8. Hidrocortisona 100mg Endovenoso c / 8 horas

9. Metamizol 1gr endovenoso si temperatura ≥ 38.3 °C

10. Cuidados UCI

12:10 PM: EXTUBACION: Paciente hemodinámicamente estable, PA:

120/80mmHg, FC: 70 en 60 segundos FR: 12 durante 1 minuto; se procede a

Extubación según protocolo

22 DE MAYO 2017

UCI

08:00 HORAS

PA: 126/81 mmHg FC: 64 en un minuto FR: 16 por minuto Temperatura

igual 37.3 °C

Saturación de O₂: al 97%

Paciente mujer de 22 años con problemas:

1. Encefalopatía
2. Pos operada 3er día de cesárea por eclampsia
3. Puérpera mediata
4. Injuria renal aguda
5. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Eclampsia

Al momento: Regular estado general (REG), REN, REH, somnolienta responde al llamado.

Abdomen globoso blando depresible, útero contraído, herida quirúrgica mediana en buen estado.

Diuresis 167,5 en 24 horas

Metabólico compensado, afebril

Evolución favorable; Pronóstico bueno

Plan:

1. Tomografía espiral multicorte cerebral sin contraste

Rp:

1. Probar tolerancia oral
2. Cloruro sodio 9% 1000ml mas kalium 20% (1/2 ampolla) 40cc /hora
3. Omeprazol 40 mg Endovenoso c/ 24 horas
4. Metoclopramida de 10 mg Endovenoso en 24 horas 3 dosis
5. Tramadol de 50 mg 3 veces durante un día endovenoso si hay dolor intenso
6. Metildopa 500mg c/ 8 horas

7. Diazepan 10mg Endovenoso condicional a convulsiones
8. Hidrocortisona 100mg Endovenoso c / 8 horas
9. Cuidados UCI

16:40 HORAS

1. Suspender Cloruro de sodio 9%
2. Vía salinizada

20:00 HORAS

PA: 129/83 milímetros de mercurio, Pulso: 63 en 60 segundos FR: 11 por 60 segundos Saturación de O₂: 98%

Paciente mujer de 22 años con problemas:

1. Pos operada 3er día de cesárea por eclampsia
2. Puérpera mediata
3. Descartar infarto cerebral occipital derecho
4. Falla renal aguda

Paciente mujer en regular estado general, nutricional e hidratación; en posición de cubito supino, ventila espontáneamente, Saturación de O₂: 98%

Abdomen blando depresible, abdomen distendido doloroso

Renal diuresis 1020 cc en 12 horas

Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente

Plan:

1. Suspender metildopa
2. Monitoreo hemodinámica
3. Monitoreo respiratoria
4. Alta de UCI

23 DE MAYO 2017

UCI

09:10 horas

Problemas:

1. Pos operada 4 ° día de cesárea por eclampsia
2. Anemia moderada

REG, REN, REH, abdomen blando depresible, abdomen distendido doloroso, afebril, hemodinámicamente estable.

Plan: Interconsulta hacia neurología

Rp:

1. Dieta líquida más líquidos según la voluntad de paciente
2. Dextrosa 5% 1000cc mas cloruro de sodio más kalium a 10 gotas por minuto
3. Balance hídrico más control de funciones vitales
4. Evaluación por gineco obstetricia

11: 50 a.m.

Interconsulta a neurología:

Hallazgos: Paciente LOTEP. Activa

Exámenes y procedimientos realizados: TEM cerebral no afectado

Diagnóstico:

- Síndrome convulsivo
- Eclampsia

16: 20 Horas

UCI realiza Transferencia de paciente al servicio de Gineco obstetricia con problemas:

1. Pos operada 4 día de cesárea por eclampsia
2. Puérpera mediata en evolución favorable

GINECO OBSTETRICIA

16:20 HORAS

1. Dieta líquida
2. Dextrosa 5% 1000cc mas cloruro de sodio más kalium a XV gotas por minuto
3. Metildopa 500mg c/ 8 horas
4. Observar sangrado por vagina más higiene vulvoperineal
5. Controlar las FV

24 DE MAYO 2017

GINECO OBSTETRICIA

08:30 HORAS

1. Alimentación blanda y si desea líquidos según su voluntad
2. Metildopa 500mg c/ 8 horas
3. Nifedipino 10 mg vía oral si $PA \geq 160/110$ mmHg
4. Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso si hay dolor intenso
5. Sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas
6. Interconsulta a neurología

Se solicita:

1. Hemograma
2. Perfil de la coagulación

3. Perfil de hígado

9:00 a.m.

Interconsulta a Cardiología

Descripción de hallazgos: asintomática y PA: 100/60

Recomendación: Control ambulatorio

25 DE MAYO 2017

GINECO OBSTETRICIA

07:50 HORAS

1. Alimentos blandos
2. Metildopa 500mg c/ 8 horas
3. Nifedipino de 10 mg vía oral si $PA \geq 160/110$ mmHg
4. Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso si hay dolor intenso
5. Paracetamol de 50 mg , oral, dos veces al día
6. Extracción manual de leche o lactancia materna exclusiva(según estado de recién nacido)
7. Deambulación
8. Ver sangrado de genitales
9. Controlar su PA
10. Curación de herida operatoria

26 DE MAYO 2017

GINECO OBSTETRICIA

07:30 HORAS

1. Su dieta debe ser blando
2. Metildopa 500mg c/ 8 horas

3. Nifedipino de 10 mg vía oral si $PA \geq 160/110$ mmHg
4. Tramadol 50 mg cada 8 horas endovenoso si hay dolor intenso
5. Paracetamol de 50 mg, 2 veces en un día, de forma oral
6. Extracción manual de leche o lactancia materna exclusiva(según estado de recién nacido)
7. Controlar FV y control de loquios
8. Masaje uterino
9. Curación de herida operatoria
10. Pasa a puerperio

Interconsulta a cardiología: PA: 100/60 mm/Hg, Asintomática, control

Ambulatorio

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

08:00 PM

PA: 120/70 mmHg PULSO: 78 x min, Respiración: 19 en 1 minuto, T°: 36.8°C

Puérpera comunica leve dolor en herida de la operación, niega mareos, niega vómitos, afebril, deposición niega, sueño conservado, apetito conservado, sed conservado.

Según examen el físico: paciente aparentemente en regular estado de forma general

Mamas: blandas Cardiovascular: no soplos

Abdomen a la palpación se encuentra blando y depresible, Útero bien contraído

Herida de la operación: afrontado

Genitales externos: ok

Sistema Nervioso: LOTEPE

Diagnóstico: Puérpera mediata por parto distócico por eclampsia de 8 días de evolución

Rp:

- Alimentación completa
- Lactancia materna exclusiva

27 DE MAYO 2017

PUERPERIO

08:00 HORAS

Funciones vitales estables

Exámenes de laboratorio:

DHL: 580 GOT: 32 TGP: 37 HCTO: 34.2

Paciente no refiere molestias, niega náuseas, niega vómitos, niega cefalea

Piel: tibias hidratadas, el llenado del capilar es menos de 2 segundos

Cardiovascular: ningún soplo

Abdomen: No dolorosos a la palpación superficial, útero bien contraído, herida bien afrontado sin signos de flogosis.

Genital externo: loquios normales

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata de un parto distócico por eclampsia de 9 días de evolución

Plan:

1. Analgesia
2. Antihipertensivos
3. Masaje uterino
4. Higiene perineal

Alta médica con indicación

ANALISIS DE LABORATORIO

19/05/2017

Hemograma:

RANGO NORMAL

ERI:	3.52	$10^6/\text{mm}^3$	3.90 – 6.00
Hb:	11.2	g/dl	12.0 – 17.8
HCT:	34.3	%	36.0 – 54.0
VCM:	98	μm^3	80 – 100
PLA:	77	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 500

Perfil de coagulación: Normales

Bioquímica:

ANALISIS	RESULTADO	RANGO
UREA	29 mg/dl	8.000 - 50.00
CREATININA	1.45 mg/dl	0.100 - 0.900
GLUCOSA	147 mg/dl	70.00 – 105.0
FOSF ALCALINA	609 U/I	0.000 – 300.0
TGO	64 UI/l	0.000 – 37.0
TGP	42 UI/l	0.000 – 41.00
BILIRRUBINA T	0.48 mg/dl	0.100 – 1.200
BILIRRUBINA DIRECTA	0.22 mg/dl	0.000 – 0.500
ALBUMINA	2.7 g/dl	3.400 – 4.800
BILIRRUBINA I	0.25 mg/dl	0.000 – 0.500
GLOBULINA	3.2 mg/dl	0.000 – 0.000

20/05/2017 12: 27 HORAS

Hemograma:

RANGO NORMAL

ERI:	3.95	$10^6/\text{mm}^3$	3.90 – 6.00
Hb:	12.4	g/dl	12.0 – 17.8
HCT:	38.3	%	36.0 – 54.0
VCM:	97	μm^3	80 – 100
PLA:	60	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 500

Perfil de coagulación: De valores normales

Bioquímica:

ANALISIS	RESULTADO	RANGO
UREA	28 mg/dl	8.000 - 50.00
CREATININA	1.45 mg/dl	0.100 - 0.900
GLUCOSA	71 mg/dl	70.00 – 105.0
FOSF ALCALINA	444 U/I	0.000 – 300.0
TGO	117 UI/l	0.000 – 37.0
TGP	60 UI/l	0.000 – 41.00
BILIRRUBINA TOTAL	0.71 mg/dl	0.100 – 1.200
BILIRRUBINA DIRECTA	0.30 mg/dl	0.000 – 0.500
LDH	978 UI/l	240.0 – 480.0
ALBUMINA	30.0 g/dl	3.400 – 4.800
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.41 mg/dl	0.000 – 0.500
GLOBULINA	3.0 mg/dl	0.000 – 0.000

Examen completo de Orina

Leucocitos aislados: 0 – 2 x C

Hematíes: 8 – 10 x

Células epiteliales: escasos

Gérmenes: 1+

21/05/2017

Hemograma:

RANGO NORMAL

ERI:	3.13	$10^6/\text{mm}^3$	3.90 – 6.00
HB:	9.9	g/dl	12.0 – 17.8
HCT:	30.6	%	36.0 – 54.0
VCM:	98	μm^3	80 – 100
PLA:	62	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 500

Perfil de coagulación: ok

Bioquímica:

ANALISIS	RESULTADO	RANGO
UREA	33 mg/dl	8.000 - 50.00
CREATININA	1.35 mg/dl	0.100 - 0.900
GLUCOSA	125 mg/dl	70.00 – 105.0
FOSF ALCALINA	346 U/I	0.000 – 300.0
TGO	70 UI/l	0.000 – 37.0
TGP	44 UI/l	0.000 – 41.00
BILIRRUBINA T	0.31 mg/dl	0.100 – 1.200
BILIRRUBINA DIRECTA	0.18 mg/dl	0.000 – 0.500
LDH	643 UI/l	240.0 – 480.0
ALBUMINA	2.7 g/dl	3.400 – 4.800

BILIRRUBINA IND	0.14 mg/dl	0.000 – 0.500
GLOBULINA	2.5 mg/dl	0.000 – 0.000

22/05/2017

Hemograma:

RANGO NORMAL

ERI:	3.40	10 ⁶ /mm ³	3.90 – 6.00
Hb:	10.9	g/dl	12.0 – 17.8
HCT:	33.4	%	36.0 – 54.0
VCM:	98	µm ³	80 – 100
PLA:	105	10 ³ /mm ³	150 – 500

Bioquímica:

ANALISIS	RESULTADO	RANGO
UREA	39 mg/dl	8.000 - 50.00
CREATININA	1.6 mg/dl	0.100 - 0.900
GLUCOSA	103 mg/dl	70.00 – 105.0
FOSF ALCALINA	349 U/l	0.000 – 300.0
TGO	300 UI/l	0.000 – 37.0
BILIRRUBINA TOTAL	0.99 mg/dl	0.100 – 1.200
TGP	33 UI/l	0.000 – 41.00
BILIRRUBINA DIRECTA	0.19 mg/dl	0.000 – 0.500
LDH	569 UI/l	240.0 – 480.0
ALBUMINA	2.9 g/dl	3.400 – 4.800
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.80 mg/dl	0.000 – 0.500
GLOBULINA	2.1 mg/dl	0.000 – 0.000

25/05/2017

Hemograma:

RANGO NORMAL			
ERI:	3.77	$10^6/\text{mm}^3$	3.90 – 6.00
Hb:	12.0	g/dl	12.0 – 17.8
HCT:	34.2	%	36.0 – 54.0
VCM:	91	μm^3	80 – 100
PLA:	141	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 500

OTROS ANÁLISIS

GOT 32 UI/I 0.000 – 32.00 TGP 37 UI/I 0.000 – 31.00

2.3 DISCUSIÓN

Como es conocido, la morbilidad materna extrema es cuando la vida la gestante está en riesgo de morir, por lo que su atención inmediata y manejo adecuado es crucial para su sobrevivencia. Una de las complicaciones maternas es la eclampsia que es la complicación de la pre eclampsia, y tiene signos y síntomas predecesores como por ejemplo la cefalea, y que ante este signo la mujer debe acudir de inmediato a un Centro de Salud y no tener demoras obstétricas. En este caso se observó que paciente estuvo con cefalea durante tres horas, y su literatura de investigación uno de los factores asociados para las complicaciones maternas extremas es la demora obstétrica de tipo uno que se refiere cuando la gestante no toma la decisión de acudir a un establecimiento de salud. Si la gestante hubiera acudido tres horas antes, probablemente se hubiera prevenido la Eclampsia con el manejo adecuado.

Otro factor es la falta de empoderamiento de la mujer, que va de la mano con la falta de educación, la cultura, las costumbres y sobre todo el machismo desde el punto de vista de género y la dependencia de muchas mujeres; toda esta barrera va a conllevar a que la gestante frente un signo de alarma no decida ir de inmediato en busca de ayuda a un establecimiento de salud y por consiguiente demorará mucho en acudir y esto conllevar a su complicación.

Por otro lado la falta de atención prenatal y falta de reconocimiento de los signos de alarma se aúnan a todo esto.

En relación al manejo se actuó de manera adecuada sin demora, según protocolo de la clave azul tanto en el establecimiento como en el hospital, se terminó el embarazo inmediatamente, y felizmente no llegó a desarrollar síndrome de HELLP y no tuvo daño de órganos.

En Perú no se encontró un protocolo de vigilancia en salud pública para morbilidad materna extrema a nivel nacional, en algunos hospitales se realiza esta vigilancia, pero, aun así, se han realizado pocas investigaciones o estudios de casos relacionando morbilidad materna extrema y demoras obstétricas.

Hay pocos estudios en relación a la morbilidad materna extrema tanto en Perú como en Latino América, a excepción de Colombia que tiene incluso protocolos de vigilancia.

2.4 CONCLUSIONES

Según la mayoría de los estudios, como revisiones, pertenecen a países de bajo y mediano ingreso y según evidencia se demuestra que lo que retrasa la atención y su respectiva complicación materna es la falta de reconocimiento de

los signos de alarma y además el no decidir buscar ayuda tanto de parte de la gestante como sus familiares, ambos pertenecen a la primera demora (7).

Las características de la mortalidad materna extrema en el Perú, aun no son descritas del todo, por lo que se requiere identificar en todos los hospitales los casos con esta morbilidad para poder evaluar y mejorar los servicios de la salud materna, para aportar a disminuir la mortalidad materna a través de mejores decisiones (4).

Se concluye para este caso que la demora tipo uno es un factor de riesgo para la morbilidad materna extrema en la paciente.

2.5 RECOMENDACIONES

- Realizar más investigaciones o estudios a nivel local y nacional de casos relacionando morbilidad materna extrema y demoras obstétricas.
- Implementar a nivel nacional un protocolo de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema.
- La mayoría de las muertes maternas son evitables, pero el antecesor es la morbilidad, y precede a todo esto los signos de alarma, la atención prenatal, con todo esto de manera integral podemos contribuir a mejorar los índices de morbimortalidad materna.
- Según la OPS hay varios desafíos para la región como: seguir un estándar, evaluar la magnitud de la mortalidad materna extrema, un kit mínimo de indicadores para medir (18).

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la salud (OMS). Temas de Salud: Salud Materna. 2019.[citado 30 jul 2019] Disponible en: https://www.who.int/topics/maternal_health/es/
2. Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en américa latina. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017 [citado 02 Ago 2019]; 34(3): 505-11. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2017.v34n3/505-511/es>
3. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2017.v34n3/505-511/es>
4. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: Dirección general de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiologia. Implementación de Vigilancia de morbilidad materna extrema (Near Miss), en Perú. Boletín Epidemiológico Numero 51. 2012. [Actualizado 16 al 22 de diciembre, citado 03 Ago 2019]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/51.pdf>
5. Guevara Ríos Enrique. Estado actual de la morbilidad materna extrema en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet].2016 [citado 03 Ago 2019]; 5(1):7-8. Disponible en: http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=Editorial_Pg_7_y_8.pdf&nombre=Editorial_Pg_7_y_8.pdf
6. Ocas Bueno, Jimena Roxana. Morbilidad materna extrema y su relación con las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el hospital regional docente de Cajamarca [Tesis en Internet].Cajamarca.2017 [citado 03 Ago 2019]; universidad nacional de Cajamarca facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de obstetricia. Disponible en:

<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/1800>

7. Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú: un derecho de todas las mujeres / Ministerio de Salud. Dirección general de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2006. [citado 04 ago 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168_maternidad-0.pdf
8. Rodríguez-Angulo E, Palma-Solís M, Zapata-Vázquez R. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2014 [citado 04 ago 2019]; 82:647-658. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom1410b.pdf>
9. María Rosa Pozo Guerrero. Muertes maternas y modelo de las tres demoras. Rev. Peru Obstet Enferm. 10 (2) 2014 [Internet]. 2014 [citado 05 ago 2019]; 10(2):1-5. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/721/564>
10. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med [Internet]. 1994 [citado 16 Ago 2019]; Apr; 38(8):1091-110. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8042057>
11. Carvalho Pacagnella Rodolfo, Guilherme Cecatti José, José Osis María, Paulo Souza João. El papel de las demoras en la atención de la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual. Reproductive Health Matters [Internet]. 2012[citado 16 Ago 2019]; 20(39):155-163. Disponible en: http://www.diassere.org.pe/wp-content/static/pdf/rhm7_8.pdf

12. Ministerio de la protección Social. República de Colombia. UNFPA. Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad materna extrema. Una Nueva estrategia para la reducción de Morbilidad Materna en América Latina. [Internet]. 2010[citado 20 Ago 2019]; disponible en: https://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
13. Organización Panamericana de Salud. Metodología y resultados de la Encuesta Global sobre Morbilidad Materna Extrema [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1965:se-presento-metodologia-resultados-encuesta-global-sobre-morbilidad-materna-extrema&Itemid=900
14. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2016[Internet]. 2019[citado 20 Ago 2019]; Hasta la SE 2 del 2019. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2019/SE02/mmaterna.pdf>
15. Enrique Guevara ríos. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev Perú Investig Matern Perinat [internet]. 2016[citado 20 Ago 2019]; 5(2):7-8 disponible en: https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=7y8_Estado_Actual_de_la_Mortalidad_Materna.pdf&nombre=7y8_Estado_Actual_de_la_Mortalidad_Materna.pdf

16. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 084 [Internet]. 2019[citado 21 Ago 2019]; Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/299155/RM-251-2019-Minsa.PDF>
17. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad Materna Extrema. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública [Internet]. Colombia 2016[citado 21 Ago 2019]; Ver2. Disponible en: <https://cruevalle.org/files/PRO-Morbilidad-Materna-Extrema.pdf>
18. Bremen De Mucio. Morbilidad Materna Extrema. OPS/OMS-Centro Latinoamericano de Perinatología Salud Reproductiva CLAP/SMR. [Internet]. 2018[citado 21 Ago 2019]; disponible en:
19. <http://www.paho.org/relacsis/index.php/es/docs/recursos/reuniones-y-talleres-regionales/2018-11-birmm-ii-taller-mexico/ii-taller-birmm-2018-mex-presentaciones/362-04-birmm-mex-2018-dr-bremen-de-mucio-morbilidad-materna-extrema/file>