



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICE RECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“PRE ECLAMPSIA SEVERA EN SEGUNDIGESTA
CESAREADA ANTERIOR EN HOSPITAL DE III NIVEL
2017”**

PRESENTADO POR

CALDERON HUAMAN RUTH ROSMERY

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

MOQUEGUA – PERÚ

2020

ÍNDICE

Página de jurado.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice del contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras.....	v
Resumen.....	vi
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación.....	3
1.3 Marco teórico.....	4
1.3.1 Antecedentes.....	8
a. Antecedentes internacionales.....	4
b. Antecedentes nacionales.....	6
Preclampsia.....	8
CAPÍTULO II	14
CASO CLÍNICO	14
2.1.- Objetivo:.....	14
2.1.1. Objetivo General.....	14
2.1.2. Objetivos Específicos.....	14
2.2.- Historia clínica.....	15
2.3. Discusión.....	61
2.4. Conclusión.....	63
2.5 Recomendaciones.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	71
Anexo N° 1 Manejo inmediato de eclampsia.....	72
Anexo N° 2 Flujograma para aplicación de protocolo de Clave Azul.....	73
Anexo N° 3 Fisiopatología de la preeclampsia.....	74
Anexo N° 4 Kit de Clave azul.....	75
Anexo N° 5 Manejo del Sulfato de magnesio.....	76

Lista de tablas

Tabla N° 1 Diagnóstico diferencial de las enfermedades hipertensivas.....	10
Tabla N° 2 Prevalencia de preeclampsia, eclampsia y síndrome Hellp.....	11
Tabla N° 3 Factores asociados a la preeclampsia.....	12
Tabla N° 4 Funciones Vitales.....	42
Tabla N° 5 Funciones Vitales.....	46

Lista de figuras

Figura N° 1 Invasión trofoblastica en el embarazo normal.....	09
---	----

RESUMEN

El presente documento académico pretende revisar la literatura relacionada a presión arterial incrementada durante el embarazo, y como debe enfrentar esta patología cuando el servicio de atención no es acorde a la expectativa que la paciente tiene, ello trae como resultado la solicitud de alta voluntaria con el riesgo que ello puede implicar a la gestante aumento en la morbilidad tanto materna como perinatal, así mismo los sistemas de contrareferencia y referencia se muestran vulnerables a la decisión de la paciente y la atención de parto de alto riesgo. Objetivo: Analizar el manejo de la Preeclampsia severa en una segundigesta cesareada anterior en un establecimiento de salud público nivel III. Concluyendo que el manejo de la preeclampsia estuvo acorde a la norma técnica sin embargo la paciente solicita su alta voluntaria debido a que no sentía ninguna molestia y sentía que durante su estancia hospitalaria no tuvo una evolución favorable, las complicaciones que se podrían haber generado y la atención en condiciones de riesgo. Se recomienda enfatizar en el manejo humanizado del trato a la gestante siendo fundamental para atención de una persona.

Palabras clave: Preeclampsia severa; Segundigesta; Cesárea anterior.

SUMMARY

This academic document aims to review the literature related to increased blood pressure during pregnancy, and how this pathology must be faced when the care service is not according to the expectation that the patient has, this results in the request for voluntary discharge with the The risk that this may imply for the pregnant woman, an increase in both maternal and perinatal morbidity, likewise the counter-referral and referral systems are vulnerable to the decision of the patient and the care of high-risk delivery. Objective: To analyze the management of severe preeclampsia in a previous second cesarean pregnancy in a level III public health facility. Concluding that the management of preeclampsia was in accordance with the technical norm, however, the patient requested her voluntary discharge because she did not feel any discomfort and felt that during her hospital stay she did not have a favorable evolution, the complications that could have been generated and the care in risky conditions. It is recommended to emphasize the humanized management of the treatment of the pregnant woman, being fundamental for the care of a person.

Keywords: Severe preeclampsia; Second pregnancy; Previous cesarean section.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

En un periodo anual de tiempo, millones de mujeres mueren por razones relacionadas a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Las mujeres que sobreviven a estas condiciones clínicas son consideradas como que sobrevivieron a una complicación materna cercana a la muerte. Hay información de casos que complementan la data colectada a través del análisis de muerte materna, que permiten realizar el análisis de los diversos sistemas de atención a la salud materna⁽¹⁾. La Preeclampsia es una complicación que tiene la peculiaridad de ser irreversible en algunos casos y de ser progresivo afectando de esta manera a diversos órganos, lo que conlleva a ocasionar fallas multisistémicas que derivan a muertes maternas y en muchos casos ocasionan la muerte del producto de la concepción. Diversos autores refieren que esta patología del embarazo tiene una incidencia del 3 a 22%. Aunque en nuestro país, esta tasa puede variar entre 10 y

15% dentro de la población que está dentro del hospital. En los diversos análisis que se han realizado se observa que el mayor número de casos de esta patología se presenta en la costa, pero sin embargo por las condiciones de accesibilidad geográfica de la sierra hay una mayor proporción de muertes maternas. Según el Ministerio de Salud, representa con el 32% la segunda causa de muerte materna. Según los datos de la Región Junín, en la década anterior fue la primera causa de muerte, con 33% ⁽²⁾.

La tasa de Preeclampsia en países del primer mundo en comparación a los de en vías de desarrollo son diferentes, mientras en el primero fluctúa entre 5 y 10% esta se eleva a 18% en los segundos. En países similares al nuestro esta tasa fluctúa entre 40% y un 80% de las muertes maternas, este incremento se debe a la restricción del crecimiento uterino y a los partos pretérminos que quintuplican la mortalidad materna. Casi un 60% de las gestantes con esta patología acuden a los centros de atención antes de las 34 semanas, y un peso aproximado de menos de 2000 gr. Casi un 60% de las gestantes con esta patología acuden a los centros de atención antes de las 34 semanas, y un peso aproximado de menos de 2000 gr. ⁽³⁾.

La preeclampsia causa morbilidad severa, discapacidad a largo plazo y muerte entre la gestante y su bebé; en el mundo esta patología es responsable de 200.000 muertes maternas anuales y se relaciona con un incremento de la mortalidad perinatal en 20 veces ⁽¹⁾.

En el establecimiento de salud en el año 2018 ha habido 30% casos de mujeres gestantes con preeclampsia ⁽²⁾.

1.2. Justificación

Se han realizado diversos estudios que han evaluado el riesgo que causa tener preeclampsia tanto para la mujer embarazada así como el producto de la concepción, con resultados cada vez más determinantes. Muchos estudios muestran que si bien en la costa hay más casos de esta enfermedad es en la sierra o selva del Perú donde se presentan la mayor notificación de muertes maternas. En muchos casos el manejo que se dan a los casos clínicos son diferentes de acuerdo al lugar, a la accesibilidad económica, geográfica, social, cultural, y ello hace que el paciente sienta que se le trata de manera indiferente o en ocasiones la paciente tiene tantas cosas que hacer o por qué preocuparse que solicitan su alta voluntaria aun en desmedro de su propia integridad. Existe evidencia científica y de práctica clínica que indican los condicionantes de la preeclampsia y el manejo que debe darse pero aún no logramos encontrar una manera que permita reducir el número de muertes maternas que provoca, por esta razón es que hacemos esta investigación, porque permitirá analizar el manejo de la gestante con preeclampsia durante la etapa del embarazo acorde a los estándares técnicos establecidos por la regulación nacional, esto ayudará para que los encargados de la atención puedan revisar a través de este trabajo la literatura y el manejo de atención en casos este se le presente y elaborar una respuesta a casos como el mostrado en aras de reducir las probabilidades de morbilidad y de ese modo se contribuya a disminuir los índices de mortalidad materna perinatal ⁽²⁾.

Una atención adecuada y acorde a las expectativas de la paciente ayuda a que las personas acuda a los establecimientos de salud, hecho que puede contribuir a reducir los índices de mortalidad de la madre y el niño.

1.3. Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Internacionales

MUSA et al. Nigeria – 2018. Musa buscó estimar la incidencia y los condicionantes a desarrollar en la preeclampsia. De un total de 2416 mujeres embarazadas, 323 fueron elegibles para su inclusión. La incidencia de Preeclampsia fue de 87,9 por 1.000 embarazos (8,8%). Los condicionantes significativos para la Preeclampsia fueron tener antecedentes previos (RR = 5,1, IC del 95%: 2.2-12.1) e IMC al reservar ≥ 25 kg / m² (RR = 3.9, IC del 95%: 1.5-10.0). Siendo así que una historia previa de la enfermedad y las embarazadas con sobrepeso u obesidad tienen un riesgo significativo de desarrollar la enfermedad en el curso del seguimiento gestacional. Sugirieron que dirigirse a las mujeres con estas características para la intervención preventiva temprana y evitar sus complicaciones ⁽³⁾.

MUÑOZ et al. México – 2017. Se elaboró un instrumento predictivo para factores de riesgo, mediante un estudio prospectivo, analítico con 60 pacientes en un hospital en el estado de México, (HGO del IMIEM) se trabajó con una base de datos supervisado por un árbol de decisión, para este análisis se utilizó la curva de ROC y la red neuronal artificial. Se obtuvo 93.3% de precisión y del 100% según el instrumento utilizado. Se concluye que utilizar este tipo de instrumentos contribuye a predecir las complicaciones de la preeclampsia ⁽⁴⁾.

XIAO et al. China – 2014. Estudio con el fin de determinar si la etnicidad predispone al desarrollo de preeclampsia. Describió que las mujeres chinas que viven fuera del continente chino tienen una prevalencia más baja de preeclampsia que las residentes caucásicas. Realizó un estudio retrospectivo para identificar los factores potenciales que pueden estar relacionados con la preeclampsia en China. Un total de 67 746 mujeres embarazadas se

incluyeron en este estudio entre 2002 y 2011. Los datos incluyeron la edad materna, el índice de masa corporal materna (IMC), la edad al matrimonio, la paridad, la gestación y la presión arterial en el momento del diagnóstico, la proteinuria y el peso al nacer. En China, esta patología es baja en comparación con las personas de Causca, y ello podría ser debido al IMC o el estilo de vida, incluido el período de convivencia con la pareja. Concluyendo que la etnicidad china puede ser un factor responsable del bajo riesgo de desarrollar preeclampsia en las poblaciones estudiadas ⁽⁵⁾.

GIORDANO et al. Brasil – 2014. Vigilaron la muerte materna grave. En el período de estudio de un año, hubo 82,388 mujeres ingresadas en los 27 hospitales de maternidad que participaron en el estudio; estas mujeres dieron a luz 82,144 nacidos vivos (LB). 9,555 mujeres presentaron complicaciones graves relacionadas con el embarazo y tenían los requisitos solicitados en el estudio. De esta población, 910 mujeres progresaron a SMO (770 NM materno y 140 muertes maternas); El 20% de los casos de eclampsia, el 4% de los casos de otros trastornos hipertensivos graves (excluyendo la eclampsia) y el 17% de otras morbilidades (trastornos infecciosos y hemorrágicos) desarrollaron SMO. Respectivamente, casi el 4% de los casos de eclampsia y otras morbilidades y el 0,4% de los casos de otros trastornos hipertensivos graves murieron. Concluyeron que las mejoras en las estructuras sociales y educativas por sí solas probablemente no conducirán a los cambios necesarios para un menor nivel de morbilidad ⁽⁶⁾.

ABALOS et al. 2013. Una sistemática revisión de 40 países con 39 millones de mujeres, mostraron una tasa estimada de preeclampsia y eclampsia de 4.6% y 1.4%, respectivamente; en Brasil, estas cifras fueron de 1.5% y 0.6%. La revisión mencionó países en los que estos números ni siquiera se conocen debido a la falta de registros oficiales, lo que hace que sea muy difícil recomendar estrategias para intervenciones que puedan contribuir a mejores resultados maternos y perinatales. A pesar de las cifras

presentadas, los datos brasileños todavía se subestiman porque existen diferencias regionales indiscutibles en un país de tamaño continental, como Giordano et al. han demostrado al encontrar una prevalencia de eclampsia de 0.2% en las regiones sur y sureste, mientras que en las regiones cardinales opuestas, esta proporción fue de 8.1% ⁽⁷⁾.

B. Antecedentes Nacionales

LUCERO et al. Lima – 2018. Lucero, durante el periodo 2016 – 2017, en un hospital de la capital peruana realizo un estudio observacional analítico, retrospectivo de corte transversal, de casos y controles. Se incluyeron 128 gestantes, de las cuales se separaron en un grupo de casos con 64 gestantes que fueron diagnosticadas con preeclampsia y un grupo control con 64 gestantes que no presentaron dicha enfermedad. Se encontró que los condicionantes fueron antecedentes previos de la enfermedad (OR= 4,22), IMC aumentado (OR=3,24), antecedente de aborto (OR= 3,24) y si la gestante viene de un ámbito rural (OR= 6,33) ⁽⁸⁾.

FLORES et al. Huancayo – 2017. Buscó encontrar particularidades clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional de Huancayo – Perú en el periodo 2015-2016. Realizaron un estudio tipo retrospectivo, transversal, descriptivo. Se analizaron un total de 140 reportes clínicos de pacientes de entre 19 y 34 años con preeclampsia (53,57%). Se concluye que el síntoma que se muestra con más frecuencia es la cefalea, siendo fundamental el control para evitar recurrencia en embarazos futuros ⁽⁹⁾.

REVILLA et al. Trujillo – 2016. Revilla, en el Hospital Belén de Trujillo, realizó un estudio caso-control, con 130 gestantes, quienes fueron seleccionadas entre el grupo que tuvo la patología y quienes no la tenían, dentro de los resultados se obtuvo que la cesárea

era un factor condicionante para desarrollar la enfermedad (OR 2.76). Finalmente tener un antecedente previo te condiciona a tenerla en el siguiente embarazo ⁽¹⁰⁾.

HEREDIA et al. Loreto – 2015. Heredia, en un Hospital de la selva peruana durante 5 años evaluó 330 historias clínicas, un grupo tenía la enfermedad y el otro grupo no. Dentro de lo hallado esta que hay riesgo en menores de 20 años, mayores de 34 años, EG menor de 37 semanas, nuliparidad, obesidad, diabetes, antecedentes previos. Concluyéndose que se debe vigilar a la gestante que tenga alguno de estos antecedentes mencionados ⁽¹¹⁾.

BALLETA et al. Lima - 2013. Estudio realizado en un hospital del sur de la capital, de tipo caso control que encuentra que los factores de riesgo son tener una edad mayor a 35 años (OR 1.12), nuliparidad (OR 2.61), primípara (OR 2.75), inadecuado control prenatal (OR1.35), antecedente de preeclampsia (OR 2.04). Vía de parto más frecuente es la cesárea. Se recomienda ampliar la cohorte y realizar más estudios ⁽¹²⁾.

MORALES et al. Lima – 2011. Morales, en un hospital de la provincia del Callao, hizo un análisis y encontró una prevalencia del 10.8%, identificando algunos criterios de riesgo: antecedente de violencia física (OR: 1.32), no planificación del embarazo (OR: 1.23), primigravidad (OR: 1.54), antecedente previo de preeclampsia (OR: 3.16) e IMC alto (OR: 3.2). Los investigadores señalan una relación directa entre problemas de sociales y la preeclampsia ⁽¹³⁾.

MARCO TEÓRICO

PREECLAMPSIA

a. Definición

Esta patología muestra la alteración fisiológica de las células endoteliales que tienen las arterias espirales del útero, producto de una invasión inadecuada del citotrofoblasto, que produce la alteración de la placentación y por consiguiente desarrolla el síndrome isquémico en el tejido placentario que compromete varios órganos maternos^(13, 14, 15). Es un síndrome clínico que se presenta después de la mitad de la gestación (20ª semana de embarazo) con hipertensión⁽¹⁶⁾, que puede ser aislada o superpuesta a la hipertensión crónica. La hipertensión arterial se define como presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y / o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, que debe medirse en más de una ocasión y con un lapso de diferencia de entre 4-6 horas, en un monitor de presión arterial calibrado y adecuado para el biotipo de la mujer bajo evaluación y administrado por un profesional capacitado⁽¹⁷⁾. Para llamarse preeclampsia, una de las siguientes condiciones debe coexistir:

- a) Proteinuria (demostrada por la relación de proteinuria / creatinuria por encima de 0,3 mg / mg, o mediante prueba de tira reactiva de orina igual o superior a 1+, o por proteinuria de 24 horas por encima de 300 mg / 24 h);
- b) Disfunciones de los órganos maternos que pueden ser insuficiencia renal, caracterizadas por creatinina por encima de 1,02 mg / dl; insuficiencia hepática, caracterizada por el incremento en dos veces por encima de lo usual de las transaminasas, o dolor en el hipocondrio derecho o epigastralgia; Complicaciones neurológicas, caracterizadas por escotomas o cefalea persistente acompañada de hiperreflexia o estados confusionales o eclampsia o accidente cerebrovascular o amaurosis; y complicaciones hematológicas consistentes de trombocitopenia o hemólisis;

c) Disfunciones uteroplacentales: restricción del crecimiento fetal; cambios en los estudios de velocimetría Doppler de la arteria umbilical, especialmente si se combinan con alteraciones en las arterias uterinas ⁽¹⁸⁾.

Como se puede observar, la proteinuria no es una condición que defina la preeclampsia, como se creía anteriormente. De acuerdo con el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Estudios para la Hipertensión Gestacional, publicado en 2014 y reforzado en 2018, todas las mujeres embarazadas con hipertensión deben ser investigadas por afectación múltiple de órganos, incluso si presentan proteinuria negativa, para descartar la hipótesis de la preeclampsia. Este enfoque es innovador y tiende a abarcar más ampliamente los casos que son descuidados por la ausencia de proteinuria ⁽¹⁹⁾.

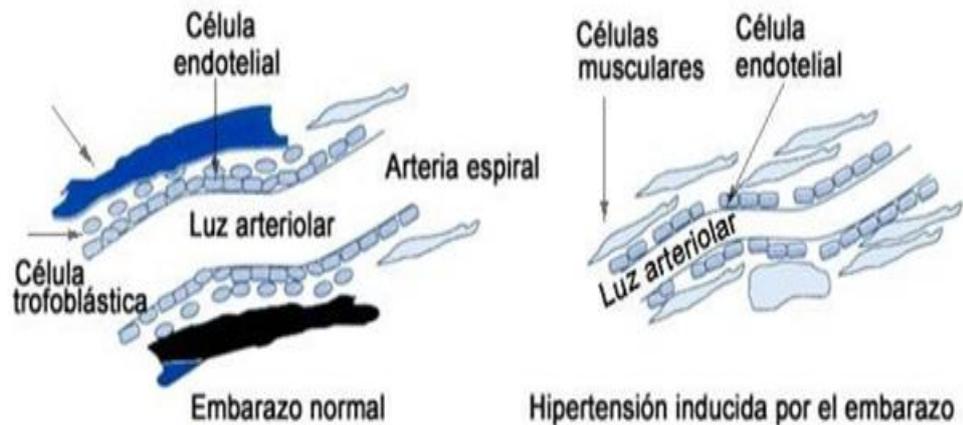


Figura N°1 Invasión trofoblástica alterada en la preeclampsia – eclampsia

Tabla Nº 1 Diagnóstico diferencial de las enfermedades hipertensivas en la gestación			
Clínica	Hipertensión Clínica	Hipertensión gestacional	Preeclampsia
Inicio de hipertensión	< 20 semanas de gestación	Generalmente 3er trimestre	20 semanas
Grado de hipertensión	Leve o severa	Leve	Leve o severa
Proteinuria	Ausente	Ausente	Generalmente presente
Urato de Sodio > 5,5 mg	Raro	Ausente	Presente casi siempre
Hemoconcentración	Ausente	Ausente	Enfermedad severa
Trombocitopenia	Ausente	Ausente	Enfermedad severa
Difusión hepática	Ausente	Ausente	Enfermedad severa

Fuente: Pacheco. Preeclampsia y eclampsia ecos de una presentación. Ginecol. obstet. 2001; 47 (2): 85-94

La Preeclampsia es una de las condiciones más graves de la mujer embarazada, ya que afecta tanto a ella misma como al feto, llegando a ser una causa importante de morbimortalidad materno perinatal. A nivel mundial se conoce que la mortalidad materna es alta ^(20, 21), esta varía entre 1,5% hasta 2,9%, siendo las principales causas de muerte las hemorragias, relacionadas al postparto, a coagulopatía, desprendimiento de placenta, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, síndrome Hellp y rotura del hematoma hepático ^(22, 23).

En la década de los 90, esta patología fue una de las tres causas más frecuente de muerte, representando el 15.8% de las mismas ⁽²⁴⁾. Este porcentaje se incrementa cuando se complicaba con la eclampsia, siendo la mortalidad materna específica debida a preeclampsia ha sido 237/10 000 recién nacidos según Pacheco ^(25,26,27).

Tabla Nº 2 Prevalencia de preeclampsia, eclampsia y síndrome Hellp, en algunos hospitales del Perú, al año 2004.

Preeclampsia	
Hospital Arzobispo Loayza	14.20%
Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo	13.80%
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	12.00%
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	12.00%
Hospital Materno Infantil San Bartolomé	11.00%
Instituto Materno Perinatal	10.00%
Eclampsia	
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	0.40%
Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo	3%
Hospital Cayetano Heredia, de Lima	4.10%
Hospital Cayetano Heredia, de Piura	6.10%
Hospital María Auxiliadora	8%
Síndrome Hellp	
Hospital Cayetano Heredia, de Lima	4.10%
Instituto Materno Perinatal	1.60%
Hospital Materno Infantil San Bartolomé	0.90%
Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo	4.90%

Fuente: Pacheco. Preeclampsia/eclampsia: Simposio de Hipertensión Arterial. Acta Med Per. 23(2) 2006

b. Etiología

La preeclampsia y la eclampsia ocupan el segundo o tercer lugar en el ranking mundial de causas de morbilidad y mortalidad materna ⁽²⁸⁾. En un estudio implementado por la OMS, que evaluó las causas de muerte materna ocurridas entre 2003 y 2009, las causas hipertensivas aparecen en segundo lugar, ocurriendo en el 14% de los casos, precedidas solo por causas hemorrágicas, responsables del 27.1%. de las muertes maternas ⁽²⁹⁾.

La preeclampsia es una enfermedad compleja, se han postulado varios mecanismos fisiopatológicos para su desarrollo, tales como la hipoxia, la inmunidad, genética o el metabolismo ⁽³⁰⁾; así mismo, incremento de los factores anti-angiogénicos ⁽³¹⁾, estrés oxidativo placentario por desbalance de los pro oxidantes y antioxidantes maternos ⁽³²⁾ y

expresión aberrante de las citoquinas, lo que ocasiona una respuesta inflamatoria sistémica exagerada ⁽³³⁾.

c. Factores de Riesgo

La Preeclampsia es una enfermedad que ha sido ampliamente investigada, por lo cual, en este tiempo se ha recabado información sobre factores desencadenantes de esta patología, entre los cuales tenemos ⁽¹³⁾: primer embarazo, un nuevo padre, enfermedad previa, familiares con la patología, raza negra, hipertensión crónica, edad materna joven (<20 años), edad avanzada (>35 años), incremento del IMC, embarazo múltiple, diabetes mellitus pre gestacional, hiperhomocisteína, enfermedades metabólicas, tabaquismo, reproducción asistida.

Tabla N° 3 Factores asociados a la preeclampsia

Factores asociados al embarazo
• Anormalidades cromosomales
• Mola hidatidiforme
• Hydrops fetal
• Embarazo múltiple
• Ovocito donado
• Anormalidades congénitas
• Infección urinaria
Factores maternos múltiples
• Edad mayor de 35 años
• Edad menor de 20 años
• Raza negra
• Antecedente de preeclampsia
• Nuliparidad

<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia en familiares
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, obesidad, enfermedad renal
Factores paternos específicos
<ul style="list-style-type: none"> • Padres por primera vez

Wagner L. Diagnosis and Management of Preeclampsia. Am Fam Physician. 2004; 70(12): 2317-2324.

d. Factores Protectores

Así como se ha investigado lo que predispone a tener la enfermedad, también se han estudiado eventos protectores para dicha enfermedad, así tenemos, el embarazo previo haya sido a término, cumplir con una dieta y tomar vitaminas, aspirina, ejercicio físico ⁽³⁴⁾.

e. Tratamiento ⁽²⁾

Solución salina al 9 por mil, 50 gotas por minuto, control de diuresis con sonda de Foley y bolsa colectora.

Sulfato de magnesio 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 ml) con solución salina 9 o/oo 50 ml. y debe administrarse 4 gramos (40 ml) en 15 a 20 minutos, como dosis inicial de ataque; se continuará con una infusión de 1 g por hora (10 ml por hora) y mantener la infusión por 24 horas.

Control de presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 15 minutos.

Control de reflejos rotulianos

f. Pronóstico

El pronóstico de una mujer con Preeclampsia va a depender mucho del tratamiento que esté llevando, la adherencia al mismo, el evitar exponerse al riesgo, etc. Que vuelva a ocurrir el evento se ha pronosticado en un 15% de los casos en la primera gestación ⁽³⁵⁾. En otro

estudio realizado en Tanzania la probabilidad de recurrencia fue 9,2 veces mayor (IC 95%: 6,4 a 13,2) en quienes tuvieron antecedentes en una gestación previa ⁽³⁶⁾.

Se han mencionado varios factores de riesgo para el desarrollo de la Preeclampsia, sin embargo, estos mismos factores de riesgo también lo son para enfermedades cardiocoronarias. Es así, tener preeclampsia brinda mayor riesgo de sufrir alguna enfermedad cardiocoronaria posteriormente ⁽³⁷⁾. Sattar et al ⁽³⁸⁾ encontró que las mujeres con preeclampsia tuvieron una presión diastólica ($p < 0,05$), con mayores concentraciones de molécula 1 de adhesión de células endoteliales y molécula 1 (ICAM-1) de adhesión intercelular ($p < 0,03$) con mayores niveles de insulina ($p: 0,08$) en ayunas y hemoglobina glicosilada ($p = 0,004$). Así mismo, Drost ⁽³⁹⁾ determinó el incremento de la presión arterial es mayor entre 2 a 10 veces en mujeres con antecedentes que en mujeres que no habían desarrollado preeclampsia. Irgens ⁽⁴⁰⁾, en 2001, determinó que el riesgo de morir por razones cardiovasculares entre mujeres con preeclampsia y un embarazo pre término fue 8,12 veces mayor (IC95%: 4,31 a 15,33).

Finalmente, los autores determinan que la carga genética es muy importante en el momento de desarrollar esta patología.

Otro concepto que considerar en el pronóstico es el de diabetes mellitus en mujeres con preeclampsia. Fieg et al ⁽⁴¹⁾ en Canadá, luego un seguimiento de más de 16 años encontró que el haber tenido preeclampsia brinda dos veces mayor probabilidad (CI 1,97 a 2,19) de desarrollar diabetes en relación con quienes no habían tenido o desarrollado esta complicación.

Una investigación realizada en California en 2011, con el fin de investigar el aumento de las muertes maternas observadas en esa región a principios de la década de 2000, reveló que el 79% de las muertes relacionadas con la preeclampsia se debieron a un manejo deficiente ^(42, 43). En otras palabras, la mejora de los resultados de salud materna y fetal está absolutamente asociada con el amplio acceso a los servicios y la calidad de la atención y el manejo de las complicaciones, lo que se traduce en mejores resultados perinatales ⁽⁴⁴⁾.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Analizar el manejo de atención de una gestación con diagnóstico de preeclampsia acorde a la regulación técnica nacional en un establecimiento de salud público nivel III.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Describir el manejo de atención en caso de preeclampsia realizado por el personal de salud.
- Conocer la norma técnica de atención en casos de preeclampsia.

- Evidenciar los esfuerzos que realiza el equipo multidisciplinario de salud para dar calidad de atención con calidez.

2.2.- SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

ADMISIÓN A EMERGENCIA

13 de agosto de 2017

23:42 hrs

Gestante acude por emergencia refiriendo cefalea, zumbido de oídos.

Diagnóstico:

- Segundigesta 34 2/7 semanas por última regla
- Descartar (D/C) Preeclampsia
- Cesárea anterior mayor de 2 años

Presión arterial (P/A) 140/90 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC) 78x'.

Temperatura (T°) 37 °C

Latidos fetales: 142 x'

No presenta contracciones uterinas, sangrado transvaginal ni pérdida de líquido amniótico.

HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA

Edad 29 años, conviviente, estudio hasta nivel secundario, y que se dedica a labores en el hogar.

Paciente ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de 2 días, refiere cefalea holocraneana y tinnitus. Niega otras molestias.

Menarquia: 12 años. Régimen Catamenial 5/30, Papanicolaou: niega, uso de T de Cobre.

Inicio de Relaciones Sexuales: 14 años G2P1001 Última regla 15/12/16

Fecha probable de parto 23/09/17 Fecha de último parto 18/12/2004.

Niega antecedentes patológicos, niega alergias, niega transfusiones.

Antecedentes familiares:

Mamá: antecedentes de presentar Diabetes

Papá: Hipertensión.

Peso: 90.1 kg. Talla 1.55 m. Apetito: normal. Sed: normal. Deposición: normal.

Orina: normal. Sueño: aumentado. Presión arterial: 125/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 85 x', frecuencia respiratoria: 18x'

En regular estado general, de nutrición e hidratación. (REG, REN, REH)

Piel y Tejido celular subcutáneo: tibio, húmedo y elástico, no muestra palidez, edema leve.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mamas: blandas secretantes, simétricas.

Abdomen grávido: movimientos fetales regulares, dinámica uterina ausente.

Latidos cardíaco fetales (LCF): 147, altura uterina: 31cm.

Genitales externos: refiere flujo vaginal verdoso, niega pérdida de líquido amniótico.

Sistema nervioso central: No signos de focalización. Lúcida en tiempo, espacio y persona.

Paciente mujer de 29 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 34 1/7 semanas x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis
- Resfrío común.

Paciente afebril, hemodinámicamente estable con presión inestable, se presentan elevaciones en varias ocasiones.

Plan a seguir:

- Perfil de coagulación
- Interconsulta Nefrología
- Proteinuria de 24 horas
- Maduración pulmonar

23:50 hrs

Se canaliza vía con NaCl 9‰ 1000cc. Pasa 500 cc a chorro.

14 de agosto de 2017

00:00 hrs

Tomar electrocardiograma, muestra de sangre para batería de Preeclampsia.

00:10 hrs

Pasa a monitoreo. Se envía muestra de orina a laboratorio.

00:15 hrs

Se administra Dextrosa 33% 02 ampollas endovenosa.

00:24 hrs

Se inicia Test No estresante latidos cardiacos 142x' Dinámica uterina (-) Sangrado Vaginal (-) Líquido Amniótico (-).

01:08 hrs

Termina trazado de Test No Estresante, reactivo 09/10

01:10 hrs

Sube a Centro Obstétrico con vía permeable NaCl 9%.

Presión arterial 130/90 mmHg.

01:54 hrs

Paciente ingresa a Centro Obstétrico

03:30 hrs

Orden de proteinuria por 24 horas

03:48 hrs

Pasa a área de hospitalización.

03:50 hrs

Paciente ingresa en AREG, con vía con NaCl 9%

Latidos fetales: 141x' Dinámica uterina (-) Sangrado Vaginal (-) Líquido Amniótico (-).

06:00 hrs

Latidos fetales: 139x' no dinámica uterina no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

07:30 hrs

Presión Arterial: 150/75 mmHg Frecuencia Cardíaca: 85 x' Frecuencia Respiratoria: 18 x' Saturación de oxígeno: 98%

Paciente refiere presentar malestar general, tiene mucho frío, niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, deposiciones y orina normales, aspecto (+), niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Aparente buen estado general de nutrición e hidratación.

Piel y Tejido celular subcutáneo: tibia, húmeda y elástica, no palidez, leve edema pre tibial.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos.

Mama: blandas secretantes.

Útero grávido: movimientos fetales presentes, dinámica uterina ausente.

Genitales externos: niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido.

Sistema nervioso Central: No signos de focalización.

Paciente mujer de 29 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 34 3/7 x última regla o 34 1/7 x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis

Paciente estable, afebril, con presión arterial: 150/75 mmHg, además de edemas hasta los tobillos, niega otras molestias, evolución estacionaria.

Plan a seguir:

- Proteinuria 24 horas.
- Interconsulta con anestesiología, cardiología, nefrología, oftalmología.
- Maduración pulmonar.

07:40 hrs

Paciente orientación en espacio y persona en reposo.

08:00 hrs

Visita médica

09:00 hrs

Paciente es llevada a oftalmología

INTERCONSULTA A OFTALMOLOGÍA

10:15 hrs

Gestante de 331/7 ss por Eco

Respuesta de la interconsulta

Retinopatía por hipertensión leve

Control de acuerdo a control.

11:30 hrs

Regresa paciente

12:00 hrs

Funciones vitales: Presión arterial 140/90 mmHg Latidos fetales: 140x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

12:20 hrs

Se realiza electrocardiograma

14:00 hrs

Se brinda confort a paciente

16:30 hrs

Se canaliza vía periférica de ClNa 9% I frasco.

17:00 hrs

Se brinda confort a paciente

18:00 hrs

Funciones vitales: Presión arterial 130/90 mmHg Latidos fetales: 150 por minuto no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

19:30 hrs

Latidos fetales 142x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

23:00 hrs

Latidos fetales 138x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

15 de agosto de 2017

06:00 hrs

Se administra dexametasona 6gr. Intramuscular

07:20 hrs

Presión arterial: 125/80 mmHg Frecuencia Cardíaca: 76 x' Frecuencia respiratoria: 18 x' Saturación: 98%

Paciente refiere no presentar molestias, niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, deposiciones y orina normales, aspecto (+), niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Regular estado de hidratación, nutrición.

Piel y Tejido subcutáneo: tibia, húmeda y elástica, ligera palidez, edema regular hasta tobillos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Útero grávido: movimientos fetales presentes, dinámica uterina ausente. Latidos fetales: 136x´

Genitales externos: niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido.

Sistema Nervioso Central: No signos de focalización. Lúcida en tiempo espacio y persona.

Paciente mujer de 28 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 34 4/7 x última regla o 34 2/7 x ecografía.
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis

Paciente estable, afebril, con presión arterial 125/80 mmHg, además de edemas hasta los tobillos, niega otras molestias, evolución estacionaria.

Plan por seguir:

- Proteinuria 24 horas.
- Interconsulta Nefrología.
- Maduración pulmonar.
- Eco Doppler, test no estresante, perfil de Preeclampsia.

08:00 hrs

- Dieta completa y líquidos a voluntad
- ClNa 9% 1000 cc/ 30 gotas x'
- Nifedipino 10 mg por razones necesarias a P/A 160/110 mmHg
- Control obstétrico
- Funciones vitales (control de Presión arterial c/4hrs en hoja aparte)
- Proteinuria c/24 hrs
- Interconsulta Nefrología, Cardiología, Oftalmología.
- Dexametasona 6 mg intramuscular c/12 x 4 dosis.
- Se solicita ecografía Doppler.

LCF 138x' no presenta dinámica uterina

09:30 hrs

Visita médica deja indicaciones:

Ecografía Doppler – test no estresante

Se solicita: ácido úrico, Glucosa, urea y creatinina, hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático.

12:00 hrs

LCF 152x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

15:00 hrs

Monitoreo Electrónico Fetal

- Test no estresante
- Motivo de examen: Dinámica Uterina
- Factor de riesgo: Preeclampsia.
- Resultado: test no estresante Activo - reactivo

18:00 hrs

Dexametasona 6gr. intramuscular

Latidos fetales 142x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

20:00 hrs

Latidos fetales 148x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

16 de agosto de 2017

00:00 hrs

LCF 139x' no dinámica uterina, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico.

Movimientos fetales (+)

06:00 hrs

Dexametasona 6gr. intramuscular

LCF 134x' No dinámica uterina, movimientos fetales presentes

07:40 hrs

LCF 136x' No dinámica uterina, movimientos fetales presentes

08:00 hrs

1. Dieta completa y líquidos a voluntad
2. ClNa 9‰ 1000 cc/ 45 gotas x'
3. Nifedipino 10 mg condicional a presión 160/110 mmHg
4. Control obstétrico
5. Funciones vitales (control de presión arterial c/4hrs en hoja aparte)
6. Dexametasona 6 mg intramuscular c/12 x 4 dosis.

08:40 hrs

Presión Arterial: 125/70 mmHg Frecuencia cardiaca: 68 x' Frecuencia respiratoria: 15 x' Saturación: 97%

Paciente refiere no molestias, niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, deposiciones y orina normales, aspecto normal, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Aparente buen estado general, nutrición e hidratación

Piel y Tejido subcutáneo: tibia, húmeda y elástica, palidez leve, si edemas hasta tobillos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Abdomen grávido: movimientos fetales regular, dinámica uterina ausente. Latidos fetales: 134 x' Altura uterina: 32cm

Genitales externos: niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido.

Sistema nervioso: No signos de focalización. Lucida en tiempo y espacio.

Paciente mujer de 28 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 34 4/7 x última regla o 34 2/7 x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis

Paciente afebril, hemodinámicamente estable con presión arterial estable.

Plan a seguir:

- Proteinuria 24 horas.
- Completar Maduración pulmonar.

- Reclamar Ecografía Doppler, test no estresante, perfil de Preeclampsia.
- Control de presión arterial en hoja aparte.

12:00 hrs

Presión Arterial 130/80 mmHg, Latidos fetales 136x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

18:00 hrs

Presión Arterial 120/80 mmHg, Latidos fetales 150x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

Dexametasona 6gr. intramuscular

20:00 hrs

Paciente refiere molestias tipo pródromos.

Presión arterial 160/95 mmHg

Nifedipino 10 mg vía oral

22:00 hrs

Paciente en reposo

Presión arterial 110/60 mmHg, Latidos fetales 149x'

17 de agosto de 2017

00:00 hrs

110/60 mmHg

06:00 hrs

130/80 mmHg

07:00 hrs

1. Dieta completa y líquidos a voluntad
2. ClNa 9% 1000 cc/ xxx gotas x'
3. Nifedipino 10 mg condicional a presión 160/110 mmHg
4. Control obstétrico
5. Funciones vitales (control de PA c/4hrs en hoja aparte)
6. Proteinuria c/24 hrs
7. Tinidazol + Miconazol 01 ovulo intravaginal x noche x 7 días.
8. Interconsulta Nefrología.
9. Perfil de Preeclampsia
10. Pruebas de Bienestar Fetal.

07:48 hrs

Presión arterial: 125/70 mmHg Frecuencia cardiaca: 87 x' Frecuencia respiratoria: 13 x' Saturación: 98%

Paciente refiere no molestias, refiere pico de presión arterial asociado a fiebre, niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, deposiciones y orina normales, aspecto (+), niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

En regular estado de nutrición e hidratación.

Piel y Tejido subcutáneo: tibia, húmeda y elástica, palidez leve, edema leve hasta tobillos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Abdomen grávido: movimientos fetales regulares, dinámica uterina ausente.

Latidos fetales: 137 x´ altura uterina: 32cm

Genitales externos: refiere flujo vaginal verdoso, niega pérdida de líquido amniótico.

Sistema nervioso central: No signos de focalización. Lucida en tiempo y espacio

Paciente mujer de 29 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 33 sem x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis

Paciente afebril, hemodinámicamente estable con un solo episodio de elevación de presión arterial.

Plan por seguir:

- Conducta expectante
- Proteinuria 24 horas.
- Completar Maduración pulmonar.

- Solicitar Ecografía Doppler, test no estresante, perfil de Preeclampsia.

Presión arterial: 130 /80 mmHg, Latidos fetales: 138 x', no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

12:00 hrs

Presión arterial: 120/80 mmHg

18:00 hrs

Presión arterial: 140/60 mmHg

20:00 hrs

Presión arterial: 130/80 mmHg

18 de agosto de 2017

00:00 hrs

Presión arterial: 120/80 mmHg Latidos fetales 158x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

06:00 hrs

Presión arterial: 120/80 mmHg Latidos fetales 147x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

07:30 hrs

Presión arterial: 130/80 mmHg Frecuencia cardiaca: 75 x' Frecuencia respiratoria:
15 x' Saturación: 97%

Paciente niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Aparente regular estado de nutrición e hidratación.

Piel y tejido subcutáneo: tibia, húmeda y elástica, no palidez, no edemas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Abdomen globuloso: no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

Latidos fetales: 155 x' Altura uterina: 32cm

Genitales externos: refiere flujo vaginal verdoso, niega pérdida de líquido amniótico.

Sistema Nervioso Central: No signos de focalización. Lucido en tiempo y espacio.

Paciente mujer de 28 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 33 1/7 sem x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis
- Resfrío común.

Paciente afebril, hemodinámicamente estable con presión arterial estable, asintomática.

Plan por seguir:

- Reclamar Ecografía Doppler, test no estresante, perfil de Preeclampsia.
- Control obstétrico.

07:50 hrs

1. Dieta completa y líquidos a voluntad
2. Nifedipino 10 mg condicional a presión 160/110 mmHg
3. Control obstétrico
4. CFV (control de PA c/4hrs en hoja aparte)
5. Proteinuria c/24 hrs
6. Tinidazol + Miconazol 01 ovulo intravaginal x noche x 7 días.
7. Interconsulta Nefrología.
8. Perfil de Preeclampsia
9. Se solicita ecografía Doppler.

12:00 hrs

PA 120/80 mmHg, LCF 158x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

18:00 hrs

PA 120/70 mmHg, LCF 160x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

20:00 hrs

LCF 140x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

19 de agosto de 2017

00:00 hrs

Presión arterial 130/80 mmHg, Latidos fetales 142x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

06:00 hrs

Presión arterial 130/70 mmHg, Latidos fetales 146x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

07:35 hrs

PA: 110/80 mmHg FC: 81 x' FR: 19 x' SAT: 98%

Paciente niega molestias relacionados a su embarazo, refiere rinorrea, niega cefalea,
escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, niega sangrado vaginal, niega
pérdida de líquido, percibe movimientos fetales. Diuresis normal.

Aparente buen estado general, de nutrición y de hidratación.

Piel y Tejido subcutáneo: tibia, húmeda y elástica, no palidez, leve formación de
edema pre tibial.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Abdomen grávido: movimientos fetales en regular cantidad, Dinámica Uterina
ausente. Latidos fetales: 155 x' altura uterina: 32cm

Genitales externos: refiere flujo vaginal verdoso, niega pérdida de líquido amniótico.

Sistema nervioso central: No signos de focalización. Lúcida en tiempo , espacio y persona

Paciente mujer de 28 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 33 1/7 sem x Ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis
- Resfrío común.

Paciente afebril, hemodinámicamente estable con presión inestable, se presentan elevaciones en varias ocasiones.

Plan a seguir:

- Interconsulta Nefrología
- Solicitar Eco Doppler.
- Control obstétrico.

07:50 hrs

1. Dieta completa y líquidos a voluntad
2. Nifedipino 10 mg condicional a presión arterial 160/110 mmHg
3. Control obstétrico

4. CFV (control de PA c/4hrs en hoja aparte)
5. Proteinuria c/24 hrs
6. Tinidazol + Miconazol 01 ovulo intravaginal x noche x 7 días.
7. Paracetamol 500 mg condicional
8. Ss ecografía Doppler.

12:00 hrs

Presión arterial 120/80 mmHg, Latidos fetales 156x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

18:00 hrs

Latidos fetales 155x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

20:00 hrs

Tinidazol + Miconazol intravaginal

20 de agosto de 2017

00:00 hrs

Presión arterial 110/80 mmHg, Latidos fetales 155x' Dinámica uterina (-)
Movimientos fetales (+)

06:00 hrs

Presión arterial 110/70 mmHg, Latidos fetales 157x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

07:20 hrs

Presión arterial 120/90 mmHg, Frecuencia cardiaca: 90 x' Frecuencia respiratoria: 17 x' Saturación: 98%

Paciente refiere movimientos fetales, niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal. Diuresis (+).

Regular estado de nutrición e hidratación

Piel: no palidez,

Tejido subcutáneo: edemas en miembros inferiores.

Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Abdomen grávido: movimientos fetales regular, Dinámica Uterina ausente. Latidos fetales: 150 x' Altura Uterina: 32cm Situación Posición Presentación: Lateral Cefálico Izquierda

Genitales externos: no secreciones patológicas.

Sistema Nervioso Central: No signos de focalización. Lucido en tiempo, espacio y persona.

Paciente mujer de 29 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 33 2/7 sem x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez

- Pelvis estrecha
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis
- Resfrío común.

Paciente afebril, hemodinámicamente estable con presión inestable, se presentan elevaciones en varias ocasiones.

Plan a seguir:

- Control obstétrico.

08:00 hrs

1. Dieta normosódica e hipoproteica + Líquidos a voluntad
2. Paracetamol 500 mg condicional
3. Nifedipino 10 mg condicional a presión 160/110 mmHg
4. Tinidazol - Miconazol 01 ovulo intravaginal x noche
5. Control obstétrico
6. Funciones vitales (control de presión c/4hrs en hoja aparte)
7. Se solicita ecografía Doppler.

12:00 hrs

Presión arterial 120/80 mmHg, Latidos fetales 140x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

18:00 hrs

Latidos fetales 136x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

20:00 hrs

Latidos fetales 143x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

21 de agosto de 2017

00:00 hrs

Latidos fetales 140x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

06:00 hrs

Presión arterial 130/90 mmHg, Latidos fetales 153x' no dinámica uterina movimientos fetales presentes.

08:00 hrs

Presión arterial 130/100 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 78 x' Frecuencia Respiratoria: 17 x' Saturación: 98%

Paciente refiere movimientos fetales, niega cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, náuseas y vómitos, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal. Diuresis normal.

Aparente buen estado general

Piel: normo palidez,

Tejido subcutáneo: ligero edema en miembros inferiores.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Abdomen grávido: movimientos fetales regular, no dinámica uterina. Latidos fetales: 153 x' Altura Uterina: 33cm situación, posición, presentación: Lateral cefálico, izquierda.

Genitales externos: no secreciones patológicas.

Sistema Nervioso Central: No signos de focalización. Lúcido en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15.

Paciente mujer de 29 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 33 3/7 sem x Ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis
- Resfrío común.

Paciente estable, no presenta molestias, no presenta dinámica uterina, movimientos fetales activos.

Plan a seguir:

- Perfil de Preeclampsia
- Control obstétrico.

Indicaciones:

1. Dieta normosódica e hipoproteica + Líquidos a voluntad

2. Paracetamol 500 mg condicional
3. Nifedipino 10 mg condicional a presión 160/110 mmHg
4. Tinidazol + Miconazol 01 ovulo intravaginal x noche
5. Control obstétrico
6. CFV (control de PA c/4hrs en hoja aparte)
7. Ss ecografía Doppler.
8. Interconsulta Nefrología.
9. Perfil de Preeclampsia

12:00 hrs

Presión arterial 120/60 mmHg, Latidos fetales 138x' Dinámica uterina (-)

Movimientos fetales (+)

16:00 hrs

Presión arterial 140/80 mmHg, Latidos fetales 152x' Dinámica uterina (-)

Movimientos fetales (+)

Tabla N° 4 Funciones Vitales

HORA	FREC CARD	PRESIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	LCF
16:30	85	130/70	37 °C	150 x´
16:45	89	130/70	37 °C	150 x´
17:00	92	130/60	37 °C	145 x´
17:15	87	130/80	37 °C	160 x´
17:30	85	110/60	37 °C	146 x´
17:45	75	110/70	37 °C	148 x´
18:00	70	110/70	37 °C	141 x´

18:15	85	110/70	37 °C	148 x´
18:30	65	115/70	37 °C	142 x´
18:45	63	110/70	37 °C	140 x´
19:00	68	110/70	37 °C	142 x´
19:15	85	100/70	37 °C	140 x´
19:30	87	100/70	37 °C	142 x´
19:45	82	120/80	37 °C	140 x´
20:00	80	120/80	37 °C	143 x´
20:15	78	110/70	37 °C	150 x´

Fuente HC. Elaboración propia

21:00 hrs

Presión arterial 120/80 mmHg, Latidos fetales 150x´ no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

22 de agosto de 2017

00:00 hrs

Presión arterial 120/80 mmHg, Latidos fetales 142x´ no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

04:00 hrs

Presión arterial 130/80 mmHg,

05:00 hrs

Presión arterial 130/80 mmHg

06:00 hrs

Presión arterial 130/90 mmHg, Latidos fetales 140x' no dinámica uterina
movimientos fetales presentes.

08:30 hrs

Presión arterial 120/70 mmHg, Frecuencia Cardiaca: 80 x', frecuencia respiratoria:
18 x' saturación: 98%

Paciente refiere movimientos fetales, niega cefalea, escotomas, tinnitus,
epigastralgia, náuseas y vómitos, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido
amniótico, niega sangrado vaginal. Diuresis normal.

Piel: tibia, hidratada, elástica.

Tejido subcutáneo: no edemas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. No soplos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

Mama: blandas secretantes.

Útero grávido: movimientos fetales normal, dinámica uterina ausente. LCF: 150 x'
altura uterina: 33cm.

Genitales externos: no secreciones patológicas.

Sistema nervioso central: No signos de focalización. Lucido en tiempo y espacio.

Glasgow 15/15.

Paciente mujer de 29 años con los siguientes diagnósticos:

- Segundigesta de 33 5/7 sem x ecografía
- Preeclampsia sin criterios de severidad

- Cesareada anterior 01 vez
- Pelvis estrecha por historia clínica
- Periodo intergenésico largo
- Vulvovaginitis
- Resfrío común.

Paciente solicita retiro voluntario, se le explica los signos de alarma, se le explica los riesgos y las consecuencias de no quedarse hospitalizada.

Indicaciones:

1. Dieta normosódica e hipoproteica + Líquidos a voluntad
2. Paracetamol 500 mg condicional
3. Nifedipino 10 mg condicional a presión 160/110 mmHg
4. Tinidazol + Miconazol 01 ovulo intravaginal x noche
5. Control obstétrico
6. CFV (control de presión arterial c/4hrs en hoja aparte)
7. Proteinuria 24 horas
8. Perfil de Preeclampsia.

10:00 hrs

Durante visita médica, paciente solicita alta voluntaria.

23 de agosto de 2017

Fecha de ingreso: 24 de agosto de 2017

EPICRISIS

Condición de egreso mejorado.

Pelvis estrecha, refiere que no presenta cefalea holocraneana intensa +/- 7 horas que presentó antes de ingreso. Niega contracciones, niega pérdida de líquido amniótico, niega escotomas, niega tinnitus, niega epigastralgia.

Piel: no palidez

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos

Mamas: no secretantes

Genitales externos: secreción no patológica

Sistema nervioso central: Lúcida orientada en tiempo y espacio Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares: Perfil de Preeclampsia

Monitoreo Materno Fetal: tes no estresante activo/reactivo.

Tabla N° 5 Funciones Vitales

FECHA	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA
13-AGO-2017	37 °C	140/90	76 x´
14-AGO-2017	36.5 °C	130/70	80 x´
15-AGO-2017	36.5 °C	130/80	84 x´
16-AGO-2017	36.8 °C	130/80	84 x´
17-AGO-2017	36.6 °C	140/80	92 x´

18-AGO-2017	37 °C	120/70	80 x´
19-AGO-2017	36.6 °C	130/70	70 x´
20-AGO-2017	37.2 °C	140/80	86 x´

Fuente: H.C. elaboración propia

Se le indica a paciente que acuda a su centro de salud para continuar con los controles prenatales y de presión arterial, sin embargo, paciente hace caso omiso, el sistema de contrareferencia no logra funcionar, puesto que el centro de salud no recibe alerta de lo acontecido, luego de dos semanas, la obstetra del centro de salud toma conocimiento del caso y acude a visitar a la paciente.

Se le realiza visita domiciliaria pero paciente se niega a acudir a Centro de salud debido a que cuenta con un hijo pequeño y no quiere dejarlo solo, pues teme que la hospitalicen nuevamente.

Obstetra realiza visitas domiciliarias para control de presión arterial de manera semanal, indicándole que si tiene alguna molestia se dirija directamente al hospital.

30 de Setiembre de 2017 18:45 hrs

Paciente mujer de 29 años con diagnóstico: Segundigesta de 38.6 semanas x última regla, ingresa a emergencia por dolor y contracciones uterinas y movimientos fetales disminuidos y por presentar presión arterial 140/90mmHg.

Hace 1 hora refiere cefalea y tinitus. Al llegar a emergencia presión arterial 140/100 mmHg luego 160/100 mmHg y se indica nifedipino, se hospitaliza para termino de gestación. Niega pérdida de líquido y sangre, movimientos fetales presentes.

Examen físico:

Peso: 96 Kg Talla: 155cm Presión Arterial: 160/100 mmHg FC: 88 por minuto, FR : 19 X` T°: 36.8 C

Examen general:

1.-Cabeza: Normal

2.-Ojos: Normal

3.-Nariz: Normal

4.-Boca: Normal

5.-Cuello: Normal

6.-Tórax: Normal

7.-Pulmones: Normal

8.-Cardiovascular: Normal

9.-Mamas: Normal

10.- Abdomen:

Altura uterina: 34 cm feto en: Longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 147, presenta dinámica uterina una cada 10 minutos.

11.- Genitourinario: Normal

12.- Extremidades: Miembros inferiores: Edemas regular

Examen ginecológico

Vulva

- 1.-Labios mayores: Normal
- 2.-Labios menores: Normal
- 3.-Glándulas Bartholino: Normal
- 4.-Vagina: Normal
- 5.-Cérvix: Normal
- 6.-Vestíbulo: Normal
- 7.-Glándula Skene: Normal

Exámen obstétrico

Movimientos Fetales presentes, altura uterina: 34 cm Latidos fetales: 147 X`
feto en longitudinal cefálico izquierdo, dinámica uterina presente una con duración
de 25 segundos

Peso ponderado fetal: 3061grs.

Cérvix:

Posición: Posterior

Consistencia: Dura

Dilatación: 0

Borramiento: 80%

Estación: -4

Pelvis: Estrecha

Impresión diagnóstica:

- Segundigesta de 38.6 semanas.
- D/C Preeclampsia severa
- Pelvis Estrecha

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 9% 1000 a 45 g0tas x`
- Control de movimientos fetales
- Nifedipino 10mg condicional PA \geq 160/110
- Test estresante inducción
- Terminar gestación
- Protocolo de preeclampsia completo
- Expectativa armada

30 de Setiembre de 2017

20:30 hrs

Presión arterial: 140/100 mmHg + cefalea, latidos fetales 140x

Se coloca vía periférica permeable con cloruro de sodio 9 %/1000cc

21:30 hrs

Presión arterial 140/100 mmHg, dinámica uterina: esporádica, latidos fetales: 132 x'

22:00 hrs

Presión arterial: 160/100 mmHg frecuencia cardiaca: 84 x' frecuencia respiratoria: 20 x` Temperatura: 37 C

Latidos fetales: 140 X' Dinámica Uterina: Cada/3 de 30" intensidad regular, gestante niega signos premonitorios de eclampsia, se administra nifedipino 10 mg vía oral, gestante pasa a sala de operaciones.

30 de Setiembre de 2017

22:15 hrs

Paciente de 29 años con diagnóstico segundigesta de 38.6ss x última regla / preeclampsia severa/ pelvis estrecha, es preparada para ingresar a sala de operaciones. No refiere signos premonitorios de pre-eclampsia

Al examen: Presión Arterial: 160/100 mmHg, frecuencia cardiaca: 88 temperatura: 37 °C dinámica uterina: esporádica, latidos cardiacos: 140 X' movimientos fetales presentes.

Indicaciones:

- NPO
- Control de funciones vitales + Control de Sangrado Vaginal

- SO4mg 20% 4grs + CLNA 80 cc pasar en 25' luego SO4mg 20% 02 ampollas a 25 gotas X`
- Nifedipino 10mg condicional Presión Arterial \geq 160/110 mmHg
- Diuresis horaria
- Seguir protocolo de preeclampsia
- Colección de orina por 24 horas

Se canaliza II vía periférica con cloruro de sodio, se administra dosis de ataque de SO4mg

22:50 hrs

Presión arterial: 170/100 mmHg frecuencia cardiaca: 88x` Temperatura: 36.8 °C
frecuencia respiratoria: 17 x' latidos fetales: 136 dinámica uterina: esporádica

Se administra nifedipino 10mg vía oral se coloca sonda foley

Se administra I dosis de mantenimiento de SO4mg

Indicaciones

- nada por vía oral
- Control de funciones vitales + Control de Sangrado Vaginal
- SO4mg 20% 4grs + CLNA 80 cc pasar en 25' luego SO4mg 20% 02 ampollas a 25 gotas X`
- Nifedipino 10mg condicional Presión Arterial \geq 160/110 mmHg
- Diuresis horaria

- Seguir protocolo de preeclampsia
- Colección de orina por 24 horas

23:00 hrs

Se administra metildopa 500 mg vía oral

01 de octubre de 2017

01:00hrs

Presión arterial: 145 /90 mmHg frecuencia cardiaca: 86x temperatura: 36.8 ° C

frecuencia respiratoria: 18 x'

Dinámica uterina: esporádica latidos fetales: 136 por minuto

02:00 hrs

Presión arterial: 160 /100 mmHg frecuencia cardiaca: 86 x' temperatura: 36.8 ° C

frecuencia respiratoria: 18 x'

Dinámica uterina: 1-2/10 intensidad moderada 35'' latidos fetales: 150 x'

Tacto vaginal: dilatación: 0 cm cérvix posterior altura de presentación: flotante

Impresión Diagnóstica

- Segundigesta de 38.6 por última regla
- Preeclampsia severa no controlada
- Pelvis estrecha

Plan de trabajo

Término de gestación vía abdominal

02:40 hrs

Se produce parto abdominal recién nacido vivo sexo femenino apgar 9` - 10⁵

03:00 hrs

Paciente post cesareada por preeclampsia, con anestesia epidural, pérdida sanguínea +- 500cc., útero contraído, herida operatoria con apósito limpio y seco, loquios: hemáticos en cantidades normales, presentó vómito bilioso.

Tratamiento post cesárea:

1. Nada por vía oral
2. Control de funciones vitales C/15min x 2h. C/30 min x2h C/h x 2h. luego cada 6 horas.
3. ClNa9% 1000cc+30 UI de oxitocina+3 gr. Metamizol+tramadol 100mg} xxx gotas por minuto. I y II frasco.
4. ClNa9% 900cc + MgSO4 20% 10 ampollas} 50 microgotas por minuto.
5. Gluconato de Calcio 1ampolla e. v. PRN. a intoxicación por MgSO4
6. Captopril 25mg. 1 tableta v.oral PRN a P.A.> o = 160/110mmHg.
7. Alfa metildopa 1 gramo v.o.cada 12 horas.
8. Sonda Foley permeable.
9. Balance hídrico

11. Diuresis horaria

05:00 hrs.

Paciente sale de centro quirúrgico pasa a piso, con dos vías con tratamiento indicado, estable: presión arterial 140/100mmHg.

Recién nacido pasa al Servicio de hospitalización Neonatología.

06:00 hrs

Presión arterial: 130/90mmHg. Frecuencia cardiaca: 80xmin T°:36.6°C
frecuencia respiratoria: 20xmin

Paciente ingresa procedente de SOP, post operada de +- 3horas, con 2 vías con tratamiento, somnolienta, útero: contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco, loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema (+).

Diuresis: 200cc.el control entre las 14 y 20 hrs.

12:00 hrs

Presión Arterial: 130/80mmHg. Frecuencia cardiaca: 74xmin T°:36.8°C
frecuencia respiratoria: 20xmin

Paciente puérpera inmediata de 9 horas post operada de cesárea por eclampsia, somnolienta, conjuntivas hipocrómicas, pálidas, mamas: hiperpigmentadas, útero: contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco, loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema regular.

Balance hídrico: (+) 1908

20:00 hrs

Presión Arterial: 130/90mmHg. Frecuencia cardiaca: 82xmin T°:36.8°C
frecuencia respiratoria: 20 xmin

Paciente puérpera inmediata de 19 horas post operada de cesárea por preeclampsia en reposo en cama, ventilando espontáneamente, somnolienta, conjuntivas hipocrómicas, pálidas, mamas: hiperpigmentadas, útero: contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco, loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema leve.

22:00 hrs

Exámenes de laboratorio:

Hematocrito: 37% plaquetas: 161,000

Creatinina: 0,7 Urea: 20 glucosa 86 mg, enzimas hepáticas; TGO: 12 UI TGP:
20 UI DHL: 57

Tratamiento de Hospitalización:

1. Nada por vía oral
2. CFV C/15min x 2h. C/30 min x2h C/h x 2h. luego cada 6 horas.
3. ClNa9% 1000cc+30 UI de oxitocina+3 gr. Metamizol+tramadol 100mg}
xxx gotas por minuto. I fco.
4. ClNa9% 900cc + MgSO4 20% 10ampollas} 50 microgotas por minuto,
retirar al cumplir 48 horas.
5. MgSO4 20% 1ampolla e. v. diluido y lento, condicional a convulsiones.

6. Gluconato de Calcio 1 ampolla e. v. condicional a intoxicación por MgSO₄
7. Captopril 25mg. 1 tableta v.oral PRN a P.A.> o = 160/110mmHg.
8. Alfa metildopa 1 gramo v.o.cada 12 horas.
9. Sonda Foley permeable.
10. Balance hídrico
11. Diuresis horaria

02 de Octubre de 2017

10:00 hrs

Presión Arterial: 130/90mmHg. Frecuencia cardiaca: 82xmin T°:36.8°C

frecuencia respiratoria: 20 xmin

Paciente puérpera inmediata de 32 horas post operada de cesárea por preeclampsia, en reposo en cama, ventilando espontáneamente, somnolienta, conjuntivas hipocrómicas, pálidas, mamas: hiperpigmentadas, útero: contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco, loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema (+).

Se cumple tratamiento indicado.

BHE: (+) 324.

20:00 hrs

Presión arterial: 120/80mmHg. Frecuencia cardiaca: 84xmin T°:36.6°C

frecuencia respiratoria: 20 xmin

Paciente puérpera mediata de 42 horas post operada de cesárea por preeclampsia en reposo en cama, ventilando espontáneamente, somnolienta, conjuntivas hipocrómicas, pálidas, edema palpebral, mamas: hiperpigmentadas, útero: contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco; genitales externos: edema (+), loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema leve.

Tratamiento de hospitalización:

1. Nada por vía oral
2. Control de funciones vitales cada 6 horas
3. ClNa9% 1000cc+30 UI de oxitocina+3 gr. Metamizol 30 gotas por minuto.
I fco.

4. ClNa9% 900cc + MgSO4 20% 10ampollas 50 microgotas por minuto.
Retirar al cumplir 48 horas.

5. MgSO4 20% 1ampolla EV condicional a convulsiones.
6. Gluconato de Calcio 1ampolla EV condicional a intoxicación por MgSO4
7. Nifedipino 10 mg. Tableta v.oral PRN a P.A.> o = 160/110mmHg.
8. Alfa metildopa 1 gramo v.o. cada 12 horas.
9. Paracetamol 500 mg. VO c/6 h.
10. Sonda Foley permeable.
11. Higiene vulvoperineal.
12. Sulfato ferroso 300mg c/12 h. VO

20:30 hrs

Hemograma: glóbulos blancos: 9400 Hematocrito: 21% plaquetas 159,000
segmentados: 69% neutrófilos: 70%

Creatinina: 0,8 bilirrubina indirecta: 0,13 bilirrubina total: 0,06 urea: 31

TGO: 28UI TGP: 10 UI

03 de Octubre del 2017

06:30 hrs

Presión arterial: 120/80mmHg. Frecuencia cardiaca: 82xmin T°:36.8°C

frecuencia respiratoria: 20 xmin

Paciente en reposo, sin cambios en su estado.

Se retira vía con sulfato de magnesio.

08:30 hrs

Presión arterial: 130/80mmHg. Frecuencia cardiaca: 84xmin T°:36.6°C

frecuencia respiratoria: 20 xmin

Paciente en reposo, sin cambios en su estado.

10:30 hrs

Presión arterial: 130/90mmHg. Frecuencia cardiaca: 88xmin T°:36.8°C

frecuencia respiratoria: 18nxmin

Paciente púérpera mediata 3°PO, post operada de cesárea por preeclampsia en reposo en cama, ventilando espontáneamente, herida operatoria con apósito limpio

y seco; genitales externos: edema (+), loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema (+).

14:30 hrs

Presión arterial: 120/90mmHg. Frecuencia cardiaca: 78xmin T°:36.8°C
frecuencia respiratoria: 18 x min

Pasa a ginecología por necesidad de camas.

Servicio de Ginecología

19:30 hrs

Presión arterial: 130/90mmHg. Frecuencia cardiaca: 82xmin T°:36.8°C
frecuencia respiratoria: 20 x min

Paciente púérpera mediata en su 3° día, post operada de cesárea por preeclampsia en reposo en cama.

Abdomen: útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria sin apósito limpia y seca, loquios: hemáticos normales, miembros inferiores: edema leve.

Se inicia transfusión de paquete globular por resultado de hematocrito 21%

04 de octubre del 2017

08:30 hrs

Presión arterial: 150/100 mmHg. Frecuencia cardiaca: 82xmin T°:36.8°C
frecuencia respiratoria: 20 xmin

Paciente puérpera mediata 4día post operada de cesárea por preeclampsia en reposo en cama, abdomen: útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria sin apósito limpia y seca, loquios: hemáticos normales miembros inferiores: edema leve.

Ginecólogo de turno pasa visita médica e indica alta con indicaciones, control por consultorio externo.

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Atención por consultorio externo
3. Alfa metildopa 1 gramo v.o.cada 12 horas.
4. Paracetamol 500 mg. v.o. c/8 h, condicional a dolor.
5. Sulfato ferroso 300mg c/12 h.v.o.
6. Higiene vulvoperineal.

2.3. Discusión

El caso clínico muestra de manera concreta la información acerca del manejo clínico que recibió la paciente, hecho diferente al manejo mostrado por otras investigaciones ^(8,9), puesto que ocurrió un evento de alta voluntaria, seguimiento a través de visitas domiciliaria y el asistencia hasta el final del embarazo, se debe concientizar al personal de salud de lo importante que es hacer seguimiento y sobretodo brindar una atención de calidad, que brinde a la paciente la seguridad de que todo está bajo control y que no se presenten episodios de alta voluntaria por que la paciente tiene la sensación de que no la están atendiendo adecuadamente, todo este conjunto de eventos pudo poner en riesgo la vida del binomio madre niño, sin embargo se puede destacar el seguimiento realizado en el primer nivel de atención que permitió de alguna forma mantener todo bajo control.

Es preciso mencionar que el seguimiento es sumamente importante pues la preeclampsia es una enfermedad con una alta tasa de mortalidad ⁽⁹⁾ y este caso el seguimiento se ha realizado, aunque en este tipo de casos la probabilidad de algún evento adverso o una atención inadecuada se realice está presente, no hay registrado ningún sistema de referencia y contra referencia, lo que permite ver que dicho sistema no está funcionando adecuadamente.

Las características de las mujeres con preeclampsia son similares en las diversas regiones de Perú, antecedentes familiares, población joven, con vida sexual activa, periodo intergenésico largo, este escenario presentado en el caso clínico es similar al estudio realizado por Flores⁽⁹⁾ quien en su estudio muestra diversos escenarios del Perú con esta patología.

La paciente es tratada de acuerdo a la norma técnica, sin embargo, no hay evidencia clara de que haya mejoría posterior al tratamiento, no se menciona en detalle por que la paciente solicita el alta voluntaria, y como vemos en el desenlace y por lo que conocemos de la literatura, esta patología no fue totalmente controlada hasta finalizar el embarazo, esto lleva a mencionar lo importante que es la historia clínica, y el carácter legal que esta tiene, por lo que se debe escribir todo lo que la paciente presenta en el momento oportuno, pues no sabemos con esta patología cuando el estado de la paciente se puede complicar ⁽¹⁰⁾.

El estudio realizado por Abalos⁽⁹⁾ muestra que en los diversos países las guías han ido re formulándose, brindando cada vez más herramientas para la atención, sin embargo aún queda un arduo trabajo, pero el aporte será fundamental para el logro de objetivo central que es la disminución de muertes materno-perinatales.

2.4. Conclusiones

- ✓ El manejo brindado por el equipo médico del establecimiento de salud pública nivel III estuvo acorde a lo establecido por la norma técnica. El personal tenía claro cuáles son las acciones que se debieron tomar para la atención de la gestante, sin embargo, se deben tomar acciones que permitan tener de manera más precisa las situaciones en las gestantes no pueden solicitar su alta voluntaria cuando está en riesgo su integridad.
- ✓ El manejo de la atención realizado por las diversas áreas han sido acorde a las normas nacionales, sin embargo los sistemas de referencia y contra-referencia no funcionaron adecuadamente, aunque es sumamente importante el trabajo a

nivel preventivo que se desarrolla en los primeros niveles de atención, pues en este caso permitió hacer el seguimiento.

- ✓ Si bien seguir la norma técnica nos puede brindar éxito en la atención médico obstétrica, ello no garantiza que la gestante tenga una sensación de completo bienestar, lo que nos lleva a pensar de lo importante que es una atención integral, sobre todo en las gestantes que acuden de lugares alejados y que requieren de un soporte emocional mayor.
- ✓ La calidad y la calidez de la atención son factores fundamentales para brindar la atención de una gestante, si no se cumplen con estos mínimos requisitos el éxito de nuestra atención no estará garantizada.

2.5 Recomendaciones

- La humanización del trato a la gestante es fundamental para atención de una persona, como hemos revisado en este caso clínico el hecho de cumplir con las normas técnicas no nos garantiza que la gestante tenga una sensación de completa satisfacción y ello además de poner en riesgo la atención que brindamos, pone sobre todo en riesgo la vida de la gestante y de su producto de concepción.
- La capacitación del personal no solo debe ser en la parte de calidad, hecho que no se discute en el presente caso, pero si en la calidez de la atención, pues si bien la atención se estaba dando de manera adecuada, no se realizó soporte emocional a la gestante hecho fundamental en este tipo de atenciones.

- El trabajo del personal de obstetricia es importante en este tipo de casos pues hay evidencia de que un trato adecuado y de soporte ayudan a mejorar los prolongados días de estancia que pueden generar este tipo de patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Cada año mueren más de medio millón de mujeres y niñas por complicaciones del embarazo o el parto en los países en desarrollo. Disponible en: <https://www.unicef.es/prensa/cada-ano-mueren-mas-de-medio-millon-de-mujeres-y-ninas-por-complicaciones-del-embarazo-o-el>
2. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2019 Feb 01] ; 60(4) : 385-394. Disponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es.
3. Musa J, Mohammed C, Ocheke A, Kahansim M, Pam V, Daru P. Incidence and risk factors for pre-eclampsia in Jos Nigeria. Afri Health Sci. 2018;18(3): 584-595. <https://dx.doi.org/10.4314/ahs.v18i3.16>.
4. Muñoz et al. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. Rev Chil Obstet Ginecol 2017; 82(4).
5. Xiao J1, Shen F2, Xue Q3, Chen G3, Zeng K4, Stone P5, Zhao M1, Chen Q6. Is ethnicity a risk factor for developing preeclampsia? An analysis of the prevalence of preeclampsia in China. J Hum Hypertens. 2014 Jan 16. doi: 10.1038/jhh.2013.148.
6. Giordano JC, Parpinelli MA, Cecatti JG, Haddad SM, Costa ML, et al. The Burden of Eclampsia: Results from a Multicenter Study on Surveillance of Severe Maternal Morbidity in Brazil. PLoS ONE 9(5): e97401. 2014. doi:10.1371/journal.pone.0097401.
7. Abalos E, Cuesta C, Grosso A, Chou D, and Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. European

Journal of Obstetrics &Gynecology and Reproductive Biology, vol. 170, no. 1, pp. 1–7, 2013.

8. Lucero T. Principales factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Vitarte durante el periodo 2016-2017. Repositorio UPSJB. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1504/T-TPMC-%20Thalia%20Milagros%20%20Lucero%20Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Flores et al. Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale 2015-2016. Universidad Nacional de Centro del Perú. 2017.
10. Revilla R. Antecedente de cesárea previa como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Repositorio UPAO. [Internet] 2016. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2096>
11. Heredia I. Factores de riesgo asociado a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto enero 2010 a diciembre 2014. Repositorio UPAO [Internet] 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1262/1/HEREDIA_IRMA_FACTORES_RIESGO_PREECLAMPSIA.pdf
12. Balleta M. Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital María Auxiliadora, Octubre-Diciembre 2013. Repositorio única [Internet] 2013. Disponible en: <http://repositorio.unica.edu.pe/handle/UNICA/2640>.

13. Morales Ruiz C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. *Revista Perú Epidemiología*. 2011 abr;15(2):97-101.
14. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 Oct [citado 2019 Feb 01] ; 60(4): 309-320. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es.
15. Fisher S. “Why is placentation abnormal in preeclampsia?” *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 213, suppl 4, pp. S115–S122, 2015.
16. Redman C, Staff A. “Preeclampsia, biomarkers, syncytiotrophoblast stress, and placental capacity,” *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 213, suppl 4, pp. S9.e1– S9-11, 2015.
17. Roberts JM, Pearson G, Cutler J, Lindheimer M. Summary of the NHLBI Working Group on research on hypertension during pregnancy. *Hypertension*. 2003;41(3I):437–45. PubMed.
18. Bokslag A, Van Weissenbruch M, Mol B, de Groot C. “Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate,” *Early Human Development*, vol. 102, pp. 47–50, 2016.
19. Saleem S1, McClure EM2, Goudar SS3, Patel A4, Esamai F5, Garces A6, et al; Global Network Maternal Newborn Health Registry Study Investigators. A prospective study of maternal, fetal and neonatal deaths in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2014 Aug 1;92(8):605-12. doi: 10.2471/BLT.13.127464.

20. Lisonkova S, Sabr Y, Mayer C, Young C, Skoll A, Joseph KS. Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2014 Oct;124(4):771-81. doi: 10.1097/AOG.0000000000000472.
21. Curiel-Balsera E1, Prieto-Palomino MA, Muñoz-Bono J, Ruiz de Elvira MJ, Galeas JL, Quesada García G. [Analysis of maternal morbidity and mortality among patients admitted to Obstetric Intensive Care with severe preeclampsia, eclampsia or HELLP syndrome]. *Med Intensiva*. 2011 Nov;35(8):478-83. doi: 10.1016/j.medin.2011.05.011.
22. Konje JC, Obisesan KA, Odukoya OA, Ladipo OA. Presentation and management of eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet*. 1992 May;38(1):31-5.
23. Ananth CV, Savitz DA, Bowes WA Jr. Hypertensive disorders of pregnancy and stillbirth in North Carolina, 1988 to 1991. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995 Nov;74(10):788-93.
24. Srp B, Velebil P, Kvasnicka J. Fatal complications in pre-eclampsia and eclampsia]. *Ceska Gynekol*. 2002 Nov;67(6):365-71.
25. Ludmir A. Hipertensión arterial durante el embarazo. *Rev Soc Peru Hipertensión*. 1995 may;I(2):64-71.
26. Pacheco J. Concepto actual sobre el manejo de la hipertensión inducida por el embarazo. *Hipertensión*. 1995;1(3):110-7.
27. Alcantara R, Casiano S. Morbimortalidad perinatal en la preeclampsia. *Diagnostico*. 1990;25(3-4):51-54.
28. Ngoc NT, Merialdi M, Abdel-Alem H, Carroli G, Purwar M, Zavaleta N, Campódonico L, Ali MM, Hofmeyr GJ, Mathai M, Lincetto O, Villar J. Causes

- of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries. *Bull World Health Organ.* 2006 Sep;84(9):699-705.
29. Ghulmiyyah L, Sibai B. “Maternal Mortality From Preeclampsia/Eclampsia,” *Seminars in Perinatology*, vol. 36, no. 1, pp. 56–59, 2012.
30. Say L, Chou D, Gemmill A. “Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis,” *The Lancet Global Health*, vol. 2, no. 6, pp. e323–e333, 2014.
31. Dekker GA, Sibai BM. Etiology and pathogenesis of pre eclampsia: current concepts. *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Nov;179(5):1359-75.
32. Seki H. Balance of antiangiogenic and angiogenic factors in the context of the etiology of pre eclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014 Oct;93(10):959-64. doi: 10.1111/ aogs.12473.
33. Scholl TO1, Leskiw M, Chen X, Sims M, Stein TP. Oxidative stress, diet, and the etiology of pre eclampsia. *Am J Clin Nutr.* 2005 Jun;81(6):1390-6.
34. Rusterholz C, Hahn S, Holzgreve W. Role of placentally produced inflammatory and regulatory cytokines in pregnancy and the etiology of preeclampsia. *Semin Immunopathol.* 2007 Jun;29(2):151-62.
35. Makkonen N, Heinonen S, Kirkinen P. Obstetric prognosis in second pregnancy after preeclampsia in first pregnancy. *Hypertens Pregnancy.* 2000;19(2):173-81.
36. Mahande MJ, Daltveit AK, Mmbaga BT, Masenga G, Obure J, Manongi R, Lie RT. Recurrence of preeclampsia in northern Tanzania: a registry-based cohort study. *PLoS One.* 2013 Nov 1;8(11):e79116. doi: 10.1371/journal.pone.0079116. eCollection 2013.

37. Pouta A, Hartikainen AL, Sovio U, Gissler M, Laitinen J, McCarthy MI, Ruokonen A, Elliott P, Jarvelin MR. Manifestations of metabolic syndrome after hypertensive pregnancy. *Hypertension*. 2004 Apr;43(4):825-31.
38. Sattar N, Ramsay J, Crawford L, Cheyne H, Greer IA. Classic and novel risk factor parameters in women with a history of preeclampsia. *Hypertension*. 2003 Jul;42(1):39-42.
39. Drost JT1, Maas AH, van Eyck J, van der Schouw YT. Preeclampsia as a female-specific risk factor for chronic hypertension. *Maturitas*. 2010 Dec;67(4):321-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.08.002.
40. Irgens HU, Reisaeter L, Irgens LM, Lie RT. Long term mortality of mothers and fathers after pre-eclampsia: population based cohort study. *BMJ*. 2001 Nov 24;323(7323):1213-7.
41. Feig DS, Shah BR, Lipscombe LL, Wu CF, Ray JG, Lowe J, Hwee J, Booth GL. Preeclampsia as a risk factor for diabetes: a population-based cohort study. *PLoS Med*. 2013;10(4):e1001425. doi: 10.1371/journal.pmed.1001425.
42. Snyder S, "Major changes in diagnosis and management of preeclampsia," *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 59, no. 6, pp. 596–605, 2014.
43. Main E, "Decisions Required for Operating a Maternal Mortality Review Committee: The California Experience," *Seminars in Perinatology*, vol. 36, no. 1, pp. 37–41, 2012.
44. Mayrink J, Costa M, Cecatti J. Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction. *The Scientific World Journal*. Volume 2018, Article ID 6268276, 9 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/6268276>.