



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

PREECLAMPSIA SEVERA E INSUFICIENCIA

PLACENTARIA EN UNA GESTANTE DE UN INSTITUTO

NACIONAL, 2021

PRESENTADO POR

JOCELYNE NOEMI MONTERO MUNAYCO

ASESOR

Mg. SANDRA DORIS CASANOVA GOMEZ SANCHEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,

ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA - PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	vi

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 MARCO TEÓRICO.....	9
1.3.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	9
1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS.....	15
GENERALIDADES	15
ETIOLOGÍA	15
DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	16
TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.....	17

CAPÍTULO II

2.1 OBJETIVOS.....	21
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	22
2.3 DISCUSIÓN	49
2.4 CONCLUSIONES	53
2.5 RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	59

RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El presente caso clínico es sobre una gestante de 30 años, segundigesta que acude a emergencia refiriendo contracciones uterinas y disminución de movimientos fetales, teniendo una edad gestacional de 36 semanas, cabe resaltar que en su último control prenatal durante las 34 semanas tuvo una presión arterial de 120/90mmHg. En la evaluación de ingreso se indica prueba de bienestar fetal mediante test no estresante en el cual se evidencian desaceleraciones tardías recurrentes, catalogándose como insuficiencia placentaria y se indica culminar la gestación vía cesárea de emergencia.

Se obtuvo un recién nacido con Apgar 6-8 con líquido meconial y posterior a esto ocurrió una hemorragia posparto dándose el manejo respectivo, se obtuvieron de manera tardía los resultados de laboratorio evidenciándose un daño hepático, la paciente debido a la gravedad fue trasladada a UCI materna donde recibió todos los cuidados y diagnóstico de preeclampsia severa. Además, tuvo diagnóstico de COVID-19 pero no necesitó de soporte ventilatorio.

Finalmente, la paciente cursó con infección de herida operatoria tratada con antibioticoterapia y curación de herida diaria, tuvo una evolución favorable y salió de alta en días posteriores.

Palabras claves: preeclampsia; covid-19; insuficiencia placentaria; hemorragia
infección, antibioticoterapia

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se estima que la preeclampsia causa 70 000 muertes maternas en todo el mundo cada año, con la mayoría de las muertes en países de ingresos bajos y medianos. (1)

En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos del embarazo son responsables de casi el 26% de todas las muertes maternas. (2)

En el Perú las principales causas de muerte materna directa son: hemorragias (36.5%), trastornos hipertensivos, siendo la preeclampsia severa el trastorno con mayor frecuencia (31.5%) y sepsis (21.5%).

Los trastornos hipertensivos fueron la primera causa de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo 2012 -2018 representando el 42.9%. Los trastornos hipertensivos aumentan de manera considerable la morbimortalidad materna con riesgos como cesárea, desprendimiento placentario, rotura hepática, falla renal, muerte, entre otros. Y morbilidad fetal pudiendo ser prematuridad, óbito fetal. (3,4)

La pre eclampsia representa el principal trastorno hipertensivo y complica alrededor del 10% de todos los embarazos, trayendo consigo la morbilidad y mortalidad que

afecta directamente a la madre y al recién nacido, su desarrollo es multisistémico y no solo condiciona la salud de estos, si no condiciona a todos los establecimientos de salud a incrementar su capacidad resolutive en la identificación, diagnóstico y manejo de esta patología. Así como capacitación al personal de salud relacionado con la atención de salud materna, como los obstetras, además establecen redes de referencias a establecimientos de mayor capacidad resolutive con el objetivo de prevenir resultados adversos severos como se verá en algunos casos una morbimortalidad materna extrema.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se realiza el presente caso clínico para evidenciar las consecuencias de la preeclampsia severa, desde su falta de identificación oportuna, hasta la morbimortalidad materna severa que puede provocar.

Es sabido que los trastornos hipertensivos, sobre todo la preeclampsia severa se presenta a diario en nuestros entornos laborales lo que lo lleva a ser un problema de salud pública mundial que los obstetras debemos estar capacitados para reconocer una presión arterial elevada, realizar el diagnóstico oportuno y junto con el especialista, evitar las graves consecuencias que esta patología trae con ella. (5)

Asimismo, identificar estos casos clínicos nos permite evidenciar los errores o aciertos en el manejo, dónde se descuida la salud de la paciente con el objetivo de mejorar y en lo posible detectar oportunamente nuevos episodios, buscando evitar la mortalidad y morbilidad materna.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Fikadu K, et al(1) en el año 2021 en Etiopía en su estudio “Determinantes de la preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a atención perinatal en hospital del distrito de Omo, sur de Etiopía” con el objetivo de identificar los factores de riesgo de preeclampsia en gestantes, se calculó el OR ajustado con intervalos de confianza al 95%, se consideró 167 casos y 352 controles. Dentro de los hallazgos, se encontraron como factores asociados: antecedente de familiares primarios de hipertensión (AOR 2.1, IC del 95%: 1.06-4.21), antecedentes familiares de diabetes mellitus (AOR 2.35; IC del 95%: 1.07-5.20), gestación prematura (AOR = 1.56, 95% CI: 1.05-2.32) y exposición al tabaquismo antes de la concepción (AOR = 4.16, 95% CI: 1.1-15.4). Concluyeron que las intervenciones deben centrarse en prevenir los factores de riesgo como el uso de tabaco.

Ndwiga C, et al (6) en el año 2020 en Kenia llevó a cabo la investigación “Presentación clínica y resultados de la preeclampsia y la eclampsia en un hospital nacional, Kenia: un estudio de cohorte retrospectivo” cuyo objetivo fue examinar y comparar los resultados de los tipos de preeclampsia. Emplearon un estudio de cohorte retrospectivo con estudio de las variables sociodemográficas, tratamiento, resultados y complicaciones maternas y fetales en aquellas mujeres con preeclampsia de inicio temprano y tardío, con una muestra de 620 historias clínicas. Como resultados, el 44% tuvo preeclampsia temprana y el 56% preeclampsia tardía. Las pacientes con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de resultados adversos maternos y perinatales, incluido el síndrome de HELLP (OR:

4,3; IC 2,0-10,2; p <0,001), disfunción renal (OR ; 1,7; IC 0,7-4,1; p = 0,192), mortinato (OR = 4,9; IC 3,1-8,1; p <0,001) y muerte neonatal (OR: 8,5; IC 3,8-21,3; p <0,001), hospitalización materna prolongada, más allá de siete días (OR = 5,8; IC 3,9-8,4; p <0,001) y hemorragia anteparto (OR = 5,8; IC 1,1-56,4; p <0,001). Concluyeron que aquellas mujeres con inicio temprano de preeclampsia tienen complicaciones más graves y efectos adversos mayores.

Ayala-Ramírez P, et al (2) en el año 2020 en Colombia, en su estudio “Factores de riesgo y resultados fetales de la preeclampsia en una cohorte colombiana” cuyo objetivo planteado fue determinar los factores asociados de riesgo a dicha patología emplearon un estudio de casos y controles en el que incluyeron 215 casos y 265 controles. Como factores de riesgo se consideró la historia de preeclampsia previa con un OR de 30,78 [2,65-356,73], historia de RCIU previo OR=11,10 [1,60-76,76], aumento de peso durante el embarazo ≥ 12 kg OR=3,67 [1,04-12,86], IMC ≥ 30 OR=21,0 [1,9-232,58], historia familiar de diabetes OR=3,41 [1,09-10,67]. Respecto a los resultados neonatales, el peso al nacer de las pacientes con pre eclampsia es menor (p<0,0001) así como el Apgar a los 5 minutos (<0,0002). Concluyeron que son diversos los factores de riesgo que podrían ser predictores de preeclampsia, los cuales se deben priorizar en las distintas pacientes para generar intervenciones oportunas.

MacDonald E, et al(7) en 2019 en Australia en su investigación “Preeclampsia que causa morbilidad materna grave: una revisión retrospectiva nacional de la prevenibilidad y las oportunidades para mejorar la atención” con el objetivo de

explorar los casos de pre eclampsia que tuvieron morbilidad materna grave, describieron los resultados maternos y neonatales. Llevaron a cabo un estudio de tipo cohorte retrospectiva, se incluyeron a las gestantes o púerperas con diagnóstico de preeclampsia grave como principal motivo de cuidados intensivos en el periodo de 2013-2015. Dentro de los resultados, existió 89 casos de morbilidad grave con preeclampsia, el 11% (10 casos) tuvieron eclampsia y hubo 4 muertes neonatales, el 36% se dio durante las 33-36 semanas de gestación, el 23% de los recién nacidos tuvo Apgar de 7 a 8. Se calculó que el 31% de los casos pudieron ser prevenidos ya que se presentaron por retrasos en el diagnóstico e inadecuado tratamiento.

Ndoni E, et al (8) en el año 2016. En su estudio titulado “Evaluación de las complicaciones maternas en la preeclampsia grave en un hospital universitario de Tirana”. Ejecutaron un estudio retrospectivo transversal, de casos y controles, mediante la revisión de historias clínicas. El periodo de estudio fue del 2009 a 2013 dándose 21 795 partos, posteriormente se identificaron 1274 casos hospitalizados por trastornos hipertensivos, 743 de preeclampsia considerando los criterios de inclusión y exclusión, 154 casos de preeclampsia grave (0.7% del total de partos y 20.7% de los casos de preeclampsia). Entre los hallazgos se evidencia que en las grávidas con preeclampsia severa existen tasas elevadas de complicaciones comparadas con el grupo de preeclampsia, eclampsia (1.5 vs 7.1%), síndrome de Hellp (2.4% vs 11.0%), accidente cerebrovascular (0.5% vs 1.9%), edema pulmonar (0.25% vs 1.3%), insuficiencia renal (0.9% vs 2.6%), ingreso a UCI (19.5% vs 71,4%), tasas de cesárea (55.5% vs 77%), desprendimiento de placenta (4.3% vs 7.8%) y hemorragia post parto severa (3.2%

vs 3.9%). Llegando a la conclusión de que la preeclampsia severa se asocia con altas tasas de morbilidad, el diagnóstico temprano y la intervención oportuna pueden prevenir las complicaciones.

Hernández S(9) en el año 2021 en su investigación “Conocimiento y actitud sobre signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en gestantes. Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca 2020” con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables de conocimiento y actitud, llevaron a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo conformado por una muestra de 164 grávidas. Como resultados se obtuvo que la edad más frecuente fue de 25 a 29 años en 30,5% con secundaria completa en 23,8%, convivientes en 78,7%, ama de casa en 62,8% de procedencia rural en 54,3%, el nivel de conocimiento fue alto en 53,7% seguido de medio en 34,1% y bajo en 12,2%, a actitud frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia fueron indiferente en 64,6%, seguido de favorable en 20,7% y desfavorable en 14,7% y estas dos variables no tuvieron relación significativa. Concluyeron que no existe asociación entre los conocimientos y la actitud sobre los síntomas y signos de alarma.

De la Peña W, et al (10) en el año 2020 en Lima en su artículo “Preeclampsia severa de aparición temprana: Características clínico epidemiológicas en la unidad de cuidados intensivos materno del INMP Agosto del 2014 a Setiembre del 2018” con el objetivo de caracterizar a las pacientes con esta patología se llevó a cabo un estudio descriptivo y comparativo considerando 332 fichas clínicas de pacientes con preeclampsia temprana y 325 registros de pacientes con preeclampsia tardía. Entre los resultados la edad promedio de las mujeres con PES temprana fue de 27.84

años, la estancia hospitalaria fue mayor en la PES temprana ($p=0,000$), asimismo el peso fue menor en este grupo temprano ($p=0,000$) la talla ($p=0,000$) y APGAR al minuto ($p=0,000$). Concluyeron que los recién nacidos de madre con preeclampsia de inicio temprano presentan peso, talla y APGAR menores comparados con el grupo de inicio tardío.

Franco K. (11) en el año 2019 en su estudio “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Enero-Diciembre del año 2017” el objetivo fue determinar los factores asociados a la preeclampsia desarrolló un estudio casos y controles con una muestra de 81 casos y 162 controles. En los hallazgos el 22,7% tuvo una edad entre 15 a 25 años y el 29,26% llevó más de 6 CPN; entre los factores de riesgo, la edad materna avanzada OR de 1.56-IC (1.23-1.97), estudios universitarios 1.31-IC (1.1-1.62), y CPN mayor a 6 0.63-IC (0.44-0.9). Concluyeron que la edad materna avanzada y el grado de instrucción superior fueron factores de riesgo, mientras que tener CPN mayor a 6 figura como factor protector.

Guerrero-Rosa A, et al(12) en el año 2019 en su estudio “Factores asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en un hospital peruano, 2019” con el objetivo de establecer los factores asociados, llevaron a cabo un estudio analítico que se conformó por una muestra de 140 gestantes (40 con preeclampsia y 80 sin este diagnóstico) analizando los datos con análisis bivariado y multivariado con regresión logística. Entre los resultados, la muestra fue soltera en la mayoría de

casos, con una historia de parto prematuro, como factores asociados se halló un elevado consumo de lípidos ($p < 0,001$) $OR = 7,35$), ingreso mensual entre 1001 a 1500 soles ($p = 0,02$ $OR = 0,21$). Concluyeron que el único indicador sociodemográfico asociado fue el ingreso económico mensual, no teniendo otros factores asociados.

Farfán A, et al (13) en el año 2018 en su estudio “Resultados maternos y perinatales de preeclampsia en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna” con el objetivo de conocer los resultados maternos y perinatales de esta patología obstétrica ejecutaron un diseño analítico de casos y controles con los datos de dichas pacientes a partir de la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Con una muestra de 14 756 partos durante los años 2014-2018. Entre los resultados, un 2,79% tuvo preeclampsia con 413 casos, como factores de riesgo se situaron la edad mayor a 35 años $p < 0,0001$ $OR = 1,84$ $IC_{95\%} [1,46-2,31]$, estudios universitarios $p < 0,001$ $OR = 1,75$ $IC_{95\%} [1,33-2,29]$, sobrepeso pre gestacional $p = 0,003$ $OR = 1,46$ $[1,14-1,85]$, obesidad pre gestacional $p = 0,0001$ $OR = 2,42$ $[1,88-3,09]$, ausencia de CPN $p < 0,001$ $OR = 1,91$ $[1,48-2,45]$, cesárea $p < 0,001$ $OR = 43,13$ $[22,52-84,56]$, prematuridad $p < 0,001$ $OR = 9,63$ $[7,85-11,83]$, Apgar al minuto de 4 a 6 $p < 0,001$ $OR = 2,51$ $[1,71-3,68]$. Concluyeron que las mujeres con preeclampsia tienen 11 veces mayor riesgo de fallecer, su prevalencia es baja pero su morbimortalidad es elevada.

1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

1.3.2.1 GENERALIDADES

Preeclampsia - Eclampsia

Enfermedad hipertensiva exclusiva de la gravidez que puede causar daño a distintos órganos. Regularmente tiene su aparición luego de las 20 semanas de gestación. Se define como la presencia de hipertensión de Novo asociado a proteinuria de reciente aparición, en ausencia de proteinuria, la preeclampsia se diagnostica ante hipertensión con signos de severidad como trombocitopenia, alteración de la función hepática, insuficiencia renal, edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de reciente aparición. (14,15)

Representa la segunda causa de muerte materna en el Perú. Responsable del 10% de muertes perinatales y el 15% de cesáreas(16). En gestantes nulíparas su incidencia oscila entre 3 y 10%. El riesgo de recurrencia de preeclampsia es del 10%. (3)

1.3.2.2 ETIOLOGÍA

Esta patología combina diversas causas, dentro de ellas se conoce a algunos factores de riesgo como antecedente de hipertensión en embarazo previo, edad menor a 20 y mayor de 35, raza negra, nuliparidad, periodo intergenésico largo, embarazo múltiple, obesidad, hipertensión crónica, diabetes mellitus (3,16).

Trombofilia previa, fertilización in vitro, lupus eritematoso sistémico (15), además se describa a los antecedentes familiares de hipertensión y el consumo de alcohol

durante el embarazo(17), además un índice de masa corporal incrementado preconcepcional y el aumento de peso durante la gestación. (18)

Se ha propuesto una cantidad impresionante de mecanismos para explicar la causa de la preeclampsia. Aquellos que en la actualidad se consideran importantes incluyen:(3)

1. Implante placentario con invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos.
2. Tolerancia inmunológica inadaptada entre los tejidos maternos, paternos (placentarios) y fetales.
3. Mala adaptación materna a los cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal.
4. Factores genéticos, incluidos genes heredados que predisponen e influencias epigenéticas.

1.3.2.3 DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Esta patología se diagnostica ante una presión arterial \geq a 140 mm Hg sistólica o \geq a 90 mm Hg diastólica en dos ocasiones por lo menos 4 horas aparte posterior a las 20 semanas de gestación en una mujer con una presión arterial previamente normal asociado a una proteinuria \geq 300 mg en 24 horas o el índice de proteína/creatinina \geq 0.3. En ausencia de proteinuria se asocia a diversos síntomas como la trombocitopenia, insuficiencia renal, función hepática alterada, edema pulmonar, cerebral y alteraciones visuales.

1.3.2.4 TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

a. Manejo según capacidad resolutive: (16)

a.1 EE.SS Funciones Obstétricas Neonatales Primarias (FONP) (I – 1)

Cuantificar la presión arterial, de hallarse incrementada coordinar para el traslado a un EE.SS con FONB y referir con vía endovenosa a EE.S con FONE.

a.2 EE.SS Funciones Obstétricas Neonatales Básicas (FONB) (I-2, I-3):

- Analizar la presión arterial. De encontrarse incrementada empezar terapia, notificar y referir.

Ante preeclampsia severa o eclampsia:

- Instalar vía periférica segura y agregar 10g de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de ClNa 9%, pasar 400cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta arribar a un Establecimiento con Funciones Obstétricas Neonatales Especiales (FONE).
- Realizar balance hidroelectrolítico con Sonda Foley
- Indicar labetalol 200mg vo oral c/8hrs como primera elección, de no contar con este indicar metildopa 1g vo c/12hrs.
- De elevarse la presión arterial sistólica (PAS) y/o la presión arterial diastólica (PAD) en 30mmHg comparado con la presión arterial (PA) inicial o $PA \geq 160/110$ mmHg, administrar nifedipino 10mg vo como primera dosis y posterior 10mg c/4hrs hasta establecer la PAD en 90 a 100mmHg.

a.3 Establecimientos de Salud (I-4):

Ante preeclampsia leve:

- Monitoreo materno: cuantificación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis, solicitud de exámenes laboratoriales (úrea, creatinina, perfil de coagulación, TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y HDL.
- Monitoreo fetal: autocontrol de movimientos fetales, NST cada 48 horas, ultrasonido y perfil biofísico semanal.

Hospitalizar si no se controla adecuadamente en domicilio y si vive lejos tener en cuenta las casas de espera.

En hospitalización realizar cada 4 horas determinación de funciones vitales y obstétricas en hoja aparte, peso y proteinuria diaria, autocontrol de movimientos fetales, NST cada 48 horas, ultrasonido y perfil biofísico semanal.

En caso se diagnostique preeclampsia severa, iniciar la terapia, dar parte y referir a FONE.

Frente al diagnóstico de preeclampsia severa:

- Instalar dos vías endovenosas seguras: la primera con ClNa 9% a 40 gotas por minuto, una segunda vía con 10g de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en dilución con 1 litro de ClNa 9%, pasar 400 cc a chorro y luego continuar a 30 gotas por minuto.
- La aplicación del sulfato de magnesio requiere la monitorización estricta de la frecuencia respiratoria, reflejos rotulianos y diuresis materna. Ante sobredosis de sulfato de magnesio evidenciable con los signos como oliguria, hiporreflexia y paro respiratorio; administrar gluconato de calcio al 10% e diluido en 20cc.

- Indicar labetalol 200mgvo c/8hrs de primera elección, sino 1g de metildopa c/12 hrs vía oral.
- De ser la presión sistólica y/o diastólica se incrementa en 30mmHg en comparación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor a 160/110mmHg, administrar nifedipino 10mg vía oral, se puede repetir en 30 minutos.
- Monitorizar la diuresis con bolsa colectora y sonda Foley.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3L/min
- Monitoreo obstétrico estricto

a.3 EE.SS (II-1, II-2):

Ante preeclampsia leve: dar continuidad al manejo iniciado en FONB, solicitar nuevos exámenes auxiliares, valorar la edad gestacional y estado materno para culminar gestación por la mejor vía.

Ante preeclampsia severa: dar continuidad al manejo iniciado en FONB

- Pasar labetalol 50mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg/h endovenoso, de no contar con este, utilizar 1g de metildopa c/12hrs vía oral.
- Si PAS Y PAD se incrementa en 30mmHg respecto a la PA inicial o la $PA \geq 160/110$ mmHg indicar nifedipino 10mg vo, repetir a los 30 minutos de no disminuir la presión, hasta un máximo de 50mg en 24hrs, tratando de equilibrar la presión diastólica entre 90 a 100.

- Controlar funciones vitales, diuresis, administrar oxígeno, monitoreo materno y fetal estricto.
- Culminar la gestación en casos donde la edad gestacional es mayor a 37 semanas. Entre 34 y 37 semanas se culminará según las condiciones maternas. Realizar consentimiento informado a la paciente y a los familiares sobre intervención y posibles complicaciones.
- De existir daño de órgano blanco, se procederá a culminar la gestación por cesárea.

Pronóstico

Dentro de las complicaciones de la preeclampsia específicamente se describe al síndrome de Hellp, la hipertensión arterial crónica, los daños hepáticos, una falla renal, falla multisistémica y muerte materna(3,4). Al culminar la gestación dependerá de la adaptación materna, gravedad del cuadro y edad gestacional para tener un buen pronóstico materno-fetal.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS:

✓ **General:**

- Analizar los factores de riesgo, diagnóstico y manejo de la preeclampsia severa con insuficiencia placentaria en una gestante de un Instituto Nacional, 2021

✓ **Específico:**

- Describir los factores de riesgo de la preeclampsia severa con insuficiencia placentaria en una gestante de un Instituto Nacional, 2021
- Verificar el diagnóstico de preeclampsia con insuficiencia placentaria en una gestante de un Instituto Nacional, 2021
- Comparar el manejo de la preeclampsia severa con insuficiencia placentaria en una gestante de un Instituto Nacional 2021

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:

a. Anamnesis:

Apellidos y nombres: PPS

Edad: 30 años

Grado de instrucción: secundaria completa

Ocupación: ama de casa

Religión: católica

Estado civil: conviviente

Etnia: mestizo

OTROS DATOS:

Paciente con 8 controles prenatales

Inició CPN a las 10 semanas con peso de 81.5 kg y presión arterial de 100/60 mmHg

Último CPN a las 34 semanas con peso 88 kg y presión arterial de 120/90 mmHg

Ecografías:

02/11/2020 Gestación única activa de 9 semanas 4 días por biometría fetal

Viabilidad embrionaria presente

26/11/2020 Gestación única activa de 13 semanas 1 día por biometría fetal,
marcadores genéticos negativos para aneuploidía.

EMERGENCIA:

Fecha: 06/05/2021

Hora: 14:23

Enfermedad actual:

Paciente acude por sensación de contracciones uterinas, percibe disminución de movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Fórmula obstétrica: G2 P1001 G1: Cesárea 2017 por Ruptura prematura de membranas. FUR: no recuerda

Edad gestacional 36 semanas por Ecografía de I trimestre.

Peso: 88 Kg

Talla: 1. 60 m

Funciones vitales:

P.A: 100/70 mmHg

F.C: 80 por

minuto

F. R: 18 por minuto T: 36.8°C

Observaciones: Ecografía de 9 semanas 4 días del 2 de noviembre del 2020

Al examen:

AREG, LOTEP

Aparato cardiovascular: normal

Aparato respiratorio: normal

Piel y mucosas: normo térmicas, hidratadas

Abdomen: Tejido adiposo incrementado, Altura uterina: 34 cm Latidos cardiacos fetales: 130 por minuto, feto único en longitudinal cefálico derecho.

Examen ginecológico: tacto vaginal: cérvix cerrado, largo y posterior. Altura de presentación: -3, membranas: íntegras. Pelvis Ginecoide

Miembros inferiores: normales, sin edema. Reflejos osteotendinosos: ++/++++

Diagnósticos:

1. Segundigesta de 36 semanas por Ecografía del II trimestre
2. No trabajo de parto
3. Cesareada anterior 1 vez
4. Descartar insuficiencia placentaria.

Tratamiento:

1. NaCl 0.9% 1000 ml a XX gotas por minuto
2. Control obstétrico
3. Control de funciones vitales
4. Reevaluar con resultados

Plan de trabajo:

1. Pasar a observación por tener resultado de COVID -19 negativo
2. Se solicita perfil preoperatorio
3. Se solicita ecografía y NST por 30 minutos.

Hora: 15:05 Paciente pasa a observación. Latidos cardiacos fetales 161 por minuto, dinámica uterina: esporádica.

Hora: 15:30 Paciente pasa para NST.

Fecha: 06 / 05/ 2021 Hora: 16:23

Paciente retorna de monitoreo fetal con hallazgo de Dip II recurrente y pocos movimientos fetales.

Al examen físico:

Presión arterial: 100/70 mmHg Frecuencia cardiaca: 76 por minuto

Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Dinámica uterina 2/10 min, +++, 30'',

latidos cardiacos fetales: 140/ minuto que disminuye con contracciones.

Tacto vaginal: sin cambios al examen anterior.

Diagnóstico:

1. Insuficiencia placentaria
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Cesárea anterior 1 vez

Tratamiento:

1. NaCl 0.9% 1000 ml a XXX gotas por minuto.
2. Cefazolina 2 gramos vía endovenosa STAT
3. Control obstétrico
4. Control de funciones vitales
5. Preparar para sala de operaciones

Plan de trabajo:

Cesárea de emergencia

Hora: 16:30 Paciente pasa a sala de operaciones. Latidos cardiacos fetales: 144 por minuto

INFORME QUIRÚRGICO:

Fecha: 06/05/2021 Hora de inicio: 17:05 Hora de término: 18:15

Diagnósticos preoperatorios:

1. Insuficiencia placentaria
2. Cesárea por cesárea anterior 1 vez
3. Pródromos de trabajo de parto
4. Segundigesta de 36 semanas

Diagnósticos post operatorios:

1. Disfunción uterina hipotónica
2. Adherencias peritoneales pélvicas
3. Endometriosis del útero

Procedimientos quirúrgicos:

Cesárea + Puntos de B-Lynch

Hallazgos:

Placenta: patológica, ubicación de la placenta: anterior, líquido amniótico: meconial verdoso, cantidad del líquido amniótico: normal, no mal olor. Recién nacido: vivo, sexo: masculino, peso: 3770 gr, talla: 50 cm, Apagar: 6^{1'}, 8^{5'} Se evidencia útero pálido antes de la incisión uterina. Hipotonía uterina que cede paulatinamente al tratamiento médico y sutura compresiva. Adherencias parieto uterinas, múltiples endometriosis en cara posterior de útero.

Sangrado intra SOP: 800 ml Diuresis: 20 ml

Pinzamiento y corte de cordón umbilical: precoz < 2 minutos

Accidentes: no Estudio patológico: placenta

Fecha: 06 / 05/ 2021 Hora: 18:30

Post operada inmediata

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 ml + 30 UI de oxitocina a XXX gotas por minuto. Frascos I Y II
3. Misoprostol 600 mcg via rectal STAT (INTRASOP)
4. Metamizol 1.5 gr vía endovenosa cada 8 horas
5. Ergometrina 0.2 mg vía intramuscular cada 8 horas por 3 días
6. Cefazolina 1 gramo vía endovenosa cada 6 horas
7. Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal
8. Masaje uterino externo
9. Se solicita hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático, examen de orina
10. Reevaluación con resultados
11. Interconsulta a UCIM

Fecha: 06 / 05/ 2021 Hora: 22:00

Se reevalúa a paciente con resultados de laboratorio. Hemoglobina 11.8g/dl
Leucocitos: 18 700, creatinina: 3.0, urea: 33, glucosa: 92, Bilirrubinas totales: 6.51,
Bilirrubina directa: 3.65, Bilirrubina indirecta: 2.86, Albúmina: 2.02, FA: 370,
TGO: 545, TGP: 321 PCR: 20.8.

P.A: 135/64 mmHg FC: 116 por minuto SaO2: 95% Diuresis: 150 ml
(3horas)

Paciente con creatinina, perfil de coagulación elevado, perfil hepático elevado, con

presión arterial debajo de 140/90 mmHg.

Se evidencia ictericia en escleras, paciente desorientada, niega cefalea, tinitus al momento. Cursa con oliguria.

Al examen físico en aparente mal estado general

Ojos: escleras ictericas

Boca: mucosas orales secas

Abdomen: útero contraído debajo de cicatriz umbilical, no dolor, no signo de rebote.

Genitales externos: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Miembros inferiores: edema ++

Neurológico: Glasgow 14

Diagnóstico:

1. Post operada de cesárea por insuficiencia placentaria
2. Hemorragia post parto. Hipotonía uterina resuelta.
3. Trastorno hipertensivo del embarazo: descartar preeclampsia
4. Infección por SARS COV 2
5. Descartar insuficiencia renal
6. Insuficiencia hepática: hepatitis

Indicaciones:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 ml + 30 UI de oxitocina a 40 gotas por minuto
3. NaCl 0.9% 1000 ml a 30 gotas por minuto
4. Ceftriaxona 2 gramos, vía endovenosa cada 24 horas
5. Clindamicina 600 mg, vía endovenosa cada 8 horas

6. Metamizol 1.5 gr, vía endovenosa cada 8 horas
7. Nifedipino 10 mg, vía oral, condicional a PAS mayor o igual a 160 y/0 PAD mayor igual a 110
8. Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal
9. Se solicita prueba molecular
10. Furosemida 40 mg, vía endovenosa STAT
11. Interconsulta a UCIM por pase a UCI COVID
12. Se solicita perfil de preeclampsia
13. Se solicita proteína en orina de 24 horas

Fecha; 07/05/2021 Hora: 01:00 horas

NOTA DE INGRESO A UCIM

Prueba de Antígeno positiva del 28/04/2021

Antecedentes: Cesárea anterior hace 4 años

Alergias: Niega

Medicación habitual: niega

Enfermedad actual:

Ingresar por emergencia por dolor tipo contracción y disminución de movimientos fetales. Diagnosticada como Segundigesta de 36 semanas, insuficiencia placentaria, se programó para cesárea de emergencia. Pasa a recuperación, cursa con acidosis mixta, llenado capilar prolongado, disfunción hepática y renal, evaluada por UCI, se pasa para manejo.

Examen físico:

P.A: 127/73 mmHg FC: 105 por minuto FR: 22 por minuto SO2: 98%

Despierta, lúcida

Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Murmullos respiratorios pasan bien por ambos campos pulmonares, no soplos

Diuresis adecuada en recuperación

Abdomen: Blando, se palpa útero contraído

Exámenes auxiliares: Examen de orina patológico, HB: 11.5, TP: 21, TPT: 50,

Fibrinógeno: 220, TGO/TGP: 545/321, urea: 33, creatinina: 3, leucocitos: 18 700,

PCR: 21.

AGA: PH: 7.35, PCO₂: 29.4, HCO₃: 16.5, PB: -9, Lac: 5.43, Na: 130, K: 4.4, Ca:

1.05, PO₂: 82, FiO₂: 0.21.

Diagnóstico:

1. Urosepsis, a descartar pielonefritis
2. AKI: 3 prerenal
3. Coagulopatía séptica
4. Descartar Preeclampsia severa vs Hígado graso agudo del embarazo
Disfunción hematológica, renal, hepática
5. Acidemia por acidosis metabólica más alcalosis respiratoria, más leucocituria.
6. Depleción de volumen
7. Post operada por insuficiencia placentaria

Plan:

Hidratación, antibioticoterapia, analgesia.

Fecha: 07/05/2021 Hora: 7:00 horas

Paciente mujer de 30 años con diagnósticos planteados permanece hemodinámicamente compensada, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.

P.A: 110/72 mmHg FC: 100 por minuto FR: 20 por minuto SatO2: 96% (FiO2 0.21)

Ventilación espontánea, patrón respiratorio regular, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, tolera vía oral.

Diuresis conservada.

Sistema nervioso central: Despierta, orientada, no signos meníngeos, ni de focalización.

Paciente en evolución estacionaria, afebril, no compromiso respiratorio, tolera vía oral.

Plan: Hemograma control, continuar antibioticoterapia.

Indicaciones:

1. NPO
2. Dextrosa al 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc + oxitocina 10 UI pasar a 120cc/hora
3. Ceftriaxona 2 gramos vía endovenosa cada 24 horas
4. Tramadol 100 mg, vía endovenosa cada 8 horas
5. Ranitidina 50 mg, vía endovenosa cada 8 horas
6. Metamizol 1 gramo vía endovenosa si temperatura es mayor o igual a 38°C
7. Control de funciones vitales + Balance hídrico estricto
8. Hemoglucotest cada 8 horas

9. Nifedipino de 10 mg vía oral si PAS mayor o igual a 160 y/o PAD es mayor o igual a 110
10. Se solicita laboratorio de control + AGA a las 6 am

Fecha: 07/05/2021

Hora: 10:00 horas

Paciente mujer de 30 años con los siguientes diagnósticos:

1. Urosepsis: Descartar pielonefritis
2. AKI: 3 prerenal
3. Coagulopatía séptica
4. Descartar Preeclampsia severa vs Hígado graso agudo del embarazo
5. Post operada de 1er día de cesárea por insuficiencia placentaria.

Paciente despierta Glasgow 15/15, reflejos osteotendinosos conservados,

Sistema cardiovascular: Ritmo sinusal, ruidos cardiacos rítmicos y regulares

Sistema respiratorio: Ventilando espontáneamente

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, útero contraído

Genito urinario: Diuresis: 555 cc en 24 horas. BH total: -160. Creatinina: 2.88

Urea: 33 Metabólico renal: Na: 131, K: 4.2, Ca: 0.73

AGA: PH: 7.34, PaO₂: 91, PaCO₂: 32.5, HCO₃: 17.7

Paciente en su unidad de reposo, con evolución estacionaria

Se solicita hemocultivo, urocultivo, perfil hepático, perfil renal.

Plan: Hidratación, antibioticoterapia, analgesia.

Indicaciones:

1. Dieta blanda
2. Dextrosa al 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc + oxitocina 10 UI pasar a 60cc/hora
3. Ceftriaxona 2 gramos vía endovenosa cada 24 horas
4. Tramadol 100 mg, vía endovenosa cada 8 horas
5. Ranitidina 50 mg, vía endovenosa cada 8 horas
6. Metamizol 1 gramo vía endovenosa si temperatura es mayor o igual a 38°C
7. Control de funciones vitales + Balance hídrico estricto
8. Hemoglucotest cada 8 horas
9. Nifedipino de 10 mg vía oral si PAS mayor o igual a 160 y/o PAD es mayor o igual a 110
10. Se solicita Bilirrubinas totales, urocultivo, hemocultivo, creatinina, hemograma, urea

Fecha: 08/05/2021 Hora: 10: 00 horas

Paciente mujer de 30 años con los siguientes diagnósticos:

1. Urosepsis
2. AKI: 3 prerenal
3. Coagulopatía séptica
4. Descartar Preeclampsia severa vs Hígado graso agudo del embarazo
5. Post operada de 2do día de cesárea por insuficiencia placentaria.

P.A: 125/70 mmHg FC: 83 por minuto FR: 18 por minuto SatO2: 99%

Hemoglobina: 10.9g/dL

Paciente despierta Glasgow 15/15, reflejos osteotendinosos conservados

Sistema cardiovascular: Ritmo sinusal, ruidos cardiacos rítmicos y regulares

Sistema respiratorio: Ventilando espontáneamente

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, útero contraído, herida operatoria: afrontada, limpia y seca, no signos de flogosis.

Genito urinario: Diuresis: 800 cc en 24 horas. BH total: -2206. Creatinina: 2.2

Urea: 40

Metabólico renal: Na: 137, K:4.3, Ca: 1.21

AGA: PH: 7.35, PaO₂: 75, PaCO₂: 35.8, HCO₃: 20.1

Paciente hemodinámicamente estable, con evolución estacionaria, con marcadores inflamatorios altos, función renal comprometida, AKI 3, con flujos urinarios disminuidos, con transaminasemia, hipoalbuminemia severa. Buen patrón respiratorio, pronóstico reservado.

Plan: hemograma control, continuar antibioticoterapia.

Indicaciones:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Dextrosa al 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc pasar a 60cc/hora
3. Ceftriaxona 2 gramos vía endovenosa cada 24 horas
4. Tramadol 100 mg, vía endovenosa cada 8 horas
5. Vitamina K 10 mg vía endovenosa cada 12 horas
6. Ranitidina 300 mg vía oral cada 24 horas
7. Metamizol 1 gramo vía endovenosa si temperatura es mayor o igual a 38°C
8. Nifedipino de 10 mg vía oral si PAS mayor o igual a 160 y/o PAD es mayor o igual a 110

9. Control de funciones vitales + Balance hídrico estricto
10. Hemogluco test cada 12 horas
11. Gaseometría 30 gotas cada 8 horas

Fecha: 08/05/2021 Hora: 23: 30 horas

Paciente mujer de 30 años, con diagnósticos planteados

Sistema nervioso: despierta, reactivo a la estimulación

Aparato respiratorio: Ventilando espontáneamente

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, no soplos

Diuresis: 490 cc en 12 horas

P.A: 125/74 mmHg FC: 75 por minuto SaO₂: 97% FR: 20 por minuto

FiO₂: 0.21

Paciente con tendencia a leucocitosis, neutrofilia y linfopenia, disfunción hepática, renal, trastorno de la coagulación.

Evolución estacionaria, pronóstico: reservado.

Plan:

1. Monitoreo hemodinámico: presión arterial, diuresis
2. Rotar antibioticoterapia
3. Hidratación
4. Posibilidad de transfusión por disminución del fibrinógeno
5. Exámenes de laboratorio control

Indicaciones:

1. NaCl 0.9% 1000 cc pasar 1 frasco en 4 horas

2. Antibioticoterapia: Meropenem 2 gramos vía endovenosa, luego Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas.

Fecha: 09/05/2021 Hora: 11:00 horas

Paciente mujer de 30 años con los siguientes diagnósticos:

1. Urosepsis
2. AKI I prerenal
3. Preeclampsia severa
4. Post operada de 3er día de cesárea por insuficiencia útero placentaria

P.A: 138/90 mmHg FC: 66/ minuto FR: 16/ minuto T: 36.8°C

Paciente despierta, Glasgow 15/15

Al examen: AREG, LOTEP

Tórax y pulmones: ventila espontáneamente

Aparato cardiovascular: Ritmo sinusal, ruidos cardíacos rítmicos

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, útero contraído.

Herida operatoria: afrontada, limpia y seca. Sin flogosis

Genito urinario: Diuresis: 950 cc en 24 horas. BH total: +2286. Creatinina: 1.2

Urea: 41

Metabólico renal: Na: 138, K: 4.4, Ca: 1.21

AGA: PH: 7.39, PaO₂: 68, PaCO₂: 32.5, HCO₃: 19.9

Paciente hemodinámicamente estable

Hemoglobina: 11g/dl, perfil renal y hepático en disminución. Tiempo de protrombina: 18.1 en descenso, en comparación al anterior, fibrinógeno: 206

Plan: Monitoreo hemodinámico, continuar antibioticoterapia, hidratación.

Exámenes de laboratorio control

Fecha: 09/05/2021 Hora: 21:20 horas

Paciente mujer de 30 años con diagnósticos planteados

Asintomática, ventilando espontáneamente

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible

Evolución clínica: estacionaria

Plan: Monitoreo, antibioticoterapia, analgesia.

Indicaciones:

1. Posición en ángulo de 45°
2. Vía oral: dieta blanda + líquidos a voluntad
3. Dextrosa al 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc pasar a 60cc/hora
4. Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas
5. Tramadol de 50 mg, vía endovenosa cada 8 horas
6. Vitamina K 10 mg vía endovenosa cada 12 horas
7. Ranitidina 300 mg vía oral cada 24 horas
8. Gaseovet 30 gotas cada 8 horas
9. Metoclopramida 10 mg vía endovenosa cada 12 horas
10. Metamizol 1 gramo vía endovenosa si temperatura es mayor o igual a 38°C
11. Hemogluco test cada 6 horas
12. Control de funciones vitales + Balance hídrico estricto
13. Hisopado nasofaríngeo

Fecha: 10/05/2021 Hora: 10:40 horas

Paciente mujer con los siguientes diagnósticos:

1. Urosepsis
2. AKI 1 prerenal
3. Preeclampsia severa
4. Post operada de 4to día de cesárea por insuficiencia placentaria

P.A: 135/100 mmHg FC: 85 por minuto T: 37°C FR: 20 por minuto SatO₂: 96%

Paciente despierta, Glasgow 15/15, reflejos osteotendinosos conservados

Aparato cardiovascular: Ritmo sinusal, ruidos cardíacos rítmicos regulares

Tórax y pulmones: Ventilando espontáneamente

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. Herida operatoria: afrontada, limpia y seca, no signos de flogosis.

Aparato Genito urinario: Diuresis: 915 cc en 24 horas, BH total: +521, Creatinina: 0.9 Urea: 34

Metabólico renal:

Na: 138, K:4.4, Ca: 1.21

AGA: PH: 7.3, PaO₂: 68, PaCO₂: 32.5, HCO₃: 19.5, FiO₂: 0.21, PaFi: 323

Paciente hemodinámicamente estable, con evolución favorable, patrón respiratorio regular.

Plan: continuar antibioticoterapia. Pasa a hospitalización, de alta por UCIM.

Indicaciones:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas

3. Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas
4. Vitamina K 10 mg vía endovenosa cada 12 horas
5. Ranitidina 300 mg vía oral cada 24 horas
6. Metamizol 1 gramo vía endovenosa si temperatura es mayor o igual a 38°C
7. Metildopa 500 mg vía oral cada 12 horas
8. Nifedipino de 10 mg vía oral si PAS mayor o igual a 160 y/o PAD es mayor o igual a 110
9. Retiro de sonda vesical
10. Control de funciones vitales+ Alta de UCIM

Fecha: 10/05/2021

Hora: 13:00 horas

Nota de Ingreso a hospitalización

Ingresa paciente procedente de UCIM, en camilla, con doble vía endovenosa periférica con NaCl 0.9% 1000 ml. Paciente tiene prueba antígeno positiva del 28/04/2021 y antígeno negativo del 06/05/2021. Pendiente resultado de prueba molecular tomada el día 09/05/2021. Presenta edema de manos y brazos.

Al examen: AREG, LOTEPE

P.A: 140/95 mmHg FC: 85/minuto T:37°C

Piel y mucosas: tibias, elásticas, hidratadas

Mamas: blandas, secretantes

Abdomen: útero contraído AU: 12 cm con herida operatoria limpia y seca

Genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

Fecha: 11/05/2021

Hora: 07:20 horas

Paciente con vía permeable en AREG, LOTEPE. Refiere dolor en herida operatoria.

Al examen:

Piel y mucosas: tibias, elásticas, hidratadas

Miembros superiores: petequias y edema en ambos brazos

Mamas: blandas, secretantes

Abdomen: herida operatoria dolorosa a la palpación, con secreción sanguinolenta, útero contraído

Genitales externos: loquios escasos

Miembros inferiores: sin edema

Fecha: 11/05/2021

Hora: 09:00 horas

Se le realiza a paciente curación de herida operatoria, se drena 300 ml de secreción sanguinolenta, sin mal olor.

Se indica curación cada vez que se llene gasa y apósito.

Fecha: 12/05/2021

Hora: 8:30 horas

Paciente afebril, refiere dolor a nivel de herida operatoria. Se realiza curación, se drena +- 100 ml de líquido serohemático. Se deja bolsa de colostomía.

P.A: 106/70 mmHg FC: 77 /minuto FR: 18/minuto SatO2:

98%

Nota: se reporta secreción de herida operatoria desde el 10/05/2021 (previamente no). Se explica a paciente posibilidad de drenaje quirúrgico en sala de operaciones de acuerdo a evaluación clínica.

Al examen: AREG, LOTEPE

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares

Abdomen: Herida operatoria con dren, secreción serohemática. No flogosis

Genitales externos: Loquios escasos, no mal olor

Diagnóstico:

1. Post operada de 6to día de cesárea por insuficiencia útero placentaria
2. Infección de herida operatoria: seroma vs hematoma de pared
3. Preeclampsia severa en remisión
4. Urosepsis en remisión
5. Infección por Covid-19

Plan:

1. Analgésicos
2. Antibioticoterapia
3. Curación de herida operatoria

Indicaciones:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas
3. Metildopa 250 mg vía oral cada 12 horas
4. Paracetamol 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas
5. Tramadol 100 mg vía subcutánea previa curación.
6. Nifedipino 10 mg vía oral condicional a PA mayor o igual a 160/110
7. Control de funciones vitales + curación de herida operatoria 2 veces por día
8. Ácido tranexámico 1 gramo vía endovenosa STAT

Fecha: 13/05/2021 Hora: 10:00 horas

Paciente asintomática

Al examen: Funciones vitales estables

Aparato respiratorio y cardiovascular: normal

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

Herida operatoria: Mitad derecha normal, mitad izquierda con drenaje. Se drena 400 ml en 24 horas

Genitales externos: loquios muy poca cantidad

Diagnóstico:

1. Puérpera post operada de cesárea de 7mo día por insuficiencia placentaria
2. Descartar hematoma de pared, evolución favorable
3. Urosepsis en tratamiento
4. Infección por Covid-19 en remisión

Indicaciones:

1. Dieta completa
2. Vía salinizada
3. Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas
4. Metildopa 250 mg vía oral cada 12 horas
5. Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal

Fecha: 14/05/2021 Hora: 10:00 horas

Paciente asintomática en AREG, LOTEPE

P.A: 100/60 mmHg FC: 78/ minuto FR: 18/minuto T:

36.4°C SatO2: 98%

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares

Abdomen: Blando, depresible, bolsa de colostomía con 120 ml en 24 horas seroso.

Útero contraído.

Herida operatoria: limpia

Genitales externos: Loquios escasos

Diagnóstico:

1. Post operada de cesárea de 8vo día por insuficiencia útero placentaria
2. Hematoma de pared en evolución favorable
3. Urosepsis en tratamiento y remisión
4. Covid – 19

Indicaciones:

1. Dieta completa
2. Vía salinizada
3. Meropenem 1 gramo cada 8 horas vía endovenosa
4. Metildopa 250 mg vía oral cada 12 horas
5. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal

Fecha: 15/05/2021 Hora: 09:00 horas

Paciente post operada de cesárea, complicada con hematoma de pared abdominal + infección por Covid-19, actualmente escasa secreción por dren. Paciente se moviliza, conversa, afebril. Paciente refiere leve dolor en miembros superiores en zonas de venopunción.

P.A: 110/70 mmHg FC: 82/ minuto T: 36.6°C SatO2: 97%

Al examen:

Piel y mucosas: normotérmicas

Abdomen: blando, depresible, no doloroso

Herida operatoria: sin signos de flogosis, dren con serohemática escasa

Genito urinario: leve eritema en vulva

Diagnóstico:

1. Post operada de 9no día de cesárea por insuficiencia placentaria y preeclampsia severa
2. Hematoma de pared abdominal + dren
3. Urosepsis en tratamiento
4. Infección por Covid-19

Plan:

Curación de herida operatoria, retiro de Dren Pen Rose, antibioticoterapia

Indicaciones:

1. Dieta completa
2. Vía salinizada
3. Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas
4. Metildopa 250 mg vía oral cada 12 horas
5. Óxido de zinc en vulva mañana y noche
6. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal

Fecha: 16/05/2021 Hora: 09:00 horas

Paciente refiere dolor en brazos de menor intensidad. Decúbito con vía endovenosa en miembro inferior derecho. Refiere distensión abdominal desde ayer porque no camina. Deposiciones normales.

P.A: 108/64 mmHg FC: 78/min FR: 19/mi T: 36.9°C SatO2: 97%

Escala de Glasgow 15/15

Hemoglobina: 9gr/dl Leucocitos: 7800 Abastionados 0%

PCR: 44

Al examen: AREG, LOTEP

Piel y mucosas: Tibias, elásticas, hidratadas, llenado capilar <2” , equimosis en antebrazos, piel seca en antebrazos

Abdomen: Blando, depresible, útero contraído. Herida operatoria: afrontada, no signos de flogosis

Genitales externos: loquios hemáticos escasos, sin mal olor

Diagnóstico:

1. Post operada de 10mo día de cesárea por preeclampsia severa
2. Urosepsis en tratamiento
3. Infección por SARS COV 2
4. Anemia moderada

Paciente estable, aunque en decúbito dorsal por vía endovenosa en miembro inferior.

Plan: Antibioticoterapia, suspender antihipertensivo

Indicaciones:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad

2. Vía salinizada
3. Meropenem 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas
4. Óxido de zinc en vulva mañana y noche
5. Hirudoid mañana, tarde y noche + compresas en miembros superiores
6. Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal.

Fecha: 17/05/2021 Hora: 10:00

Paciente puérpera post operada de 11vo día de cesárea por preeclampsia severa e insuficiencia placentaria.

En condiciones de alta.

EXAMENES AUXILIARES

	28/4/2021	6/05/2021 16:00	6/05/2021 18:10	09/05/2021	10/05/2021 05:00	12/05/2021 12:00	15/05/2021 12:00
Antígeno para la detección del Virus SARS-CoV2:	positivo	no reactivo					
Prueba de hisopado nasofaríngeo para Covid-19:				positivo			
Hemoglobina	11.5g/dl	12.5g/dl			10.3 g%	8 g%	9 g%
Hematocrito	34.9 %				32 %		27%
Leucocitos	5.85 / mm ³	10 500/ mm ³			17 800 p.m.c	19 300 p.m.c	7 800 p.m.c
Neutrófilos:							
Abastionados	0 %	0 %			0 %	0 %	0 %
Segmentados	77%	78%			83%	79%	73%
Eosinófilos	0%	1%			2%	1%	0%
Basófilos	0%	0%			0%	0%	0%
Monocitos	5%	7%			8%	10%	9%
Linfocitos	18%	14%			7%	10%	18%
Plaquetas	178 000 / mm ³	236 000/ mm ³				130/ mm ³	
Grupo sanguíneo		O Rh positivo					
Tiempo de protrombina		19.8 segundos				14.0 "	
Tiempo parcial de tromboplastina:		49.5 segundos				38.0"	
Fibrinógeno		221 mg/dl				448 mg/dl	
Glucosa		86 mg%	188 mg%		100 mg%		
Urea		39 mg%	35 mg%		34 mg%	31 mg%	
creatinina		3.13 mg%	2.99 mg%		0.90 mg%	0.81 mg%	
Ácido úrico					3.4 mg%		
Proteínas totales					430 gr%		
Albúmina					1.40 gr%		
Globulinas					2.90 gr%		
Bilirrubina total					4.58 mg%	2.65 mg%	
Bilirrubina directa					2.76 mg%	1.64 mg%	
Bilirrubina indirecta					1.82 mg%	1.01 mg%	
Transaminasas:							
TGO:					81 U/L	59 U/L	
TGP:					74 U/L	47 U/L	
PCR					43.8 mg/L		44.1mg/L
VIH (P. rápida)		no reactivo					
Sífilis		negativo					
Urocultivo					negativo		
Resultado de Hemocultivo					negativo (muestra del 07/05/2021)	negativo (muestra del 07/05/2021)	
Examen de orina:			10-12 por campo				
Leucocitos:			8-10 por campo				
Hematíes			15 – 20				
células epiteliales:			por campo				
albúmina:			positivo				
Ácido acetilsalicílico:			2+				
glucosa:			normal				
			negativo				
			positiva				

Acetona:	1+
sangre	positivo
pigmento biliar	1+

2.3 DISCUSIÓN

La paciente tiene 30 años, inició su control prenatal de manera temprana acudió a 8 controles prenatales.

La paciente gestante acudió por sensación de contracciones uterinas y disminución de movimientos fetales notándose su conocimiento de los signos y síntomas de alarma ya que según la guía del Hospital Universitario de Barcelona(19) los movimientos fetales son un signo de bienestar fetal, la reducción de estos podría indicar una pérdida del bienestar fetal entre ellas la insuficiencia placentaria que posteriormente quedó contrastada en este caso clínico.

Al tomar este signo de alarma para la paciente se indica un test no estresante para verificar el bienestar fetal sin embargo Valencia-Rincón E(20) informa que en las pacientes que refieren disminución de movimientos fetales y a quienes se les realiza una prueba de bienestar fetal tienen resultados fetales similares que quienes no refieren esta disminución. Sin embargo, es importante profundizar en la historia clínica sobre la reducción de movimientos fetales, consultar sobre cuántas veces en la última hora se movió el feto, hace cuántas horas no se ha movido y empezó la reducción de movimientos fetales para tener una mayor exactitud sobre este signo.

La paciente acudió a 8 controles prenatales lo cual según Franco K(11) informó que cumplir con un mínimo de 6 controles prenatales representa un factor protector para el desarrollo de preeclampsia; sin embargo, en este caso el CPN no cumplió con su objetivo de reducir la morbilidad materna fetal al pasar por alto un signo de alarma.

La paciente cursaba una edad de 30 años, donde se tiene menor riesgo ya que según Franco K(11) la edad materna avanzada representa un riesgo de preeclampsia

aumentando en 56% el riesgo. Además, la paciente tuvo secundaria completa, dato contrario a lo planteado por el autor anterior quien refiere que las pacientes con instrucción superior tienen mayor riesgo de preeclampsia. Por tanto, esto nos indica que todas las pacientes tienen un riesgo para desarrollar preeclampsia, todas deben ser vistas de manera acuciosa para identificar cualquier complicación y prevenirlas antes de que desarrolle alguna patología grave.

Además la paciente fue conviviente y Guerrero-Rosa A, et al(12) quien menciona que la mayoría de sus casos de preeclampsia fueron solteras con un incremento elevado de consumo de lípidos e ingreso mensual entre 1001 a 1500 soles.

Por otro lado, un factor importante y prevenible es el índice de masa corporal pre gestacional de la paciente que según cálculos tuvo obesidad, esto coincide con Farfán A, et al quien menciona que esto es un factor de riesgo que incrementa el riesgo de desarrollar preeclampsia en 2,42 veces. Además, el incremento de peso según el índice de masa corporal debió ser máximo 6 kilos, esto aumentó también el riesgo de preeclampsia.

Cabe resaltar que la paciente tuvo su último control prenatal a las 34 semanas donde se detectó una presión arterial de 120/90mmHg, dos semanas antes de que la paciente acuda a emergencia., sin embargo, no se le brindó la atención necesaria pudiendo cursar con un trastorno hipertensivo que no fue diagnosticado ni monitorizado de forma oportuna por los profesionales de salud, y luego la paciente acude directamente a emergencia.

En este punto resalta el desconocimiento de la paciente sobre su estado de salud en el último control prenatal al tener una presión diastólica alterada, esto coincide con

Hernández S(9) quien informa un nivel de conocimiento alto sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en gestantes y la actitud frente a esta situación fue indiferente en 64,6% lo cual coincide con el presente caso, ya que ante este signo no hubo ninguna conducta de prevención de la salud.

Al realizar la prueba de bienestar fetal, cerca de una hora y media luego de su ingreso a emergencia, se observan contracciones uterinas de elevada intensidad con desaceleraciones en cada contracción teniendo una puntuación de 4 de 10 puntos. Siendo evaluada por emergencia programándose para sala de operaciones por una insuficiencia placentaria, hasta el momento de la operación, la paciente no tuvo exámenes de laboratorio debido a la premura por culminar la gestación.

Posterior a la cesárea se recogió los resultados de laboratorio percatándose una elevación de las enzimas transaminasas e incluyendo un diagnóstico para descartar preeclampsia.

El término de la gestación por cesárea también coincide con una de las complicaciones de la preeclampsia según Farfán A, et al quien menciona que la preeclampsia incrementa el riesgo de cesárea en 43 veces. Si bien es cierto, la principal indicación fue la insuficiencia placentaria, un diagnóstico no detectado fue la preeclampsia severa debido a la falta de exámenes de laboratorios de manera oportuna.

Dentro de las características de la paciente para riesgo de preeclampsia severa figura la gestación prematura tal como menciona Fikadu K et al(1), que más precisamente sería la aparición temprana de la preeclampsia caracterizada por iniciar antes de las 34 semanas que podría ser si se considera a la primera aparición de presión

diastólica elevada en el último control prenatal. Este tipo de preeclampsia trae consigo diversas consecuencias como disfunción renal y estancia hospitalaria prolongada lo cual se presentó en esta paciente tal como menciona Ndwiga C, et al (6)

Las complicaciones severas de la pacientes la calificaron como morbilidad materna grave y según MacDonald E, et al(7) este tipo de morbilidad tiene mayor frecuencia en mujeres que cursan las 33 a 36 semanas de gestación. Además, según este autor presentan mayor frecuencia de insuficiencia renal, ingreso a UCI y tasas de cesárea así como hemorragia post parto.

Dentro de los resultados neonatales, el recién nacido tuvo un Apgar 6-8, esto se condice con lo hallado por Ayala-Ramírez P, et al(2) que reporta que los recién nacidos de madres pre eclámpticas tienen puntajes de Apgar menores comparadas con las pacientes sin esta patología. Además, Farfán A, et al menciona que el Apgar de 4 a 6 se presenta en 2,51 veces.

El tratamiento brindado para la insuficiencia placentaria fue adecuado ya que corría riesgo el feto. Sin embargo, posterior a la cesárea se presentó hemorragia posparto lo que se asocia también a una pre eclampsia severa según Ndoni E, et al(8). Posterior a este suceso y a la observación de los exámenes de laboratorio, la paciente es evaluada y trasladada a UCI para una mejor evaluación.

Finalmente, la paciente evoluciona favorablemente a pesar de cursar con el diagnóstico de COVID-19 no necesitando soporte ventilatorio en ningún momento.

2.4 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo presentados en la paciente fueron obesidad, cesareada anterior y ganancia incrementada de peso durante la gestación.
- El diagnóstico de preeclampsia no fue detectado de manera inmediata, se identificó primero la insuficiencia placentaria y posterior a esta las complicaciones de la preeclampsia severa como el daño renal y hepático.
- El manejo de la preeclampsia y de sus complicaciones fue adecuado evitando una muerte materna, pero teniendo una morbilidad materna grave.
- El resultado fetal fue adecuado a pesar de la prematuridad ya que se previno un resultado adverso peor al obtenido.

2.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda monitorizar adecuadamente el incremento de peso materno según el índice de masa pregestacional, ya que es un factor de riesgo importante para preeclampsia que es prevenible, esto podría lograrse con las sesiones educativas sobre nutrición adecuada durante la gestación.
- Brindar capacitaciones de refuerzo sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia y la morbilidad-mortalidad que puede traer consigo, identificar a aquellas pacientes con una presión diastólica de riesgo y realizar el seguimiento y referencia oportuna para una mejor atención de su salud. Además, concientizar a las pacientes sobre los signos y síntomas de alarma específicamente de la preeclampsia.
- Realizar una coordinación con el área de laboratorio para evitar retrasos en la toma de muestras y entregas de resultados de laboratorio, lo cual puede ser crucial para el diagnóstico de preeclampsia.
- Identificar oportunamente la insuficiencia placentaria con el objetivo de reducir las complicaciones perinatales prevenibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fikadu K, G/Meskel F, Getahun F, Chufamo N, Misiker D. Determinants of pre-eclampsia among pregnant women attending perinatal care in hospitals of the Omo district, Southern Ethiopia. *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* enero de 2021;23(1):153-62.
2. Ayala-Ramírez P, Serrano N, Barrera V, Bejarano JP, Silva JL, Martínez R, et al. Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort. *Heliyon.* septiembre de 2020;6(9):e05079.
3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 24.^a ed. Mc Graw Hill; 2016.
4. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6.^a ed. El Ateneo; 2009.
5. Garti I, Gray M, Tan J-Y, Bromley A. Midwives' knowledge of pre-eclampsia management: A scoping review. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* febrero de 2021;34(1):87-104.
6. Ndwiga C, Odwe G, Pooja S, Ogutu O, Osoti A, E Warren C. Clinical presentation and outcomes of pre-eclampsia and eclampsia at a national hospital, Kenya: A retrospective cohort study. *PloS One.* 2020;15(6):e0233323.
7. MacDonald EJ, Lepine S, Pledger M, Geller SE, Lawton B, Stone P. Pre-eclampsia causing severe maternal morbidity - A national retrospective review of preventability and opportunities for improved care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* diciembre de 2019;59(6):825-30.

8. Ndoni E, Hoxhallari R, Bimbashi A. Evaluation of Maternal Complications in Severe Preeclampsia in a University Hospital in Tirana. Open Access Maced J Med Sci. 15 de marzo de 2016;4(1):102-6.
9. Hernández S. Conocimiento y actitud sobre signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en gestantes. Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2020 [Internet]. [Cajamarca-Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4093/sonia%20hernandez.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
10. De la Peña W, Díaz A, Meza R, Sandoval H, Cano J, Castillo A, et al. Preeclampsia severa de aparición temprana: Características clínico epidemiológicas en la unidad de cuidados intensivos materno del INMP Agosto del 2014 a Setiembre del 2018. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2020;9(1):40-7. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/181/185/>.
11. Franco K. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Enero-Diciembre del año 2017 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1771/KFRANCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Guerrero-Rosa A, Diaz-Tinoco C. Factores asociados a preeclampsia en

- gestantes atendidas en un hospital peruano, 2019. Rev Int Salud Materno Fetal [Internet]. 31 de diciembre de 2019 [citado 2 de junio de 2021];4(4):27-34. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/143>
13. Zaga AF, Rendón MT, Mamani RP. Resultados maternos y perinatales de preeclampsia en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Rev Médica Basadrina [Internet]. 2019 [citado 2 de junio de 2021];13(2):26-31. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/878>
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. 2017.
15. Medicina Fetal Barcelona. Hipertensión y gestación [Internet]. [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.html>
16. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2017. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
17. Walle TA, Azagew AW. Hypertensive disorder of pregnancy prevalence and associated factors among pregnant women attending ante natal care at Gondar town health Institutions, North West Ethiopia 2017. Pregnancy Hypertens [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 3 de junio de 2021];16:79-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210778918306871>

18. Dou W, Zhao X, Lü Q, Duan Dand, Chen G, Fu W, et al. [Association between nutrition factors in the third trimester and preeclampsia:a case-control study]. Wei Sheng Yan Jiu. marzo de 2019;48(2):232-7.
19. Hospital Universitario Clinic Barcelona. Disminución de los movimientos fetales [Internet]. 2021. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/disminucion%20movimientos%20fetales.pdf>
20. Valencia-Rincón E, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término. Avances en Biomedicina [Internet]. 2017;6(2):11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3313/331355420002/331355420002.pdf>