



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

MANEJO DE LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA EN UN

HOSPITAL DE NIVEL III, 2020

PRESENTADO POR

ERIKA VANESSA BOY SIPIRAN

ASESOR

DRA. MIRIAN TERESA SOLÍS ROJAS

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

MOQUEGUA – PERÚ

2021

ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	iii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2. Justificación	3
1.3.1 Antecedentes	4
1.3.2 Bases teóricas	6
CAPÍTULO II.....	12
CASO CLÍNICO.....	12
2.1.- Objetivo:	12
2.1.1. Objetivo General.....	12
2.1.2. Objetivos Específicos.....	12
2.2.- Datos clínicos relevantes	12
2.3. Discusión	32
2.4. Conclusiones	33
2.5 Recomendaciones	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

RESUMEN

Preeclampsia, enfermedad multifactorial propia de los seres humanos en la que la presión arterial se incrementa, los niveles de proteína en la orina están elevados, presentándose al iniciar las 20 semanas de gestación también presentándose cuadro clínico en el puerperio, esta enfermedad genera elevados índices de morbimortalidad materno perinatal. No hay un grupo poblacional en la que éste presente mayor incidencia, su frecuencia está entre 6 y 12% sin embargo hay algunos factores que pueden incrementar esta tasa.

Esta patología actúa de manera sistémica y a pesar de los avances en la tecnología todavía no tenemos posibilidades de poder predecir ni su progresión ni conocer cuál es el tratamiento definitivo que deberíamos de tomar.

Decidí realizar el presente trabajo clínico para complementar los conocimientos que se tienen de esta enfermedad, pues al conocerlas podemos contribuir mejorando la salud de la mujer gestante, a través de un control adecuado y oportuno que nos permitirá reconocer factores de riesgo derivando correctamente a la gestante mediante una referencia hacia un lugar de mayor complejidad siempre que sea el caso, pues debemos de proteger la salud materno fetal. La revisión de este caso permitirá una evaluación del diagnóstico, manejo de las pacientes con esta patología y poder darnos vistos de nuevas formas de manejo que podríamos aplicar a nuestras futuras pacientes.

Palabras Clave: Preeclampsia, manejo, prevención.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Cerca del 10% de gestantes dentro del orbe mundial están afectadas por trastornos relacionadas a la hipertensión que incluyen preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional y crónica, éstas establecen una razón relevante de morbilidad generando un índice de muerte materna y del feto elevado ⁽¹⁾.

La décima parte de los decesos en África y Asia se relaciona a esta causa, 25% de las defunciones de mujeres durante la gestación en América Latina tiene el mismo origen. Ofrecer una atención eficaz y oportuna disminuiría un número elevado de estas muertes, hecho por el cual se debe optimizar la atención para poder cumplir con los objetivos del milenio 2021 ⁽²⁾.

De las enfermedades hipertensivas, la preeclampsia tiene mayor predominio, estableciéndose como una razón de morbimortalidad. Aunque la patogenia no es conocida en su totalidad, se sabe que se presentan alteraciones placentarias iniciando el embarazo, una respuesta protectora de los tejidos de todo el organismo y una disfunción endotelial sucesiva, existe una polémica en función al diagnóstico, control y manejo medicamentoso empleado, así como también por el orden de gravedad que se presenta. Es usual que se reconozca en los cuadros de hipertensión presión diastólica invariable > 90 mmHg a la par con proteinuria ($>0,3\text{g}/24$ h) ambos son sugeridos a modo de criterios para distinguir la preeclampsia. Es evidente que también ocurren cambios fisiopatológicos desde los primeros meses de gestación entre ellos la placentación inadecuada, usualmente la ampliación de la presión y el hallazgo de proteína en orina se evidencian en el segundo trimestre del embarazo, sin embargo, conocemos algunos factores de riesgo que pueden incrementar la incidencia que está entre el 2 y 8%; entre estos factores tenemos obesidad, primiparidad, adolescencia ⁽¹⁾.

La tasa de mortalidad peruano de trastornos hipertensivos es el 17 y 21%, lo que representa el segundo lugar en el caso de muertes. Esta tasa se incrementa en hospitales de Essalud a un 25% en el reporte de muertes perinatales, estableciéndose como causa primordial de retraso del crecimiento intrauterino ⁽²⁾.

La preeclampsia se caracteriza por la afección progresiva de los órganos, cerca del 22% de embarazos se complican, la incidencia muestra que existen más casos en la zona costera que en la serranía, no obstante, es mayor los casos de muertes en

la zona andina. Según la DIRESA Lima Ciudad es la primera causa de deceso como un 33%. De acuerdo con las estadísticas mostrada por el Instituto Materno Perinatal, 43% de mujeres muere a causa de la preeclampsia ⁽³⁾.

1.2. Justificación

El origen de la preeclampsia es desconocido, sin embargo, se pueden describir algunos factores que están asociados pero que no son signos patognomónicos de esta enfermedad lo que hace difícil su manejo e impide disminuir el impacto y evitar secuelas.

Por ello es sumamente importante la prevención durante el control prenatal para garantizar el bienestar de la madre mediante acciones educativas que le permitan actuar precozmente y ayudar en el manejo oportuno.

El personal de salud debe proporcionar medidas eficientes que servirán de ayuda para disminuir la mortalidad materna.

Definitivamente, este caso clínico, es fundamental porque nos muestra cómo debemos actuar y como debemos manejar a nuestras pacientes, pues de lograr un embarazo sin complicaciones favorece indiscutiblemente a nuestra sociedad

1.3. Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales

PEREIRA C. et al (2020) La preeclampsia, trastorno neuro-hipertensivo propio del embarazo caracterizado por la presencia de proteinuria y asociada a una alta mortalidad, por ello se debe establecer una adecuada clínica de cada paciente para emplear medidas preventivas con el objeto de minimizar las consecuencias y disminuir el impacto negativo y obtener resultados acordes a lo esperado ⁽⁴⁾.

HANNAH R. et al (2020) se define la preeclampsia como la hipertensión después de las 20 semanas y que afecta de manera evidente órganos sistémicos de la madre, la incidencia de preeclampsia aumenta pasado los 30 años y afecta a más de 4% de embarazadas en el mundo. La patogénesis es multifactorial se conoce que hay daño vascular, renal, inmunológica, el tratamiento está limitado comúnmente a los síntomas y termina después de parto, esta patología tiene consecuencias mortales para madre y feto ⁽⁵⁾.

FATEMEH R. et al. (2020). Debido a la alta morbi/mortalidad que se desarrolla debido a la preeclampsia se debe tomar acciones preventivas que disminuyan este riesgo, haciendo una serie de revisiones sistemáticas para tomar una adecuada decisión se realizó este informe. De acuerdo a esta revisión podemos indicar que el uso de anticoagulantes, aspirina, óxido nitroso, yoga, nutrientes, ácido fólico, vitamina E, calcio pueden resultar beneficiosos para quitar o menguar consecuencias de la preeclampsia ⁽⁶⁾.

b. Antecedentes Nacionales

MOQUILLAZA V. et al. Perú (2020). Artículo cuyo objetivo es expresar con precisión la correspondencia de registros identificados de preeclampsia en el suelo peruano, utilizó el método de observación como base secundaria de las IPRESS en el Perú, utilizando la prueba chi cuadrado para determinar asociación concluyendo a la preeclampsia como la alteración hipertensiva de considerable estadística a nivel del territorio peruano, específicamente dentro del sector privado, en las IPRESS del nivel II de atención, y en la Serranía del Perú ⁽⁷⁾.

VILLANUEVA-BUSTAMANTE J. et al. Perú (2020). Estudio que busca determinar factores de riesgo asociado en una IPRESS de Essalud en Lima, el método utilizado es de tipo retrospectivo, observacional, caso control, concluyendo que las variables de obesidad u sobrepeso y la ocupación están asociados a recurrencia de preeclampsia ⁽⁸⁾.

BARTURÉN K, et al. Perú (2020). De acuerdo a la OMS 60,00 mujeres perecen debido a complicaciones propias de preeclampsia. Este estudio busca mostrar las perspectivas de acerbidad de las gestantes atendidas en una IPRESS de la región Lambayeque a lo largo del año 2017, se realizó el estudio caso-control pareado, concluyendo que las causas con mayor riesgo para desarrollar preeclampsia son: el acrecentamiento de la PAS, incremento de creatinina, ecosonografía Doppler de la arteria uterina del I Trimestre de gestación adulterada ⁽⁹⁾.

1.3.2 Bases Teóricas

CONCEPTO

La preeclampsia comienza su desarrollo después de las 20 semanas y puede durar hasta 6 semanas posparto, si no es tratada de manera permanente puede convertirse en eclampsia, en uno de 200 gestantes y una eclampsia no tratada puede ser mortal (10).

ETIOLOGÍA

La etiología es desconocida, pero se describen algunos agentes de riesgo: nuliparidad, hipertensión crónica persistente, disturbios renales, vasculopatía diabética, diabetes preexistente, avanzada edad materna, madre adolescente, historia familiar de enfermedad, gestación multifetal, obesidad, disturbios trombóticos (11).

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de esta enfermedad es parcialmente comprendida, los agentes que pueden originar esta patología pueden ser el insuficiente desenvolvimiento de las arterias uteroplacentarias que disminuye su flujo sanguíneo, una anormalidad genética del cromosoma número 13, anormalidades inmunológicas, infartos placentarios, también se menciona que una degradación oxidativa de los lípidos de las membranas citoplasmáticas impulsada por radicales libres puede coadyuvar a preeclampsia (12).

FIGURA 1. FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA (MODIFICADO DE REDMAN 2005, (14))

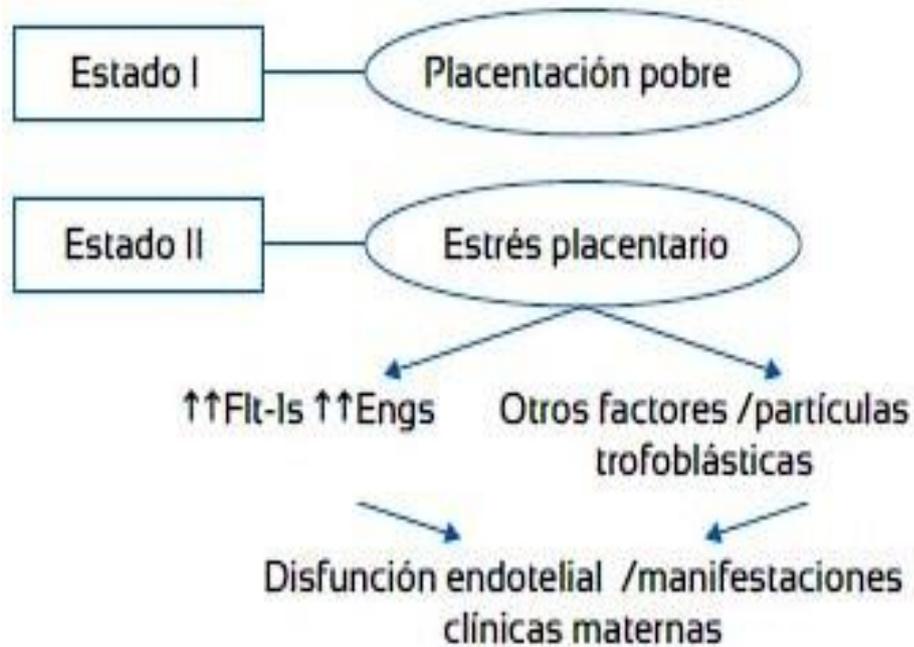


Figura N.º 1 Fisiopatología de la preeclampsia

COMPLICACIONES

Las complicaciones que se observan son RCIU o deceso del feto, el estrechamiento segmentario confuso o multifocal que suele conllevar a la isquemia materna, la cual lesiona eventualmente múltiples órganos, específicamente cerebro, riñón e hígado. Otros agentes que pueden subvencionar a este vasoespasmo es el descenso de prostaciclina, el aumento de la endotelina y el aumento del Flt-1. Las mujeres con preeclampsia tienen un incremento en la posibilidad de sufrir desprendimiento prematuro de placenta y las gestaciones probablemente presenten una insuficiencia uteroplacentaria, la coagulación sanguínea se ve afectada activada posiblemente de

manera secundaria al desorden celular endotelial usando una activación plaquetaria. En muchos casos esto se agrava a eclampsia y luego a Síndrome Hellp en 1-2 de 1000 casos ⁽¹²⁾.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Una frecuencia puede ser asintomática, sin embargo, si presenta síntomas podemos evidenciar edemas en cara y manos en algunos casos se puede haber en los dedos y síntomas más específicos con edema dependiente.

Los reflejos podrían estar aumentados, esto refleja una irritabilidad neuromuscular que prospera eventualmente a convulsiones.

Puede brotar lesiones pequeñas de color rojo en la piel, así como otros signos de coagulopatías.

Se debe tener precaución con edemas en cara, manos, pies y verificar la hiperreflexia.

Las características graves de una preeclampsia pueden ser: cefalea intensa, disturbios visuales, confusión, dolor abdominal no epigástrico, náuseas y/o vómitos, disnea, accidente vascular encefálico y oliguria ^(13,14,15).

DIAGNÓSTICO

La hipertensión de origen reciente se determina por una presión arterial > 140/ 90 mmHg más proteína en orina inexplicada >300 mg/24horas después del segundo trimestre con una razón de proteína/creatinina en orina >0.3.

Excepto en emergencias se debe documentar mediciones realizadas en intervalos de 4 horas.

Podrían tenerse las siguientes condiciones para que indicar que es una preeclampsia de inicio reciente:

El nivel bajo de plaquetas $< 100,00/\text{mcl}$, la afección de los riñones con valores de creatinina $> 1,1 \text{ mg/dl}$, compromiso de la función hepática, exceso de líquido en el pulmón, síntomas en la visión.

La hipertensión crónica, puede estar enmascarada durante la preeclampsia, por lo que es importante hacer la medición hasta 6 semanas posparto ^(14,16).

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En las IPRES de nivel primario se deben de efectuar controles para detectar la enfermedad y realizar una adecuada referencia a hospitales de mayor capacidad resolutive para una atención especializada.

En caso la paciente acuda al establecimiento de salud de baja complejidad y la labor de parto sea inminente se debe proceder a su atención, sin embargo, si se evidencia alguna complicación debido al trastorno hipertensivo se debe evacuar a un hospital con mayor capacidad de resolución.

Si se diagnostica una preeclampsia severa y un recién nacido menor de 32 semanas se debe evacuar a un centro hospitalario que tenga UCI ^(15,17, 18).

EVALUACIÓN

La preeclampsia puede ser diagnosticada a través de test de ASS (ácido sulfasalícílico), hemograma completo, ácido úrico, evaluación de la función hepática, medición de las soluciones iónicas, NUS, conteo de plaquetas, creatinina

y depuración de creatinina. La viabilidad del producto se puede medir usando un perfil biofísico y test que midan el peso fetal.

Un síndrome de HELLP presenta resultados microangiopáticos, encontrados en sangre periférica con niveles elevados de enzimas hepáticas y un bajo nivel de plaquetas.

Una preeclampsia con características graves presenta los signos siguientes:

Disfunción de sistema nervioso central, náuseas y vómitos, síntomas de distensión de cápsula hepática, AST y ALT > 2 veces su valor normal, acrecentó la PAS por encima a 160 mmHg o PAD superior a 110 mmHg durante intervalo de 4 horas, conteo de plaquetas < 100,00 /mcl, edema pulmonar, accidente vascular encefálico, insuficiencia renal progresiva ^(19, 20).

TRATAMIENTO

El tratamiento normalmente se da en hospitalización, aunque depende de la semana de gestación y los hallazgos clínicos de severidad de la afección.

La terapéutica decisiva es el parto, sin embargo, debemos tener en cuenta la edad gestacional y la reacción a los tratamientos para tomar una decisión.

En general el parto estabiliza los síntomas producidos por esta enfermedad.

El parto se indica en los siguientes casos: EG > 37 semanas, eclampsia, preeclampsia grave > 34 semanas, degeneración de funciones renales, pulmonares, cardíacas o hepáticas ^(12,21).

El tratamiento busca optimizar la salud materna y fetal. La mayoría de pacientes con preeclampsia grave se interna en la UCI materna.

MONITOREO

Por lo general, la paciente que presenta caracterización de preeclampsia debe ser monitoreada y registrar la presencia de convulsiones, sangrado vaginal, verificar los niveles de presión arterial, reflejos y el estado cardíaco fetal a través de un perfil biofísico.

Además de ello se evalúa el conteo de plaquetas, los niveles de creatinina sérica y enzimas hepáticas.

La totalidad pacientes con preeclampsia son monitoreadas por un personal obstetra especialista en cuidado materno fetal.

La administración del sulfato de magnesio como método para evitar recurrencia de convulsiones por vía IV, 4 gr por un período de 20 minutos, sucesivo de la administración endovenosa de 1 a 3g/hora. con dosis secundarias. La administración del fármaco sulfato de magnesio causa hipotonía, letargia, depresión respiratoria y una serie de complicaciones neonatales ^(19, 22,23).

También se brindan otros tratamientos de soporte como el lactato de Ringer o suero fisiológico a 0.9% vía intravenosa de 125 ml/hora.

MÉTODO DE PARTO

Se debe evaluar la manera más eficiente para brindar un método de parto, en caso existen las condiciones para un parto vaginal utilizarse oxitocina intravenosa para acelerar el trabajo de parto los síntomas en general de la preeclampsia desaparecen entre las 6 y 12 horas ^(1,7, 24).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

Delinear la conducción de una paciente con preeclampsia en un Hospital de nivel III, 2020.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Distinguir los agentes de riesgo que acarreen a la aparición de la preeclampsia.
- Especificar el manejo de las embarazadas con preeclampsia severa

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

FECHA: 19 de mayo del 2020	HORA: 19:00 hrs
-----------------------------------	------------------------

ANAMNESIS

DATOS PERSONALES

NOMBRE: N.B.S.R

SEXO: FEMENINO

EDAD: 34 AÑOS

GRADO DE INSTRUCCIÓN: SECUNDARIA COMPLETA

ESTADO CIVIL: SOLTERA

OCUPACIÓN: COMERCIANTE

DOMICILIO: PUENTE PIEDRA.

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: Ninguno

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquia: 11 años

Régimen catamenial: 4 días / 28 -30 días

Fecha de última regla: 20/10/2019

Confiable

Fecha Probable de Parto: 27 de Julio del 2020

Edad Gestacional: 30 semanas

Edad Gestacional por ecografía: 30sem.

Formula obstétrica: G1 P0000

Fecha	EG	Tipo de Parto	Lugar	Peso	Sexo	Complicaciones
G1 Actual 2020						

Embarazo Actual: Planificado: si Aceptado: si

Inicio de Relaciones Sexuales: 17 años

Número de contactos sexuales: 03

Relaciones sexuales contra natura: si

Vacuna antitetánica: 01

Dismenorrea: No

Dispareunia: No

Métodos anticonceptivos: Niega

Papanicolaou: No

Flujo Vaginal: Blanquecino

ANTECEDENTES FAMILIARES

Niega trastorno hipertensivo y diabetes.

MOTIVO DE CONSULTA

Gestante de 34 años G1 P0000, primípara de 30 semanas por ecografía del IT, refiere signos y síntomas de afección de hace 1 día presentando dolor de cabeza, escotomas, náuseas, razón por la cual asistió al hospital nivel III, donde se hospitaliza y registra como presión arterial 160/100 mmHg, es ingresada a emergencia de la IPRESS III sin previa comunicación, indicando dosis de inicio de maduración pulmonar con Betametasona. Se evidencia resultado de examen de laboratorio TGO aumentado, proteína en orina (++) y ecografía con un P.F. de 1170 gr.

EXAMEN FÍSICO

Peso: 63	Talla:157 cm	PA: 155/105 mm Hg	FC :92	FR:	T: 36.9
			X'	19X'	° C
IMC: 22.5				Peso Previo: 57 Kg	

General	Normal	Anormal	Descripción
1.-Cabeza	X		
2.-Ojos	X		Piel: hidratada, palidez +/-
3.-Nariz	X		
4.-Boca	X		Tórax y Pulmones: Buen paso de MV.
5.-Cuello	X		

6.-Torax	X	Cardiovascular: Normal
7.-Pulmones	X	
8.-Cardiovascular	X	
9.-Mamas	X	
10.-Abdomen	X	
11.-Genitourinario	X	Útero grávido.
12.-Extremidades	X	
13.-Sistema Nervioso	X	Reflejos rotulianos $\frac{3}{4}$
Central		
14.-Tejido Celular	X	Edema ++/+++
Subcutáneo		

GINECOLOGICO	Normal	Anormal	
Vulva	X		
1.-Labios mayores	X		
2.-Labios menores	X		
3.-Glandulas Bartholino	X		
4.-Vagina	X		
5.-Cervix	X		
6.-Vestibulo	X		
7.-Gland Skene	X		
OBSTÈTRICO			
	CERVIX	BISHOP: 0	PELVIS
MF: ++	Posición: Posterior		
AU: 26cm	Consistencia: dura		
FCF: 145 X'	Dilatación: 0		Ginecoide
PSP: LCI	Borramiento: 0		
DU: (-)	Estación: Flotante		
Relaja: Si			

Ponderado Fetal: +/- 1000 gr

Membranas: Planas

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Preeclampsia severa
- D/C Síndrome de HELLP
- Prematuridad
- NLP
- Primigesta de 30 ss. x Eco de I TR

PLAN DE TRABAJO

- NPO
- CFV + CSV + CD + BHE
- NaCl 9% 1000cc
 - NaCl 9% 80cc } Pasar en 20 minutos
 - MgSO4 20% 02 amp } luego
 - NaCl 9% 80cc } Pasar a 25 gotas X`
 - MgSO4 20% 02 amp } suspender si diuresis es < 30cc/h
- Nifedipino 10mg PRN PA \geq 160/110 mm Hg
- Metildopa 500 gr vo c/12 horas
- Betametasona 12 mg IM (2da dosis)
- PT
- Protocolo de pre eclampsia
- EKG + PQx
- I/C Neonatología
- Expectativa armada según control de laboratorio

PACIENTE TRAE LOS SIGUIENTES EXÁMENES HOSPITAL:

EXAMENES DE LABORATORIO–FECHA: 18/05/2020

UREA. 27.9 mg/dl

CREATININA 0.75 mg/dl

TGO 88 U/L



TGP	59 U/L
BILIRRUBINA TOTAL	0.45 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.3 mg/dl
BILIRRUBILA INDIRECTA	0.1 mg/dl
DESHIDROGENASA LÀCTICA	274 U/L
HTO	40 %
HB	13.2 gr %
PLAQUETAS:	198 000 mm ³
LEUCOCITOS	10 200 mm ³

ECOGRAFIA-FECHA: 18/05/2020

ILA: 4.5 Cm peso aprox.: 1180 grs

CONCLUSIÓN:

Gestación Única de 28.3 Semanas por Biometría Fetal

Oligohidramnios

EXAMENES DE LABORATORIO-FECHA: 19/05/2020

HTO	38 %
HB	12.5 gr %
PLAQUETAS:	190 000 mm ³
LEUCOCITOS	20 450 mm ³

FECHA Y HORA	MONITOREO MATERNO FETAL	MANEJO/EXÁMENES DE LABORATORIO
19/05/2020 19:05 hrs.	Gestante con cefalea leve, se encuentra PA: 142/91 mmHg, LCF: 143x`	Se coloca vía periférica permeable con NaCl. al 9 % 1000 cc, pasando 400 cc de NaCl al 9% a chorro. Se coloca sulfato de magnesio Dosis de Ataque 4 gr en volutrol PA: 143/94 mm Hg
19: 25 hrs	PA: 145/95 mm Hg No cefalea	Se coloca sulfato de magnesio I dosis de mantenimiento 25 gotas/min
20:00 hrs.-	PA: 132/91 mmHg FC:86 X' T: 36.2 °C FR:19 X' FCF:132 X' Mov. Fetales: ++	
20:50 hrs	PA: 122/83 mm Hg FC: 85x`, gestante niega signos premonitorios de eclampsia	Gestante es dirigida a centro obstétrico para monitoreo materno fetal, instaurando protocolo de preeclampsia a las 19 horas, gestante con expectativa armada y con 1era dosis de maduración pulmonar que fue instaurada en IPRESS que refiere.

FECHA Y HORA	MONITOREO MATERNO FETAL	MANEJO/EXÁMENES DE LABORATORIO
19/05/2020 21:20 hrs.	Monitoreo fetal FCF: 122X' Funciones vitales: PA: 132/92 mmHg FC: 84X' T: 36.6°C FR:19 X'	Gestante procedente de emergencia con dos vías periféricas permeables, vía I con NaCl al 9% 700 cc por pasar + vía II SO4Mg 1era dosis de mantenimiento a 55 cc por pasar, sonda foley permeable, diuresis horaria: 50 cc
21:30 hrs		NPO CFV+CSV+CD+BHE NaCl 9% 80 cc MgSO4 20% 02 amp Nifedipino 10 mg PRN PA > 160/110 mmHg Metildopa 500 mgr. vo c/12 horas Betametasona 12 mg IM (2da dosis)

<p>19/05/2020</p> <p>21:50 hrs</p>	<p>PA: 140/90 mmHg</p> <p>FC:85X' T: 36.2°C</p> <p>FR:19X',</p> <p>LCF:122X'</p> <p>Movimientos</p> <p>Fetales: +</p> <p>PPF: 1110 gr</p> <p>TV: No cambios cervicales</p>	<p>Gestante de 34 años, G1P0000, Primigesta de 30 semanas por Eco del I° T, referida de IPRESS III sin comunicación previa, con enfermedad establecida hace 1 día presentando dolor epigástrico, escotomas, cefalea intensa, se instaura 1era dosis de Betametasona, paciente se refiere por falta de cama en UCI -NEO, se hace I/C a CENARUE no teniendo aceptación de la referencia.</p>
		<p>PLAN DE TRABAJO</p>
	<p>EXÁMENES DE LABORATORIO</p>	<p>Concluir embarazo por Preeclampsia</p>

	Laboratorio: 19/05/20 (19:00 hrs) Urea: 37.5 Creatinina: 0.6 TGO: 313 U/L TGP: 209 U/L DHL: 2228 U/L Plaquetas: 108 000 Hto: 37%	Severa + SD. de parto HELLP, Abdominal. AUTOSOP I/C CIQ Antibioticoterapia
--	---	--

FECHA	Y	Se realiza parto abdominal con RN vivo prematuro, sexo masculino, Apgar 7'-8 ⁵ , Capurro 30 semanas, peso 1095 gr.	
HORA			
19/05/2020			
23:01 hrs.		MONITOREO MATERNO	MANEJO
		PA: 122/91 mm Hg FC: 82 X	Se hace exploración hepática: hígado con superficie liza, lóbulo derecho sin presencia de equimosis. Se evidencia atonía uterina, Se hace puntos de B-Lynch y se coloca 600ug de Cytotec Sublingual.

FECHA Y HORA	EVALUACIÓN MATERNA	MANEJO
<p>20/05/2020</p> <p>00:30 hrs</p>	<p>FV: PA: 132/98 mm Hg Fc: 125 X` FR: 18 X` SO2: 98%</p> <p>Paciente estable hemo dinámicamente, sin apoyo vasopresor, con propensión a incremento de la presión arterial, RCR.</p> <p>Respiratorio: ventila espontáneamente, buen paso de murmullo vesicular en AHT.</p> <p>Abdomen: B/D, dolor a la palpación, gasa con escasa secreción.</p> <p>Neurológico: Glasgow 15, no focalización</p>	<p>Sugerencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control Hb- Hto post quirúrgico 2. Hidratación 3. Manejo adecuado del dolor 4. Continuar con MgSO4 5. Manejo antihipertensiv o: Metildopa 500 mg c/8 h 6. Paciente sin indicación de manejo por CIQ al momento.

FECHA Y HORA	MONITOREO MATERNO FETAL	DIAGNÓSTICO
20/05/2020 04:00 hrs	<p>Paciente niega signos premonitorios de eclampsia.</p> <p>PA: 152/100 FC: 90 X' T: 37.4 ° C FR: 19 X'</p> <p>Piel y mucosas: hidratada sonrosada y elástica.</p> <p>Tórax y pulmones: Buen paso de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.</p> <p>Mamas: no turgentes</p> <p>Cardiovascular: N/E</p> <p>Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación</p> <p>Útero: duro a nivel cicatriz umbilical.</p> <p>Herida operatoria: gasa seca y limpia.</p> <p>Genitourinario: Escaso sangrado, sin mal olor, sonda Foley permeable, no hematuria.</p> <p>SNC: Reflejos rotulianos 2/4, despierto, LOTEPE, no déficit motor ni sensitivo.</p>	<p>PO CSTP x</p> <p>Preeclampsia severa + síndrome de HELLP + revisión Hepática x</p> <p>Sind. de HELLP + B-Lynch x Atonía Uterina</p> <hr/> <p>PLAN DE TRABAJO</p> <p>CBC, protocolo de preeclampsia control</p> <p>Orina de 24 horas</p>

<p>20/05/2020</p> <p>18:30 hrs</p>	<p>Paciente niega signos premonitorios de eclampsia</p> <p>FV: PA: 150/82mm Hg FC:83 x` FR:20 X` T: 37.4 °C</p> <p>SNC: LOTEP</p> <p>Piel: Hidratada, sonrosada.</p> <p>Tórax y pulmones: Buen paso de MV en ACP.</p> <p>Cardiovascular: N/E</p> <p>Abdomen: Útero duro por debajo de cicatriz umbilical (1cm), doloroso a la palpación a nivel de Herida operatoria, no signos de flogosis</p> <p>Genitourinario: Loquios escasos, no mal olor.</p>	<p>PO1 CST1P x</p> <p>Preeclampsia severa + síndrome de HELLP</p> <p>+revisión Hepática</p> <p>x Sind. de HELLP + Lynch x Atonía Uterina</p>
--	--	--

FECHA Y HORA	EVALUACIÓN MATERNA	DIAGNÓSTICO
21/05/2020 06:50 hrs	Paciente refiere ligero dolor en herida operatoria FV: PA: 120/82 mmHg FC: 85 x' T: 36.7 ° C FR: 20 x' SNC: LOTEP Piel: Hidratada, sonrosada. Brazos: presencia de lesión pequeña de color rojo en ambos brazos. Tórax y pulmones: buen pase de MV en ACP Cardiovascular: N/E Abdomen: Útero duro por debajo de la cicatriz umbilical (1cm). Dolor a nivel de Herida operatoria, no signos de enrojecimiento.	PO2 CSTP x Preeclampsia severa + síndrome de HELLP +revisión Hepática x Sind. de HELLP + B-Lynch x Atonía Uterina TRATAMIENTO Nifedipino 10mg PRN PA \geq 160/110 mmHg Metildopa 500 gr vo c/12 horas Dexametasona 10 mg c/12 horas EV PLAN DE TRABAJO Monitoreo PA c/4 horas Proteínas en 24 horas + Depuración de creatinina Recolectar orina horario Lamina periférica I/C Hematología I/C cardiología I/C oftalmología

HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA		FECHA: 22 DE MAYO DEL 2020
Genitourinario: Loquios sanguinolentos en poca cantidad no fétidos.		
INTERCONSULTAS		
Cardiología evalúa dando como recomendación mantener dosis de metildopa y monitorizar presión arterial. Pendiente evaluación por oftalmología y hematología.		EXAMENES DE LABORATORIO HEMATOCRITO 31% HEMOGLOBINA 10.3 gr % PLAQUETAS: 68 000 mm ³ ↓ PROTEINURIA 24 HORAS 2271 gr/día

FECHA Y HORA	EVALUACIÓN MATERNA	DIAGNÓSTICO
<p>22/05/2020 17:40 hrs</p>	<p>FV: PA: 141/92 mmHg FC: 77 X` T: 36.8 °C FR: 19 X`</p> <p>Piel: Tibia, húmeda, elástica, petequias en brazos</p> <p>Tórax y pulmones: Murmullo vesicular buen pase por ACP</p> <p>Cardiovascular: N/E</p> <p>Abdomen: Útero duro por debajo cicatriz umbilical. RHA (+). Herida operatoria, no signos de flogosis</p> <p>Genitourinario: sangrado en escasa cantidad no fétido.</p>	<p>PO3 CSTP x</p> <p>Preeclampsia severa + síndrome de HELLP +revisión Hepática x</p> <p>Sind. de HELLP + B-Lynch x Atonía Uterina</p>
	INTERCONSULTAS	EXÁMENES DE LABORATORIO
	<p>Puérpera de evolución favorable, se realiza I/C a hematología quienes sugieren suplementos de complejo vitamina B12 + Ácido fólico, solicita para el día de mañana: CBC + lamina periférica.</p>	<p>21/05/16</p> <p>LÁMINA PERIFÉRICA:</p> <p>granulaciones tóxicas 1+, normocítico-normocrómico</p> <p>23/05/2014</p> <p>PLT: 138 000 mm³</p> <p>TGO:189 U/L</p>

HOSPITALIZACIÓN	FECHA: 24 de mayo del 2020
OBSTETRICIA	

06:50 hrs.-Paciente con dolor leve en zona operatoria, niega síntomas premonitorios de eclampsia.

- FV: PA: 155/110 mmHg FC: 99 X` T: 36.7 ° C FR: 20 X`
- SNC: LOTEPE
- Piel: Hidratada, sonrosada.
- Tórax y pulmones: Buen pase de MV por ACP
- Cardiovascular: N/E
- Abdomen: Útero duro por debajo de cicatriz umbilical. RHA (+). Herida operatoria, no signos de enrojecimiento.
- Genitourinario: sangrado en escasa cantidad, no fétidos.
- Paciente mujer de 34 años con dx:
- PO5 CSTP x Preeclampsia severa + síndrome de HELLP +revisión Hepática x Sind. de HELLP + B-Lynch x Atonía Uterina.
- Paciente con PA de 160/100 mmHg a la 1:00 de hoy, control de plaquetas: 138000.
- PT.
- Monitoreo de PA.
- Metildopa 750 mg c/12 h.

HOSPITALIZACIÓN	FECHA: 28 de mayo del 2020
OBSTETRICIA	

07:00 hrs.- Puérpera refiere ligero dolor en zona de incisión operatoria, no síntomas premonitorios.

- o FV: PA: 145/92 mmHg FC: 92 X` T: 36.8 °C FR: 19x´
- o SNC: LOTEP Piel: Hidratada, sonrosada
- o Tórax y pulmones: Buen pase MV por ACP
- o Abdomen: Útero duro por debajo cicatriz umbilical. Herida operatoria, no signos de enrojecimiento.
- o Genitourinario: Sangrado en escasa cantidad, no fétidos.

Puérpera de 34 años con dx: PO9 CSTP x Preeclampsia severa + síndrome de HELLP +revisión Hepática + B-Lynch x Atonía Uterina.

- o Paciente con alta por indicación médica
- o Metildopa 750 mg c/12 h
- o Captopril 20 mg al día
- o Cita por consulta externa en 7 días

NOTA: Recién nacido internado en UCI neonatal por ser prematuro con evolución favorable hasta el momento.

2.3. Discusión

- No se realizó un adecuado control prenatal, además de ello la gestante no tenía conocimiento de la seriedad de la enfermedad y de la trascendencia de acudir a un establecimiento de salud.
- Luego de revisar la cartilla de control prenatal podemos visualizar que los registros de la toma de la PA consecutiva a las 22 semanas de gestación se encuentran dentro de los parámetros adecuados, incluso se observa que a partir de la semana 27 la presión disminuye, sin embargo, a las 30 semanas de gestación cuando la paciente es internada presenta un registro de AU igual a 24 cm y un ponderado fetal abajo del percentil 10 lo que indica que podría haber indicios de un retardo de crecimiento intrauterino.
- Por otro lado, la coordinación con la paciente acerca de la patología es básica y no se le explica acerca de la importancia de acudir a un hospital de mayor capacidad resolutive y sobre todo que cuenten con camas de UCI Neonatal.
- Un detalle importante es que en el hospital donde ingresa la primera vez no se activa la calve azul a pesar de signos premonitorios que evidenciaba.
- Se puede precisar en el hospital nivel II si se realiza el manejo oportuno y correcto, de acuerdo a los protocolos, salvaguardando con ello la vida del binomio madre-niño.

2.4. Conclusiones

- ✓ La preeclampsia es una alteración hipertensiva que comienza a presentarse a inicios de las semanas 20 de gestación, y que genera un desorden multiorgánico.
- ✓ Según las guías clínicas, la atención debe brindarse en niveles de alta complejidad y con capacidad resolutoria pues cuentan con herramientas indispensables que permiten una adecuada atención.
- ✓ El manejo adecuado y las decisiones médicas oportunas, así como un buen nivel de atención a nivel primario y en cuidados intensivos reducen las probabilidades de deceso en las gestantes.
- ✓ Descubrir oportunamente los factores que incrementan la probabilidad de preeclampsia en el control prenatal y la educación de la gestante acerca de los signos de alarma que pueden disminuir los riesgos de muerte en ellas mismas.

2.5 Recomendaciones

- ✓ Es importante que las IPRESS posean una adecuada infraestructura, equipos, avances tecnológicos, pero sobre todo con personal capacitado y certificado que pueda brindarte una atención oportuna e idónea.
- ✓ Incentivar de manera continua al personal de salud para generar mayor compromiso, y de esa forma siempre encontrar mayor aliciente en la atención del paciente.
- ✓ Manejo adecuado de las guías y protocolos estandarizados de atención en las IPRESS que permitan el diagnosticar y tratar oportunamente de las pacientes con riesgo.

- ✓ Capacitar de forma constante al personal a través de medios digitales que le brinde más herramientas para su trabajo diario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. [Internet]. 1ed. Suiza: OMS; 2014. [actualizado 2014; citado 1 mayo 2017]. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D635.pdf
2. Gonzales C, Alegría C. ¿Es posible predecir la preeclampsia?. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet] 2014 [Fecha de consulta: 1 de mayo de 2017], vol 60(n.4), octubre-diciembre:1-10 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323436191012>
3. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 [citado 20 abril 2017]; vol.60, (n.4):385-394. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400015&script=sci_arttext
4. Pereira CJ, Pereira RY, Quirós FL. Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(01):345.
5. Hannah R. Jennifer M. Preeclampsia beyond pregnancy: long-term consequences for mother and child. *American Journal of Physiology-Renal Physiology.* doi: 10.1152/ajprenal.00071.2020
6. Fatemeh R, Mahta F, Fatemeh M. Factors effective in the prevention of Preeclampsia: A systematic review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 59, Issue 2, 2020. Pages 173-182. ISSN 1028-4559. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.01.002>.
7. Moquillaza-Alcántara V, Munares-García O, Romero-Cerdán A. Características de los registros diagnósticos de preeclampsia en el Perú. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* 2020; 80 (1): 32 - 36. https://www.researchgate.net/profile/Victor_Moquillaza_Alcantara/publication/340050015_Caracteristicas_de_los_registros_diagnosticos_de_preeclampsia_en_el_Peru/links/5e744cca458515c677c6396a/Caracteristicas-de-los-registros-diagnosticos-de-preeclampsia-en-el-Peru.pdf
8. Villanueva-Bustamante, J., De la-Cruz-Vargas, J., Alegría Guerrero, C., & Arango-Ochante, P. (2020). Factores de riesgo asociados a la recurrencia de

- preeclampsia en gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2017 - 2018. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 9(2), 37-45. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020202>
9. Barturén K, Saavedra A. Factores de riesgo de evolución de preeclampsia sin criterios de severidad a preeclampsia con criterios de severidad en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Lambayeque, 2017. Repositorio Universidad San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5968>
 10. Rendon-Becerra C, Ortiz-Martinez R. Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado 28 abril 2017]; vol.67 (n.1):26-35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342020000100004&lang=pt
 11. Apaza J, Sotelo M, Tejada M. Propuesta de un puntaje de riesgo para detectar gestantes preeclámpicas. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* [Internet]. 2020 [citado 29 abril 2017]; vol.62, (n.4):371-379. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000400005&lang=pt
 12. Pacheco-Romero J. Preeclampsia en la gestación múltiple. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2015, [citado 30 de abril 2017]; vol.61(n.3):269-280. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323442608010>
 13. Mateus J. Significancia del desbalance de los factores angiogénicos en preeclampsia. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2014 [citado 25 abril 2017]; vol.60, (n.4): 333-344. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. [Internet]. 1 ed. Montevideo:

- CLAP/SMR; 2012. [Actualizado 2012; citado 1 mayo 2017]. Disponible en:http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es
15. Gómez L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2014 [citado 28 abril 2017]; vol. 60 (n.4): 321-331. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323436191008>
 16. Abarzúa F, Burgos S, Clavero M, et al. Guía perinatal. [Internet]. Vol 1. 1ed. Santiago: MINSAL; 2015. [actualizado 2015; citado 30 abril 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
 17. Mueras, W. Factores de riesgo asociados a preeclampsia Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz 2017-2018. [Tesis de Pregrado], Repositorio de la Universidad San Martín de Porres. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6605>
 18. Guillén B, Palomino Padilla, Sandra Giovanna; Portella Sánchez, Jorge Alonso. Curso clínico y evolución del compromiso renal de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP que se atendieron en el HCH en el año 2016. [Tesis de Pregrado], Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/7818>
 19. Olortigue Y. Niveles altos de hemoglobina en gestantes de gran altura como factor de riesgo para la preeclampsia en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz- 2018. [Tesis de Pregrado], Tesis de la Dirección del Instituto de Investigación – UNASAM. <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4244>
 20. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. [Hypertension during pregnancy: the challenge continues]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016 [consultado

marzo 2021]; 54 (Suppl 1):90-111. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27284848>

21. Ministerio de Salud Lima, Perú. Dirección General de Epidemiología [Internet]. Lima: Boletín epidemiológico, volumen 24, semana epidemiológica 4; 2016 [consultado marzo 2021]. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
22. Heredia ME, Urgilés MJ. Características de los trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues 2011-2015. [Tesis de Pregrado], Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015 [consultado marzo 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27806>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima: Perú: Encuesta Demográfica de Salud Familiar ENDES. Informe Nacional y Departamental; 2013 [consultado marzo 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html