



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**ÓBITO FETAL EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA EN  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL II, 2019**

**PRESENTADO POR:**

**LILIANA BLANCA MANRIQUE CAMBILLO**

**ASESOR:**

**Mg. ELIZABETH ENI YALAN LEAL**

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

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2022**

## ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	ii
RESUMEN .....	iv

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	2
1.3. MARCO TEÓRICO.....	2
1.3.1 Antecedentes .....	3
1.3.2 Bases teóricas .....	6

### CAPÍTULO II

#### CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS .....	15
2.1.1. Objetivo General .....	15
2.1.2. Objetivos Específicos .....	15
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	16
2.3. DISCUSIÓN .....	31
2.4. CONCLUSIONES .....	32
2.5. RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34

Índice de Tablas

Tabla N° 1.....	12
Tabla N° 2.....	14

## RESUMEN

La preeclampsia es una enfermedad diagnosticada durante el embarazo que puede proyectarse hasta el puerperio, está provoca una serie de complicaciones que no solo afectan a la gestante sino también pueden afectar al feto, la presente revisión busca estudiar las diversas complicaciones que la preeclampsia puede generar en un contexto local regional o mundial.

Es importante el estudio de la preeclampsia porque nos permiten identificar manifestaciones clínicas y terapéuticas de las complicaciones fetales asociadas a esta patología. Bajo esta premisa se plantean escribir manifestaciones clínicas con base en un procedimiento documentales y científico con el objeto de beneficiar a la comunidad de profesionales de la salud que están contacto con mujeres embarazadas y requieren de nuevos conocimientos acerca de la preeclampsia, de primera instancia desarrollaremos los objetivos del presente caso clínico y posteriormente desarrollaremos las bases teóricas del estudio, qué nos permita generar mayor conocimiento y por ende llegar a conclusiones y beneficio del binomio madre niño.

El caso clínico, presenta el manejo de atención que se realiza a una gestante con preeclampsia que llega al establecimiento de salud con un óbito fetal, se evidencian las complicaciones maternas y como el trabajo del equipo multidisciplinario ayuda a realizar una adecuada y eficiente atención para evitar que el riesgo se incremente.

**Palabras clave:** preeclampsia, óbito fetal, complicaciones maternas.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Según asociaciones científicas que estudian la preeclampsia en el mundo, de 2 al 10% de las mujeres en el mundo sufren de esta patología siendo América Latina el lugar donde más casos se presenta, en muchos casos puede ser asintomática con valores de presión arterial superior a los 160/110 mmHg (1).

La Organización Panamericana de la Salud refiere que uno de 500 embarazos desarrolla preeclampsia y uno de 1700 embarazos acaba en muerte debida a esta patología, dentro de las complicaciones más frecuentes tenemos: óbito fetal, el retraso de crecimiento intrauterino y el parto pretérmino (2).

La muerte intrauterina es uno de los eventos más catastróficos de la obstetricia e impacta a nivel social, emocional y económico en cualquier familia, la tasa global de incidencia de óbito fetal se calcula en 18 por 1000 nacidos vivos y a pesar de la heterogeneidad de las tasas en los diferentes países del mundo es un problema de salud pública que debemos enfrentar (3,4).

Cómo es conocido las causas de la preeclampsia no están definidas lo que hace complejo y poder afrontar las debido a esto le debemos continuar capacitándonos para poder enfrentar de manera adecuada los casos que se presenten.

En el Perú, se han establecido un conjunto de protocolos y manuales que permiten actuar de manera definida frente a esta patología, pero aún estamos en proceso de como acortar distancias en la atención que se brinda en la ciudad y en los lugares alejados, donde esta patología es sinónimo de muerte pues no se cuenta con los implementos necesarios a pesar de los esfuerzos del equipo multidisciplinario.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Se han establecido diferentes estrategias para disminuir las cifras de óbito fetal sin embargo ninguna de ellas ha sido muy efectiva, al ser esa patología tan devastadora es importante emprender iniciativas que permitan menguar las consecuencias y complicaciones que está genera, por lo tanto, es importante cuestionar las bases teóricas que tenemos en busca de soluciones diferentes y más efectivas, en nuestro país es importante unir la información actualizada que nos permitan generar una serie de normas y guías de trabajo que sean compartidas por todos los establecimientos de salud, que permita trabajar de manera adecuada en

pos de disminuir las muertes fetales, embrionarias y las complicaciones que está entidad genera.

Este caso clínico nos permite hacer una revisión continua de una entidad común en la emergencia obstétrica, qué consideramos puede ser prevenibles si todos los actores y el equipo multidisciplinario realizan una función determinada con el objeto de disminuir complicaciones maternas y fetales.

### **1.3. MARCO TEÓRICO**

#### **1.3.1 Antecedentes**

##### **a.- Antecedentes Internacionales**

**Espinosa S, et al (2021).** Documento que evalúa las consecuencias del embarazo de alto riesgo y su valoración anteparto debido a que las complicaciones son una causa de muerte y discapacidad en las mujeres en edad reproductiva y tiene estrecha relación con eventos que pueden condicionar a una muerte fetal, dentro de estas patologías tenemos la preeclampsia, el retardo de crecimiento intrauterino, etc. Se evalúa a la gestante a través del monitoreo fetal electrónico constante en la que se valoran los latidos cardíacos fetales a través de un monitor, por otro lado, se evalúan los riesgos y las herramientas que pueden ayudar a terminar de manera temprana el embarazo que permita sobrellevar complicaciones y disminuir intervenciones obstétricas innecesarias (5).

**Pluas C (2020).** Revisión acerca de la problemática dentro de la cavidad uterina y la clasificación de la muerte de un feto de acuerdo a la edad gestacional, se hace una revisión acerca de los factores que condicionan o predisponen a este evento y

se hace una revisión detallada de cada uno de los factores de riesgo que el embarazo presenta (6).

**Orellana W. (2020).** Se busca determinar el riesgo de contraer preeclampsia y se evalúan los factores que predisponen a desarrollar la enfermedad, concluyendo que en las personas con preeclampsia el área rural y las personas que no tienen apoyo, las predispone a presentar hemorragias, óbitos y embarazos molares (7).

**Laguna M, et al (2019).** Es un reporte de caso de una gestante con síndrome de HELLP, 48 horas después del parto que ocurrió en la semana 27, por un óbito fetal, se hace un seguimiento estricto de la gestante que tenía preeclampsia desde la semana 21 y presenta un Doppler positivo para las arterias uterinas y un marco angiogénico elevado (8).

**Castro G. (2019).** Es un estudio que se realiza en un Hospital Materno en gestantes mayores de 20 semanas, que tienen como característica la mala alimentación y la falta de control prenatal, es una investigación cuali-cuantitativa, transversal, descriptiva y su principal resultado es que las complicaciones fetales que se presentan en la preeclampsia son sufrimiento fetal seguida de parto prematuro (9).

#### **b.- Antecedentes Nacionales**

**Idrogo M. (2021)** Trabajo de investigación desarrollado para investigar la morbimortalidad materna y perinatal en gestantes con preeclampsia temprana y tardía que se complica con eclampsia, se estudian 6422 partos de las cuales 50 desarrollan eclampsia, 13 preeclampsia temprana y 67 preeclampsia tardía, se hace una revisión de las características demográficas, complicaciones maternas,



complicaciones en el producto de la concepción, llegándose a la conclusión de que la preeclampsia de inicio temprano se complica de manera menos frecuente con la eclampsia pero tiene complicaciones mortales para la madre (10).

**Mamani F. (2021).** Es una revisión de tipo correlacional, prospectivo de corte transversal realizada en un hospital del sur de Perú en la que se evalúa como el trastorno hipertensivo genera algunas complicaciones en la gestante y en el recién nacido, luego de la evaluación se observa que cerca del 20% de las gestantes desarrollaron preeclampsia y de este porcentaje el 33.3% presentaron complicaciones (11).

**López M. (2020).** Estudio de tipo observacional para determinar las manifestaciones clínicas y terapéuticas del feto asociadas a la preeclampsia, se realizó un estudio de tipo cuantitativo, en 352 historias clínicas en los años 2019 y 2020, dentro de los resultados más significativos tenemos que las complicaciones fetales más frecuentes estaban asociadas a la preeclampsia y comprenden el parto prematuro, óbito fetal, oligohidramnios. En conclusión, las complicaciones fetales estaban asociadas a la preeclampsia en el 86% de los casos, lo que muestran la alta relación entre ambas entidades (12).

**Cárdenas B. (2020).** Estudio que evalúa las complicaciones maternas y perinatales en gestantes con preeclampsia, es un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de 100 gestantes en la que se analiza las características demográficas, las características obstétricas y el tipo de preeclampsia que presenta, dentro de las características obstétricas más saltantes están el inadecuado control prenatal, el periodo intergenésico corto y entre las complicaciones más frecuentes tenemos el

parto pretérmino, la hemorragia, la eclampsia, el óbito fetal y se concluye que la preeclampsia constituye un factor de riesgo para desarrollar complicaciones maternas y fetales (13).

**Espíritu Y. (2020).** Es una revisión acerca de los factores maternos y la muerte fetal, es una investigación realizada en el 2017 en la que se evalúan características sociodemográficas y patologías médicas, y cómo contribuyen de manera significativa a desarrollar la enfermedad, finalmente se brindan recomendaciones para prevenir algunas enfermedades a través de la mejora de estilos saludables (14).

### **1.3.2 Bases teóricas**

#### **Preeclampsia**

Esta patología está definida como una entidad que solo afecta a mujeres en el embarazo y en el puerperio caracterizada por el incremento de la presión arterial, que aumenta de manera súbita y repentina, la preeclampsia según diversos autores puede generar una inadecuada placentación, ello lleva a una falta de oxígeno para el feto cerca del momento del nacimiento, poniendo en compromiso varios de sus órganos y también generando complicaciones graves en el embarazo, suele presentarse luego de las 22 semanas de gestación (15).

La preeclampsia se caracteriza por una respuesta lógica inadecuada al resultado de la implantación del producto de la concepción, evidenciada por una función endotelial alterada, con aumento de la resistencia periférica vascular (7).

En el Perú la preeclampsia es bastante frecuente por lo que se deben tomar medidas que traduzcan en un mejor manejo de las complicaciones que está genera.

Nuevas investigaciones respecto al mecanismo de la preeclampsia incluyen aspectos genéticos y angiogénicos, sobre todo en el inicio temprano de embarazo, el primer estadio está antes de las 20 semanas que involucra una pobre invasión placentaria en el miometrio y no hay manifestaciones clínicas. Un segundo estadio tiene una pobre placentación provocada por una hipoxia, lo cual resulta en un daño en el sincitiotrofoblasto y por tanto restricción del crecimiento fetal además incluye una cascada de mecanismos secundarios como el desbalance entre los factores proangiogénicos y la disfunción endotelial (8,16).

### **Etiología**

Es desconocida, pero suele presentarse en mujeres primerizas, en los extremos de la edad y aunque existen varias causas que contribuye de manera significativa como son: estado socioeconómico, obesidad, embarazo gemelar, enfermedad renal crónica, diabetes, cambio de paternidad, antecedentes familiares de preeclampsia, etc. (5,14).

### **Epidemiología**

La incidencia de preeclampsia en el mundo oscila entre 2 y 10% el cual puede variar de acuerdo al país y a las condiciones del mismo. En caso la eclampsia se asocie a la preeclampsia, genera estragos en la madre y/o en el feto que pueden llevar a la

muerte, sobre todo en lugares donde los hospitales y centros atención no están completamente equipados (17,18).

La mayor parte de muertes intrauterinas se dan en los que se clasifica óbitos tardíos es decir en un grupo en el cual las causas de muerte son prevenibles.

### **Signos y síntomas**

Dentro de los signos y síntomas más frecuentes tenemos el incremento de la presión arterial, el incremento de la proteína en la orina, hinchazón de manos y cara, dolor de cabeza, problemas con visión borrosa, dolor en la zona superior derecha del abdomen, aumento de peso, dolor abdominal, sensación de estar mareada y de desmayo (19).

### **Complicaciones maternas**

Entre las complicaciones maternas más frecuentes tenemos la eclampsia, el parto pretérmino, infección puerperal, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome HELLP, hemorragia puerperal, insuficiencia renal sepsis futuro hepática entre otras complicaciones perinatales tenemos: pequeño para la edad gestacional, bajo peso al nacer, depresión neonatal, distrés respiratorio sepsis y trastorno metabólico (20).

### **Cuadro clínico**

Según diversos autores indican que la primera manifestación es el incremento de las cifras de presión arterial de manera asintomática y que solo es detectada en un control prenatal, también se manifiesta de manera usual el incremento de valores

hepáticos. Asimismo además de la preeclampsia puede presentarse la eclampsia que se caracteriza por la presencia de convulsiones generalizadas que cursan con incremento de la presión arterial y que ocurren durante el trabajo de parto, su complejidad no está en el daño cerebral que puede causar, si no en la activación de los factores de coagulación y complicaciones intracraneanas, como el hematoma y el edema cerebral, en general la preeclampsia manifiesta diferentes maneras y síntomas de presentación, con un gran número de muertes sobre todo en quienes no han sido controladas durante este periodo (21).

### **Diagnóstico**

Algunos autores indican que controlar la presión y la orina en la gestante pueden permitir realizar un diagnóstico oportuno de la enfermedad, también existe el criterio a través de exámenes de laboratorio después de la vigésima semana de gestación que nos permite estar preparados ante la presencia de algún síntoma (22).

### **Prevención**

Aunque las medidas de prevención no están 100% comprobadas, las gestantes deberían acudir al control prenatal, en ese momento se debe indicar que se debe ingerir calcio todos los días y optar por medidas de prevención específica, Y aunque no hay una manera eficaz de prevenir la preeclampsia el llevar una vida tranquila en el entorno familiar y laboral que no afecte la salud podría ayudar a no desencadenar esta patología (23).

## **Tratamiento**

La preeclampsia corresponde a un síndrome multisistémico que posee una gran variedad de signos y síntomas, existen algunos manuales de atención que el Ministerio de Salud ha desarrollado, que incluyen entre otros, el uso de glucocorticoides y antihipertensivos con dosificaciones de acuerdo a la edad gestacional, por lo que para su administración debe ser evaluada antes de su aplicación, si bien es cierto, la preeclampsia eleva la presión arterial y se asocia a proteínas elevadas, se ha convertido de una patología de gran importancia por la cantidad de muertes maternas y perinatales que esta entidad ha conseguido (24).

## **Óbito fetal**

Las causas de óbito fetal pueden deberse a patologías maternas, fetales, placentarias o a una combinación de estas.

Entre las causas de origen materno tenemos la preeclampsia, la enfermedad hipertensiva, infección urinaria, edad materna, multiparidad, inadecuado control prenatal, el consumo de tabaco y alcohol, el nivel socioeconómico, etc. (25).

La patología de causa fetal es una causa significativa de muerte que afecta la morfología y la fisiología del feto.

Las enfermedades hipertensivas son muy frecuentes durante el embarazo, pueden causar muerte fetal como resultado de una enfermedad placentaria, que conlleva a una disminución del riego sanguíneo y la separación prematura de la placenta (7).

En general, las embarazadas que no reciben un adecuado control prenatal tienen complicaciones durante el embarazo, es por eso que es importante la preparación

durante el embarazo para poder identificar las complicaciones durante el mismo y en el parto (1).

La muerte fetal es producto de la interacción de diferentes y procesos complejos que ocurren en la madre el feto, de una manera muy variable, teniendo una serie de causas difíciles de identificar y aunque los porcentajes son variables, muchos de ellos quedan como inexplicables ya que no se puede encontrar la relación causal o porque el factor que contribuye se superpone uno del otro (18).

Hay diversos casos en las que los factores y las causas ocurren al mismo tiempo o en algunos casos cuando una de ellas desencadena a la otra, el origen multifactorial de estas no está en discusión.

### **Fisiopatología**

La clasificación de las muertes fetales continúa siendo un problema para los diversos sistemas de clasificación en el mundo, debido a la gran variabilidad de definiciones de óbito fetal utilizadas.

Un primer intento de clasificación lo realizó Aberdeen, que utilizó criterios clínico-patológicos, en 1980 Wigglesworth clasificó en 9 categorías las muertes perinatales por causa obstétrica (2).

Tabla 1. Clasificación de Wigglesworth (versión modificada) para muertes perinatales por causas obstétricas

<b>Anomalía congénita</b>	<b>1</b>	Sistema nervioso	<b>2</b>	Sistema cardiovascular
	<b>3</b>	central	<b>4</b>	Alimentario
	<b>5</b>	Renal	<b>6</b>	Bioquímico
	<b>7</b>	Cromosómico		
		Otros		
<b>Isoinmunización</b>	<b>8</b>	Isoinmunización Rhessus	<b>9</b>	Soinmunización No-Rhessus
<b>Toxemia</b>	<b>10</b>	Severa	<b>11</b>	Otra
<b>Hemorragia anteparto</b>	<b>12</b>	Abrupcio Otra	<b>13</b>	Placenta previa
	<b>14</b>			
<b>Mecánico</b>	<b>15</b>	Pelvis	<b>16</b>	Prolapso de cordón
	<b>17</b>	Otra mecánica		
<b>Desorden materno</b>	<b>18</b>	Trauma materno	<b>19</b>	Hipertensión arterial
	<b>20</b>	Diabetes	<b>21</b>	Cirugías abdominales
	<b>22</b>	Otras		
<b>Misceláneo</b>	<b>23</b>	Especificar		
<b>Inexplicado</b>	<b>24</b>	< 2500 g - < 37 semanas	<b>25</b>	> 2500 g- < 37 semanas
	<b>26</b>	< 2500 g - > 37 semanas	<b>27</b>	> 2500 g- > 37 semanas

Aunque la gran mayoría de óbitos ocurre antes del término, y solo 20% ocurre cerca al término, el riesgo de muerte se incrementa con la edad gestacional, antes de la semana 28 el 21% de las pérdidas se considera inexplicable, pasada esta semana el 60% de las pérdidas son inexplicables (2).

La mayoría de causas de muerte fetal se deben a anomalías congénitas y a infecciones están relacionadas con la alteración placentaria, muchos de los casos se relacionan a alteraciones en la interfase de la circulación materna fetal por ello que la vigilancia del crecimiento fetal y un diagnóstico temprano podría ayudar a prevenir muertes fetales, haciendo que se puedan evitar o advertir (14).

Aun conociendo la fisiopatología de la gestación no hay un tratamiento que nos pueda brindar la prevención adecuada, se han utilizado diversos tratamientos como,



por ejemplo, el ácido fólico, heparina de bajo peso molecular e incluso oxígeno suplementario, pero no se ha logrado obtener gran utilidad para su uso clínico.

### **Factores de riesgo**

Son muchos los factores de riesgo asociados en especial los factores socioambientales y una enfermedad médica materna en especial la presión arterial elevada y la diabetes mellitus, a pesar de los esfuerzos que se han realizado para clasificar los riesgos con el propósito de mejorar la atención, la diversidad de estos complican la clasificación, entre los factores más conocidos tenemos: número de embarazos, la edad, la raza, la obesidad, el estrato socioeconómico, el haber tenido antecedentes de óbito fetal, trombofilia, falla renal, infecciones, embarazo múltiple, cada uno de esos factores contribuye de manera significativa en algunos casos de manera simultánea para poner un riesgo la vida del feto y la madre (8,12).

**Tabla N° 2 Tasa de óbitos fetales según condición médica asociada**

<b>Condición materna</b>	<b>Tasa*</b>	<b>OR</b>	<b>Autor(es)</b>
Embarazo	6 a 7	1.0	Alessandri
Embarazos de bajo riesgo	4.0 - 5.5	0.86	Fretts
Embarazos múltiples	12.0 - 30.0	1,0 - 2.8	Fretts
Antecedente de RCIU	12.0 - 30	2 - 4.6	Fretts
Antecedente de óbito	9.0 - 20	14 - 3.2	Fretts
<b>Desórdenes hipertensivos</b>			
• Hipertensión arterial (HTA) crónica	25	15 - 2.7	Ananth - Fret
• HTA crónica Preeclampsia sobreagregada	52		Mabie
• Hipertensión inducida por embarazo	9		Ananth
• Preeclampsia leve	5	1.2 - 4.0	Sibai
• Preeclampsia severa	21	1.8 - 4.4	Martin
• HELLP	50		Martin
• Eclampsia	1.8		Ananth
<b>Diabetes</b>			
• Pregestacional	10		Landon
Diabetes tipo 1	6	1.7 - 7.0	Cundy
Diabetes tipo 2	35	1.2 - 2.2	Cundy
• Gestacional	5		Landon
<b>Obesidad</b>			
	15 - 20	2.1 - 2.8	Stephansson
<b>Lupus eritematoso sistémico (LES)</b>			
• LES activo	40 - 150	6.0 - 20	Le Thi Huon
	67		Estes - Mintz
<b>Trombofilias</b>			
	18.40	2.8 - 5.0	
<b>Enfermedad renal crónica</b>			
		2.2 - 30	
• Compromiso renal leve	15		Davidson
• Compromiso renal moderado a severo	32 - 200		Jungers -
Cunnigham			
<b>Alteraciones tiroideas</b>			
		2.2 - 3.0	
Hipertiroidismo controlado	0 - 36		Alsulyman
Hipertiroidismo no controlado	100 - 156		Gaudet
Hipotiroidismo	15 - 125		Fisk
Hipotiroidismo subclínico	0 - 15		Davis

TASA\* = óbitos fetales por 1000 nacidos vivos de madres con la misma condición.

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.- OBJETIVOS:**

##### **2.1.1. Objetivo General**

Analizar la atención brindada a una gestante preeclámpsica con óbito fetal.

##### **2.1.2. Objetivos Específicos**

- Describir las complicaciones maternas y fetales que se asocian a la preeclampsia.
- Realizar una revisión pormenorizada de información acerca de las complicaciones materno fetales de la preeclampsia.

## **2.2.- SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO**

### **Hoja de referencia**

**09/Octubre/2019**

**21:10 hrs**

La paciente es derivada de centro de salud a hospital de referencia, con presión arterial 160/100 mmHg, niega otras molestias.

Al examen físico:

Abdomen AU 30cm, LCF ausentes.

Al tacto vaginal D: 0 cm I: 0%.

Diagnóstico:

- Paciente de 32 2/7 semanas por última regla
- ARO Preeclampsia severa
- Clave Azul

### **Emergencia**

Paciente acude referida de centro de salud, con ausencia de latidos cardíacos, no refiere movimiento fetal.

PA 160/100 mmHg, FC 90 x', FR 18 x', T 37°C.

Abdomen: AU 28cm, LCF ausentes, movimientos fetales ausentes, tacto vaginal cérvix posterior.

**Diagnóstico:**

- Gestante 33 semanas
- Preeclampsia severa
- Óbito fetal

**Plan**

Completar exámenes de laboratorio para programar la cesárea.

**Emergencia**

**09/Octubre/2019**

**21:14 hrs**

Gestante que viene deambulando acompañada de personal de salud y familiar con diagnóstico primigesta de 32 semanas, preeclampsia severa, se comunica al médico de guardia, funciones biológicas normales, niega antecedentes personales y familiares, se encuentra estable.

Al examen: Presión arterial 160/110 mmHg, FC 90 x', FR 20 x'.

Piel de facies pálidas.

Mamas blandas

Abdomen: AU 28 cm, frecuencia cardíaca fetal ausente, dinámica ausente, movimientos fetales ausentes.

Sangrado vaginal negativo

**Indicaciones:**

Colocar doble vía de NaCl 9%

Médico realiza ecografía obstétrica, feto sin latido, con los siguientes diagnósticos:

- 1.- Gestantes de 33 semanas
- 2.- Preeclampsia severa
- 3.- Óbito fetal

Se comunica a familiar que paciente pasará a sala de operaciones, se comunica ausencia de latidos cardíacos fetales y que se programará cesárea de emergencia.

**Análisis de laboratorio****Examen de orina 07/Octubre/2019**

Densidad 1015

Aspecto ligeramente turbio, color amarillo

pH 7

proteínas positivas

ácido ascórbico positivo

células epiteliales abundantes

depósito 20 a 22 por campo

piocitos 13 por campo

hematíes 01 por campo

gérmenes de ++

levaduras +

**21:18 hrs**

Se solicita análisis de laboratorio

**Ecografía**

Feto único, frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, movimientos presentes y activos, tono fetal normal, sexo femenino, implantación anterior grado 1, volumen adecuado, tres vasos sanguíneos.

Se concluye: Gestación de 29.3 semanas por antropometría. (12 /08/2019).

**21:20 hrs**

Padre firma autorización de consentimiento para realizar la cesárea.

**21:30 hrs**

Gestante de 33 semanas es evaluada por médico que indica programar para cesárea por preeclampsia severa y óbito fetal, paciente despierta febril, palidez en la piel con dificultad respiratoria, mamas blandas, útero grávido sin latidos, con sonda Foley permeable, se coloca vía permeable.

Se realiza control de funciones vitales:

T 36.3 °C, presión arterial 160/100 mmHg, FC 98 x'.

**21:35 hrs**

Presión arterial 160/110 mmHg, FC 98 x', Temperatura 36.3°C, FR 20x', peso 69 kg, talla 1.45 mts.

Examen clínico general: aparente buen estado general, aparente buen estado de nutrición, y buen estado de hidratación.

Facies: piel y anexos ligera la palidez

Mucosa hidratada, no adenopatías.

Cuello simétrico, no adenopatías.

Tórax simétrico

Mamás blandas

Ap. cardiovascular normal.

Ap. respiratorio normal.

Abdomen: no tumoraciones, AU 28 cm, dinámica uterina ausente y frecuencia cardíaca ausente.

Pelvis normal

Extremidades: sin edemas, sin varices.

Sistema nervioso: normal

**Diagnóstico:**

- Gestante 33 semanas por ecografía primer trimestre



- Preeclampsia severa
- Óbito fetal

**Indicaciones:**

- NPO
- NaCl 9% 1000 cc c/ MgSO<sub>4</sub>
- Nifedipino 10 mg VO
- Metildopa 1 gr VO c/12 hrs
- Control de funciones vitales
- Programar cesárea
- Cefazolina 1 gr EV
- Sonda vesical

**22:30 hrs**

Evaluación preanestésica

**Diagnóstico:**

- Preeclampsia severa 32 semanas de gestación.
- Cesárea por óbito fetal

Niega alergias, no refiere molestias.

Funciones vitales: FC 65 x', FR 20 x', PA 200/185 mmHg

Examen general:

Piel con palidez marcada, a la fecha y hora indicada no tiene exámenes auxiliares se ingresa a SOP sin exámenes por ser de emergencia.

Exámenes de laboratorio:

Se tomaron a las 21:14 deben ser recogidos de manera urgente.

Gestante de 32 semanas por fecha de última regla ingresa a SOP para término de embarazo, con cuadro hipertensivo desde las 24 semanas, disminuye plaquetas, DHL aumentada, disminuye hematocrito y hemoglobina;

Al examen físico: palidez marcada

DHL 724, plaquetas 106,000; hemoglobina 10.8 gr/dl,

### **Terapéutica**

- Ídem
- Dexametasona EV cada 12 horas
- Ranitidina 50 gr EV cada 8 horas

### **Diagnóstico**

- Gestante con preeclampsia y óbito fetal

Pronóstico: malo

### **22:35 hrs**

Llegan resultados de laboratorio. Paciente pasa sala operaciones.

Paciente se ha realizado cuatro controles prenatales, no refiere molestias, no refiere complicaciones.

Examen:

Creatinina 1.04 mg

TGP 29

Glucosa 162 mg/dl

Urea 38 mg/dl

proteínas totales 5.8

proteínas directas 0.10

bilirrubina indirecta 0.18

bilirrubina total 0.28

Plaqueta 106,000

Leucocitos 15790

Hematocrito 33%

Hemoglobina 10.8 gr/dl

Bilirrubina total 0,5 mg/dl

Bilirrubina directa 0.2229 indirectas 28 dl lactato deshidrogenasa 772 o l

Tiempo de protrombina 13 segundos

Tiempo parcial de protamina 32 segundos

Fibrinógeno 303

Tiempo de coagulación 6 minutos 30 segundos

Tiempo de sangría 2 minutos 30 segundos

**Sala operaciones**

**09/Octubre/2019**

Paciente de 31 años de edad.

Presión arterial 203/88 mmHg, FC 62 x', Hemoglobina 12.5 gr/dl.

Diagnóstico de preeclampsia severa + óbito fetal

Operación cesárea segmentaria transversal

Resultados:

Glucosa de 76 mg/dl

Urea 38 mg/dl

Plaquetas 172,000

Tiempo de coagulación: 5 minutos 30 segundos

Tiempo de sangría: 1 minuto 30 segundos

Diagnóstico posoperatorio confirmado

Operación realizada: la indicada

Termino de operación: 23:32 hrs

**Nota de ingreso en UCI**

Paciente procede de sala de operaciones. Tipo de operación: cesárea.

Paciente niega alergias, no patologías, niega antecedentes familiares, niega tratamiento habitual.

Tiempo de enfermedad: un día

Motivo de ingreso: dolor abdominal

Paciente de sexo femenino que acude al centro por presentar dolor abdominal en bajo vientre, es referida al hospital de mayor resolución con diagnóstico:

1.- Gestante 32 2/ 7 semanas por última regla alto riesgo

2.- Preeclampsia severa

PA 160/100 mmHg, LCF ausentes, paciente fue programada con presión alta debido a emergencia.

**23:40 hrs**

Se solicita interconsulta y se solicita TGO; TGP, hemoglobina, hematocrito de control, se coloca una segunda vía de NaCl con oxitocina de 20 UI y una vía de Dextrosa con oxitocina 20 UI y Tramadol 50 mg cada 8 horas.

Se solicita anatomía patológica interconsulta para transferencia

**Hoja de recuperación post anestésica**

**09/Octubre/2019**

Signo de palidez.

Nifedipino 100 mg sublingual

Metildopa 1 gr. VO c/12 hrs.

## **UCI**

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, con diagnóstico de preeclampsia severa, pasa servicio a las 5:50 hrs.

Paciente refiere dolor en herida operatoria afrontada, loquios hemáticos escasos, no mal olor.

Mamas blandas no congestivas

Abdomen ligeramente distendido, blando.

Síndrome edematoso, hipoalbuminemia.

Se sugiere perfil de preeclampsia se evalúa con resultados y continúan indicaciones de UCI.

## **Cirugía general**

Paciente refiere dolor abdominal, no vómitos, no náuseas, despierta, abdomen levemente distendido y sugiere enema evacuante.

Se solicita ecografía abdominal completa para reevaluación x ginecólogo.

**10/Octubre/2019**

**07:20 hrs**

- Dieta completa e hiperproteica
- Cabecera 45°
- Tramadol 100 mg EV c/8 hrs
- Dextrosa 5% 1000 cc

- Ranitidina 300 mg VO c/24 hrs
- Metoclopramida 10 mg 1 amp EV c/8hrs
- Metildopa 500 mg 1 gr. VO c/8 hrs
- Nifedipino 10 mg VO cada 8 hrs

**10/Octubre/2019**

**10:34 hrs**

PA: 123/79 mmHg, FC 97 x', FR 13 x', SO2 95%

Paciente de 31 años con diagnóstico de preeclampsia severa, se encuentra estable, ventilación espontánea sin oxígeno suplementario, murmullo vesicular pasa bien en ambos pulmonares.

Abdomen: globuloso, depresible, dolor difuso a la palpación.

Paciente estable con tratamiento de antibioticoterapia.

**10/Octubre/2019**

**20:45 Hrs**

- NPO
- Cabecera 30°
- Tramadol 50 mg EV cada 6 horas de 2 a 5% sodio
- Omeprazol 40 mgr. 1 amp EV c/24 hrs
- Metoclopramida 10 mgr. 1 amp EV c/8 hrs

- Metildopa de 500 mg VO c/8 hrs
- Nifedipino 10 mg VO c/8 hrs
- Sulfato de magnesio
- Se solicita hemoglobina hemograma, perfil hepático.

**22:00 hrs**

FR 12x', SO2 95% Paciente hemodinámica mente compensada, con tratamiento antihipertensivo, ventilación espontánea sin oxígeno suplementario, tolera dieta, no deposiciones, presión arterial controlada.

Evolución favorable, posible alta.

**10/Octubre/2019**

- Piperacilina 4,5 g EV c/6 hrs
- NaCl 9% 1000 cc + oxitocina 30 UI
- Sulfato de magnesio 2%
- Metildopa 500 mg c/8 hrs
- Sulfato ferroso

**11/Octubre/2019**

**09:20 hrs**

FC 103 x', FR 18 x' SO2 96, PA 96/67 mmHg



Paciente de sexo femenino de 31 años, post operada cesárea por preeclampsia severa y óbito fetal, refiere leve dolor en hipogastrio.

Glasgow 15/15

Abdomen: blando, depresible con herida operatoria seca.

Paciente en evolución favorable en condiciones de alta

**Recomendaciones:**

**14:00 hrs**

Paciente en evolución favorable, ligero dolor en abdomen, se continua con evaluación.

**17:00 hrs**

Paciente es evaluada, médico indica seguimiento, se solicita exámenes de laboratorio de seguimiento.

Dexametasona 4gr EV c/12 horas.

**18:15 hrs**

Se entrega informe de referencia, la paciente esta estable, FC 79 x', SO2 98%, FR 14 x', PA 127/90 mmHg.

Paciente continúa con abdomen distendido.

- Dieta completa hiperproteica
- Cabecera 45°
- Piperacilina-tazobactam 4,5 gr EV c/6 hrs

- Ranitidina 300 mg VO c/24 hrs
- Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs
- Metildopa 250 mg tabletas VO c/8 hrs
- Nifedipino 10 mg prn con presión arterial  $\geq$  160/100 mmHg
- Simeticona 80 mg VO c/8 hrs
- Funciones vitales y alta de UCI con indicación.

### 2.3. DISCUSIÓN

- La preeclampsia es una entidad que se presenta en el embarazo y puerperio que complica y pone en riesgo la vida de la madre y el feto, es por ello que los diversos autores y las entidades internacionales como OMS u OPS ponen todos sus esfuerzos en las medidas de prevención que nos permitan estar pendientes y capacitados de cómo actuar tanto en lugares de fácil acceso y sobre todo en los lugares recónditos como existen en nuestro país.
- A pesar de la disminución significativa del número de casos de óbito fetal a lo largo del tiempo, está sigue siendo una problemática debido al gran subregistro de casos y a la ausencia de reportes confiables, es por ello que debemos desarrollar una serie de estrategias que nos permitan clasificar de forma consistente las causas de muerte.
- Por otro lado, es importante la información que se debe brindar a la población que permiten hacer que se identifiquen los factores de riesgo en el embarazo de manera temprana.
- Luego de la revisión realizada, realzamos la utilidad que tiene la prevención, el control prenatal y la consejería para poder educar y enseñar los signos de alarma, pues ello puede permite prevenir y hace a la gestante participé de su propio embarazo.
- El manejo del caso clínico por parte del equipo multidisciplinario debe ser destacado pues pudo resolver la emergencia obstétrica con rapidez, eliminando el riesgo que la paciente tenía.

## 2.4. CONCLUSIONES

- Luego de hacer una revisión de la información podemos mencionar que los profesionales de la salud que atendieron a la paciente actuaron de manera rápida, diligente y pudieron controlar el riesgo de la paciente. Esto es debido a la capacitación constante que el equipo de trabajo tiene y que es algo que debemos seguir cultivando.
- Las complicaciones maternas y fetales que la preeclampsia genera son conocidas y está en los profesionales de salud continuar capacitándose para generar nuevas y mejores competencias que permitan contribuir en disminuir la morbimortalidad materna.
- La relación entre la preeclampsia y el óbito fetal está claramente descrita, es por ello que todo profesional de la salud debe de relacionar rápidamente los diversos riesgos a los que está expuesta la gestante en caso de desarrollar esta patología.
- Las complicaciones fetales tienen diverso tipo de característica, sin embargo, los que están relacionados a la preeclampsia son un tipo de complicación que puede prevenirse, es por ello lo importante que es brindar consejería prenatal porque permitiría a la paciente poder identificar cuando está en riesgo.
- Es importante mencionar que los sistemas de referencia y contrarreferencia deben de trabajar de manera constante de modo que permitan actuar de manera más rápida y eficiente.

## **2.5 RECOMENDACIONES**

- Continuar con la capacitación constante de todos los profesionales de la salud en el manejo de emergencias obstétricas.
- Desarrollar charlas de consejería a la pareja y/o gestante que permita identificar factores de riesgo.
- Brindar el soporte a los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Establecer contacto con la gestante a través de medios virtuales que permitan estar más cerca de la paciente, sobre todo ahora que el contacto está restringido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna E. Factores de riesgo para óbito fetal. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 13]; Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5724>
2. Molina S, Alejandra D. Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible? Title Fetal death syndrome: could it be prevented? 2010 [cited 2021 Sep 13];51(1):59–73. Available from: <http://www.dane.gov.co/>
3. Gutierrez K. Perfil epidemiológico de pacientes con preeclampsia de inicio tardío atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri, Cusco 2020. Repos Inst – UNH [Internet]. 2021 May 18 [cited 2021 Sep 14]; Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3705>
4. Bustamante Z. Obito Fetal en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 atendida en un Hospital de Nivel III-1, LIMA 2019 Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [cited 2021 Jun 18]. Available from: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/941>
5. Moreira S, García J, Espinoza M. Consecuencias del embarazo de alto riesgo y su valoración fetal anteparto. RECIMUNDO [Internet]. 2021 Apr 8 [cited 2021 Sep 14];5(2):26–36. Available from: <https://salowi.com/~recimund/index.php/es/article/view/1031>
6. Pluas C, Portilla M. Universidad Estatal de Milagro Facultad de Salud y Servicios Sociales Trabajo de Titulación de Grado Previo a la Obtención del Título de Licenciada En Enfermería Propuesta Práctica del Examen de Grado O de Fin de Carrera (De Carácter Complexivo) Investiga.
7. Orellana W. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del área del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima” de Cojutepeque, El Salvador. De enero a junio del año 2018. 2020;
8. Olmos M, García C, Peña A, Bretón S, Suberviola E, Ballada C, et al. Postpartum HELLP syndrome after positive preeclampsia screening and fetal death: Sflt-1/pigf. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2019;62(4):379–83.
9. Castro G. Complicaciones fetales asociadas a la preeclampsia en gestantes. 2019 [cited 2021 Sep 14]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42200>
10. Idrogo M. Morbilidad Materno - Perinatal en Preeclampsia Temprana y Tardía Complicada con eclampsia en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 – 2020. Universidad Nacional de Cajamarca; 2020.
11. Mamani F. Transtorno Hipertensivo en el Embarazo Relacionada a Complicaciones Obstetricas en Gestantes Atendidas en el Hospital Santa

- Maria del Socorro, Ica 2019. Univ Auton Ica [Internet]. 2021 Jul 5 [Cited 2021 Sep 14]; Available From: <Http://Localhost/Xmlui/Handle/Autonomadeica/1019>
12. López M, Ruiz S. Manifestaciones Clínicas y Terapéuticas de las Complicaciones Fetales asociadas a la Preeclampsia. 2020 [Cited 2021 Sep 13]; Available From: <Http://Repositorio.Ug.Edu.Ec/Handle/Redug/51572>
  13. Cardenas B. Complicaciones Maternas Perinatales de las Gestantes con Preeclampsia Atendidas en el Hospital Maria Auxiliadora de Lima, 2019. Repos Inst – Unh [Internet]. 2020 Dec 3 [Cited 2021 Sep 13]; Available From: <Http://Repositorio.Unh.Edu.Pe/Handle/Unh/3714>
  14. Espíritu Y, Huaman J. Factores Maternos Asociados A Muerte Fetal En Un Hospital De Huancayo 2017-2018. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2021 Jul 15 [Cited 2021 Sep 14]; Available From: <Http://Repositorio.Upla.Edu.Pe/Handle/20.500.12848/2470>
  15. López R. Factores de Riesgo asociados a Óbito Fetal en Mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Cajamarca. Repos Inst - Ucv [Internet]. 2019 [Cited 2021 Sep 14]; Available From: <Https://Repositorio.Ucv.Edu.Pe/Handle/20.500.12692/43210>
  16. Advincula Y. Características Clínicas y Patológicas del Feto y de la Madre en el Óbito Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2011 Al 2015. Lima. Univ Priv San Juan Baut [Internet]. 2019 [Cited 2021 Sep 14]; Available From: <Http://Renatiqa.Sunedu.Gob.Pe/Handle/Sunedu/1674859>
  17. Perez A. Factores Asociados a Preeclampsia en gestantes mayores de 18 años en el Hospital San Juan de Lurigancho en el 2019. Univ Priv San Juan Baut [Internet]. 2020 [Cited 2021 Sep 14]; Available From: <Http://Repositorio.Upsjb.Edu.Pe/Handle/Upsjb/2907>
  18. Salirrosas F. Resultados Maternos Perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la Preeclampsia Severa antes de las 34 semanas, en el Hospital Belén de Trujillo desde Enero a Diciembre del 2020. Univ Nac Trujillo [Internet]. 2021 [Cited 2021 Sep 13]; Available From: <Http://Dspace.Unitru.Edu.Pe/Handle/Unitru/17523>
  19. Arigita M, Martínez G. Hellp Syndrome: Controversies and Prognosis. Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]. 2020 Oct 1 [Cited 2021 Jun 18];37(4):147–51. Available From: </Pmc/Articles/Pmc7428701/>
  20. Florez-Herrera S, Jiménez Rodríguez JS. Caracterización epidemiológica de pacientes con preeclampsia severa y sus desenlaces. Hospital Universitario Mayor Méderi 2015-2019 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2020 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/25468>
  21. Angarita M, Guzman M. Muerte Fetal Intrauterina Hospital Militar Central 2014-2019 [Internet]. 2020. [Cited 2021 Sep 13]. Available From:

<https://Repository.Unimilitar.Edu.Co/Handle/10654/37384>

22. Heredia HNC. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Hipertensivos durante el Embarazo: Preeclampsia. Hosp Nac Cayetano Hered [Internet]. 2019;53. Available from: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wpcontent/uploads/resoluciones/2019/rd/RD\\_326-2019-HCH-DG.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wpcontent/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf)
23. Organización Mundial de la Salud, | Prevención y Tratamiento de la Preeclampsia y la Eclampsia. WHO. 2014;
24. Agüero A, Kourbanov S, Polanco D, Ramírez J, Salas F. Actualización y Conceptos Claves del Síndrome de Hellp. Rev Cienc Y Salud Integr Conoc [Internet]. 2020 Jun 1 [Cited 2021 Jun 18];4(3):Ág. 65-75. Available From: <Http://Revistacienciaysalud.Ac.Cr/Ojs/Index.Php/Cienciaysalud/Article/View/133/228>
25. Baezsilva, M. Factores de riesgo para óbito fetal en pacientes de la unidad de servicios de salud Simón Bolívar – sub red norte durante el periodo de 2006 a 2019 [Internet]. [Cited 2021 Jun 18]. Available From: <https://Repositorio.Unbosque.Edu.Co/Handle/20.500.12495/4484>