



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**PRE ECLAMPSIA SEVERA EN MULTIGESTA DE 29 SEMANAS,
ÁNCASH - 2017**

PRESENTADO POR

HUERTA TAMARIZ, MARY JESUSA

ASESOR

Mg. PIERINA CÁCERES CAVALLO

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

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESUMEN

Las muertes maternas y perinatales son atribuidas a la enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia, afectando a casi del 3 al 22% de todas las gestaciones; por ello ocupa el segundo lugar de casos de muerte materna en nuestro país con un 32%, y ocupa el primer lugar de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal, ex Maternidad de Lima, con un 43%, cuya complicación más grave es la rotura hepática¹. En la actualidad ya se conoce la causa de la preeclampsia, es la disfunción endotelial; a pesar de conocer la causa principal y tener a la mano tecnología de última generación, aún hay diferencias en la clasificación de esta enfermedad, algunos continúan clasificándola como preeclampsia leve, severa, e inclusive como “preeclampsia atípica”. Sigue siendo la terminación del embarazo, el tratamiento más idóneo de esta patología, controlar y evaluar a la madre para impedir la evolución hacia la eclampsia o síndrome de HELLP o peor aún llegar a la muerte². En el presente caso clínico se va observar que la valoración de los factores de riesgo, durante las atenciones prenatales, es fundamental para reconocer inicialmente y tratar tempranamente la preeclampsia. Definitivamente la inmediata terminación del embarazo, no garantiza la conservación de vida de la mamá y del bebé; a pesar de un diagnóstico oportuno, la gravedad de la enfermedad seguirá su curso, tal vez porque la edad gestacional de la paciente fue demasiado prematura, y que la distancia de un Hospital II-1 a otro donde exista Unidad de Cuidados Intensivos Maternos y Neonatal es grande. Además, que el personal idóneo para manejar este tipo de enfermedad es la obstetra especialista, que lamentablemente no se encuentran en las zonas rurales de nuestro país. **Palabras clave:** Trastorno hipertensivo, edema, preeclampsia, proteinuria, cefalea.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 MARCO TEÓRICO	3
1.3.1. ANTECEDENTES.....	3
a) A NIVEL INTERNACIONAL.....	3
b) A NIVEL NACIONAL.....	7
1.3.2. BASES TEÓRICAS.....	9
1.3.3. INCIDENCIA.....	16
1.3.4. ETIOLOGÍA.....	17
1.3.5. FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA.....	19
1.3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	20
1.3.7. FACTORES DE RIESGO.....	20
1.3.8. CLASIFICACIÓN Y FORMAS CLÍNICAS DE LA PREECLAMPSIA.....	20
1.3.9. EXÁMENES AUXILIARES.....	22
1.3.10. MANEJO.....	23

1.3.11. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES	26
1.3.12. FACTORES PROTECTORES DE PREECLAMPSIA.....	27
1.3.13. DETECCIÓN PRENATAL TEMPRANA.....	27

CAPÍTULO II

2.1. OBJETIVO.....	29
2.2. CASO CLÍNICO.....	29

CAPÍTULO III

3.1. CONCLUSIONES.....	42
3.2. RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los embarazos aparentemente normales pueden presentar la hipertensión, inclusive si las mujeres previamente son normotensa; también puede empeorar una hipertensión anteriormente al embarazo. La hipertensión ya sea de inicio en el embarazo o agravada por ella puede cursar con la presencia de proteínas en orina y edema patológico, a este cuadro se le llama preeclampsia. La modificación en la fisiología de células endoteliales de arterias espirales uterinas es la característica principal de preeclampsia, de esta manera complica el curso normal del embarazo. Originando una mala invasión del citotrofoblasto en arterias espirales uterinas, de esta manera se trastorna la implantación placentaria y empieza un síndrome isquémico del tejido placentario, afectando a muchos órganos de la madre.

En los Hospitales del Perú se registran desde 4.11% hasta un 10.8% casos de trastornos hipertensivos de leves a severos en gestantes³.

Es necesario realizar una buena revisión de factores obstétricos, sociales, geográficos y sobre todo de la misma enfermedad, la preeclampsia, pues ésta debe considerarse como la patología que más defunciones maternas y perinatales ha causado.

La preeclampsia se da preferentemente en gestantes que cumplen algunos de éstos factores de riesgo: extremas edades, nuliparidad, ausencia de atención prenatal, raza afroamericana, índice de masa corporal mayor de 30 o menor de 16, gestación múltiple y el antecedente de preeclampsia en una gestación previa⁴.

Mediante el estudio del presente caso clínico se busca reconocer los factores de riesgo que se presentan con mayor o menor frecuencia en el desarrollo de preeclampsia, para de esta manera prevenir futuras muertes maternas y perinatales, realizando un manejo oportuno de esta enfermedad y disminuyendo las posibles complicaciones.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de causa aún no establecida, y constituye una de las causas más significativas de defunciones maternas y perinatales en todas partes del mundo, del 2 al 7% de las gestaciones en nulíparas no enfermas. En naciones donde la atención prenatal es inadecuado, la preeclampsia – eclampsia revela el 40-80% de las defunciones maternas, aproximadamente unos 50,000 casos al año⁵.

Los transtornos hipertensivos del embarazo, en el Perú, llegan hasta el 31.5 %, de estos, la enfermedad que mayormente se presenta es la preeclampsia severa (12.7%)⁶.

En la ciudad y Hospital donde trabajo no se elaboran estudios actualizados en miras a establecer condiciones de riesgo que predispongan el desarrollo de preeclampsia, ni sobre el manejo y/o tratamiento, menos aún sobre la prevención; seguimos utilizando información de otros países para clasificar

a esta enfermedad según las condiciones de riesgo que puedan presentar, así también lo tomamos en cuenta para el tratamiento.

Por ser la preeclampsia, una enfermedad que causa un aumento de defunciones en gestantes y recién nacidos, me decidí efectuar un estudio con el fin de reconocer los factores de riesgo existentes en mi zona de trabajo, pudiendo compararlos con otros lugares; además averiguar si en la atención prenatal se toman o no en cuenta las existencia de factores de riesgo, y por último investigar si la obstetra, personal capaz para la atención de emergencias obstétricas, participa en el diagnóstico, manejo y tratamiento de esta terrible enfermedad.

Buscar reducir las defunciones y complicaciones en las gestantes y sus recién nacidos en la zona donde trabajo, empezando con una buena atención prenatal reenfocada brindada por el obstetra, seguida de conocer elementos que pudieran apoyar al desarrollo de preeclampsia, además impulsar al obstetra especialista a participar en el diagnóstico precoz y oportuno de esta enfermedad.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

a) A NIVEL INTERNACIONAL

- a.** En el estudio realizado acerca de “Factores de riesgo y condiciones perinatales de la Preeclampsia y Eclampsia, en el año 2014, en el Hospital General Juan Bruno Zayas”⁷, donde buscaban describir los factores de riesgo más frecuentes en las gestantes que desarrollaron preeclampsia y eclampsia y su repercusión en las condiciones

perinatales. Las gestantes nulíparas cuyas edades estaban entre los 18 y 25 años, fueron las que presentaron preeclampsia severa, siendo ésta la que presentó mayor número de casos; factores de riesgo mayormente presentes: gestaciones mayores de tres, presión alta antes del embarazo y preeclampsia en embarazos anteriores. Cuantas más condiciones de riesgo existían menor eran las posibilidades que el recién nacido no desarrollara alguna enfermedad⁷.

- b.** En un estudio en Cuba se buscó los “Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa, en el año 2014”, buscaban establecer si las prueba de laboratorio y los exámenes clínicos que inicialmente se elevan o disminuyen ayudan a diagnosticar tempranamente el síndrome de HELLP en gestantes con preeclampsia severa, fue un estudio observacional retrospectivo, fundado en un cohorte clínico que tuvo gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa que fueron hospitalizadas desde un 4 de mayo 2005 a un 7 mayo 2008 en la Clínica Universitaria Bolivariana; entre los resultados obtenidos: gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa presentaban dolor en epigastrio y aumento de transaminasas estos sugestionan inicialmente la aparición del síndrome de HELLP⁸.
- c.** En Cuba, García & et al realizaron un estudio buscando “Resultados maternos y perinatales en gestantes con Preeclampsia, año 2012”, teniendo como objetivo medir el comportamiento de los resultados materno y perinatal en gestantes con preeclampsia, este tipo de

estudio fue observacional analítico de casos y controles en el periodo 01-01-2008 y 31-12—2009 Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" de La Habana. En donde los casos eran gestantes diagnosticadas inicialmente con preeclampsia (172) y los controles las que no tenían preeclampsia (7 916). Principal conclusión llegada: gestantes con diagnóstico de preeclampsia tratadas con sulfato de magnesio mostraron una posibilidad de 21 veces menos para que la enfermedad llegue a eclampsia. Hematoma retroplacentario y Preeclampsia severa fueron las complicaciones maternas que mayormente se dieron, y en el recién nacido que desarrollen enfermedad de membrana hialina y tuvieran un peso menor a 1500 g⁹.

- d. En el año 2012, Núñez realizó una investigación sobre “Factores de riesgo preconceptionales y emergentes en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres de 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el HPDA entre enero a noviembre del 2011”, tratando de conocer los principales factores de riesgo, en donde se ejecutó un estudio transversal, descriptivo, de campo y documental, fueron descritas 258 pacientes, 146 pre eclámpticas y 112 con gestaciones normales, las primeras obtenidas en las Historias Clínicas, gestantes registradas en hospitalización después del parto inmediato y gestantes con trabajo de parto que ingresaron por emergencia del Hospital fueron el grupo de segundas; la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, primigravidez, antecedentes

personales y familiares de preeclampsia son descubrimientos que exponen las condiciones de riesgo para Preeclampsia, éstos se pudieran utilizar a manera de marcadores iniciales para diagnosticar inicialmente a preeclampsia y controlar su evolución¹⁰.

- e. En el estudio realizado en México acerca de “Factores de riesgo aliados con preeclampsia: estudio casos y controles, año 2010”, buscaban estimar la relación condiciones sociales-demográficos con los ginecológicos-obstétricos con preeclampsia, enero del 2003 a diciembre del 2007, cuyas gestantes iban al servicio de toco-cirugía del Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México; confrontando la repetición de condiciones individuales de riesgo en gestantes preeclámpticas (casos: 196) y gestantes no preeclámpticas (controles: 470), estudiando la relación preeclampsia y: estatus social - económico, consumo de tabaco y alcohol, antecedentes ginecológicos - obstétricos (abortos, compañeros sexuales, MAC, atenciones prenatal, embarazos y partos) y antecedente de preeclampsia en gestación anterior. Resultado: condiciones de riesgo relacionados al desarrollo de preeclampsia son: primera gestación, MAC, consumo excesivo de alcohol, pobreza y preeclampsia en gestación anterior¹¹.

b) A NIVEL NACIONAL

- a. En el año 2014, Cabeza realizó un estudio sobre los “Factores de Riesgo para desarrollar Preeclampsia gestantes del Hospital de Apoyo Sullana”, donde buscaba establecer si la edad, número de hijos

e hipertensión arterial crónica eran condiciones de riesgo aliados para iniciar preeclampsia, su estudio fue analítico, observacional, de casos y controles que valoró 162 pacientes las diferenciadas en dos grupos, casos: 54 gestantes preeclámpticas y controles: 108 gestantes no preeclámpticas. Encontraron que si son condiciones de riesgo para iniciar preeclampsia: primer parto, menores de 20 años y la hipertensión arterial¹².

- b.** En el estudio realizado acerca de los “Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia, año 2014, en el Hospital Santa Rosa de Piura”, se buscaba señalar que la obesidad, la primipaternidad, la cantidad de hijos, el intervalo intergenésico prolongado y el antecedente de preeclampsia de inicio precoz son factores de riesgo de preeclampsia recurrente, en donde se utilizó un estudio de casos y controles, analítico y observacional, que valoró 99 pacientes agrupadas 2, casos: 33 gestantes preeclámpticas recurrente y controles: 66 gestantes no preeclámpticas; concluyendo: partos mayores de 3, embarazarse después de mucho tiempo, preeclampsia en gestación anterior son condiciones de riesgo para el desarrollo de preeclampsia recurrente¹³.
- c.** En el año 2014 se realizó un estudio sobre las “Repercusión de la preeclampsia y eclampsia en la mujer peruana y su neonato, 2000 a 2006, en Hospitales de Perú”, en donde se tuvo como objetivo establecer manifestaciones en la gestante con preeclampsia y eclampsia, y consecuencias maternas y perinatales, se tuvieron que

revisar información del Sistema de Información Perinatal (SIP 2000) de 310 795 embarazadas y sus 314 078 recién nacidos atendidos de 2000 - 2006 en 28 Hospitales Peruanos - MINSA, estudiando la información con paquetes estadísticos SPSS 14.0 y Epi Info 6.0, cuya conclusión fue que la incidencia y mortalidad tanto materna como neonatal son iguales que las de otras naciones, con respecto a condiciones sociales y edades maternas, por ello debe ser importante mantener actualizada toda información dentro de SIP 2000, pues solo así sabremos el progreso de esta terrible patología en nuestro Perú¹⁴.

- d.** En un estudio de Sánchez-Carrillo & et al en el 2011 sobre “Factores de riesgo de preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinada Asenjo, en 2006 hasta abril de 2010”, quisieron fijar los factores de riesgo de preeclampsia severa, mediante un estudio de casos y controles, retrospectivo, cuya población fue 200 pacientes escogidas aleatoriamente, en donde utilizaron una ficha de recolección de datos con variables respectivas a los factores de riesgo de la preeclampsia severa, los resultados fueron que los factores de riesgo: grupo étnico, índice de masa corporal mayor de 30 o menor de 17, ausencia de partos son sustanciales para evolucionar a preeclampsia severa¹⁵.
- e.** Morales, 2011, realizó un estudio sobre “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao entre abril - junio de 2010”, cuya finalidad era medir la incidencia de preeclampsia y ver qué factores de riesgo se asocian en el diagnóstico

de preeclampsia, fue un trabajo de Casos y Controles, y tomaron los casos de preeclampsia diagnosticados (la colaboración fue voluntaria con firma de consentimiento informado), pudieron concluir que ésta patología, preeclampsia, es común en el mencionado Hospital y su naturaleza está relacionada con factores psicológicos y sociales¹⁶.

1.3.2. BASES TEÓRICAS

A lo largo de los años, la definición de la preeclampsia ha sufrido muchos cambios y se le ha clasificado de diferentes formas. Para fines del presente trabajo académico vamos a tomar como referencia a los conceptos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.

DEFINICIONES

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Los trastornos hipertensivos presentes en gestaciones pueden agravar el desarrollo normal, siendo muy comunes en la formación de la triada de muerte, con la infección y hemorragia, que complican el embarazo, ayudando al incremento de las defunciones y complicaciones maternas. Se pueden considerar como un conjunto de patologías cuyo síntoma principal es la hipertensión arterial en el embarazo, parto o puerperio; o que, preexistiendo anteriormente, se agrava durante éstas. Cuyas características principales son la proteinuria y el daño multiorgánico. The American College of Obstetricians and Gynecologists¹⁷, (ACOG), tiene una clasificación básica, precisa y práctica, que agrupa a la hipertensión en la gestación de la siguiente manera:

1. Preeclampsia – Eclampsia¹⁷
2. Hipertensión crónica¹⁷ (de cualquier causa),
3. Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta¹⁷
4. Hipertensión gestacional¹⁷

❖ **Preeclampsia – Eclampsia:** La **preeclampsia**, patología hipertensiva propia del embarazo más alcance multiorgánico. Suele ocurrir a partir de las 20 semanas de embarazo y puede superponerse a otra enfermedad hipertensiva. La preeclampsia, es la patología más frecuente de hipertensión arterial que agrava la gestación, es definida como la aparición de hipertensión de inicio reciente además de la nueva proteinuria; existen algunas gestantes que desarrollan hipertensión y daños a muchos de sus órganos, habitualmente indicativos graves de la patología cuando no hay proteinuria¹⁷.

Cuando no hay proteinuria, existe preeclampsia más una de las siguientes: Hipertensión arterial más trombocitopenia (plaquetas menor de 100.000/ml), falla hepática (aumento de transaminasas hepáticas 2 veces más de lo habitual), inicio insuficiencia renal (creatinina mayor a 1,1 mg/dl o una multiplicación de ésta sin otra enfermedad renal), cefalea o alteraciones visuales¹⁷.

La **hipertensión**, es llama así cuando existe una tensión arterial sistólica de 140 mmHg a más, o una tensión arterial diastólica de 90 mmHg a más, o ambos. La hipertensión se considera leve hasta que los niveles diastólico o sistólico alcancen o excedan 110 mmHg y 160 mmHg, respectivamente. Es recomendable que el diagnóstico de

hipertensión requiera al menos dos tomas con un intervalo de al menos 4 horas, aunque de vez en cuando, especialmente cuando se trata de hipertensión grave, se pueden tomar después de unos minutos y acortar el tiempo para el manejo antihipertensivo¹⁷. Existen algunos criterios que se deben cumplir para la buena toma de la presión arterial, algunas recomendaciones podemos encontrar en una publicación de Águila et al¹⁸, donde nos muestra la forma correcta para medir la presión arterial y son las siguientes: 30 minutos antes de la toma no haber fumado, no haber comido, ni estar vestido con ropa abrigada, importante iniciar una buena comunicación con la gestante; haber descansado mínimo 5 minutos antes y estar bien sentada, medir la presión arterial en el brazo derecho, el manómetro de mercurio debe estar bien inspeccionado, cubrir los 2 tercios del brazo con buen ajuste, tocar la arteria y subir 30 mmHg en el instante en que no se siente el latido, luego bajar la columna de mercurio de dos en dos mmHg, la presión arterial sistólica es el 1er. ruido frágil escuchado (primer ruido Korotkoff) y la presión arterial diastólica es cuando desaparecen los ruidos (5to. ruido de Korotkoff)¹⁸.

La ***proteinuria*** se diagnostica cuando la excreción de proteína en orina recolectada 24 horas es \geq a 300 mg, también aquella proporción proteína - creatinina medida en una única orina exceda 3,0 (cada una medida en mg/dl), denominada relación proteína/creatinina. Las lecturas cualitativas de la tira reactiva de 1+ sugieren proteinuria, siendo fácil la confusión pues botan resultados

positivos falsos y falsos negativos, por ello debe reservarse su uso cuando no se dispone de métodos cuantitativos o de métodos rápidos que requieren decisiones¹⁷.

La **eclampsia** es la etapa donde se presentan las convulsiones tónicas clónicas y es ahí donde se agrava la patología, casi siempre es antecedido por eventos premonitorios, intensas cefaleas e hiperreflexia, aunque también se presenta en ausencia de estas¹⁷.

El Working Group impulsa a que la denominación "Preeclampsia leve" debe ser reemplazado por "preeclampsia sin características severas"¹⁷.

Criterios diagnósticos para la preeclampsia

Presión sanguínea:	<ul style="list-style-type: none">• PA sistólica \geq 140 mmHg o PA diastólica \geq 90 mmHg tomadas en dos oportunidades más un intervalo de 4 horas de separación, después a las 20 sem de embarazo en gestante normotensa inicialmente.• PA sistólica \geq 160 mm Hg o PA diastólica \geq 110 mmHg, tomar presión arterial pasado unos minutos, para corroborar la hipertensión e iniciar la terapia antihipertensiva.
Y	

Proteinuria:	<ul style="list-style-type: none"> • \geq a 300 mg en orina de 24 horas (o misma cantidad extrapolado de una recolección cronometrada) o • Relación proteína/creatinina \geq a 0,3 cada una de ellas medidas en mg/dl. • Lectura de la varilla de medición de 1+ (utilizada siempre y cuando no exista otra manera de medir).
Si no hay proteinuria, la hipertensión de nueva aparición más:	
Trombocitopenia	• Plaquetas menor de 100.000/ml.
Insuficiencia renal	• Creatinina sérica superiores a 1,1 mg/dl o multiplicación del suero creatinina en ausencia de enfermedad del riñón.
Insuficiencia hepática	• Aumento de transaminasas hepáticas o una concentración 2 veces de lo habitual.
Edema pulmonar	Hematemesis o vomitar sangre espumosa. Dificultad para respirar al acostarse.
Síntomas Cerebral o visual	Cefalea, tinitus, escotomas, visión borrosa.

Fuente: ACOG¹⁷.

❖ Hipertensión crónica

Durante la gestación, la hipertensión crónica es definida como aquella hipertensión conocida antes de la concepción o detectada tempranamente a las 20 semanas de embarazo, la clasificación debería cambiarse a "hipertensión transitoria del embarazo". Sin embargo, debido a que raramente se modifica, el Working Group recomienda no utilizar esta última terminología¹⁷.

❖ **Hipertensión crónica con Preeclampsia superpuesta**

La preeclampsia puede complicar todos los tipos de trastornos hipertensivos; en tal sentido, la evolución del embarazo es fatal que cualquiera de las dos condiciones. Aunque las pruebas de estudios de biopsia renal sugieren que la evaluación de preeclampsia superpuesta puede estar equivocada, puede ser que las gestantes en su primera gestación desarrollen proteinuria posterior a las 20 semanas y las gestantes con proteinuria anterior a las 20 semanas, además que¹⁷:

- 1) Perciben un aumento repentino de hipertensión, o la obligación de aumentar la dosis de antihipertensivo, siendo antes controlada¹⁷;
- 2) Repentinamente manifiestan otros signos y síntomas, incremento en el perfil hepático¹⁷;
- 3) Plaquetopenia, menos de 100.000/ml¹⁷;
- 4) Síntomas manifiestos como dolor en el hipocondrio derecho y cefaleas intensas¹⁷;
- 5) Desarrollan enfermedad pulmonar congestiva o edema¹⁷;
- 6) Desarrollan insuficiencia renal (el nivel de creatinina se duplica o aumenta hasta o por encima de 1,1 mg/dl en ausencia de patología renal)¹⁷; y

7) Aumento repentino, sustancial y sostenido de las excreciones de proteínas¹⁷.

La sola existencia de PA menor de 160/110 mmHg y proteinuria, se considera que está superpuesta a la preeclampsia sin características severas. La existencia de falla orgánica se supone preeclampsia superpuesta con características severas. Por Clasificación, ambas variantes se denominan "Preeclampsia superpuesta"¹⁷.

❖ **Hipertensión Gestacional**

Se caracteriza por el incremento de la PA posterior a las 20 semanas de gestación, a menudo a corto plazo, en ausencia de proteinuria. Si la hipertensión arterial perdura más allá de 12 semanas posterior al parto se debe clasificar como hipertensión crónica¹⁷.

Los resultados en mujeres con hipertensión gestacional generalmente tienen bastante éxito, aunque algunas de las mujeres experimentan elevaciones de la presión arterial a niveles severos. La causa de esta entidad no está clara, pero las gestantes desarrollan preeclampsia antes de perder proteínas en orina e iniciar con falla orgánica. Así, en la hipertensión gestacional, incluso cuando las elevaciones son leve, requiere una mayor vigilancia. Así, incluso cuando es benigno, es un marcador de seguimiento para la toma de decisiones en medicina preventiva¹⁷.

Aunque la hipertensión postparto no está considerado dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo según la clasificación de

ACOG¹⁷, es importante mencionarlo solo para el conocimiento del lector.

1.3.3. INCIDENCIA

La Preeclampsia forma parte del problema en Salud Pública, siendo principalmente responsable de las defunciones de las madres y sus bebés en nuestro país y muchos más en el mundo.

Según la nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud¹⁹ (OMS) en el 2016 “las principales complicaciones en la madre, representan el 75% de defunciones maternas, siendo: las hemorragias severas, las infecciones, **la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)**; complicaciones en el parto; los abortos riesgosos”¹⁹.

Los trastornos hipertensivos durante las gestaciones afligen más o menos al 10% de las gestantes en el mundo, incluyendo a preeclampsia y eclampsia, además de hipertensión gestacional e hipertensión crónica. Estas enfermedades representan gravemente la morbilidad aguda, discapacidad crónica y la muerte de las gestantes y sus bebés. En África y Asia, estos trastornos causan casi la décima parte de sus muertes maternas, por otro lado, en América Latina, los trastornos representan la cuarta parte de las muertes maternas²⁰.

En Perú, el MINSA en su 4to Boletín Epidemiológico: “Situación Epidemiológica de Muerte Materna en Perú 2015”, nos detalla las principales causas de las muertes maternas⁶: en cuanto a las *causas básicas* de los casos de defunciones maternas, *el 21% fue causado por*

*los trastornos hipertensivos del embarazo*⁶. Las primordiales causas de *defunciones maternas directas* son hemorragias (36.5%), *los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un 31.5 %*, de éstas *la preeclampsia severa es la patología con más casos (12.7%)*, y la sepsis con el 21.5%⁶.

1.3.4. ETIOLOGÍA

Dentro de la etiología podemos considerar a los siguientes factores^{21,22}:

- ❖ Factores vasculo-endoteliales.
- ❖ Factores inmunológicos.
- ❖ Factores genético-hereditarios.
- ❖ Factores dietéticos o nutricionales.

Podríamos pensar que la preeclampsia es una enfermedad en donde el citotrofoblasto invade anormalmente las arteriolas espirales. En la investigación de Heredia²¹ se detalla de la siguiente manera:

- ❖ **Factores Vasculo-Endoteliales** (invasión anormal del trofoblasto).

Normalmente las arterias espirales cambian a medida que son penetradas por el trofoblasto (figura 1), algo que no ocurre en la preeclampsia pues este proceso es incompleto, ya que los vasos deciduales son revestidos por trofoblasto endovascular, y no los vasos miometrales^{21,22}.

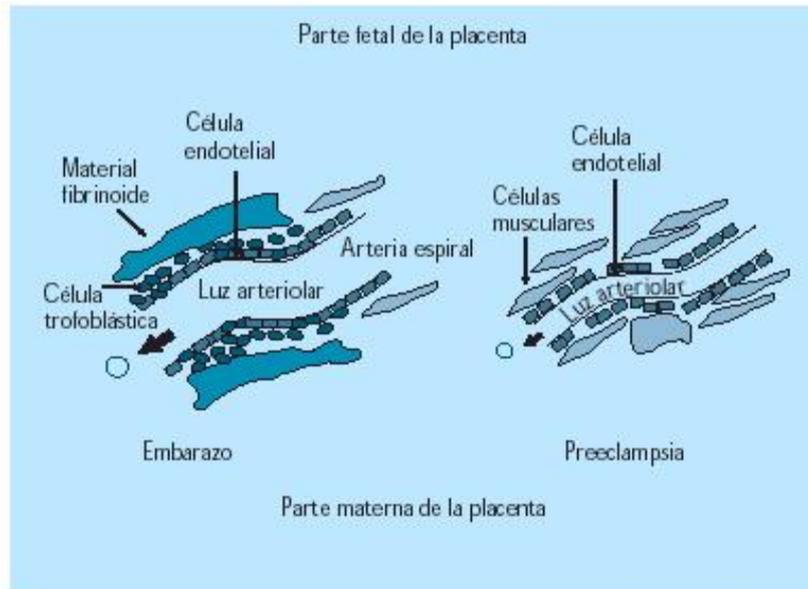


FIGURA 1: Invasión trofoblástica, en el embarazo normal (izquierda) y en la preeclampsia (derecha)²³.

- ❖ **Factores inmunitarios.** El desarrollo de preeclampsia en embarazadas que precedentemente tuvieron partos a término, es menor, esto se visualiza en varias investigaciones por ello se aprueba este factor de inmunización. Además otras investigaciones demostraron que cuando una gestante cambia de pareja, el riesgo de desarrollar preeclampsia aumenta^{21,22}.

- ❖ **Factores nutricionales.** Existen varios estudios que podrían demostrar la relación entre una deficiencia nutricional y el desarrollo de preeclampsia, como el consumo de zinc, calcio o magnesio en la dieta diaria para prevenir preeclampsia; además un alto consumo de frutas y verduras con efecto antioxidante reducen la presión arterial. Todo lo contrario, si la alimentación no es buena, conlleva a desarrollar un índice de masa corporal mayor de 30, siendo ésta una condición de riesgo para esta enfermedad^{21,22}.

- ❖ **Factores genético-hereditarios.** Este factor indica que las gestantes cuyas madres tuvieron preeclampsia, tienen mayor posibilidad de desarrollar esta patología, pudiendo deberse a la transmisión recesiva de genes maternos; algo parecido ocurre con aquellas gestantes cuya pareja tuvo otro hijo en otra mujer y desarrollo preeclampsia, entonces se pudiera decir que los genes paternos tienen una huella genómica para desarrollar preeclampsia^{21,22}.

1.3.5. FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

Existen condiciones tanto en la madre como placentarios y en el feto que pudieran determinar las modificaciones fisiológicas y patológicas como la mala invasión del trofoblasto y la disfunción endotelial para que evolucione la preeclampsia^{21,24}.

Normalmente el citotrofoblasto penetra las arterias espirales de a madre y reemplaza la capa muscular de estos vasos, siendo responsables de nutrir a la placenta y al bebé, esto ocurre alrededor del primer trimestre y termina ente 18 y 20 semanas de gestación, todas estas modificaciones admiten una circulación útero placentaria con poco resistencia y permitir un buen flujo hacia la placenta. En la preeclampsia todo esto no ocurre, ya que el citotrofoblasto no invade completamente, y se mantienen las fibras musculares, esto conlleva a la estrechez de los vasos, y como consecuencia una hipoperfusión placentaria y el incremento de tensión arterial materna^{21,24}.

1.3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pueden existir enfermedades y síndromes que desarrollen un cuadro clínico parecido al de la preeclampsia, por ello se debe hacer la exclusión de estas posibles causas. Pacheco²⁵ refiere que para poder diferenciar a la preeclampsia de otras patologías que cursan con hipertensión arterial, se tomaran en cuenta algunas de las siguientes: “Enfermedades crónicas renales, Estenosis de la arteria renal, Lupus eritematoso sistémico, Hipertensión arterial crónica, Hipertiroidismo, Epilepsia”²⁵.

1.3.7. FACTORES DE RIESGO

Para Preeclampsia son: “primer embarazo, preeclampsia en embarazo previo, hipertensión crónica o enfermedad renal crónica o ambas, historia familiar de preeclampsia, diabetes mellitus tipo I o II, IMC mayor de 30, lupus eritematoso sistémico, grupo étnico materna extrema”¹⁷.

1.3.8. CLASIFICACIÓN Y FORMAS CLÍNICAS DE LA PREECLAMPSIA.

ACOG¹⁷ nos recomienda clasificar de la siguiente manera:

Establecer el diagnóstico de Preeclampsia

➤ **Preeclampsia sin signos de severidad – (PE-L)**

Hipertensión arterial \geq a 140/90 mmHg pero $<$ de 160/110 mmHg, fuera de falla orgánica y sin compromiso fetal. El Working Group exhorta la denominación "preeclampsia sin características severas" en lugar de leve¹⁷.

➤ **Preeclampsia con signos de severidad – (Preeclampsia severa)**

Características severas de la preeclampsia¹⁷.

- La PA sistólica de 160 mmHg o mayor, o diastólica de 110 mmHg o mayor, tomadas 2 veces antes de 4 horas de intervalo, con la gestante en reposo (debiendo haber ya administrado la primera dosis del antihipertensivo)¹⁷.
- Trombocitopenia (plaquetas menor de 100.000 /ml)¹⁷
- Insuficiencia de la función hepática según se indica por una elevación anormal de concentraciones sanguíneas de enzimas hepáticas (hasta dos veces más concentración), dolor persistente y grave en el hipocondrio derecho o epigastralgia sin mejoría con medicación¹⁷.
- Insuficiencia renal progresiva (creatinina mayor a 1,1 mg/dl o multiplicación en la concentración de la creatinina sérica sin de otra patología del riñón¹⁷).
- Cefalea, escotomas, tinitus¹⁷.

1.3.9. EXÁMENES AUXILIARES

Sabemos que el diagnóstico de la preeclampsia es por la clínica, además nos es de gran ayuda los exámenes de laboratorio e imágenes que podamos solicitar, para medir el grado de severidad.

Se deben realizar pruebas tanto a la gestante y al bebe, realizando a la mamá una “exhaustiva valoración clínica detallando todos los sistemas, y también complementar con diversos exámenes de laboratorio; en

cuanto al feto, nos podemos apoyar en la tecnología, ya se una valoración con monitor fetal o una ecografía”¹.

Actualmente el Ministerio de Salud²⁶ (MINSA) cuenta con una Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva²⁶, donde establece la función de cada Establecimiento de Salud realice ciertos exámenes auxiliares tales como:

De Patología Clínica: Hemograma completo, Gs y FRh, Test de ácido sulfosalicilico, Examen orina completa, Perfil de coagulación (importante las plaquetas), Función hepática, Glucosa, Función renal; Proteínas totales, fraccionadas y en orina de 24 horas. También Imágenes: Ecografía obstétrica (bienestar fetal), Flujiometría Doppler y Perfil biofísico²⁶.

Es muy importante solicitar y que se hagan efectivos los exámenes, desde el primer contacto con la paciente; ya que con los resultados se puede mejorar el manejo de esta terrible enfermedad.

1.3.10. MANEJO

El presente trabajo académico abarca a la **preeclampsia severa**, por ello realizaremos el manejo de ésta según la guía del MINSA²⁶, pues es la guía que actualmente se encuentra vigente.

- ❖ Establecimientos con FONP (I-1): Tomar la PA, si hay hipertensión realizar la coordinación con FONE, y referir con vía EV de Cloruro de Sodio 9%²⁶.

- ❖ Establecimientos FONP (I-2, I-3): Tomar la PA, si hay hipertensión - DER, preeclampsia severa o eclampsia instalar vía EV de un frasco de cloruro de sodio al 9% más sulfato de magnesio, 10 gr., chorrear 400 cc y conservar a 30 gotas/min” hasta llegar a FONE²⁶. Además poner sonda Foley y controlar la orina²⁶, dar Labetalol 200 mg VO c/ 8 hrs de 1era intensión, o dar Metildopa 1 gr VO c/ 12 hrs²⁶, Si la presión sistólica y/o diastólica se incrementa en 30 mmHg con respecto a la presión arterial inicial o presión arterial > de 160/110 mmHg dar Nifedipino 10 mg VO 1era dosis y después 10 mg c/ 4 hrs para controlar la presión diastólica en 90 a 100 mmHg²⁶, comunicarse con establecimiento FONB y trasladar a gestante a FONE²⁶.

NOTA: En la mayoría, sino es en todos, de los Establecimientos de Salud del MINSA no se cuenta con Labetalol 200 mg, por ello nuestra primera opción es Metildopa.

- ❖ Establecimientos FONB (I-4): tomar la presión arterial y:
 - Preeclampsia Severa²⁶: Iniciar DER a establecimiento FONE, Instalar 2 vías EV²⁶: 1era es Cloruro de sodio al 9% - 40 g/min y 2da vía de sulfato de magnesio (10gr) diluidos en un litro de Cloruro de sodio al 9%, chorrear 400 cc y conservar en 30 g/min²⁶; se debe vigilar las respiraciones, la cantidad de orina y los ROT²⁶, si alguna estuviera alterada sospechamos de sobredosis de sulfato de magnesio debemos dar EV gluconato de calcio una ampolla en 20 cc con cloruro

de sodio lento²⁶, dar un gr de Metildopa c/12 hrs VO, si la presión sistólica y/o diastólica incrementa en 30 mmHg respecto a la inicial²⁶, o PA > a 160/110 mmHg, dar Nifedipino 10 mg VO, pudiendo dar nuevamente a los 30 min, instalar sonda Foley N° 14 más bolsa colectora y vigilar cantidad de orina²⁶, poner oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min, vigilar FV de la madre, monitoreo obstétrico²⁶.

❖ Establecimientos FONE (II-1, II-2)

Preeclampsia Severa²⁶: permanecer con el tratamiento de FONB, dar un gramo de Metildopa c/12 hrs VO, si la presión sistólica y/o diastólica se incrementa en 30 mmHg respecto a la PA inicial o PA > 160/110 mmHg dar Nifedipino 10 mg VO²⁶ pudiendo dar otra vez después de 30 min si la PA no disminuye, dar máximo 5 veces en 24 horas, para que la presión diastólica este en 90 a 100 mmHg, instalar sonda Foley N° 14 más bolsa colectora y vigilar orina²⁶, poner oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min, verificar FV de la madre, monitoreo obstétricas²⁶, terminar embarazo si EG > 37 semanas²⁶, de 34 a 37 semanas terminar embarazo según estado de la madre, pero si se comprueba daño orgánico terminar x cesárea, efectuar consentimiento informado a la madre y familiares del procedimiento y complicaciones²⁶.

1.3.11. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES.

Las **complicaciones maternas** de preeclampsia incluyen edema pulmonar, ACV, SDRA, trastornos de la coagulación, enfermedad renal severa y daño a retina¹⁷. Estas complicaciones tienen mayores posibilidades de darse si hay un enfermedad precedentes y con disfunción aguda de órganos maternos relacionada con la preeclampsia.

Las **complicaciones fetales y neonatales** de la preeclampsia severa van a depender de la falla de la función uteroplacentaria o de parto pretérmino, o ambos¹⁷.

Por lo tanto, el parto se recomienda a partir de las 34 0/7 semanas a más. Pero, la pronta culminación del embarazo es lo más recomendado en caso que la gestante o su bebé presenten alguna complicación como daño del riñón, DPP, trombocitopenia grave, CID, síntomas cerebrales persistentes, pruebas fetales no tranquilizadoras o fallecimiento fetal¹⁷.

Pacheco²⁵ clasifica las complicaciones de la siguiente manera:

- Complicaciones maternas:
 - Sistema nervioso central: encefalopatía hipertensiva, eclampsia, hinchazón cerebral, ceguera cortical²⁵.
 - Cardiopulmonares: acumulación de líquido en los pulmones, ascitis, colapso cardiovascular²⁵.
 - Renales: necrosis cortical – insuficiencia renal aguda, síndrome nefrótico²⁵.
 - Hematológicas: trombocitopenia, hemólisis microangiopática, CID²⁵.

- Hepáticas: trastornos funcionales, rotura hepática²⁵.
- Desprendimiento de retina, ceguera temporal²⁵.
- Uterinas: hemorragia puerperal y DPP²⁵.
- Complicaciones perinatales: Restricción del crecimiento intrauterino, Prematuridad, asfixia fetal, Muerte fetal. Morbilidad neonatal: hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, infecciones, Muerte neonatal, Dificultad para crecer y aprender²⁵.

1.3.12. FACTORES PROTECTORES DE PREECLAMPSIA

- Gestación a término anteriormente, factores dietéticos y suplementos vitamínicos, consumo de aspirina y actividad física³.

1.3.13. DETECCIÓN PRENATAL TEMPRANA

Tradicionalmente, la frecuencia de las atenciones prenatales a partir de las 30 semanas de gestación es semanalmente para detectar complicaciones como la preeclampsia. Las mujeres con enfermedad leve a menudo reciben tratamiento ambulatorio. La atención de mujeres sin hipertensión manifiesta, pero en quienes se sospecha de preeclampsia temprana durante las atenciones prenatales sistemáticas, consta sobre todo de aumento de la vigilancia²⁷. El procedimiento en mujeres con inicio reciente de lectura de presión arterial diastólica de 81 a 89 mmHg o aumento repentino y anormal de peso (más de 0.908 kg por semana durante el tercer trimestre) incluye visitas a intervalos de tres a cuatro días. Esa vigilancia ambulatoria se continúa a menos que sobrevenga hipertensión, proteinuria, alteraciones visuales o molestias epigástricas, manifiestas²⁷.

CAPÍTULO II

2.1. OBJETIVO

- ❖ Identificar factores de riesgo y hallazgos clínicos que condicionan el desarrollo de la preeclampsia en gestantes multigestas.

2.2. CASO CLÍNICO: “PRE ECLAMPSIA SEVERA EN MULTIGESTA DE 29 SEMANAS, ANCASH - 2017.”

HISTORIA CLÍNICA

a) ANAMNESIS:

Datos Personales:

- ❖ Apellidos y Nombres: NN
- ❖ Edad: 33
- ❖ Estado civil: conviviente
- ❖ Ocupación: ama de casa
- ❖ Grado de Instrucción: Quinto de Primaria

- ❖ Procedencia: a una hora del Hospital
- ❖ Condición socioeconómica: pobreza extrema
- ❖ Fecha de ocurrencia: 26/07/2017
- ❖ Momento: embarazo

Antecedentes:

- ❖ **Antecedentes familiares:** no relevantes
- ❖ **Antecedentes personales:**
 - Hospitalizaciones previas: no
 - Intervenciones quirúrgicas: no
 - Alergia a medicamentos: no
 - Transfusiones sanguíneas: no
 - Antecedente de hipertensión gestacional en su segundo embarazo – 2014
- ❖ **Antecedentes ginecoobstétricos:**
 - G3P2002
 - G1: 1999, parto vaginal en Puesto de Salud, RN 3200grs.
 - G2: 2014, parto vaginal en Hospital, RN 3050grs., hipertensión gestacional, Test ASS negativo, ITU con tratamiento.
 - G3 actual, 2017.
 - Periodo intergenésico: 2 años y 7 meses aproximadamente.
 - Método anticonceptivo: ninguno
 - Vacuna DT: 3 dosis

Embarazo Actual

- ❖ FUR: 01/enero/2017
- ❖ FPP: 08/octubre/2017
- ❖ EG: 29 semanas
- ❖ Atenciones prenatales: 04 atenciones
- ❖ Plan de parto: 2 planes

Motivo de Consulta

26/julio/2017 15:10hrs

Paciente acude a emergencia procedente de un Establecimiento de Salud I-1, a una distancia de 1 hora aproximadamente, refiere **EPIGASTRALGIA**, **CEFALEA**, dolor abdominal tipo contracción desde hace más o menos 4 horas, además refiere movimientos fetales normales.

Funciones vitales:

PA	FC	FR	T°	PESO
180/82mmHg	60 x minuto	22 x minuto	37.3 °C	57 kg.

b) EXPLORACIÓN FÍSICA

La obstetra de turno evalúa a la paciente

Al examen: AREG, LOTEP

Facie y conjuntivas: rosadas e hidratadas

Mamas: normales no tumoraciones

Abdomen: globuloso por útero grávido, **dolor a la palpación en hipocondrio derecho**

AU: 25cm SPP: LCI FCF: 148 x minuto MF: ++ DU: esporádicas

G-E: no SV ni PLA

Tacto vaginal: diferido

MM.II.: S/E S/V

26/julio/2017 15:30hrs

La obstetra de turno realiza el Test de Ácido Sulfosalicílico: RESULTADO POSITIVO (+++), inmediatamente comunica a médico de guardia.

c) DIAGNÓSTICOS

- Tercigesta de 29 semanas x FUR
- Trastorno hipertensivo del embarazo
- Preeclampsia severa
- D/C Infección de tracto urinario

d) TRATAMIENTO Y MANEJO

Hospitalización

Hidratación

Antihipertensivos

Anticonvulsivantes

Exámenes complementarios urgentes

- Dieta líquida
- Cloruro de sodio al 9% x1000 cc más sulfato de magnesio al 20% (5 ampollas) – chorrear 400 cc luego a 30 g/min
- Nifedipino 10 mg VO stat

- Metildopa 1 gramo VO cada 12 horas
- Monitoreo materno fetal estricto
- Dexametasona 6 mg intramuscular c/12 hrs x 4 dosis
- Sonda Foley permeable con bolsa colectora
- Reevaluación con resultados

26/julio/2017 17:20hrs

Paciente es llevada a hospitalización Gineco obstetricia, pendiente resultados de laboratorio.

Se inicia monitoreo materno fetal:

HORA	PA	FC	FCF	MF
17:30 hrs.	146/86 mmHg	84 x min	155 x min	++
18:00 hrs.	140/80 mmHg	80 x min	150 x min	++
18:30 hrs.	138/ 82 mmHg	76 x min	146 x min	++
19:00 hrs.	143/83 mmHg	86 x min	150 x min	++

e) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

26/Julio/2017 18:40hrs

Se reciben resultados de laboratorio.

HEMOGRAMA COMPLETO	
Hemoglobina: 11.6 g/dl	Hematíes : 3,960.000 x mm ³

Hematocrito: 36 %			Leucocitos: 14,100 x mm ³			
Neutrófilos	Abastondados	Segmentados	Eosinófilos	Basófilos	Monocitos	Linfocitos
83	2	81	0	0	4	13

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL.

PERFIL DE COAGULACIÓN	
Tiempo de Coagulación: 9min 00seg (Met. Lee White) V.N. 5 – 15 minutos	
Tiempo de Sangría: 3min 00seg (Met. De Duke) V.N. 1 – 3 minutos	
Recuento de Plaquetas: 215.000 plaq/mm ³ V.N. 150,000 a 400,000 plaq/mm ³	

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL. V.N.= VALORES NORMALES.

PERFIL HEPÁTICO	
DOSAJE DE TRANSAMINASAS	
TGO: 196 U/I	V.N. Hasta 38 U/I
TGP: 175 U/I	V.N. Hasta 41 U/I
DOSAJE DE BILIRRUBINAS	
Bilirrubinas Totales: 3.3 mg/dl V.N. 0.3 – 1.2 mg/dl	
Bilirrubina Directa: 1.8 mg/dl V.N. > a 0.2 mg/dl	
Bilirrubina Indirecta: 1.5 mg/dl	

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL. V.N.= VALORES NORMALES.

DOSAJE DE PROTEINAS	
Proteínas Totales: 6.8 g/dl V.N. 6.1 – 7.9 g/dl	
Albúmina: 4 g/dl V.N. 3.5 – 4.8 g/dl	

Relación A/G: 1.4	V.N. 1.2 -2.2
-------------------	---------------

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL. V.N.= VALORES NORMALES.

DOSAJE EN SANGRE DE:	
Urea: 15 mg/dl	V.N. 13 – 43 mg/dl
Creatinina: 0.7 mg/dl	V.N. 0.6 – 1.3 mg/dl
Fosfatasa Alcalina: 212 UI/l	V.N. 65 – 300 U/l

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL. V.N.= VALORES NORMALES.

EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
Examen Físico	Examen Bioquímico	Examen de Sedimento
Densidad: 1,030	Hemoglobina: Positivo (3+)	Leucocitos: 55-60 Luec/c
Color: Amarillo pajizo	Urobilinogeno: Negativo	Hematíes: >100 Hem/c
Aspecto: Turbio	Bilirrubina: Negativo	Cels. Epitel.: >100 Cel/c
pH: Acido (6)	Proteínas: Positivo (3+)	Cristales: Uratos amorfos (3+)
	Nitritos: Negativo	Cilindros: Granulosos de 1-3/ c
	Cetonas: Negativo	Piocytes: Positivos (3+)
	Ac. Ascórbico: Negativo	Gérmenes: Positivos (3+)
	Glucosa: Negativo	Otros

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL.

26/julio/2017 19:00hrs

Médico de guardia evalúa resultados de laboratorio y realizará la coordinación para la referencia urgente a un Hospital de mayor complejidad.

26/julio/2017 19:40hrs

Paciente es referida a un Hospital de mayor complejidad, con FCF: 150 x min, PA: 143/83mmHg.

26/julio/2017 21:20hrs.

Paciente llega al Hospital II-2, es ingresada por el servicio de emergencia, donde le toman sus funciones vitales.

PA	FC	FR	T°	PESO
125/80mmHg	81 x minuto	22 x minuto	36.8 °C	55 kg.

Luego de eso es llevada al tópico de Gineco-obstetricia para ser evaluada por el Gineco-obstetra de turno.

Redactan la historia clínica.

ANAMNESIS

- Nombres y apellidos: NN
- Edad: 33 años
- Género: femenino
- Fecha de nacimiento: 11 de noviembre de 1982
- Procedencia: Huata

- Síntoma principal: dolor abdominal
- Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: un día, Forma de inicio: Insidiosa, Curso: progresiva

Paciente refiere dolor abdominal, niega náuseas y vómitos, no cefalea, no escotomas, niega pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal, no pérdida de tapón mucoso.

Funciones biológicas: conservadas

Antecedentes obstétricos:

MAC: no PAP: no

FUR: 01/01/2017 FPP: 08/10/2017

EG: 29 semanas G3P2002

Antecedentes personales:

Niega enfermedad crónica, niega intervenciones quirúrgicas, niega alergia a medicamentos.

EXAMEN FÍSICO

Inspección general: paciente LOTEPE, AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente.

Cabeza: normocéfalo, no masas

Cuello: móvil, simétrico, no lesiones

Tejido celular subcutáneo: no edemas en miembros inferiores

Tórax: simétrico, no lesiones, no masas

Pulmones: BPMV en ACP, no ruidos agregados

Corazón: RCRR, no soplos, pulsos periféricos palpables

Abdomen: ocupado por útero grávido

AU: 25 cm

FCF: 135 x minuto

SPP: LCD

Genitales externos: tacto vaginal diferido

Neurológico: paciente despierta, OTEP

DIAGNÓSTICOS:

- 1. Gestante de 29 semanas por FUR**
- 2. PREECLAMPSIA SEVERA**
- 3. SINDROME HELLP**

PLAN: SOP

Órdenes:

- NPO
- NaCl 9% x 1000cc a 45 gotas x min
- Cefazolina 2 grs EV pre SOP
- Alfametildopa 1 gr c/12 horas
- Nifedipino 10 mg si la presión arterial 160/100 mmHg
- Sonda Foley permeable
- Se solicitan exámenes laboratorio

26/julio/2017 22:50hrs.

Paciente ingresa a sala de operaciones, pendiente resultados de laboratorio.

26/julio/2017 23:50hrs.

Paciente post operada sale de sala de operaciones, inicia controles durante dos horas.

Recién nacido masculino, peso 1120 grs, talla 36 cm, APGAR: “6” al minuto y “8” a los 5 minutos, edad por examen físico: 30 semanas, pequeño para EG, complicaciones: síndrome de dificultad respiratoria descartar enfermedad de membrana hialina más sepsis por infección de tracto urinario materna.

26/julio/2017 23:51hrs

Órdenes post operatorios

- NPO
- NaCl 9% x 1000cc más 30 UI oxitocina a 55 gotas x min
- Metamizol 2 grs EV cada 8 hrs
- Alfametildopa 1 gr c/12 horas
- Nifedipino 10 mg condicional a presión arterial 160/100 mmHg
- Clindamicina 600 mg EV cada 8 hrs
- Amikacina 1 gr EV cada 24 hrs
- Omeprazol 10 mg EV cada 12 hrs
- Sonda Foley permeable
- Interconsulta a UCI – trauma shock

- Posibilidad de referencia Hospital de mayor complejidad

26/julio/2017 23:55hrs.

Llegan resultados de laboratorio, médico de guardia evalúa.

HEMATOLOGÍA	
Hemoglobina: 12.80 g/dl	Hematocrito: 40%
Gs: "A"	Rh: Positivo
Plaquetas: 174,000 / mm³	
Glucosa: 108g/dl	
Urea: 17mg/dl	Creatinina: 0.53mg/dl
TGO: 2535 U/I	
Bilirrubinas Totales: 5.12 mg/dl	
Bilirrubina Directa: 1.10 mg/dl	
Bilirrubina Indirecta: 4.02 mg/dl	

FUENTE: LABORATORIO DEL HOSPITAL.

27/julio/2017 00:15hrs.

Medico Gíneco-obstetra realiza la interconsulta a la unidad de trauma shock.

Paciente mujer de 33 años con diagnósticos:

- POI cesárea por preeclampsia severa: síndrome HELLP
- Hematoma de pared abdominal

Se solicita evaluación y manejo por la especialidad.

27/julio/2017 00:20hrs.

Unidad de Trauma Shock

Paciente mujer de 33 años, con diagnósticos:

- Síndrome de HELLP severa
- PO cesárea
- Hematoma de pared abdominal

Paciente en mal estado general, mal pronóstico, actualmente no contamos con camas disponibles en UCI. Se sugiere referencia a Hospital IV nivel.

Motivo por el cual realizan una **JUNTA MÉDICA**

Nombre: NN

Paciente mujer de 33 años PO por cesárea con diagnóstico de síndrome de HELLP debridación de hematoma de pared abdominal, con exámenes auxiliares TGO: 2535 g/dl, plaquetas: 175, 000 /mm³, paciente con mal pronóstico, no se cuenta con camas disponibles en UCI, se decide referencia a Hospital de mayor complejidad.

En la actualidad la paciente se encuentra con vida, pero su bebe falleció a pocos días de nacido, la paciente se encuentra bien concientizada por el riesgo de un nuevo embarazo, motivo por el cual es usuaria de oral combinado, método anticonceptivo elegido por ella.

CAPÍTULO III

3.1. CONCLUSIONES

- En el presente caso clínico se pudieron identificar los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, como la edad de la madre y el antecedente de hipertensión gestacional en su segundo embarazo; además la edad gestacional en la cual se presenta la preeclampsia es también un factor de riesgo.
- El manejo de la preeclampsia estuvo acorde con la guía clínica del MINSA, Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva, por la edad gestacional en la cual se presentó la preeclampsia, se estabilizó a la gestante y se refirió a un Establecimiento de Salud de Mayor complejidad para la continuación del manejo.

3.2. RECOMENDACIONES

- Es indispensable que el obstetra realice una buena atención prenatal, en busca de factores de riesgo, no solo para preeclampsia, sino también para todas las patologías que pudieran presentarse en el embarazo; es sabido que no todos los Establecimientos de Salud cuentan con un obstetra, por ello se debe capacitar a todo personal de salud que realice atenciones prenatales (médicos, técnicos de enfermería).
- Frente a cualquier emergencia obstétrica se debe tener en cuenta las guías o protocolos del MINSA que están vigentes, porque en un proceso legal o judicial serán las únicas que nos amparen. Aunque en la actualidad tenemos obstetras especialistas, no se nos permite actuar como se debería en casos como la preeclampsia severa, por ello es urgente que se establezcan guías clínicas donde se incluya al obstetra para el diagnóstico y manejo de esta terrible enfermedad; pudiendo implementarse la emergencia obstétrica a nivel nacional.
- Cuando se diagnostique una patología, se debe vigilar estrictamente los síntomas o signos premonitorios que indiquen la evolución de la patología, para evitar la muerte materna y perinatal.
- Las gestantes con condiciones de riesgo serán minuciosamente evaluadas durante su atención prenatal, con el fin de reconocer oportunamente los signos y síntomas de las enfermedades que pueden desarrollar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guevara E. y Meza L. Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 10 marzo 2017];60(4):385. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>.
2. Camacho L. y Berzaín M. Una Mirada Clínica al Diagnóstico de Preeclampsia. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2015 [citado 10 marzo 2017];18(1):50. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1_a10.pdf
3. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 15 marzo 2017];60(4):310. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400007&script=sci_arttext.
4. Cruz J., Hernández P., Yanes M. e Isla A. Factores de riesgo de preeclampsia: Enfoque Inmunoendocrino. Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 [citado 23 marzo 2017];23(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
5. Villanueva L. y Collado S. Conceptos actuales sobre la preeclampsia – eclampsia. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2007 [citado 9 abril 2017];50(2):57. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un072b.pdf>
6. Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015. Bol. Epidemiol. (Lima) [Internet]. 2016;25(4):70. [citado 22

abril 2017]. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.

7. Garcés W., Clavel Y., Bandera E. y Fayat Y. Factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia - eclampsia. Rev 16 de abril [Internet]. 2014 [citado 6 mayo 2017];53(254):17. Disponible en:
http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/26/pdf_10.
8. García V., Echavarría L., Ardila R. y Gutiérrez J. Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa. Rev Chil Obstet Gineco [Internet]. 2014 [citado 14 mayo 2017];79(1):9. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/261569230_Hallazgos_clinicos_y_de_laboratorio_que_sugieren_tempranamente_el_sindrome_de_HELLP_en_pacientes_con_preeclampsia_severa
9. García R., Llera A., Pacheco A., Delgado M. y González A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 20 mayo 2017];38(4):467. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin04412.pdf>.
10. Núñez D. Factores de riesgo preconceptionales y emergentes en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el HPDA período enero-noviembre del 2011 [Tesis para optar el título de Médico]. Ambato – Ecuador: Universidad Técnica de Ambato – Facultad de Ciencias de la Salud – Carrera de Medicina; 2012.

11. Morgan-Ortiz F., Calderón-Lara S., Martínez-Félix J., Gonzáles-Beltrán A. y Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2010 [citado 30 mayo 2017];78(3):153. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>.
12. Cabeza J. Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana 2013 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego – Facultad de Medicina Humana; 2014.
13. Casana, G. Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego – Facultad de Medicina Humana; 2014.
14. Pacheco-Romero J., Villacorta A., Del Carpio L., Velásquez E. y Acosta A. Repercusión de la Preeclampsia/Eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 2 junio 2017];60(4):279. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a03v60n4.pdf>.
15. Sánchez-Carrillo H., Romero-Ramírez L., Rázuri-Ruggel A., Díaz-Vélez C. y Torres-Anaya V. Factores de riesgo de la preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de 2006 a abril 2010. Revista del Cuerpo Médico – Hospital Nacional Almanzor Aguinada Asenjo [Internet]. 2011 [citado 2 junio 2017];4(1):12. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v4-n1-2011/v4-n1-2011-full.pdf>.

16. Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2011 [citado 13 junio 2017];15(2):97. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516005.pdf>
17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. [Internet]. Washington: Practice Guideline. 2013 [citado 13 junio 2017]. Disponible en:
<https://www.acog.org/~media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Reports/public/HypertensioninPregnancy.pdf>.
18. Delgado J. y López R. La Morbilidad Materna Extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna [Internet]. Cuba: Molinos Trade S.A.; 2012. [citado 13 junio 2017]. Capítulo IV. Morbilidad materna extremadamente grave por trastornos hipertensivos durante el embarazo. Su prevención. Disponible en:
https://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf.
19. Organización Mundial de Salud (OMS). Mortalidad materna - Nota descriptiva - Septiembre de 2016 [Internet]. Ginebra – Suiza: 2016. [citado 13 junio 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
20. Organización Mundial de Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. Ginebra – Suiza: Organización Mundial de Salud; 2014. [citado 13 junio 2017]. Disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/es/.

21. Heredia I. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2010 a diciembre 2014 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego – Facultad de Medicina Humana; 2015.
22. Quintana N., Rey D., Tamara G. y Antonelli C. Preeclampsia. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2003 [citado 13 junio 2017];133:17-18. Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm>
23. Pacheco J. Preeclampsia/Eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Med Per [Internet]. 2006 [citado 20 junio 2017];23(2):103. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>.
24. Lagos A., Arriagada J. e Iglesias J. Fisiopatología de la Preeclampsia. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse [Internet]. 2013 [citado 20 junio 2017];8(3):158. Disponible en: www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/681/0413.pdf
25. Pacheco J. (ed.). Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2ª Edición. Lima, Perú: Editorial REP SAC; 2007.
26. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima – Perú: MINSA; 2007.

27. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J., Gilstrap L. y Wenstrom K.
Obstetricia de Williams. 22^a Edición. México: McGraw-Hill
Interamericana; 2006.