



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“MUERTE MATERNA POR PREECLAMPSIA SEVERA, EN UN
HOSPITAL III-1, LIMA 2019”**

Presentado por

Gianina Emperatriz Guevara Durand

ASESOR

Dra. Giovanini María Martínez Asmad

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

MOQUEGUA - PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DEL JURADO.....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
RESUMEN.....	v

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO.....	2

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO.....	11
2.1 Objetivos.....	11
General:	11
Específicos:	11
2.2 SUCESOS RELEVANTES.....	11
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Antecedentes Obstétricos.....	12
Tabla N° 02. Descripción de Controles prenatales	14
Tabla N° 03. Descripción de Exámenes de laboratorio.....	26
Tabla N° 04. Descripción de Exámenes de laboratorio.....	26
Tabla N° 05. Descripción de Exámenes de laboratorio.....	26
Tabla N° 06. Descripción de Exámenes de laboratorio.....	27

RESUMEN

Se expone el caso clínico de una paciente de 24 años, multigesta que cursa su cuarto embarazo, tuvo 6 controles prenatales, los cuales iniciaron tardíamente a las 16 semanas, y que solo contó con una ecografía de control, dentro de los componentes de peligro se menciona el tiempo intergenésico corto y la falta de instrucción; en el último control prenatal con 34 semanas se le realizó una prueba de ácido sulfosalicílico resultando 3 cruces sin ningún otro signo o síntoma agregado que pudiera hacer sospechar de hipertensión inducida por el embarazo, por lo tanto se le indica que debe acudir al hospital, indicación que no se cumple.

Transcurridas las horas, la gestante presenta cefalea, epigastralgia y visión borrosa; por lo cual acude al hospital, siendo diagnóstica como gestante de 34 semanas 4 días y preeclampsia severa por lo cual se indica maduración pulmonar, terapia antihipertensiva y culminar el embarazo por cesárea; sin embargo, esta tuvo su ejecución cerca de 4 horas después de la indicación, ante un sufrimiento fetal por desprendimiento de placenta. Se realiza la cesárea de emergencia obteniéndose un recién nacido vivo, en el puerperio continuaba con presión inestable y con los exámenes de laboratorio se agregó el diagnóstico de Síndrome de Hellp, complicando más el cuadro; la puérpera presentó un paro cardiorrespiratorio durante su llega a unidad de cuidados intensivos; Pese a la poli transfusión y a los esfuerzos terapéuticos del equipo de salud la paciente fallece con falla multisistémica; dejando nuevas evidencias de las faltas de sensibilización sobre los signos de alarma en la gestación y el seguimiento cercano de los signos que pueden indicar un trastorno hipertensivo en el embarazo que en este caso llegó hasta una muerte materna.

Palabras claves: Muerte materna, preeclampsia severa, síndrome de Hellp.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización mundial de la salud (OMS) considera que diariamente fallecen cerca de 830 gestantes por motivos vinculados al parto y puerperio que tienen origen multifactorial. (1,2) En su análisis del cumplimiento de los objetivos del milenio arrojó una razón de defunción materna mundial de 216 por cada 100 000 nv. En regiones desarrolladas 12 por cada 100 000 nacidos vivos, en América Latina y el Caribe es de 67 por cada 100 000 nv. Y específicamente de nuestro país de 68 por 100 000 nv, incumpliendo con el requisito de disminuir los decesos maternos en un 75%, llegando solo al 72,9%.(3)

En el **orbe** los primordiales motivos de muerte materna directa son hemorragia (27.1%), hipertensión (14%), sepsis (10.7%), aborto (7.9%) y otras causas (12.8%); mientras que las muertes indirectas 27.5%, siendo en América Latina: hemorragia (23.1%), hipertensión (22.0%), aborto (9.9%), sepsis (8.3%) y otras causas (14.8%) evidenciándose que el aborto en América latina sube a un tercer puesto con respecto al mundo.(4)

En el país principalmente los motivos de defunción materna directa son: hemorragias (36.5%), trastornos hipertensivos, siendo la preeclampsia severa el trastorno con mayor frecuencia (31.5%) y sepsis (21.5%).(5)

En el presente estudio se expondrá una muerte materna a causa de un trastorno hipertensivo durante la gestación, los trastornos hipertensivos aumentan de manera considerable la morbimortalidad materna con riesgos como cesárea, desprendimiento placentario, rotura hepática, falla renal, muerte, entre otros; y morbilidad fetal pudiendo ser prematuridad y óbito fetal.(6,7)

Todo profesional que participe en la atención materna debe conocer esta patología, el conocimiento sobre sus factores de riesgo, diagnóstico, criterios de severidad, manejo y terapéutica según guía del Minsa: Clave azul (8), apoyaran notablemente en la disminución del deceso materno.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Los casos de preeclampsia y/o trastornos hipertensivos en la gestación se han vuelto parte del diario vivir dentro de los establecimientos de salud, sobre todo de aquellos con mayor capacidad resolutive; convirtiéndose en una dificultad de salud pública para el orbe y para nuestro país, ya que es causa de muerte materna y afecta alrededor del 3 – 10% de gestantes.(6)

Tener evidencias sobre muerte materna con origen en un trastorno hipertensivo puede servir para mostrar diversos errores en el manejo y que estos sirvan de ejemplo para que no vuelvan a repetirse y de esta manera disminuir la morbimortalidad materna por los trastornos hipertensivos en nuestro país, consiguiendo así que madres y niños puedan gozar de una mejor salud.

Por esto, tener competencias sobre cómo enfrentar y/o reconocer estas patologías debe ser preocupación de todo profesional de la salud materna. Además, es importante considerar el modelo de las 3 demoras, causa social del deceso materno. Permite ver: Demoras en la decisión de buscar atención, demoras en obtener la atención y demoras para ser atendido al llegar al hospital. (9)

Se desarrolla el caso clínico teniendo como propósito analizar factores de riesgo, diagnóstico oportuno y manejo de un caso de preeclampsia severa que terminó en muerte materna en un Hospital III-1, Lima 2019”

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes de Investigación

Internacionales

Bekir K, et al. (2017) En su investigación titulada “La mortalidad materna debida a alteraciones hipertensivas en el embarazo, parto y puerperio entre 2012 y 2015 en Turquía: un estudio nacional” ejecutaron un estudio retrospectivo en el cual verificaron las HC de todas las muertes maternas. Se identificaron 812 muertes

maternas de las cuales 15,5% correspondió a trastornos hipertensivos siendo la 2da razón de fallecimiento materno. Existió un 48.4% de incidencias de preeclampsia grave, 31% casos de eclampsia, 9.5% de síndrome de Hellp. La edad promedio fue de 32 años, la muerte se presentó mayormente en el puerperio. Como importante motivo de deceso, la hemorragia intracraneal en un 41,3%. Se determinó un primer y/o tercer retraso en un 36.5% de los casos. Concluyeron que educar a las mujeres y mejorar la gestión en estos casos disminuirá la muerte materna.(10)

Kongwattanakul K, et al. (2018) En su estudio “Incidencia, características, complicaciones maternas y resultados perinatales asociados con la preeclampsia con características graves y síndrome de Hellp” ejecutaron un estudio descriptivo, retrospectivo durante el periodo 2012-2016 mediante la revisión de historias clínicas. Hubo un total de 11 199 partos y 213 grávidas con preeclampsia. Entre los resultados 15.5% cursaban los 35 años o más, 49.8% nulíparas, 11.1% obesas, 5.2% historia de preeclampsia en gestación previa y 22.6% tenían antecedente familiar de hipertensión de primer grado. Por otro lado; la incidencia de preeclampsia fue 19.2 por 1000 partos; 50.2% tuvieron diagnóstico de preeclampsia sin severidad; 42.3% preeclampsia severa; 7.5% síndrome de Hellp; el 65.3% se sometieron a cesárea primaria, 16% poseían un estado fetal no tranquilizador durante el intraparto. Dentro de las gestantes con preeclampsia grave 15.6% no tuvo proteinuria, 9% tuvo insuficiencia renal aguda, 3.3% insuficiencia hepática y 2.2% trastornos cerebrales o visuales.(11)

Ndoni E, et al. (2016) En su estudio titulado “Evaluación de las complicaciones maternas en la preeclampsia grave en un hospital universitario de Tirana”.

Ejecutaron un análisis retrospectivo transversal, de casos y controles, con revisión de historias clínicas. El periodo de estudio fue del 2009 a 2013 dándose 21 795 partos, existieron 1274 casos diagnosticados con trastornos hipertensivos, 743 de preeclampsia, 154 casos de preeclampsia grave. Entre los hallazgos se evidencia que en las grávidas con preeclampsia severa existen tasas elevadas de complicaciones comparadas con el grupo de preeclampsia, eclampsia (1.5 vs 7.1%), Síndrome de Hellp (2.4% vs 11.0%), accidente cerebrovascular (0.5% vs 1.9%), edema pulmonar (0.25% vs 1.3%), insuficiencia renal (0.9% vs 2.6%), ingreso a UCI (19.5% vs 71.4%), tasas de cesárea (55.5% vs 77%), desprendimiento de placenta (4.3% vs 7.8%) y hemorragia post parto severa (3.2% vs 3.9%). Llegando a la conclusión de que la preeclampsia severa se asocia con altas tasas de morbilidad.(12)

Nacionales

Pacheco J, et al. (2014) Investigaron la “Repercusión de la preeclampsia/ eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000 – 2006” ejecutaron un análisis observacional, asociativo, analizaron los historiales clínicos de 28 hospitales del Minsa. Se incluyeron 310 795 embarazadas y 314 078 neonatos. Entre los resultados: el 94,9% de las gestantes no tuvo preeclampsia mientras que el 5,1% tuvo preeclampsia; de estas, el 4.8% tuvo preeclampsia leve o severa y el 0.24% eclampsia, aquellas grávidas con 35 años o más tuvo más riesgo de padecer de preeclampsia, pero no de eclampsia. Para las grávidas el desprendimiento placentario ocurre 4,73 veces en la preeclampsia y 9,66 veces más en la eclampsia, el término de la gestación fue por cesárea más de dos y tres veces en la preeclampsia

y eclampsia respectivamente. De todo el universo de gestantes fallecieron 0,7%; de ellas 0.7% sin preeclampsia, 0,7% con preeclampsia y 1% con eclampsia.(13)

Payajo J. (2016) En su estudio denominado “Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Sergio Bernaldes el año 2014” llevó a cabo una investigación descriptiva, observacional, transversal, retrospectiva, serie de casos; su metodología consistió en la revisión de historiales médicos, siendo la muestra 79 historiales. Entre los resultados se determinó que la morbilidad materna extrema se dio en 1.33% de embarazadas, hallando relación con la edad de la madre entre 18 y 35 años, nivel secundario, convivientes, paridad >1, falta de CPN, periodo intergenésico corto, embarazos culminados en abortos y cesáreas. Como principales causas de morbilidad externa fueron las patologías hipertensivas y el aborto en un 43.0%. Existió falla multiorgánica en un 26,83%, transfusiones en 39,02% y trastornos de la coagulación 24,39%.(14)

Flores M. (2015) En su estudio denominado “Factores de riesgo materno de preeclampsia en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital regional de Loreto el año 2014” diseñó un estudio tipo caso control teniendo como muestra a 135 embarazadas con preeclampsia y 272 embarazadas sin patología. Resultados: Edad promedio 25.1 años, la preeclampsia con criterios de severidad se presentó en 88.9%, con respecto al estado civil se halló que ser madre sola aumenta 2,4 veces el peligro de sufrir preeclampsia; la procedencia urbano-marginal y zona rural presentaron 3.8 y 1.8 veces más riesgo de padecer preeclampsia respectivamente;

asimismo las nulíparas tuvieron 1.74 veces más riesgo y el número de controles prenatales no tuvo relación alguna, y por último el tener historia de familiar con preeclampsia aumenta el peligro de padecer preeclampsia. Concluyó que existen elementos de riesgo materno vinculados a preeclampsia.(15)

1.3.2. BASES TEÓRICAS

Muerte Materna

a. **Muerte materna directa:** Deceso materno por dificultades obstétricas de la gestación, labor de parto o puerperio, además como resultado de intervenciones, omisiones, terapéutica incorrecta. Ejemplo: Fallecimiento materno por exanguinación posterior a rotura uterina.(2)

b. **Muerte materna indirecta.** Muerte de la mujer no vinculada directamente a un motivo obstétrico. Deceso resultado de una patología anterior o de aquella que se produce en el periodo de gestación, trabajo de parto o puerperio, la misma que se agrava por la adaptación fisiológica de la madre durante el embarazo. Ejemplo: Deceso materno por la gravedad de la estenosis de válvula mitral.(2)

. Causas de mortalidad materna: Las complicaciones que ocasionan 75% de los fallecimientos maternos son: Hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones en el parto y abortos peligrosos. Siendo las alteraciones hipertensivas de la gestación, motivo principal de deceso materno y fetal en América Latina y el Caribe. (1,16)

1.3.3. PREECLAMPSIA

Definición:

Enfermedad hipertensiva exclusiva de la gravidez. Regularmente tiene su aparición luego de las 20 semanas de embarazo. Se define como la existencia de hipertensión asociado a proteinuria de reciente aparición.(17–19) La proteinuria gestacional aislada representa un signo temprano de preeclampsia.(20)

Su etiología se explica por disfunción en la fisiología de las células endoteliales de las arterias espirales del útero, ocasionando alteración en la invasión del citotrofoblasto en estas arterias; alterando la placentación produciendo el síndrome isquémico en el tejido placentario.(2,7)

Incidencia: Representa la 2da causa de fallecimiento materno en el país.

Responsable del 10% de decesos perinatales y el 15% de cesáreas.(21)

Factores de riesgo

Antecedente de hipertensión en gestación previa, edad < a 20 y > de 35 años, raza negra, nuliparidad, periodo intergenésico extenso, embarazo gemelar, obesidad, hipertensión crónica, diabetes mellitus, historia familiar de hipertensión.(2,21)

Índice de masa corporal elevado antes de la gestación, incremento de peso con la gestación.(8) Hiperlipidemias, antecedente de enfermedad renal, nueva pareja sexual, control prenatal inadecuado, haber tenido un neonato PEG.(19)

En mujeres con inicio de proteinuria después de 33 semanas, la presión arterial fue mayor en embarazo temprano y al final del embarazo.(22)

Diagnóstico:

Se da ante la presencia de una presión sanguínea > o igual a 140mmHg sistólica y

> o igual a 90 mm Hg diastólica en 2 momentos mínimo 4 horas aparte, después de 20 semanas de embarazo en gestantes con presión arterial previa normal. O ante una presión sanguínea > que o igual a 160 mm Hg sistólica y > que o igual a 110 mm Hg diastólica, esta será confirmada en poco tiempo para permitir la terapéutica.(17)

Esta hipertensión deberá estar asociada a proteinuria y en ausencia de esta con la aparición de trombocitopenia, insuficiencia renal evidenciado con concentraciones séricas de creatinina mayor que 1,1 mg / dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra patología renal, asimismo, función hepática alterada observado por una concentración elevada en sangre de las transaminasas hepáticas a 2 veces la concentración normal, edema pulmonar cerebral y alteraciones visuales.(17)

Manejo

Objetivos terapéuticos:(19)

Estabilizar la presión arterial, evitar las convulsiones y/o su repetición, mejorar el volumen intravascular, conservar una oxigenación arterial óptima, identificar e iniciar tratamiento precoz de las posibles complicaciones y finalizar el embarazo.

Ante preeclampsia leve:

- Monitoreo materno: Cuantificación de Presión Arterial (P.A), peso, proteinuria y diuresis, solicitud de exámenes (urea, creatinina, perfil de coagulación, TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y HDL)
- Monitoreo fetal: Vigilancia de movimientos fetales, NST cada 48 horas, ultrasonido y Perfil Biofísico (PB) cada semana.

- Hospitalizar si no se controla óptimamente en casa y si es lejana la vivienda tener en cuenta las casas de espera.
- En hospitalización realizar cada 4 horas determinación de funciones vitales (FV) y obstétricas en hoja aparte, peso y proteinuria diaria, vigilancia movimiento fetales, NST cada 48 horas, ultrasonido y PB cada semana.

Ante preeclampsia severa:(21)

- Instalar 2 vías IV fijas: la primera con ClNa 9% a 40 gotas por minuto, la segunda con 10g de sulfato de magnesio diluidos en 1 litro de ClNa 9%, pasar 400 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- La aplicación del sulfato de magnesio requiere la monitorización estricta de la frecuencia respiratoria, reflejos rotulianos y diuresis materna. Ante sobredosis de sulfato de magnesio evidenciable con los signos como oliguria, hiporreflexia y paro respiratorio; administrar Gluconato de calcio al 10% IV diluido en 20cc.
- Indicar Abetalol 200mgvo c/8hrs de 1ra elección, si no 1g de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- De ser la presión sistólica y/o diastólica se incrementa en 30mmHg en comparación con la PA inicial, o la PA es > a 160/110mmHg, administrar Nifedipino 10mg vía oral, se puede volver a administrar en 30 minutos.
- Monitorizar la diuresis con bolsa colectora y sonda Foley, dar oxígeno con cánula binasal a 3L/min, monitoreo obstétrico estricto.

Complicaciones maternas:

Entre las complicaciones maternas se señalan: Eclampsia, síndrome de Hellp, rotura o hematoma hepático, insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar agudo,

insuficiencia renal, DPP, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de retina, daño cerebrovascular y muerte materna.(2,10,17,23)

Complicaciones fetales:

Entre las complicaciones fetales se describen: restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia, acidosis prematuridad, deceso del feto, secuelas neurológicas graves.(23)

Síndrome de Hellp

Complicación de la preeclampsia severa que se identifica cuando existe:(2,17)

- Anemia hemolítica microangiopática: evidenciada por cambios en el frotis sanguíneo (esquistocitos, hiperbilirrubinemia $\geq 1,2$ mg/dl a predominio indirecto, HDL ≥ 600 UI/L
- Aumento de las enzimas hepáticas: Aspartato aminotransferasa (TGO) ≥ 70 UI/L, TGP ≥ 50
- Plaquetopenia: conteo plaquetario menor de $100\ 000/\text{mm}^3$

Ante la falta de alguno de estos se denomina síndrome de Hellp incompleto.

El deceso por HELLP es de 2-3%, elevándose a 59%-62% cuando se produce un hematoma subcapsular hepático. Siendo muy importante el diagnóstico oportuno para un tratamiento adecuado.(24)

CAPÍTULO II CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos

General:

- Analizar factores de riesgo, diagnóstico oportuno y manejo de un caso de Preeclampsia severa que terminó en muerte materna en un Hospital III-1, Lima 2019”

Específicos:

- Identificar los factores de riesgo para Preeclampsia severa que terminó en muerte materna en un Hospital III-1, Lima 2019.
- Evaluar si el diagnóstico fue oportuno para Preeclampsia severa que terminó en muerte materna en un Hospital III-1, Lima 2019.
- Evaluar si el manejo dado estuvo acorde a las guías de práctica clínica para Preeclampsia severa, que terminó en muerte materna un Hospital III-1, Lima 2019.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Anamnesis: Indirecta (brindada por suegra y esposo)

- Sexo : Femenino
- Edad : 24 años de edad
- Procedencia : Comas
- Lugar de Nacimiento : Junín

- Grado de instrucción : Primaria Completa
 - Estado civil : Conviviente
- :
- Ocupación : Ama de casa
 - Fecha de ingreso : 16 /03/19
 - Fecha de última regla : 13/07/2018
 - Acompañante : David Huamaní (Espos)
- Antecedentes personales patológicos : Niega
- Antecedentes Familiares Patológicos : Niega
- Antecedentes GO.
- Menarquia : 14 años
 - Régimen Catamenial : 4 – 5 / 28 días
 - Andria : 01
- Inicio de relaciones sexuales : 17 Años
 - PAP : Negativo
 - Mac previo : Ninguno

Tabla N°01
Antecedentes Obstétricos

	Año	CPN	EG	Parto	Sexo	Peso	Apgar	Complicaciones	EE.SS
1	2013	SI	40	PV	F	3500	Lloró	NO	SI
2	2014	SI	40	PV	M	3200	Lloró	NO	SI
3	2017	SI	40	PV	F	2200	Lloró	NO	SI
4	Actual								

Fuente: Historia clínica - Wawared

Gestación Actual:

- Ecografías : 1 alas 14ss 4 días
- CPN otra institución : SI, 6 CPN en CS AÑO NUEVO

Hábitos Nocivos : Niega

Funciones biológicas:

Apetito : Conservado
Sed : Conservado
Sueño : Aumentado
Deposiciones : 1 deposición
Orina : 4/d

Examen Clínico:

- Peso: 64.5 k
 - Ganancia ponderal :13.5 kg
 - Talla : 1.46 m
 - Estado Nutricional : Eutrófico
 - IMC : 24.39 kg/m²
- PA: 160 /110 mm Hg P: 80 x' T: 36.5°C R:20 x'
- Cabeza : Normocéfalo
 - Cuello : No masas palpables
 - Piel, mucosas : Hidratadas, llenado capilar <2''
 - Pulmones y Corazón : Murmullo vesicular pasa bien, no ruidos agregados, ruidos cardíacos de buena intensidad
 - Mamas : Blandas, simétricas, no dolorosas

- Abdomen : blando, depresible, doloroso en epigastrio AU (25cm), SPP(LCI), LCF: 120 – 130lpm, Tono: normal
 - DU : Ausente
 - Extremidades : No edemas, no várices.
 - Columna : Simétrica PPL (-)
 - Ginecológico : tacto vaginal, cérvix posterior sin cambios
- AP C-3, membranas íntegras, pelvis ginecoide.

Tabla N°02

Descripción de controles prenatales

Controles Prenatales	Atención 1	Atención 2	Atención 3	Atención 4	Atención 5	Atención 6
Fecha de atención	03/11/2018	17/12/2018	17/01/2019	16/02/2019	02/03/2019	15/03/2019
Edad gest	16 1/7 ss	22 ss	26 ss	31 1/7 ss	32 4/7 ss	35 ss
Peso madre	54.5	55.8	59	61	65	64.5
Temperatura	37.0°C	36.0°C	37°C	37°C	37.0°C	AF
Presión Arterial	100/60	90/60	100/60	100/70	100/60	110/80
Pulso materno	74	70	74	72	74	78
Altura uterina	11	21	23	27	27	27
Situación	NA	Indiferente	Oblicuo	L	L	L
Presentación	NA	Indiferente	Oblicuo	C	C	C
Posición	NA	Indiferente	Oblicuo	I	I	I
FCF	NA	131	142	142	142	147
Mov Fetales	NA	++	++	++	++	++
Proteinuria(Cuali)		NSH	Neg	NSH	NSH	+++
Edema	SE	SE	SE	SE	SE	+
Reflejo Osteotendinoso	++/++++	++/++++	++/++++	++/++++	++/++++	++/++++
Examen de pezón	F	F	F	F	F	F
Ad S Ferroso/Ac Fólico	SF1	SF2	SF3	SF4	-	SF5
Orient y Consej	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
PerfilBiofísico Ecografía	NA	NA	NA	NA	NA	NA
VisitaDomiciliaria	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Plan de Parto	03/11/2018	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Cita	03/12/2018	17/01/2019	16/02/2019	02/03/2019	16/03/2019	22/03/2019

Fuente: Carnet perinatal de Historia clínica.

Exámenes Auxiliares:

Ecografía N°1 (27/10/18)

- Gestación de 14 semanas 4días

Hemograma (23/02/19)

Leucocitos	: 7,580	Hemoglobina	: 11.5g/dl
Glucosa	: 72 mg/dl	VIH	: No reactivo
RPR	: No reactivo	HBsAg	: No reactivo

15/03/19

Test Ácido Sulfosalicílico : +++

Acude a control prenatal número 6 sin resultado de ácido sulfosalicílico, posteriormente lo presenta. Al examen no signos y/o síntomas de alarma.

PA: 110/80 mm Hg

Dx: Gestante de 34 semanas

Rp: se refiere a CS. Se indica que acuda a hospital ante signos y/o síntomas de alarma.

Atención por Emergencia 16/03/19 04:45 hrs HospitalIII-1

Paciente multigesta G4 P3003, ingresa a emergencia obstétrica refiere cefalea y epigastralgia y visión borrosa desde hace 6 horas.

Examen Físico: PA: 160/110 mm Hg T°: 36.5°C R: 20x' P: 80 x'

AU: 25 cm Tono: Normal Contracciones Uterinas: no

SPP: LCI LCF: 120 lpm a 130lpm

Cuello: cérvix posterior sin cambios AP: C – 3 Pelvis: Ginecoide

Ácido Sulfosalicílico: +++

Diagnóstico: 1. Gestante 34 semanas 4 días

2. Preeclampsia Severa

Plan: 1. Queda en Observación

Tratamiento:

1. NPO
2. ClNa 0.9 % 1000 cc vía ... I a chorro
3. ClNa 9 % 50 cc 4g } en 20 minutos
Sulfato de magnesio 5 amp20% } luego 1 g c/hora
4. Nifedipino 10 mg vía oral STAT, PRN PA \geq 160/110mmHg
5. Control de funciones vitales, control de PA c/15 minutos
6. Betametasona 12mg IM STAT
7. Control de diuresis, BHE
8. Control Obstétrico estricto, DU, FCF
9. I/C Cardiología, I/C Neonatología, I/C UCI

Nota: Sala de operaciones ocupado por paciente crítico

04:50 hrs.'

PA: 166/110 mm Hg P:100 x'

Paciente acude a la emergencia por presentar dolor de cabeza, niega otras molestias, mal estado general, LCF: 160x' PA: 180/100 mm Hg

Paciente ingresa por emergencia, mal estado general, somnolienta, no responde al llamado, refiere cefalea más epigastralgia.

Al examen: AREG, LOTEPE

Mamas: Blandas, no secretantes

Abdomen: ocupado por feto LCF: 131 lpm a 128lpm MF: ++ DU (-)

Dx:

- Gestante de 34 semanas
- Preeclampsia severa

5:40 hrs

Se informa a familiar que paciente ha llegado en un estado general muy malo, con presión elevada, cefalea permanente y epigastralgia, se explica que se le trata con protocolo de preeclampsia (presión arterial elevada en la gestación), enfermedad cerebro vascular (daño cerebral), RN prematuridad, distrés respiratorio en RN, enterocolitis necrotizante, hemorragia periventricular.

Se comunica al familiar que la conducta con la paciente es expectante de manejo quirúrgico.

07:35 hrs <Nota preoperatoria>

Paciente evaluada en tópicos de emergencia gineco obstétrica actualmente con trastorno de consciencia con infusión de sulfato de magnesio.

Al examen:

AU: 30cm SPP: LCD LCF: 90x' DU: ausente MF: ++

TV: diferido

Sonda Foley permeable, orina colúrica/hematúrica Neurológico: responde a estímulo doloroso, somnolienta.

Dx:

- Gestante de 34 semanas,

- Preeclampsia severa con disfunción neurológica y hepática,
- Sufrimiento Fetal Agudo por DPP.

Plan:

- Cesárea de emergencia

Nota: Pasa a sala de operaciones sin riesgo quirúrgico, se informa a médico anesthesiólogo de guardia. No se encuentra a jefe de guardia.

16/03/19 REPORTE OPERATORIO

Diagnóstico pre operatorio: Gestante 34 semanas, preeclampsia severa con disfunción neurológica y hepática, sufrimiento fetal agudo por DPP

Diagnóstico post operatorio: el mismo

Tipo de anestesia empleada: General

Hallazgos operatorios: RN vivo cefálico (Apgar 2-6-8), líquido amniótico claro, placenta fúndica posterior con signos de DPP $\pm 40\%$, útero pálido, sangrado intra operatorio en napa, abundante líquido libre en cavidad abdominal, sangrado total $\pm 1000\text{ml}$. Pasa a URPA

Incidencias: se pide I/C a UCI para transferencia

16/03/19 07:40hrs <Anestesiología>

Gestante de 24 años con dx. De preeclampsia severa y sufrimiento fetal agudo.

Paciente no responde al llamado, ventila espontáneamente Glasgow 10/15, no tiene pre quirúrgicos completos, no puede firmar consentimiento informado.

Al examen: PA: 110/60 mm Hg FC: 120x' Saturación O: 97%, sonda Foley con orina hematórica

Plan:

- Comunicar a familiar de ingreso a SOP, anestesia general

16/03/19 09:00hrs <Post SOP>

- NPO
 - Dextrosa 5% 1000 ml
 - NaCl 20% (1amp)
 - Oxitocina (30UI)
 - NaCl 9% 1000 ml
 - Oxitocina (30UI)
 - NaCl 9% 50 ml
 - SO₄Mg 20% (5 amp)
 - Ceftriaxona 2g EV c/24hrs
 - Clindamicina 600mg EV c/8hrs
 - Tramadol 100mg SC c/8hrs y PRN dolor
 - Nifedipino 10mg VO, PRN PA \geq 160/110 mm Hg
 - Sonda Foley permeable, BHE
 - Control de funciones vitales (Presión arterial en monitor permanente)
 - Control de sangrado vaginal
 - Masaje uterino frecuente
 - Misoprostol 600 mg transrectal STAT
 - I/CC UCI para pase a su servicio
 - S/S perfil de preeclampsia
- I. 45 gotas por minuto
- II. 45 gotas por minuto
- Endovenoso a 10ml/h por 24 hrs

- Pasa a URPA
- S/S Eco Abdomino pélvica

16/03/19 09:50 hrs <Anestesiología>

Paciente de 24 años con los siguientes problemas

Dx:

1. Post operada cesárea por preeclampsia severa, trastorno de coagulación, falla hepática

Paciente con TOT arreactiva al estímulo

Piel: palidez +++/++++, no edema en miembros superiores, edema +/- en miembros inferiores, Tórax: MV atraviesa bien ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, útero contraído, SNC: Glasgow 3/15

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, evolución tórpida, pronóstico reservado, evaluada por UCI el cual da pase a su servicio. Se informa a médico de guardia y ginecología.

S/S AGA, manejo vía aérea.

16/03/19 14:40hrs

PA: 99/77 mm Hg FC: 102 x' FR: 22 x' Saturación: 100%

Paciente actualmente evaluada en URPA por equipo de guardia en ventilación mecánica, con los siguientes problemas

1. Post operada de cesárea por preeclampsia severa con disfunción neurológica y hepática, daño hepático, daño neurológico, daño renal.

Al examen: mal estado general, hemodinámicamente estable al momento Piel:

llenado capilar menor de 2 segundos, frialdad distal, palidez marcada

Abdomen: distendido, tenso, poco depresible.

- Se realizó ecografía donde se evidenció líquido libre, se obtiene contenido con paracentesis.

Sonda foley permeable, orina colúrica, diuresis 200 cc en hrs

Plan:

- Pase a UCI

16/03/19 15 hrs NOTA DE INGRESO A UCI

Anamnesis: según registro de historia clínica paciente ingresa por emergencia con trastorno del sensorio, gestación de 34 semanas, hipertensa por lo que es ingresada a SOP, con analítica completamente alterada: TP, TTPA prolongados, TGO-TGP-DHL y BT incrementados en el post operatorio, y sin sedación presente. Evaluada por UCI se hace los trámites con jefes de guardia para liberar cama y facilitar ingreso a la unidad.

Durante traslado a la UCI presenta hipotensión sostenida, llegando a UCI **presenta paro cardio respiratorio**, se realiza maniobras de reanimación por 10 minutos, finalmente se reincorpora circulación espontánea luego de descarga de 100J.

En sala de operaciones transfundirán: 02 PG, 4PFC, 4 plaquetas.

PA: 109/50 mm Hg FC: 73x' FR:16x'

Arreactiva a estímulo nociceptivo, isocoria pupilar hiperreactivas. PAM 73, ruidos cardiacos rítmicos regulares no vasoespasmos. TOT +

Abdomen: distendido blando, paracentesis serohemática, ecografía realizada en recuperación no significativa. Orina: hematórica

Exámenes de laboratorio:

DHL:4.430 U/I TGO:1.894 U/I TGP:1.360 U/I FA:583 U/I

BT: 1.57 mg/dl Cr: 1.13 mg/dl Hb:11.6 g/dl Hto:34.6 %

Plaquetas: 156 000 x10³/ul Leucocitos:21,7 x10³/ul

Dx:

1. Síndrome post RCP, insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica, post operada CSTP por preeclampsia severa, síndrome de Hellp, trastorno de coagulación: DHA/hematoma, falla hepática, poli transfundida.

Rp:

1. NPO + SNG
2. NaCl 0.9% 1L...120cc/h
3. Poligelina 3.5%.... I-II-III stat
4. NaCl 0.9% I -II -III stat
5. Dextrosa 5%
Oxitocina 30UI } 80cc/h
NaCl 20% (1amp) }
6. NaCl 0.9% 500cc } Pasar en 24 hrs
SO₄Mg (5amp) }
7. FTH 1g/1000cc SF..10cc/h
8. Omeprazol 40mg e c/24 hrs
9. Antibioticoterapia:
 - a. Ceftriaxona 2g EVc/24hrs
 - b. Clindamicina 600mg EV c/8hrs

10. Transfundir 10 PFC, 02 PG, 05
11. Metoclopramida 10mg EV c/8hrs
12. Control glicémico
13. Bicarbonato 10 amp/250cc, dextrosa ... pasar en 24 hrs
14. Gluconato de calcio 2amp EV stat, luego 01 amp EV c/8hrs
15. Manitol 20% 200cc stat, luego 150cc EV c/4hrs
16. Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico

16/03/19 15:40hrss JUNTA MÉDICA

Problemas:

1. Post operada 8h de cesárea de emergencia por preeclampsia severa con disfunción neurológica y hepática, síndrome de Hellp, falla multiorgánica: hepática, renal, hematológica y neurológica, post RCP.

En la junta se decide:

- Manejo por la unidad de cuidados intensivos, al momento no requiere manejo quirúrgico, pendiente TEM cerebral y abdominal, a realizar cuando la paciente se encuentre estable hemodinámicamente. Se comunicará a familiar la gravedad y peligro de fallecimiento de la paciente por su estado actual.

16/03/19 16:45hrs

Paciente se encuentra en UCI con diagnóstico de: post operada de cesárea segmentada transversa primaria (CSTP) por Preeclampsia severa, síndrome de Hellp, hemoperitoneo d/c ruptura hepática.

Plan: Laparotomía exploratoria con cirujano de emergencia.

16/03/19 REPORTE OPERATORIO

Diagnóstico preoperatorio: Post cesareada por preeclampsia severa

Diagnóstico post operatorio: el mismo + hematoma de pared abdominal y hemoperitoneo. Tipo de anestesia: general

Hallazgos operatorios: hematoma de pared abdominal que abarca aponeurosis, músculo y peritoneo parietal y que se extiende hasta peritoneo pélvico.

Procedimientos: Asepsia, antisepsia, hemoperitoneo de 1000cc, hígado de bordes lisos e histerorrafia sin sangrado activo.

16/03/19 21hrs <Guardia noche – Ginecología>

Paciente post operada de CSTP por Preeclampsia severa, luego de laparotomía exploratoria por hematoma de pared. Actualmente con soporte ventilatorio.

Al examen: MEG, MEH con soporte ventilatorio con TET

Piel: palidez: ++/+++, llenado capilar mayor a 2 segundos

Abdomen: distendido, blando, poco depresible, incisión cubierta con apósito, dren con secreción serohemática en bolsa de colección.

Genitourinario: Anuria, Neurológico: Bajo sedación

Dx: 1. Post operada de laparotomía exploratoria por hematoma de pared de 3hrs, post operada de cesárea por Síndrome de Hellp (14hrs), disfunción multiorgánica,

anemia aguda, descartar coagulación intravascular diseminada, síndrome post reanimación cardiopulmonar y poli transfundida.

Plan: Continuar con manejo de UCI, Transfundir plasma fresco congelado

Transfusión de 04 PG, Transfusión de plasma fresco congelado. Actualmente no se considera manejo quirúrgico, se reevaluará con resultados.

16/03/2019 **22:35hrs**

Paciente con los problemas ya establecidos ingresó en shock refractario a pesar de soporte inotrópico endovenoso agresivo, en anuria, falla neurológica, evolución tórpida a pesar de esfuerzo terapéutico. Se informa a familiares

17/03/19 **00:15hrs**

Paciente súbitamente presenta bradicardia severa y parada cardíaca. No responde a maniobras, se constata fallecimiento. Se comunica a familiar (esposo), jefe de guardia y policía de turno, pase a morgue central.

Tabla N°3**Exámenes de laboratorio 16/03/19**

	16/03/2019 08:02 hr	16/03/2019 15:00 hr	16/03/2019
BIOQUÍMICA			
Deshidrogenasa láctica (DHL)	4430U/l	-	6834U/l
Glucosa	114mg/dl	134mg/dl	51mg/dl
Úrea	-	54 mg/dl	44mg/dl
Transaminasa TGO	1894U/l	3550 U/l	3644 U/l
Transaminasa TGP	1360 U/l	3700 U/l	3032 U/l
Fosfatasa alcalina	583 U/l	258 U/l	142 U/l
Gammaglutamiltranspeptidasa(GGT)	51 U/l	39 U/l	22 U/l
Bilirrubina total	1.57 mg/dl	2.60mg/dl	2.25mg/dl
Bilirrubina directa	0.39 mg/dl	1.84mg/dl	1.55mg/dl
Bilirrubina indirecta	1.16 mg/dl	0.76mg/dl	0.70mg/dl
Proteínas totales	6.40g/dl	4.30g/dl	2.90g/dl
Albumina	2.9 g/dl	1.70g/dl	1.40g/dl
Globulinas	3.5 g/dl	2.6g/dl	1.5g/dl
Creatinina en sangre	1.13mg/dl	2.31mg/dl	2.46mg/dl

Fuente: Historia clínica

Tabla N° 4**Exámenes de Laboratorio
(Perfil de Coagulación)**

Hemostasia	16/03/19 08:02 hrs	16/03/19
Fibrinógeno	119,00	53
Tiempo de sangría	2,00''	2,40''
Tiempo de coagulación	6,00''	6,50''
Tiempo protrombina	22,60 seg.	73.6

Fuente: Historia clínica

Tabla N°5**Exámenes de Laboratorio**

Serie plaquetas	16/03/19 08:02 hrs	16/03/19
Recuento plaquetas	156,000 x10 ³ /ul	105, 000 x10 ³ /ul
Plaquetocrito	0.14%	-
VPM	8.80 fl	-
PDW	21,30 fl	-

Fuente: Historia clínica

Tabla N°6
Exámenes de Laboratorio

Exámenes de Laboratorio	16/03/19 08:02hrs	16/03/19 15:00hrs
Serie Blanca		
Leucocitos	21,70 x10 ³ /ul	15,6 x10 ³ /ul
Neutrófilos%	77,00%	60,00%
Neutrófilos	15,71 x10 ³ /ul	9,36 x10 ³ /ul
Bandas %	5,00%	2,00%
Bandas	1,09 x10 ³ /ul	0,37 x10 ³ /ul
Linfocitos%	16,00%	57,00%
Linfocitos	3,47 x10 ³ /ul	5,77 x10 ³ /ul
Monocitos%	2,00%	2,00%
Monocitos	0,43 x10 ³ /ul	0,31 x10 ³ /ul
Eosinófilos%	0,00%	1,00%
Eosinófilos	0,00 x10 ³ /ul	0,16 x10 ³ /ul
Basófilos%	0,00%	0,00%
Basófilos	0,00x10 ³ /ul	0,00 x10 ³ /ul

Fuente: Historia clínica Hospital III-1

1.3 DISCUSIÓN

La paciente en mención tenía las siguientes características: 24 años de edad, nivel de instrucción primaria completa, conviviente, ama de casa, multigesta, múltipara y periodo intergenésico corto. De estos solamente la multiparidad se considera factor de riesgo para trastornos hipertensivos como señala el Ministerio de Salud (21), con respecto a la edad, no coincide con factor de riesgo por ningún protocolo nombrado ni por Bekir et al.(10), señala que la edad promedio en casos de muerte materna es de 32 años, asimismo caso contrario a muchas literaturas, Payajo J.(14) indica que el periodo intergenésico corto si es factor de riesgo para preeclampsia Si bien es cierto la paciente aparentemente se considera de bajo riesgo; pero no debemos dejar de lado el dicho que “toda gestante se puede complicar en cualquier momento”.

Durante el primer control se brindó el primer plan de parto, mas no el segundo y el tercero como se puede ver en el carné perinatal de la paciente; esto tiene especial importancia para la identificación oportuna y toma de decisiones de parte de la gestante, la familia y la comunidad; tal como señala el Ministerio de Salud (8). Asimismo, la gestante solo contó con una ecografía a las 14 semanas; sin embargo, al no ser considerada de alto riesgo no se le indicó un estudio Doppler que pudo haber precedido el riesgo de preeclampsia como lo señala Cunningham et al.(2), para una mejor vigilancia de la paciente. Notamos entonces que no toda paciente con aparente bajo riesgo está libre de desarrollar un trastorno hipertensivo en cualquier momento.

En este caso la gestante fue controlada, es decir que cumplió con 6 controles prenatales; aunque, no fue reenfocada, siendo esto lo óptimo, ya que no fue captada tempranamente, si no a las 16 semanas de gestación, tuvo carencias en el plan de parto sobre todo en las visitas domiciliarias que incluyen a la familia y a la comunidad y tuvo solo un ultrasonido de control. Por ende, se observa que el control prenatal fue deficiente, no cumpliendo la finalidad en su contribución a la disminución de la morbimortalidad de la madre y perinatal como señala el Ministerio de Salud del Perú (8), además Cruz et al. (16), refiere que la atención prenatal completa se vincula a mejores resultados para la madre y el feto en los trastornos de la PA en la gestación.

En el último control prenatal de 34 semanas la paciente acude en horas de la mañana a laboratorio para realizarse el test de ácido sulfosalicílico, donde le indican que su resultado estará en la tarde; a las horas 14:26 pm acude a su consultorio obstétrico sin resultado de ácido sulfosalicílico, se le realiza el control prenatal y retorna con su resultado de ácido sulfosalicílico, siendo este 3 cruces denominado de otra forma se presenta proteinuria aislada, no acompañada de presión arterial elevada, ni de síntomas y signos de alarma; no se tuvo la consideración necesaria en nuestro caso clínico para evitar las complicaciones descritas, ya que según Yamada et al.(20), la presencia de proteinuria aislada es un factor de riesgo para preeclampsia y representa una proporción considerable (20%) de aquellas mujeres que luego manifiestan una preeclampsia; de esta manera la proteinuria aislada puede ser engañosa al no considerarse como un signo de riesgo.

De esto se recalca que el examen de ácido sulfosalicílico debe ser realizado en el consultorio de obstetricia, en el mismo momento del control prenatal, para que de esta forma pueda ser evaluado por profesional competente y evitar retrasos en el diagnóstico de un posible trastorno hipertensivo.

Posteriormente, ante el test de ácido sulfosalicílico positivo con tres cruces, ya se había realizado la referencia a un centro con mayor capacidad resolutive para que continúe sus controles prenatales además se indicó a la paciente que ante cualquier signo y/o síntoma de alarma acuda al Hospital más cercano; sin embargo, ante la ausencia de signos asociados con un trastorno hipertensivo, la paciente opta por dirigirse a su hogar y con posterioridad continuar sus controles; la conducta tomada en esta ocasión fue incorrecta, ya que se debió exigir a la paciente que acuda a un centro de mayor capacidad resolutive y asegurarse de que haya sido atendida y/o en caso contrario acudir a su hogar, verificar como se encontraba; empero como sustenta Macdonald et al.(22), existe poca literatura sobre proteinuria aislada para determinar un manejo adecuado, centrándose siempre en una mayor vigilancia que en este caso no existió.

A las 02:30am del día 16/03/19 la paciente empieza a sentir molestias como náuseas y epigastralgia tomando agua caliente, a las 3:30am presenta cefalea y es en este momento que se decide ir al Hospital, observando una falta de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y de la conducta que debe ser de inmediata y no

como en este caso que se tardó 60 minutos en la decisión y 90 minutos hasta la llegada al hospital, los cuales pudieron dar un cambio al resultado materno. Bekir et al.(10), sostiene que cerca de un tercio de muertes maternas incluyen el retraso en la búsqueda de atención, hallazgo que coincide con nuestro estudio.

Una vez en el Hospital se diagnostica preeclampsia severa, indicando terminar el embarazo por cesárea y se solicita el perfil de preeclampsia; sin embargo, se reporta que sala de operaciones está ocupado por otra emergencia y existió una demora de 3 horas hasta el momento en que se detecta sufrimiento fetal agudo, que se procede a realizar la cesárea de emergencia; de esto notamos que hubo premura ante un estado fetal no tranquilizador que frente a la preeclampsia severa de la madre. Además, los resultados del perfil de preeclampsia también estuvieron retardados, no brindando la oportunidad de considerar como diagnóstico al síndrome de Hellp antes de la operación. La indicación de culminar la gestación fue adecuada al igual como señala el Hospital Universitario de Barcelona(17) que considera dentro de los criterios de finalización inmediata; cefalea, alteraciones visuales y epigastralgia. Lastimosamente, resalta la demora en brindar atención oportuna, en este caso, culminar la gestación; como mencionan Rodriguez et al.(9), muchas gestantes intentan llegar al hospital ante una emergencia, sin embargo demoras de tipo 3 (demora en recibir atención) representan un problema importante. De tal manera que otorgar atención oportuna en los establecimientos de salud contribuye a disminuir la mortalidad materna.

Se realizó la cesárea de emergencia, mediante una incisión tipo Pfannenstiel mediante la cual se hizo la revisión del hígado según redactan en el reporte operatorio, no considerando la gravedad del caso ante tanta espera para la cirugía; sin embargo, Henríquez et al.(24), dice que sí se tiene el diagnóstico, es mejor una laparotomía media a la incisión de Pfannenstiel, para una mejor evaluación de la cavidad abdominal. Hecho que debe ser revisado con cuidado para que no vuelva a repetirse en casos posteriores y se pueda diagnosticar a tiempo todas las complicaciones.

Finalmente, se diagnostica síndrome de HELLP ante la demora en los resultados de laboratorio luego de 4 horas del ingreso, la presión arterial continúa inestable y elevada, la paciente padece un paro cardio-respiratorio en UCI y posteriormente se ingresa a sala de operaciones por sospecha de ruptura hepática y/o hematoma, luego de la segunda operación se agrava la situación aún poli transfundida, presentando falla multisistémica(renal, hepática, cardiovascular, respiratoria) tal como señalan los autores Kongwattanakul et al.(11), Ndoni et al.(12), sus distintos estudios y finalmente la muerte materna compatible con Pacheco et al.(13)

Para el recién nacido las complicaciones fueron, sufrimiento fetal agudo, prematuridad, dificultad respiratoria por lo cual al tiempo de fallecer la madre le pasa a cuidados neonatales. Nos damos cuenta entonces de toda la repercusión que puede traer la proteinuria aislada, evolucionar a preeclampsia severa y así provocar las complicaciones mencionadas inclusive una muerte materna evitable para nuestro país.

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo para pre eclampsia severa fueron: bajo nivel de instrucción, multiparidad con edad joven, inicio tardío de la atención prenatal, periodo intergenésico corto y ganancia de peso mayor al recomendado para la edad gestacional.
2. El diagnóstico de pre eclampsia severa fue oportuno al llegar al centro de atención hospitalario. Sin embargo, el pobre reconocimiento de los signos de alarma por parte de la gestante fue el factor clave en este caso.
3. El manejo inicial para la estabilización de la paciente fue oportuno; sin embargo, no se cumplieron los tiempos establecidos para continuar el manejo y culminar la gestación, como lo indican las guías del Minsa como ente rector en el manejo de este problema de salud que causa la muerte materna.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda una evaluación integral de todas las pacientes y de sus factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, durante el primer control prenatal y realizar una adecuada evaluación del riesgo materno-fetal como alto o bajo riesgo, prestar especial atención en cada control prenatal sobre los signos y síntomas de alarma que pudieran conllevar a una preeclampsia y verificar el cumplimiento de las indicaciones del control prenatal, pudiendo ser esto mediante visitas domiciliarias y en cada servicio a donde la gestante acuda.
2. Se recomienda para un mejor diagnóstico, hospitalizar a aquellas pacientes con diagnóstico de proteinuria no asociada a hipertensión, para realizar las pruebas cuantitativas de proteinuria y tener un mejor monitoreo y vigilancia del cambio de la presión arterial, que como en el presente caso puede provocar muchas complicaciones.
3. Se recomienda socializar estos casos clínicos con los profesionales encargados de la salud materna, para su capacitación por talleres o simulaciones de manejo de preeclampsia severa y la aplicación de clave azul con la correcta infusión de sulfato de magnesio y uso de antihipertensivos, para que cada uno sepa cuál es su función y pueda cumplirla cuando se requiera. De esta manera apoyar para disminuir la morbilidad y deceso materno perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J. Williams Obstetrics [Internet]. 24 E. USA; 2014. 1305 p. Disponible en: http://gynecology.sbmu.ac.ir/uploads/Williams_Obstetrics_2014.pdf
3. OPS/OMS CLAP. Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=220:reduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-laregion&Itemid=215&lang=es
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 1 de junio de 2014;2(6):323-33.
5. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú [Internet]. Lima - Perú: Minsa; 2019 dic p. 1334-40. (Boletín Epidemiológico del Perú 2019). Report No.: 28. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
6. Minsa - INMPN. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. 2da. Edición. Lima Perú; 2018. 536 p. Disponible en: [Guías_de_Practica_Clinica_y_de_procedimientos_en_Obstetricia_y_Perinatologia_del_2018.pdf 3 / 536](#)
7. schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia de Schwarcz 6ta Edicion [Internet]. 6ta. Edición. Buenos Aires Argentina: El Ateneo; 2009 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia_de_Schwarcz_6ta_Edicion
8. Minsa. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna [Internet]. 2013. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
9. Rodriguez E, Palma M, Vasquez R. Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender? Ginecol Obstet Mex. 2014; 82:647-58.
10. Bekir K, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Şahin D, Keskin H, Karaahmetoğlu S, et al. Maternal mortality due to hypertensive disorders in pregnancy,

childbirth, and the puerperium between 2012 and 2015 in Turkey. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* marzo de 2017;18(1):20-5.

11. Kongwattanakul K, Saksiriwuttho P, Chaiyarach S, Thepsuthammarat K. Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HELLP syndrome. *Int J Womens Health.* 17 de julio de 2018;10:371-7.
12. Ndoni E, Bobadilla R, Bimbashi A. Evaluation of Maternal Complications in Severe Preeclampsia in a University Hospital in Tirana. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.* 24 de febrero de 2016;4(1):102-6.
13. Pacheco J, Villacorta A, Del Carpio L, Velásquez E, Acosta O. Repercusión de la preeclampsia/ eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* octubre de 2014;60(4):279-90.
14. Payajo J. Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2014 [Internet] [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/717>
15. Flores M. Factores de riesgo materno de preeclampsia en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2014 [Internet] [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. [Iquitos - Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3704>
16. Cruz I, Merencio W, Sánchez G, Ferreira N, Almeida F, García J. Maternal and fetal outcome in women with hypertensive disorders of pregnancy: the impact of prenatal care. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* agosto de 2015;9(4):140-6.
17. SJD. Barcelona Hospital. Protocolo: Hipertensión y gestación [Internet]. *Fetal Medicine Barcelona.* 2014 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-maternaobstetrica/hipertension-y-gestacion.html>
18. Aronow W. Hypertensive disorders in pregnancy. *Ann Transl Med.* junio de 2017;5(12):266.
19. Minsa - Hospital Sta. Rosa. Guías de Práctica Clínica para la Atención Diagnóstico y Tratamiento de las Condiciones Gineco Obstétricas más frecuentes [Internet]. 2016. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2016/resoluciones/RD-009-2016.pdf>

20. Yamada T, Obata M, Hamada H, Baba Y, Ohkuchi A, Yasuda S, et al. Isolated gestational proteinuria preceding the diagnosis of preeclampsia - an observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. septiembre de 2016;95(9):1048-54.
21. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria [Internet]. Primera Edición. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007. 158 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
22. Macdonald-Wallis C, Lawlor D, Heron J, Fraser A, Nelson S, Tilling K. Relationships of risk factors for pre-eclampsia with patterns of occurrence of isolated gestational proteinuria during normal term pregnancy. *PloS One* [Internet]. 2011; 6(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21789220/>
23. Minsa - Hospital María Auxiliadora. Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>
24. Henríquez M, Catalán A, Lattus J, Vargas K, Silva S. Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. *Revista médica de Chile*. junio de 2018;146(6):753-61.