



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

“PREECLAMPSIA EN GESTACIÓN PRETÉRMINO EN HOSPITAL

NIVEL III-LIMA 2021”

PRESENTADO POR

SOFIA LORENA MELGAR CONISLLA

ASESOR

DRA. RINA MARIA ALVAREZ BECERRA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO

RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA- PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. MARCO TEÓRICO.....	4
1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:.....	4
1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:	4
1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	6
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD	9
GENERALIDADES.....	8
1.3.2.1 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA	9
1.3.2.2 DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	10
1.3.2.3 MANEJO DE PREECLAMPSIA	13

1.3.2.4 MANEJO DE LA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA ¡Error! Marcador no definido.	
1.3.2.5 MANEJO PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD	13
1.3.2.6 MANEJO PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD	14
1.3.2.7 TRATAMIENTO.....	15
1.3.2.8 MANEJO DE LA ECLAMPSIA	17
1.3.2.9 MANEJO DEL SÍNDROME DE HELLP	18
1.3.2.10 HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTURA HEPÁTICA	18
1.3.2.11 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PREECLAMPSIA	19
CAPÍTULO II	21
CASO CLÍNICO.....	21
2.1. OBJETIVOS	21
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:.....	21
2.3 DISCUSIÓN Y/O ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS DURANTE LA ATENCIÓN	55
2.4 CONCLUSIONES	57
2.5 RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Perfil materno y set de preeclampsia	26
Tabla 2.- Ecografía fetal Doppler.....	27
Tabla 3.- Set de preeclampsia	35
Tabla 4.- Prueba de antígeno para la detección del Virus SARS-CoV-2.....	39
Tabla 5.- Hemograma completo.....	41
Tabla 6.- Exámenes auxiliares en orina	41
Tabla 7.- Set de preeclampsia	48
Tabla 8.- Hemograma completo.....	50
Tabla 9.- Hemograma completo.....	53

RESUMEN

En la presentación de este caso clínico hemos podido conocer a detalle el desarrollo de esta patología obstétrica en una gestante que acude a emergencia de un hospital de tercer nivel permitiéndonos descubrir como uno a uno de los síntomas referidos por la paciente y los hallazgos de ayuda diagnóstica permitieron llegar con precisión al diagnóstico.

El ingreso de emergencia de la paciente que acudió por indicación de profesional de salud quien le brindo atención en centro de salud, ante la sospecha de preeclampsia y posteriormente al obtener los resultados de ayuda diagnóstica, cuando la paciente ya se encontraba en atención, después de haber recibido el manejo inicial, se categorizo como una preeclampsia. La paciente recibió terapia hipertensiva y además de sulfato de magnesio, así como maduración pulmonar fetal además de en todo momento monitoreo estricto materno y fetal. Además, permitió que la mujer en gestación y su producto sean intervenidos por cesárea siendo la mejor vía para culminar la gestación actual y así salvar sus vidas. La principal lección que nos llevamos de este caso es que el diagnóstico oportuno incluso en una situación de emergencia y el trabajo en equipo una vez más lograron que la paciente no forme parte de una más de las estadísticas de mortalidad materna.

Palabras clave: preeclampsia, síntomas de irritación cortical, trastorno hipertensivo del embarazo, disfunción neurológica.

ABSTRACT

In the presentation of this clinical case, we have been able to learn in detail the development of this obstetric pathology in a pregnant woman who goes to the emergency room of a tertiary hospital, allowing us to discover one by one the symptoms reported by the patient and the findings of diagnostic help. allowed us to accurately reach the diagnosis.

The emergency admission of the patient who came at the direction of a health professional who provided her with care at a health center, due to the suspicion of preeclampsia and later upon obtaining the results of diagnostic help, when the patient was already in care, after having received initial management, it was categorized as preeclampsia. The patient received hypertensive therapy and also magnesium sulfate, as well as fetal lung maturation in addition to strict maternal and fetal monitoring at all times. In addition, it allowed the pregnant woman and her child to undergo cesarean section, being the best way to complete the current pregnancy and thus save their lives. The main lesson that we take away from this case is that timely diagnosis even in an emergency situation and teamwork once again ensured that the patient is not part of another maternal mortality statistics.

Keywords: preeclampsia, cortical irritation symptoms, hypertensive disorder of pregnancy, neurological dysfunction.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Una de las enfermedades hipertensivas que comúnmente aquejan a nuestra población de gestantes es la preeclampsia, conocida como una de las patologías graves que se presenta en las gestantes no solo de nuestro País sino del mundo; puede desarrollarse durante el embarazo desde 20 semanas de gestación en adelante hasta cumplidas las seis semanas posteriores al parto. En algunos casos, cuando síntomas similares se presentan antes de las de las 20 semanas de gestación, se denomina hipertensión arterial crónica. Las enfermedades que se incluyen dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) originan un aumento de la presión arterial que puede estar asociado o no a proteinuria. Dicha patología podría llegar a ocasionar daño a diferentes órganos elevando así el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

La preeclampsia cuyo origen aun no pudo ser determinado a la cual se le atribuyen muchas teorías que desencadenan la enfermedad; entre los cuales se mencionan diversas hipótesis para explicar su etiología, sin embargo, podemos determinar diversos factores asociados a dicha enfermedad que se presenta en el embarazo y así

podremos solucionar de manera eficiente, precoz y oportuna, disminuyendo las brechas existentes para así poder disminuir las complicaciones tanto maternas como perinatales. Actualmente se ha demostrado que el tratamiento curativo de la preeclampsia durante el embarazo es su finalización al extraer la placenta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos menciona que la preeclampsia es causa la muerte de muchas mujeres en gestación ocupando el segundo lugar en el mundo, con un 14% ². En nuestro país, su incidencia ocurre entre el 10 y 15% en las gestantes hospitalizadas ⁽³⁾, con un mayor porcentaje de casos en la región costa del país; sin embargo, existen mayores casos de mortalidad en región sierra ya que existen múltiples dificultades para acceder a los servicios de salud generando demoras ⁽⁴⁾. En el Perú, actualmente los THE representan la segunda causa de muerte materna con un porcentaje del 32% ⁽⁵⁾; sin embargo, es importante mencionar que datos reportados por la Dirección de Salud de Lima durante los años 2000 al 2009 catalogó esta patología como el principal agente que causaba la muerte de las madres con un 33.0% de casos. Los reportes encontrados entre los años 2003 al 2013 fue de 43.0% ⁽⁵⁾, encontrando en el último año un total de 16 972 partos atendidos, de los cuales 8.4% presentó complicaciones relacionadas a los THE y 5.74% desarrolló eclampsia durante el mismo ⁽⁶⁾.

En el Perú desde hace aproximadamente tres décadas se considera a las THE como las dos patologías principales que causan mayor número de casos de morbi-mortalidad materna, complicando alrededor del 22% de embarazos en el territorio nacional; sin embargo, aunque se conocen las causas primordiales de muerte durante el embarazo, parto y puerperio como las hemorragias obstétricas (48.8%), los THE (23.3%), abortos

(10.9%) y otras complicaciones no obstétricas (10%), cerca del 90% de los decesos pudieron ser evitados en su mayoría”⁽⁷⁻⁸⁾.

Ante esta situación, se conoce que, según lo reportado por la sala situacional de muerte materna del Ministerio de Salud, durante los años 2000 al 2019 se ha evidenciado una baja progresiva en el número de casos⁽⁹⁾; por tal motivo surge la importancia de dar a conocer con este trabajo académico un caso clínico de THE y su manejo en un hospital de nivel III, con el propósito de dar conocer no solo la punta del iceberg de esta patología que aqueja a nuestra sociedad.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que la información procedente de los casos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), hospital de nivel III, representan un referente nacional en ginecología y obstetricia, se sabe que durante los años 2007 al 2018 se produjeron 97 casos de muertes maternas (44.3%)⁽¹⁰⁾; y que en el periodo 2012 al 2018 ocurrieron alrededor de 1870 casos de morbilidad materna extrema, dentro de los cuales la principal causa fueron los THE con 56.6% de incidencia⁽⁹⁾.

En tal sentido, la preeclampsia es considerada como una enfermedad gestacional que representa un grave problema de salud pública en el país, ya que sus consecuencias repercuten no solo en el binomio madre-niño si no que incluye en la familia y la sociedad en general. Es por este motivo que me veo comprometida como profesional obstetra, como persona, madre e hija no solo en el manejo multidisciplinario de esta patología, sino como parte de la sociedad, presento el trabajo académico “preeclampsia en gestación pretérmino” surgiendo la necesidad

de revisar, analizar y porque no sugerir alguna mejora en el tratamiento oportuno desde mi perfil profesional que integra el equipo multidisciplinario para atención de la madre gestante con dicha patología, ya que somos seres humanos con diferentes capacidades que cada día incorporan a su labor profesional algo que contribuya a mejorar la salud de las mujeres y todas las personas, contribuyendo así a los objetivos de desarrollo sostenible vigentes.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

García Chancay y García Alava (2022) realizaron un estudio sobre preeclampsia como factor predisponente de parto pretermino buscando relacionar la preeclampsia como factor predisponente para parto pretérmino atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo febrero 2021 - enero 2022 utilizaron una metodología observacional, no experimental, descriptiva, cuantitativa y de corte transversal, contando con un total de 170 pacientes de las cuales se obtuvo la información haciendo una revisión de las historias clínicas. Los resultados obtenidos fueron que la preeclampsia con el 23% se convierte en la segunda causa de prematuridad y los factores predisponentes causados por preeclampsia que tuvieron como consecuencia el parto pretermino fueron el vasoespasmo en un 23% y compromiso del bienestar fetal en un 22%. La mayor frecuencia con respecto a la edad de las pacientes que tuvieron preeclampsia y parto prematuro fue de 26 a 31 años con un 29 %, así mismo la preeclampsia con signos de severidad (56%) tuvo una tasa de 88% de cesáreas de las cuales el 51% eran partos prematuros así también los recién nacidos presentaron un

41% de bajo APGAR. El síndrome de HELLP y el desprendimiento prematuro de placenta fueron de las complicaciones maternas con una incidencia mayor del 16% y 12% respectivamente ⁽¹⁰⁾.

Moreno et al. (2022) publicaron un artículo sobre la preeclampsia severa asociada a parto pretérmino: resultados materno-neonatales según factores de riesgo cuyo objetivo fue determinar los resultados materno-neonatales según factores de riesgo en la preeclampsia severa asociada a parto pretérmino en el Hospital General Guasmo, durante el periodo marzo 2019 a febrero 2020. Utilizando una metodología de estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con un diseño longitudinal que se revisó 134 historias clínicas de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Obteniéndose como resultados un reporte del 34.3 % de preeclampsia severa y un 50.7 % de parto pretérmino entre las 34 a 36 semanas con 6 días dentro de los factores de riesgo se obtuvo: edad <18 años 29,9% y > 35 años 17,2%; los antecedentes familiares de preeclampsia 36,6%, nulípara 44%, embarazo múltiple 6%, diabetes 3,7% e hipertensión arterial crónica 42,5%. En cuanto a resultados maternos-neonatales se reportó: muerte materna 1,5%, muerte neonatal 6,7%; y de las complicaciones de la misma u 10.4 tuvo síndrome HELLP, un 9% eclampsia y un 14.2% internamiento en UCI. Con respecto al producto el peso fetal <1500 gr fue reportado con un 12%, APGAR de 3 a 4 19,4%, UCIN 44,7% y estancia hospitalaria entre 3 a 4 días tanto para la madre 58,9% y para el neonato > 5 días 64,2%. Al evidenciar esto se concluye que la determinación de los factores de riesgo preconceptionales será muy útil para evitar resultados maternos adversos ⁽¹¹⁾.

1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Franco Paredes (2022) en su estudio de preeclampsia como factor asociado a parto pretermino en gestantes atendidas en el servicio gineco-obstetricia en el hospital María Auxiliadora periodo enero 2018 – marzo 2020, tuvo como objetivo principal determinar si la preeclampsia es un factor de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, entre el 2018 y 2020. Utilizando un método de estudio observacional, retrospectivo, transversal analítico de tipo casos y controles. Empleando una muestra de 112 gestantes que se dividieron en 2 grupos por igual para los casos y controles obteniéndose como evidencia de resultados que la preeclampsia es estadísticamente significativa al parto pretérmino en las gestantes, además de ser un factor de riesgo OR:2.75 IC95% (1.2-6.3). así mismo del grupo de gestantes con parto pretérmino se observó que el 78.5% desarrollo preeclampsia severa y el 21.4% presentaron Preeclampsia Leve durante la gestación. Con respecto a las características sociodemográficas, pregestacionales y gestacionales se registró que el grado de instrucción, tener u trabajo y la paridad guardan relación con el parto pretérmino y son estadísticamente significativas. Al final se concluyó que la preeclampsia y preeclampsia severa es un factor de riesgo asociado a parto pretérmino así también se hayo una relación significativa entre el grado de instrucción, trabajo y paridad con parto pretérmino ⁽¹²⁾.

Sandoval Barzola (2022) en su estudio de relación de la preeclampsia y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César De Marini Caro, Chanchamayo - Junín 2019 con el objetivo de establecer la relación de la preeclampsia y el parto pre termino en las gestantes es así como se

identificó factores causales del parto prematuro como la atención prenatal inadecuada, el antecedente de parto pretérmino otros factores de riesgo como el origen étnico, el bajo nivel socioeconómico, el peso materno, el tabaquismo y el estado periodontal. El estudio llegó a la conclusión que el parto pretérmino es multifactorial, aún no se ha dilucidado con claridad sus causas. Sin embargo, el parto prematuro inducido, se relaciona principalmente con el antecedente de parto pretérmino, preeclampsia, sangrado transvaginal, embarazo múltiple, corioamnionitis, sufrimiento fetal, muerte fetal y condición materna grave ^(13,14).

Alarcón Saldaña (2019) en su trabajo sobre las complicaciones perinatales en neonatos con madres con diagnóstico de preeclampsia hospitalizados en el Hospital Regional docente de Cajamarca con el objetivo de identificar las complicaciones perinatales en los neonatos de madres con preeclampsia utilizó una metodología de tipo descriptiva con un corte transversal utilizando una muestra de 729 gestantes con preeclampsia durante el periodo de estudio es así como evidencio como resultados que la edad materna osciló de 14 a 48 años, siendo de ellas el 14% adolescente. La mayoría primigestas (43%) que culminaron su embarazo principalmente por cesárea (60%). Además, el 48 de los recién nacidos fueron prematuros. Asimismo, 30%, 6% y 2% presentaron bajo, muy bajo y extremadamente bajo peso al nacer respectivamente; de estos presentaron patologías como: sepsis (15%), ictericia (13%), SDR (12%), depresión neonatal (9%), policitemia (5%), falleciendo solo el 4% de los pacientes neonatales se concluye que en el estudio se pudo determinar que las gestantes con preeclampsia fueron alto y que la principal vía de final del embarazo fue la cesárea o

vía alta. En cuanto a los recién nacidos de estas madres la prematuridad fue la complicación que se presentó con mayor frecuencia, así como el bajo peso al nacer ⁽¹⁵⁾.

Vergara Mendoza (2020) en su trabajo de Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019 con el objetivo de determinar los elementos que contribuyen a la prematuridad en los recién nacidos por cesárea debido a la preeclampsia. Utilizó una metodología del tipo analítica con corte transversal empleando una población de estudio de 189 neonatos nacidos por cesárea debido a la preeclampsia en sus madres en el lugar y periodo de estudio que fueron divididos en dos grupos, uno de 63 expuestos y de 126 no expuestos obteniéndose unos resultados donde la edad promedio fue de 27 años en un rango de 15 a 44 años de las mujeres estudiadas y que sus partos prematuros fueron en su mayoría alrededor de las 35 semanas de gestación teniendo relación con la multiparidad en un 67% y los controles prenatales insuficientes en un 54%. Además, los bebés prematuros que nacieron por cesárea por la preeclampsia de sus madres presentaron bajo peso al nacer en un 57%, Apgar al minuto óptimo en un 86% y puntuación normal a los 5 minutos en un 94%. Después de eso pudieron concluir que existe una relación significativa entre la prematuridad y la insuficiencia de controles prenatales sumado al bajo peso al nacer ⁽¹⁶⁾.

1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD

GENERALIDADES

1.3.2.1 ETIOLOGÍA

La etiología de la preeclampsia continúa siendo desconocida; sin embargo, los conocimientos sobre la Fisiopatología nos acercan a los inicios del desarrollo de la enfermedad la cual detallamos a continuación.

1.3.2.2 FISIOPATOLOGÍA

Las anomalías placentarias comprenden aquellas patologías que generan diversos efectos adversos en el desarrollo del embarazo, puesto que altera la maduración vellosa, genera adenopatías deciduales, peso anormal y hasta morbi-mortalidad fetal (17-18), dentro de estas patologías, la preeclampsia genera una reducción de la perfusión útero-placentaria, disminuye el flujo sanguíneo y puede causar hipoxia fetal, un factor importante en la morbimortalidad neonatal (19-20). En ese sentido, diversos estudios han reportado hallazgos de endotelina (ET) en el cordón umbilical producto de madres preeclámpicas, siendo este un agente vasoconstrictor que contribuiría a la lesión miocárdica de los recién nacidos (20-21); asimismo, Altuham y colaboradores identificaron niveles elevados de antioxidantes totales (TAS) en la sangre del cordón umbilical de estos neonatos; por lo que se infiere una correlación entre el estrés oxidativo que ocurre madre con el de su bebé; y ante ello, durante la culminación del embarazo también se han identificado factores que contribuirían a las complicaciones neonatales, tal es así que durante el trabajo se parto se ha identificado un incremento en los valores de radicales libres de oxígeno, los cuales tienen un efecto tóxico sobre

el ser humano, más aún cuando se tiene a un recién nacido prematuro quien muchas veces es sometido a diversas intervenciones de reanimación y ventilación mecánica (22). Por otro lado, se ha identificado que el desequilibrio entre los agentes angiogénicos y anti angiogénicos maternos tienen relación diversas alteraciones durante la gestación; por lo que el incremento de los factores anti angiogénicos, es decir la endoglina soluble, tirosina quinasa 1 soluble (sFlt-1), endotelina 1 (ET-1) y la disminución de factores angiogénicos, es decir, los factores crecimiento endotelial (VEGF), el óxido nítrico, factor de crecimiento placentario (PlGF), resulta un predictor de diversas complicaciones que alteran de la perfusión útero-placentaria (1,17), generando muchas veces la presencia de trombocitopenia neonatal en las muestra de sangre obtenidas del cordón umbilical en neonatos de madres con preeclampsia (25-27).

En cuanto al aspecto clínico de esta patología, se sabe que puede presentarse con diferente sintomatología, por lo que es importante la identificación oportuna de los elementos que significan un riesgo o signos de alerta con el fin de realizar un diagnóstico y referencia oportunas ⁽¹⁾; ya que la preeclampsia puede presentarse con o sin criterios de severidad que deben ser reconocidos, vigilados y tratados en manos de especialistas en el tema en el menor tiempo posible para evitar su progreso a sus estadios graves.

1.3.2.3 DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Para poder diagnosticar a la preeclampsia contamos con criterios como por ejemplo el aumento de la presión arterial (PA) propiamente dicha además de la proteinuria ^(1,6-17). La hipertensión arterial que es conceptualizada como el aumento de la PA sistólica con valores iguales o mayores a 140 mmHg o diastólica con valores iguales o mayores a

90 mmHg, la misma que debe ser controlada dos veces con un intervalo no menor de cuatro horas, en mujeres con 20 semanas o más de gestación con registros previos de presión arterial basal normal; o al menos un registro de PA sistólica con valores iguales o mayores a 160 mmHg o diastólica con valores mayores o iguales a 110 mmHg^(1,8,17). Es significativo tener en cuenta que el hallazgo de PA con valores cercanos a 140/90 mmHg representa una señal de alerta que requiere una vigilancia constante; sin embargo, es significativo considerar que a menor edad fisiológicamente se tiene una menor presión arterial basal.

	Proteinuria (mg/ 100ml)	Características
Negativo	0	Transparente
Trazas	< 50	Turbidez perceptible
1 +	50	Turbidez sin granulación
2+	200	Turbidez con granulación
3+	500	Turbidez con granulación y aglutinación
4+	1000	Precipitado solido

La pérdida de proteínas por vía urinaria llamada proteinuria se consigna como un signo para considerar preeclampsia que debe ser igual o mayor de 0,3 g en orina de recolección durante 24 horas⁽⁷⁾; sin embargo, es importante hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías como la infección del tracto urinario por presentarse con hallazgos similares^(1,7,8).

En instituciones de renombre como el INMP se realiza el descarte con pruebas como la reacción de ácido sulfosalicílico en orina (ASS), en el cual luego de una serie de procedimientos se evalúan los resultados ⁽¹⁷⁾:

Sin embargo, este tipo de pruebas además de llevar mucho tiempo para su recolección, poseen un alto porcentaje de falsos negativos, por lo que se ha recomendado el uso otros parámetros como la relación proteinuria/creatinuria con el fin de agilizar el proceso diagnóstico ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Actualmente se sabe que el diagnóstico de preeclampsia puede ocurrir en ausencia de proteinuria, esto en caso de que se presente al menos uno de los siguientes criterios: registro en al menos dos ocasiones con 4 horas de diferencia de PA sistólica con valores mayores o iguales a 160 mmHg y diastólica con valores iguales o mayores a 110 mmHg, trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas, creatinina con valores iguales o mayores a 1.1 mg/dl, edema de pulmón, alteraciones cerebrales repentinas o trastornos visuales y dolor a nivel del epigastrio. Instituciones internacionales como el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología no consideran la restricción del crecimiento intrauterino o el oligohidramnios como criterios diagnósticos de la preeclampsia severa ⁽¹⁾; asimismo, actualmente no se considera al edema como criterio diagnóstico de la preeclampsia; sin embargo es importante considerar que si se presentara de manera espontánea con instauración rápida y ganancia de peso anormal, es decir mayor a 800 g/semana, podría considerarse como un signo temprano que contribuya al diagnóstico de esta patología ⁽²²⁾.

1.3.2.4 MANEJO DE PREECLAMPSIA

El abordaje de esta patología del embarazo debe incluir la evaluación tanto de la madre como del feto. En primer lugar, se debe realizar una evaluación clínica completa en la madre, esta debe incluir la valoración neurológica, respiratoria y cardiovascular, además de EXÁMENES auxiliares para el descarte de alteraciones hematológicas, renales, hepáticas, entre otros. En segundo lugar, para evaluar el estado fetal es importante realizar pruebas de bienestar como monitoreo electrónico fetal, perfil biofísico y ecografía Doppler para evaluar el estado, perfusión y resistencia de las arterias umbilical y uterinas, además de la evaluación del estado de madurez pulmonar fetal⁽²⁷⁾.

Toda gestante con el diagnóstico de preeclampsia severa o eclampsia debe ser hospitalizada inmediatamente para recibir el tratamiento oportuno que permita controlar la PA, brindar protección neurológica, prevenir convulsiones, corregir alteraciones hematológicas, hepáticas, renales, entre otros; así como también evaluar las posibilidades de culminar el embarazo valorando las condiciones materno-fetales y el riesgo-beneficio en todo momento.

1.3.2.5 MANEJO PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD

Se denomina preeclampsia sin criterios de severidad a aquel THE en el que la PA es igual o mayor 140/90 mmHg, no superando el valor 160/100, sin alteración o disfunción de órgano blanco y sin compromiso del bienestar fetal.

En general el manejo incluye reposo relativo^(1,24), dieta completa y consumo de líquidos a voluntad⁽¹⁷⁾. No es necesario el uso de antihipertensivos^(1,26) y se valora la posibilidad de culminar el embarazo como tratamiento definitivo, evaluando en todo

momento las condiciones materno-fetales y el riesgo- beneficio de cada intervención; puesto que si se trata de una gestante a término se procede a la finalización del embarazo, si se trata de una paciente con menos de 37 semanas de gestación, sin evidencia de alteraciones materno-fetales, se procede a tener una conducta expectante con monitoreo estricto ⁽²⁵⁻²⁸⁾ ya que si se evidencian alteraciones de la PA, convulsiones, daños a órgano blanco o signos de sufrimiento fetal, es recomendable culminar con el embarazo de manera inmediata, independiente de la edad gestacional ^(1,17,25).

1.3.2.6 MANEJO PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

La preeclampsia con criterios de severidad puede generar diversas complicaciones en la madre y el feto que incluyen edema pulmonar, falla renal, rotura hepática, hemorragia intracerebral, desprendimiento y desgarro de retina, desprendimiento prematuro de placenta (DPP) y síndrome de HELLP ^(1,28); por lo que se requiere una intervención y manejo médico precoz para resguardar la salud del binomio madre-niño ⁽²⁸⁻³⁰⁾, ya que es importante realizar el descarte de la enfermedad incluso en aquellas gestantes que presenten sangrado de la segunda mitad del embarazo asociado a hipertensión uterina.

Se sabe que esta patología genera una depleción de volumen intravascular con tendencia a la oliguria; por ello es importante colocar una sonda Foley n° 14 y bolsa colectora para el control respectivo. Su manejo debe incluir la canalización de dos vías intravenosas permeables, la primera de ellas para la reposición hidroelectrolítica empleando el primer litro NaCl al 0.9% a razón de 50 o 60 gotas por minuto y luego completar otros dos litros a razón de 30 gotas por minuto durante las primeras 24 horas

⁽¹⁷⁾. En caso de oliguria persistente se debe colocar vía intravenosa 500 ml de coloides a chorro, considerando que la administración de medicamentos como furosemida debe ser indicado por un especialista. La segunda vía endovenosa debe contemplar la colocación de sulfato de magnesio según protocolo institucional para neuroprotección y prevención de ataques eclámpticos ^(1,9); esta debe incluir 5 ampollas de sulfato de magnesio 20% diluidas en 50 ml de NaCl al 0.9% ⁽²⁹⁾, logrando la concentración de 1 g del medicamento por cada 10 ml de solución. El protocolo debe iniciar con la administración de una dosis de ataque de 40 ml en 20 minutos, seguidos por 10 ml cada hora durante 24 horas ^(1,17,29), siendo importante el control de la diuresis horaria, ya que una disminución en la misma, es decir menor a 25 a 30 ml/hora, aunado a la arreflexia tendinosa y/o bradipnea son indicadores de intoxicación ⁽¹⁷⁾, por lo que sería necesario la administración del antídoto, gluconato de calcio 1 a 2 gramos vía endovenosa. Por estas razones se debe realizar una vigilancia precisa del balance hídrico y monitoreo de las constantes vitales materno-fetales cada 15 minutos.

1.3.2.7 TRATAMIENTO

Como se mencionó anteriormente, la única manera efectiva de tratar la preeclampsia severa es la finalización del embarazo. Una vez que se extrae la placenta, podemos esperar mejoras, teniendo en cuenta que el tratamiento antihipertensivo toma lugar cuando la PA es superior a 160/110 mm Hg. En este caso, los siguientes fármacos se recetan ^(24, 28,30):

- **Metildopa:** teniendo en cuenta que a dosis inadecuadas podría generar hipotensión arterial, la dosis comúnmente indicada para este tipo de pacientes oscila entre 500 mg a 1 g vía oral cada doce horas.

- **Nifedipino:** se indica de manera condicional cuando la PA supera los 160/110 mmHg a una dosis de 10 mg vía oral. Esta dosis puede repetirse a los treinta minutos si se requiere.
- **Labetalol:** teniendo en cuenta previamente los criterios de contraindicación, el Labetalol es un medicamento de administración lenta vía endovenosa a una dosis de 20 mg durante un par de minutos. De ser necesario se puede repetir su administración doblando la dosis, cuidando de no sobrepasar los 220 mg. Este medicamento puede continuar siendo colocado a perfusión continua con una dosis de 100 mg cada seis horas.
- **Hidralacina:** medicamento de administración endovenosa a una dosis de 5 mg en bolo para el control de la PA. De ser necesario se podría continuar la administración de Hidralacina a razón de 3 y 10 mg por hora.

El abordaje de los casos de preeclampsia incluye un manejo multidisciplinario con el fin de garantizar el bienestar de la madre y su bebé; y en ese sentido, cuando se presenta un caso de gestantes con menos de 34 semanas, según los protocolos establecidos por el INMP, sin evidencia de alteraciones en órganos blancos, se administran corticoides para la maduración pulmonar fetal ^(30,31) y se culmina el embarazo por la mejor vía; sin embargo, en caso de gestaciones con menos de 24 semanas, tomando en cuenta el riesgo beneficio, se busca terminar el embarazo para salvar la vida de la madre.

Por otro lado, en cuanto al uso de medicamentos para el control de la PA, deben continuar durante el post parto por al menos 48 horas para garantizar la normalidad en la PA. Según la evolución favorable de la paciente y la indicación médica podría cesar la indicación del medicamento ⁽¹⁷⁾.

En cuanto a la razones o indicaciones para culminar el embarazo, independiente de las semanas gestacionales, tenemos ^(1,17,24,25,28):

- a. Maternas: presencia de alteraciones de órgano blanco como falla o deterioro en la función renal y hepática, hematoma subcapsular hepático o ruptura, hemorragia intracerebral, edema pulmonar, alteraciones hematológicas, hipertensión persistente, DPP, alteraciones neurológicas, pródromos de eclampsia o la enfermedad propiamente dicha, entre otros.
- b. Fetales: pérdida de bienestar fetal, perfil biofísico con valores menores a 4 o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) severo, Doppler de arteria umbilical con diástole revertida o ausente, oligohidramnios asociado a RCIU, entre otros.

1.3.2.8 MANEJO DE LA ECLAMPSIA

El abordaje incluye el control y prevención de las convulsiones tónico-clónicas, que ocurren aun en ausencia de presiones arteriales elevadas, con el uso de sulfato de magnesio ⁽²³⁾ a dosis de ataque y mantenimiento similares a los del manejo de preeclampsia ^(1, 17).

De igual manera se debe monitorear la hipoxemia y/o acidosis materna, las funciones vitales y solicitar exámenes de laboratorio para evaluar las constantes hematológicas, hepáticas y renales, además de realizar pruebas de bienestar fetal. Todo ello considerando una previa coordinación con las unidades de hospitalización respectivas ante complicaciones maternas y neonatales.

El parto en estos casos generalmente es por vía alta, es decir una cesárea de emergencia, quedándose la paciente en evaluación durante el postparto en la unidad hospitalaria ⁽¹⁷⁾.

1.3.2.9 MANEJO DEL SÍNDROME DE HELLP

Este síndrome es considerado como uno de los estados más severos de los THE y su ocurrencia contribuye a los registros de morbilidad materna extrema; ya que genera diversas complicaciones en la madre como insuficiencia respiratoria/cardíaca/renal, ruptura hepática, DPP, disfunción neurológica y hematológica, hemorragia postparto, entre otros ⁽²⁴⁾.

Diversos estudios han demostrado que el manejo de esta patología requiere hospitalizar a la paciente para estabilizar su estado de salud y el de su bebé; asimismo se valora la posibilidad de culminar el embarazo por la mejor vía, independiente de la edad gestacional con el uso previo de corticoides para la maduración pulmonar del feto ^(1,9).

1.3.2.10 HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTURA HEPÁTICA

Una de las complicaciones graves durante el desarrollo del síndrome de HELLP es la ruptura hepática y/o hematoma subcapsular con una incidencia de 1%; asimismo constituye un antecedente de riesgo para futuros embarazos con una prevalencia que oscila entre el 4 al 27% ⁽²⁸⁾.

Ante el diagnóstico o sospecha clínica se debe iniciar con el abordaje multidisciplinario de manera inmediata, que incluye procedimientos de embolización de arterias hepáticas ⁽¹⁸⁾ o abordaje quirúrgico ante sangrado y/o dolor persistente, que incluye empaquetamiento hepático y colocación de “bolsa de Bogotá” o trasplante ^(29, 31).

Asimismo, si la complicación ocurre durante el embarazo se debe culminar la gestación de manera inmediata con una cesárea de emergencia, para facilitar el abordaje quirúrgico del hígado; si por el contrario ocurriera durante el puerperio con criterios de bienestar hepático se puede optar por un abordaje conservador.

VÍA DEL PARTO

Según el ACOG el nacimiento del feto debe ser por la mejor vía y esta sigue siendo considerada la vía vaginal antes que la cesárea^(1,28), y en los protocolos de instituciones de renombre como el INMP, en donde la preeclampsia constituye el segundo motivo por el cual se realizan cesáreas⁽⁶⁾, se implementa el uso de diversos medicamentos para la maduración cervical de este tipo de pacientes⁽²⁴⁾, considerando previamente la edad gestacional, los cambios cervicales, la presentación fetal, entre otros^(1, 17,26).

Es importante mencionar que las pacientes preeclámpicas con criterios de severidad deben contar resultados de riesgo anestésico ante una posible intervención quirúrgica, ya que el empleo de la anestesia regional, siempre que no se identifiquen contraindicaciones, es el preferido para este tipo de pacientes porque permite un control efectivo de la PA y mejora el flujo sanguíneo placentario.

1.3.2.11 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PREECLAMPSIA

Si un trastorno hipertensivo del embarazo recurre en embarazos posteriores, las mujeres con antecedentes de esta patología tienden a tener Hipertensión Gestacional (25%) en lugar de 4%; sin embargo mientras las mujeres con preeclampsia previa pueden desarrollar Hipertensión gestacional (15%) o preeclampsia (15%).

Los riesgos a largo plazo de la preeclampsia y la hipertensión gestacional están bien establecidos, estas pacientes están más propensas a desarrollar factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares (hipertensión), diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares o muerte.

Se ha descrito que la hipertensión arterial crónica se desarrolla con mas significancia luego de haber presentado Preeclampsia.

CONTROL POSPARTO ^(1,31)

En el post parto se realiza la evaluación continua de las funciones vitales, diuresis horaria y control de las constantes bioquímicas y hematológicas de la paciente; asimismo, se debe continuar con la administración de los medicamentos antihipertensivos que se colocaron durante el embarazo como el sulfato de magnesio durante 24 horas post parto y el monitoreo minucioso de la administración de líquidos, evaluando en todo momento la respuesta y el estado de la paciente.

Al evidenciar mejorías en la PA de la paciente y luego de las 24 horas de administración post parto de sulfato de magnesio se puede suspender el tratamiento y se puede considerar el alta teniendo en cuenta una evolución clínica favorable y normalización en los resultados de los exámenes de laboratorio. En caso de no presentar mejorías en la PA con persistencia de la sintomatología y riesgo de eclampsia, se podría indicar extender el tratamiento por otras 24 horas más; sin embargo, también es posible el empleo de otro tipo de medicamentos antihipertensivos que deben ser indicados por el especialista en cardiología.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS

1. Revisar y analizar la literatura actual correspondiente al tema de trastornos hipertensivos del embarazo haciendo énfasis en la Preeclampsia.
2. Contrastar y comparar el manejo descrito en las normas técnicas y/o protocolos con el presente actuar en el caso clínico.
3. Sugerir mejoras para el manejo de estos pacientes de alto riesgo obstétrico.
4. Conocer el manejo en un hospital nivel III.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Fecha: 12 de Agosto del 2021

Hora: 21:36 horas

DATOS DE FILIACIÓN:

- **Nombre:** V C A Y
- **Edad:** 41 años
- **Fecha de Nacimiento:** 20/07/1980
- **Grado de instrucción:** Secundaria completa
- **Estado Civil:** conviviente
- **Etnia:** Mestizo
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Religión:** católica
- **Lugar de domicilio:** Villa El Salvador, Lima
- **Lugar de nacimiento:** Lima, Perú

ANAMNESIS: 12 de Agosto del 2021 Hora: 21:36 horas

Enfermedad actual

- **Tiempo de enfermedad:** 1 día
- **Forma de inicio:** insidioso
- **Curso:** Episódico
- **Relato:** Paciente acude al servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal por presentar una PA 148/100 en puesto de salud; asimismo refiere que el día anterior, aproximadamente a las 22:10 hrs, presentó sangrado vaginal. Paciente percibe movimientos fetales, niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal actual, niega síntomas de irritación cortical. En ecografía procedente de puesto de salud se detalla una

- **Neurológico:** Normal, reflejos conservados (++)
- **Aparato urinario:** Normal
- **Abdomen:** Ocupado por útero grávido, tono conservado
- **Extremidades:** Normal
- **Piel:** Normal

Examen ginecológico:

- **Genitales externos:** Normal
- **Vagina:** Normal, amplia, elástica, profunda
- **Cérvix:** Blando, cerrado, anterior
- **Útero:** grávido con tono conservador
- **Anexos:** Normal
- **Fondo de saco de Douglas:** Normal
- **Parametrios:** Normal
- **Mamas:** Blandas no secretantes

Especuloscopia: Se aprecia cérvix sin lesiones, escaso sangrado.

Examen obstétrico

- **Abdomen:** AU: 26 cm LCF: 166/min DU: ausente SPP: No se
detalla PF: 1000 g
- **Tacto vaginal:** Pelvimetría: adecuada Tipo de pelvis: ginecoide
Compatibilidad F-P: si

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

- Segundigesta de 28 semanas 2 días por ECO de 1° trimestre

- No trabajo de parto
- THE: D/C de preeclampsia severa
- D/C Oligohidramnios
- ARO: Edad Materna Extrema

PLAN DE TRABAJO:

- Hidratación
- Antihipertensivos condicionales
- Maduración pulmonar fetal
- Solicitar perfil de preeclampsia
- Solicitar ecografía Doppler
- Monitoreo Materno Fetal
- I/C a la unidad UCI NEO
- Pasa a la Unidad de Observación
- Reevaluación con resultados

TRATAMIENTO:

- NaCl 0.9% 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y luego 30 gts por minuto
- Betametasona 12 mg IM cada 24 horas, 2 dosis
- Nifedipino 10 mg VO, PRN a PA > 160/110
- Control obstétrico: Dinámica uterina y Latidos Cardiacos Fetales

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 12/08/2021

Tabla 1.- Perfil materno y set de preeclampsia

Prueba	Hora	Criterio	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Tipificación sanguínea	21:46 hrs	Grupo sanguíneo	O	-	-
		Factor RH	Positivo	-	-
Hemograma completo	21:46 hrs	Hemoglobina	11.8	g/dL	Mujeres: [12-16]
		Hematocrito	36	%	Mujeres: [36-47]
		Hematíes	3760000	mm ³	[480000-560000]
		Plaquetas	242000	mm ³	[150000-350000]
		Leucocitos	10500	mm ³	[4500-10000]
		Segmentados	63	%	[42-72]
		Eosinófilos	8	%	[0-5]
		Basófilos	0	%	[0-1]
		Monocitos	9	%	[2-8]
		Linfocitos	20	%	[20-51]
Proteína C reactiva	23:01 hrs	PCR	17.7	mg/L	[0-5]
Creatinina en sangre	22:04 hrs	Creatinina	0.93	mg/dL	Gestante: [0.7-1.4]
Urea en sangre	22:06 hrs	Urea	22	mg/dL	Gestante: [17-49]
Glucosa en sangre	22:11 hrs	Glucosa	98	mg/dL	Gestante: [95]
Proteínas totales / fraccionadas	22:07 hrs	Totales	6.09	mg/dL	[4.1-8.0]
		Albumina	2.87	mg/dL	[3.5-5.2]
		Globulina	3.22	mg/dL	[2.9-3.5]
Perfil hepático	22:33 hrs	Bilirrubina total	0.24	mg/dL	Gestante: [0-1.2]
		Bilirrubina directa	0.14	mg/dL	Gestante: [0-1.3]
		TGO	15	U/L	Gestante: [0-30]
		TGP	16	U/L	Gestante: [0-32]
Perfil de coagulación	22:33 hrs	Tiempo de protrombina	9.8	S	No precisa
		Tiempo parcial tromboplastina	28.4	S	[12-15]
		Fibrinógeno	477	mg/dL	No precisa
		Plaquetas	242000	mm ³	[150000-350000]

Tabla 2.- Ecografía fetal Doppler

Estructura	Criterios	Hallazgo	Conclusiones
Presentación fetal	Presentación	Longitudinal cefálico izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> GUA de 28 semanas 3 día por ECO I T
Biometría fetal	DBP	64 mm	<ul style="list-style-type: none"> Ponderado fetal menor de P1
	HC	243 mm	<ul style="list-style-type: none"> RCIU severo
	AC	208 mm	<ul style="list-style-type: none"> Doppler de arteria umbilical > P95 con diástole presente
	LF	45 mm	<ul style="list-style-type: none"> Arteria cerebral media < P5
	Ponderado fetal	802 g < P1	<ul style="list-style-type: none"> ICP en P1
	Sexo	-	<ul style="list-style-type: none"> Redistribución de flujos
	LCF	148 por minuto	<ul style="list-style-type: none"> Ductus venoso normal
Anexos fetales	Cordón	2 A y 1 V	<ul style="list-style-type: none"> Anhidramnios
	Placenta	Anterior grado II	
	Líquido amniótico	0 cm	
	Visualización	Mala	
	Morfología fetal	No evaluable	
Doppler	IP Doppler umbilical	1.4 P 98	
	IP cerebral media	1.2 P 1	
	IP Ductus Venoso	0.39 P 11	
	IP Uterina	D: IP 2.64	
I: IP 1.15			
Observaciones	Evaluación anatómica y biometría limitada por feto comprimido		

RESPUESTA INTERCONSULTA UCI NEO: 12/08/21 22:45 hrs

Servicio de UCI NEO toma conocimiento del caso e indica que si hay cupos disponibles para hospitalización del neonato.

RE-EVALUACIÓN: 12/08/2021 22:48 hrs

Se reevalúa a la paciente con los resultados de los EXÁMENES auxiliares, en donde se aprecia un PF de 802 g (menor de P1), placenta corporal anterior grado II, ILA 0, Doppler alterado, UCI Neo reporta que cuenta con cama de hospitalización disponible. Paciente refiere que percibe los movimientos fetales, niega síntomas de irritación cortical, niega pérdida de líquido amniótico, niega otras molestias.

EXAMEN FÍSICO:

- **Funciones vitales**

FC: 80 x min T: 37 °C PA: 150/90 mmHg

- **Estado general:** Paciente en AREG y LOTEPE

- **Abdomen:** Ocupado por útero grávido con tono conservado, feto único en LCI.

FCF: 134 x min DU: ausente MF: presentes

- **Tacto vaginal:** Cérvix cerrado, largo, posterior

- **SNC:** ROT 2/4 +

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta de 28 semanas 2 días por ECO de 1° trimestre
- No trabajo de parto
- THE: Preeclampsia severa
- RCIU severo

- ARO: Edad Materna Extrema

PLAN DE TRABAJO

- Culminar gestación por vía alta
- Protocolo de sulfato
- Hidratación

TRATAMIENTO:

- NaCl 0.9% 1000 CC., pasar 60 gts por minuto
- NaCl 0.9% 50 cc + MgSO_4 al 20% 5 ampollas, pasar 50 CC a 20 gts por min y luego 10 cc cada hora
- Cefazolina 2 g EV pre SOP
- Metildopa 500 mg VO cada 12 hrs
- Nifedipino 10 mg VO, PRN a PA > 160/110
- Control obstétrico: Dinámica uterina y Latidos Cardiacos Fetales
- Sonda Foley permeable
- Preparar para SOP

INFORME QUIRÚRGICO: Ingreso 12/08/2023, 23:43 hrs

Intervención obstétrica de emergencia

Inicio: 13/08/2021, 00: 01 hrs Final: 13/08/2021, 00:47 hrs

Analgesia: epidural

Diagnóstico pre-operatorio primario

- Preeclampsia severa

O14.1

Diagnóstico pre-operatorio secundario

- No trabajo de parto antes de las 37 sem de gestación O47.01
- G2 de 28 semanas -----
- Atención materna por déficit de crecimiento fetal (RCIU) O36.5
- Anhidramnios (ausencia de líquido amniótico) O41.01

Diagnóstico post-operatorio primario

- Preeclampsia severa O14.1

Diagnóstico post-operatorio secundario

- G2 de 28 semanas -----
- Atención materna por déficit de crecimiento fetal (RCIU) O36.5
- Desprendimiento prematuro de placenta O45.9
- No trabajo de parto antes de las 37 sem de gestación O47.01
- Anhidramnios (ausencia de líquido amniótico) O41.01

Procedimientos quirúrgicos

- Cesárea solamente

Hallazgos

- Placenta: patológico Inserción: DPP 40% Ubicación: anterior LA: ausente
- RN: vivo Sexo: masculino Peso: 980 g Talla:36cm
Apgar: 6, 8
- SIO: 500 cc Diuresis: 400 cc Infiltración de útero en un 20%
- Pinzamiento y corte de cordón umbilical: Precoz <2'

EVALUACIÓN POST OPERATORIA: 13/08/2021 1:15 hrs Paciente

con los diagnósticos planteados pre SOP, se le inició protocolo de MgSO_4 y Metildopa.

Actualmente paciente sin síntomas de irritación cortical.

PLAN DE TRABAJO:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc + oxitocina 30 UI, pasar a 30 gts por minuto. 2 frascos
- NaCl 0.9% 500 + MgSO_4 al 20% 5 ampollas, pasar 10 cc por hora
- Tramadol 100 mg EV cada 8 horas
- Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas
- Metildopa 500 mg VO cada 8 horas
- Nifedipino 10 mg VO, PRN a PA > 160/110
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Sonda Foley permeable
- Se solicita set de preeclampsia
- Se solicita I/C a UCIM

RESPUESTA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS: 13/08/21 05:00 hrs

Médico especialista toma conocimiento del caso. Al evaluar a la paciente se encuentra hemodinámicamente estable con protocolo de MgSO_4 . No patología orgánica asociada a preeclampsia severa. Se sugiere continuar con el protocolo establecido

INGRESO A PISO DE HOSPITALIZACIÓN: 13/08/2021

06:25 hrs

Ingresa paciente procedente de recuperación de SOP debido a cesárea de emergencia por preeclampsia severa y desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Actualmente con funciones vitales estables, paciente refiere dolor en la herida operatoria de modera intensidad, niega síntomas de irritación cortical.

Funciones biológicas:

- Apetito y sed conservado
- Orina y deposiciones: no hasta el momento
- Sueño: aumentado

ANTECEDENTES PERSONALES

Generales: Tabaco/ alcohol/ drogas/ transfusiones: niega

GS y F RH: O (+)

Fisiológicos:

Menarquia: 14 años RC: 7/irregular

Inicio RS: 18 años

Andría: 5

Frecuencia RS: ocasional

MAC anterior: Inyectable

trimestral

G 2 P1102

FUP: 13/08/21

Mayor ponderado fetal: 2400 g

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Transfusiones: Niega

ANTECEDENTES FAMILIARES: Niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 70 x min T: 36.9 °C PA: 131/87 mmHg FR: 16 x
min Peso: 64 kg Talla: 1.65 m

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** Regular
- **Aparato Cardiovascular:** THE, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/+++
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo, cuello central, cilíndrico, móvil
- **Aparato cardio-respiratorio:** RCR de buena intensidad, MV pasa bien por ACP
- **Abdomen:** Globuloso. Herida Operatoria cubierta con gasas limpias y secas.
AU: 15cm
- **Aparato urinario:** No globo vesical **PPL:** (-) **PRU:** (-)
- **Aparto locomotor y extremidades:** móviles **Edemas:** 1/4+
Reflejos: 2/4+
- **Sistema nervioso:** Lotep

Examen ginecológico:

- **Mamas:** Mama derecha blanda, mama izquierda turgente
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos sin mal olor
- **Útero:** contraído por debajo de la cicatriz umbilical

DIAGNÓSTICO:

- Post Operada de 8 hrs por preeclampsia severa y DPP
- THE: preeclampsia severa

PLAN DE TRABAJO:

- Monitoreo clínico
- Masaje uterino externo
- Protocolo de MGSO_4
- Antihipertensivo
- Efectivizar set de preeclampsia

TRATAMIENTO:

- NPO por 6 horas, luego dieta líquida
- NaCl 0.9% 1000 cc + oxitocina 30 UI, pasar a 30 gts por minuto. 2 frascos
- NaCl 0.9% 500 + MGSO_4 al 20% 5 ampollas, pasar 10 cc por hora
- Metildopa 500 mmHg VO cada 8 horas
- Tramadol 100 mg EV cada 8 horas
- Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8 horas
- Nifedipino 10 mg VO, PRN a PA > 160/110
- Control de BHE + sonda Foley permeable
- Vigilar signos de alarma
- Control de PA cada 4 horas

LOTEP AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 14/08/2021

Tabla 3.- Set de preeclampsia

Prueba	Hora	Criterio	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemograma	04:02 hrs	Hemoglobina	9.9	g/dL	Mujeres: [12-16]
		Hematocrito	30	%	Mujeres: [36-47]
Creatinina en sangre	04:29 hrs	Creatinina	0.73	mg/dL	Gestante: [0.7-1.4]
Urea en sangre	04:29 hrs	Urea	22	mg/dL	Gestante: [17-49]
Perfil hepático	04:30 hrs	Bilirrubina total	0.2	mg/dL	Gestante: [0-1.2]
		Bilirrubina directa	0.08	mg/dL	Gestante: [0-1.3]
		Bilirrubina indirecta	0.12	mg/dL	No precisa
		TGO	15	U/L	Gestante: [0-30]
		TGP	12	U/L	Gestante: [0-32]
Perfil de coagulación	04:20 hrs	Tiempo de protrombina	9.1	S	No precisa
		Tiempo parcial tromboplastina	20.9	S	[12-15]
		Fibrinógeno	427	mg/dL	No precisa
		Plaquetas	209000	mm ³	[150000-350000]

HOSPITALIZACIÓN DÍA 1: 14/08/2021 09:15 hrs

Paciente en reposo, sin su bebé. Refiere hinchazón de manos y pies, dolor en herida operatoria de moderada intensidad, niega síntomas de irritación cortical

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 96 x min T: 36.6 °C PA: 122/76 mmHg FR: 15 x min

SatO2: 97%

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** REG, REN, REH
- **Piel:** llenado capilar < 2 seg
- **Mamas:** blandas no secretantes
- **Abdomen:** Herida Operatoria de 15 cm cubierta con gasas limpias y secas.
Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor
- **SNC:** Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona (Lotep)

Diagnóstico

- Paciente PO1 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa
- Anemia moderada

Plan de trabajo

- Monitoreo clínico
- Analgésicos
- Antihipertensivos

Tratamiento

- Dieta blanda

- Vía salinizada
- Tramadol 100 mg EV + Dimenhidrinato 50 mg VO, PRN a dolor
- Metildopa 500 mg VO cada 8 horas
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas
- Paracetamol 1 g EV cada 8 horas
- Loratadina 10 mg Vo cada 12 hrs

SEGUIMIENTO HOSPITALIZACIÓN: 14/08/2021 20:30 hrs

Equipo de guardia evalúa a la paciente por alza térmica. Paciente refiere congestión nasal y escalofríos. Niega otras molestias.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 93 x min T: 38°C PA: 100/60 mmHg

FR: 18 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** REG, REN, REH
- **Piel:** llenado capilar < 2 seg
- **Tórax y pulmones:** MV pasa bien por ACP, no
- **Mamas:** blandas no secretantes
- **Abdomen:** Blando depresivo, HO cubierta con gasa no secretante
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor

- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO1 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa
- Anemia moderada
- Síndrome febril, d/c Covid 19 vs IVRA

Plan de trabajo

- Hidratación
- Antipirético
- Antihipertensivos
- Solicitar prueba de Antígeno Covid 19

Tratamiento

- NaCl 0.9% 1000 cc, pasar 300 cc a chorro, luego a 25 gotas por minuto
- Metamizol 2g EV PRN T° >38°C
- Metildopa 500 mg VO cada 8 horas
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 1 g EV cada 8 horas
- Loratadina 10 mg Vo cada 12 hrs
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Cualquier eventualidad comunicar a MAG

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 14/08/2021

Tabla 4.- Prueba de antígeno para la detección del Virus SARS-CoV-2

Prueba	Hora	Resultado
Antígeno Covid-19	No precisa	No reactivo

HOSPITALIZACIÓN DÍA 2: 15/08/2021 07:41 hrs

Paciente en reposo con vía salinizada sin su bebé. Refiere dolor en herida operatoria, leve sangrado vaginal; asimismo refiere congestión nasal leve y tos, niega otras molestias al momento de la entrevista.

Examen físico: Funciones vitales: FC: 78 x min T: 37.3 °C

PA:117/72 mmHg FR: 17 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** REG, REN, REH
- **Piel:** Normotensa, llenado capilar < 2 seg
- **Mamas:** blandas, no dolorosas, secretantes de calostro
- **Abdomen:** Útero contraído, debajo de la cicatriz umbilical. Herida Operatoria sin apósito con suturas afrontadas sin signos de flogosis. AU: 15 cm
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor
- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO2 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa

Plan de trabajo

- Analgésicos
- Monitoreo materno
- Solicitar examen de orina completo
- Solicitar hemograma completo
- Solicitar interconsulta a cardiología

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Metamizol 2g EV PRN T°>38°C
- Metildopa 250 mg VO cada 8 horas (se suspende)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 15/08/2021

Tabla 5.- Hemograma completo

Prueba	Hora	Criterio	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemograma completo	12:27 hrs	Hemoglobina	9.9	g/dL	Mujeres: [12-16]
		Hematocrito	31	%	Mujeres: [36-47]
		Leucocitos	16100	mm ³	[4500-10000]
		Segmentados	78	%	[42-72]
		Monocitos	6	%	[2-8]
		Linfocitos	15	%	[20-51]

Laboratorio en orina. Fecha: 15/08/2021

Tabla 6.- Exámenes auxiliares en orina

Prueba	Hora	Estructura	Criterio	Resultado	Referencia
Examen completo de orina	10:00 hrs	Generalidades	Densidad	1005	-
			Aspecto	Ligeramente turbio	-
			pH	6	-
			Color	Amarillo	-
		Elementos anormales	Albumina	Negativo	-
			Glucosa	Negativo	-
			Acetona	Negativo	-
			Sangre	Negativo	-
			Pig. Biliares	Negativo	-
			Urobilina	Negativo	-
			Nitritos	Negativo	-
		Sedimentos	Leucocitos	1-Feb	xC
			Hematíes	NSO	xC
			Cilindros	NSO	
			Células epiteliales	Regular cantidad	
			Cristales	Cristales de oxalato de calcio	
Otros	Gérmenes escasos				

RESPUESTA INTERCONSULTA CARDIOLOGÍA: 15/08/21 10:00 hrs

El especialista toma conocimiento del caso e indica el manejo con los siguientes medicamentos:

- Suspender el uso de metildopa
- Losartan 50 mg 1 TAB VO cada 24 horas, iniciar a las 8 am, por 30 días
- Amlodipino 5 mg 1 TAB cada 24 horas, iniciar a las 8 pm, por 30 días

HOSPITALIZACIÓN DÍA 2: 16/08/2021 07:41 hrs

Paciente en reposo, sin vía y sin su bebé. Refiere dolor en herida operatoria, leve sangrado vaginal, malestar en la garganta, niega otras molestias. Se evidencia la presencia de tos al momento de la entrevista.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 78 x min T: 37.3 °C PA: 117/72 mmHg

FR: 17 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** REG, REN, REH
- **Piel:** Normotensa, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** A la auscultación se evidencian ronos sonoros a nivel del hemitórax derecho
- **Mamas:** blandas, no dolorosas, secretantes de calostro
- **Abdomen:** Útero contraído, debajo de la cicatriz umbilical. Herida Operatoria con suturas afrontadas sin signos de flogosis
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor

- **SNC:** Lotep, Glasgow 15/15

Diagnóstico

- Paciente PO3 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa
- Bronquitis aguda

Plan de trabajo

- Analgésicos
- Monitoreo materno
- Antihipertensivos condicionales
- Solicitar I/C a medicina interna
- Re- evaluación con resultados de interconsulta

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Metamizol 1g EV PRN $T^{\circ} > 38^{\circ}C$
- Losartan 50 mg VO cada 24 hrs (8 am)
- Amlodipino 5 mg Vo cada 24 hrs (8 pm)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA $> 160/110$
- Paracetamol 300 mg VO cada 8 horas
- Amoxicilina 300 mg + Acido clavulánico 125 mg VO cada 8 horas
- Simeticona 80 mg VO, 30 gts cada 8 horas
- Dextrometofano jarabe, 5cc cada 8 horas
- N-Acetilcisteína 200 mg VO cada 8 horas

- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal

HOSPITALIZACIÓN DÍA 3: 17/08/2021 08:40 hrs

Paciente en reposo, actualmente sin su bebé. Refiere leve dolor en herida operatoria, diuresis y deposiciones (+). Niega otras molestias

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 71 x min T: 37.3 °C PA: 140/70 mmHg

FR: 16 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** AREG, AREN, AREH
- **Piel:** Normotensa, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** Sibilantes en ápice de hemitórax derecho
- **Mamas:** blandas, no dolorosas, secretantes de calostro
- **Abdomen:** Útero contraído, debajo de la cicatriz umbilical. Herida Operatoria con suturas afrontadas sin signos de flogosis
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor
- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO4 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa en tratamiento
- Bronquitis aguda en remisión

Plan de trabajo

- Antihipertensivos
- Analgésicos
- Monitoreo materno
- Efectivizar I/C a medicina interna

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Losartan 50 mg VO cada 24 hrs (8 am)
- Amlodipino 5 mg Vo cada 24 hrs (8 pm)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 1g VO cada 8 horas
- Amoxicilina 300 mg + Acido clavulánico 125 mg VO cada 8 horas
- Simeticona 80 mg VO, 30 gts cada 8 horas
- Dextrometofano jarabe, 5cc cada 8 horas
- N-acetilcisteína 200 mg VO cada 8 horas
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal

RESPUESTA INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA: 17/08/21

13:20 hrs

El especialista toma conocimiento del caso e indica continuar con el manejo de la preeclampsia; asimismo indica continuar con antibioticoterapia para IVRA a pesar

de medicación antihipertensiva. Se indica Clorfenamina 4 mg VO cada 8 horas por 3 o 4 días.

HOSPITALIZACIÓN DÍA 4: 18/08/2021 08:30 hrs

Paciente en reposo, sin vía y sin su bebé. Niega molestias en herida operatoria, sangrado vaginal escaso, congestión nasal marcada. Diuresis y deposiciones (+).

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 73 x min T: 37.3 °C PA: 135/75 mmHg

FR: 17 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** AREG, AREN, AREH
- **Piel:** Normotensa, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** MV pasa bien por ambos campos pulmonares
- **Mamas:** blandas, no dolorosas, secretantes de calostro
- **Abdomen:** Blando depresible, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical. Herida Operatoria con suturas afrontadas sin signos de flogosis
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor
- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO5 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa en tratamiento
- Bronquitis aguda en remisión

Plan de trabajo

- Antihipertensivos
- Analgesia
- Monitoreo materno
- Solicitar set de preeclampsia

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Losartan 50 mg VO cada 24 hrs (8 am)
- Amlodipino 5 mg Vo cada 24 hrs (8 pm)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
- Amoxicilina 300 mg + Acido clavulánico 125 mg VO cada 8 horas
- Simeticona 80 mg VO, 30 gts cada 8 horas
- Dextrometrofano jarabe, 5cc cada 8 horas
- N-acetilcisteína 200 mg VO cada 8 horas
- Clorfenamina 4 mg VO cada 8 horas
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 18/08/2021

Tabla 7.- Set de preeclampsia

Prueba	Hora	Criterio	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemograma	18:23 hrs	Hemoglobina	11.1	g/dL	Mujeres: [12-16]
		Hematocrito	34	%	Mujeres: [36-47]
Creatinina en sangre	17:57 hrs	Creatinina	0.73	mg/dL	Gestante: [0.7-1.4]
Urea en sangre	17:57 hrs	Urea	28	mg/dL	Gestante: [17-49]
Perfil hepático	17:58 hrs	Bilirrubina total	0.32	mg/dL	Gestante: [0-1.2]
		Bilirrubina directa	0.1	mg/dL	Gestante: [0-1.3]
		TGO	12	U/L	Gestante: [0-30]
		TGP	17	U/L	Gestante: [0-32]
Perfil de coagulación	18:53 hrs	Tiempo de protrombina	11.7	S	No precisa
		Tiempo parcial tromboplastina	24.8	S	[12-15]
		Fibrinógeno	616	mg/dL	No precisa
		Plaquetas	387000	mm ³	[150000-350000]

HOSPITALIZACIÓN DÍA 5: 19/08/2021 08:40 hrs

Paciente en reposo, sin vía, sin su bebé. Refiere dolor leve a nivel de la herida operatoria.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 75 x min T: 37 °C PA: 135/70 mmHg

FR: 16 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** AREG, AREN, AREH
- **Piel:** Normotensa, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** MV pasa bien por ambos campos pulmonares

- **Mamas:** blandas, no dolorosas, secretantes de calostro
- **Abdomen:** Blando depresible, útero contraído por debajo de cicatriz umbilical.
Herida Operatoria limpia, afrontada, sin signos de flogosis. AU: 13 cm
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor
- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO6 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa en tratamiento
- Bronquitis aguda en remisión

Plan de trabajo

- Antihipertensivos
- Analgesia
- Monitoreo materno
- Solicitar hemograma completo

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Losartan 50 mg VO cada 24 hrs (8 am)
- Amlodipino 5 mg Vo cada 24 hrs (8 pm)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
- Amoxicilina 300 mg + Acido clavulánico 125 mg VO cada 8 horas
- Simeticona 80 mg VO, 30 gts cada 8 horas

- Dextrometofano jarabe, 5cc cada 8 horas
- N-acetilcisteína 200 mg VO cada 8 horas
- Loratadina 10 mg VO cada 8 horas
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 19/08/2021

Tabla 8.- Hemograma completo

Prueba	Hora	Criterio	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemograma completo	09:09 hrs	Hemoglobina	11.5	g/dL	Mujeres: [12-16]
		Hematocrito	35	%	Mujeres: [36-47]
		Hematíes	3660000	mm ³	[480000-560000]
		Plaquetas	420000	mm ³	[150000-350000]
		Leucocitos	12400	mm ³	[4500-10000]
		Segmentados	72	%	[42-72]
		Eosinófilos	7	%	[0-5]
		Monocitos	6	%	[2-8]
		Linfocitos	15	%	[20-51]

HOSPITALIZACIÓN DÍA 6:

20/08/2021

08:30 hrs

Paciente estable en reposo, sin vía endovenosa. Refiere dolor mínimo a nivel de la herida operatoria, niega otras molestias.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 82 x min T: 36.9 °C PA: 130/80 mmHg

FR: 16 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** AREG, AREN, AREH
- **Piel:** Normotensa, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** MV pasa bien por ambos campos pulmonares
- **Mamas:** blandas, no dolorosas, secretantes de calostro
- **Abdomen:** Blando depresible, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical. Herida Operatoria limpia, afrontada, sin signos de flogosis
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor
- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO7 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa en remisión
- Bronquitis aguda en remisión

Plan de trabajo

- Antihipertensivos

- Analgesia
- Monitoreo materno
- Solicitar hemograma completo

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Losartan 50 mg VO cada 24 hrs (8 am)
- Amlodipino 5 mg Vo cada 24 hrs (8 pm)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
- Amoxicilina 300 mg + Acido clavulánico 125 mg VO cada 8 horas
- Simeticona 80 mg VO, 30 gts cada 8 horas
- Dextrometofano jarabe, 5cc cada 8 horas
- N-acetilcisteína 200 mg VO cada 8 horas
- Loratadina 10 mg VO cada 8 horas
- Control de Funciones vitales (PA cada 4 horas en hoja aparte)
- Control de sangrado vaginal

EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio en sangre. Fecha: 21/08/2021

Tabla 9.- Hemograma completo

Prueba	Hora	Criterio	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemograma completo	04:10 hrs	Hemoglobina	12	g/dL	Mujeres: [12-16]
		Hematocrito	37	%	Mujeres: [36-47]
		Hematíes	3920000	mm ³	[480000-560000]
		Plaquetas	517000	mm ³	[150000-350000]
		Leucocitos	11900	mm ³	[4500-10000]
		Segmentados	59	%	[42-72]
		Eosinófilos	9	%	[0-5]
		Basófilos	1	%	[0-1]
		Monocitos	7	%	[2-8]
		Linfocitos	25	%	[20-51]

HOSPITALIZACIÓN DÍA 7: 21/08/2021 08:30 hrs

Paciente se encuentra en reposo, con evidente tristeza por el fallecimiento de su bebé.

No refiere molestias. Niega signos de irritación cortical

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 80 x min T: 37 °C PA: 123/82 mmHg FR: 17 x min

Examen físico general

- **Estado general y sensorio:** AREG, AREN, AREH
- **Piel:** T/H/E, llenado capilar < 2 seg
- **Mamas:** blandas, secretoras de calostro
- **Abdomen:** Blando depresible, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical. Herida Operatoria afrontada, sin signos de flogosis. AU: 12 cm
- **Genitales externos:** Loquios hemáticos escasos sin mal olor

- **SNC:** Lotep

Diagnóstico

- Paciente PO8 cesareada por preeclampsia severa + DPP
- THE: preeclampsia severa en remisión
- Bronquitis aguda en remisión

Plan de trabajo

- Antihipertensivos
- Analgesia
- Monitoreo materno

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Losartan 50 mg VO cada 24 hrs (8 am)
- Amlodipino 5 mg Vo cada 24 hrs (8 pm)
- Nifedipino 20 mg VO PNR PA >160/110
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
- Amoxicilina 300 mg + Acido clavulánico 125 mg VO cada 8 horas
- Dextrometrofano jarabe, 5cc cada 8 horas
- Loratadina 10 mg VO cada 8 horas
- Control de Funciones vitales
- MAC: preservativos
- Alta con indicaciones
- Control por consultorio externos.

2.3 DISCUSIÓN Y/O ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS DURANTE LA ATENCIÓN

Como bien podemos apreciar en el presente caso clínico, la paciente presentó presión alta en su primera evaluación además de referir cefalea. Se interrogaron antecedentes de importancia y la sintomatología con el fin de brindar una atención rápida y oportuna, así como mencionan las Guías de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de Preeclampsia y Eclampsia del Instituto Nacional Materno Perinatal; sin embargo, en la evaluación de la paciente podemos apreciar que la presión fue de consideración, sin embargo, los resultados de laboratorio mostraban valores dentro de rangos normales durante la evaluación se aprecia también en la primera evaluación en la emergencia un ítem donde consigna reevaluación con resultados siendo el diagnóstico adecuado con la valoración de la presión arterial y sintomatología; en el plan de trabajo se brindó la oportunidad de maduración pulmonar al feto debido a la edad gestacional, sin embargo no se llegó a completar debido al informe ecográfico con resultados de RCIU y Redistribución de flujos, siendo considerados hoy en día un parámetro para Culminar la Gestación.

- En todo momento de la atención a la paciente se le brindó información respecto a las complicaciones materno-fetales, por lo que previo su consentimiento se decidió la Cesárea y se siguió con el protocolo de Atención del Hospital, lo que ofreció todas las posibilidades para que el resultado neonatal fuera mejor.
- Finalmente, luego del abordaje médico establecido en este caso clínico, se obtuvo un neonato prematuro. En ese sentido, teniendo en cuenta que se trata de un neonato con un peso extremadamente bajo al nacer, es importante realizar un seguimiento de estos casos para evaluar su supervivencia, de modo que esto sirva como información importante para contribuir a un consenso a nivel nacional con evidencia científica de respaldo.

2.4 CONCLUSIONES

- Es de suma importante identificar los elementos de riesgo dentro de las atenciones prenatales ya que estos resultan ser indicadores de probabilidad ante la incidencia de esta enfermedad.
- Se evidencia que el diagnóstico inicial que se dio en el servicio de emergencia fue optimo, en contraste con los resultados obtenidos en el examen clínico y laboratorial; sin embargo, como personal obstetra deberíamos sugerir la sensibilización de la paciente en importancia de signos de alarma en el embarazo para así poder evitar una información sesgada durante la anamnesis.
- Resulta de vital importancia tomar en cuenta los registros de la presión arterial basal obtenida durante los controles prenatales ya que representa uno de los criterios para considerar el diagnóstico correcto.
- El manejo inicial de maduración pulmonar fetal no se concluyó debido a los riesgos existentes frente a las pruebas de bienestar en el fetal realizadas, lo cual aumento las posibilidades de mortalidad del recién nacido pese a haber tenido la oportunidad de contar con un ventilador disponible para su atención inmediata.
- Se presentaron dos complicaciones principales, la prematuridad en el feto y la preeclampsia. Aquella que ocasionó la culminación del embarazo y su interrupción inmediata, siendo esta misma antes manejada con SO₄Mg en servicio, brindando disminuir el riesgo de eclampsia, además de brindar neuroprotección al feto.

2.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a todo profesional obstetra la capacitación e investigación del tema ya que solo de esa manera podremos diagnosticar, sugerir al médico especialista una evaluación más exhaustiva sin dejar de pasar datos importantes que agraven la situación de nuestra paciente, para así poder actuar oportunamente con el adecuado manejo.
- Mencionar que el trabajo en equipo es muy importante.
- Una vez más queda demostrado la importancia de realizar una referencia oportuna hacia establecimientos de salud de mayor complejidad, ya que esto permite salvar vidas.
- El seguimiento de nuestras pacientes es un beneficio que nos ayuda a disminuir la mortalidad materna y perinatal.
- Terminar mencionando que tan importante la orientación y consejería antes, durante y después del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy.
2. Pacheco J. Preeclampsia / eclampsia: reto para gineco-obstetra. Acta Méd Per. 2006.
3. Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda Edición. Lima: REP SAC, 2007.
4. Chirinos J. Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. Acta Andina. 1995;4(1):25-34.
5. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú 2012. 2013.
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Información para la red 2013.
7. Organización Mundial de la salud (OMS). Objetivos del Milenio 4 y 5 (ODM 4-5): Reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. 2015. [enero del 2019].
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Muerte Materna. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 2014 [febrero del 2019].

9. MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional para el Análisis de Situación de Salud- SE 03-2019. (diciembre del 2018).
10. Alarcón Saldaña, Anderson Alexánder. 2019. «Complicaciones perinatales en neonatos de madres con preeclampsia hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2018». *Universidad Nacional de Cajamarca*.
11. De la Cruz Reyes, Vianey Dinaliz. 2018. «Asociación entre preeclampsia y enterocolitis necrotizante en neonatos prematuros de bajo peso al nacer».
12. Franco Paredes, Milagros Marina. 2022. «Preeclampsia como factor asociado a parto pretermino en gestantes atendidas en el servicio gineco-obstetricia en el hospital Maria Auxiliadora periodo enero2018 – marzo 2020». *Universidad Privada San Juan Bautista*.
13. García Chancay, Jannery Lisseth, y Génesis Stefany García Alava. 2022. «Preeclampsia como factor predisponente de parto pretérmino». Thesis, Universidad Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia.
14. Moreno, Edgar Rafael Granja, Jessica Paola Gualpa Gualpa, José Vicente Guzmán Palaguachi, y Andrea Alejandra Herrera Verdugo. 2022. «Preeclampsia Severa asociada a Parto Pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo». *Journal of American Health* 5(2).
15. Sandoval Barzola, Antonieta Albarosa. 2022. «Relación de la preeclampsia y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César De Marini Caro, Chanchamayo - Junín 2019». *Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión*.

16. Vergara Mendoza, Andrea Alejandra. 2020. «Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019». *Universidad Ricardo Palma*.
17. Skjerven R, Wilcox AJ, Lie RT. The Interval Between Pregnancies and the Risk of Preeclampsia. *N Engl J Med* 2002; 346 (1): 33-8
18. Vinnars M, Nasiell J, Holmstrom G, Norman M, Westgren M, and Papadogiannakis N. Association between placental pathology and neonatal outcome in preeclampsia: a large cohort study. *Hypertens Pregnancy*, 2014; 33(2): 145–158
19. Redman CW. Current topic: pre-eclampsia and the placenta. *Placenta*. 1991; 12:301–8.
20. Cetinkaya M, Bostan O, Koksall N, Semizel E, Ozkan H and Cakır S. Early left ventricular diastolic dysfunction in premature infants born to preeclamptic mothers. *J. Perinat. Med.* 39 (2011) 89–95
21. Anumba DOC, Robson SC. Management of pre-eclampsia and haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1999.
22. Shoji H, Koletzko B. Oxidative stress and antioxidant protection in the perinatal period. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2007; 10: 324–328.
23. Frank L. Development of antioxidant defenses in fetal life. *Semin Neonatol* 1998.
24. Kahramaner Z, Sutcuoglu S, Cicek E, Erdemir A, Cosar H, Turkoglu E, Colak A, and Ozer E. Homocysteine levels and its association with intraventricular

- hemorrhage in preterm infants born to preeclamptic mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2013; 26(18): 1833–1837
25. Levine RJ, Lam C, Qian C, Yu KF, Maynard SE, Sachs BP, Sibai BM, et al.; CPEP Study Group. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *N Engl J Med* 2006;355: 992–1005.
 26. Mutter WP, Karumanchi SA. Molecular mechanisms of preeclampsia. *Microvasc Res* 2008; 75:1–8.
 27. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. Hipertensión arterial y gestación. Mayo 2008:33-6.
 28. Khan KS. Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia: comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2003). Biblioteca de Salud reproductiva de la OMS.
 29. Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R, Ayoubi JM. Preeclampsia fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Vasc Health Risk Management*. 2011;7:467-74.
 30. Ganzevoort W, Sibai B. Temporising versus interventionist management (preterm and at term). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011 Aug;25(4):463-76. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.01.004.
 31. Vigil-De Gracia P, Reyes Tejada O, Calle Miñaca A, Téllez G, Chon VY, Herrarte E, Villar A, Ludmir J. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRES Latin Study, a randomized, multicenter clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 nov;209(5): 425.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.08.016.