



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS. ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS
MATERNOS**

TRABAJO ACADÉMICO

**“PREECLAMPSIA EN PUERPERA MEDIATA EN UN
HOSPITAL NIVEL III MINSA LIMA 2019”**

PRESENTADO POR:

CUENCA CUENCA ELIZABETH MIRSA ANA

ASESORA:

Mg. SANDRA DORIS CASANOVA GÓMEZ SÁNCHEZ

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

MOQUEGUA-PERÚ

2020

INDICE DE CONTENIDO

Carátula

PÁGINA DE JURADO-----	i
ÍNDICE DE CONTENIDO-----	ii
ÍNDICE DE TABLAS -----	iv
RESUMEN -----	v

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA-----	3
1.2. JUSTIFICACIÓN -----	2
1.2. MARCO TEÓRICO -----	3
1.2.1. Antecedentes -----	3
1.2.2 .Conceptos básicos de la enfermedad -----	4
• Fisiopatología -----	7
• Factores de riesgo -----	7
• Manejo -----	8
• Evolución -----	9

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVOS -----	13
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO -----	14
2.3. DISCUSIÓN -----	31
2.4. CONCLUSIONES -----	32
2.5. RECOMENDACIONES -----	33
BIBLIOGRAFÍA -----	34

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: EXÁMENES DE LABORATORIO EN EMERGENCIA----- 16

TABLA 2: EXÁMENES DE LABORATORIO CONTROL 08/01/2019 5AM ----- 20

TABLA 3: EXÁMENES DE LABORATORIO CONTROL 11/01/2019 6AM----- 28

RESUMEN

La preeclampsia es una patología multisistémica la cual trae consigo un sin número de complicaciones a corto y largo plazo, dichas complicaciones al no ser tratadas de manera oportuna pueden desencadenar el deceso de la madre, feto y/o recién nacido. La incidencia actual de preeclampsia aumenta en países subdesarrollados debido a que no existen protocolos estandarizados del manejo y seguimiento del mismo. El puerperio es el período más crítico después del parto, donde ocurren el mayor número de muertes maternas, siendo la principal causa los trastornos hipertensivos del embarazo.

Presentamos un caso clínico de una puérpera post cesárea de 4 días por preeclampsia severa, que acude a emergencia. Evaluada por ginecólogo de guardia, quién indica pasar a observación y luego de 5 horas, se decide hospitalizar en la Unidad de Cuidados Críticos Maternos con los diagnósticos Post cesárea de 4 días, Preeclampsia severa a descartar Síndrome de Hellp.

El trabajo es una revisión de caso de carácter descriptivo y retrospectivo, tomando como fuente la historia clínica de una puérpera mediata con preeclampsia de un Hospital Nivel III – Lima. Se concluye que los principales factores de riesgo en las puérperas mediatas para desarrollar preeclampsia fueron: inadecuado número de controles prenatales, inadecuada ingesta de antihipertensivos por parte de la paciente e inadecuado control de la presión arterial posterior al alta.

Palabras claves: Puérpera mediata, preeclampsia, post cesárea.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción Del Problema De Investigación

Actualmente, conocemos que los trastornos hipertensivos complican entre un 6 - 10% de las gestaciones, siendo responsables del mayor número de decesos materno y perinatal, por lo que actualmente es considerado un problema de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud informa que la incidencia aumenta en países de bajos recursos debido a las variaciones del manejo de la patología, lo que conlleva al aumento de la morbimortalidad comparada con países desarrollados. (1)

El Perú no es ajeno a esta realidad tan alarmante, durante el 2018, según el Boletín epidemiológico del Perú, se observa que el 56,7% de las muertes maternas se produjeron durante el puerperio, siendo el 62,6% de las muertes ocurridas debido a causas directas, siendo la principal causa fueron los trastornos hipertensivos en un 52,8%. (2)

El Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) cataloga la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva propia de la gestación con compromiso multiorgánico. El manejo médico usualmente es ineficaz ya que su presentación es tardía, lo que conlleva a una complicación tanto para la madre como el feto, debido a su etiología y naturaleza impredecible. (3)

La mayoría de trastornos hipertensivos se resuelven con la culminación del embarazo, sin embargo, existe un porcentaje de mujeres que incluso en la etapa del puerperio desarrollan hipertensión, debido a que no se conoce con exactitud en qué momento se normaliza la presión arterial, por lo que es recomendable vigilar este signo vital durante la estadía del paciente en el establecimiento de salud.

1.2.Justificación

En nuestro medio, existe muy poca bibliografía sobre la relación de preeclampsia y puerperio sobre todo el mediato, lo cual este caso clínico serviría de gran ayuda para actualizar la guía de manejo clínico, tratamiento y seguimiento de este trastorno hipertensivo que cada año aumenta la mortalidad materna, sobre todo en la jurisdicción de dicho hospital.

En el Hospital nivel III de Lima, de donde es el presente caso clínico, durante el año 2015, los trastornos hipertensivos del embarazo fueron una de las primeras causas de hospitalización de las gestantes, de las cuales muchas de ellas continúan con preeclampsia en el puerperio inmediato y mediato, lo cual representa un problema considerable debido a la cantidad de gestantes que pertenecen a la jurisdicción del nosocomio.

Debido a la alta demanda de pacientes y las complicaciones conocidas de esta patología en el embarazo y puerperio es importante conocer que factores de riesgo de la preeclampsia existen, para poder actuar oportunamente y evitar cualquier desenlace fatídico.

1.3.Marco Teórico

1.3.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Acosta Y. y Col. (2017), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo más frecuentes en gestantes y puérperas que eran hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Críticos, encontrándose entre los factores de riesgo para las puérperas: la edad entre 21 y 35 años, pacientes con antecedente de hipertensión arterial, nulíparas y multíparas con nuevo cónyuge. (4)

En el estudio de **Ruíz R. y Col. (2015)**, el cual se llevó a cabo en Bolivia, permitió conocer la prevalencia y duración de la hipertensión arterial posparto en pacientes con preeclampsia. Se obtuvo como resultado que el 78,9% presento hipertensión posparto de las cuales la presión arterial se pudo controlar al mes del parto, estos cambios están asociados a cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico y antihipertensivos orales. (5)

Hirshberg A. y Col. (2016) realizaron un trabajo de investigación sobre los factores asociados con el reingreso por hipertensión postparto en mujeres que hayan padecido hipertensión el embarazo, ellos encontraron que no existe una relación directa con el

modo del parto, sea vaginal o cesárea, a diferencia del número de horas de trabajo de parto lo cual incrementa el reingreso de las pacientes con hipertensión; además el reingreso de las puérperas se reduce en aquellas pacientes que empezaron con tratamiento antihipertensivo durante su estancia hospitalaria. (6)

Antecedentes Nacionales

Pereira K. realizó su tesis en la ciudad de Lima durante el 2017, él busco cuáles son los factores asociados a las complicaciones más frecuentes durante el puerperio, las cuales incrementan la morbimortalidad materna. Encontrando que la complicación más frecuente fue la hipertensión post parto, en segundo lugar, la atonía uterina; y el factor de riesgo para desarrollar hipertensión después del parto fue padecer patología hipertensiva del embarazo. (7)

Otero E. estudio en Juliaca, las complicaciones inmediatas de postcesareadas con hipertensión inducida en la gestación, encontrando que la anemia postoperatoria, hipotonía uterina e insuficiencia renal fueran las más prevalentes. También se halló que en aquellas gestantes con diagnóstico de preeclampsia se observó mayores complicaciones. (8)

1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad

Puerperio. Período comprendido desde que se produce el alumbramiento hasta la que el organismo materno regreso a su estado pre gestacional. Dura aproximadamente 6 semanas.

Se clasifica en:

- Puerperio Inmediato: primeras 24 horas y está destinado a lograr la hemostasia uterina.
- Mediato: día 2 hasta el día 7, en esta etapa actúan los mecanismos involutivos.
- Tardío: del día 7 hasta el día 42. (9)

Dependiendo de la evolución que puede tener este periodo, también se le clasifica en:

- Puerperio Fisiológico: Cuando la evolución materna es favorable, sin ninguna complicación o factor de riesgo.
- Puerperio Patológico: Cuando la evolución materna no tiene parámetros normales. (10)
- Cuidados durante el puerperio inmediato
- Las primeras 24 horas después del parto constituye el período de mayor riesgo de complicaciones, así tenemos la hemorragia o infección. En este periodo, la puérpera debe ser monitorizada para determinar si su estado fisiológico es normal o patológico. (11)

En nuestro país, según norma técnica, se debe verificar los siguientes parámetros:

- ✓ Vías aéreas permeables.
- ✓ Control de funciones vitales (temperatura, pulso, presión arterial, respiración)
- ✓ Sangrado genital.
- ✓ Involución uterina.

- ✓ Revisión canal vaginal en busca de desgarros o laceraciones, proceder a suturar y supervisar formación de posibles hematomas o edemas.

Con respecto a la toma de funciones vitales:

- 2 horas después del parto: cada 15 minutos.
- 3 horas después del parto: cada 30 minutos.
- 4, 5 y 6 horas después del parto: cada hora.
- 7 horas posparto hasta el alta: cada 6 horas. (11)

Preeclampsia. La preeclampsia corresponde a la presencia de presiones elevadas: presión arterial sistólica superiores o iguales a 140mmHg o diastólicas mayores o iguales a 90mmHg, en dos ocasiones con un intervalo de 4 horas posterior a las 20 semanas de embarazo, las cuales pueden durar hasta 12 semanas después del parto, en el periodo llamado puerperio. (12). Dichas presiones elevadas pueden ser confirmadas en un periodo de aproximadamente 15 minutos para poder actuar de manera rápida y empezar con el tratamiento antihipertensivo. La proteinuria positiva, proteínas en la orina con un valor mayor o igual a 300mg en una orina de 1 día o que el coeficiente proteína/creatinina sea mayor o igual a 0,3 mg/dl. Si no existiera proteínas en la orina, se buscará presiones elevadas y cualquiera de los siguientes hallazgos: (13)

- Recuento de plaqueta menor a 100,00/microlitro

- Insuficiencia renal: mayor de 1,1 mg/dl de creatinina o el doble del valor en ausencia de otras patologías renales.
- Valor aumentado de transaminasas, doble del valor normal.
- Edema de pulmón.
- Síntomas visuales y cerebrales: fotopsias, escotomas, cefalea frontal, tinnitus.

(13)

Fisiopatología

La fisiopatología de la hipertensión posparto no está definida de manera clara, sin embargo su aparición se debe a las siguientes condiciones: paciente que desarrollo preeclampsia y continua con presiones elevadas, paciente con hipertensión crónica que pudo haber o no desarrollado una preeclampsia sobreagregada o hipertensión de reciente aparición en el puerperio (14). Cuando la gestante padeció de preeclampsia durante el embarazo, la fisiopatología de la misma es similar a la hipertensión que aparece en el puerperio, así tenemos alteraciones en la placentación y endoteliosis. También se puede mencionar el aumento fisiológico o propio de embarazo, del agua corporal, aumento de la resistencia vascular de la angiotensina II y el estrés metabólico del trabajo de parto. (15)

Factores de Riesgo

- ✓ Primiparidad.
- ✓ Embarazos múltiples (gemelares o embarazo triple)
- ✓ Edad mayor de 40 años.

- ✓ Diabetes Mellitus I y II.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Preeclampsia en gestaciones previas.
- ✓ Hipertensión crónica.
- ✓ Familiares de primera línea con antecedentes de hipertensión.
- ✓ Fertilización in vitro.
- ✓ Insuficiencia renal crónica. (16)

Manejo

En cuanto al tratamiento farmacológico, se recomienda continuar con el utilizado durante la gestación, dependiendo la respuesta materna; se recomienda la suspensión de la misma, cuando la presión arterial se encuentre estable durante 48 horas. (13)

El sulfato de magnesio se usa como un anticonvulsivante, se combina 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% cada una de 10mL, con 50 mL de Cloruro de sodio o/oo. Siendo la dosis de ataque 4 gramos (40 mililitros) la cual se pasa en 20 minutos por volutrol, lo cual nos da una infusión de 1 gramo de Magnesio por cada 10 mL; la dosis de mantenimiento es 1 gramo/ hora (10 mililitro/ hora), dicha infusión se continuará hasta 24 horas posparto. Se debe tener en cuenta las funciones vitales para descartar una intoxicación con el fármaco: reflejos rotulianos, frecuencia respiratoria (no menor de 14 respiraciones en un minuto) y diuresis horaria, evitar que sea menor de 25 - 30 mL por hora, así como también saturación de oxígeno. Si cualquiera de estas

funciones se ve alterada, se deberá suspender el anticonvulsivante y se administrará gluconato de calcio 1 gramo EV como antídoto. (17)

Durante este periodo se debe continuar con la monitorización de los signos vitales como presión arterial (para cambiar el tratamiento antihipertensivo cuando así lo amerite), frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria (para detectar una posible intoxicación por sulfato de magnesio), saturación de oxígeno, diuresis horaria (si la paciente no orina, se debe pensar en un posible daño renal), monitoreo neurológico (reflejos osteotendinosos, cefaleas, tinitus, signos de fosfeno). (17)

Importante el balance hídrico, por el riesgo de hipertensión y posible edema pulmonar por la gran administración de líquidos por vía parenteral. (13)

La toma de exámenes de laboratorio debe realizarse mínimo 2 a 3 veces por día durante las 72 horas post parto y posteriormente ajustadas a los resultados de las mismas. Entre la batería debemos contar con hemograma completo, urea, creatinina, TGO, TGP, DHL, BT, BI. (13)

Evolución

La evolución de la paciente dependerá de que tan oportuno fue el diagnóstico, así como el inicio del tratamiento antihipertensivo para evitar futuras complicaciones y la interrupción del embarazo para evitar un mayor deterioro materno-fetal.

Criterios De Interrupción Del Embarazo En Una Paciente Estable

Ante cualquier criterio de severidad el cual debe ir acompañado con algún examen de laboratorio alterado debe sugerirnos culminar el embarazo.

En cuanto al Sistema nerviosos central, la posibilidad de aparición de eclampsia, desprendimiento prematuro de retina, derrame cerebral y Glasgow menor a 13. Las alteraciones en el riñón nos sugieren que la paciente podría tener la necesidad de usar diálisis si no se actúa a tiempo. El hígado, otro órgano afectado en esta enfermedad, ante algún indicio de falla hepática o de ser peor rotura de hematoma sub capsular, culminar gestación inmediatamente. Así como la presión arterial no controlada a pesar de haber iniciado con tratamiento antihipertensivo, saturación menor a 92%, edema pulmonar y cardiopatía isquémica, nivel de plaquetas menor a 50,000 lo cual nos indica que se debe transfundir hemoderivados con urgencia. (18)

El estado fetal también es importante para evaluar interrupción del embarazo, ante hallazgos como desprendimiento prematuro de placenta, óbito fetal, hipoxia fetal aguda y ecografía que demuestre flujo reverso en diástole, culminar la gestación de inmediato sin importar la edad gestacional. (18)

Conducta Según Edad gestacional

Edad Gestacional Menor a 24 Semanas

El manejo expectante en esta edad gestacional conlleva a muchas complicaciones tanto para la madre como para el feto. Existe un incremento en la mortalidad perinatal y entre un 27 a 71% de pacientes sufren complicaciones en su salud. Por lo tanto, se debería plantear a la madre y a la familia la posibilidad de interrumpir el embarazo por la mejor vía. (19)

Edad Gestacional Mayor a 24 Semanas Hasta Las 34 Semanas 6 Días

Muchas guías de práctica clínica sugieren que el 40% de mujeres pueden sobrellevar en esta edad gestacional, un manejo expectante, después de haber pasado por un periodo de observación y estabilización de las presiones arteriales, siempre y cuando todos los exámenes de laboratorio estén dentro de los rangos normales. Para esto se le explica a la paciente la conducta a seguir y los posibles riesgos, por lo que debe firmar un consentimiento donde acceda a dicho manejo. La finalidad de este manejo es que haya un mejor crecimiento en el feto, así como una adecuada maduración pulmonar, reduciendo así los riesgos de un recién nacido prematuro. (20)

Criterios Para No Elegir o Abandonar El Manejo Expectante

Si la madre no desea optar por el manejo expectante o presenta algún signo de severidad en órgano blanco, alteraciones visuales o cerebrales, ya sea no control de presiones arteriales a pesar de haber iniciado manejo hipertensivo y anticonvulsivante o daños maternos más críticos como rotura hepática, hemorragia cerebral o desprendimiento prematuro de placenta se debe culminar gestación no importa la edad gestacional de la madre. (21)

Si el feto tiene alguna prueba de bienestar fetal alterada, como un test no estresante con resultado no reactivo (dependiendo la edad gestacional) o Doppler flujo diastólico ausente en la arteria umbilical, lo recomendable es culminar gestación. (21)

Edad Gestacional 35 Semanas

A partir de esta edad gestacional, prolongar el embarazo no ha demostrado dar beneficios perinatales, así que lo que se espera es culminar la gestación, para lo cual se debería haber completado la maduración pulmonar a menos que la salud de la madre se ve deteriorada de manera brusca y se deba culminar gestación de manera inmediata.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

A. General

Determinar los factores de riesgo de la preeclampsia en una puérpera mediata atendida en un Hospital Nivel III – Lima 2019.

B. Específico

1. Identificar el mal control de las presiones arteriales de manera ambulatoria posterior al alta como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en una puérpera de un Hospital Nivel III –Lima 2019.
2. Identificar la inadecuada toma de antihipertensivos posterior al alta como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en una puérpera de un Hospital Nivel III – Lima 2019.

2.2. Sucesos Relevantes Del Caso Clínico

Fecha De Ingreso: 07 de enero del 2019 01:30PM

Anamnesis

✓ Filiación:

- Apellidos y Nombres: D.F.N.
- Sexo: Femenino
- Edad: 34 años
- Educación: Secundaria completa
- Estado civil: Casada
- Distrito: Ate

✓ Antecedentes

a) Antecedentes familiares: Niega

b) Antecedentes personales:

Quirúrgicos: Cesárea anterior 1 vez el 03/01/2019 por preeclampsia severa

c) Antecedentes Gineco-Obstétricos:

- Menarquía: 10 años
- Inicio de actividad sexual: 23 años
- Régimen catamenial: 5/30, sangrado regular
- MAC: Niega
- Número de parejas sexuales: 02

G4 P1122

G1 2007 Aborto

G2 2008 Aborto

G3 2011 parto eutócico sexo varón, a término

G4 2019 cesárea por preeclampsia severa sexo varón, pretérmino

- FUR: 15/06/2018 Número de controles prenatales: 04

Servicio de Emergencia: 07 /01/2019, 01:30PM

Paciente evaluada por ginecólogo de guardia

- a) **Tiempo de enfermedad:** 1 día
- b) **Síntomas principales:** Epigastralgia, cefalea
- c) **Historia de la enfermedad:**

Paciente de 33 años acude a emergencia, refiere dolor en epigastrio tipo ardor de intensidad moderada que se irradia a zona lumbar, dolor en zona lumbar donde le colocaron la anestesia epidural y cefalea de moderada intensidad a predominio frontal desde hace 1 día; post operada de cesárea por preeclampsia severa en este establecimiento hace 4 días. Niega sensación de alza térmica.

d) Examen físico

Signos vitales:	Presión arterial: 160/100	Frecuencia cardíaca: 92x'
	Temperatura: 37°C	Saturación: 98%

Paciente en AREG-LOTEP

- Piel y mucosas: Tibias, húmedas y elásticas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad.
- Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación profunda, herida operatoria afrontada, no signos de flogosis, útero puerperal +/- 14 cm
- Genitales externos: No sangrado vaginal.
- Neurológico: Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos. ROT
+++ / +++
- Miembros inferiores: edema en miembros inferiores

e) **Impresión diagnóstica:**

- Post operada de cesárea
- Trastorno hipertensivo del embarazo: D/C Preeclampsia severa.

f) **Plan:**

1. Pasa a observación.
2. NPO
3. Control de funciones vitales.
4. Nifedipino 10mg Vía oral si Presión Arterial \geq 160/110
5. SS: Hemograma, Glucosa, Urea, creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina total, directa e indirecta, DHL, Ácido úrico. perfil de coagulación, Examen de orina.

07 de enero 2019 5:20pm

Tabla 1

Exámenes de laboratorio en emergencia

Bioquímica	Resultado	Valor Referencial
Bilirrubina Total	0,25	0,3-1,2 mg/dl
Bilirrubina directa	0,12	0-0,2 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0,13	0 – 0,5 mg/dl
DHL	813,37	230 – 460 U/L
TGO	195,71	5 – 32 U/L
TGP	59,96	0 – 31 U/L
Urea	27,08	10 – 50 mg/dl
Ácido úrico	4,67	2,6 – 6 mg/dl
Creatinina	0,67	0,6 – 1,1 mg/dl
Glucosa	79,99	70 – 110 mg/dl
Hemograma		
Leucocitos	12,46	4,6 -10,2 K/uL
Hemoglobina	10,7	12,2-16,1 g/dL
Plaquetas	396	150-450*10 ³ /uL
Examen de orina		
Leucocitos	60-80 x campo	0-5/campo

Nota: Esta tabla muestra los resultados de laboratorio cuando la paciente entro a emergencia de ginecología, el día 7 de enero a las 5:20pm.

Diagnóstico:

1. Síndrome de Hellp
2. Preeclampsia severa
3. Puérpera mediata de 4 días
4. Post operada de cesárea

Plan:

1. Se hospitaliza en UCEGO.
2. CINA 750cc } 4gramos en 20 minutos
Sulfato de Magnesio 15 amp } 1 gramo por hora durante 24 horas
3. Metildopa 1gramo oral cada 12 horas
4. Nifedipino 10miligramos oral condicional a $PA \geq 160/1100$
5. Sonda Foley + bolsa colectora
6. Control diuresis horaria
7. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma

UCEGO 07/01/2019 6:45PM

Funciones vitales:

Presión arterial: 160/100 Frecuencia cardíaca: 92x'

Temperatura: 36,6°C Saturación: 98%

Paciente mujer adulta de 34 años Post operada de cesáreas de 4 días por Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia severa Vs Síndrome de Hellp,

procedente de emergencia ingresa al servicio de UCEGO en compañía de personal técnico en silla de ruedas, refiere hinchazón de piernas, niega síntomas premonitorios de preeclampsia.

Al examen: AREG, AREH, AREN

- Abdomen: Blando, depresible, herida operatoria afrontada, útero contraído +/- 14 cm
- Genitales externos: tacto diferido
- Neurológico: Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos. ROT +++/+++
- Miembros inferiores: edema en piernas y pies +++/+++

Impresión diagnóstica:

- Post operada de cesárea x preeclampsia severa
- Preeclampsia severa.
- ITU

Plan:

1. Nada por vía oral

2. CLNA 9% 750cc } 4gramos en 20 minutos
Sulfato de Magnesio 15 amp } 1 gramo/hora x 24 horas

3. Metildopa 1gramo Vía oral cada 8 horas

Nifedipino 10mg oral condicional PA \geq 160/110mmHg

Si en 20 minutos, PA \geq 160/110mmHg, nifedipino 20mg vía oral

Luego de 20 minutos continua, PA \geq 160/110mmHg, dar nifedipino 20mg VO.

1. Cefazolina 1gramo endovenoso cada 8 horas, previo urocultivo
2. Balance hídrico – diuresis
3. Control de presión arterial cada 2 horas en hoja aparte. Interconsulta cardiología
4. Control de funciones vitales + sonda Foley permeable
5. SS: Hemograma, Glucosa, Urea, creatinina, TGO, TGP, Bilirrubina total, directa e indirecta, DHL, Ácido úrico. perfil de coagulación (control a las 5am), urocultivo.

07/01/2019

18:55 PA: 172/100, administración de nifedipino 10 mg vía oral

19: 15 PA: 186/105, administración de nifedipino 20 mg vía oral

19:35 PA: 176/109, administración de nifedipino 20 mg vía oral

21:00 PA: 144/88 FC: 118x' FR:19x' T: 37,0°C SatO2: 96%

Cardiólogo acude ha llamado, deja indicaciones, cambio de terapéutica (enalapril

20mg cada 12 horas, metildopa 1gramo cada 8 horas y nifedipino 20mg cada 8 horas)

22:00 Se administra metildopa 1gramo vía oral

Se saca muestra de orina para urocultivo

Se administra cefazolina 1 gramo endovenoso lento y diluido

08/01/19

00:00 Se administra nifedipino 20mg Vía oral

Se administra enalapril 20 mg Vía oral

02:00 PA: 131/75 FC: 108x' FR: 20x' T: 36,4°C SatO2: 96%

04:00 PA: 120/73 FC: 102x' FR: 20x' T: 36,0°C SatO2: 97%

06:00 PA: 121/77 FC: 100x' FR: 20x' T: 36,0°C SatO2: 97%

diuresis: 1290ml

Tabla 2

Exámenes de laboratorio control 08/01/2019 5am

Bioquímica	Resultado	Valor Referencial
Bilirrubina Total	0,23	0,3-1,2 mg/dl
Bilirrubina directa	0,10	0-0,2 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0,13	0 – 0,5 mg/dl
DHL	694,64	230 – 460 U/L
TGO	132,71	5 – 32 U/L
TGP	39,62	0 – 31 U/L
Urea	37,08	10 – 50 mg/dl
Ácido úrico	3,75	2,6 – 6 mg/dl
Creatinina	0,56	0,6 – 1,1 mg/dl
Hemograma		
Leucocitos	8,58	4,6- 10,2 K/uL
Plaquetas	414	150-450 ^3/uL

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente cuando estaba en UCEGO

Día de hospitalización 1

08/01/19 7:00

PA: 126/80 FC: 91x' FR: 18x' T: 36,7°C SatO2: 98%

Paciente mujer 34 años, con diagnósticos

- Post operada por cesárea de 4 días de evolución
- Preeclampsia severa
- Infección de tracto urinario

Al examen físico: AREH, AREN, AREG, soñolienta

- Abdomen: dolor a la palpación profunda, herida operatoria limpia.
- Genitales externos: sonda foley permeable.
- Miembros inferiores: edema ++/+++

Plan

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Cefazolina 1gramo endovenoso cada 8 horas
3. Ranitidina 50miligramos endovenoso cada 8 horas
4. Metoclopramida 10miligramos endovenoso cada 8 horas
5. Nifedipino 20mg oral cada 8 horas
6. Enalapril 20mg tableta cada 12 horas
7. Metildopa 500 miligramos 2 tabletas cada 12 horas
8. Control de funciones vitales
9. Retiro de sonda foley
10. Interconsulta a cardiología y oftalmología

11. Se solicita hemograma, glucosa, urea, TGO, TGP, BT, BI, DHL.

08:00 Se administra ranitidina 50mg Endovenoso

Se administra metildopa 1 gramo Vía oral

Administración nifedipino 20 mg Vía oral

10:00 Administración de metoclopramida 10mg Endovenoso

Administración de cefazolina 1 gramo Endovenoso

12:00 Administración enalapril 20mg Vía oral.

Se le retira sonda foley con diuresis 700ml

16:00 Se administra nifedipino 20mg Vía oral

Se administra ranitidina 50 mg Endovenoso

18:00 Administración de cefazolina 1 gramo Endovenoso

Administración de metoclopramida 20 mg Endovenoso

19:00 PA: 112/69 FC: 86x' FR: 19x' T: 36,4°C SatO2: 94% diuresis: 600ml

20:00 Se le administra metildopa 1gramo Vía oral

09/01/19

00:00 Se le administra ranitidina 50 mg EV

Se administra enalapril 20mg Vía oral

Se administra nifedipino 20mg Vía oral

02:00 Administración de cefazolina 1 gramo EV

Administración de metoclopramida 20 mg EV

Día de hospitalización 2 09/01/19

7:00

PA: 115/68 FC:75x' FR: 18x' T: 36,2°C SatO2: 92%

Paciente mujer de 34 años, con diagnósticos

- Post operada por cesárea de 5 días de evolución
- Preeclampsia severa
- Infección de tracto urinario en tratamiento

Al examen físico: AREH, AREN, AREG

- Piel y mucosas: tibias, hidratadas, elásticas.
- Abdomen: No dolor a la palpación profunda, herida operatoria limpia, no gasa.
- Miembros inferiores: edema ++/+++

Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente

Plan

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Retiro de vía
3. Cefalexina 500mg tableta cada 8 horas
4. Enalapril 20mg oral cada 12 horas
5. Metildopa 500mg oral cada 8 horas
6. Paracetamol 1gr cada 8 horas vía oral
7. Control de funciones vitales cada 2 horas

8. Deambulación asistida

9. Pasa a ginecología

09/01/19 10:00 Administración de metildopa 500 mg Vía oral

12:00 Administración de enalapril 20mg Vía oral

14:00 Se administra cefalexina 500mg Vía oral + paracetamol 1gramo Vía oral

Paciente pasa al servicio de ginecología con:

- ✓ diuresis 850 ml
- ✓ Presión arterial: 138/74
- ✓ Frecuencia cardíaca: 79x'
- ✓ Frecuencia respiratoria: 18x'
- ✓ Temperatura: 36,9°C
- ✓ SatO2: 100%

Ginecología 09/01/19

18:00 Administración de metildopa 500 mg Vía oral

22:00 Administración de cefalexina 500mg Vía oral

Se administra paracetamol 1gramo Vía oral

10/01/19 00:00 Se administra enalapril 20mg Vía oral

02:00 Administración de metildopa 500mg Vía oral

06:00 Administración de cefalexina 500mg Vía oral

Se administra paracetamol 1gramo Vía oral

Día de hospitalización 3 10/01/19

7:00am

Presión Arterial: 130/98

Frecuencia Cardíaca: 70x'

Frecuencia Respiratoria: 18x'

Temperatura: 36,2°C

SatO₂: 98%

Paciente mujer de 34 años, con diagnósticos

- Post operada por cesárea de 6 días de evolución
- Preeclampsia severa
- Infección de tracto urinario en tratamiento
- Anemia moderada

Al examen físico: AREH, AREN, AREG

- Abdomen: leve dolor en herida operatoria.
- Genitales externos: no loquios
- Miembros inferiores: edema ++/+++

Plan

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Cefalexina 500 miligramos tableta cada 8 horas
3. Nifedipino 20 mg oral cada 8 horas
4. Enalapril 20mg oral cada 8 horas
5. Metildopa 1g oral cada 12 horas
6. Curación de herida operatoria
7. Control de funciones vitales

8. Deambulación

10/01/19 **12:00** Se administra metildopa 1 gr Vía oral

14:00 Se administra cefalexina 500mg Vía oral + paracetamol 1gramo VO

Se administra enalapril 20mg VO + nifedipino 20mg VO

22:00 Se administra cefalexina 500mg VO + paracetamol 1gramo VO

Se administra enalapril 20mg VO + nifedipino 20mg VO

11/01/19 **00:00** administración de metildopa 1 gr Vía oral

06:00 cefalexina 500mg Vía Oral + paracetamol 1gramo VO

Se administra enalapril 20mg VO + nifedipino 20mg VO

Día de hospitalización 4 - 11/01/19

7:00am

Presión Arterial: 140/100 Frecuencia Cardíaca: 60x'

Frecuencia cardíaca: 18x' Temperatura: 37,2°C

SatO2: 98%

Paciente de 34 años, con diagnósticos

- Post operada por cesárea de 7 días de evolución
- Preeclampsia severa
- Infección de tracto urinario en tratamiento
- Anemia moderada

Al examen físico: AREH, AREN, AREG

- Abdomen: no dolor a la palpación profunda

- Genitales externos: no loquios.
- Miembros inferiores: edema ++/+++

Plan

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Cefalexina 500mg oral cada 8 horas
3. Nifedipino 20 miligramos oral cada 8 horas
4. Enalapril 20mg Vía oral cada 8 horas
5. Metildopa 1g Vía oral cada 12 horas
6. Hierro sacarato 200mg +ClNa 9%200ml pasar en 2 horas
7. Interconsulta a cardiología
8. Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, TGO, TGP, BT, BI, HDL
9. Curación diaria de herida operatoria
10. Control de signos vitales
11. Deambulación

11/01/19 12:00 Se administra hierro sacarato 200mg Endovenoso

11:30 cardiólogo acude ha llamado indica continuar nifedipino 20mg cada 8 horas, enalapril 20mg cada 8 horas, metildopa 1gr cada 8 horas.

14:00 Se administra cefalexina 500mg VO + metildopa 1gr VO

Se administra enalapril 20mg VO + nifedipino 20mg VO

22:00 Se administra cefalexina 500mg VO + metildopa 1gr VO

Se administra enalapril 20mg VO + nifedipino 20mg VO

12/01/19 06:00 Se administra cefalexina 500mg VO + metildopa 1gr VO

Se administra enalapril 20mg VO + nifedipino 20mg VO

Tabla 3

Exámenes de laboratorio control 11/01/2019 6am

Bioquímica	Resultado	Valor Referencial
Bilirrubina Total	0,1	0,3-1,2 mg/dl
Bilirrubina directa	0,03	0-0,2 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0,07	0 – 0,5 mg/dl
DHL	538,21	230 – 460 U/L
TGO	93,29	5 – 32 U/L
TGP	49,69	0 – 31 U/L
Urea	29,72	10 – 50 mg/dl
Ácido úrico	3,75	2,6 – 6 mg/dl
Creatinina	0,56	0,6 – 1,1 mg/dl
Glucosa	91,65	70 – 110 mg/dl
Hemograma		
Leucocitos	8,7	4,6- 10,2 K/uL
Hemoglobina	10,3	12,2-16,1 g/dL
Plaquetas	514	150-450 ^3/uL

Nota: La tabla muestra los resultados de laboratorio de la paciente en el día de hospitalización 4

Día de hospitalización 5 - 12/01/19

7:00am

Paciente de 34 años, con diagnósticos

- Post operada por cesárea de 7 días de evolución
- Preeclampsia severa
- Infección de tracto urinario en remisión
- Anemia moderada

Al examen físico: AREH, AREN, AREG

- Abdomen: leve dolor en herida operatoria.
- Sistema nervioso central: ROT +++/+++
- Miembros inferiores: edema ++/+++

Plan

1. Alta con indicaciones médicas
2. Cefalexina 500miligramos 1 tableta cada 8 horas por 7 días.
3. Nifedipino 20 miligramos 1 tableta cada 8 horas por 7 días.
4. Metildopa 1 gramo 1 tableta cada 8 horas por 7 días
5. Enalapril 20miligramos vía oral cada 8 horas por 7 días
6. Sulfato ferroso 300miligramos 1 pastilla diaria por 1 mes

2.3. Discusión

En nuestro caso clínico, encontramos que un número menor a 6 controles prenatales representa un factor de riesgo de preeclampsia, tal como lo menciona Torres en su estudio, donde concluye que el 77% de gestantes con menos de 6 controles padeció de preeclampsia en su gestación. (22)

Consideramos como factor de riesgo, la inadecuada toma de antihipertensivos de la paciente al ser dada de alta después de la cesárea y el mal control de la presión arterial posterior al alta, tal como lo menciona Cendeño, nos dice que las pacientes que hayan iniciado terapia antihipertensiva posterior al parto requieren tratamiento por lo menos durante dos semanas, recordemos que la paciente mencionó durante el relato de enfermedad que no recordaba que pastillas tomaba ni en que horario. (15)

Otro factor de riesgo para el reingreso de la paciente fue la inadecuada toma de presión arterial como seguimiento de la paciente, se ha demostrado que la visita de un profesional de salud capacitado a la casa de la paciente para la toma diaria de la presión arterial durante la primera semana o por el tiempo que sea necesario para ver el progreso de la patología. (23)

2.4. Conclusiones

Como principales factores de riesgo en las puérperas mediatas para desarrollar preeclampsia se encontraron: inadecuado número de controles prenatales, inadecuada ingesta de antihipertensivos por parte de la paciente e inadecuado control de la presión arterial posterior al alta.

El mal control de las presiones arteriales de manera ambulatoria es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en una puérpera mediata. Según el relato de la paciente, no se le dio una adecuada información sobre el control de presiones en su posta más cercana.

La inadecuada ingesta de antihipertensivos posterior al alta es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en una puérpera mediata. La paciente afirma que no recuerda el nombre de los medicamentos ni el horario en que los ingería.

2.5. Recomendaciones

Las recomendaciones del alta se deben dar de manera clara y concisa, escritas en una hoja con letra legible, resaltando cuales son los signos de alarma durante el puerperio y que se debe acudir a emergencia de manera inmediata, así como la adecuada ingesta de las pastillas, nombre y hora de toma de cada medicamento, para asegurarnos un correcto tratamiento.

Actualizar los protocolos de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo, uno de ellos, la preeclampsia, tema de nuestro caso clínico, sobre todo incidir en el número de días que se debe quedar hospitalizada una paciente para ver que la enfermedad ya se controló.

Continuar con los trabajos de investigación sobre preeclampsia en puerperio inmediato y mediato, ya que como se sabe en este período es donde ocurren el mayor número de muertes maternas.

Bibliografía

1. Cunningham FG, Williams JW. *Obstetricia de Williams*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
2. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. *Boletín epidemiológico del Perú*. 2018; 27(44): 1034–8. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>
3. Vargas H VM, Acosta A G, Moreno E MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2012; 77(6): 471–6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Aguirre YA, Costafreda CB, López R, Reyes OR, Yero DR. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. :8.
5. Ruiz R. Gil R. Hipertensión Arterial Postparto. *Rev Med La Paz*. 2014; 20(1): 6.
6. Hirshberg A, Levine LD, Srinivas SK. Clinical factors associated with readmission for postpartum hypertension in women with pregnancy-related hypertension: a nested case control study. *J Perinatol N Y*. mayo de 2016; 36(5): 405–9.

7. Pereira K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora. Lima-Perú. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2018.
8. Otero E. “Complicaciones inmediatas de postcesareadas con hipertensión inducida por la gestación en el Hospital de Apoyo de Sullana II-2 en el periodo enero - diciembre 2017”. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2018.
9. Subsecretaría de Salud Pública. Orientación Técnica para la atención integral en el posparto [Internet]. Programa Nacional Salud de la mujer, Departamento de ciclo vital.; 2015 [citado el 4 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTPUERPERI_REVISADO_F.pdf
10. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Norma General Técnica para la atención Integral en el puerperio [Internet]. 2015 [citado el 4 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
11. Ministerio de Salud. Gobierno de Perú. Norma técnica de Salud para la atención de parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia

intercultural. [Internet]. 2015 [citado el 4 de junio de 2019]. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>

12. Cedeño Burbano AA, Galeano Triviño GA, Fernández Bolaños DA, Chito castro KL, Coronado Abella V. Hipertensión postparto: Una revisión de la literatura y los protocolos de manejo. *Rev Fac Med.* el 12 de junio de 2015; 63(2): 251–8.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Obstetricians and Gynecologists, editores. *Hypertension in pregnancy.* Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2013. 89 p.
14. Ruiz Domínguez R, Gil Seoane R. HIPERTENSIÓN ARTERIAL POST-PARTO. *Rev Médica Paz.* 2014; 20(1): 28–33.
15. Cedeño Burbano AA, Galeano Triviño GA, Fernández Bolaños DA, Chito castro KL, Coronado Abella V. Hipertensión postparto: Una revisión de la literatura y los protocolos de manejo. *Rev Fac Med.* el 12 de junio de 2015; 63(2): 251–8.
16. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Rev Perú Ginecol Obstet.* octubre de 2014; 60(4): 309–20.
17. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología.* 2014; 69–83.
18. Rosinger J, Soldatti L, Pérez AM. Manejo en preeclampsia severa.: 12.

19. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol.* junio de 2007; 196(6): 514.e1-514.e9.
20. Magee LA, Daddatz P von, Stones W, Mathai M. *The FIGO textbook of pregnancy hypertension: an evidence-based guide to monitoring, prevention and management: incorporating the key findings of the PRE-EMPT global studies.* 2016.
21. Clinic Barcelona Hospital Universitari, Sant Joan de Déu Barcelona-Hospital. *Hipertensión y Gestación.* :1–25.
22. Torres-Ruiz S. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. 2016; 9.
23. Sibai B. Diagnosis and Management of Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* julio de 2003; 102(1): 181–92.