



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

ECLAMPSIA EN GESTANTE ADOLESCENTE EN UN HOSPITAL

DE NIVEL II, 2020

PRESENTADO POR

GLADYS ISABEL CASTRO ORDOÑEZ

ASESOR

MAG. ELIZABETH YALAN

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

MOQUEGUA – PERU

2021

ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	ii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema	1
1.3.1 Antecedentes	2
1.3.2 Bases teóricas	4
CAPÍTULO II.....	16
CASO CLÍNICO.....	16
2.1.- Objetivo:	16
2.1.2. Objetivos Específicos.....	16
2.2.- Datos relevantes del caso clínico.	16
1. ANANMESIS.....	17
2.3. DISCUSIÓN	25
2.4. CONCLUSIONES	27
2.5 RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30

RESUMEN

La eclampsia es una enfermedad que es precedida de varias afecciones, siendo la principal el incremento de la presión arterial, que conlleva a las convulsiones generalizadas, manifestándose después de las 20 semanas de gestación hasta el puerperio; Si bien no hay un dato preciso de su incidencia, la literatura indica que es menor de 10% de los embarazos, produciendo tasas muy altas de muerte.

Si bien hay grandes avances tecnológicos en la medicina, no se ha logrado aun tener la capacidad de predecir las patologías obstétricas, es por ello que conocer el diagnóstico clínico es de suma importancia pues será la definición entre la vida y la muerte.

El actual trabajo clínico complementa los conocimientos que se tienen de la eclampsia, muestra el manejo, desarrollo de un caso y finalmente el desenlace del mismo, teniendo en cuenta en todo momento el trabajo multidisciplinario de los diversos servicios de las instituciones prestadoras de salud y los esfuerzos para evitar una muerte materna.

Palabras clave: eclampsia, embarazo, mortalidad materna.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Le eclampsia es una patología que afecta a menos del 10% de los embarazos, sobre todo en mujeres nulíparas en los extremos de la edad reproductiva, es decir en la adolescencia y cuando tienen su primera gestación pasado los 35 años. Su presencia se ve caracterizada por convulsiones inesperadas que afectan la salud materna y fetal.

Una parte de los decesos que se dan América, África y Asia están relacionados a esta patología. Por ello es fundamental brindar una atención oportuna y eficiente para controlar los casos de hipertensión y sus diversas complicaciones y/o que puedan llevar a un desenlace fatal para la gestante, feto y/o recién nacido.

En la actualidad la fisiopatología no está claramente dilucidada, asociándola frecuentemente a una placentación defectuosa que produce insuficiente oxigenación placentaria, provocando daño en el epitelio de los vasos sanguíneos y daño orgánico. Hoy en día no tenemos marcadores predictivos para detectarla de

forma sistemática. El parto continúa siendo el tratamiento para empezar a revertir sus efectos. La eclampsia afecta progresivamente a los órganos originando daño renal, hepático, pulmonar, en el corazón y en el órgano de la vista, así como puede causar lesiones o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro incrementando las muertes maternas y perinatales.

En el Perú, la eclampsia representa menos del 10% de las patologías del embarazo, según la dirección general de salud las tasas van en aumento y es una patología responsable de la segunda causa de muerte materna.

1.2. Justificación

Si bien aún no existe una causa exacta de la eclampsia, probablemente esta involucre diversos factores. Los expertos opinan que esta enfermedad se puede iniciar en la placentación defectuosa que conlleva a la entrega incorrecta del flujo sanguíneo desde el útero hacia la placenta originando un desequilibrio debido al elevado número de radicales libres en el organismo. Así mismo la presencia de signos y síntomas inespecíficos pueden obstaculizar el tratamiento de esta enfermedad.

Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad durante la gestación y puerperio , se ha desarrollado el análisis de este caso clínico “Eclampsia en gestante adolescente en un Hospital de nivel II, 2020” , con la finalidad de tener conocimiento del manejo clínico de esta patología, revisando las diversas literaturas que permitan estandarizar el protocolo del manejo de la misma, garantizando la pronta detección de los signos de alarma, actuación inmediata y derivación a las instituciones de salud con capacidad resolutive adecuada para finalizar un embarazo

en buenas condiciones y con un recién nacido sano, con buen APGAR y con mejores oportunidades de vida para el desarrollo del país.

1. 3. Marco teórico

1. 3.1 Antecedentes

a. Antecedentes Internacionales

Méndez J. (2020). *Uso de sulfato de magnesio y su efecto antihipertensivo y antineuroinflamatorio, protegiendo al cerebro del edema vasogénico, y disminuye los neuroexcitadores. Fármaco anticonvulsivante de elección en la preeclampsia/eclampsia, su correcta utilización evita muertes y enfermedades coligadas a esta enfermedad.* ⁽¹⁾

Duran R (2020). *Estudio Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia, a un total de 38 pacientes a las que se realizó examen físico completo, estudios complementarios de utilidad para su diagnóstico y se aplicó el índice APACHE II. se concluye que, con una estrategia de seguimiento precoz en gestantes y puérperas con riesgo, se puede tener un adecuado manejo y mejorar la supervivencia en estos casos graves.*⁽²⁾

Maldonado J. (2020). *Estudio para conocer la incidencia de los casos de eclampsia que ingresan en una unidad de cuidados intensivos y el grupo de edad más susceptible a la mortalidad. La eclampsia representó hasta 6.3% del total de pacientes ingresadas con embarazo complicado en la ciudad de México.*⁽³⁾

Vial F. (2020). *La mortalidad en el mundo por la preeclampsia y eclampsia es alta, la causa más común es el defecto en la placentación. En el presente artículo se hace una revisión de las causas, protocolos de atención y decisiones que deben de tomarse para evitar complicaciones y futuras muertes.*⁽⁴⁾

Guardia, O. (2020). El tratamiento final de la La preeclampsia sigue siendo la interrupción del embarazo y la extracción de la placenta. El manejo debe realizarse de inmediato post valoración del estado materno y fetal con la paciente hospitalizada.⁽⁵⁾

b. Antecedentes Nacionales

Araujo k. (2021). El presente estudio demuestra que la coordinación y planificación de manera adecuada los recursos humanos y técnicos que puedan contribuir a determinar cuál es el manejo adecuado en casos de preeclampsia. ⁽⁶⁾

Gómez T. (2020) Estudio Observacional, Analítico, Retrospectivo y Tipo casos y controles para evaluar los factores de riesgo de recidiva de la eclampsia, teniendo como resultado que hay asociación significativa con la edad, el BPN y la prematuridad ⁽⁸⁾.

Chahuayo M. (2020). En su estudio se determinaron las características personales, obstétricas y clínicas de pacientes con morbilidad materna extrema; resultando que se presentaron preeclampsia severa (48,9%), shock hipovolémico (13.8%), síndrome de Hellp (12.8%), eclampsia (11.7%), aborto (5.3%), hemorragia posparto (3.2%) y shock séptico (3.2%). ⁽⁹⁾ .

Collantes J, et al. (2020). Las tres causas de muerte materna más frecuentes han sido óbito fetal, preeclampsia severa, eclampsia y/o síndrome HELLP ⁽¹⁰⁾ .

1.3.2 Bases teóricas

Antecedentes

Del griego antiguo se refiere a un "brillo" súbito, externo , centelleo por expresión repentina como relámpago en cielo tranquilo. La literatura señala que la Eclampsia se inicia en el siglo XVII, con la llegada de las comadronas varones en Francia. En el año 1739, Sauveges recién pudo diferenciar la preeclampsia de la epilepsia.

Definición

La eclampsia, es una patología presente en algunas gestantes a partir de las 20 semanas de gestación o en la etapa del posparto. Esta complicación inexorable de la preeclampsia, es el inicio de movimientos involuntarios “convulsiones” y daños en el sistema renal, hepático, pulmonar, circulatorio y en el órgano de la vista, así como puede originar accidentes cerebrovasculares u otra lesión cerebral, que por un inadecuado manejo puede terminar en la muerte materno fetal, la literatura la manifestación fetal de preeclampsia involucra restricción del crecimiento fetal, líquido amniótico reducido y oxigenación fetal anormal.

Las manifestaciones clínicas son hipertensión y proteinuria en la mayoría de los casos, sin embargo, se ha confirmado eclampsia en gestantes que tienen valores normales de presión arterial y vienen acompañadas de proteinuria en el 38% de casos informados por el Reino Unido, de modo equivalente la hipertensión no se evidencio en el 16% de los casos estudiados en los Estados Unidos.

En el tercer trimestre del embarazo se ha identificado un mayor número de casos de eclampsia, y durante el parto o en las primeras 48 horas post parto, se ha evidenciado convulsiones eclámpicas en un 80% de pacientes; existen muchos estudios que exploran el pronóstico de esta enfermedad a través de las ecografías y biomarcadores de gestantes con riesgo de preeclampsia.

Evolución de las convulsiones eclámpicas

La eclampsia se exterioriza con convulsiones de 60 a 75 segundos en promedio, estas convulsiones se dividen en 2 fases. La primera fase perdura por un lapso de 15 a 20 segundos acompañada de espasmos faciales, rigidez corporal y contracciones musculares generalizadas, originando la hipoxia sanguínea durante las convulsiones.

La segunda fase tiene una duración promedio de 60 segundos, iniciando con rigidez mandibular progresando a los músculos faciales, los párpados y subsiguientemente se generalizan al cuerpo, llegando a un estadio de coma e inconciencia.

Factores etiológicos y de riesgo de preeclampsia / eclampsia

Como factores de riesgo se atribuye a la herencia (genes), inmunología, endocrinología, mal nutrición, inadecuada placentación, anomalías de la coagulación, daño endotelial vascular, problemas cardiovasculares e infección.

Factores de riesgo de la eclampsia

Los siguientes se consideran factores de riesgo de eclampsia:

- Nuliparidad edad de 35 años
- Antecedentes familiares

- Antecedente de RCIU, desprendimiento placentario y/o muerte fetal.
- Gestación múltiple, mola hidatídica, hidropesía, primigravidez.
- Embarazo adolescente

Las enfermedades preexistentes que incrementan los casos de eclampsia son:

Hipertensión arterial Crónica, la diabetes mellitus y el hipertiroidismo, predominando las enfermedades que tienen un inadecuado control metabólico, tiempo de la enfermedad, severidad de la misma y evolución de la enfermedad.

Efectos del sistema multiorgánico

La eclampsia ocasiona múltiples perturbaciones que pueden afectar distintos sistemas como el hematológico, hepático, renal, cardiovascular y el sistema nervioso central.

Preocupaciones cardiovasculares

La eclampsia provoca alteraciones cardiovasculares como vasoespasmo generalizado, resistencia vascular periférica e incrementa el número de accidentes en el trabajo por ACV del ventrículo izquierdo.

Preocupaciones hematológicas

Pueden incluir menor volumen plasmático, mayor viscosidad de la sangre, hemoconcentración y coagulopatía ⁽¹⁶⁾.

Preocupaciones renales

Disminuciones en la tasa de filtración glomerular, flujo plasmático renal y aclaramiento de ácido úrico, así como proteinuria ⁽¹⁸⁾.

Preocupaciones hepáticas

Pueden conducir a necrosis periportal, daño hepatocelular y hematoma subcapsular

Preocupaciones del sistema nervioso central

Perfusión cerebral, edema cerebral y hemorragia cerebral ⁽¹⁶⁾.

Impedimento de la regulación del flujo sanguíneo cerebral

En la eclampsia existe un flujo sanguíneo anómalo hacia el cerebro inhibiendo la regulación de la perfusión cerebral, los vasos sanguíneos se dilatan produciendo edema cerebral, isquemia y encefalopatía. Con el aumento de la presión arterial, la autorregulación cerebral se altera, lo que da como resultado regiones cerebrales de isquemia y microhemorragia, cada una de las cuales puede iniciar un foco convulsivo ⁽¹⁴⁾.

Estrés oxidativo

La evidencia indica que las moléculas de leptina aumentan en la circulación de las mujeres con eclampsia, induciendo estrés oxidativo. ^(12, 10)

Evaluación

En una mujer embarazada un episodio de convulsión debe relacionarse a eclampsia, esta puede ocurrir durante los períodos ante parto, intraparto y posparto. Los estudios muestran las siguientes prevalencias en relación a la sintomatología:

- Convulsión o estado postictal (100%)
- Cefalea frontal en un 80%
- Anasarca en un 50%

- Alteración de la visión (40%), como visión borrosa y fotofobia
- Dolor abdominal en el cuadrante superior derecho con náuseas (20%)
- Amnesia y otros cambios en el estado mental

Las incidencias de signos o síntomas antes de la convulsión son las siguientes:

- Dolor de cabeza (83%)
- Reflejos hiperactivos (80%)
- Proteinuria marcada (52%)
- Anasarca (49%)
- Alteraciones visuales (44%)
- Dolor en cuadrante superior derecho o dolor epigástrico (19%)

La ausencia de síntomas antes de la convulsión incluye los siguientes:

- Falta de edema (39%)
- Ausencia de proteinuria (21%)
- Reflejos normales (20%)

La relación entre la incautación y el parto es la siguiente:

- Antes del parto (> 70%)
- Durante el trabajo de parto (intraparto) (50%)
- Después del parto (posparto) (25%)

Según Cooray algunos síntomas que preceden a una convulsión son, cefalea, alteración en el campo visual), y definitivamente el incremento de la presión arterial media.

Hallazgos físicos

Además de la hipertensión, convulsiones, proteinuria y edema. Se puede encontrar diferentes síntomas como, taquicardia, taquipnea, estertores, alteraciones del estado mental, hiperreflexia, Clonus, papiledema, Oliguria o anuria, localización de déficits neurológicos, sensibilidad abdominal en el epigástrico, anasarca y Altura del fondo uterino pequeña para la edad gestacional estimada.

Diagnóstico diferencial:

- Insuficiencia suprarrenal y crisis suprarrenal
- Hemorragia cerebelosa
- Aneurismas cerebrales
- Trombosis venosa cerebral
- Encefalopatía hipertensiva
- Encefalitis
- Neoplasia trofoblástica gestacional
- Trauma de la cabeza
- Hiperaldosteronismo primaria
- Emergencias hipertensivas
- Hipoglucemia
- Meningitis
- Neoplasias, Cerebro
- Embarazo, Preeclampsia
- Convulsiones y epilepsia
- Choque Séptico

- ACV hemorrágico
- ACV isquémico
- Hemorragia subaracnoidea
- Lupus eritematoso sistémico
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Síndromes de abstinencia
- Angiomas
- Vasculitis cerebral
- Sobredosis de droga
- Desordenes metabólicos
- Tumores cerebrales no diagnosticados

Descripción general del diagnóstico

No hay prueba de laboratorio para pronosticar el resultado materno o neonatal en gestantes con eclampsia; es así que el personal de salud, debe encontrarse entrenado para identificar las alertas de manera oportuna y seguir con protocolo médico que asegure un buen final para la madre y recién nacido.

Tratamiento

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM) revalida el uso de sulfato de magnesio en la atención de las gestantes ⁽²⁰⁾. Así como en una gestación que garantice la madurez pulmonar el parto es el tratamiento decisivo para la eclampsia

Las convulsiones eclámpticas son sucesos mortales y acarrear grandes secuelas para la madre y el feto, es así que se debe de garantizar la captación temprana de

las gestantes quienes deben recibir los controles prenatales en el marco de la atención prenatal reenfocada, vigilando la presión arterial media y sus modificaciones según edad gestacional, así como la identificación de otros signos y síntomas de esta patología, para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna.

Consideraciones farmacológicas para convulsiones e hipertensión

El sulfato de magnesio endovenoso es el fármaco inicial que se suministra para finalizar con los episodios convulsivos, las convulsiones cesan después de la dosis de carga de sulfato de magnesio, en esta dosis debe suministrarse de 4-6 g por 15 a 20 min, seguida de la dosis de mantenimiento continua, que equivale de 1-2 g por hora. Para las convulsiones recurrentes o cuando el magnesio está contraindicado, se puede usar lorazepam (Ativan; 2-4 mg IV durante 2-5 minutos) o diazepam (Valium; 5-10 mg IV lentamente) para acabar con la convulsión. Existen otros fármacos para los episodios convulsivos, sin embargo, el magnesio sigue siendo la primera opción ⁽²⁾.

Se pueden usar benzodiazepinas o fenitoína para las convulsiones que no responden al sulfato de magnesio. Los diuréticos se usan solo en el contexto de edema pulmonar antes del parto.

Se debe tener cuidado de no disminuir la PA demasiado drásticamente; una disminución excesiva puede causar una perfusión uteroplacentaria inadecuada y compromiso fetal ⁽¹⁵⁾.

En gestaciones con menos de 32 semanas, se recomienda el uso de corticoides con la finalidad de lograr la maduración pulmonar (surfactante), siendo los fármacos

más usados la betametasona de 12 mg aplicados por vía intramuscular, cada 24 h por 2 días o dexametasona de 6 mg por vía IM, cada 12 horas por dos días.

Seguimiento materno

Monitorear el balance hídrico materno (ingesta y pérdida de líquidos), las funciones vitales y la oxigenación, en pacientes con evidencia de edema pulmonar u oliguria / anuria se debe monitorear la presión arterial pulmonar.

Monitoreo fetal

Para asegurar el bienestar fetal se debe realizar un estricto monitoreo cardíaco fetal electrónico, el cual se ejecuta en todos los estadios del embarazo y el parto. Es un procedimiento para determinar la frecuencia cardíaca del feto. Así como inspecciona la constancia de las contracciones del útero. La bradicardia fetal es común después de la convulsión ecláptica durando de 30 segundos a 9 minutos. Así mismo puede presentarse taquicardia fetal transitoria después de la bradicardia.⁽¹⁷⁾ Por lo antes mencionado es importante realizar un exhaustivo seguimiento del bienestar fetal en condiciones de estrés y no estrés.

Parto (eclampsia preparto o intraparto)

El parto es el tratamiento para la eclampsia después de que el paciente se ha estabilizado. No se debe intentar dar a luz al bebé por vía vaginal o por cesárea hasta que haya pasado la fase aguda de la convulsión o el coma. El modo de parto debe basarse en indicaciones obstétricas, pero debe elegirse teniendo en cuenta que el parto vaginal es preferible desde el punto de vista materno⁽¹⁶⁾.

Las complicaciones intrapartos incluyen las siguientes:

- Retraso del crecimiento fetal (30%)
- Patrones de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadores (30%)
- Desprendimiento de placenta (23%)

Independientemente de la edad gestacional, una inducción prolongada con un empeoramiento clínicamente significativo del estado cardiovascular, hematológico, renal, hepático y / o neural materno es generalmente una indicación de parto por cesárea cuando el tiempo de parto previsto es remoto.

Complicaciones de la eclampsia

Aproximadamente el 56% de gestantes que tienen eclampsia pueden tener déficits temporales, como la ceguera cortical que es resultado del daño cerebral transitorio, Sin embargo, la literatura no registra evidencia de déficits neurológicos persistentes después de convulsiones eclámpticas. Los estudios demuestran que existe un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares (ACV) y enfermedad de las arterias coronarias (CAD) en madres eclámpticas en el futuro.

Otras posibles complicaciones de la eclampsia incluyen las siguientes:

- Daño neurológico permanente por convulsiones recurrentes o hemorragia intracraneal
- Insuficiencia renal e insuficiencia renal aguda
- Cambios fetales: RCIU, desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios
- Daño hepático y raramente rotura hepática
- Compromiso hematológico y CID

- Mayor riesgo de preeclampsia / eclampsia recurrente con el embarazo posterior
- Muerte materna o fetal: se registra que el 13% de las muertes maternas a nivel mundial, se encuentran asociadas a la eclampsia. ⁽⁵⁾

Morbilidad materna

Las complicaciones maternas de la eclampsia incluyen las siguientes:

- Daño permanente del SNC por convulsiones recurrentes o hemorragias intracraneales
- Diseminada intravascular coagulopatía
- Insuficiencia renal
- Edema pulmonar cardiopulmonar

La complicación materna más importante de la eclampsia es el daño permanente del SNC secundario a convulsiones recurrentes o hemorragia intracraneal. La tasa de mortalidad materna es del 8 al 36% en estos casos ^(18, 19, 20,21). Para prevenir las convulsiones recurrentes se debe administrar un bolo de sulfato de magnesio y a continuación dosis de mantenimiento por 12 a 24 horas, con la finalidad de asegurar el bienestar materno y fetal.

Mortalidad maternal

La eclampsia y la preeclampsia son responsables de aproximadamente 63.000 muertes maternas anuales a nivel mundial ^[31]. La eclampsia produce el 22 % de las muertes perinatales, La tasa de mortalidad materna llega al 14% en los países en desarrollo. ^(6, 12, 17), y , en América Latina y el Caribe la mortalidad materna es de 68 por cada 100.000

Mortalidad fetal / neonatal

La tasa de mortalidad fetal varía del 13 al 30% debido al parto prematuro y sus complicaciones. Los infartos placentarios, el desprendimiento prematuro de placenta, el retraso del crecimiento intrauterino y la hipoxia fetal también contribuyen a la muerte fetal ⁽²⁾.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Determinar el manejo clínico de la gestante con diagnóstico de eclampsia en un Hospital de nivel II, 2020.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo que sobrellevan a la complicación hipertensiva denominada eclampsia.
- Determinar el protocolo de atención de las gestantes que presentan eclampsia.

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

Eclampsia - Hospital II Nivel

Fecha: 08 de abril 2020 09:35 hrs

1. ANANMESIS

Paciente acude al servicio de emergencia referida de un Centro de salud por presentar contracciones, y convulsiones.

Edad: 18 años , Estado civil: Soltera , Ocupación: Ama de casa, Grado de instrucción: 3° de secundaria, Religión: católica, Raza: Mestiza

Signos y Síntomas: Contracciones uterinas y convulsiones.

Tiempo de enfermedad: desde hace 11 horas presenta contracciones de inicio brusco y progresivo, hace 3 horas tuvo convulsiones.

Gestante acude a centro de salud, donde deciden derivarla al hospital con los siguientes diagnósticos:

1-Gestante Adolescente 37 sem.

2-Fase activa de trabajo de parto.

3-Descartar desproporción céfalo pélvica.

Ingresa en pleno periodo convulsivo y es derivada a sala de operaciones.

Antecedentes personales generales: No contributarios.

Antecedentes Gineco obstétricos:

- Ginecológicos:
Menarquia: 12 años
R/C: 4/28
1° R.S.: 16
FUR: 14 Julio 2019
MAC: Ninguno

- Obstétricos:
G: 1 P: 0000
FUR: 14 Julio 2019
FPP: 21 Abril 2020
E.G.: 37 semanas por FUR
N° CPN: 05 (1ª 33 sem.)

Antecedentes familiares: Ninguno.

2.- EXAMEN FISICO

PA: 170/120 mmHg FC: 84 x' FR: 22 x' T°: 36.4°C

Aspecto general: Aparenta mal estado general, inconsciente, mal estado de hidratación, regular estado de nutrición, presencia de convulsiones tónico clónicas.

Piel: Pálida, tibia y con signos leves de deshidratación.

Sistema Linfático: Normal

Sistema osteo mio articular: Normal

Mamas: Simétricas, turgentes

Tórax y pulmones: Murmullos vesiculares pasa bien por ambos campos pulmonares

Aparato cardiovascular: RCR, no soplos

Abdomen: Blando depresible.

AU: 31 cm., Feto en longitudinal cefálico derecho, DU: 3/10, D: 40'', I: +++, LCF: 86 por min. Movimiento fetal disminuido.

Genitourinario: sin rasgos de sangre ni de perdida de líquido amniótico.

Tacto vaginal: Dilatación: 10 cm. Incorporación: 100% Altura presentación: -3

Membranas ovulares: Integras Pelvis: Ginecoide

Tacto rectal: Diferido

Extremidades: Edema en miembros inferiores (++/+++), miembros superiores normales.

Sistema neurológico: paciente en estado post convulsivo no responde a interrogatorio.

Glasgow: 10/15

Signos meníngeos: no presenta

Signos de focalización: no presenta

HEMOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO	
HEMATOCRITO	40%
HEMOGLOBINA	13.3 g/dl
GLOBULOS BLANCOS	14,500 mm ³ /s
PLAQUETAS	320,000
MIELOCITOS	0%
ABASTONADOS	4%
SEGMENTADOS	84%
EOSINOFILOS	%
BASOFILOS	0%
LINFOCITOS	12%
MONOCITOS	0%
TIEMPO DE SANGRIA	3 minutos
TIEMPO COAGULACION	7 minutos
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR Rh	positivo
INMUNOLOGIA	
RPR	No reactivo
VIH	Negativo
BIOQUIMICA	
GLUCOSA	76 mg/dl
UREA	26.8 mg/dl
CREATININA	1.0 mg/dl
TRANSAMINASA (TGO)	55 U/l
TRANSAMINASA (TGP)	36 U/L
ACIDO URICO	7.3 mg/dl

EXAMEN DE ORINA

EXAMEN FISICO:	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Turbio
DENSIDAD	
PH	
EXAMEN BIOQUIMICO:	
PROTEINA	+ +
LEUCOCITOS	5 - 8 x campo
HEMATIES	0 - 1 x campo
GERMENES	Escasos

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Primigesta de 37 sem. Por FUR.
2. Expulsivo.
3. Eclampsia.
4. Sufrimiento Fetal.

TRATAMIENTO:

1. NPO
2. CFV
3. CIna 9 0/00 , los primeros 400 cc a chorro y posteriormente a razón de XL gotas por minuto.
4. Sulfato de Magnesio 6 gr. EV pasar en 20 minutos y luego
5. Sulfato de Magnesio 1 gr. Por hora.
6. Pasa a SOP para cesárea de emergencia.
7. S/S Hemograma, glucosa, examen de orina, creatinina, TGO, TGP, pre quirúrgico.

PLAN:

1. Hospitalización
2. Anticonvulsivantes
3. Terminar el embarazo por cesárea
4. Exámenes de laboratorio: perfil toxémica

09:35 hrs. Gestante es traída en ambulancia desde centro de salud, ingresa inconsciente y con convulsiones tónicas clónicas, se aplica manejo de clave azul, se prepara para ser intervenida por emergencia, se le coloca oxígeno, se canaliza

dos vías (llega con vía periférica infiltrada), se coloca sonda vesical con bolsa colectora. Tratamiento es administrado por vía EV.

10:05 hrs. Ingres a sala de operaciones ventilando espontáneamente.

10:15 hrs. PA: 170/100 MmHg, FC: 90 x´

10:45 hrs. Nace recién nacido vivo de sexo masculino.

11:10 hrs. Paciente sale de sala de operaciones agitada respirando espontáneamente bajo efecto de la anestesia:

PA: 120/80 MmHg FC: 78 x´ FR: 23 x´ SPO2: 100%

TRATAMIENTO POST QUIRURGICO

1. Alimentación: Nada por vía Oral.
2. Estricto Balance hídrico.
3. CFV y signos de alarma cada 30 minutos
4. Diuresis horaria
5. Sonda Foley permeable
6. CINA 9% 1000 cc + 20 UI Oxitocina pasar a 30 gotas por minuto el 1er frasco
7. Dextrosa 5% 1000 cc + 2 amp. Hipersodio + 20 UI Oxitocina: 2do y 3er frasco, pasar a 30 gotas por minuto.
8. Sulfato de Magnesio 1 gr. /hora en equipo de volutrol. Suspender si la FR es menor de 14. Diuresis menor 30ml x hora
9. Clindamicina 600mg EV c/8h

10. Amikacina 1 gr EV c/24h
11. Ceftriaxona 1 gr EV c/12h
12. Metamizol 2 gr EV c/8h
13. Metildopa 1 gr VO c/12h
14. Nifedipino 10mg VO c/8h
15. Metoclopramida 10 mg EV c/8h
16. Ranitidina 50 mg EV c/8h
17. S/S Control de protocolo de THE a las 18 hrs.
18. S/s Proteinuria en orina de 24 horas.

11:20 hrs. Puérpera inmediata a la que se le practico cesárea de emergencia por eclampsia, ingresa a la unidad de recuperación ventilando espontáneamente, dormida, excitada, ventilando espontáneamente, apósitos secos y limpios, sangrado vaginal en poca cantidad. PA: 180/105 MmHg FC: 70 x' T°: 36.6°C FR: 22 x' SPO2: 95% GLASGOW: 13 BALANCE HIDRICO: Positivo.

11:25 hrs. Se administra Midazolam 5 mg. en 100 ml de NaCl, EV lento.

11:35 hrs. Se administra sulfato de magnesio según indicación.

PA: 180/120 MmHg FC: 110 x' FR: 24 x' SPO2: 95%

11:40 hrs. PA: 170/120 MmHg FC: 100 x' FR: 22 x' SPO2: 96%

11:55 hrs. PA: 180/120 MmHg FC: 150 x' FR: 24 x' SPO2: 95%

12:10 hrs. PA: 180/110 MmHg FC: 140 x' FR: 22 x' SPO2: 96%

12:25 hrs. PA: 160/100 MmHg FC: 155 x' FR: 22 x' SPO2: 95%

Se administra sulfato de magnesio según prescripción médica. Paciente en mal estado general, se solicita atención especializada por médico internista.

12:33 hrs. Médico internista evalúa y deja nuevas indicaciones:

1. NPO: sonda nasogástrica
2. Soluciones:
 - a) Dextrosa 5% 1000 cc + 20 UI Oxitocina, pasar a 30 gotas por minuto.
 - b) ClNa 9% 100 cc + 2 gr. Sulfato magnesio, pasar 50 cc. Por hora.
3. Antibióticos:
 - a) Ceftriaxona 2 gr EV c/24h
 - b) Clindamicina 600mg EV c/8h
 - c) Amikacina 1 gr EV c/24h
4. Metildopa 1 gr VO c/12h
5. Nifedipino 30mg VO c/8h
6. Manitol 250 ml. E.V.
7. Metamizol 2 gr EV c/12 h
8. Metoclopramida 10 mg EV c/12 h
9. Omeprazol
10. Diazepam 1 gr. E.V. condicional a convulsión

11. Control estricto de presión arterial, saturación de oxígeno y reflejos tendinosos.
12. CFV, BHE
13. Midazolam 5 gr. E.V. condicional agitación psicomotriz
14. Referencia para evaluación por riesgo de ACV.

12:40 hrs. PA: 150/90 mmHg FC: 160 x' FR: 33 x' SPO2: 95%

12:55 hrs. PA: 130/70 mmHg FC: 155 x' FR: 38 x' SPO2: 95%. Se coloca sonda nasogástrica y se administra 500 mg. de alfa metildopa y 30 mg. de Nifedipino.

14:00 hrs. Se administra antibiótico terapia según indicaciones.

15:00 hrs. Se administra metamizol 2 gr. y omeprazol 20mg. En equipo de volutrol.

16:10 hrs. Puérpera ventilando con cánula basal, en mal estado general; presenta apósitos limpios y secos, poco sangrado vía vaginal . Presenta sonda Foley permeable (diuresis: 1700 ml en 5 horas).

16:15 hrs. Puérpera es referida a Hospital de III nivel con diagnósticos:

1. Puérpera post cesárea por eclampsia.
2. Descarta accidente cerebro vascular.

Puérpera llega en mal estado general, acompañada de su recién nacido. Se hace seguimiento y recién nacido es dado de alta a los dos días sin complicaciones, a los 7 días puérpera es dada de alta sin complicaciones ni secuelas, Hospital de III nivel no brinda información del tratamiento brindado a la paciente.

2.3. DISCUSIÓN

- ✓ Las enfermedades hipertensivas Preclamsia y Eclampsia son complicaciones graves que afectan la salud materna y representan la segunda causa de mortalidad materna en el Perú, la literatura precisa que la naturaleza de la preeclampsia es impredecible, es por ello que, el personal de salud de manera permanente debe de fortalecer sus capacidades, realizar un trabajo multidisciplinario, en equipo para garantizar un control de calidad a las gestantes, en el marco de la atención prenatal reenfocada con una mirada integral en cumplimiento y preservación de los derechos humanos, logrando así el adecuado control prenatal y minimizando las patologías obstétricas, y obteniendo del parto un recién nacido en óptimas condiciones, con puntuaciones de APGAR altos (8 a 10 al minuto) para que puedan tener mejores oportunidades de vida y puedan contribuir para el desarrollo del país.
- ✓ En el presente estudio se comprueba que, a pesar de las dificultades de acceso, de la gravedad de la enfermedad, si el personal de salud cumple con la atención de casos según nivel de atención y/o capacidad resolutive, procediendo con la referencia inmediata de casos complejos, previa estabilización de las gestantes nos permitirá disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal. Este tipo de casos nos muestra que, si se actúa apropiadamente y de acuerdo a los protocolos de atención se pueden salvar muchas vidas.
- ✓ El actual estudio comprobó que la captación de la gestante fue tardía, tuvo pocos controles prenatales que pudo ser por poca sensibilización a la familia como escaso seguimiento del control prenatal; así como el seguimiento posterior a la segunda derivación fue deficiente, a pesar de ello el resultado fue

favorable, debido al accionar inmediato de los trabajado/as de salud, en el marco de la normativa de atención vigente en el MINSA, por lo antes mencionado se ratifica que el personal del servicio de ginecología debe reforzar y robustecer la estrategia de trabajo preventivo promocional, el cual es trascendental para la salud materna perinatal.

- ✓ Se debe mencionar que en el tratamiento de la paciente no se contaban con todos los insumos requeridos para dicha emergencia, como personal de ginecología debemos asegurar que las instituciones prestadoras de salud cuenten con capacidad logística y se encuentren abastecidos, para garantizar el suministro de los medicamentos, se debe realizar una adecuada planificación, programación, organización, adquisición y dotación de los mismos para la entrega oportuna y brindar una adecuada atención materna perinatal.

2.4. CONCLUSIONES

- ✓ La eclampsia se produce por la presencia de convulsiones extensivas que ocurren rudamente a una fase de preeclampsia, por ello se clasifica como una emergencia obstétrica y debe de ser atendida en un establecimiento de mayor nivel de atención, en el cual se encuentre al personal de salud idóneo, así como a la infraestructura y la práctica de los procedimientos necesarios para que atender esta patología compleja; según protocolo de atención se establece que, las gestantes que padecen de preeclampsia severa tienen que ser derivada de manera inmediata a una institución de salud FONE. Previo cumplimiento de las condiciones de referencia como hidratación por vías endovenosas seguras, con sulfato de magnesio al 20% para evitar las convulsiones, Administrar hipotensores, Poner una sonda Foley, con bolsa colectora y realizar un control minucioso de la cantidad de diuresis, suministrar oxígeno binasal, inspección frecuente de signos vitales de la mamá, así como el seguimiento de las funciones obstétricas: FCF y dinámica uterina.
- ✓ Los Establecimientos de Salud deben garantizar que el personal de salud como servidores públicos deben respetar las normativas y se encuentren empoderados para que identifique las señales de alerta y tenga respuestas rápidas y efectivas según las normas técnicas establecidas en el sector.
- ✓ Las decisiones médicas oportunas en todos los niveles de atención reducen las tasas de muerte materna, sin embargo, estas decisiones deben estar acompañadas de herramientas y equipamiento que permitan actuar de manera eficaz.

- ✓ Educar e informar a la gestante en el control prenatal ayudara de manera notable a conocer signos de alarma y de este modo tener en la gestante a una aliada que nos ayude a identificar estos signos y cuando tiene que acudir al centro de salud para recibir atención oportuna.
- ✓ Más de 200, 000 muertes a consecuencia de la preeclampsia y eclampsia se presentan en el mundo, sin embargo, la mayor parte de estas pueden ser prevenibles y/o recibir una atención oportuna.

2.5 RECOMENDACIONES

- ✓ Las tasas de mortalidad materna si bien han disminuido notablemente en los últimos años, siguen siendo las zonas alejadas de las ciudades o de las regiones que contribuyen con más casos de complicaciones y muertes maternas. Esto significa un desafío al cual debe hacer frente el estado, para ello se debe considerar hacer un cambio en la organización, manejo y administración de los sistemas de salud para hacerlos más eficaces y más accesibles a la población. Estamos en un momento de transición y de evaluación de los sistemas de salud y debemos aprovechar ello para mejorar nuestras capacidades resolutivas.
- ✓ Se debe motivar a los profesionales de salud a trabajar no solo en los hospitales de gran resolución sino también en los centros de prevención primaria pues desde ese lugar pueden efectuar la derivación oportuna que permita evitar complicaciones y muerte de las pacientes.
- ✓ Implementar con diversos recursos a los establecimientos de salud de la periferie que permitan evacuar a las pacientes en cualquier momento y desde cualquier lugar, pues esto permitirá reducir tiempos y evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez J. Uso de sulfato de magnesio en la preeclampsia y eclampsia durante el embarazo y el puerperio. Revisión bibliográfica. [Tesis de Pregrado]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado el 10 Marzo 2021]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8576>
2. Durán Rodríguez R, Arce Garcia G, Suarez Nuñez E, Martínez Alpajón M, Oslé Matos A. Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia. Rev Cuba Obstetr Ginecol [Internet]. 2020 [citado 10 Mar 2021];, 46(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/503>
3. Maldonado-Mancillas JA, Tinoco-Álvarez MA, De la Garza-Longoria RS, et al. Incidencia de eclampsia en cuidados intensivos en Matamoros, Tamaulipas, México. Med Int Mex. 2020;36(4):485-491.
4. Vial F, Baka N-E, Herbain D. Preeclampsia. Eclampsia. EMC - Anestesia-Reanimación [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Mar 30];46(3):1–19. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1280470320439891>
5. Guardia O. Manejo de preeclampsia – eclampsia en el servicio de emergencias. Tesis Universidad Mayor de San Simón. <http://hdl.handle.net/123456789/226.97>
6. Araujo K. Valor del magnesio ionizado fraccionado como factor asociado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. febrero - abril 2021. Tesis de Universidad Nacional de Cajamarca. <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4043>
7. Amezquita C. Eclampsia Síndrome De Hellp En El Hospital II Moquegua De Essalud 2017. Tesis de especialidad Universidad José Carlos Mariátegui 2020.
8. Gómez T. Condiciones asociadas a la recidiva de preeclampsia- eclampsia en gestantes que tuvieron como antecedente enfermedad hipertensiva del embarazo, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital

- Nacional Sergio e. Bernales durante enero-junio del 2019. Tesis de grado. Universidad Ricardo Palma. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3138>
9. Jorge-Chahuayo M, Vilca-Aponte E, Jaurapoma-Lizana E. Morbilidad materna en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de Huancavelica, Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. DOI: <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.2.83>
 10. Collantes J, Pérez S, Vigil - De Gracia P, Castañeda K, Tapia J, Leyva F. Mortalidad materna en gestantes SARSCoV- 2 anticuerpos IgM/IgG positivos asociada a preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP. Reporte de 3 casos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 66, Núm. 3 (2020) <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2279> Organización mundial de la salud.
 11. Craici I, Wagner S, Garovic VD. Preeclampsia and future cardiovascular risk: formal risk factor or failed stress test?. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2008 Aug. 2(4):249-59. [\[Medline\]](#). [\[Full Text\]](#).
 12. Gabbe. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Hypertension*. 5th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier; 2007. [\[Full Text\]](#).
 13. ACOG. ACOG Practice Bulletin: Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia: The American College of Obstetricians and Gynecologists Number 33. Jan 2002.
 14. Mattar F, Sibai BM. Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Feb. 182(2):307-12. [\[Medline\]](#).
 15. Warrington JP. Placental ischemia increases seizure susceptibility and cerebrospinal fluid cytokines. *Physiol Rep*. 2015 Nov. 3 (11):[\[Medline\]](#).
 16. Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ*. 1994 Nov 26. 309(6966):1395-400. [\[Medline\]](#).
 17. Nodler J, Moolamalla SR, Ledger EM, Nuwayhid BS, Mulla ZD. Elevated antiphospholipid antibody titers and adverse pregnancy outcomes: analysis of a population-based hospital dataset. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 Mar 16. 9:11. [\[Medline\]](#). [\[Full Text\]](#).
 18. Bolte AC, Dekker GA, van Eyck J, van Schijndel RS, van Geijn HP. Lack of agreement between central venous pressure and pulmonary capillary wedge pressure in preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2000. 19 (3):261-71. [\[Medline\]](#).

19. Reddy A, Suri S, Sargent IL, Redman CW, Muttukrishna S. Maternal circulating levels of activin A, inhibin A, sFlt-1 and endoglin at parturition in normal pregnancy and pre-eclampsia. *PLoS One*. 2009. 4(2):e4453. [\[Medline\]](#). [\[Full Text\]](#).
20. Banerjee S, Randeve H, Chambers AE. Mouse models for preeclampsia: disruption of redox-regulated signaling. *Reprod Biol Endocrinol*. 2009 Jan 15. 7:4. [\[Medline\]](#). [\[Full Text\]](#).
21. Cadden KA, Walsh SW. Neutrophils, but not lymphocytes or monocytes, infiltrate maternal systemic vasculature in women with preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2008. 27(4):396-405. [\[Medline\]](#). [\[Full Text\]](#).