



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN UNA
MULTIGESTA ATENDIDA EN UN HOSPITAL DE II NIVEL –**

2020

PRESENTADO POR

MARIA ELENA MINAYA MANRIQUE

ASESOR

OBSTA. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

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

MOQUEGUA - PERÚ

2024

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CARÁTULA

PÁGINA DE JURADO	i
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	iii

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema de investigación.....	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Marco teórico.....	3
1.3.1 Antecedentes.....	3
1.3.2 Bases teóricas	6

CAPÍTULO II:

CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos.....	13
2.2 Sucesos relevantes del caso clínico.....	13
2.3 Discusión.....	33
2.4 Conclusiones.....	34
2.5 Recomendaciones.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	43

RESUMEN

El presente trabajo abordó el proceso de una gestante de 44 años, multigesta a término, quien accede a emergencia con sintomatología de preeclampsia, manifestando cefalea, mareos, contracciones uterinas, etc., siendo referida de un puesto de salud de la provincia de Oyón, que tiene una distancia de aproximadamente 4 horas a la institución de Huacho donde se le atendió; situación que puede comportarse como un factor agravante al momento de tomar decisiones y brindar un manejo oportuno, pues tratándose de un trastorno hipertensivo, cualquier efecto puede darse mientras más tiempo pase; aunado a ello está que, en una primera oportunidad, acudió al hospital de Huacho por infección urinaria y con presunción de hipertensión, es decir, tuvo un precedente de alarma que podía culminar en preeclampsia. Asimismo, se sugirió desde una etapa temprana la referencia oportuna a una institución de mayor capacidad resolutive, antes de la culminación de la gestación, por ser un embarazo de alto riesgo, sin embargo, por la lejanía y la implicancia económica, la paciente no decidió ir hasta Huacho, viéndose reflejado un impacto social. Si bien, el traslado en ambulancia se realizó satisfactoriamente según los parámetros protocolares establecidos, estando acompañada por el personal de obstetricia y un familiar, entre los principales limitantes se encuentra que sólo ante situaciones de emergencia se puede contar con el apoyo de la ambulancia, pero en caso contrario la paciente por sus propios medios debe movilizarse de Oyón hasta Huacho, generando un gasto tanto para ella como para su acompañante y teniendo en cuenta el tiempo que demandaría estar en el Hospital, la estadía, etc. Ingresando al centro hospitalario se le toma la presión arterial y se evidencia un valor de 150/100 milímetros de mercurio, por ello se

indica pasar a sala de operaciones. Tras ello, se toma 3 días postoperatorios evolucionando favorablemente.

Ante esto es importante y pertinente que los profesionales que velan por la salud materno-perinatal manejen correctamente lo estipulado en las diferentes guías, manuales y normas, para su aplicación en la práctica clínica, de tal manera que al momento de abordar un caso se cumpla lo protocolizado y se logre el bienestar del paciente. Por tal razón, se muestra el siguiente caso clínico, el cual nos ayude a tener un mejor juicio de la temática.

Se concluye que principalmente el factor asociado a preeclampsia fue la edad extrema de la gestante superior a los 35 años, además ser gran multigesta y presentar sobrepeso.

Palabras clave: Factores asociados, preeclampsia, gestante.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La preeclampsia representa una problemática de nuestra salud pública debido a que afecta de manera significativa en las tasas de morbi-mortalidad materna perinatal a nivel del mundo¹. En todo el orbe, la frecuencia de preeclampsia tiene tasas entre 2-10% de las gestaciones. Según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cantidad de preeclampsia es siete veces superior en las naciones subdesarrolladas que en las desarrolladas (2.8% y 0.4% de los neonatos vivos respectivamente).²

En el país, la prevalencia de preeclampsia varía entre el 10 y 15% en la población hospitalizada, constituyendo el segundo motivo de muerte materna teniendo valores superiores en Costa que en la Sierra, sin embargo, la muerte de la madre, por esta causa, es superior en la Sierra³. Muchos factores, han sido propuestos con el propósito de vaticinar esta patología hipertensiva, buscando aminorar cada caso de muerte materna; no obstante, hoy en día no hay alguna prueba útil que podría prever su curso; a pesar de ello se han señalado algunos factores que pueden pronosticar su presencia tales como edades extremas, estrés, raza, nivel socioeconómico, gestación múltiple, tipo de parto anterior, etc.

Viendo la realidad de un Hospital Nacional de II nivel, institución de donde es el presente caso clínico, recientemente han sido reportados casos de preeclampsia en el embarazo y puerperio, datos que no fueron renovados, advirtiéndose en la clínica cotidiana una elevación de casos en relación a años anteriores. Varios son los factores que podrían generar este inconveniente: cesáreas previas, edad de la madre extrema, antecedentes de trastornos hipertensivos en gestación, gestación doble, etc.; sin embargo, estos datos solamente fueron una observados directamente, propio de la práctica clínica ejecutada; más no es parte de la evidencia científica que los acredite; ante esta situación se presenta este caso clínico con la propósito de conocer de cerca los posibles causales que pueden originar la preeclampsia en una gestante de esta institución.

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La medida que se debería ejecutar es el análisis de los factores que pueden ocasionar la aparición de este complicación, con la finalidad de plantear disposiciones de prevención institucionales que posibiliten reconocer oportunamente la eventualidad de evolución de preeclampsia en los pacientes que acuden a la institución, al control prenatal, cuando la paciente es hospitalizada o en el comienzo del trabajo de parto. De igual forma el análisis ayudará al reconocimiento de los casos en lo referente a la incidencia de este padecimiento, posibilitando la actualización de las cifras estadísticas.

Por otro punto, ha de ser un instrumento científico que será un precedente para la realización de otras investigaciones acerca de los trastornos hipertensivos, que conjuntamente aumentarán el bagaje teórico sobre la temática desarrollada.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Belay A, Wudad T (2019) llevaron a cabo una investigación acerca de la frecuencia y los factores que intervienen en preeclampsia en gestantes, siendo de tipo transversal, que involucró a 129 participantes. En los corolarios se observó que la edad promedio era de 25.87 años, la prevalencia de preeclampsia era de 12.4% y los indicadores que predijeron preeclampsia fueron: la edad, el embarazo múltiple actual y el antecedente de diabetes mellitus⁴.

Mayrink et al. (2019) efectuaron un trabajo sobre rasgos de peligro de preeclampsia en primigestas, que fue de método caso y control derivado de cohorte, contando con una muestra de 1165 participantes. Hallaron que el índice de incremento de peso semanal, la obesidad y la presión arterial diastólica similar o mayor a 75 mmHg a las veinte semanas de embarazo se relacionan con preeclampsia⁵.

Grum T, Hintsá S, Hagos G (2018) efectuaron un trabajo sobre agentes dietéticos asociados con preeclampsia o eclampsia entre féminas grávidas en servicios de atención de parturición, siendo de tipo analítico. Los resultados mostraron que los elementos protectores para la preeclampsia o la eclampsia fueron: consumo de fruta y vegetales durante la gestación, así como recibir orientación nutricional durante la atención prenatal, mientras que el no haber tenido ningún parto anterior fue un elemento de riesgo de preeclampsia⁶.

Musa et al. (2018) desarrollaron un análisis acerca de los causantes de riesgo de preeclampsia en Nigeria, donde el método fue cohorte y la muestra de 323 mujeres

grávidas. Se demostró en efecto que la frecuencia de preeclampsia había sido 87.9 de mil embarazos (8.8%) y los factores de peligro significativos fueron precedentes de preeclampsia e Índice de Masa Corporal ≥ 25 kg/m².⁷

Weitzner O, Yagur Y, Weissbach T, Man G, Biron T (2018) ejecutaron una investigación para reconocer las secuelas de la preeclampsia tardía y temprana, así como los factores de peligro relacionados, por lo que fue de cohorte y retrospectivo, incluyendo a 101 pacientes. En los resultados se evidencia que el 34.7% tenía preeclampsia temprana y el 65.3% tardía. Asimismo, la alfafetoproteína y el estriol no conjugado se elevaron en el conjunto de comienzo temprano (p=0.015 y p=0.002, respectivamente) y conseguirían prever la preeclampsia temprana⁸.

Acosta Y, Bosch C, López R, Rodríguez O, Rodríguez D (2017) realizaron una investigación sobre preeclampsia y eclampsia en la etapa grávida y de posparto, utilizando método descriptivo, prospectivo y longitudinal, donde se incluyó a treinta y ocho usuarias. Se advirtió que prevalecieron las mujeres en posparto con preeclampsia y las edades entre 21 a 35 años. Los causales de peligro habituales habían sido las edades extremas, precedente particulares y la maternidad por primera vez, con una estancia de 4 y 5 días de los grupos, con la totalidad de egresos vivos.⁹

Valdés M. - Hernández J. (2014) desarrollaron un trabajo sobre elementos de riesgo para preeclampsia, mediante una metodología de caso y control, con un tamaño muestral de 128 pacientes, separados en dos grupos: con preeclampsia y sanas. Hallaron que las peculiaridades que influenciaron en la preeclampsia habían sido: edad de la madre de 35 años o más, sobrepeso maternal al comienzo del embarazo, nuliparidad y precedente de la familia de madre con ésta enfermedad, por lo que, la

mayor parte de estos rasgos no son modificables, lo que implica una buena vigilancia prenatal.¹⁰

Antecedentes Nacionales

Huamán C. (2016) desarrolló una investigación acerca de la frecuencia y elementos asociados a preeclampsia, donde se empleó un método no experimental, observacional y transversal, con 59 pacientes. Se evidenció que el conjunto etéreo con más prevalencia ha sido: 21 a 25 años (33.9%), nuliparidad (55.9%); controles prenatales deficientes (42.4%); antecedente personal de preeclampsia (33.3%) y de hipertensión arterial (6.8%).¹¹

Ku E. (2014) elaboró una investigación que trató sobre los componentes psicosociales asociados a preeclampsia, en base a una metodología analítica de caso y control, con un tamaño muestral de 120 mujeres en posparto, 60 casos con preeclampsia en el embarazo pareados individualmente con 60 púerperas de parto natural, de acuerdo a religión y procedencia. Entre los corolarios se halló que la ansiedad, depresión y violencia se relacionaron de manera significativa con preeclampsia, mientras que la disfunción familiar no se relacionó con la preeclampsia.¹²

Solís M (2014) ejecutó un estudio acerca de las consecuencias clínicas de la preeclampsia, donde se empleó un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, teniendo a una muestra de 117 documentos clínicos de gestantes con preeclampsia. Se evidenció que el 3% de los partos atendidos presentó preeclampsia. La mayor parte de las gestantes tenía entre 20 – 24 años (23,9%); convivían (77,8%); instrucción secundaria (70,9%); multigestas (54,7%), no sin precedentes de hipertensión inducida por el embarazo (82,1%); cuidado prenatal no adecuado

(55,6%) y terminaron en intervención quirúrgica (84,6%). La complicación de la madre habitual fue el parto antes de las 37 semanas (16,2%), el desprendimiento prematuro de placenta (7,7%), la eclampsia (4,3%) y la hemorragia posparto (4,3%).¹³

1.3.2 Bases Teóricas

1.3.2.1 Preeclampsia

a. Definición:

Se trata de una perturbación de la gestación que se evidencia posterior a las 20 semanas, donde se presenta hipertensión arterial, asociada a proteinuria, disfunción materna de órgano blanco y/o disfunción útero placentaria¹⁴

b. Epidemiología:

En el mundo, el porcentaje de preeclampsia fluctúa entre 2-10% de gestación, que es previa a la eclampsia y cambia de país a país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la ocurrencia de preeclampsia es superior en las naciones en desarrollo. En los desarrollados de Norteamérica, la frecuencia de eclampsia es análoga a la de Europa y se observa cerca de 5 a 7 casos por diez mil nacimientos; en tanto que en los países en desarrollo es inconstante, fluctuando de 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 gestacionbes. Los porcentajes de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía cambian de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia fluctúa entre 2% a 16,7%.² En el Perú, los trastornos hipertensivos de la gestación simbolizan el 31,5%. En embarazadas que asisten a centros hospitalarios del país, el 10,8% tiene preeclampsia y es el segundo motivo de muerte materna (16 %); en los hospitales del seguro social a nivel nacional y en

la capital es la primera causa de defunción de la madre, y se relaciona con 17 a 25% de los decesos perinatales¹⁵. En el Instituto Nacional Materno Perinatal la primera causa de muerte materna es también (2007-2018) con un 44.3%.¹⁴

c. Etiología:

Esta patología se distingue por darse una réplica vascular no normal a la placentación y que se relaciona a estas variaciones: aumento de la réplica vascular sistémica, acrecentamiento en la agregación plaquetaria, aceleración del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial.¹⁶

Pese al génesis no tan claro de la preeclampsia, se plantean varios procesos genéticos, ambientales, inmunológicos, inflamatorios, desbalance entre los factores angiogénicos y anti angiogénicos, que se manifiestan anatómicamente como una réplica vascular anormal en la placentación, sucedida por un aumento de la resistencia vascular, isquemia placentaria, estrés oxidativo, acrecentamiento de la agregación plaquetaria, aceleración del sistema de coagulación y disfunción endotelial, podicituria y que orientan a demostraciones clínicas de la preeclampsia, con perjuicio orgánico y sistémico.¹⁷

En la preeclampsia hay un fundamento fisiopatológico de hipoxia tisular divulgada, especialmente en la microcirculación con secuela multisistémica que aquejará particularmente riñón, hígado, vasos sanguíneos y sistema nervioso central. La hipoxia por otros motivos empeorará el estado del paciente al aumentar el daño a la microcirculación.¹⁸

La preeclampsia es una etapa de vasoconstricción extendida y secundaria a una disminución de la función en el epitelio vascular, en vez de la vasodilatación propia

de la gestación normal. Esto se relaciona a isquemia placentaria previo a la irrupción del cuadro clínico, en lo que al parecer es uno de los inicios de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Esta isquemia se causa por una incompleta placentación en la que no se causaría la frecuente reposición de la capa del músculo de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que traslada a una vasodilatación estable que posibilita aumentar muchas veces el caudal de sangre afirmando así el adecuado aporte de sangre a la unidad fetoplacentaria.¹⁹

Existen tres teorías etiológicas, que de alguna manera están en boga, las cuales son la genética, la placentaria y la inmunológica, aunque existen otras teorías como las alteraciones iónicas y las nutritivas en el embarazo que unos estudiosos han considerado. Estas teorías concuerdan en el menoscabo endotelial a nivel vascular induciendo luego la enfermedad generalizada.²⁰

De acuerdo con novedosas investigaciones, se desplegaría desde un ajuste inmunológico no adecuada de la madre a los antígenos del padre que surgen de los genes existentes en las células fetales, los que inducen una réplica inflamatoria excesiva que obstaculiza con la implantación y con el desarrollo normal de la gestación. En la preeclampsia es complicado instaurar la diferencia entre sucesos inmunes, inflamatorios y vasculares puesto que las células del sistema inmune secretan citoquinas que poseen la función de mediar diferentes acciones biológicas, procediendo sobre el endotelio vascular, músculo liso, o la coagulación.²¹

d. Factores de Riesgo:

Ante estos factores, la probabilidad de mostrar preeclampsia en el embarazo se incrementa de 10 a 50%. Entre ellos se menciona:

Edad materna: los extremos de la edad aumentan el peligro de preeclampsia²². La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) como aquella que se da a una edad mayor de 35 años²³. Esta patología podría atacar a féminas mayores de 35 años debido a los daños crónicos del sistema vascular que padece desgastes, con la próxima esclerosis de los vasos, que mengua el aporte sanguíneo apropiado en el embarazo y se implanta una insuficiencia circulatoria, que ocasiona isquemia útero-placentaria¹⁰.

Raza: surge con más frecuencia en las mujeres de raza negra²⁴. Hábitos tóxicos: las féminas fumadoras poseen con menor frecuencia eclampsia que las no fumadoras, el riesgo relativo es de 0.17 es un factor protector. Abuso de cocaína durante el embarazo: causa serios inconvenientes en el binomio madre-niño, más aún si consumen además otras drogas²⁵. Precedente de preeclampsia en embarazo previo: Aumenta el peligro de desarrollar preeclampsia en los sucesivos embarazos hasta 7 veces, además se ha hallado una asociación con el desarrollo de PIP²². Historia familiar de preeclampsia: sobretodo en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una PE durante su gestación, quizá por factores genéticos que ayudan a su origen, y que suelen ser múltiples²⁶. Gestación múltiple: aumentaría el riesgo de padecer preeclampsia, y se ha visto que el riesgo se incrementa con el número de fetos²². Los abortos: estudios realizados indican que las mujeres nulíparas con al menos un aborto, evidencia 2 veces más peligro a diferencia de las mujeres nulíparas sin

antecedentes de abortos²⁵. Infecciones de vías urinarias: La infección urinaria sin síntomas es tres veces mayor en pacientes con preeclampsia.²⁵

e. Diagnóstico:

Es reconocido cuando hay elevación de la presión (PA>140/90mmhg) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparecen o no edemas. El aumento de la proteinuria y de hipertensión en una paciente con nefropatía o hipertensa anterior se llama preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico es similar.¹⁹

La proteinuria se considera patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orina de 24 Hrs, o en al menos dos muestras urinarias tomadas con 4 horas de intervalo.²⁷ En el Instituto Nacional Materno Perinatal se ejecuta la prueba con ácido sulfosalicílico (ASS) al 3%, combinando 1mL de ASS (conservado en frasco oscuro) con 1mL de orina centrifugada o decantada 1 hora; se toma muestra del sobrenadante, se une por inversión, se deja en reposo por 5 minutos y luego se efectúa la lectura³.

f. Manejo:

Lo más relevante es un apropiado control prenatal, éste debería posibilitar la identificación de las gestantes con peligro de desenvolver dicha enfermedad y como su descubrimiento oportuno, mediante el reconocimiento de signos y sintomatología clínica y la progresión a estadios severos. Se debería hacer prevalecer la estabilidad de la mujer gestante, la decisión entre terminar la gestación y el manejo expectante dependerá de la edad gestacional fetal, condición fetal, la condición materna, presencia o no de trabajo de parto y estado de las membranas.²⁸

Teniendo un diagnóstico de la enfermedad, se necesita seguidamente valorar el estado de salud de la gestante y el feto. En la gestante se debería evaluar clínicamente las funciones neurológica, respiratoria y cardiovascular; al mismo tiempo se ejecutará una estimación hematológica y bioquímica de la cantidad de plaquetas, pruebas de función renal (úrea, creatinina y ácido úrico) y pruebas de función hepática (transaminasas y lactato). Se evaluará el bienestar fetal con el monitoreo fetal electrónico -pruebas no estresante o estresante-, el perfil biofísico y estudio Doppler. Si se discurriera necesariamente la evaluación del grado de madurez pulmonar fetal, se realizará la amniocentesis, que tiene riesgos inherentes. La embarazada con preeclampsia con signos de severidad o eclampsia demanda internación inmediata para su manejo pertinente, con finalidad terapéutica de controlar la presión arterial, advertir las convulsiones o su repetición, optimizar el volumen intravascular, mantener una oxigenación arterial adecuada y diagnosticar y tratar precozmente las complicaciones. En la preeclampsia, el tratamiento final es la interrupción del embarazo y habitualmente se toma en cuenta las condiciones de la madre para dicha interrupción, antes que la edad gestacional y la salud fetal.³

Las embarazadas con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia deberían ser internadas en un establecimiento de segundo o tercer nivel de atención, con unidad de cuidados intensivos materna y banco de sangre. En la hospitalización se monitorizará la presión arterial cada 4 horas, así como las funciones vitales, latidos cardiacos fetales y contracciones uterinas; del mismo modo, se controlará la diuresis y ejecutará la revisión de las pruebas de laboratorio. Se valorará el bienestar fetal por lo menos cada 72 horas.³

Ante cifras tensionales superiores a 160/100 mmHg, la medicación antihipertensiva se ejecuta con la finalidad de aminorar las complicaciones de la madre como la encefalopatía, la hemorragia y la insuficiencia cardiaca congestiva.²⁹

Por tanto, es una complicación de salud que constituye uno de los primeros motivos de muertes maternas en el Perú, y puede presentarse incluso en el parto y puerperio.^{30, 31}

CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos

Identificar los principales factores asociados a preeclampsia en una gestante.

Evaluar el manejo clínico realizado de preeclampsia en una gran multigesta en la institución.

2.2 Sucesos importantes del caso clínico

2.2.1 Datos de Filiación:

- | | | | |
|----------------------|--------------|--------------------------|---------------|
| • Nombres | : XX | • Grado de conocimiento: | Secundaria |
| • Edad | : 44 años | | completa. |
| • Sexo | : Femenino | • Sitio de natalicio | : Oyón |
| • Fecha de Natalicio | : 18/05/1974 | • Ingreso | : Emergencia |
| • Estado civil | : Soltero | • Parentesco | : Hija |
| • Religión | : Católico | • Ocupación | : Ama de casa |
| • Raza | : Mestizo | | |

2.2.2 Antecedentes Personales

Antecedentes Personales Generales:

- Tuberculosis : Niega
- Diabetes : Niega
- Hipertensión : Niega
- Cirugía Pélvica : Niega
- Infertilidad : Niega
- CIE –R75 : Niega
- Alergias : Niega
- Transfusiones : Niega

Hábitos nocivos:

- Tabaco : No
- Alcohol: No
- Drogas : No

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Ginecológicos:

- Menarquia: 14 años
- Dismenorrea: Niega
- Método anticonceptivo: Niega
- Último Papanicolaou (PAP): abril 2018
- Inicio de relaciones coitales: 15 años
- Relaciones coitales Contra natura: Niega
- Ducha vaginales: Niega

Obstétricos:

- G: 10 PARA: 9017
- Partos anteriores:
 - G1: 26-02-1991, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G2: 02-08-1992, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G3: 11-10-1997, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G4: 21-09-2012, Aborto.
 - G5: 24-01-2014, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G6: 26-10-2015, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G7: 13-02-2009, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G8: 05-10-2013, parto vaginal. Sin complicaciones.
 - G9: -01-2017, embarazo múltiple. Fallecidos.
 - G10: Actual
- RN con mayor peso: 3250 gr.

2.2.3 Antecedentes Familiares:

- Padre: Niega
- Madre: embarazos gemelares

2.2.4 Embarazo actual

- FUR: 28/11/2019
- EG: 38semanas(ss) y 5 días(d) por ecografía
- FPP: 05/09/2020
- Vacuna antitetánica: Si
- Grupo y Factor Sanguíneo: O - RH(+)
- RPR: No reactivo
- VIH: No reactivo
- Atenciones prenatales: 08
- Hemoglobina: 11.25 gr/dl

EPICRISIS

(Primer ingreso)

Identificación:

- Sexo: Femenino
- Tipo de seguro: Seguro Integral de Salud (SIS)
- Edad: 46 años

Residencia habitual:

- Departamento: Lima
- Ocupación: Ama de casa
- Provincia: Oyón
- Fecha de nacimiento: 18/05/1974
- Distrito: Oyón
- Estado Civil: Conviviente

Ingreso:

- Fecha de ingreso: 07-08-20
- Cama: 07
- Hora: 04:50 horas
- Vía de Ingreso: Emergencia
- Acceso al Hospital: Directo
- Profesional: Médico Ginecólogo
- Servicio: Gineco - Obstetricia

Egreso

- Fecha: 10-08-20
 - Estancia: 03 días
 - Hora: 14:00 horas
 - Estado Ginecológico: Gestante
 - Diagnóstico Principal: Estado : Sana
 - Diagnóstico Adicional: ITU
 - Condición: Sana
 - Diagnóstico Adicional: Sobrepeso
- Multigesta 36 ss x ecografía

CONSULTAS OBSTÉTRICAS
(Luego de Primera Hospitalización)

10/08/20

- FUR: 28/11/2019
- EG: 36 ss y 3d por ecografía
- Reevaluación en control prenatal: Asintomática
- Paciente firma solicitud de Bloqueo tubárico bilateral (BTB)

Al examen físico:

PA: 120/70 mmHg

AU: 34cm SPP : LCD Dinámica uterina: Ausente LCF: 140x´

Movimientos fetales: Presentes

Edema : +/-+++

Diagnóstico:

1. Gran Multigesta de 36ss 3d por ecografía
2. No trabajo de parto (NTP)
3. Alto Riesgo Obstétrico(ARO)

Plan de trabajo: Cita en 7 días.

23/08/18

- Edad: 46 años
- Talla: 1.52
- Peso: 74.300kg

Examen físico:

PA: 130/80 mmHg.

AU: 33cm SPP: LCD Dinámica uterina: Ausente LCF: 133x´

Movimientos fetales: Presentes

Pérdida de líquido amniótico (PLA): no se observa

Pérdida de sangrado vía vaginal (PSV): no se evidencia

TV: no cambios cervicales

Edema: +/+++

Diagnóstico:

1. Gran multigesta de 38ss 2d x ecografía
2. NTP

Plan de trabajo: Cita en 7 días.

HOJA DE EMERGENCIA

03/09/20

12:00 hrs. Motivo de consulta: Paciente acude con referencia de puesto de salud con diagnóstico de preeclampsia, actualmente refiere moderado dolor de cabeza, mareos, contracciones uterinas y pérdida de mucosidad. Niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vía vaginal. Percibe movimientos fetales.

Al examen:

T°: 36°C FC: 100 X´ FR: 20X´ PA: 130/80 mmHg. Peso: 76kg

Examen Ginecológico:

Genitales externos: Aparentemente normal

Vagina: Elástica, tibia

Cérvix: Cerrado

Examen Obstétrico:

Útero: Grávido de 34cm

FCF: 140X´

Situación fetal LCD

Tacto vía vaginal: No cambios cervicales

Membranas: Íntegras

Impresión diagnóstica:

1. Gran Multigesta añosa de 39ss 5/7 x ecografía
2. Hipertensión inducida por la gestación (HIG): a descartar preeclampsia.

Plan de trabajo:

1. Perfil de severidad para preeclampsia (transaminasas, deshidrogenasa láctica, úrea, creatinina)
2. Perfil preoperatorio de emergencia
3. Monitoreo Electrónico fetal (MEF).

EVOLUCIÓN MÉDICA**03/09/20****14:30hrs**

Paciente presenta cefalea intensa. PA: 180/110 mmHg.

Diagnóstico: Preeclampsia con signos de severidad**Plan de trabajo:**

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Control de funciones vitales (CFV)
3. Control de sangrado vaginal y dinámica uterina (CSV/DU)
4. NaCl 0.9% 1000cc, a 30gotas x'
5. Protocolo de sulfato de magnesio (dosis de ataque)
6. Nifedipino en tableta 10mg vía sublingual si la presión arterial es mayor o igual a 160/110 mmHg.

7. Sonda Foley permeable
8. Preparar para sala de operaciones (SOP)
9. Cefazolina en ampolla 2gr vía endovenosa (antes de subir a sala de operaciones)

NOTAS DE OBSTETRICIA

03/09/20

14:35hrs

Médico indica Nifedipino sublingual 10mg y dosis de ataque de sulfato de magnesio.

14:40hrs

Se inicia sulfato de magnesio por vía endovenosa y se administró 10mg de Nifedipino sublingual. Se prepara para subir a sala de operaciones.

15:45hrs

Paciente sube a SOP estable con vía de NaCl al 0.9%

PA: 150/80 mmHg y FCF: 144 x'

NOTAS DE OBSTETRICIA - HOSPITALIZACIÓN

03/09/20

Datos del Recién nacido:

- Fecha: 03/09/2020
- Hora: 16:20hrs
- Sexo: Masculino
- Peso 2830gr
- Talla 48.5 cm
- PT: 33.5cm
- PC: 33cm
- APGAR: 8-9
- Edad gestacional: 38 semanas por Capurro.

18:18hrs

Paciente de 44 años que ingresa en camilla acompañada del personal de enfermería procedente de SOP con Dx: Post cesárea por preeclampsia considerada de severidad más BTB.

Al examen: Aparente regular estado general (AREG), lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP). Con catéter para analgesia, con dextrosa solución acuosa al 5%, 1000cc+ oxitocina 30 unidades internacionales (UI).

PA: 110/80 mmHg FC: 73 T: 36.9° C FR: 18x'

Mamas: Blandas y secretantes con calostro en poca cantidad

Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación.

Útero contraído ± 16cm, sitio operatoria cubierta con apósito limpio y seco.

Loquios hemáticos en regular cantidad.

Se solicita hematocrito y hemoglobina de control (hcto/hb). Queda con tratamiento indicado.

POST OPERATORIO INMEDIATO

03/09/20

Balance Hídrico 2horas

Ingresos:

NaCl 0.9%: 320cc

Agua metabólica: 436cc

Egresos:

Diuresis: 30cc

Sangrado: 600cc

Pérdidas sensibles: 76cc

Balance hídrico: + 50

18:30 hrs.

Paciente no refiere molestias, orina (+), deposición (-).

Aparente Regular Estado General, Aparente Regular Estado Neurológico, Aparente Regular Estado Hemodinámico, respirando espontáneamente con acceso venoso periférico en miembro superior derecho, con sonda Foley diuresis 30cc.

Al examen: AREG-LOTEP

CFV: FC: 71x' FR: 20x' T°: 36,8°C PA: 140/100mmHg.

Piel: Tibia, húmeda, elástica con llenado capilar < 2segundos(s)

Mamas: pezones formados, secretan calostro.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos regulares (RCR), no soplos.

Abdomen: distendido, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos (RHA) (+), sitio operatoria cubierta con apósito, sin secreción.

Genitales externos: loquios hemáticos sin mal olor, Sonda Foley permeable, diuresis 30cc.

SNC: LOTEP, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Paciente mujer 46 años
2. Post operada inmediata (PO_i) de Cesárea Segmentaria Transversa Primaria (CSTP) por preeclampsia con signos de severidad + BTB
3. Puérpera inmediata de parto por cesárea.
4. Paciente hemodinámicamente estable, afebril con PA: 140/100 mmHg

Plan de trabajo:

1. CFV: (Control de PA estricto en hoja aparte)
2. CSV
3. Analgesia
4. Antihipertensivo

Rp.:

1. NPO
2. CFV
3. CSV
4. Dextrosa solución acuosa al 5% 1000cc + Oxitocina 30UI (I-II-III /frasco/24hrs)
5. SO₄Mg 1gr/hora EV x 24hrs según evaluación de diuresis
6. Tramal 100mg EV c/ 8hrs
7. Ranitidina 50mg EV c/ 8hrs
8. Metoclopramida 10mg EV C/ 8 hrs
9. Sonda Foley permeable para diuresis

10. Control de PA evaluar c/ 2hrs en hoja aparte
11. Pasa a evaluación para monitoreo permanente
12. Nifedipino 10mg VO en presión \geq 160/110 mmHg
13. Perfil de severidad c/24hrs
14. Hb-Hto de control

NOTAS DE OBSTETRICIA

03/09/20

18:50 hrs. Paciente asintomática con recién nacido en servicio de neonatología.

PA: 127/95 mmHg.

20:00hrs. Paciente Post cesareada por preclamsia con signos de severidad.

PA: 125/95 mmHg

Examen Gineco-Obstétrico:

Piel y mucosas: ligera palidez en piel y mucosas

Mama: Blandas/ Secretantes

Abdomen: Blando y depresible, leve dolor a la palpación con útero contraído a 16cm y sitio operatoria sellada.

Genitales Externos: Loquios hemáticos en regular cantidad con sonda Foley permeable. Queda con CFV – CSV con tratamiento indicado y monitoreo permanente, en NPO. Con RN vivo en neonatología.

21:45hrs. Paciente post cesareada de más de 5hrs por preeclampsia en evolución favorable.

CFV: PA 127/99mmHg T°: 36°C FC:70x´ FR: 17x´

Examen Gineco-Obstétrico:

Abdomen: Blando y depresible, leve dolor a la palpación, con útero contraído y apósito seco.

Genitales externos: Loquios hemáticos (+).

Al CFV y el CSV se observa regular cantidad de sangrado y coágulos; se comunica al médico residente quien indica se agregue 10UI de Oxitocina al goteo.

04/09/20

06:55hrs. Paciente post cesareada de ± 14hrs x preeclampsia en AREG.

CFV: PA 130/90 mmHg T° 36.8 °C FC: 89x´ FR: 17x´

Examen Gineco-Obstétrico:

Mamas blandas/secretantes en poca cantidad

Abdomen: útero contraído ± 16cm

Sitio operatoria sellada y seca.

Genitales externos: Loquios hemáticos

Queda CFV – CSV, con tratamientos antihipertensivo, analgésicos y sonda Foley permeable, con recién nacido vivo.

POST OPERATORIO 1

(PRIMER DÍA)

04/09/20

07:30 hrs. Paciente no refiere molestias, orina (+), deposición (-)

Al examen: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente, con sonda Foley (diuresis 100cc)

PA: 120/80mmHg FC: 90x' FR 20x' T° 36,8°C

Piel: tibia, húmeda, elásticas (T/H/E), llenado capilar menor a 2s

Tórax y Pulmón: murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos hemitórax (AHT)

Mamas: Pezones formados, secreta calostro

CV: RCR, no soplos.

Abdomen: Blando y depresible, no dolor a la palpación, RHA (+), útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, herida operatoria con bordes afrontados.

Genitales externos: Loquios sin mal olor.

ROT: ++ / ++++

Paciente mujer 44 años con Diagnóstico:

1. PO1 CSTP por preeclampsia con signos de severidad+ BTB
2. Puérpera inmediata de parto por cesárea

Paciente hemodinamicamente estable, afebril.

Plan de trabajo:

1. CFV: (Control de PA)
2. Analgesia
3. Antihipertensivo
4. Perfil de severidad de preeclampsia
5. Hcto de control

Tratamiento:

1. Dieta completa (DC) + Líquidos a voluntad (LAV)
2. CFV + CSV
3. Monitorización Ambulatoria Presión Arterial (MAPA) cada 4 horas
4. Terminar frasco: I – II - III de dextrosa solución acuosa al 5% + 30UI oxitocina
5. Culminar SO₄Mg 1gr/ hora (completar 24hrs)
6. Tramadol 50mg EV c/ 8hrs
7. Dimenhidrinato 50mg EV C/ 8hrs
8. Ranitidina 50mg EV c/ 8hrs
9. Metoclopramida 10mg EV c/ 8hrs
10. Nifedipino 10mg(PA \geq 160/110mmHg)
11. Masaje uterino externo
12. Lactancia Materna Exclusiva
13. Vigilar signos premonitorios de eclampsia
14. Sonda Foley permeable

NOTAS DE OBSTETRICIA

04/09/20

8:00hrs. Paciente en su primer día de puerperio de parto por cesárea por preeclampsia se maneja en su unidad, no refiere molestias.

Al examen: AREG - LOTEPE

CFV: PA: 127/95 mmHg FC: 94x' T°: 36.6°C FR: 18x'

Fascies: Pálida

Mama: Blandas y secretantes

Abdomen: blando y depresible con útero contraído no dolor a la palpación.

Genitales externos: Loquios hemáticos con sonda vesical permeable.

Paciente queda con tratamiento de Sulfato de Magnesio.

Plan: Control de puerperio, consejería en planificación familiar y lactancia materna exclusiva.

10:00hrs. Paciente es evaluada por ginecoobstetra quien indica que se continúe con sulfato de magnesio, cumplir las 24 horas.

18:00hrs. Paciente con manejo de preeclampsia no percibe cefalea ni otros signos de irritación cortical.

Al examen: PA: 130/100 mmHg T°: 36.6 °C FC: 85x'

Queda paciente en reposo: RPR: (no reactivo), Hcto: 35.7%, Hb: 12.1gr/dl

20:10hrs. Se encuentra paciente de 44 años con diagnóstico de puérpera post cirugía por preeclampsia, con signos de severidad + BTB 1er día, en su unidad en reposo, con acceso venoso periférico en miembro superior izquierdo con sonda vesical permeable. Manifiesta dolor en zona abdominal, niega otra molestia.

Al examen: AREG, LOTEP

CFV: PA: 157/109 mmHg FC: 72x' T°: 37° C. FR: 17x'

Mamas: con secreción de calostro

Abdomen: blando y depresible con leve doloroso a la palpación, útero contraído a 15cm, sitio operatorio afrontada sin signos de flogosis.

Genitales externos: loquios hemáticos en poca cantidad con sonda vesical permeable.

Plan de trabajo:

1. Control puerperal
2. Masaje uterino
3. Lactancia materna exclusiva
4. Continuar indicación médica
5. Recién nacido en neonatología

POST OPERATORIO 2

(SEGUNDO DÍA)

05/09/20

07:20 hrs. Paciente refiere dolor abdominal en hemi abdomen inferior, orina (+), deposición (-).

Al examen: AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente.

PA: 150/100mmHg FC 75x' FR 24x' T°: 36,8°C

Piel: T/H/E, llenado capilar <2''

Tórax y Pulmones: MV pasa en AHT, normales

Mamas: Pezones formados, secretan calostro

CV: RCR, no soplos

Abdomen: Distendidos, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, RHA +, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, sitio operatorio con bordes afrontados.

Genitales externos loquios hemáticos no mal olor.

Paciente mujer de 44 años con diagnóstico:

1. PO₂ CSTP por preeclampsia con signos de severidad + BTB
2. Puérpera mediata de parto por cesárea

Paciente hemodinámicamente estable, afebril con PA 150/100 mmHg

Plan de Trabajo:

1. Se solicita: Plaquetas /transaminasas/ úrea/ creatinina/ deshidrogenasa láctica
2. Control presión arterial en hoja aparte

Rp:

1. DC +LAV
2. CFV + CSV
3. Tramadol 50mg EV c/ 8hrs
4. Dimenhidrato 50mg EV C/ 8hrs
5. Nifedipino 10mg vía oral c/ 6hrs
6. Metildopa 500mg vía oral c/ 8hrs
7. Sulfato ferroso 300ml vía oral c/12 hrs
8. Masaje uterino
9. Lactancia materna + deambulaci3n asistida
10. Retirar sonda Foley
11. I/C cardiología

NOTAS DE OBSTETRICIA

05/09/20

06:00 hrs. Puérpera post cesareada de 2 días, por preeclampsia con signos de severidad. Actualmente se manifiesta asintomática.

Al examen: AREG LOTEP

CFV: PA: 140/80 mmHg T° 37.1° C FC: 74x´

Queda paciente en reposo con RN vivo

08:40hrs

Se encuentra paciente de 44 años, post cesareada de segundo día por preeclampsia con signos de severidad. Paciente refiere ligero dolor a nivel de sitio operatorio.

Al examen: AREG - LOTEPE

CFV: PA: 140/80 mmHg FC: 78x' T° 37° C

Piel y mucosa: T/H/E

Mamas: Secretantes

Abdomen: B/D, útero contraído, AU: 15cm, HO: Afrontada

G. Ext.: Loquios hemáticos poca cantidad

Queda en control obstétrico

14:00hras

Puérpera descansa tranquila niega signos de irritación cortical, PA: 145/98mmHg, útero contraído ± 15cm, loquios hemáticos en poca cantidad (+), queda en observación y control permanente.

18:50hras

CFV: PA: 160/113 mmHg FC: 73x' T° 36.9° C

Loquios hemáticos en poca cantidad. Se encuentra en observación y control permanente más tratamiento indicado. Recién nacido en neonatología.

20:05hras. PA: 180/100mmHg, útero contraído a 15cm. A la espera de visita médica.

21:50hrs

Paciente con diagnóstico de puerperio inmediato de parto por cesárea de dos días por preeclampsia con signos de severidad, niega cefalea, escotomas, tinitus y epigastralgia.

Al examen: PA: 140/80 mmHg

Otros exámenes sin alteraciones

Plan:

1. Control de puerperio.
2. Lactancia Materna.
3. Seguir indicación médica.
4. Consejería.

06/09/20

02:00hrs PA: 130/90, pasa noche tranquila

06:30hrs Paciente refiere ligero dolor en herida operatoria

CFV: PA: 130/90mmHg FC: 98x' T° 36.8° C

09:45hrs. Post cesareada por preeclampsia con signos de severidad + BTB, útero contraído, loquios hemáticos en poca cantidad, herida operatoria afrontada, recién nacido en alojamiento conjunto, se brinda consejería integral.

POST OPERATORIO 3

(TERCER DÍA)

06/09/20

7:05hrs. Paciente no refiere molestias, orina (+), deposiciones (-)

Al examen: AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente.

PA: 120/90mmHg FC 98x' FR 21x' T° 36.5 °C

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2s

Tórax y Pulmones: MV pasa en AHT, normales

Mamas pezones formados, secretan calostro

CV: RCR Bi, no soplos

Abdomen: BID no doloroso a la palpación, RHA (+), útero contraído debajo de la cicatriz umbilical, herida operatoria con bordes afrontados.

Genitales Ex.: Loquios hemáticos sin mal olor.

Paciente mujer de 44 años con diagnóstico:

1. PO₃ CSTP + BTB por preeclampsia con signos de severidad
2. Puérpera inmediata de parto por cesárea

Paciente hemodinamicamente estable, afebril, evolución favorable.

Plan de trabajo:

1. CFV
2. Control de PA
3. Analgésicos
4. Antihipertensivos
5. I/C cardiología
6. Alta con indicaciones

Rp:

1. DC +LAV
2. CFV
3. Tramadol 50mg EV c/ 8hrs (Suspende)
4. Metildopa 500mg vía oral C/ 8hrs x 5 días
5. Nifedipino 10mg (PA \geq 160/110mmHg)
6. Sulfato ferroso de 300mg vía oral c/ 24hrs
7. Lactancia materna exclusiva
8. CSV en paño
9. Control de PA hoja aparte
10. I/C cardiología por consultorio
11. Paracetamol 1gr vía oral c/ 8hrs x 3 días

SEGUNDA EPICRISIS

Identificación: Primera Epicrisis.

Residencia habitual: Primera Epicrisis.

Ingreso:

- Fecha de ingreso: 03-09-20
- Hora: 12:00
- Acceso al Hospital: Directo
- Servicio: G. O
- Cama: 21
- Vía de Ingreso: Emergencia
- Profesional: Médico

Egreso:

- Fecha y hora : 06-09-20 / 14 horas
- DX. Principal: P03 de CSTP BTB
- DX. Adicional: Preeclampsia
- DX. Adicional: Puérpera de parto por cesárea
- Estancia: 03 DÍAS
- Estado Ginecológico: Puérpera
- Estado Clínico: Sana
- Condición: Sana
- No hubo necropsia: No aplicable

Tratamiento:

- Tratamiento principal: Cesárea
- Operación principal: CSTP+BTB

Parto:

- Nro. de controles Prenatales: 08
- Embarazo: Alto riesgo
- Parto: Simple
- Nro. de partos previos: 07
- Nro. de abortos previos: 01
- Cesáreas previas: 0

Nacimiento:

- Condición: vivo
- Sexo: Varón
- Peso: 2830gr
- Talla : 48,5cm
- Edad Gestacional: 39ss por capurro

2.3 Discusión

La preeclampsia representa una disfunción endotelial vascular generalizada, que ocurre luego de la semana 20 del embarazo, hasta las 4-6 semanas postparto, caracterizada por elevación de la presión arterial y aumento de proteínas en orina, con o sin edema y con o sin daño de órgano blanco. Cabe resaltar, que cuando se agrava el cuadro puede generar eclampsia y cuando no es tratada a tiempo y de manera adecuada puede llevar a la mortalidad materna. Por ello, es importante, revisar los elementos que están asociados a su aparición, para tomar las medidas preventivas correspondientes.

Acerca de los causales personales añadidos a preeclampsia, en el presente trabajo se encontró que la edad de 44 años y el sobrepeso se comportaron como rasgos asociados a la preeclampsia. De manera similar, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva publicó que entre los principales factores de riesgo personales para preeclampsia se encuentran la edad mayor a 40 años, el IMC alto (ya sea sobrepeso u obesidad) y la preeclampsia en embarazo anterior³². Así también, Torres en su análisis observó que la edad mayor de 35 años fue un factor de riesgo para preeclampsia³³. Por tanto, la edad materna predispone a la aparición de preeclampsia, ya que hay cambios en el sistema vascular a dicha edad; así como el sobrepeso que por la hiperlipidemia genera disfunción endotelial y estrés oxidativo, conllevando al aumento de la presión arterial.

En cuanto a los factores obstétricos asociados a preeclampsia, en el presente trabajo se observó que la multiparidad (9 partos) simbolizó un riesgo para la preeclampsia. Esto coincide con el estudio de Gutiérrez, donde se encontró que el factor de riesgo más frecuente para preeclampsia de inicio tardío fue la multiparidad, mientras que

Torres halló que la nuliparidad, la edad gestacional de 32-36 semanas y tener entre cero y cinco controles prenatales fueron factores de riesgo de preeclampsia³³. Por su parte, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva mencionó que los factores de riesgo obstétrico para preeclampsia son: periodo intergenésico mayor a 10 años, embarazo múltiple y sospecha de retardo de crecimiento intrauterino³². Por tanto, es importante vigilar la historia obstétrica y la forma en que se llevó el embarazo, ya que puede haber un antecedente de hipertensión, que implique su aparición en la nueva gestación.

El manejo realizado en la gestante con preeclampsia se basó en el control de funciones vitales, el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, protocolo de sulfato de magnesio, nifedipino 10 mg vía oral si la presión arterial es mayor a 160/110 mmHg, colocación de sonda Foley, exámenes complementarios y programación de cesárea. Ésta forma de abordar el caso coincide a lo mencionado por la Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, donde toman como medidas generales el control de las funciones vitales (para el caso de la presión arterial y pulso cada 4 horas), de la diuresis (sonda Foley), solicitud de exámenes de laboratorio, uso de anticonvulsivantes como el Sulfato de Magnesio, antihipertensivos como el nifedipino y culminación del embarazo por la vía más adecuada.³⁴ Por tanto, de acuerdo a lo evidenciado, la forma de llevar el caso clínico, se cumplió con lo protocolizado cumpliendo con cada una de más medidas contempladas a favor del binomio madre-niño.

-

2.4 Conclusiones

- Al revisar el caso clínico se evidenció que el principal factor personal asociado a preeclampsia es la edad de la madre mayor a 35 años y los principales factores obstétricos fueron ser multigesta (10 gestaciones) y el sobrepeso. Así mismo observamos el factor socio económico agregado a la oportuna atención en una institución de mayor capacidad resolutive.
- El manejo clínico realizado de preeclampsia en una gran multigesta en la institución incluyó control de funciones vitales, monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, protocolo de sulfato de magnesio, utilización de nifedipino 10 mg vía oral si la presión arterial es mayor a 160/110 mmHg, colocación de sonda Foley y exámenes complementarios. Sin embargo se observó el uso retardado de metildopa en el postparto como antihipertensivo de elección, ya que se excreta de manera limitada a través de la leche materna.

2.5 Recomendaciones

- Se sugiere implementar casas de espera o ambientes en Huacho, donde puedan alojarse las pacientes con sus acompañantes que viven en zonas alejadas y requieren de atención en la institución, pues es una de las principales restricciones para solicitar atención. Asimismo, se recomienda que los profesionales de salud encargados de las atenciones prenatales tengan conocimientos claros y precisos sobre el peso pre gestacional como posible factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, ya que identificando un peso materno inadecuado, se podrá actuar de forma rápida en conjunto con un profesional de nutrición estableciendo estrategias de mejora o prevención con

la gestante en riesgo, además también se podrá llevar un observación minuciosa sobre la evaluación del peso fetal.

- Se sugiere que durante la práctica clínica, tanto en la institución donde se desarrolló el presente estudio como en otros nosocomios, se solicite el tamizaje del nivel de aspartato amino transferasa y otros exámenes de manera precisa y adecuada en las gestantes con riesgo de trastornos hipertensivos, ya sea en el segundo o tercer trimestre de tal manera que se pueda tratar dicho cuadro a tiempo y así evitar complicaciones como la eclampsia y/o síndrome de Hellp; además de ello los obstetras y los que están en formación debieran tener presente la importancia de reconocer los valores de estos marcadores clínicos, y así puedan contribuir en la identificación de los posibles casos de preeclampsia, optando por un manejo oportuno y correcto. También se podría solicitar vales de combustible en los puestos de salud de Oyón para que puedan trasladar a las pacientes en cualquier momento y no sólo en emergencias.
- Se sugiere contar con un protocolo estandarizado propio de la institución y socializarlo y de esa manera actuar oportunamente en cada caso de preeclampsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 309-320. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a07v60n4.pdf>
2. Vargas V., Acosta G., Moreno M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista Chilena Obstetrica y Ginecológica. 2012; 77(6): 471-476. Guzmán F. Preeclampsia, primera causa de muerte materna. Gaceta UNAM. 2018. [Acceso 7 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.gaceta.unam.mx/preeclampsia-primera-causa-de-muerte-materna/>
3. Guevara E., Meza L. Manejo de la preeclampsia/ eclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Revista en Internet]. 2014 [Acceso 7 de noviembre 2018]; 60(4): 385-393. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015
4. Belay A, Wudad T. Prevalence and associated factors of pre-eclampsia among pregnant women attending anti-natal care at Mettu Karl referral hospital, Ethiopia: cross-sectional study. Clin Hypertens. 2019; 25:14. doi: 10.1186/s40885-019-0120-1. eCollection 2019.
5. Mayrink J, Souza R, Feitosa F, Rocha E, Leite D, Vettorazzi J, et al. Incidence and risk factors for Preeclampsia in a cohort of healthy nulliparous pregnant women: a nested case-control study. Sci Rep. 2019; 9(1): 9517. doi: 10.1038/s41598-019-46011-3.

6. Grum T, Hintsä S, Hagos G. Dietary factors associated with preeclampsia or eclampsia among women in delivery care services in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC Res Notes*. 2018; 11(1): 683. doi: 10.1186/s13104-018-3793-8.
7. Musa J, Mohammed C, Ocheke A, Kahansim M, Pam V, Daru P. Incidence and risk factors for pre-eclampsia in Jos Nigeria. *Afr Health Sci*. 2018; 18(3): 584-595. doi: 10.4314/ahs.v18i3.16.
8. Weitzner O, Yagur Y, Weissbach T, Man G, Biron T. Preeclampsia: risk factors and neonatal outcomes associated with early- versus late-onset diseases. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018: 1-5. doi: 10.1080/14767058.2018.1500551.
9. Acosta Y., Bosch C., López R, Rodríguez O, Rodríguez D. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet]*. 2017 [Acceso el 09 de agosto del 2018]; 43(4). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/274/206>.
10. Valdés M, Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar [Revista en Internet]*. 2014 [Acceso el 08 de agosto del 2018]; 43(3):307-316. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/726/568>

11. Huamán C. Prevalencia de factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos De Mayo entre enero a junio de 2015. [Tesis de Medicina]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016. [Acceso el 10 de agosto del 2018]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/531/1/Huaman_c.pdf
12. Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. Revista Peruana de Epidemiología [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 21 de junio del 2018]; 18 (1): 1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355009.pdf>
13. Solís M. Complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 - Julio 2014. Rev. Peru. Obstet. Enferm [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 10 de agosto del 2018]; 10 (2). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/726/568>
14. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2023.
15. Sánchez S. Epidemiología de la Preeclampsia. Rev. Per. Ginecol. Obstet [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 11 de agosto del 2018]; 52(4):213-218. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf

16. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 4ª ed. México: Secretaría de Salud; 2007. [Acceso el 05 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_EC_LAMPSIA_lin-2007.pdf
17. Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Méd. Peruana [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 06 de julio del 2018]; 23(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200010
18. Sánchez A, Sánchez A, Bello M, Somoza M. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Rev. Cub Med Int Emerg [Revista en Internet]. 2004 [Acceso el 06 de julio del 2018];3 (1) 62-96. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie10104.pdf
19. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. España: Asociación Española de Pediatría; 2008 [Acceso el 09 de julio del 2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
20. Barranco F, Blasco J, Mérida A, Muñoz M, Jareño A, Cozar J, et al. Capítulo 1.17. Hipertensión en el embarazo. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. [Acceso el 09 de julio del 2018]. Disponible en: <https://www.uninet.edu/tratado/c011703.html>

21. Voto L. Sección Hipertensión Arterial. Hipertensión en el Embarazo. [Acceso el 09 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf
22. Gutiérrez E. Factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio tardío en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión enero 2014 – diciembre 2015. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2017. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/882/1/Guti%C3%A9rres%20Cuadros%2C%20Elena%20Augusta_2017.pdf
23. Tapiani O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? Rev Per Ginecol Obstet. [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 12 de diciembre del 2017]; 52(3):179-185. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a09v52n3.pdf
24. Gabriel A. Torres López. Preeclampsia. México: Observatorio de Mortalidad Materna, Asesoría; 2011 [Acceso el 05 de julio del 2018]. Disponible en: <http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/PREECLAMPSIA.pdf>

25. Leal E, Marchena C, Murillo E. Factores de riesgo asociados a síndrome hipertensivo gestacional. Hospital Primario Carlos Centeno. Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte. Enero - Junio 2013. [Tesis de Doctorado]. Managua-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Facultad de Ciencias Médica; 2015. [Acceso el 15 de junio del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1375/1/68410.pdf>
26. Cruz J, Hernández P, Yanes M, Isla A. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Rev. Cubana Med Gen Integr [Revista en Internet]. 2007 [Acceso el 15 de junio del 2018]. 23(4): 1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
27. Camacho L, Berzaín M. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Rev Cient Cienc Méd [Revista en Internet]. 2015 [Acceso el 09 de julio del 2018]; 18(1): 50-55. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100010
28. Huertas E. Manejo clínico de la preeclampsia. Rev Per Ginecol Obstet [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 15 de junio del 2018]. 52(4): 237-238. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A08V52N4.pdf

29. López N, Bernasconi A, Lapidus A, Vamp G. Manejo de la Preeclampsia Grave – Eclampsia. Argentina: Sociedad Argentina de Hipertensión y Embarazo. 2006 [Acceso el 15 de junio del 2018]. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/coneclampsia.pdf>
30. Jarne P., Gózález R., Valdivia M., Sáchez C. Preeclampsia grave de aparición precoz confirmada con biomarcador. Rev Chil Obstet Ginecol 2018; 83(3): 277 – 282.
31. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 4ª ed. México: Secretaría de Salud; 2007. [Acceso el 05 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_EC_LAMPSIA_lin-2007.pdf
32. Torres S. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Revista de investigación y casos en salud [Revista en Internet]. 2016 [Acceso el 09 de julio del 2018]; 1(1). Disponible en: <http://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/11>
33. Jaramillo Gl., Vásquez D., Buitrago A. Preeclampsia leve y severa: estudio de casos y controles en el Hospital de Chiquinquirá 2012-2014. Rev. Colomb. Enferm. 2014; 14(12): 33-43.
34. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.