



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**GESTANTE DE 40 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE
PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD
ATENDIDA EN HOSPITAL NACIONAL**

PRESENTADO POR:

VERONIKA NAVARRO HUALLAMARES

ASESOR

MG. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

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

MOQUEGUA - PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**GESTANTE DE 40 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD ATENDIDA EN HOSPITAL NACIONAL**” presentado por el(la) aspirante **NAVARRO HUALLAMARES VERONIKA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Mg. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0321-2023-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software **TURNITIN**, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	NAVARRO HUALLAMARES VERONIKA	GESTANTE DE 40 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD ATENDIDA EN HOSPITAL NACIONAL	26%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **26%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 07 de octubre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE	IV
RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I.....	6
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. MARCO TEÓRICO	8
1.3.1. Antecedentes	8
Internacionales	8
Nacionales	9
1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento.....	10
1.3.3. Generalidades.....	11
CAPITULO II.....	17
2.1. OBJETIVO GENERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	17
2.4. DISCUSIÓN.....	29
2.5. CONCLUSIÓN	32
2.6. RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN

La preeclampsia es una de las principales complicaciones del embarazo y representa un desafío significativo en la atención obstétrica, siendo la segunda causa de muerte materna en el Perú, con un 18.5% de los casos reportados en el Boletín Epidemiológico del 2023. Este caso clínico se centra en una gestante de 40 años, con un diagnóstico de preeclampsia severa, atendida en un hospital nacional. La paciente, con un historial de solo cuatro atenciones prenatales y un periodo intergenésico prolongado, presentó síntomas característicos de la enfermedad, incluyendo hipertensión arterial y proteinuria. Durante su evaluación, se identificaron signos premonitorios como dolor abdominal superior y cefalea, que son indicativos de un posible deterioro hepático y riesgo de complicaciones severas, como el síndrome HELLP.

El manejo de la paciente fue crítico, ya que se requirió un seguimiento exhaustivo y la intervención oportuna para evitar complicaciones perinatales. A pesar de la atención brindada, la paciente presentó alteraciones en los exámenes de laboratorio, incluyendo elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia, lo que llevó a la decisión de programar una cesárea para salvaguardar la salud tanto de la madre como del feto. Este caso resalta la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo asociados a la preeclampsia, tales como la edad materna avanzada, el bajo número de controles prenatales y la presencia de síntomas alarmantes.

La atención multidisciplinaria y el monitoreo constante son esenciales para mejorar los resultados maternos y perinatales en gestantes con preeclampsia severa. En conclusión, la preeclampsia severa es una condición crítica que requiere atención inmediata y un enfoque integral en su manejo, siendo fundamental la capacitación de los profesionales de salud para la identificación y tratamiento de esta patología.

Palabras Clave: Preeclampsia severa, complicaciones obstétricas, hipertensión gestacional, manejo clínico, factores de riesgo, atención prenatal, mortalidad materna, síndrome HELLP.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el embarazo el 10 a 15% de nuestras pacientes cursan con trastornos hipertensivos y es causa preocupante de enfermedad y muerte materna y/o fetal.(2) La hipertensión en el embarazo (HE), al desencadenar lesión en la madre y el feto por la misma fisiología de la enfermedad conlleva a una falla multisistémica debido a que afecta la placenta, riñones, hígado, cerebro, sistemas sanguíneos de la madre.(3), asimismo el inicio de disfunciones metabólicas y de vasos sanguíneos a futuro con riesgo de 2.3 a 11 veces de padecer hipertensión crónica, y si han tenido previamente HE tienen doble riesgo de ictus e insuficiencias cardíacas; con 10 veces de riesgo de enfermedad renal terminal a larga data (4).

Estos trastornos pueden manifestarse de diversas formas, incluyendo la hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia que conllevan el riesgo de desarrollar complicaciones graves, como el síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia), daño renal, derrame cerebral y complicaciones cardiovasculares a largo plazo. La preeclampsia y la eclampsia, en particular, ponen en peligro la vida de la mujer si no se controlan adecuadamente.

Los riesgos para el feto se manifiestan en la reducción del flujo de sangre en el útero, lo que a su vez en el feto puede disminuir oxígeno y nutrientes. Esto puede

provocar un crecimiento deficiente intrauterino, parto prematuro e incluso la muerte fetal. Además, la preeclampsia severa puede causar desprendimiento de la placenta, lo que también puede ser fatal para el feto.

El monitoreo continuo de la presión arterial y proteínas cualitativas en orina luego de las 20 semanas de embarazo pueden ser detectada durante las atenciones prenatales y el personal de salud debe contar con la experticia necesaria para poder detectarlo y derivar a un nivel de mayor complejidad en caso que lo requiera.(5)

1.2. JUSTIFICACIÓN

Es importante investigar sobre esta complicación en el embarazo por el impacto fatal en la salud de la madre y el niño por nacer en todo el mundo; y comprender estos trastornos es fundamental para prevenir complicaciones graves y salvar vidas tanto de las madres como de los recién nacidos. Además, que presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de éstas el 75 % de los casos corresponden a pacientes primigestas.

La HE es una de las tres razones de muerte materna (7) por ello es relevante considerar el análisis del caso clínico de gestantes de 40 semanas con preeclampsia, debido que es un tema de prioridad nacional se cuenta con guías y protocolo internacionales(5) y nacionales (8,10) en dichos documentos se evidencia el uso de la clasificación actualizada para el diagnóstico de la preeclampsia, todo esto demuestra la pertinencia del presente trabajo.

La revisión de la historia clínica es un proceso factible y posible teniendo facilidad en la revisión total de la misma, para poder realizar su análisis además se cumplió con todos los criterios éticos contemplados técnicamente en la historia clínica(6), debido que no se consideran datos que puedan vincular con la paciente guardando el respeto a la confiabilidad

De la misma manera un diagnóstico temprano y manejo adecuado es crucial para reducir el riesgo de consecuencias serias como el parto prematuro, desprendimiento de placenta y HELLP.

La mejora en la atención para identificar factores de riesgo, realizar un seguimiento adecuado durante el embarazo y tomar decisiones informadas sobre el manejo clínico es crucial por parte del equipo que atiende a la gestante.

La investigación en trastornos hipertensivos del embarazo es crucial para proponer nuevos tratamientos y reforzar los sistemas de promoción de la salud. Esto puede conducir a avances significativos en la atención médica y mejorar estándares de salud materno perinatal.

Por tanto, la educación en salud a nuestras gestantes busca aumentar la conciencia sobre la importancia de un seguimiento prenatal y prevención de riesgo.

1.3. MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Internacionales

Zhang H, Wang W. (2022) realizó un metaanálisis con el **Objetivo:** Describir los factores asociados y resultados adversos en gestantes añosas con trastornos hipertensivos del embarazo. **Metodología:** Estudiaron 13 artículos, 3 de factores asociados, 6 de resultados adversos y 4 ambos. **Resultados:** Las causas asociadas son IMC anormal, bajo nivel educativo materna, antecedentes familiares y antecedentes de hipertensión crónica, diabetes gestacional y los resultados adversos encontrados son cesárea, DPP, RPM, hemorragia posparto, parto prematuro, asfixia fetal, sufrimiento fetal, RCIU y bajo peso al nacer.(11)

Garti I, Gray M, Tan JY, et. al. (2021) realizó una revisión con el **Objetivo:** Conocer manejo de las Obstetras sobre el manejo de la preeclampsia. **Metodología:** Fueron estudiados 29 artículos de Google Scholar. **Resultados:** Las obstetras manejan 4 temas de conocimiento: Fundamentos de la preeclampsia; manejo, diagnóstico y gestión de emergencias.(12)

Turbeville HR, Sasser JM. (2020) en su libro “Preeclampsia más allá del embarazo” los efectos a larga data para la madre y el niño por 30 años. Se mostró que esta enfermedad conlleva a una carga económica elevada; desarrollo de enfermedades

como disfunción placentaria, vascular, renal e inmunológica; parto prematuro con una significativa morbilidad y mortalidad perinatal y en la madre hipertensión y la enfermedad renal crónica como efectos a largo plazo. (13)

Sousa MG de, Lopez RGC, et al. (2019) en Brasil desarrolló una investigación con el **Objetivo:** Determinar la epidemiología de la hipertensión arterial (HA) en embarazadas. **Metodología:** Revisión de historias clínicas. **Resultados:** El 43% tenía HA crónica, el 33,3% antes de las 20 semanas de embarazo, el 23,7% después de la semana 20, el 78,1% con antecedentes familiares de hipertensión, el 11,4% eran añosas y en su primera gestación y el 26,3% en la segunda gestación. Los factores de riesgo asociados: Diabetes en un 50%; obesidad en un 22,2%.(14)

Nacionales

Guevara-Rios E, Torres-Contreras H, et. al. (2022) realizó una investigación descriptiva con el **Objetivo:** Conocer el manejo de hematoma hepático subcapsular en mujeres con preeclampsia y síndrome de HELLP por 17 años de revisión. **Metodología:** Se revisó historias clínicas de gestantes preeclampsia severa y HELLP con esta complicación hepática mencionada, con población objetivo de 53 pacientes con ese diagnóstico las cuales: el 37,7% preparto y 62,3% postparto **Resultados:** El síntoma más común fue el dolor abdominal superior y dolor de cabeza; el tratamiento quirúrgico en el 94.3% fue laparotomía, tratamiento del hígado y reconstitución de líquidos; las fallas orgánicas que se desarrollaron: shock hipovolémico e insuficiencia renal aguda con un 19% de mortalidad en el postparto.(15).

Guerrero A. y Díaz C. (2022) desarrollaron un estudio de investigación analítico con el **Objetivo:** Describir las causas de preeclampsia (PE) en gestantes de una institución de salud de Lima. **Metodología:** Se revisaron historias clínicas de 120 gestantes (40 del grupo estudio y 80 del control). **Resultados:** Estado civil conviviente ($p=0.092$); antecedente de parto prematuro ($p=0.0113$), exagerado consumo de grasas ($p<0.001$); grado de instrucción secundaria completa ($p=0.056$), ingreso mensual menor a 1500 soles ($p=0.02$); bajo consumo de carbohidratos ($p=0.006$). Por tanto los factores personales asociados a las preeclampsia son situación familiar, el nivel de estudios y el sueldo mensual, dentro de los factores

obstétricos se asoció el parto prematuro anterior y entre los factores nutricionales se asoció la ingesta de carbohidratos y lípidos.(16)

Moquillaza V. et al (2020) desarrolló un estudio observacional con el **Objetivo:** Precisar el porcentaje de diagnósticos de preeclampsia en el Perú. **Metodología,** Mediante la prueba de chi cuadrado en una base secundaria de una unidad prestadora de salud para. **Resultados:** El 56,89% de la hipertensión en el embarazo fueron por preeclampsia; el 63.61% de estas atenciones fueron en Essalud, 60.56 % en el II nivel de atención, 64.98% de la selva y el 49.61% entre 40 a 49 años. Por tanto se concluye que la preeclampsia es el trastorno hipertensivo de más porcentaje a nivel nacional, en su mayoría atendidas en Essalud , en el II nivel de atención y en la selva.(17)

Villanueva J. et al (2020) realizó una investigación retrospectiva de caso y control con el **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que se relacionan con preeclampsia en un hospital de Lima (2017-2018). **Metodología:** Revisión de historias clínicas. **Resultados:** El 59.4% eran gestantes entre 20-35 años, el sobrepeso u obesidad con $p= 0.031$; ser ama de casa con un $p=0.030$ y la obesidad con un $p= 0.036$. Por tanto se concluye que el que el sobrepeso u obesidad y ser ama de casa está asociado a recurrencia de preeclampsia.(18)

Pacheco J. (2018) en su publicación de guías hizo nuevas escalas y parámetros de hipertensión arterial durante el embarazo para determinar el diagnóstico de preeclampsia, donde las nuevas escalas de presión arterial (PA) normal en adultos es menor a 120/ 80 mmHg., P.A. alta es 120-129/ menor de 80mmHg, HA estadio 1: 130-139/80-89 mmHg, e HA estadio 2: mayor a 140/mayor a 90 mmHg.(19).

1.3.1. Conceptos básicos de la enfermedad o evento

Los trastornos hipertensivos del embarazo se enmarcan en guías y protocolos que son:

-Hipertensión Gestacional (CIE 10- O13): Aumento de la PA, sin proteinuria ni signos de preeclampsia, en un embarazo mayor a las 20 semanas, con dos presiones arteriales sistólica por encima de 140 mmHg ó diastólica de 90

mmHg. con rango de cuatro horas o diagnosticada por primera vez en el puerperio.

Si las presiones se estabilizan previo a las 12 semanas postparto es una hipertensión transitoria, y si prosigue es una hipertensión crónica.(10,20)

- **Hipertensión crónica (CIE10-O16):** HA previo al embarazo o de las 20 semanas de edad gestacional.
- **Preeclampsia(CIE10-O14):** Elevación de la PA después de las 20 semanas, con proteinuria, con complicaciones maternas o fetales.(10)
Se subclasifica en:
 - **Preeclampsia sin criterios de severidad (CIE10-O13):** PA sistólica de 140-159 mm Hg y diastólica de 90-109 mmHg. en dos tomas en menos de 4 horas en mujer normotensa; posterior a las 20 semanas de embarazo, con proteinuria: de 300 mg o más en recolección de orina por 24 horas o (++) en tiras reactivas.(10,20)
 - **Preeclampsia con criterios de severidad (CIE10-O14.1):** PA sistólica mayor a 160 mmHg. y diastólica 110 mmHg., en dos tomas con intervalo de 15 minutos, plaquetas menor a 100 000; alteración de la función hepática, insuficiencia renal (creatinina mayor a 1.1 mg/dL), edema cerebral y alteraciones visuales. (10,20)

1.3.2. Generalidades

Etiología

La causa de la PE aún se desconoce, pero se cree que es multifactorial y está influenciada por factores genéticos, inmunológicos, vasculares y ambientales. Algunos de los principales factores que se han asociado con el desarrollo de la preeclampsia incluyen:

-Disfunción placentaria: Se cree que la preeclampsia comienza con una disfunción en la implantación y desarrollo de la placenta. Esta disfunción puede resultar en una mala perfusión sanguínea uteroplacentaria, lo que lleva a la

liberación de sustancias vasoactivas y proinflamatorias que contribuyen a la hipertensión y la disfunción endotelial.

-Factores genéticos: Se han identificado varios genes candidatos con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

-Factores inmunológicos: Puede ser el resultado de una respuesta inmunitaria anormal a la presencia del feto y la placenta, por el cambio en la función de los linfocitos T y las natural Killer, en mujeres con PE.

-Disfunción endotelial: Se manifiesta por cambios en la permeabilidad vascular, la inflamación y la activación plaquetaria. Esta disfunción endotelial contribuye a la hipertensión y a las complicaciones vasculares asociadas con la preeclampsia.

-Factores vasculares: Alteraciones en la función vascular, incluida la vasodilatación y la respuesta al estrés oxidativo, pueden contribuir al desarrollo de la PE asimismo el aumento de endotelina y el factor de crecimiento del tejido conectivo (vasoconstrictores) y disminución de óxido nítrico (vasodilatador).

En resumen, la preeclampsia es una enfermedad compleja con múltiples factores contribuyentes, incluyendo disfunción placentaria, factores genéticos, inmunológicos, vasculares y ambientales y se necesitan más investigaciones para comprender completamente los mecanismos subyacentes y desarrollar enfoques preventivos y terapéuticos más efectivos.(21)

Factores de riesgo asociados

Existen varios factores causales que condicionan un mayor riesgo de desarrollar PE. Estos incluyen:

-Antecedentes personales de PE en un embarazo anterior

-Antecedentes familiares de PE en madres, hermanas o hijas.

-Primer embarazo o embarazo múltiple

- Edad materna menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Obesidad o sobrepeso
- Condiciones médicas preexistentes como la hipertensión arterial crónica, enfermedad renal, diabetes tipo 1 o 2, enfermedades autoinmunes y enfermedades del sistema vascular.
- Historial de enfermedad cardiovascular.
- Problemas de coagulación (Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos).
- Embarazo concebido por técnicas de reproducción asistida (óvulos-esperma donado)
- Periodo intergenésico corto (< 2 años) o largo (> 10 años) .

Es importante identificar estos factores de riesgo para que las gestantes sean monitoreadas de cerca durante el embarazo y reciban atención médica adecuada para reducir el riesgo de complicaciones. (10)

Diagnóstico

Se basa en una sumatoria de signos y síntomas clínicos, junto con pruebas de laboratorio y monitoreo regular durante el embarazo para el diagnóstico de PE, como son:

-PA elevada: Se define como una PA sistólica igual o superior a 140 mmHg o una PA diastólica igual o superior a 90 mmHg, medida en dos ocasiones con al menos cuatro horas de diferencia, después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa.

-Proteinuria: Eliminación de 0.3 gramos o más de proteína en una muestra de orina de 24 horas, o como la presencia cualitativa de proteínas en orina al azar.

-Otros signos y síntomas: Dolor de cabeza persistente, visión borrosa, dolor abdominal, náuseas y vómitos, edema generalizado (hinchazón), entre otros.

-Pruebas de laboratorio: Se solicitará pruebas adicionales para detectar otros signos que nos indique Preeclampsia, como son: Hemograma Completo, Recuento de Plaquetas, Tiempo de Coagulación y Sangría, Ácido Úrico, Hepatograma, Examen de Orina, Proteinuria, Creatinina.

-Monitoreo fetal: Se usa para verificar la frecuencia y el ritmo de los latidos cardiacos fetales, permite identificar una situación de Hipoxia Fetal e intervenir apropiadamente para evitar Asfixia Fetal. Es una de las pruebas con una sensibilidad de 93 % y especificidad de 30 %.

Consta de 5 Parámetros: Contracciones Uterinas, Frecuencia Cardiaca Fetal, Variabilidad, Aceleraciones, Desaceleraciones.

Criterios de severidad

- Presión arterial alta: Una presión arterial sistólica de 160 mmHg. o más, o una presión arterial diastólica de 110 mmHg. o más en dos ocasiones separadas por al menos 6 horas es un indicador de preeclampsia severa. (22)
- Proteinuria: La presencia de proteína en la orina es un signo de daño renal. Se considera significativa cuando hay más de 300 mg en una muestra de orina de 24 horas. (22)
- Función hepática: Un aumento en las enzimas hepáticas puede indicar problemas hepáticos. Se considera grave cuando las enzimas hepáticas están elevadas al doble del límite superior normal. (22)
- Trombocitopenia: Un recuento de plaquetas inferior a 100,000 por microlitro indica un riesgo aumentado de sangrado y es un criterio de severidad. (22)
- Edema pulmonar: La presencia de líquido en los pulmones es un signo de preeclampsia severa y puede requerir atención médica inmediata. (22)

- Síntomas neurológicos: Dolores de cabeza severos que no responden a analgésicos comunes y alteraciones visuales como visión borrosa o pérdida temporal de la visión son síntomas preocupantes.

Además, se pueden realizar pruebas adicionales para confirmar la presencia de preeclampsia y evaluar su severidad:

- Análisis de sangre: Para verificar la función del hígado y los riñones, y medir la cantidad de plaquetas.
- Análisis de orina: Para evaluar la función renal.
- Ecografía fetal: Para monitorear el crecimiento del bebé y la cantidad de líquido amniótico.
- Prueba en reposo o perfil biofísico: Para observar la reacción de la frecuencia cardíaca del bebé al movimiento y evaluar la respiración, el tono muscular y el movimiento del bebé. (22)

Tratamiento

Es determinante para su manejo la edad gestacional, la presencia de complicaciones y la condición del feto. Aquí se describen los principales enfoques de tratamiento utilizados para manejar la preeclampsia:

-Control de la presión arterial: Se pueden usar medicamentos antihipertensivos, como labetalol, hidralazina o nifedipino y así evitar mayores complicaciones.

-Monitoreo fetal: Pruebas de monitoreo cardíaco fetal, ultrasonidos para evaluar el crecimiento fetal y el flujo sanguíneo uteroplacentario, y pruebas de bienestar fetal como la evaluación de movimientos fetales.

-Reposo relativo: Puede recomendarse reposo en cama y restricción de la actividad física para reducir el estrés en el cuerpo y prevenir complicaciones adicionales.

-Corticosteroides antenatales: Gestantes con PE antes de las 34 semanas de gestación para acelerar la maduración pulmonar fetal y evitar de complicaciones respiratorias en el prematuro.

-Medicamentos Anticonvulsivos: Como el Sulfato de Magnesio que reduce el riesgo de Eclampsia y Mortalidad Materna. El cuál se administra colocando 5 ampollas de Sulfato de Magnesio al 20 % (10 gramos) en ClNa 9 %. 1000 cc EV, 400 cc. chorro, luego 30 gotas/minuto.

-Control de líquidos y electrolitos: Control cuidadoso de los líquidos y electrolitos para prevenir la sobrehidratación o la deshidratación.

-Hospitalización: En casos de preeclampsia o eclampsia deben ser hospitalizadas en un establecimiento de segundo nivel de atención, que cuente con cuidados intensivos maternos en donde se monitorizará la PA cada 4 horas, así como las Funciones Vitales, los Latidos Cardiacos Fetales y las Contracciones Uterinas, además se realizaran los análisis pertinentes.

-Terminación del embarazo: Ante signos de deterioro materno o fetal, la terminación del embarazo es lo más acertado, mediante inducción del parto o una cesárea, dependiendo de la edad gestacional y las circunstancias individuales.

Es importante destacar que el tratamiento de la preeclampsia debe ser individualizado y supervisado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, incluyendo obstetras, neonatólogos y ginecoobstetras.

CAPITULO II

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir los factores de riesgo, evolución y complicaciones perinatales de una gestante a término con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores de riesgo para preeclampsia de la gestante presentada en nuestro caso clínico.
- Describir la evolución de preeclampsia con criterios de severidad de la gestante de nuestro caso clínico
- Conocer las complicaciones perinatales de preeclampsia con criterios de severidad de la gestante de nuestro caso clínico

2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

DATOS GENERALES:

- Edad: 40 Años.
 - Grado de Instrucción: Primaria Incompleta.
 - Procedencia: Comas.
 - Antecedentes Familiares: Niega
 - Antecedentes Personales: Niega
 - Antecedentes de Operación: Apendicitis hace 4 años.
 - Antecedentes Obstétricos: G4P2012
- G1 : R.N. con peso: 2700 grs.

- G2 : RN con peso:3800 grs.
G3 : aborto incompleto
- MAC anterior: Oral.
 - Ocupación: Ama de casa.
 - Estado Civil: Conviviente
 - Peso: 77.500 Talla: 1.50 mts. IMC: 34

MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente acude a establecimiento de salud nivel II referido de su Centro de Salud (con 4 controles prenatales), por haber presentado PA 140/80 mmHg, con signos premonitorios.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

EMERGENCIA OBSTÉTRICA NIVEL II

17/04/2022

14:40 hrs.

Gestante ingresa a emergencia, referida de Unidad de Monitoreo materno fetal, por tener una presión arterial (PA) de 140/80mmhg, refiriendo dolor de cabeza aproximadamente desde las 14:00 horas, además epigastralgia y sudoración fría.

Funciones Vitales:

P.A.: 140/85 mmHg. Temperatura (T°): 36.6 °C Pulso (P): 64 x´
Respiración (R): 20 x´.

Al examen obstétrico:

AU: 35 cm. SPP: LCD FCF: 130 x´. Movimientos fetales: ++,
Dinámica Uterina: Contracciones uterinas esporádicas.

Tacto Vaginal:

Cérvix: Posterior, largo. AP.: C-3 Membranas: Integras

Diagnóstico:

1. Multigesta de 40 semanas x ECO. II Trimestre.

2. No trabajo de parto
3. Trastorno hipertensivo del embarazo: d/c Preeclampsia

Plan:

1. Se solicita pruebas de preeclampsia
2. Evolución espontánea
3. Reevaluación con resultados
4. Cualquier eventualidad regresar a la emergencia

17:00 hrs.

Gestante regresa con resultados de pruebas de preeclampsia:

-Hemoglobina (Hb): 13.53 gr/dl.

-Plaquetas: 410,000

Proteínas en Orina: 3+

-TGO: 28 U/L

-TGP: 22 U/L

-Creatinina: 0.73 mg/dl

Es evaluada por ginecólogo quien indica canalizar vía, CINA 9 x 1000 cc, con catéter N° 18 y referir a la paciente al Hospital de mayor complejidad.

Diagnóstico:

- 1.-Multigesta de 40 semanas por ecografía tardía
- 2.-No trabajo de parto
- 3.-THE: Preeclampsia sin signos de severidad.
- 4.- Alto riesgo: Edad, multiparidad, periodo intergenésico prolongado.

Plan:

1. Referir a hospital nivel III

17:55 hrs

Paciente es referida al Hospital III

EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE NIVEL III

18:10 hrs.

CFV: P.A: 140/90 mmhg. P: 90x' T°: 36.8 °C. R: 18 x'

Ingresa gestante en aparente buen estado general

Al examen:

Al: 32 cm SPP: LCD MF: ++ DU: 1/10 / ++/20" FCF: 127 – 135 x

Tacto Vaginal:

Cérvix: Sin cambios cervicales

Diagnóstico:

- 1.- Multigesta de 40 2/7 semanas x Eco de II Trimestre
- 2.- No Trabajo de Parto
- 3.-Hipertensión Inducida por el embarazo.
- 4.- Circular Simple de Cordón.
- 5.- ARO: Gestante Añosa

Plan:

-Monitorizar Presión Arterial en hoja aparte.

18:24 hrs.

Paciente refiere leve dolor en hipogastrio, niega cefalea, no epigastralgia, no fiebre.

P.A.: 134/95 mmhg, T°: 37 °C R: 17 x' F.C.: 82 x' SpO2: 99% Glasgow: 15

Diagnóstico:

- 1.- Gestante de 40 semanas por eco tardía
- 2.- Hipertensión Inducida por el Embarazo D/C Preeclampsia.
- 3.- ARO: Edad, CPN (inicio tardío)
- 4.- Circular Simple de Cordón
- 5.- No Trabajo de Parto

Tratamiento:

- 1.- Nada Por Vía oral
- 2.- ClNa 0.9 % x 1000 ml
- 3.-Paciente pasa a hospitalización
- 4.- Ss: Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Examen de Orina, Perfil Hepático, TGO, TGP, Tiempo de Protombina, Tiempo de Tromboplastina

HOSPITALIZACIÓN

19:00 Hrs

Ingresa gestante de 40 años, referida de C.S. refiriendo dolor de cabeza, dolor lumbar y bajo vientre. Paciente refiere encontrarse bien, sin molestia alguna.

P.A.: 141/88 mmHg. T° : 36.8 °C , P: 80 x min.

Al examen:

AU: 33 cm. SPP: LCI, M.F.: ++, L.C.F. : 139-151 x min.

Tacto vaginal:

Cérvix: Central, Dehiscente 1 dedo A.P.: -4

Diagnóstico:

1. Multigesta de 40 3/7 semanas por ecografía.
2. NTP.
3. HIE – Preeclampsia
4. Circular Simple de Cordón.
5. Gestante Añosa.

19:45 hrs.

Personal de laboratorio saca muestra de sangre y familiar entrega muestra de orina. Con monitorización de presión arterial en hoja aparte.

20:00 hrs.

PA: 160/90 mmHg FC.: 92 x' FR.: 19 x' T°: 37 °C

LCF: 130-144 x min MF: ++/+++

TV: Cérvix Centralizándose dehiscente 1 dedo, AP: -3 M: Integras.

Diagnostico

1. Multigesta de 40 ss x ECO II Trimestre
2. HIE d/c preclamsia.
3. Circular Simple de Cordón.
4. NTP
5. ARO: Gestante añosa

Plan:

1. NPO

2. ClNa 0,9 % x 1000 / 500cc a chorro, luego 45 gotas
3. Nifedipino 10 mg, VO stat
4. Misoprostol 25 mg en orificio cervical stat, luego c/6 hrs x 2 días.
5. Recoger resultados

20:10 hrs.

Se administra Nifedipino 10 mg. vía oral

20:20 hrs.

Se administra por vía vaginal ¼ de Misoprostol, indicado por médico asistente. Paciente refiere contracciones esporádicas, percibe movimiento fetal, niega pérdida de líquido.

18/04/2022

4:30 hrs.

PA: 140/80 mmHg FC.: 92 x' FR.: 19 x' T°: 37 °C

LCF: 130-144 x min MF: ++/+++

TV: I : 60% D: 1cm. M : Integras AP: C-4

Llegan resultados de laboratorio:

Urea: 28 mg/dl Glucosa: 82 mg/dl, T.G.O. : 74 UI/L , TGP : 84 UI/L ,
Tiempo de Protrombina : 11,7 seg. , Tiempo Tromboplastina : 26,6 seg.
Hemograma : Hb: 13,3 g/dl Hto: 40,2% , Plaquetas : 262 1000/mm³.

Diagnóstico

1. Multigesta de 40 ss x ECO II Trimestre
2. HIE d/c preclamsia.
3. Circular Simple de Cordón.
4. Trabajo de parto fase latente
5. ARO: Gestante añosa

Plan:

1. Evolución espontánea

2. MMF + COE
3. Vigilar signos premonitorios
4. Avisar a equipo de guardia ante cualquier eventualidad

06:45 hrs.

Se encuentra paciente con contracciones regulares.

AU: 33 cm., SPP: LCI MF ++, LCF: 140 x'-151 x'.

DU 2/10 ++ 30"

Tacto vaginal:

TV: I : 60% D: 1cm. M : Integras AP: C-4

Gestante queda en observación

07:00 hrs .

PA: 140/80 mmHg FC.: 88 x' FR.: 18x' T°: 36.8 °C

Paciente refiere Contracciones Uterinas cada 5 min, movimientos fetales presentes, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido niega signos premonitorios.

Gestante es evaluada por Ginecólogo de guardia.

LCF: 140 x min

DU: 2/10'/+++ /35'

Tacto vaginal:

I: 60%, dehiscente 1 dedo AP: C-3 Membranas: Integras, Pelvis Ginecoide.

Diagnóstico:

1. Multigesta de 40 ss x ecografía del II trimestre
2. Pródromos de trabajo de parto
3. Preeclampsia sin signos de severidad
4. Circular Simple de Cordón
5. ARO: Gestante Añosa.

Plan

1. Se solicita test no estresante y luego test estresante
2. Reevaluación con resultados.

08:00 hrs.

Se lleva a Monitoreo Fetal para NST y CST.

09:00hrs.

Regresa paciente con resultado de NST no reactivo, DU 2/10 ++30". Línea de base: 138, Variabilidad disminuida, no se realiza test estresante. Gestante regresa a su servicio.

Prueba de ácido sulfosalicilico (+)

Tacto vaginal: I: 70%, D: 1 cm, M: Integras AP: C-4

Diagnóstico:

1. Gestante de 40 semanas por ecografía
2. TPFL
3. ARO: CPN de inicio tardío, gestante añosa.
4. Preeclampsia.
5. Pérdida de Bienestar Fetal.
6. D/C Circular de cordón

Plan:

1. Suspender maduración cervical
2. Programar para cesárea

10:45 hrs

Paciente a pasa a SOP. DU: 2/10' ++ 50" LCF : 132x'

SALA DE OPERACIONES

10:50 hrs.

Llega gestante a sala de operaciones.

Diagnóstico preoperatorio

1. Gestante de 40 semanas por ecografía
2. Trabajo de parto: Fase latente
3. Pérdida de Bienestar Fetal.
4. Preeclampsia.

11:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1 gr. EV, se monitorea PA en hoja aparte.

REPORTE OPERATORIO

HALLAZGOS:

11:00 hrs.

Recién nacido vivo varón. cefálico: APGAR 0 - 1, peso: 3000 grs., talla: 50 cm. Capurro: 40 semanas. Líquido amniótico meconial. fluido. Sangrado vaginal: 400 cc. aproximadamente.

Interrecurrencia:

Se esperó a Neonatología 18 min. para recepción de recién nacido.

12:27 Hrs

Puérpera pasa a postoperatorio inmediato con las siguientes indicaciones:

1. NPO
2. NaCl 9 0/00 x 1 l. Oxitocina 20 UI (45 gotas x min) (I)
3. Dextrosa 5 % 1 L + Oxitocina 20 UI.+ Hipersodio 1 amp.+
4. Kalium 1 amp (45 gotas x min) (II) (III)
5. Cefazolina 1 gr. c/6 hrs
6. Masaje Uterino.
7. Tramadol 50 mg c/8 hrs.
8. CFV + CSV
9. Sonda Foley Permeable.
10. Control de Diuresis.
11. Metildopa 500 mg VO c/12 Hrs
12. Nifedipino 10 mg PA sea mayor o igual 160/110 mmhg
13. Ss. Hb Control.
14. Pasar a UCIM

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS (UCIM)

15:00 hrs.

Paciente de 40 años, post cesareada, por preeclampsia + pérdida de bienestar fetal +circular simple + gestante añosa, ingresa procedente de SOP en camilla en compañía de personal técnico.

Al examen:

Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, pérdida sanguínea normal

16:00 hrs.

Toma Metildopa 1 gr. Vía oral, no hay familiar.

19:00 hrs.

P.A.: 155/77 mmHg, P: 60 x', T°: 36.5° R: 18 x'

Postcesareada.con evolución favorable de +/- 6:30 hrs, con vía permeable de ClNa + agregados con 400 cc por pasar, con sonda, refiere dolor en herida operatoria.

Al examen:

AREG, LOTEP Piel y mucosas: T/H/E.

Mamas: blandas, no secretantes. Abdomen: blando y depresible.

Herida operatoria con apósito limpio y seco.

Genitales externos: Loquios hemáticos, escasos, sin mal olor.

Miembros inferiores sin edemas

20:00 hrs;

- Se administra Cefazolina 1 gr EV.
- Se administra Tramadol 50 mg.

19/04/2022

07:00 hrs.

UCIM 01

PA: 129/74 mmhg T: 36 °C, P: 84 x min. R: 18 x'

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega signos premonitorios o de alarma.

Útero contraído a 1 cm encima de CU, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis.

Apetito disminuido Sed: Aumentada Deposición: Niega

Diuresis: Sonda Foley Sueño: Disminuido. REG, REM, REN.

GU: Sonda Foley permeable. Mamas: Blandas, turgentes, no palpa masas.

SNC: LOTEP, no signos de focalización.

Diagnóstico:

Puérpera postoperada de 20 hrs. x FLTP/ pérdida de Bienestar Fetal/Preeclampsia.

1. DC
2. ClNa 9/1000 a 30 gotas x'

3. Metildopa 500 mg VO c/12 hrs.
4. Nifedipino 10 mg VO PA mayor a 160/110 mmhg.
5. Tramadol 50 mg vía oral c/8 hará.
6. Simeticona 80 mg vía oral c/8hrs.
7. CFV/CSV
8. SS: Hgma, G,U,C, Perfil Hepático, Proteína.
9. Curación de herida + masaje uterino.

15:00hrs.

Se administra Simeticona vía oral

16:00 hrs.

Se administra Metildopa 500 mg V.O.

20/04/2022

07:55 hrs.

P.A.: 130/80 mmHg F.C.: 65x´ F.R: 18x´ T: 36.8°C

Paciente refiere dolor leve en herida operatoria y se siente un poco mareada, se siente afligida por no estar con su bebé. Orina: por sonda Foley 500cc.

Al examen Físico:

Abdomen moderadamente doloroso a la palpación profunda, herida operatoria sin signos de flogosis, con bordes bien afrontados.

Útero contraído a nivel de Cicatriz Umbilical, loquios hemáticos, escasos sin mal olor. Genitourinario: Portador de sonda Foley permeable. Mamas: Blandas no secretantes

Diagnóstico:

1. Puérpera postcesareada segundo día por pérdida de Bienestar Fetal y Preeclampsia.

Plan:

1. Tolerancia dieta completa
2. Vía Salinizada.
3. Metildopa 500 mg V.O. c/12 Hrs.
4. Nifedipino 10 mg, P.A. >160/110 mmhg.
5. Clorfenamina 10 mg, V.O c/6 Hrs.
6. Dexametasona 4 mg V.O. c/12 Hrs.

7. Simeticona 80 mg V.O. c/8 Hrs.
8. Clorfenamina 10 mg + Dexametasona 4 mg E.V. STAT.
9. Se administra cabergolina 0.5 mg. VO c/12 hrs. por 02 día
10. Tramadol 50 mg V.O. c/8 Hrs.
11. C.F.V. + C.S.V.
12. Pendiente resultados de laboratorio
13. Retirar sonda Foley
14. I/c Psicología

21:30 hrs.

Paciente pasa a H-1 c/medicamentos, I/C Psicología, Oftalmología y Cardiología.

HOSPITALIZACIÓN

21/04/2022

08:10hrs

P.A.: 100/70 mmHg P: 73 x' T: 37°C R: 18 X'

Paciente de 40 años, puérpera de +/- 3 días, post cesareada, sin alojamiento conjunto (recién nacido falleció), no refiere molestias o signos de alarma, herida operatoria: s/ apósito, limpio, con ligero enrojecimiento y doloroso a la palpación, útero: Contraído a nivel de C.U., doloroso a la palpación, loquios hemáticos escasos y sin mal olor.

10:00 hrs.

Equipo de guardia da alta voluntaria a paciente.

11: 00 hrs.

Paciente solicita alta voluntaria pese a que se le explica que sus exámenes de laboratorio continúan alterados y su presión se encuentra en 130/90 mmHg., el cuál podría complicarse y desencadenar en su muerte; pese a ello paciente insiste con el retiro voluntario, asume toda responsabilidad y exonera de toda responsabilidad al personal del hospital.

2.4. DISCUSIÓN

- La preeclampsia es una de las principales causas de mortalidad materna, representando el 18.5% de los casos según el Boletín Epidemiológico del Perú (2023). Este dato resalta la gravedad de la condición y la necesidad de un manejo adecuado y oportuno. En un metaanálisis realizado por Zhang y Wang se identificaron factores de riesgo significativos asociados a la preeclampsia en gestantes añosas, como un IMC anormal, bajo nivel educativo materno y antecedentes de hipertensión crónica. Estos factores son relevantes en el caso presentado, donde la gestante tiene 40 años y un historial de escasas atenciones prenatales.
- Guerrero y Díaz también enfatizan que la falta de seguimiento prenatal adecuado es un factor de riesgo importante para el desarrollo de complicaciones en gestantes con preeclampsia. En el caso clínico, la paciente solo tuvo 4 atenciones prenatales, lo que puede haber limitado la detección temprana de signos de preeclampsia y su manejo adecuado. Además, en su investigación, se observó que el tratamiento quirúrgico fue necesario en el 94.3% de los casos de preeclampsia severa, lo que subraya la importancia de la intervención oportuna, como la cesárea, para prevenir complicaciones graves tanto para la madre como para el feto.
- Garti et al. destacan que el manejo de la preeclampsia por parte de obstetras incluye el conocimiento sobre los fundamentos de la enfermedad, su diagnóstico y la gestión de emergencias. La capacitación continua de los profesionales de salud es crucial para mejorar los resultados en gestantes con preeclampsia severa. Además, Zhang y Wang identificaron que las complicaciones perinatales asociadas con la preeclampsia incluyen cesárea, parto prematuro, asfixia fetal y bajo peso al nacer, lo que resalta la necesidad de identificación temprana de la severidad de la preeclampsia.

- Por último, Turbeville y Sasser discuten en su libro "Preeclampsia más allá del embarazo" el impacto a largo plazo de la preeclampsia en la salud de la madre y el niño, así como la carga económica que representa. Esto es relevante para considerar no solo el manejo inmediato de la preeclampsia, sino también las implicaciones futuras para la salud de la madre y el niño. Guerrero y Díaz también reportan un 19% de mortalidad en el postparto debido a complicaciones como el síndrome HELLP, enfatizando la necesidad de un monitoreo cuidadoso y un manejo proactivo en gestantes con preeclampsia severa para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas.
- La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo que puede tener consecuencias severas tanto para la madre como para el feto. En el caso presentado, la paciente de 40 años, con un historial de escasas atenciones prenatales, presenta síntomas clásicos como cefalea y dolor abdominal superior, que son signos premonitorios de complicaciones graves, como lo mencionan Guevara-Rios y Torres-Contreras. Estos síntomas, junto con la hipertensión arterial elevada, indican la necesidad de un monitoreo y manejo intensivo.
- La edad avanzada de la gestante es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de preeclampsia. Villanueva et al. encontraron que las gestantes mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de complicaciones, lo que se refleja en la necesidad de un enfoque más agresivo en el manejo de su embarazo. La paciente en este caso, al ser multigesta y tener un periodo intergenésico prolongado, también presenta un riesgo adicional, ya que la historia obstétrica previa puede influir en la severidad de la preeclampsia.
- El manejo de la preeclampsia en un segundo nivel de atención fue adecuado, pero la derivación a un tercer nivel fue crucial cuando se identificaron signos de severidad, como la proteinuria y la persistencia de la hipertensión. Según Pacheco, la identificación temprana de estos signos es vital para prevenir complicaciones como el síndrome HELLP, que puede ser fatal. La decisión de realizar una cesárea en este caso fue justificada, dado el riesgo de asfixia perinatal y otras complicaciones asociadas con la preeclampsia severa.

- Además, el monitoreo fetal es fundamental en estos casos. Garti et al. (2021) enfatizan que la variabilidad disminuida en el monitoreo fetal puede ser un indicador de sufrimiento fetal, lo que refuerza la necesidad de una intervención rápida. En este caso, la disminución de la variabilidad observada en las pruebas de bienestar fetal fue un factor determinante para culminar la gestación, lo que coincide con las recomendaciones de Zhang y Wang sobre la importancia de la vigilancia fetal en gestantes con preeclampsia.
- Por otro lado, la escasa atención prenatal que recibió la paciente puede haber contribuido a la progresión de la enfermedad. Guerrero y Díaz sugieren que un seguimiento prenatal adecuado puede ayudar a identificar y manejar los factores de riesgo antes de que se conviertan en complicaciones severas. La falta de atención prenatal puede llevar a un diagnóstico tardío de la preeclampsia, lo que aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé.
- Finalmente, es importante considerar las implicaciones a largo plazo de la preeclampsia. Turbeville y Sasser discuten que las mujeres que han experimentado preeclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro. Esto subraya la necesidad de un seguimiento postparto adecuado para estas pacientes, no solo para monitorear su salud física, sino también para proporcionar apoyo psicológico y emocional, dado el estrés que puede conllevar una experiencia de embarazo complicado.

2.5 CONCLUSIÓN

- Los factores de riesgo para preeclampsia para nuestro caso clínico está asociado a la edad avanzada, un historial obstétrico de multiparidad y un bajo nivel de atención prenatal. Estos hallazgos son consistentes con la literatura existente, que indica que la edad materna avanzada y la escasa atención prenatal son factores que aumentan la probabilidad de desarrollar complicaciones hipertensivas durante el embarazo. La identificación de estos factores es crucial para la comunidad obstétrica, ya que permite implementar estrategias de prevención y vigilancia más efectivas en poblaciones de alto riesgo.
- La evolución de la preeclampsia en esta gestante fue marcada por la aparición de síntomas severos, como cefalea y dolor abdominal superior, que son indicadores de complicaciones inminentes. La progresión de la enfermedad llevó a la necesidad de intervención quirúrgica a través de una cesárea programada, lo que resalta la importancia de un monitoreo continuo y la evaluación de los signos clínicos en gestantes con preeclampsia. Este caso subraya la necesidad de que los profesionales de la salud estén capacitados para reconocer estos signos y actuar de manera oportuna, lo que puede ser vital para la salud materna y fetal.
- Las complicaciones perinatales observadas en este caso, como la posibilidad de asfixia fetal y la necesidad de una cesárea, son reflejo de la gravedad de la preeclampsia. La literatura indica que las complicaciones perinatales son más frecuentes en gestantes con preeclampsia severa, lo que enfatiza la importancia de un manejo adecuado y oportuno. La comunidad obstétrica debe estar consciente de estas complicaciones y de la necesidad de un enfoque multidisciplinario que incluya obstetras, neonatólogos y otros especialistas para optimizar los resultados perinatales.
- La escasa atención prenatal recibida por la gestante es un factor crítico que contribuyó a la severidad de su condición. Este caso pone de manifiesto la necesidad de promover la educación en salud y la importancia del seguimiento prenatal regular, especialmente en mujeres con factores de riesgo. La comunidad obstétrica debe trabajar en la sensibilización de las

gestantes sobre la importancia de las consultas prenatales y el monitoreo de su salud, lo que puede ayudar a prevenir el desarrollo de complicaciones severas.

- La preeclampsia no solo tiene implicaciones inmediatas durante el embarazo, sino que también puede afectar la salud a largo plazo de la madre. Las mujeres que han experimentado preeclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro. Esto resalta la necesidad de un seguimiento postparto adecuado y la implementación de programas de salud que aborden la salud cardiovascular de estas mujeres. La comunidad obstétrica debe estar informada sobre estos riesgos y trabajar en la creación de protocolos de seguimiento que incluyan evaluaciones de salud a largo plazo.
- La revisión de la literatura y la experiencia clínica en este caso indican que la capacitación continua del personal de salud es fundamental para mejorar la atención de gestantes con preeclampsia. La formación en el manejo de emergencias obstétricas, el monitoreo fetal y la identificación de signos de severidad son esenciales para reducir la mortalidad materno-perinatal. La comunidad obstétrica debe abogar por programas de formación y actualización que fortalezcan las competencias de los profesionales en el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo.
- Este caso clínico proporciona valiosas lecciones sobre la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo, el manejo adecuado de la preeclampsia y la necesidad de un seguimiento integral de la salud materna y fetal que pueden contribuir significativamente al conocimiento y la práctica de la comunidad obstétrica, mejorando así los resultados en la atención de gestantes con preeclampsia.

2.6 RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar programas de educación prenatal para aumentar la conciencia sobre la importancia del seguimiento prenatal y la identificación de factores de riesgo. Estos programas deben incluir talleres, charlas y materiales informativos accesibles y comprensibles, adaptados a diferentes niveles educativos, enfatizando la necesidad de buscar atención médica inmediata ante la aparición de síntomas como dolor de cabeza severo, visión borrosa o dolor abdominal.
- Es fundamental realizar un monitoreo y evaluación sistemática de los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Se sugiere que los profesionales de la salud realicen una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo en todas las gestantes durante las consultas prenatales, incluyendo la medición del índice de masa corporal (IMC), la revisión del historial obstétrico y la evaluación del nivel educativo y socioeconómico. Las gestantes identificadas con factores de riesgo deben ser sometidas a un seguimiento más intensivo, que incluya controles más frecuentes de presión arterial y análisis de orina para detectar proteínas.
- La capacitación continua del personal de salud es otra recomendación clave. Se debe establecer programas de capacitación para obstetras, enfermeras y otros profesionales de la salud que atienden a gestantes, incluyendo formación en el reconocimiento de signos de severidad de la preeclampsia, manejo de emergencias obstétricas y técnicas de monitoreo fetal. Esta capacitación debe ser actualizada regularmente para incluir las últimas guías y protocolos de manejo de la preeclampsia.
- Se recomienda el desarrollo de protocolos de atención estandarizados para garantizar un manejo adecuado y oportuno de la preeclampsia en todos los niveles de atención. Estos protocolos deben incluir criterios claros para la identificación de la severidad de la enfermedad, indicaciones para la derivación a niveles superiores de atención y pautas para el manejo de complicaciones. La implementación de estos protocolos debe ser acompañada de auditorías regulares para evaluar su efectividad y realizar ajustes según sea necesario.

- Fomentar un enfoque multidisciplinario en el manejo de la preeclampsia es otra recomendación importante. Se sugiere que los equipos de atención obstétrica trabajen en colaboración con neonatólogos, anestesiólogos y otros especialistas para manejar casos de preeclampsia severa, asegurando una atención integral y oportuna a través de una comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de la salud.
- El seguimiento postparto adecuado también es crucial. Se recomienda establecer un protocolo de seguimiento para todas las mujeres que han sido diagnosticadas con preeclampsia, que incluya evaluaciones de salud cardiovascular, control de presión arterial y educación sobre los riesgos a largo plazo asociados con la preeclampsia. Las mujeres deben ser informadas sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y realizar chequeos médicos regulares.
- Finalmente, se debe fomentar la investigación y actualización de la evidencia científica en el área de trastornos hipertensivos del embarazo. Se recomienda realizar estudios sobre factores de riesgo, manejo y resultados a largo plazo, y que la comunidad obstétrica esté comprometida con la actualización constante de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia más reciente, lo que permitirá mejorar la atención y los resultados para las gestantes con preeclampsia.
- La implementación de estas recomendaciones puede contribuir significativamente a mejorar la atención de gestantes con preeclampsia, optimizando los resultados materno-fetales y reduciendo la morbilidad y mortalidad asociadas. La colaboración entre profesionales de la salud, la educación de las gestantes y el desarrollo de protocolos estandarizados son elementos clave para abordar esta condición de manera efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú SE 18 - 2023 [Internet]. Perú: MINSA; 2023 abr p. 438-41. Report No.: VOLUMEN 28-SE 18-2023. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202318_07_095847.pdf
2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ VOLUMEN 28 - SE 22-2019 Semana epidemiológica (del 26 de mayo al 01 de junio) [Internet]. Perú: MINSA; 26 de mayo al 01 de junio p. 533-6. Report No.: VOLUMEN 28-SE 22-2019 Semana epidemiológica. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/22.pdf>
3. ¿Cuáles son los riesgos de la preeclampsia y la eclampsia para la madre? | NICHD Español [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion/riesgos-madre>
4. CDC M. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 - 2023 / Boletín Epidemiológico del Perú SE 52 - 2023 [Internet]. 24 AL 30/12/23. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_172028_0.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 20 de noviembre de 2023] p. 41. Report No.: 9789243548333. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/138405>
6. NTS N° 139 MINSA/2018/DGAIN. Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.

7. OMS. Mortalidad materna [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. INMP C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa - [Internet]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/Guia_Practica_Clinica_para_la_Preencion_y_manejo_de_la_Preeclampsia_y_Eclampsia.pdf
9. IETSI E. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de Preeclampsia y Eclampsia [Internet]. 2021. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-EHE_Version-Corta.pdf
10. INMP M. Guía de Práctica Clínica de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf?v=1694526164>
11. Zhang Q, Lu XM, Zhang M, Yang CY, Lv SY, Li SF, et al. Adverse effects of iron deficiency anemia on pregnancy outcome and offspring development and intervention of three iron supplements. *Sci Rep.* 14 de enero de 2021;11(1):1347.
12. Garti I, Gray M, Tan JY, Bromley A. Midwives' knowledge of preeclampsia management: A scoping review. *Women Birth.* febrero de 2021;34(1):87-104.
13. Turbeville HR, Sasser JM. Preeclampsia beyond pregnancy: long-term consequences for mother and child. *Am J Physiol-Ren Physiol.* 1 de junio de 2020;318(6):F1315-26.
14. Sousa MG de, Lopes RGC, Rocha MLTLF da, Lippi UG, Costa E de S, Santos CMP dos. Epidemiology of arterial hypertension in pregnant. *Einstein São Paulo.* 22 de octubre de 2019;18:eAO4682.

15. Guevara-Rios E, Torres-Contreras H, Gonzáles-Carrillo O, Espinola-Sánchez M. Caracterización y manejo de hematoma hepático subcapsular en mujeres con preeclampsia y síndrome de HELLP. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 24 de febrero de 2022 [citado 8 de noviembre de 2022];68(1). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2383>
16. Guerrero-Rosa A, Diaz-Tinoco C. Factores asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en un hospital peruano, 2019. Rev Int Salud Materno Fetal [Internet]. 31 de marzo de 2022 [citado 11 de abril de 2024];7(1). Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/143>
17. Moquillaza-Alcántara V, Munares-García O, Romero-Cerdán A. Características de los registros diagnósticos de preeclampsia en el Perú. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2020;80(1):32-6.
18. Factores de riesgo asociados a la recurrencia de preeclampsia en gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2017 - 2018 | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022 [citado 11 de abril de 2024]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/202>
19. Pacheco-Romero J. Redefinición de hipertensión arterial y consideraciones en la gestación y en la preeclampsia. Introducción al simposio. Rev Peru Ginecol Obstet. 16 de julio de 2018;64(2):169-74.
20. INMP. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia [Internet]. 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322894/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_para_la_preveni%C3%B3n_y_manejo_de_Preeclampsia_y_Eclampsia20190621-17253-8uwiam.pdf?v=1561140234
21. Pacheco-Romero J. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Médica Peruana [Internet]. agosto de 2006;23. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-591720060002000

22. Recomendaciones de la OMS para - World Health Organization. 2014.

Disponible:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf?sequence=1