

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico**



## **CASO CLÍNICO PREECLAMPSIA SEVERA**

Trabajo Académico presentado por la  
Licenciada en Obstetricia:

**Mendoza Franco, Epifania Gladys**

Para obtener el título de:

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesora: Mg. Flores Flores, Ricardina

**Arequipa – Perú**

**2018**

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 25 de Abril 2018...

INFORME DE DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD

A : Mg. Rocardine Flores Flores .....  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura  
DE : Mg. Rocardine Flores Flores .....  
Asesora de caso clínico Pseudampia Serena.  
Dictaminadores del Proyecto de Tesis

TITULO DEL PROYECTO DE

TESIS DE SEGUNDA ESPECIALIDAD.

Caso clínico Pseudampia Serena.

PRESENTADO POR:  
Lic. en Obstetricia Mendoza Franco, Epifania Gledys

Para optar el título de Segunda Especialidad en:  
ALTO RIESGO OBSTETRICO

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado PROYECTO DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE a la ejecución.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,

  
Cod 0703

C.c. Arch.



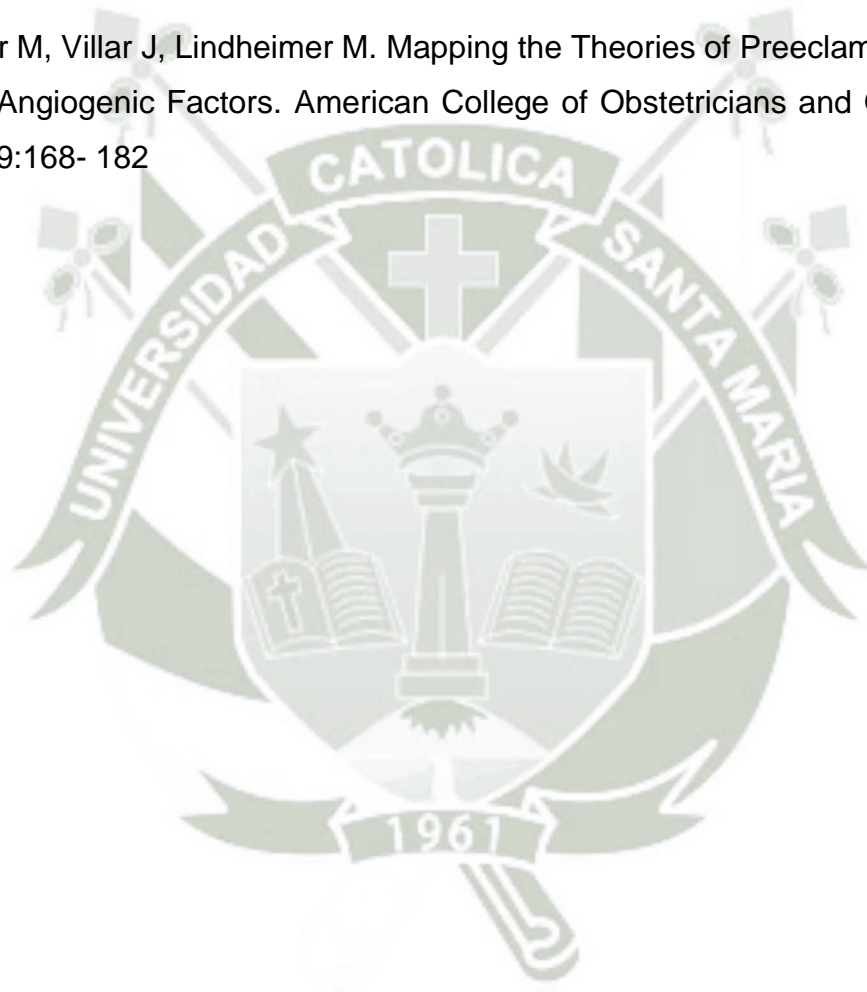
**DEDICATORIA**

A la memoria de mi madre por su infinito  
amor y sus enseñanzas

## EPIGRAFE

“La causa de la Preeclampsia se desconoce, por lo que se han propuesto numerosas teorías, incluida la alteración en la invasión trofoblástica, estrés oxidativo, disfunción endotelial entre otras, en las que el daño del endotelio vascular y el vasoespasmo son el evento fisiopatológico final de cada una de ellas, considerándose a la placenta como el foco patogénico de origen, ya que el parto proporciona el tratamiento definitivo”

Widmer M, Villar J, Lindheimer M. Mapping the Theories of Preeclampsia and the Role of Angiogenic Factors. American College of Obstetricians and Gynecologist 2006;109:168- 182



## RESUMEN

La preeclampsia constituye un problema de salud, en el Perú es la primera causa de muerte materna intrahospitalaria. Sabemos que la preeclampsia es una enfermedad progresiva, y que se manifiesta 3 a 4 meses después de haberse iniciado y depende de la severidad con que se presenta la hipertensión y la proteinuria.

El presente trabajo consistió en elaborar una historia clínica que sirva de instrumento para conocer los antecedentes obstétricos de la paciente, sus controles prenatales y la determinación de la aparición de los signos de alarma, su derivación al hospital de internamiento. Así como el diagnóstico y tratamiento de la patología, lo que determina la culminación del parto y la evolución del puerperio, así como el bienestar fetal y la evolución del recién nacido pre término. Se hizo un análisis del manejo de preeclampsia severa.

Los objetivos de la investigación fueron, identificar los antecedentes obstétricos de una paciente con preeclampsia severa, establecer la aparición de signos de alarma de preeclampsia y derivación al hospital de internamiento; revelar el diagnóstico y tratamiento de la patología que culmine en el parto y establecer la evolución del puerperio.

Entre las conclusiones de la investigación se tiene, entre otros, que establecidos los signos de preeclampsia la paciente fue derivada del Servicio de Emergencia del Hospital III Puno al Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo (HNCASE) de Arequipa, en el que se le diagnosticó preeclampsia severa, lo que fue objeto de tratamiento inicial para posteriormente practicarle una cesárea con resultado de un recién nacido vivo de sexo masculino evolución del puerperio con la evolución favorable de la madre terminando los problemas de la presión arterial con el término del embarazo.

**Palabras clave:** Preeclampsia severa.

## **ABSTRACT**

Preeclampsia is a health problem, in Peru it is the first cause of in-hospital maternal death. We know that preeclampsia is a progressive disease, and that manifests 3 to 4 months after having started and depends on the severity with which it presents hypertension and proteinuria.

The present work consisted in the elaboration of a clinical history that serves as an instrument to know the obstetric antecedents of the patient, his prenatal controls and the determination of the appearance of the warning signs, his derivation to the internment hospital. As well as the diagnosis and treatment of the pathology, which determines the culmination of labor and the evolution of the puerperium, as well as the fetal well-being and the evolution of the preterm newborn. An analysis of the management of severe preeclampsia was made.

The objectives of the research were: to identify the obstetric history of a patient with severe preeclampsia, to establish the appearance of warning signs of preeclampsia and referral to the hospital of internment; reveal the diagnosis and treatment of the pathology that culminates in childbirth and establish the evolution of the puerperium.

Among the conclusions of the investigation these are, the signs of preeclampsia of the patient derived from the Emergency Service of the Hospital III Hospital of Puno to the National Carlos Alberto Seguín Escobedo (HNCASE) of Arequipa, in which severe preeclampsia was diagnosed, what was the object of initial treatment for the last operation resulting in a live male newborn, evolution of the puerperium with the favorable evolution of the mother that finished the problems of blood pressure with the end of pregnancy.

Key word: Severe preeclampsia.

## INTRODUCCION

La preeclampsia es una enfermedad de origen obstétrico y es causa importante de morbimortalidad materna y perinatal, por lo que se encuentra tipificada como un daño sujeto a vigilancia epidemiológica.

El sistema de vigilancia epidemiológica en el Perú, reporta esta patología obstétrica como la segunda causa de muerte materna en nuestro país, complicando de 13% al 22% de embarazos.

Asimismo el Instituto Materno Perinatal, reporta a la preeclampsia como la enfermedad obstétrica de mayor incidencia, representando los 43% de casos de muerte materna ocurridas en ese hospital.

El objetivo del caso clínico es que con el manejo adecuado de una preeclampsia severa se disminuya la morbimortalidad materna y perinatal.

Identificar los criterios de evaluación de las gestantes

Establecer si la referencia fue oportuna y cuál fue su motivación

Si el manejo de la preeclampsia severa fue el adecuado

.

## INDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
INDICE	
CAPITULO I.....	8
MARCO CONCEPTUAL.....	9
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
2.- OBJETIVO GENERAL .....	9
3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4.- MARCO TEÓRICO.....	11
4.1.- La Preeclampsia – Definición .....	11
4.2.- Afectación de la Preeclampsia a la Madre Gestante y al Feto .....	12
4.3.- Síntomas de la Preeclampsia.....	13
4.4.- Diagnóstico de la Preeclampsia.....	13
4.4.1.- CRITERIOS MINIMOS .....	13
4.4.1.a.- Presión Arterial:.....	13
4.4.1.b.- Proteinuria:.....	14
4.4.2.- PREECLAMPSIA SEVERA .....	14
4.4.2.a.- Presión Arterial:.....	14
4.4.2.b.- Proteinuria:.....	14
4.4.3.- ECLAMPSIA: .....	14
4.5.- El Síndrome de HELLP .....	14
4.6.- Factores de Riesgo de la Preeclampsia .....	16
4.7.- Tratamiento de la Preeclampsia .....	17
4.8.- Tratamiento de la Preeclampsia Grave .....	18
4.9.- Prevención de la Preeclampsia.....	19
4.10.- Teorías Acerca de la Fisiopatogenia de la Hipertensión en el Embarazo.....	20
CAPITULO II .....	22
MARCO METODOLÓGICO.....	22
HISTORIA CLINICA.....	22

I. ANAMNESIS.....	22
1.1. FILIACION:.....	22
1.2. ENFERMEDAD ACTUAL .....	23
1.3. ANTECEDENTES PERSONALES: .....	23
1.4. ANTECEDENTES FAMILIARES:.....	25
1.5 ANTECEDENTES HEREDITARIOS:.....	25
1.6. ANTECEDENTES DEL ESPOSO:.....	25
1.7. ANTECEDENTES COSMICO-AMBIENTALES:.....	26
1.9. ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICOS: .....	26
1.10. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES:.....	26
1.11. HABITOS Y COSTUMBRES: .....	27
II. EMBARAZO ACTUAL: .....	27
1. SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL III PUNO ESSALUD:.....	30
2. EXAMEN CLÍNICO .....	31
2.1. EXAMEN CLINICO GENERAL.....	31
2.2. EXÁMEN CLÍNICO GENERAL.....	31
2.3. EXÁMEN OBSTÉTRICO .....	32
3. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	32
4. TRATAMIENTO E INDICACIONES.....	32
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO .....	34
1.- CONTROL PRE NATAL: .....	34
2.- SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL III PUNO: .....	35
3.- HOSPITAL CASE ESSALUD AREQUIPA:.....	35
CAPITULO III .....	37
DISCUSION.....	37
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	44

## CAPITULO I

### MARCO CONCEPTUAL

#### **1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, siendo responsable de una cantidad considerable de muertes perinatales. A pesar de ser una de las patologías del embarazo más estudiadas, muchas dudas e incertidumbre rondan aún acerca de su mecanismo fisiopatológico.

Los criterios de diagnóstico de la preeclampsia se basan en la hipertensión y la proteinuria, ello ocurre después de las veinte semanas de gestación, en mujeres con presión arterial previa normal, asumiendo que este incremento de presión arterial es durante el embarazo, parto o puerperio.

Debido a que la preeclampsia constituye un problema de salud y que en Perú es la primera causa de muerte materna intrahospitalaria, lo que depende de la severidad con que se presenta la hipertensión y la proteinuria, en gineco-obstetricia, esta patología, resulta relevante.

#### **2.- OBJETIVO GENERAL**

Realizar un buen diagnóstico, una referencia oportuna y un tratamiento adecuados, según protocolos de atención establecidos mediante los datos obtenidos de la elaboración de la historia clínica y el análisis del manejo de la preeclampsia severa realizada por los establecimientos de salud a los que acudió la paciente catalogada como de Alto Riesgo Obstétrico.

### 3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1.- Identificar la aparición de signos de alarma de preeclampsia y derivación al hospital de internamiento, con intervención del protocolo de control y seguimiento prenatales.

3.2.- Identificar los antecedentes obstétricos de una paciente, a través de una correcta historia clínica que sirva de instrumento para conocer sus controles prenatales y la determinación de la aparición de los signos de alarma para el diagnóstico y tratamiento de la patología.

3.3.- Considerar el estudio y diagnóstico de la patología de la preeclampsia severa, para culminar el parto y la evolución del puerperio, así como el bienestar fetal y la evolución del recién nacido.



## 4.- MARCO TEÓRICO

### 4.1.- La Preeclampsia – Definición

La preeclampsia es una complicación del embarazo que causa hipertensión arterial, daño renal y otros problemas. Es una condición potencialmente mortal que afecta a alrededor del 10 % de mujeres embarazadas. (3) (4)

Aunque no siempre se presenten síntomas, la preeclampsia puede ser muy peligrosa para la gestante y para el feto. Es por eso que en el área hospitalaria de Gineco-Obstetricia, además del control pre-natal, se realizan exámenes complementarios: de laboratorio, de imagenología, el test no estresante, etc.

La preeclampsia se manifiesta con más frecuencia en el último trimestre. No obstante, puede aparecer en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo, así como también durante el parto e incluso durante el puerperio. (5)

La preeclampsia puede ser leve o severa y progresar lenta o rápidamente. Si no se trata, esta condición puede derivar en complicaciones muy serias para la madre y el feto como el síndrome de HELLP y la eclampsia.

Después del parto, se permanece bajo estricta supervisión durante algunos días para verificar la presión arterial y controlar que no haya indicios de otras complicaciones. La tensión arterial empieza a bajar en un día más o menos, en la mayoría de las mujeres, especialmente si tienen preeclampsia leve. En casos más severos, la tensión arterial puede permanecer elevada por más tiempo. (4)

Si la presión arterial se mantiene elevada, seguramente se administrará sulfato de magnesio por vía intravenosa, durante por lo menos 24 horas después del parto para ayudar a prevenir las convulsiones. (Lo más probable es que le den de alta a la madre con medicación para controlar la tensión arterial).

Algunas veces, la preeclampsia, eclampsia y el síndrome de HELLP ocurren después del parto, generalmente durante las primeras 48 horas, tiempo el que permanece la paciente en el hospital (3).

#### 4.2.- Afectación de la Preeclampsia a la Madre Gestante y al Feto

La mayoría de las mujeres que tienen preeclampsia poco antes de la fecha prevista para el parto, y tanto ellas como sus fetos evolucionan bien con el cuidado médico adecuado.(7)

Cuanto más temprano se manifieste la preeclampsia en el embarazo y cuanto más intensa sea, mayores serán los riesgos para la gestante y el feto, ya que esta condición siempre aumenta considerablemente la posibilidad de desarrollar complicaciones graves.

Cuando la preeclampsia es de inicio insidioso, puede afectar muchos órganos y causar problemas graves o incluso potencialmente mortales. Por esto será necesario terminar con la gestación prematuramente si el estado es grave o empieza a empeorar.

La preeclampsia provoca que los vasos sanguíneos se contraigan, lo que genera hipertensión y disminución del riego sanguíneo. Esto puede afectar a muchos órganos del cuerpo, como el hígado, los riñones y el cerebro.(3)

Las alteraciones en los vasos sanguíneos a causa de la preeclampsia pueden hacer que los capilares "pierdan" líquido en los tejidos, lo cual produce hinchazón (edema). Cuando los pequeños vasos sanguíneos de los riñones pierden líquido, la proteína que hay en el torrente sanguíneo se elimina al orinar. (Es normal tener una cantidad pequeña de proteína en la orina pero si sobrepasa un nivel determinado, esto puede indicar algún problema).

Además, si hay un menor riego sanguíneo hacia el útero, el bebé puede tener problemas como bajo crecimiento, muy poco líquido amniótico y desprendimiento prematuro de placenta (cuando la placenta se separa de la pared uterina antes del parto).

También es necesario tener presente que, si es necesario que produzca el parto antes de la fecha de parto es para proteger tu salud y salvar la vida del producto de la concepción.

### 4.3.- Síntomas de la Preeclampsia

La preeclampsia no siempre tiene síntomas obvios, sobre todo durante su fase inicial, y los síntomas pueden variar de una mujer a otra. (2)

Algunos de los síntomas de la preeclampsia, como el edema, ya no están siendo considerados, como elemento de diagnóstico en la preeclampsia, pues el 70% de embarazos presenta tal signo es por ello que es importante saber reconocer los signos de alerta de esta condición. (1).

Es considerada como la enfermedad de las teorías si se tienen en cuenta los múltiples postulados planteados hasta el momento para justificar, en el orden científico, su aparición, pero ninguno por si solo alcanza el éxito, pues no existen todavía las herramientas que permitan su predicción de manera exacta, por lo que se carece de eficacia suficiente para actuar con carácter preventivo.

### 4.4.- Diagnóstico de la Preeclampsia

El diagnóstico de esta patología, comprende tres elementos: hipertensión, proteinuria y edema. Sin embargo, consensos recientes sugieren eliminar edema como un criterio diagnóstico.

En tal sentido, se hará referencia a los valores, que se han considerado para la clasificación y diagnóstico respectivo:

#### 4.4.1.- CRITERIOS MINIMOS

##### 4.4.1.a.- Presión Arterial:

Presión arterial mayor o igual de 140/90mm Hg., después de las 20 semanas de gestación. Tomadas en dos ocasiones separadas por seis horas. La P.A.M. (Presión Arterial Media), debe ser mayor o igual a 105mmHg.

#### **4.4.1.b.- Proteinuria:**

Mayor o igual a 300mg/ 24 horas o mayor o igual a 1+ por tira reactiva.

#### **4.4.2.- PREECLAMPSIA SEVERA**

##### **4.4.2.a.- Presión Arterial:**

Presión Arterial mayor o igual a 160/110mmHg. La PAM (Presión Arterial Media) mayor de 126mmHg.

##### **4.4.2.b.- Proteinuria:**

Mayor de 2 gramos por litro en orina de 24 horas, o albúmina 3+ en una muestra aislada de orina.

Adicionalmente, se pueden observar en procesos severos, edema generalizado o anasarca, oliguria menos de 500ml/24 horas y eventualmente lesión de órgano blanco.

##### **4.4.3.- ECLAMPSIA:**

Repentinamente, los músculos faciales y luego todos los músculos del cuerpo alternadamente se contraen y relajan en una sucesión rápida, a cual puede durar aproximadamente un minuto. A este episodio convulsivo, que se agrega a la preeclampsia, se le denomina ECLAMPSIA, que puede estar acompañada de trastornos de consciencia, y luego de la convulsión, la mujer entra en un estado post-ictal y ocasionalmente puede suceder el coma.

#### **4.5.- El Síndrome de HELLP**

Algunas mujeres con preeclampsia grave presentarán un trastorno denominado "Destrucción de glóbulos rojos o hemólisis, transaminasas elevadas y bajo conteo de plaquetas" (HELLP por sus siglas en inglés). (2)

Esta complicación puede suceder antes o después del parto, y puede generar en la madre y el feto un mayor riesgo de presentar los mismos tipos de problemas que ocurrirían en el caso de una preeclampsia severa.

Este síndrome, en el 90% de casos manifiesta malestar general, un 65% manifiesta dolor epigástrico, un 30% náuseas y vómitos y 31% cefalea.

El diagnóstico se fundamenta en los exámenes de laboratorio: se verificará anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática (aumento de las enzimas hepáticas) y trombocitopenia. Se presenta aumento de DHL (deshidrogenasa láctica) y disminución de la concentración de haptoglobina sérica (marcadores tempranos)

Los especialistas creen que la preeclampsia está relacionada con una perfusión placentaria disminuida y que en muchos casos, en realidad existe desde el principio del embarazo, bastante antes de que se manifiesten los síntomas.(1)

Esto podría suceder si la placenta no se implanta correctamente en las paredes del útero y las arterias de esa zona no se dilatan como deberían, de manera que llega menos sangre a la placenta. La hipertensión crónica y la diabetes también pueden disminuir el riego sanguíneo hacia la placenta.

Hay estudios que indican que los cambios en el riego sanguíneo hacia la placenta pueden liberar en el torrente sanguíneo altos niveles de ciertas proteínas de la placenta. Esto puede producir una serie de efectos complejos, entre los que se incluyen los siguientes: (3)

- Vasoconstricción (que provoca hipertensión).
- Daños en las paredes de los vasos sanguíneos (que provocan edema y proteína en la orina).
- Una reducción del volumen de la sangre.
- Alteraciones en la coagulación sanguínea.

No está claro por qué les sucede a algunas mujeres y a otras no, y es posible que no haya una única explicación. Podría deberse a la genética, a la nutrición, a ciertas enfermedades subyacentes y a la manera en que el sistema inmunitario reacciona al embarazo, entre otros factores.

#### 4.6.- Factores de Riesgo de la Preeclampsia

Es más común desarrollar preeclampsia en el primer embarazo. Sin embargo, una vez que se ha tenido preeclampsia, el riesgo de que vuelva a manifestarse en los embarazos siguientes es mayor.

Cuanto más grave es la preeclampsia y más temprano se la tiene, mayor es el riesgo. De hecho, si se tuvo preeclampsia severa y esta comenzó antes de las 29 semanas del embarazo, el riesgo de que se vuelva a padecer puede ser de un 40 % o más. Otros factores de riesgo incluyen los siguientes: (5)

- Tener un familiar cercano que haya tenido preeclampsia (por ejemplo: madre, hermana, abuela o tía).
- Tener obesidad (tener un índice de masa corporal de 30 o más).
- Embarazo múltiple
- Tener menos de 20 años o más de 35.
- Haberse sometido a una fertilización in vitro.

Asimismo, la mujer más propensa a desarrollar preeclampsia, incrementa su riesgo si se presentan alguna de las siguientes patologías: (7)

- Hipertensión crónica.
- Diabetes gestacional.
- Ciertos trastornos de coagulación sanguínea, como la trombofilia o el síndrome antifosfolipídico.
- Enfermedad Renal Crónica.
- Enfermedades del sistema inmunitario, como el lupus.

Si se tiene un alto riesgo de desarrollar preeclampsia, el médico dispondrá consultas con mayor frecuencia durante el tercer trimestre del embarazo para que sea más fácil detectar temprano esta condición.

#### 4.7.- Tratamiento de la Preeclampsia

Si se desarrolla preeclampsia durante o después del parto, se harán controles rigurosos. Según la situación particular, puede ser que se administren medicamentos para prevenir convulsiones, y medicación para bajar la tensión. (8)

Después del parto, se permanece bajo estricta supervisión durante algunos días para verificar la presión arterial y controlar que no haya indicios de otras complicaciones. La tensión arterial empieza a bajar en un día más o menos, en la mayoría de las mujeres, especialmente si tienen preeclampsia leve. En casos más severos, la tensión arterial puede permanecer elevada por más tiempo.

Si la presión arterial se mantiene elevada, seguramente se administrará sulfato de magnesio por vía intravenosa, durante por lo menos 24 horas después del parto para ayudar a prevenir las convulsiones.

Algunas veces, la preeclampsia, eclampsia y el síndrome de HELLP ocurren después del parto, generalmente durante las primeras 48 horas. Pero podrían ocurrir hasta cuatro semanas después de dar a luz.

Depende del grado de gravedad, de cuántas semanas de embarazo se tenga y de cómo se encuentre él. Probablemente habrá hospitalización al menos para hacer una evaluación inicial y posiblemente durante el resto del embarazo.(6)

Para determinar la gravedad del problema, el médico verificará la presión sanguínea, pedirá examen de orina y dispondrá una serie de exámenes de laboratorio de sangre: hematocrito, perfil de coagulación, perfil hepático, perfil renal, proteinuria en 24 horas. También harán un estudio ecográfico fetal para evaluar el crecimiento y vitalidad fetal, un perfil biofísico y una cardiotocografía en reposo para ver cómo se encuentra el feto.

**Si se tiene preeclampsia y la gestante está en la semana 37 o más,** probablemente se provocará el parto, especialmente si el cuello uterino está comenzando a borrarse y dilatarse. (Si hay signos de que el feto no pueda, tolerar el parto, se hará una cesárea).

**Si todavía no se está en la semana 37,** la condición parece estable y el feto está bien, posiblemente no se requiera terminar con el embarazo de inmediato. Quizás

la madre permanezca internada para que se le practiquen controles. O puede que envíen a la madre a casa y tenga controles ambulatorios.

La mayoría de los médicos sugieren reducir las actividades o hacer algo de reposo, ya que la presión sanguínea suele ser más baja mientras descansas. El reposo absoluto, en el que te obligan a permanecer en cama por periodos prolongados, no se recomienda y aumentaría el riesgo de que se formaran coágulos de sangre.(2)

No se tiene que seguir ninguna dieta especial, ni tampoco reducir la ingesta de sal. Pero se debe recordar que es necesario hacer reposo. Si normalmente la madre es quien realiza las compras, cocinas, etc. esas actividades deben dejarse de lado.

Independientemente de si la madre se encuentra en su casa o en el hospital, la gestante y el feto serán sometidos a controles rigurosos durante el resto del embarazo. Si está en su casa, esto significa que se debe hacer visitas frecuentes al centro de salud para que verifique la presión sanguínea y se haga exámenes de laboratorio de orina (y posiblemente exámenes de sangre), y además para que se realicen ecografías y cardiotocografías en reposo. También se tendrá que contar los movimientos fetales todos los días.(3)

Si en algún momento los síntomas indican que la preeclampsia está empeorando o que el feto no se encuentra bien, la madre será nuevamente internada y posiblemente se tenga que inducir el parto. No es raro que la preeclampsia se agrave durante el parto, por eso se harán controles rigurosos durante todo el parto.

#### **4.8.- Tratamiento de la Preeclampsia Grave**

Si se diagnostica preeclampsia grave, se tendrá que pasar el resto del embarazo en el hospital. Y puede ser que la madre sea trasladada a un hospital en donde pueda ser atendida en un establecimiento que tenga capacidad resolutive las 24 horas. Se suministrará sulfato de magnesio por vía intravenosa para prevenir convulsiones y Nifedipino para bajar la tensión arterial, si es que se encuentra demasiado elevada y persiste. (5)

**Si la gestante está en la semana 34 o más**, se inducirá el parto o, en ciertas circunstancias, se practicará una cesárea.

**Si la madre aún no llega a la semana 34**, se aplicará corticoesteroides para ayudar a que los pulmones del feto maduren más rápido. Si no se produce el parto inmediatamente, la madre y el feto se someterán a controles muy rigurosos.

Se inducirá el parto o se practicará una cesárea al primer indicio de que la preeclampsia está empeorando o si el feto no está bien, independientemente del momento en que se encuentre el embarazo. (7)

#### **4.9.- Prevención de la Preeclampsia**

No se sabe cómo se puede evitar la preeclampsia, aunque existen muchas investigaciones en curso.

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos recomienda que las mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia empiecen a tomar una baja dosis de aspirina después de las 12 semanas de embarazo.(1)

La terapia a base de pequeñas dosis de aspirina se usa para prevenir la preeclampsia, pero no para tratarla. El Obstetra indicará si la madre es buena candidata para la terapia de aspirina. Si se empieza esa terapia y luego se desarrolla preeclampsia, hay que asegurarse de verificar con el médico si se debe dejar de tomar la aspirina.

Aparte de eso, lo mejor que se puede hacer es recibir buena atención prenatal durante el embarazo y asistir a todas los controles prenatales indicados.

En cada visita, el Obstetra controlará la tensión arterial y pedirá exámenes de orina para estar seguro de que no contenga proteína. Es también importante saber reconocer los síntomas de la preeclampsia, de manera que se pueda poner al médico sobre aviso y recibir el tratamiento adecuado cuanto antes si los síntomas se manifiestan.

#### 4.10.- Teorías Acerca de la Fisiopatogenia de la Hipertensión en el Embarazo

Se mencionan cinco elementos básicos para los cuales se modificaría a normal perfusión con aumento de la presión arterial en la mujer embarazada, sin hipertensión previa.(4)

##### 1. Anomalías de la placentación:

“En el embarazo normal la invasión trofoblástica destruye la capa muscular arterial de los vasos en su lugar de implantación, atacando primero a la capa elástica y en segundo término a la capa miometrial de las arterias.

Ello hace que los vasos en esas condiciones sean poco reactivos a la acción de sustancias presoras, como la angiotensina II, el tromboxano y la endotelina. (6)

En el embarazo hipertenso esta condición no se cumple y la invasión del trofoblasto solo destruye a la capa elástica interna, dejando intacta a la capa muscular arterial, sensible a las sustancias presoras mencionadas

Existe normalmente una “invasión” del citotrofoblasto en dos ocasiones: después de la fecundación (intervalo de 6-8 semanas)

Al final del primer trimestre (16-20semanas) invasión más profunda (1/3 de la pared uterina)

En Enfermedad hipertensiva del embarazo la invasión trofoblástica de las arterias espirales es deficiente Superfusión útero placentaria lo que produce isquemia y liberación de factores tóxicos”

##### 2. Disminución de Prostaciclina

En la enfermedad hipertensiva del embarazo, existe un desnivel entre prostaciclina y tromboxano favorable a este último.

Aumenta el tromboxano. Aumenta la vasoconstricción y como consecuencia de esto existe una agregación plaquetaria y aumento de la función miometrial. (2)

Por ello disminuye el flujo uteroplacentario

### **3. Síntesis aumentada de endotelina**

Sustancia vasoconstrictora más potente conocida capaz de producir vaso espasmo. (8)

El aumento de la resistencia vascular periférica provoca disminución de la función renal, síntesis de óxido nítrico, producción de EDRF (factor relajante del endotelio)

### **4. Activación de la cascada de coagulación**

La EHE provoca aumento de la agregación plaquetaria y la actividad de la trombina.

Se produce plaquetopenia, aumento del tamaño de las plaquetas y coagulación intravascular diseminada.

### **5. Vasoespasmo**

La enfermedad hipertensiva del embarazo causa disminución del volumen intravascular y aumento de la resistencia periférica. (4)

Produce reducción de volumen cardíaco de precarga, disminución del gasto cardíaco y elevación del volumen de postcarga.

## CAPITULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### HISTORIA CLINICA

#### I. ANAMNESIS

##### 1.1. FILIACION:

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| a) Nombre                         | : K. L. G. A.                 |
| b) Edad                           | : 28 años                     |
| c) Cama                           | : 411B                        |
| d) Seguro                         | : ESSALUD                     |
| e) D.N.I.                         | : 45769024                    |
| f) Fecha de nacimiento            | : 15 Mayo 1989                |
| g) Lugar de nacimiento            | : Puno                        |
| h) Lugar de procedencia           | : Puno                        |
| i) Domicilio                      | : Av. La Torre                |
| j) Grado de instrucción           | : Superior Completa           |
| k) Raza                           | : Mestiza                     |
| l) Sexo                           | : Femenino                    |
| m) Estado civil                   | : Conviviente                 |
| n) Religión                       | : Católica                    |
| o) Idioma                         | : Castellano                  |
| p) Ocupación actual               | : Enfermera                   |
| q) Pareja                         | : P.A.L.G.                    |
| r) Ocupación de la pareja         | : Profesor                    |
| s) Persona responsable            | : Esposo                      |
| t) Fecha de ingreso               | : 16-12-2017                  |
| u) Forma de ingreso               | : Referencia ESSALUD Puno     |
| v) Tipo de anamnesis              | : Directa                     |
| w) Nro. De historia clínica       | : 502766                      |
| x) historia clínica elaborada por | : Obst. Gladys Mendoza Franco |

## 1.2. ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: 16-12-2017 hora: 22:00 horas.

a) Tiempo de enfermedad: 04 días

b) Síntoma principal: Cefalea y edemas

c) Historia de la enfermedad: paciente referida Hospital III Puno, paciente refiere que hace cuatro días empezó cefalea de moderada también edema en cara, motivo por el que acude a su control; es examinada y donde la presión arterial es de 130/110 entonces es referida a emergencia y le diagnostican Preeclampsia severa y gestación de 33 semanas, feto único vivo con un peso estimado 1,600kg. La refieren a Arequipa

### **Funciones biológicas:**

Apetito : aumentado

Sed : normal

Sueño : conservado

Micción : si

Deposiciones : si

## 1.3. ANTECEDENTES PERSONALES:

### a) Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo : normal
- Nacida de parto : eutócico
- Atención : Hospital
- Lugar : Puno
- Lactancia materna/ tiempo : 6 meses
- Vacunas : completas
- Dentición : normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz : normal
- Inicio de marcha : al año y medio

b) Antecedentes patológicos:

- Enfermedades eruptivas de la infancia : varicela a los 5 años
- Enfermedades de la adolescencia : ninguna
- Enfermedades de la adultez : niega
- Patología de la cadera : ninguna
- Intervenciones quirúrgicas : ninguna
- Accidentes o traumatismos : se cayó de las gradas
- Hospitalizaciones : niega
- Transfusiones sanguíneas : no
- Alergia a medicamentos : ninguna
- Alergia a alimentos : niega

c) Antecedentes Ginecológicos

- Menarquia: cantidad/dolor : 12 años
- Régimen catamenial : 3-4 días cada 28
- Cantidad : moja tres toallas al día
- Dismenorrea : no
- Inicio de relaciones sexuales : 25 años
- Nro. de parejas sexuales : 02
- Dispareunia : no
- Flujo genital : blanquecino
- Prurito bulbar : no
- Infecciones ginecológicas : niega
- I.T.S. : no
- Uso de MAC. : ninguno
- PAP : Nunca se tomo
- Examen de mamas : solo autoexamen
- Tratamiento de infertilidad : no
- Operaciones gineco-obstétricas : ninguna



### **1.7. ANTECEDENTES COSMICO-AMBIENTALES:**

- a) Vivienda : Alquilada
- b) Zona : urbana
- c) Material : Adobe
- d) Nro. de habitaciones : 01
- e) Nro. de habitantes : 02
- f) Saneamiento : Agua y desagüe
- g) Eliminación de basura : Carro recolector de Basura
- h) Residencias anteriores : Solo vivió en la casa de sus padres
- i) Armonía en la familia : Si
- j) Ambiente laboral : Bueno
- k) Crianza de animales : Ninguno

### **1.9. ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICOS:**

- a) Ocupación del jefe de familia : Trabajos eventuales en la mina
- b) Nivel educacional : Superior completa
- c) Nro. De personas Dependientes : 2
- d) Ingreso familiar mensual : 2000
- e) Persona responsable de sustento familiar : ella misma

### **1.10. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES:**

- Situación familiar : buena
- Situación personal : buena
- Vida afectiva : tranquila
- Horas de sueño : Ocho

### 1.11. HABITOS Y COSTUMBRES:

- a) Fuma : no
- b) Ingiere bebidas alcohólicas : no desde el embarazo
- c) Consume drogas : ninguna
- d) Bebe gaseosas : de vez en cuando
- e) Bebe té : no
- f) Bebe café : esporádicamente
- g) Nro. De veces al día en que se alimenta : tres veces al día
- h) Tipo de alimentación : predominan carbohidratos

### II. EMBARAZO ACTUAL:

- a) Fórmula obstétrica : G1 P0 HV0 HM0 A0
- b) Fecha de última menstruación : 29-04-2017
- c) Fecha probable de parto : 03-02-2018
- d) Nro. De controles prenatales : 6 controles
- e) Inicio de su control prenatal : 12 semanas
- f) Lugar de controles prenatales : hospital ESSALUD Puno
- g) Examen de mamas : no
- h) Examen de Papanicolau : no
- i) **Evaluación nutricional:**
  - Peso previo : 59 kg
  - Talla : 1.49cm
  - IMC : 27
  - Peso actual : 70.500 kg
  - Ganancia de peso : 11.5
  - Actividad sexual : no hace tres meses
  - Gestación planificada : si
  - Estimulación prenatal : no
  - Psicoprofilaxis obstétrica : no

**k) Molestias durante el embarazo:**

- Antecedentes del primer trimestre:

Náuseas y vómitos después de las comidas, recibe tratamiento ambulatorio.

- Antecedentes del segundo trimestre:

Durante el segundo trimestre desaparecen las náuseas y vómitos

- Antecedentes del tercer trimestre:

Hace cuatro días aproximadamente presenta edema de cara y manos y cefalea

- Administración profiláctica de sulfato ferroso : si
- Trabaja haciendo esfuerzo físico : no
- Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones : radiación solar
- Tamizaje de VIH / SIDA : negativo
- Tamizaje de violencia familiar : negativo

**l) consejería recibida**

- Nutricionales : si
- Métodos anticonceptivos : no
- VIH /SIDA : si
- Violencia familiar : no
- Signos de alarma : cefalea edema cara y manos

**m) Plan de parto** : si

**n) Visita domiciliaria** : no

**ñ) Vacunación antitetánica** : tres dosis

**o) examen odontológico** : no

**p) Exámenes auxiliares**

- Ecografías            fecha:02-07-2017

**E.G: 12 semanas feto vivo**

Exámenes de laboratorio:

Fecha: 02-12-2017    Hb 12.7            G.S. "o" Rh+

VDRL no hay resultado            VIH (-)

Glucosa 99

Examen de orina completo:

No se consignó



## EVOLUCION CASO CLÍNICO

Primigesta de 33 semanas con 01 día

Preeclampsia severa.

Feto único vivo.

Presentación pelviana.

No trabajo de parto.

A.R.O. por diagnostico actual

### 1. SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL III PUNO ESSALUD:

Fecha: 16-12-2017

Hora: 9:30 Hrs

#### EVALUACION:

P.A.:170/110 T° 36.5 Pulso: 78 R: 22

ABDOMEN: Altura Uterina: 27cm Feto: longitudinal cefálico derecho, Latidos  
Cardiofetales :140 por minuto Movimientos fetales (+)

#### DIAGNOSTICO:

Gestación de 33 semanas más un día

Preeclampsia severa

Feto único vivo

Presentación pelviana

## INDICACIONES

Sulfato de magnesio 05 ampollas en un frasco de cloruro

Referencia a ESSALUD Arequipa, vía terrestre

## 2. EXAMEN CLÍNICO

### 2.1. EXAMEN CLINICO GENERAL

#### a) Funciones vitales

- Temperatura : 36.6
- Pulso : 88
- Presión arterial : 130/100
- Respiración : 24
- Frecuencia cardiaca : 80

Estado general: REG REH REN. En posición: Decúbito dorsal

### 2.2. EXÁMEN CLÍNICO GENERAL

- a) Piel y TCSC : trigueña tibia
- b) Cabeza : acorde a su constitución. Movilidad conservada
- c) Cráneo : normocéfalo. Cabello bien implantado
- d) Cara : piel trigueña tibia ligero edema
- e) Ojos : conjuntivas palpebrales rosadas, pupilas isocóricas
- f) Oídos : pabellones auriculares simétricos CAE permeable
- g) Nariz : normorinea, tabique normal
- h) Boca : Labios rosados, piezas dentarias completas
- i) Cuello : simétrico no adenopatías tiroides no palpable
- j) Aparato respiratorio : tórax móvil amplexación conservada
- k) Aparato cardiovascular : Ruidos cardiacos rítmicos soplos no

### **2.3. EXÁMEN OBSTÉTRICO**

a) Mamas

- **Inspección:** mamas asimétricas pezones hiperpigmentados
- **Palpación:** turgentes.

b) Abdomen

- **Inspección** Abdomen presencia de útero grávido, no presenta estrías.
- **Palpación** Altura Uterina: 27cm., Maniobras de Leopold Feto: Longitudinal podálico derecha
- **Auscultación** feto : Latidos cardiofetales 142x" RHA presentes

c) Genitales externos e internos: no presencia de sangrado ni pérdida de líquido

d) Extremidades superiores: móviles no edema

e) Extremidades inferiores: móviles presencia de edema ++/+++

### **3. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

- Gestación de 33 semanas +1 día
- Preclamsia severa
- Primigesta nulípara
- Feto único presentación podálica

### **4. TRATAMIENTO E INDICACIONES**

- Se hospitaliza
- Reposo absoluto
- Control de peso y diuresis diaria
- Control PA.y LCF c/3 horas hoja aparte

- Interconsulta a Medicina Interna
- Examen pre operatorio
- Clave Azul (exámenes)
- Proteinuria en 24 horas
- Betametazona 12mg. IM (2 dosis)
- Sulfato de Magnesio 1gr por hora con bomba de infusión
- Nifedipino 10mg PA.  $\geq 160/110$
- Monitoreo Electrónico Fetal
- Diuresis horaria



## ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Evaluando el caso en general se ha cumplido con el manejo de la preeclampsia severa:

1. Cumpliendo con una referencia oportuna a un servicio que permita la observación y monitorización continua y que tenga capacidad resolutive para la atención del recién nacido vivo con retardo de crecimiento intrauterino.
2. Se completa la maduración pulmonar con betametazona 12mg intramuscular cada 24 horas (dos dosis)
3. Se estabiliza a gestante colocando vía con catéter N° 18 con Cloruro al 9°/00
4. Evaluación clínica inmediata al estado materno fetal

### 1.- CONTROL PRE NATAL:

- El primer control prenatal se inicia a las 10 semanas de gestación. En total tiene 6 controles prenatales.
- En el carnet perinatal no se consigna el resultado de examen de orina paciente refiere que le hicieron examen de orina completo.
- En el quinto control su PA. 90/60mmhg y en el sexto control esta 110/80mmhg. Podemos observar que la P.A. sube 20mmhg, tanto la sistólica como la presión arterial diastólica.
- El peso de la paciente a las 27 semanas era de 63 kg y a las 33 semanas era 70.500kg subió 7,5 kg en cuatro semanas
- Se observa que en el carnet perinatal no están consignados los siguientes datos como el primer examen de orina, y el sulfato ferroso y ácido fólico que le dieron a la gestante desde el primer control.
- No se toma Papanicolaou a pesar de acudir 6 controles y empezó a las 10 semanas de gestación no se está cumpliendo con la atención prenatal reenfocada.

## **2.- SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL III PUNO:**

- Es importante solicitar el examen de orina completo.
- En la referencia hecha del Hospital III ESSALUD Puno es muy importante que envíen con el inicio de maduración pulmonar, ya que el diagnóstico es preeclampsia severa, es posible que la paciente llegue a practicar una operación cesárea de urgencia.

## **3.- HOSPITAL CASE ESSALUD AREQUIPA:**

- La gestante es recibida por el servicio de Emergencia de Gineco obstetricia, es hospitalizada con los diagnósticos de: - gestación de 33 semanas + 1 día, con preeclampsia severa, primigesta nulípara, Feto único vivo y presentación pelviana.
- En el Hospital CASE es evaluada con presión arterial 130/100 nuevamente se le indica Sulfato de magnesio 4gr en 100cc de cloruro pasar en 20 minutos, dosis de ataque e indican luego pasar 1gr por hora.
- Indican exámenes de laboratorio resultado negativo. Solo el AC. Úrico esta 6.8
- Perfil ecográfico fetal. feto activo movilidad conservada, mantiene movimiento respiratorio, LCF 135 por minuto.
- Descartar RCIU. confirmado con la ecografía fetal
- Día 18 de Diciembre del 2018 a las 06:29 horas es evaluada por movimientos fetales disminuidos y tendencia a bradicardia por lo que el medico indica Dextrosa al 5% más hipersodio a 30 gotas por minuto.

Monitoreo permanente

Estabilización

- A las 8:00 hrs. pasan visita médica en la que realiza junta médica y se decide hacer la cesárea que es programada para las 11:00 finalmente la operación cesárea se realiza a la 13:00 horas del día 18-12-2017, produciéndose el

parto a las 13:24hrs dando como resultado un R.N. de sexo Masculino, con un peso de 1500gr. Una talla de 41cm. PC. 29.5, PT. 24.5. Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

- A las 15:00 horas en el post operatorio inmediato es evaluada y se encuentra tranquila con leve dolor en herida operatoria, su presión arterial es 133/75 mmhg. Y la medicación es la siguiente: cefazolina 2gr vía endovenosa cada 6 horas, Nifedipino 10mg vía oral cada 6 horas, Metamizol 2gr via endovenosa cada 6 horas.
- El día 19-12-2017 tenía una evolución favorable y le retiraban la vía solo tenía Paracetamol 500mg 1 tableta cada 8 horas.
- Finalmente termina el embarazo y terminan los problemas respecto a la presión arterial.



### CAPITULO III

#### DISCUSION

La preeclampsia es una enfermedad de origen obstétrico y es una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal, lo que hace que sea tipificada como un daño sujeto a vigilancia epidemiológica.(3) (4)

Según cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el Perú, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna en nuestro país, complicando de 13 al 22% de embarazos (8).

Por su parte, el Instituto Materno Perinatal, reporta a la preeclampsia como la enfermedad obstétrica de mayor incidencia de las gestantes, representando el 43% de casos de muerte materna ocurrida en ese hospital. (8)

Al respecto, cuando se está frente a un cuadro de preeclampsia grave la madre requiere traslado a un hospital en donde pueda ser atendida por un especialista en embarazos de alto riesgo, lo que precisamente ocurrió en el presente caso, en que la gestante materia de la historia clínica fue remitida del Servicio de Emergencia del Hospital III Puno al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE) de Arequipa para una atención especializada en este tipo de embarazos riesgosos el día 16 de diciembre del 2017.

Siguiendo el protocolo de manejo de la preeclampsia severa, en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, se indicó sulfato de magnesio 4gr en 100cc de cloruro pasar en 20 minutos, dosis de ataque e indican luego pasar 1gr por hora.

Por su parte, cuando la gestante está en la semana 34 o más, se le induce el parto o se practica cesárea, y si la gestante aún no llega a la semana 34, se aplicará corticoesteroides para ayudar a que los pulmones del feto maduren más rápido. Si no se presenta el trabajo de parto, inmediatamente la madre y el feto se someterán a controles obstétricos rigurosos y monitoreo fetal continuo y dependiendo de la evolución, se practicará una cesárea independientemente del momento en que se encuentre el embarazo.

En aplicación de ello, en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, y en vista que la madre tenía 33 semanas de embarazo + 1 día, no se le indujo el parto o se le practicó inmediatamente una cesárea, sino que se le dio medicación y se dispuso un monitoreo permanente y que además se coloca dos dosis de betametazona por vía intramuscular para maduración de pulmones del feto.

Sin embargo, el día 18 de Diciembre del 2017 a las 06:29 horas es evaluada por movimientos fetales disminuidos y tendencia a bradicardia por lo que el medico indica Dextrosa al 5% más hipersodio a 30 gotas por minuto para estabilizar al feto, posteriormente a las 8:00 am se pasó visita médica y realizada la junta médica se decide hacer la cesárea, que fue programada para las 11:00 realizándose finalmente la cesárea a las 13:00 horas de ese día, produciéndose el parto a las 13:24 horas dando como resultado un recién nacido de sexo masculino, con un peso de 1500 gr, con una talla de 41cm, perímetro cefálico 29.5 cm, perímetro torácico 24.5 cm, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

Asimismo, a las 15:00 horas en el post operatorio inmediato, la paciente es evaluada y se encuentra tranquila, con leve dolor en herida operatoria, presión arterial de 133/75mmhg. Para tal efecto la medicación es la siguiente: cefazolina 2 gramos por vía endovenosa, Nifedipino 10 miligramos por vía oral cada 6 horas, Metamizol 2 gramos por vía endovenosa cada 6 horas

Por su parte, el 19 de Diciembre del 2017 la madre tenía una evolución favorable y le retiraron la vía, solo quedó con indicación de Paracetamol de 500mg una tableta cada 8 horas.

Finalmente terminó el embarazo y terminaron también los problemas respecto a la Presión Arterial.

Como se observa, en este caso de preeclampsia grave que se presentó en el Servicio de Emergencia Hospital III Puno, se procedió conforme se establece en los procedimientos médicos para estos casos, habiendo obtenido resultados favorables con un R.N. vivo. Por su parte la madre evolucionó favorablemente terminando los problemas de presión arterial al término del embarazo.

De acuerdo a la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, versión On-line ISSN 2304-5132 (Re.peru.ginecol.obstet.vol.60 no.4 Lima oct/dic. 2014) en el

“Simposio Preeclampsia, viejo problema aún no resuelto: Conceptos Actuales”, Luis Távara Orozco (Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología SPOG y Director Asociado de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia RPGO) refiere lo siguiente:

“Una tercera parte de los embarazos con preeclampsia ocurren antes de las 34 semanas y aunque se acepta que el tratamiento definitivo es la terminación del embarazo se han realizado intentos para aplicar un tratamiento conservador y ganar 1 o 2 semanas, en espera de la maduración pulmonar fetal. Hay estudios publicados al respecto; pero, a la fecha solo existen en el mundo tres investigaciones aleatorizadas para evaluar el tema. El estudio colaborativo MEXPRES, llevado a cabo en América Latina, evaluó si la interrupción del embarazo una vez culminada la administración de corticoides es diferente a continuar con el embarazo y la interrupción posterior. Luego de dos años de la intervención se concluyó que para América Latina no es justificable el tratamiento expectante. Tratándose de solo tres estudios, las conclusiones del manejo expectante debieran ser tomadas con cuidado, en espera de un mayor número de investigaciones.”

De acuerdo a “MANEJO DE LA PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL” presentado por Enrique Guevara Ríos (Médico Gineco-Obstetra. Director del Instituto Nacional Materno Perinatal. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Miembro Asociado de la Asociación Nacional de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú), Luis Meza Santibañez (Médico Gineco-Obstetra. Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Miembro Titular de la Asociación Nacional de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú), en la actualidad hay controversia entre el procedimiento inicial del tratamiento agresivo activo o intervencionista y el tratamiento conservador expectante. Sin embargo en el estudio realizado por Vigil de Gracia y Colaboradores Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRES latin study, a randomized multicenter clinical trial, publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynaecology en noviembre del 2013, se concluye que no existe un beneficio neonatal con el manejo expectante de la preeclampsia severa 28-34 semanas; y además agrega que un enfoque conservador puede aumentar el riesgo de

desprendimiento prematuro de placenta y recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Hay que tener en cuenta que este es el estudio aleatorio de manejo de preeclampsia severa con más pacientes publicado hasta el día de hoy. En el Instituto Nacional Materno Perinatal el manejo de la preeclampsia severa antes de las 34 semanas sigue las conclusiones de este estudio: administrar corticoides para inducir la maduración pulmonar y terminar la gestación generalmente por cesárea. Este manejo ha permitido mejorar el pronóstico materno perinatal. La información es insuficiente para decidir si es mejor intervenir o implementar una política de conducta expectante en mujeres con una aparición precoz de preeclampsia severa. La falta de recursos humanos y de materiales para supervisar a las mujeres intensivamente durante un periodo prolongado puede dificultar la implementación de la conducta expectante en lugares con escasos recursos



## CONCLUSIONES

1. Los antecedentes obstétricos en una paciente con preeclampsia severa, tienen importancia vital ya que nos permite conocer datos muy importantes a tener en cuenta para hacer un buen diagnóstico de esta patología obstétrica, estos datos deben ser obtenidos luego de la elaboración de la historia clínica completa, con letra clara y legible. Por lo tanto en las pacientes primigestas, es probable que se presente esta patología de alto riesgo; ello teniendo en cuenta los antecedentes obstétricos de la paciente, y la detección, seguimiento, control y tratamiento de dicha enfermedad a través de la historia clínica.
2. En la preeclampsia existen signos de alarma que es de mucha importancia preguntárselo a la paciente, puede haber: cefalea, edemas, dolor en hipogastrio, escotomas, acufenos, etc., que junto con otros exámenes permitirán hacer un diagnóstico adecuado, por lo que esto permitirá hacer un tratamiento conveniente y/o una referencia oportuna a un establecimiento con capacidad resolutive según las funciones obstétricas y neonatales que cumple cada establecimiento de salud. Se concluye que el caso de la paciente con preeclampsia severa y teniendo en cuenta los signos de alarma como son cefalea, presión elevada, edemas y un diagnóstico de gestación de 34 semanas y una estimación de peso fetal de 1,600 gramos; el hospital tipo tres de Puno al no contar con el soporte profesional y de equipos para atender al R.N. con bajo peso al nacer opta por referirla al hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa
3. La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, tiene una evolución y un pronóstico indeterminado, por lo que el monitoreo de la paciente debe ser permanente durante el embarazo, parto y puerperio; es de gran importancia, el diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que permite reducir el riesgo, tanto para la madre como para el R.N. Se trata de una gestación de 34 semanas, con maduración pulmonar fetal realizada y una presión arterial elevada 160/110 mmhg, situación que manifiesta los signos de preeclampsia severa persistente, por lo que la junta médica del hospital Carlos Alberto Segúin

Escobedo decide concluir con el embarazo, tal como lo precisa los protocolos gineco – obstétricos, practicando una cesárea segmentaria, obteniéndose un R.N. con un peso de 1500gr. Brindándosele todos los cuidados neonatológicos correspondientes.

4. La historia clínica además de ser un documento legal es un instrumento que nos permitirá conocer los antecedentes obstétricos de la paciente, la enfermedad actual, y junto con los otros exámenes nos permitirán hacer un buen diagnóstico de las patologías obstétricas para posteriormente aplicar los protocolos conforme la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud tanto en el embarazo parto y puerperio y también vigilando el bienestar fetal y el recién nacido. Se concluye que en la historia clínica de la gestante faltaban las ecografías de inicio de embarazo y que al realizar una referencia debería ser incluido; así mismo la finalidad fundamental del presente estudio nos indica que para el caso de la paciente no se tuvo en cuenta aspectos protocolares respecto a la documentación de la referencia.



## RECOMENDACIONES

1. Se debe tener presente que la información que se dispone de los antecedentes obstétricos de una paciente primigesta es de suma importancia, porque nos va a permitir realizar un eficaz diagnóstico de la enfermedad hipertensiva (preeclampsia) a través de la historia clínica completa, con letra clara y legible. Se recomienda adjuntar los documentos como resultados de análisis de laboratorio.
2. Teniendo en cuenta los signos de alarma en una paciente con preeclampsia, además la falta de una adecuada capacidad resolutive, se debe tomar la decisión de la derivación de la madre gestante a un hospital con capacidad resolutive por lo que es referido de Puno a Arequipa. Así mismo se sugiere que el hospital tres de la localidad de Puno cumpla con los estándares y reglamentos para lo cual ha sido calificado, de tal manera que pueda cumplir con su responsabilidad de ser un hospital con capacidad resolutive.
3. Considerando que la enfermedad de la preeclampsia severa, es una enfermedad de alto riesgo gestacional, es coadyuvante que ante este escenario se practiquen de manera directa y responsable los protocolos médicos en salva guarda de la vida de la gestante y del R.N., bajo este escenario se debe concluir el embarazo practicándole una cesárea.
4. El presente estudio recomienda que la historia clínica debe ser llenada correctamente en forma veraz, con letra legible que la referencia además de ser oportuna debe estar completa con toda la información, los exámenes auxiliares y el carnet perinatal. Es de mucha importancia para las pacientes que tienen preeclampsia severa, se tenga en cuenta la detección, seguimiento, control, tratamiento y sobre todo se practique los protocolos médicos actuales que son de cumplimiento para dicha patología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valderrama Aguirre, D. Gallo, R. Cifuentes. Cuáles son los Avances de la Genómica y la Proteínica en el Tamizaje y/o Predicción de la Preeclampsia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 62 (1); 64-70
2. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>. 2012; 16
3. Enrique Guevara Rios, Luis Meza Santibañez. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Versión on line ISSN 2304-5132 Rev.peru.ginecol. Obstet.vol.60 n°4 Lima oc/dic. 2014
4. Héctor Gerardo Caballero Vera. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Ediciones de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa: Perú, 2014.
5. J. Duarte Mota. Medicina Interna de Mexico: vol. 22 número 3 mayo-junio 2006
6. Ministerio de Salud 4 (24-30 Enero 2016) Volumen 24. Semana Epidemiológica N°4 <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
7. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología 2012; 77.
8. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública DGE-MINSA. Bases de datos de la Investigación Epidemiológica de Muerte Materna (actualizado al 21-01-2016)