

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico



CASO CLÍNICO PREECLAMPSIA

Trabajo académico realizado por el
obstetra:

Espinoza Abad, Carlos Alberto

Optar el título de:

**Segunda Especialidad en Alto
Riesgo Obstétrico**

Asesora:

Mgter. Meza Flores, Fabiola

AREQUIPA– PERÚ

2019



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038

http://www.ucsm.edu.pe

facebook.com/ucsm.edu.pe/

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa,.....

INFORME DE CASO CLÍNICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

A : Mgter. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE : Mgter. Ricardina Flores Flores
Mgter. Victoria Sotomayor Martínez
Mgter. Fabiola Vera Flores
Dictaminadoras del Caso Clínico de 2da. Especialidad

TITULO DEL BORRADOR:

“.....PREECLAMPSIA.....
.....
.....
.....”

PRESENTADO POR:

Lic. Espinosa Abel Carlos Alberto

Para optar el título de Segunda Especialidad en “ Alto Riesgo Obstétrico ”

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el DICTAMEN favorable, para la sustentación del trabajo respectivo.

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

Atentamente,

Presidente

Vocal

Secretaria

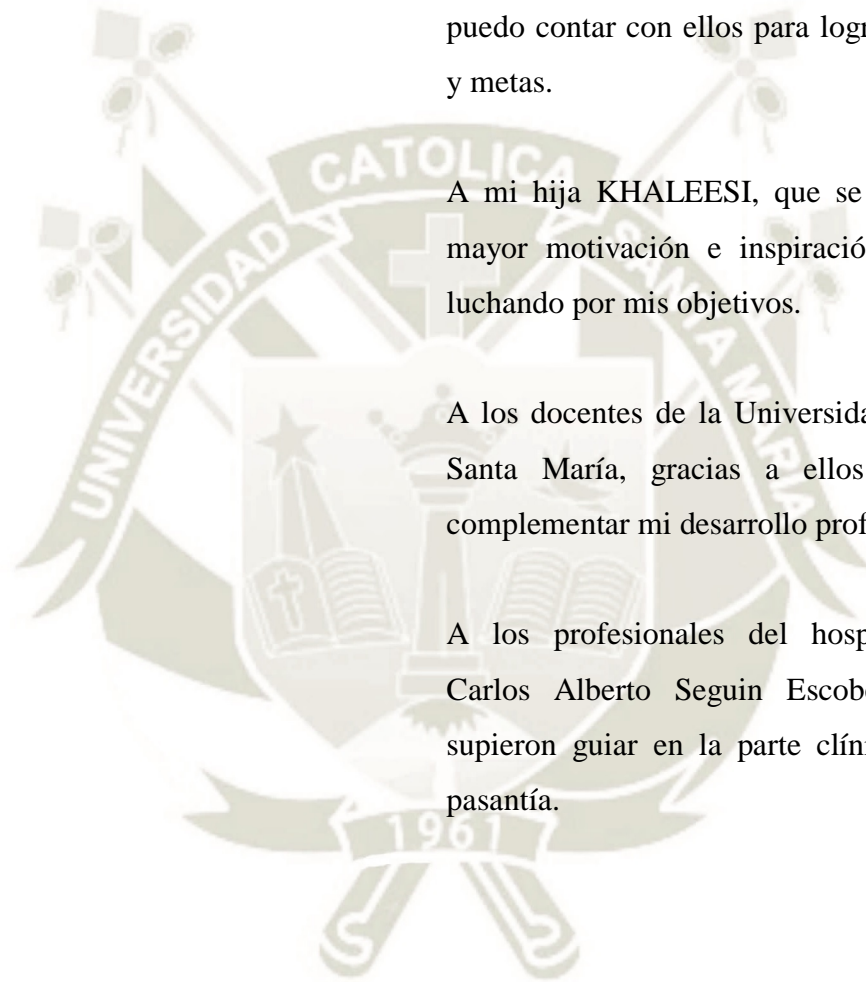
DEDICATORIA

A mis padres Leoncio e Iris, quienes siempre están conmigo, brindándome su apoyo incondicional. Que a pesar la distancia sé que puedo contar con ellos para lograr mis sueños y metas.

A mi hija KHALEESI, que se ha vuelto mi mayor motivación e inspiración para seguir luchando por mis objetivos.

A los docentes de la Universidad Católica de Santa María, gracias a ellos pude lograr complementar mi desarrollo profesional.

A los profesionales del hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, que me supieron guiar en la parte clínica durante la pasantía.



INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. PREECLAMPSIA.....	1
1.1. DEFINICIÓN.....	1
1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	2
1.3. FISIOPATOLOGÍA.....	3
1.4. FACTORES DE RIESGO.....	4
1.5. CLASIFICCIÓN.....	5
1.6. MANEJO Y TRATAMIENTO.....	7
1.7. SOBREDOSIFICACIÓN.....	13
1.8. COMPLICACIONES.....	14
1.9. PRONOSTICO.....	15

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

HISTORIA

CLÍNICA.....	16
1. ANAMNESIS.....	16
1.1. FILIACIÓN.....	16
1.2. ENFERMEDAD ACTUAL.....	16
1.3. ANTECEDENTES.....	17
1.4. EXAMEN FÍSICO.....	18
1.5. IMPRESIÓN DIAGNÒSTICA.....	21
1.6. TRATAMIENTO.....	22
1.7. EXÀMENES AUXILIARES.....	22

CAPITULO III:

DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	28
ANEXO.....	33

INTRODUCCIÓN

Preeclampsia viene a ser una de las patologías del embarazo que afecta al binomio madre y feto, siendo responsable de un gran número de muertes maternas y perinatales. Complicando del 3 al 22% de todos los embarazos y viene a ser la segunda causa de muerte materna en el Perú con 32%, y la primera causa de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal con 43%.

Se realiza una revisión de los nuevos aportes en el tratamiento de la preeclampsia severa (5).

Para disminuir la morbimortalidad de la preeclampsia en el embarazo, los profesionales de la salud deben adoptar medidas en la identificación de los factores de riesgo, realizando una vigilancia estrecha y un diagnóstico oportuno. Es importante analizar la información que se tiene del registro de los controles prenatales los cuales nos advierten de la presencia de signos premonitorios de la preeclampsia como patología del embarazo.

Esta patología sigue siendo el mayor problema para la salud del binomio madre niño.

Este cuadro clínico se puede manifestar como un síndrome materno (hipertensión y evidencia clínica de daño de órgano blanco hemorragia cerebral y eclampsia) y un síndrome fetal (RCIU, prematuridad y bajo peso) (6).

El objetivo del presente trabajo académico, es la revisión y análisis de un caso clínico del hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, para ello en el capítulo I se busca analizar la patología de la Preeclampsia en el Embarazo. Además, se desarrolla la etiopatología y complicaciones de la preeclampsia.

La revisión del capítulo II, permite el desarrollo del caso clínico.

RESUMEN

La patología de la preeclampsia, se caracteriza por un súbito aumento de la presión arterial, después de la 20 semanas de gestación y la presencia de proteína en la orina más de 300mg en 24 horas (1).

En el presente caso clínico los síntomas que se presenta son cefalea, dolor abdominal, escotomas hace 1 semana

De los antecedentes recopilados de la historia clínica, se toma como factor de riesgo el embarazo anterior con preeclampsia.

De los factores de riesgo personales y familiares de preeclampsia, estos podrían aumentar significativamente el riesgo de tener preeclampsia en el siguiente embarazo (2).

También en el caso clínico en mención, se pudo identificar en el antecedente obstétrico de muerte de recién nacido de 7 días y cesareada anterior.

Esta patología del embarazo afecta al binomio madre niño, siendo responsable de la morbimortalidad materna y del recién nacido (3).

El tratamiento definitivo para la preeclampsia por excelencia es la interrupción del embarazo, ya sea por vía vaginal o abdominal, esto dependerá básicamente de la gravedad del estado de la mujer y el bienestar y grado de desarrollo del fetal. (4).

Palabras clave: Preeclampsia

ABSTRACT

The pathology of preeclampsia is characterized by a sudden increase in blood pressure, after 20 weeks of gestation and the presence of protein in the urine more than 300mg in 24 hours.

In the present clinical case the symptoms that occur are headache, abdominal pain, scotomas 1 week ago

From the collected history of the medical history, the previous pregnancy with preeclampsia is taken as a risk factor

Of the personal and family risk factors of preeclampsia, these could significantly increase the risk of having preeclampsia in the next pregnancy

Also in the clinical case in question, it was possible to identify in the obstetric antecedent of death of 7-day-old newborn and previously ceased.

This pathology of pregnancy affects the binomial mother child, being responsible for maternal and newborn morbidity and mortality

The definitive treatment for preeclampsia par excellence is the termination of pregnancy, either vaginally or abdominally, this will basically depend on the severity of the woman's condition and the well-being and degree of development of the fetal

Keywords: Preeclampsia

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. PREECLAMPSIA

1.1. DEFINICIÓN

Se define etimológicamente la palabra preeclampsia del latín "Pre"- antes, previo- y "Eclampsis" -relámpago-), es una patología característico del embarazo, siendo su patrón patognomónico la aparición de hipertensión arterial después de la vigésima semana de gestación y la presencia de niveles elevados de proteína en la orina (7).

La preeclampsia es la patología, en donde la hipertensión arterial puede presentarse en el embarazo, cuyo origen está relacionada con alteraciones en la placenta. Estas alteraciones van a dar origen a una disfunción de los vasos sanguíneos maternos de mujeres susceptibles. Aunque el cuadro más característico de la enfermedad viene a ser el aumento de la presión arterial, lo cual puede llevar a una eclampsia, ocasionando daños en los riñones, hígado y cerebro (8).

El tratamiento viene a ser la terminación del embarazo, siendo la inducción del parto o la cesárea los procedimientos más frecuentes.

Es una de las complicaciones del embarazo de mayor peligro, por lo que se debe diagnosticar y tratar oportunamente, ya que en casos graves se pone en peligro la vida de la madre como la del feto (9).

Signo clínico es el aumento de la presión arterial por encima de 140/90 (hipertensión) y aumento de los niveles de proteínas en la orina más de 300mg en 24 horas (proteinuria), está asociado con edemas en las extremidades (10).

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a la preeclampsia como la tercera causa de muerte materna directa después de las hemorragias obstétricas y de las infecciones (11).

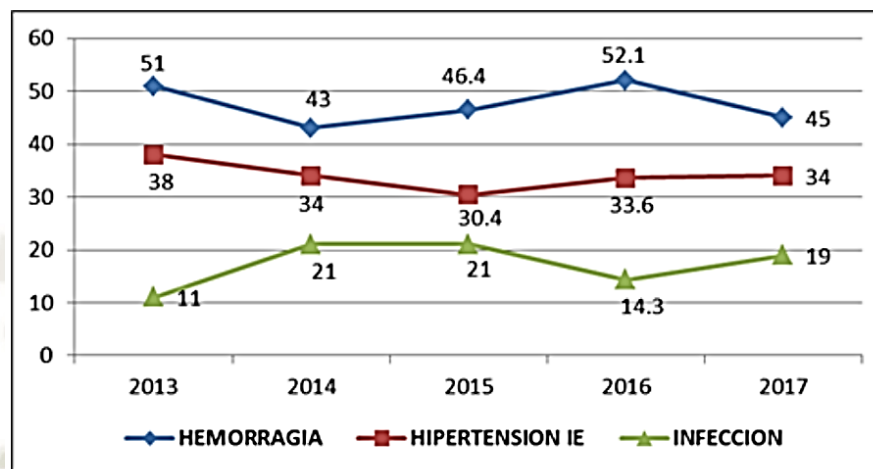
En la patología de la preeclampsia los factores de riesgos que interviene son las edades maternas extremas, exposición limitada al esperma del esposo o pareja, haber tenido antecedente de preeclampsia, hipertensión arterial crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos y el antecedente personal materno de RCIU (12).

Es posible presentar preeclampsia después del parto, en un período de 3 a 6 días después del parto, pero la mayoría de casos de desarrolla a las 48 horas pos parto. Debido a esto, es necesario prestar atención las primeras 24 a 48 horas después del parto con el fin de identificar síntomas y signos asociados a la preeclampsia (13).

La morbimortalidad materna en la preeclampsia nos da como resultado la disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; y mientras para el recién nacido son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad (14).



Porcentaje de muertes maternas por causa directa 2013 - 2017



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades CDC – MINSA (15).

1.3. FISIOPATOLOGÍA

En la patología de la preeclampsia, en su fisiopatología están involucrados varios factores, que son maternos, placentarios y fetales, los cuales participan en dos alteraciones fundamentales; siendo la primera una invasión anómala del trofoblasto y la segunda una disfunción endotelial secundaria, que nos explica la microangiopatía producida en la preeclampsia, con el riesgo constante de daño a órganos diana como el corazón, cerebro, riñón, hígado, placenta y sistema hematológico (16).

Estas alteraciones precoces que se originan en el desarrollo de los vasos placentarios nos van a llevar a una hipoperfusión relativa del mismo, seguido de hipoxia e isquemia, quienes producen la liberación de factores antiangiogénicos hacia la circulación materna, provocando así una disfunción endotelial sistémica, que viene a ser el origen de la hipertensión y de los cuadros clínicos de la preeclampsia y sus complicaciones (17).

Mientras que en un embarazo fisiológico, las células del citotrofoblasto migran a través de la decidua e invaden a las arterias espirales de la madre, hasta el tercio interno del miometrio para reemplazar inicialmente a las células del endotelio y

luego destruir la capa muscular de la túnica media de estos vasos, que son las ramas terminales de la arteria uterina, encargadas del flujo placentario. La transformación de estas arteriolas se inicia al final del primer trimestre y se completa entre las 18 y 20 semanas de embarazo. Los cambios que ocurren en las arterias espirales, musculares y de pequeño diámetro, a vasos de mayor calibre y con disminución de su capa muscular, permiten crear una circulación útero placentaria de baja resistencia y alta capacitancia, para facilitar el flujo de sangre hacia la placenta y permitir la liberación de sustancias vasodilatadoras que actúan a nivel local y sistémico (18).

Mientras que, en la preeclampsia va ocurrir que la invasión del citotrofoblasto es incompleta, es mala, inadecuada, es decir, los cambios que se producen en las arterias espirales pueden ser nulos o solamente llegar a la porción decidual de estos vasos, sin llegar al miometrio (19).

Dando origen que las arterias espirales permanezcan como vasos estrechos, manteniendo un territorio de alta resistencia vascular, que se traduce en una hipoperfusión placentaria y en un aumento de la presión arterial materna.

La causa que determina esta invasión trofoblástica anómala es desconocida, pero se han descrito factores vasculares, ambientales, inmunológicos y genéticos (20).

En un embarazo normal o fisiológico, el trofoblasto que invade al endotelio de las arterias espirales, debe cambiar la expresión de sus moléculas de adhesión, en un proceso conocido como “pseudovasculogénesis (21).

En cambio en la patología de la preeclampsia este proceso no se produce la “pseudovasculogénesis”, lo cual nos explicaría que no va a ocurrir la remodelación de las arterias espirales y como consecuencia, va a haber una invasión trofoblástica inadecuada o mala implantación. Produciendo una disfunción endotelial e inmunológica de la placenta (22).

1.4. FACTORES DE RIESGO

1.4.1. Factores preconceptionales que inducen la preeclampsia

- Preeclampsia en embarazo anterior.

- Periodo intergenésico.
- Hipertensión arterial crónica.
- Enfermedad renal previa.
- Diabetes Mellitus.
- Trombofilias.
- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m² (Las pacientes con IMC menor de 20 kg/m² o mayor de 25 kg necesitan mayor atención para su requerimiento dietético).
- Mujeres mayores de 40 años.
- Historia familiar de preeclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad.
- Primipaternidad.
- Factor paterno positivo para preeclampsia en pareja anterior (23).

1.4.2. Factores conceptuales que inducen la preeclampsia

La magnitud del riesgo depende del número de factores presentes.

- Infección de vías urinarias recurrente.
- Presión arterial media igual o mayor a 95 mm Hg en el segundo trimestre.
- Ganancia excesiva de peso a lo esperado a edad gestacional.
- Diabetes gestacional.
- Sospecha de restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- Embarazo múltiple.
- Hidrops/degeneración hidrópica de la placenta (24).

1.5. CLASIFICACIÓN

1.5.1. PREECLAMPSIA LEVE:

- Presión arterial sistólica mayor a 140 y presión arterial diastólica mayor de 90.
- Proteinuria de 24 horas mayor a 300 mg. (25).

1.5.2. PREECLAMPSIA SEVERA

De presentar al menos uno de los siguientes factores:

- Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 o presión arterial diastólica mayor o igual a 110.
- Proteinuria de 24 horas mayor a 300 mg.
- Oliguria menor o igual a 500 ml/día.
- Creatinina mayor a 1,2 mg/dl o urea mayor a 40 mg/dl.
- Recuento de plaquetas menor a 100.000/ μ l.
- Signos premonitorios de eclampsia:
 - Clínica neurológica: hiperreflexia, cefalea intensa, alteraciones visuales, estupor.
 - Dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho.
 - Náuseas o vómitos.
- Cianosis o edema de pulmón o accidente cerebrovascular.
- Coagulación intravascular diseminada (26).

CLASIFICACION PREECLAMPSIA

	LEVE	GRAVE
T/A	>140/90 y < 160/110	> 160/110
PROTEINURIA	>300mg/24h y <2g/24h o 2+ en 2 muestras	>2g/24horas >3+ en 2 muestras
Edema	Pretibial- generalizado	generalizado
Diuresis	> 500ml/ 24 horas	< 500 ml/ 24 horas
Complicaciones fetales maternas	Ausentes	Presentes

Fuente: Seguimiento preclampsia-es.slideshare.net (27).

1.6. MANEJO Y TRATAMIENTO

1.6.1. PREECLAMPSIA LEVE

A. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Incremento de la PA 140/90 en gestantes mayor de 20 semanas
- PAM >106 y < 126 , o elevación de 30mmHg o 15mmHg sobre los registros basales de presiones sistólica y diastólica.
- Proteinuria $>300\text{mg}$ y $< 5\text{g/l}$ en orina diaria.
- Albumina cualitativa 1+en orina
- Edemas persistentes de extremidades o cara después de 12horas de reposos en cama, acompañado de aumento de peso de 2kg o más por meso 500gr o ms por semana (28).

B. TRATAMIENTO AMBULATORIO

Si se cumple estrictamente los siguientes requisitos:

- Edad gestacional menor de 37ss
- PA 140-15mmHg sistólica y 90-100 mmHg diastólica
- Proteinuria estable, menor a 1 gramo en 24 horas, o igual o menos de 2+ en cintilla
- Pruebas de función hepáticas y renal normales y estables
- Ausencia de síntomas de compromiso de órgano blanco
- Adecuado crecimiento fetal y líquido amniótico normal, observado con ecografía.
- Pruebas de bienestar fetal
- Paciente confiable en quien se espera guarde las recomendaciones sobre restricción de actividad física y vigilancia de síntomas de compromiso de órgano blanco
- Paciente cuente con modo de transporte adecuado que garantice acceso fácil y rápido al centro asistencial (29).

C. INDICACIONES TRATAMIENTO AMBULATORIO

- Reposo decúbito lateral izquierdo o semisentada con piernas ligeramente elevadas
- Dieta hiperproteica y normo sódica
- Control de movimientos fetales diarios
- Control de peso diario
- Enseñar los signos de alarma correspondientes
- Dar a conocer a la gestante y a otro familiar sobre las posibles complicaciones
- Reevaluar dentro de las 72 horas siguientes (30).

D. SOLICITAR

- Ecografía
- Flujometría doppler
- NST
- Exámenes de laboratorio: hematocrito
- Perfil de coagulación
- Perfil renal
- Proteínas en orina de 24 horas o tira reactiva
- Perfil hepático (bilirrubinas total y fraccionada, TGO TGP DHL , proteínas totales y fraccionadas)
- Examen completo de orina

Si el cuadro permanece estacionaria o empeora, entonces hospitalizar:

- Abrir vía endovenosa (catéter n18) con NaCl 9% 00
- Fluidoterapia con ClNa% 250cc en 1 hora y continuar de acuerdo a diuresis.
- Dieta hiperproteica, normosódica normocalórica, líquidos a libre demanda
- Balance hídrico diario

- Abrir hoja de monitoreo de PA, peso, diuresis, edemas, signos premonitorios, balance hídrico
- El uso de sedantes ni tranquilizantes no están recomendados.
- No dar tratamiento antihipertensivo
- Interconsulta a cardiología, oftalmología, nefrología u otra especialidad de ser necesario
- Solicitar análisis (31).

E. TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- En menores de 37 semanas si hay mejoría continuar con el embarazo. Si permanece estacionaria o empeora el cuadro, hospitalizar para estudio y reevaluación.
- Si se estabiliza el cuadro dar de alta y control ambulatorio
- Si empeora proceder como preeclampsia severa
- En mayores de 37 semanas se indica terminar la gestación. Si las condiciones obstétricas son adecuadas
- Vía de elección del parto por excelencia es la vaginal, ya sea espontáneo o inducido, salvo las contraindicaciones obstétricas habituales (32).

1.6.2. PREECLAMPSIA SEVERA

A. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- PA igual o mayor 160/110 (gestantes mayores de 20 semanas)
- PAM >126 o PAD>O =1110mmHg, (incremento en 60 o 30 mmHg de PA sistólica y diastólica respectivamente)
- Proteinuria > de 5 gr/l en orina de 24 horas o albumina 3+ en un examen de orina aislado
- Edema en zonas no declives, generalizados o anasarca
- Oliguria: igual o menor de 500ml en 24 horas
- Creatinina aumentada (1.2 mg/dl a mas)
- Síntomas que pueden indicar inminencias de convulsiones:
- Cefalea frontal u occipital intensa y persistente
- Dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho abdominal

- Visión borrosa, escotomas, pérdida parcial o total de la visión
- Acufenos
- Hiperreflexia osteotendinosa
- Náuseas y vómitos
- Estado de estupor sin llegar a la inconciencia (33).

B. MANEJO Y TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Hospitalización en servicio que permita la observación y monitorización continua
- Abrir va EV con CINA 9%00
- Valorización clínica inmediata del estado materno y fetal
- Colocar sonda Foley con bolsa colectora
- Interconsulta UCI, neonatología y otros servicios de acuerdo a necesidad
- Balance hidroelectrolítico
- Perfil biofísico
- NST y CST
- Flujometría doppler
- Fondo de ojo
- Ecografía hepática
- Rayos x tórax
- EKG
- Exámenes de laboratorio:
- HB,HTO grupo sanguíneo y factor RH
- PERFIL DE COAGULACION plaquetas
- Perfil hepático
- Glucosa
- Perfil renal
- Examen de orina, sedimento y proteínas en tira reactiva
- Proteínas en 24 horas
- Realizar pruebas de coagulación (34).

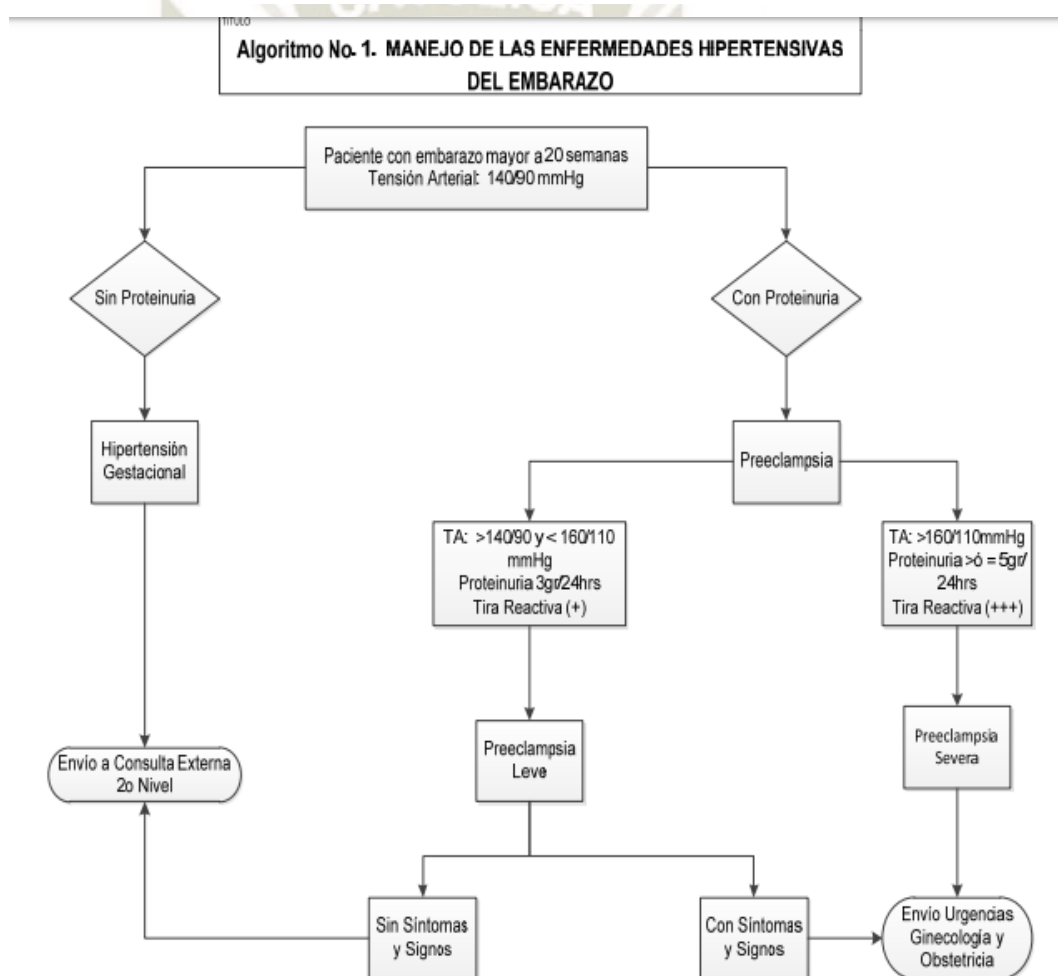
C. TRATAMIENTO ESPECÍFICO

1. Sulfato de magnesio (20% 10 ml): 4gr EV diluido en volutrol 100cc, luego pasar en 10 a 20 minutos. Luego 1 a 2gr cada hora, ajustando la dosis en función de los controles, manera hasta 24 horas post parto. Dosis máxima 30 gr en 24 horas
2. Fluidoterapia: 250cc en una hora y continuar de acuerdo a diuresis, hidratación
3. Nifidino 10 mg: solo usar vía oral, 10 a 20 mg como dosis inicial, repetir si es necesario en 30 minutos y luego cada 4^a 6 horas según respuesta hasta un máximo 120 mg/día
4. Furosemida: 20 a 40 mg EV ; solo en casos excepcionales como edema de pulmón agudo, insuficiencia cardiaca, oligoanuria
5. Si a pesar de tratamiento:
 - ✓ No se controla la hipertensión arterial
 - ✓ Persisten pródromos de eclampsia
 - ✓ Plaquetas < 100,000
 - ✓ Transaminasas aumentadas, relacionada al dolor de hipocondrio derecho o epigastralgia
 - ✓ Edema pulmonar
 - ✓ Compromiso de la función renal
 - ✓ DPP
 - ✓ Monitoreo fetal electrónico con alteraciones
 - ✓ Perfil biofísico igual o menor de 6
 - ✓ Oligoamios
 - ✓ RCIU
 - ✓ Flujometría doppler alterada
 - ✓ Existen signos de sufrimiento fetal agudo (35).

Finalización de la gestación inmediatamente, independientemente de la edad gestacional que presente.

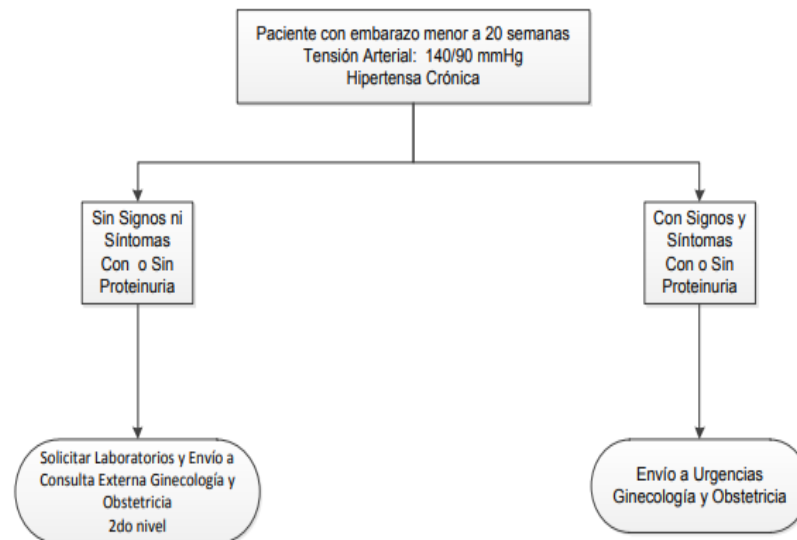
6. Si se logra controlar PA y no ocurren las consideraciones previas, entonces la conducta depende de la edad gestacional:

- ✓ Gestante de 34 semanas o más; debe finalizarse la gestación
 - ✓ Gestante menor de 34 semanas: administrar corticoides betamezona 12 mg /24h IM o dexametasona 6mg/12 IM 4dosis
 - ✓ Tratamiento agresivo: parto a las 48 horas de iniciada la maduración pulmonar, salvo urgencia materna o feta
 - ✓ Manejo expectante: prolonga el embarazo hasta llegar a las 34 semanas salvo urgencia materna o fetal
7. La vía del parto por excelencia es de elección es la vaginal, ya sea espontanea o inducido (36).



Fuente: Protocolo de Referencia Rápida-Diagnostico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (37).

TÍTULO
**Algoritmo No 2. MANEJO DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS
DEL EMBARAZO**



Fuente: Guía de Referencia Rápida-Diagnostico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (38).

1.7.SOBREDOSIFICACIÓN

En los casos de sobredosis del sulfato de magnesio, este puede llegar al sistema nervioso central, originando así una depresión generalizada, lo cual nos va a llevar a los siguientes cuadros:

1. Alteración en la conciencia.
2. Tetraparesia
3. Arreflexia
4. Paro cardiorespiratorio (coma)

Dado que la eliminación de esta sal es por medio renal, en aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica debe justificarse su uso ya que tienen mayor probabilidad de intoxicación con el sulfato de magnesio. Ante un caso de sobredosificación se administrará gluconato de Calcio 10% (39).

GLUCONATO DE CALCIO

El gluconato de calcio es una sal que regula la liberación y almacenamiento de neurotransmisores, ello revierte el efecto depresivo originado por el sulfato de magnesio en dosis sobre agregadas.

Su uso debe ser monitorizado, siendo los factores principales la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y reflejos. Dosis de ataque En 100 cc de NaCl 9% se agregará 1 ampolla de gluconato de calcio (contiene 10 cc); los 110 cc se administrará vía endovenoso en un lapso de 30 minutos. Dosis de mantenimiento En 1000 cc de NaCl 9% se agregará 1 ampolla de gluconato de calcio (10 cc); los 1010cc se administrarán EV en un lapso de 24 horas (40).

1.8. COMPLICACIONES

La preeclampsia es una de las patologías más graves para la mujer embarazada y el feto y una importante causa de morbilidad materno perinatal.

➤ **Mortalidad materna**

La mortalidad materna debida a preeclampsia viene a ser alta, teniendo como principales complicaciones la hemorragia posparto, desprendimiento prematuro de placenta, coagulopatía, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, síndrome Hellp y rotura del hematoma hepático (41).

➤ **Mortalidad perinatal**

A su vez, la mortalidad perinatal es elevada y las principales complicaciones son prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino y peso bajo al nacer. Rasmussen describió que la restricción de crecimiento intrauterino se presenta básicamente si el parto se da antes del término (42).

1.9. EL PRONÓSTICO

La sintomatología de la preeclampsia en su mayoría de casos desaparece por completo a las 6 semanas después del parto. Sin embargo, algunos casos, la hipertensión arterial empeora en los primeros días pos parto.

Si presentaste preeclampsia en tu gestación anterior, aumenta la probabilidad de desarrollarla de nuevo en otro embarazo; sin embargo, normalmente no será tan grave como la primera vez.

Si se ha tenido hipertensión arterial durante más de un embarazo, eres más propensa a padecerla cuando llegues a la etapa de adulto mayor (43).



CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

HISTORIA CLÍNICA

1. ANAMNESIS:

1.1 . DATOS DE FILIACIÓN

- a. **Nombre:** J.M.T.N
- b. **Edad:** 33
- c. **Día de nacimiento:** 03/01/86
- d. **Sexo:** Femenino
- e. **Estado civil:** Casada
- f. **Religión:** Católica
- g. **Grado de instrucción:** Superior no universitario
- h. **Ocupación actual:** Administrativa
- i. **Lugar de nacimiento:** Arequipa
- j. **Dirección:** Urb. Paisajista R2 Hunter
- k. **Procedencia:** Arequipa
- l. **Fecha de ingreso:** 27/09/19

1.2 . ENFERMEDAD ACTUAL

- a. **Tiempo de enfermedad:** 1 mes
- b. **Sintomatologías:** Prurito, cefalea, escotomas
- c. **Relato de la enfermedad actual:** Paciente refiere hace 3 días cefalea frontal y temporal, además de escotomas, hoy en clínica particular le controlaron PA 130/90, por lo cual es referida a este hospital donde le controlan PA 140/90, niega otros signos de alarma, niega pérdida de líquido, niega sangrado, percibe movimientos fetales.

d. Funciones biológicas:

- **Apetito:** Normal
- **Sed:** Normal
- **Deposiciones:** Normal
- **Micciones:** Normal
- **Sueño:** Normal

1.3 . ANTECEDENTES:

a. PATOLÓGICOS

- **Enfermedades :** Litiasis vesicular
- **Cirugías:** Cesárea 2015, hematoma y lesión de vejiga
- **Hipersensibilidad :** Niega
- **Transfusiones:** Niega
- **Medicación:** Niega

b. OBSTETRICO

- **Menarquia:** 15 años
- **Inicio de relaciones sexuales:** 20 años
- **Parejas sexuales:** 1
- **Régimen catamenial:** 3-5/28
- **Dismenorrea:** Si
- **Métodos anticonceptivos:** No
- **Infecciones ginecológicas:** No
- **Formula obstétrica:** G2P1001
- **PAP:** 2017 negativo

c. GESTACION ACTUAL

- **Fecha de última menstruación:** 12/02/19
- **Fecha probable de parto:** 19/11/19
- **Controles prenatales:** 10
- **Talla:** 1.60cm

- **Peso actual:** 58.7 kg
- **AU:** 30cm
- **LCF:** 156lpm

d. FAMILIARES

- **Conyugue:** Vivo 34años, aparentemente sano
- **Padre:** Vivo 55 años, HTA
- **Madre:** Vivo 56 años, sana
- **Hijos:** 1 fallecido a los 7 días de nacido

e. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

- **Vivienda:** Propia
- **Material:** Noble
- **Servicios:** Agua, luz y desagüe
- **Animales:** Perro

f. ALIMENTACIÓN

Balanceada

g. COSTUMBRES NOCIVOS

- **Te:** SI
- **Café:** Si
- **Tabaco:** No
- **Alcohol:** Eventualmente
- **Sustancias toxicas :** No

1.4. EXAMEN FÍSICO:

GENERAL:

Se encuentra en buen estado general, despierta y orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, colabora con el interrogatorio de la historia clínica.

➤ **FUNCIONES VITALES**

- **Presión arterial:** 140/90
- **Frecuencia cardíaca:** 76
- **Frecuencia respiratoria** 16:
- **Temperatura:** 36.3
- **Peso.** 58.7kg
- **Talla:** 1.60cm
- **IMC:** 22.9

➤ **PIEL**

- **Piel:** Trigueña
- **Turgor y elasticidad:** Conservado
- **Signo del pliegue:** Negativo
- **Color de cabello:** Negro
- **Implantación:** Adecuada
- **Uñas:** Color rosado
- **Llenado capilar:** 2 segundos

➤ **CABEZA**

- **Cráneo:** Normocefalo, de consistencia dura, no se palpan tumores, no dolor a la movilidad.
- **Pupilas:** Redondas, centrales
- **Conjuntivas:** Rosadas.
- **Corneas:** Transparentes, Iris de color negro.
- **Agudeza visual:** Conservada
- **Pestañas:** Implantadas y de cantidad normal, color negro.
- **Cejas:** Implantadas y de cantidad adecuada, color negro.

- **Nariz:** Tabique central, de conformación normorrinea con fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones.
- **Oídos:** Pabellón auricular de buena implantación con audición conservada, canal auditivo permeable sin presencia de secreciones.
- **Boca:** Simétrica, móvil, MOH
- **Lengua:** Saburral y móvil.
- **Dientes:** completos.
- **Orofaringe:** No congestiva

➤ **CUELLO**

Posición central, tamaño regular, forma cilíndrica, no se palpa adenopatías ni tiroides.

➤ **TÓRAX**

Móvil, simétrico, sin retracciones intercostales, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.

➤ **MAMAS**

Simétrico, turgentes, con pezón bien conformado, sin tumoraciones, resto sin particularidad.

➤ **CARDIOPATIAS**

Ruidos cardiacos rítmicos se encuentran regulares, no se auscultan soplos, ruidos fonéticos normales.

➤ **ABDOMEN**

Grávido, aumentado de tamaño por gestación, cicatriz umbilical conservada.

➤ **GENITOURINARIO**

- Puño percusión diferido, no dolor
- Genitales externos sin particularidades, sin flujos

➤ **COLUMNA VERTEBRAL**

No doloroso a la palpación, no desviaciones.

➤ **LINFÁTICO**

No se palpan adenopatías, no linfadenoma.

➤ **NEUROLÓGICO**

Paciente lucida, despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, responde al estímulo verbal, aparentemente sin déficit motor, tono muscular conservado.

➤ **EXTREMIDADES INFERIORES**

Edemas no

➤ **REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS**

Conservado

1.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestación de 32 semanas 3 días según primera ecografías
- EHE D/C Preeclampsia
- Colestasis intrahepático
- Segundigesta primípara
- Feto único vivo

- Mal antecedente obstétrico: embarazo anterior preeclampsia, recién nacido muerto en 7 días pos parto.

1.6. TRATAMIENTO

INDICACIONES

- Dieta normo sódica hipoproteica
- Control de funciones vitales
- Control de signos de alarma
- Control DU, MF, LCF
- Control de diuresis
- Higiene vulvoperineal
- Clave azul pendiente
- Medicación: ácido ursodesoxicólico 1TAB 250mg c/8horas

1.7. EXÁMENES AUXILIARES

EXAMEN ECOGRÁFICO:

Feto en LCI

DBP 81 PARA 32.4 SEM.

HC. 286 PARA 31.3 SEM

AC 291 PARA 32.1 SEM

LF 67 PARA 34.5 SEM

PONDERADO FETAL 2242gr

Placenta fúndica anterior II/III

LA adecuado, pozo máximo de 5

Cervicometría de 30MM

CONCLUSIÓN: GESTACIÓN DE 33SEMANAS POR BIOMETRÍA

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN

La patología conocida como preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La incidencia oscila entre 3 a 22% de todos los embarazos. En el Perú se presenta en un 10 a 15% en gestantes hospitalizadas. Viniendo a ser la segunda causa de muerte materna en el Perú con 32%.

La patología de la enfermedad hipertensiva del embarazo, se presenta con mayor frecuencia en la población de la costa que en la población de la sierra; pero presentándose mayor casos de mortalidad materna en la población de la sierra. (44).

El mayor desafío en el manejo de la preeclampsia, para hacer frente a ésta en cualquier población, consideran que los sistemas de salud sean eficaces y de fácil acceso a la atención de la salud. Sin embargo, en la gran mayoría de las poblaciones marginadas, el acceso a los servicios de salud es limitado, por una serie de factores: retraso en la toma de decisión para buscar asistencia médica, por falta de información sobre hospitales donde acudir. Esto se agrava por la falta de decisión, pobreza y costo de la atención médica, cuando no existe seguridad social de la población que ocasiona y suele dar lugar a retrasos fatales en la búsqueda de atención profesional, en particular por aspectos socio-económicos, como nivel de educación, estado civil y culturales de la madre (45).

Reconocida la preeclampsia y dependiendo de la gravedad, las opciones de cuidado incluyen evaluación continua materno-fetal, tratamiento anti-hipertensivo e inducción del parto (único tratamiento curativo). Existe evidencia significativa que el uso de sulfato de magnesio previene y trata las convulsiones en mujeres con preeclampsia severa y eclampsia distinto tratamiento que se usa con diazepam, fenitoína y cóctel lítico, también redujo la tasa de mortalidad materna y recurrencia de las convulsiones, sin embargo, es necesario garantizar la atención postparto, durante el parto y puerperio, por profesional calificado para prevenir y tratar las convulsiones. Las visitas postnatales son importantes para evaluar la recuperación de la mujer y discutir los riesgos para la salud materna futura (46).

Chesley calificó a la preeclampsia como una "enfermedad de las teorías". Muchos de los mecanismos fisiopatológicos que culminan en la aparición de la entidad clínica llamada

preeclampsia no se han explicado. El cuadro suele ceder rápidamente después del parto y por tal motivo su punto de partida debe ser la unidad feto placentaria (47).

Recientemente en los últimos años se han realizado numerosos estudios de la relación proteinuria-creatinina para ser utilizado en el diagnóstico diferencial de preeclampsia, basados en que la excreción de proteínas y creatinina es constante cuando la filtración glomerular es estable, para demostrarlo, Koopman y Newman observaron poca variación en la relación proteinuria-creatinina comparado con la concentración de proteínas en muestra aislada (38.6% versus 96.5% respectivamente). Yamasit y Jaschevatzky han demostrado alta correlación entre proteinuria de 24 horas y relación proteinuria-creatinina. Sin embargo Durnwald y Mercer en el 2003 no lograron demostrar que la relación proteinuria-creatinina en muestra aislada sea útil para descartar proteinuria >300 mg al día (48).

Se realizó un estudio con 190 pacientes con preeclampsia y 373 controles, se encontró que el riesgo de preeclampsia fue 1,9% si la madre era hipertensa, 1,8% si lo era el padre y 2,6% si fueron los dos. En las mujeres que tenían por lo menos uno de los padres y un hermano con hipertensión arterial, el riesgo de preeclampsia fue 4,7% (49).

Sánchez encontró que al comparar aquellas mujeres no expuestas a violencia, las que habían sido víctimas de violencia por el compañero sexual durante el embarazo tuvieron 2,74 mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia (50).

En la ecografía realizada en el caso clínico se encuentra dentro del percentil de los patrones de peso neonatal en función a la edad gestacional. (P10-P90). ILA está dentro de los valores normales. (ANEXO 04)

Se realiza un monitoreo fetal, encontrándose los LCF: la línea de base dentro de los parámetro normal 145 por minuto (110-180), variabilidad 5-10, cinética fetal +3/20 minutos, reactividad atípica. Con una valoración de 8/10. (ANEXO 06)

En la hoja obstétrica de cuidados especiales vamos a valorar la toma de presión arterial, en la cual se puede encontrar valores normales, a comparación de la PA al momento de ingreso (140/90), teniendo como último registro un PA 110/60. (ANEXO 03)

Se analiza los exámenes de laboratorio, no encontrándose un resultado patológico característico de esta patología de la preeclampsia. (ANE0 05)

Durante los días de hospitalización de la paciente, se monitorizo la presión arterial encontrándose en valores normal, al igual que los exámenes de laboratorio, manejándose como una preeclampsia leve.



CONCLUSIONES

- La patología de la preeclampsia, así como la patología de la eclampsia, debe ser identificada como un problema prioritario de salud pública, para así poder reducir la mortalidad materna en todos los países, esto se va dar a través del fortalecimiento de los sistemas de salud pública y esto nos va permitir mejorar el acceso a profesionales de salud capacitados, para una atención de calidad y eficiente.
- Es necesario realizar e incrementar las investigaciones para así poder comprender las causas y de esta manera poder mejorar las estrategias preventivas a favor del usuario.
- Realizar una atención obstétrica adecuada, de esta manera nos va permitir identificar los factores de riesgo, los cuales nos van ayudar a disminuir los índices de tasa de morbilidad materna y perinatal.
- La patología de la preeclampsia es de curso y evolución impredecible, quiere decir que puede aparecer en cualquier momento, por lo tanto requiere evaluación materna y fetal continua, que nos permita tener un producto en óptimas condiciones.
- Los signos y síntomas solo son orientadores y no existe prueba patognomónica.
- Debe ser atendido en centros de mayor capacidad resolutive, que cuenten con los equipos, medios y personal capacitado.
- Debe implementarse medidas de prevención, a través de una adecuada atención preconcepcional, lo cual nos va poder permitir identificar los factores de riesgo oportunamente.
- Las embarazadas con o sin factores de riesgo pueden desarrollar preeclampsia, indistintamente si presentan o no signos premonitorios o síntomas propios de la patología.

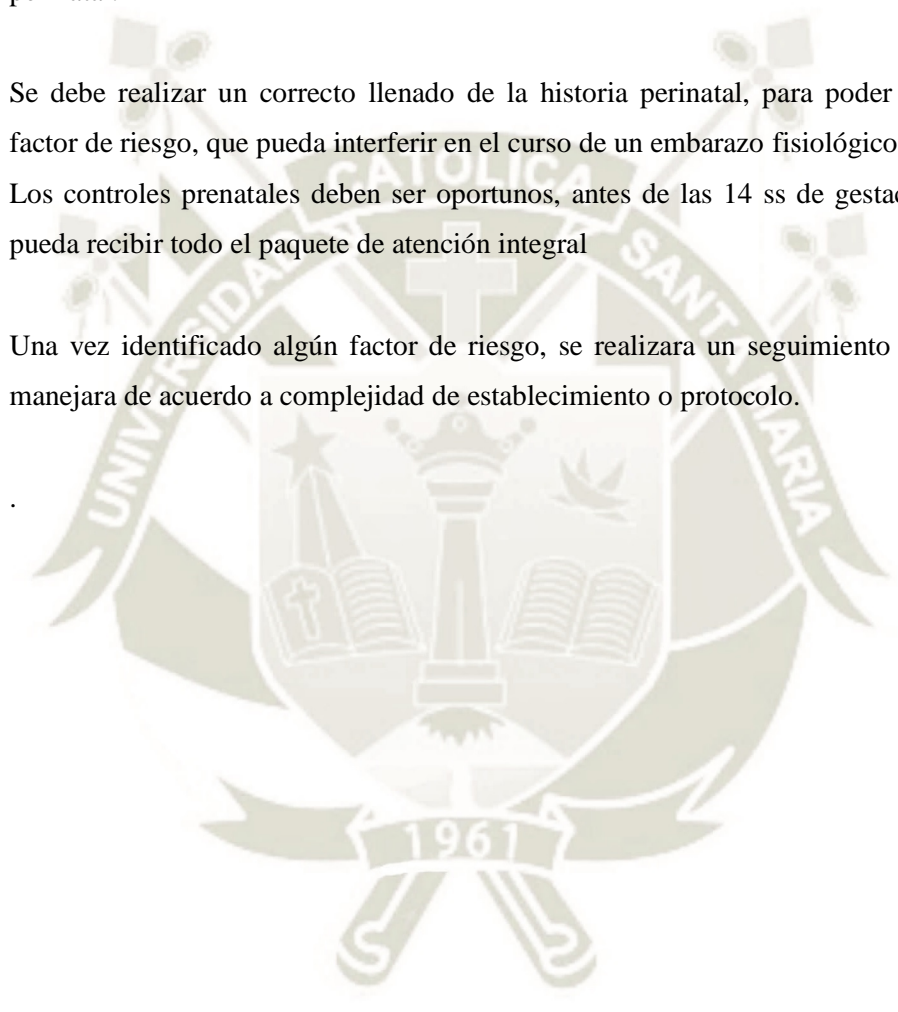
RECOMENDACIONES

Los profesionales de salud debe ser constantemente capacitado para así poder ser frente ante una emergencia obstétrica y poder brindar con ello una atención oportuna y de calidad, de tal manera que se pueda tener un recién nacido vivo, y no se ponga en riesgo la vida de la madre, ni del feto. Para así poder disminuir la tasa de mortalidad materna y perinatal.

Se debe realizar un correcto llenado de la historia perinatal, para poder identificar un factor de riesgo, que pueda interferir en el curso de un embarazo fisiológico.

Los controles prenatales deben ser oportunos, antes de las 14 ss de gestación, para que pueda recibir todo el paquete de atención integral

Una vez identificado algún factor de riesgo, se realizara un seguimiento continuo y se maneja de acuerdo a complejidad de establecimiento o protocolo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española De Ginecología Y Obstetricia. Medicina Perinatal. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía práctica de asistencia actualizada en 2006 Pg. 2
2. Pacheco J. “Ginecología y obstétrica” 2da Edición Lima: MAD CORP. SA 2006.
3. Pacheco Romero J. “Disfunción Endotelial en la Preeclampsia”. AN. Fac.Med. (online). Ene/mar 2003. Vol. 64 N° 1 citado 20 diciembre 2007.
4. Manrique Muñoz S., Andreu Riobello. Preeclampsia “ Hemorragias Obstétricas” Pg. 26
5. Guevara Rios E. Meza Santibañes L. “Manejo de la preclampsia/ eclampsia en el Perú”. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia.
6. Pacheco Romero J. “Disfunción Endotelial en la Preeclampsia”. AN. Fac.Med. (online). Ene/mar 2003. Vol. 64 N° 1 citado 20 diciembre 2007.
7. Domínguez Bohorquez L. A.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U8M_-fExZE4J:etimologias.dechile.net/%3Fpreeclampsia+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
8. Rosas-Peralta, M; Borrayo-Sánchez, G. (2016). «Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa». Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México). Consultado el 2 de enero de 2019. Disponible en: https://www.gfmer.ch/Guidelines/Embarazo_recien_nacido_es/Preeclampsia_eclampsia_hipertension_en_el_embarazo.htm.
9. Rosas-Peralta, M; Borrayo-Sánchez, G. (2016). «Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa». Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México). Consultado el 2 de enero de 2019. Disponible en:

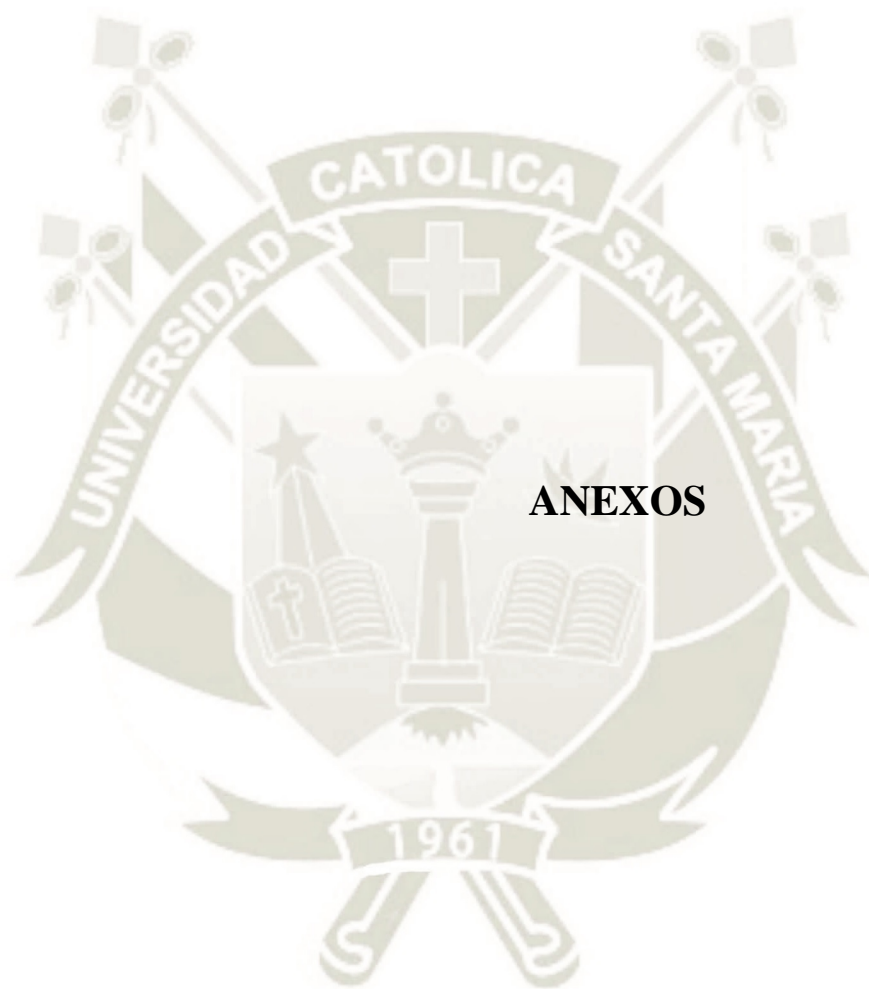
https://www.gfmer.ch/Guidelines/Embarazo_recien_nacido_es/Preeclampsia_eclampsia_hipertension_en_el_embarazo.htm.

10. Rosas-Peralta, M; Borrayo-Sánchez, G. (2016). «Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa». Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México). Consultado el 2 de enero de 2019. Disponible en: https://www.gfmer.ch/Guidelines/Embarazo_recien_nacido_es/Preeclampsia_eclampsia_hipertension_en_el_embarazo.htm.
11. August P, Sibai B. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. En: Post TW, UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2017.
12. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. 2da ed. Lima: MAD Corp SA; 2006. Villanueva Egan LA, Collado Peña P. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2007 Mar-Abr [citado 20Dic2013];50(2):57-61.
13. Hernández López G. D. A artículo de revisión de ginecología. Preeclampsia pos parto. Rev Hosp Jua Mex 2012; 79(3): 174-178
14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades CDC – MINSA.
15. Gómez R, C, Becker J, Jiménez J. “Síndromes hipertensivos del embarazo. CEDIP, Boletín Perinatal” (2011). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>.
16. Valdés G y Corthorn J. “Síndromes hipertensivos y embarazo. Obstetricia. Cuarta edición. Santiago. Editorial Mediterráneo” (2011). Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=gestationalhypertension-90-P05594>.
17. Valdés G y Corthorn J. “Síndromes hipertensivos y embarazo. Obstetricia. Cuarta edición. Santiago. Editorial Mediterráneo” (2011). Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=gestationalhypertension-90-P05594>.

18. Roberts J, Redman C. “Pre-eclampsia” (1994). Disponible en:
<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/vi-reunion-rv/Dra.%20Martell%202.pdf>.
14. Reddy U,” Preeclampsia” (2007). Disponible en:
<https://www.msmanuals.com > professional > ginecología-y-obstetricia>.
15. Huppertz B. “Placental origins of preeclampsia: challenging the current hypothesis. Hypertension”(2008). Disponible en
<https://medlineplus.gov > spanish > highbloodpressureinpregnancy>.
21. Dekker Gostaff. “Clínicas Obstétricos y Ginecológicas”, editorial Mc- Hill Interamericana, Marzo 2000, PP 383-393.
22. Dekker Gostaff. “Clínicas Obstétricos y Ginecológicas”, editorial Mc- Hill Interamericana, Marzo 2000, PP 383-393.
23. Dekker Gostaff. “Clínicas Obstétricos y Ginecológicas”, editorial Mc- Hill Interamericana, Marzo 2000, PP 383-393.
24. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
25. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
26. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
27. Seguimiento preclampsia-es.slideshare.net.
28. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
29. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
30. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).

31. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
32. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
33. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
34. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
35. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
36. Clave Roja – Clave Azul Guía de prácticas clínicas basada en evidencias “Manejo de la gestante críticamente enferma” (2005).
37. Guía de Referencia Rápida-Diagnostico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.
38. Guía de Referencia Rápida-Diagnostico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.
39. Rev Int Salud Materno Fetal – Yo Obstetra (2016): 1
40. Rev Int Salud Materno Fetal – Yo Obstetra (2016): 1
41. Srp B, Velebil P, Kvasnicka J. Fatal complications in pre-eclampsia and eclampsia]. Ceska Gynekol. 2002 Nov; 67(6):365-71.
42. Ota E1, Ganchimeg T1, et al; WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Risk factors and adverse perinatal outcomes among term and preterm infants born small-for-gestational-age: secondary analyses of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health. PLoS One. 2014, 13;9(8):e105155. doi: 10.1371/journal.pone.0105155. eCollection (2014).

43. <https://infogen.org.mx/preeclampsia>.
44. Dirección general de epidemiología. Ministerio de salud. Sistema de vigilancia epidemiológica. Reporte epidemiológico de la mortalidad materna en el Perú 2012-2013
45. Olusanya B, Alakija O. “Non-uptake of facility-based maternity services in an inner-city community in Lagos, Nigeria: an observational study. J Biosocial Scie” (2010). Disponible en:<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>.
46. Lawn JE, Kinney M.”. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? Int J Gynaecol Obstet” (2009). Disponible en: <https://es.slideshare.net/karendiazdesandi5/hipertension-embarazo>.
47. Vázquez Vigoa, A. Reina Gómez, G. Román Rubio, P. Trastornos hipertensivos del embarazo. Rev cubana [En línea]. 2005. 44(3- 4).
48. Valdes R.E, Castro L.M, Castro C.D, Sepúlveda Martínez A. Utilidad de la relación proteinuria:creatininuria en muestra aislada en el diagnóstico diferencial de preeclampsia. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2012; 23:108–13. Acceso 19 de junio 2014. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/utalidad_relacion_preteinuria_creatinuria.pdf.
49. Qiu C, Williams MA,. Family history of hypertension and type 2 diabetes in relation to preeclampsia risk. Hypertension. 2003 Mar;41(3):408-13.
50. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 Mar;137(1):50-5.



ANEXO 01

DATOS DE LA ATENCION MÉDICA

27/09/2019 Vista de Datos del Paciente en la Atención Médica

Datos del Paciente			
Apellidos y Nombres	TORRES NEIRA JULIA MERCEDES	Fecha de Vigencia	31/10/2019
Doc. de Identidad	D.N.I. 43448006 Edad Actual 33A 8M 24D	Sexo	FEMENINO
Acto Medico	2401531		
CAS de Atención	H.N. C.A.SEGUIN E.	Nro Historia Clínica	457895
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Fecha de Ingreso	27/09/2019
Servicio Hosp.	OBSTETRICIA	Tipo de Seguro	
Nro de Atención	1		
Fecha de la Atención	27/09/2019	Hora de la Atención	14:03
Profesional Asistencial	ZEGARRA VASQUEZ FREDY		
Especialidad Interconsulta			
Anamnesis			
NOTA DE INGRESO			
Paciente de 33 años de edad, natural y procedente de Arequipa, administradora, casada			
ENFERMEDAD ACTUAL:			
TIEMPO DE ENFERMEDAD : 1 mes			
SINTOMAS PRINCIPALES : prurito, cefalea, escotomas			
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:			
Paciente refiere que desde hace 1 mes presenta prurito en palmas y plantas que se exacerba hace 1 semana, hace 3 días cefalea frontal y temporal 7/10, que cede con el paracetamol además de escotomas, hoy en clínica le controlan presión arterial 130/90 es referida a este hospital donde le controlan			
niega otros signos de alarma, niega pérdida de líquido, niega sangrado, percibe movimientos fetales.			
ANTECEDENTES			
ENFERMEDADES : Litiasis vesicular			
CIRUGIAS : Cesárea en el 2015, hematoma y lesión de vejiga (4 días después reintervenida)			
ALERGIAS : Megacilina, dextrometorfano			
TRANSFUSIONES : No			
MEDICACION : Clorfenamina 1 tab c/24hrs vo, madre			
GINECOOBSTETRICOS			
MENARQUIA (15 años) FUM(1ra semana de marzo, 12/02/19 según eco)FPP(19/11/19)EG(32 semanas 3 días)			
PIG(03 AÑOS)RC(3-5/25-28)DISMENORREA(SI)IRS(20)PS(01)			
METODOS ANTICONCEPTIVOS (no)			
INFECCIONES GINECOLOGICAS (no)PAP 2017 diciembre normal			
FORMULA OBSTETRICA (G2P0100) Controles prenatales (10)			
PATOLOGIA ACTUAL: Preeclampsia			
EG FECHA PARTO ATENCION PATOLOGIA PESO VIVO			
36 semanas 04/11/2015 Cesárea hospital Sd de HELLP? 2000 No, falleció a los 7 días			
Examen Clínico			
Signos Vitales:			
Presión Arterial (mm Hg)	140 / 90	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	78 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16
Temperatura Corporal (°C)	0,0		
Antropometría:			
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00 IMC
GENERAL: REG, BEH, BEN, CONCIENCIA: LOTEP 15/15 FASCIES INCARACTERISTICA PIEL COLOR BLANCA TURGOR Y ELASTICIDAD CONSERVADO			
SIGNO DEL PLIEGUE NEGATIVO CABELLO NEGRO COLOR NEGRO IMPLANTACION BUENA UÑAS COLOR ROSADAS LLENE CAPILAR MENOR A 2			
SEGUNDOS TCSC REGULAR CANTIDAD			
OJOS: PÁRPADOS SIN ALTERACIONES CONJUNTIVAS ROSADAS ESCLERAS BLANCAS PUPILAS ISOCORICAS AGUDEZA VISUAL CONSERVADA			
NARIZ: CONFORMACION SIN ALTERACIONES TABIQUE CENTRAL SECRECIONES NO			
PABELLONES: CAE PERMEABLES SECRECIONES NO			
BOCA: LABIOS SIMETRICOS MUCOSA HUMEDAS AMIGDALAS SIN ALTERACIONES PIEZAS DENTARIAS CONSERVADAS OROFARINGE NO CONGESTIVA			
CUELLO: CILINDRICO ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES NO SE PALPA IV(-) RHY(-)			
TORAX: SIMETRICO AMPLEXACION Y ELASTICIDAD CONSERVADO MV_ PASA EN ACP			
CARDIOVASCULAR: RNF SOPLOS NO PULSOS PERIFERICOS PRESENTES			
ABDOMEN: GRAVIDO CICATRIZ UMBILICAL SIN ALTERACIONES PALPACION NO DOLOROSA VISCEROMEGALIAS NO RHA PRESENTES PPL NEGATIVA			
PRU NEGATIVOS			
AU (30 cm)ESTÁTICA LCI LCF 156 LPM MF PRESENTES DU NEGATIVA			
GENITALES EXTERNOS PRIMIPARA BUS CONSERVADO			
TACTO, CUELLO UTERINO CERVIX POSTERIOR INTEGRO B 0 D 0 AP - MO INTEGRAS			
EXTREMIDADES MOVILES EDEMAS -			
NEUROLOGICO: GLASGLOW15/15 DEFICIT MOTOR NO SENSIBILIDAD SI SIGNOS MENINGEOS NO ROT PRESENTES			
ECOGRAFIA: BIOMETRIA 33 SEMANAS, CERVICOMETRIA 33MM, PF: 2242, PLACENTA FUNDICA ANTERIOR II/III			
IMPRESION DIAGNÓSTICA:			
1. GESTACION DE 32 SEMANAS 3 DIAS SEGÚN PRIMRA ECOGRAFIA			

sgss.essalud.gob.pe/sgss/servlet/hvisdatpacatemed74XARKBORWxcvt9LMCrhcNTb6qSSmdPtuVYPbE1D9mdM= 1/2

27/9/2019 Vista de Datos del Paciente en la Atención Médica

2. EHE: D/C PREECLAMPSIA
3. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA
4. SEGUNDIGESTA PRIMIPARA
5. FETO UNICO VIVO
6. MAL ANTECEDENTE OBSTETRICO

Diagnostico

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnostico
O14.0	PREECLAMPSIA MODERADA	PRESUNTIVO
K71.0	ENFERMEDAD TOXICA DEL HIGADO, CON COLESTASIS	DEFINITIVO
Z35.8	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	DEFINITIVO

Plan de Trabajo
PERMANECE EN HOSPITALIZACION

Indicaciones
DIETA BLANDA
CONTROL DE FUNCIONES VITALES
CONTROL DE SIGNOS DE ALARMA
CONTROL DE DU, MF, LCF
CONTROL DE DIURESIS
HIGIENE VULVOPERINEAL
CLAVE AZUL PENDIENTE
MEDICACION:
CLORFENAMINA 1 TAB C/8HRSVO
ACIDO URSODESOXICOLICO 1 TAB C/8HRS

Resultado de la Atención PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO

Solicitudes Interconsulta

Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio	Motivo	Estado
-----------	-------------	--------------	----------	--------	--------

Exámenes Auxiliares Solicitados

Medicamentos Recetados

Procedimientos

Sale a cesárea

[Firma]
Jorge Layne Incaique
MÉDICO GINECÓLOGO OBSTETRA
CMP 93268 RNE 23749

[Firma]
Dante Espinoza Vásquez
Ginecólogo Obstetra
C.M.P. 42704 R.N.E. 22038

ANEXO 02

HISTORIA CLINICA DE OBSTETRICIA

HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

A. FILIACION

1. **NOMBRE** : Julia Torres Neira
2. **EDAD** : 33 años
3. **SEXO** : Femenino
4. **RAZA** : Mestiza
5. **FECHA DE NACIMIENTO:** 03/01/1986
6. **ESTADO CIVIL** : Casada
7. **OCUPACION ACTUAL** : Administrativa
8. **LUGAR DE NACIMIENTO:** Arequipa
9. **PROCEDENCIA:** Arequipa
10. **DOMICILIO** : UPI Paisajista R2 HUNTER
11. **RELIGION** : católica
12. **FECHA DE INGRESO** : 27/09/19
13. **FECHA DE ELABORACION:** 27/09/19
14. **INFORMANTE** : Paciente
15. **ELABORADO POR** : Interno de Medicina Jimena Choque

B. ENFERMEDAD ACTUAL:

1. **TIEMPO DE ENFERMEDAD** : 1 mes
2. **SINTOMAS PRINCIPALES** : prurito, cefalea, escotomas
3. **HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:**
 Paciente refiere que desde hace 1 mes presenta prurito en palmas y plantas que se exacerba hace 1 semana, hace 3 días cefalea frontal y temporal 7/10, que cede con el paracetamol además de escotomas, hoy en clínica le controlan presión arterial 130/90 es referida a este hospital donde le controlan 140/90, niega otros signos de alarma, niega pérdida de líquido, niega sangrado, percibe movimientos fetales.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- APETITO** : Conservado
- SED** : Conservado
- DEPOSICIONES:** Conservado
- MICCIÓN** : Conservado
- SUEÑO** : Conservado

C. ANTECEDENTES:

1. **PATOLÓGICOS**
 1. **ENFERMEDADES** : Litiasis vesicular
 2. **CIRUGIAS** : Cesárea en el 2015, hematoma y lesión de vejiga (4 días después reintervenida)
 3. **ALERGIAS** : Megacilina, dextrometorfano
 4. **TRANSFUSIONES** : No
 5. **MEDICACION** : Clorfenamina 1 tab c/24hrs vo, madre
2. **GINECOOBSTETRICOS**
 - **MENARQUIA** (15 años) **FUM**(1ra semana de marzo, 12/02/19 según eco)**FPP**(19/11/19)**EG**(32 semanas 3 días)
 - **PIG**()RC(3-5/25-28)**DISMENORREA**(SI)**IRS**(20)**PS**(01)
 - **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS** (no)
 - **INFECCIONES GINECOLÓGICAS** (no)**PAP** 2017 diciembre normal

- FORMULA OBSTETRICA (G2P0100) Controles prenatales (10)
- PATOLOGIA ACTUAL: Preeclampsia

EG	FECHA	PARTO	ATENCION	PATOLOGIA	PESO	VIVO
36 semanas	04/11/2015	Cesárea	hospital	Sd de HELLP?	2000	No, falleció a los 7 días

3. FAMILIARES

- PADRE : Vivo, 55 años, HTA
- MADRE : Vivo, 56 años, SANA
- CONYUGE : Vivo, 34 años, aparentemente sano
- HIJO : Falleció a los 7 días de vida

4. SOCIOECONOMICOS:

- VIVIENDA: Propia MATERIAL: Noble SERVICIOS: Agua, Luz y Desagüe

D. EXAMEN FISICO:

FC: 78lpm PA: 140/90mmHg FR: 16 rpm SATO2: 95% T:36.2°C PESO: basal 52
actual 58.7 TALLA: 160 cm IMC: 22.9 kg/m2 GP: 6.7 kg

- GENERAL: REG, BEH, BEN, CONCIENCIA: LOTE 15/15 FASCIES INCARACTERISTICA PIEL COLOR BLANCA TURGOR Y ELASTICIDAD CONSERVADO SIGNO DEL PLEGUE NEGATIVO CABELLO NEGRO COLOR NEGRO IMPLANTACION BUENA UÑAS COLOR ROSADAS LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS TCSC REGULAR CANTIDAD
- OJOS: PÁRPADOS SIN ALTERACIONES CONJUNTIVAS ROSADAS ESCLERAS BLANCAS PUPILAS ISOCORICAS AGUDEZA VISUAL CONSERVADA
- NARIZ: CONFORMACION SIN ALTERACIONES TABIQUE CENTRAL SECRECIONES NO
- PABELLONES: CAE PERMEABLES SECRECIONES NO
- BOCA: LABIOS SIMETRICOS MUCOSA HUMEDAS AMIGDALAS SIN ALTERACIONES PIEZAS DENTARIAS CONSERVADAS OROFARINGE NO CONGESTIVA
- CUELLO: CILINDRICO ADENOPATIAS NO SE PALPA TIROIDES NO SE PALPA IY(-) RHY(-)
- TORAX: SIMETRICO AMPLEXACION Y ELASTICIDAD CONSERVADO MV_ PASA EN ACP
- CARDIOVASCULAR: RNF SOPLOS NO PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
- ABDOMEN: GRAVIDO CICATRIZ UMBILICAL SIN ALTERACIONES PALPACION NO DOLOROSA VISCEROMEGALIAS NO RHA PRESENTES PPL NEGATIVA PRU NEGATIVOS
- AU (30 cm)ESTATICA LCI LCF 156 LPM MF PRESENTES DU NEGATIVA
- GENITALES EXTERNOS PRIMIPARA BUS CONSERVADO
- TACTO, CUELLO UTERINO CERVIX POSTERIOR INTEGRO B O D O AP - MO INTEGRAS
- EXTREMIDADES MOVILES EDEMAS -
- NEUROLOGICO: GLASGLOW15/15 DEFICIT MOTOR NO SENSIBILIDAD SI SIGNOS MENINGEOS NO ROT PRESENTES

ECOGRAFIA: BIOMETRIA 33 SEMANAS, CERVICOMETRIA 33MM, PF: 2242, PLACENTA FUNDICA ANTERIOR II/III

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1. GESTACION DE 32 SEMANAS 3 DIAS SEGÚN PRIMRA ECOGRAFIA
2. EHE: D/C PREECLAMPSIA
3. COLESTASIS INTRAHEPATICA
4. SEGUNDIGESTA PRIMIPARA
5. FETO UNICO VIVO
6. MAL ANTECEDENTE OBSTETRICO

ANEXO 04 REPORTE DE ECOGRAFIA

H.N. CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO Fecha: 27/09/2016

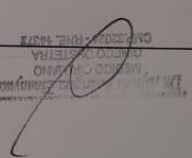
Acto Médico : 2400381 Hora: 11:40:07

REPORTE ATENCION PROCEDIMIENTO Página: 1

Código	Cant.	Descripción
76805	1	ECOGRAFIA, UTERO GRAVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN, EVALUACION FETAL Y MATERNA, DESPUES DE PRIMER TRIMESTRE (> O = 14 SEMANAS), TRANS ABDOMINAL, UNICA O PRIMERA GESTACION.

Informe

FETO EN LCI
DBP 81 PARA 32.4 SEM
HC 286 PARA 31.3 SEM
AC 291 PARA 32.1
LF 67 PARA 34.5
PF: 2242 GRAMOS
PLACENTA FUNDICA ANTERIOR II/III
LA ADECUADO, POZO MAXIMO DE 5
CERVICOMETRIA DE 30MM
CONCLUSION: GEASTACION DE 33 SEMANAS POR BIOMETRIA


KAROL FINN - PIZOSANO
Médico Ginecólogo y Obstetra
Médico Especialista en Ultrasonido
Médico Especialista en Diagnóstico Prenatal
Médico Especialista en Diagnóstico Prenatal

ANEXO 05
ANALISIS LABORATORIO

H.N. CARLOS ALBERTO SEGUN ES

SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

OBSTETICO
409-B

Nro. de Solicitud	30460	Tipo Examen	LAB	Fecha	28/09/2019
Nombre del Paciente	TORRES NEIRA JULIA MERCEDES	Nro de Historia Clínica	Autogenerado	Sexo	FEMENINO
D.N.I.	43448006	Edad			33
OBLIGATORIO		Fecha de Atención		Servicio Hospitalario	OBSTETRICIA
2401531	HOSPITALIZACION				
ZEGARRA VASQUEZ FREDY DANTE					
BIOQUIMICA					
81000	ANALISIS DE ORINA POR TIRA DE ANALISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA LA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEINAS, GRAVEDAD ESPECIFICA, UROBILINOGENO, CUALQUIER NUMERO DE ESTOS COMPONENTES; NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIO				
Indicaciones	82042 ALBUMINA; URINARIA, CUANTITATIVA				
Indicaciones	82565 DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE 0.5				
Indicaciones	83615 LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH); 215				
Indicaciones	84450 TRANSAMINASA TGO (TRANSFERASA; ASPARTATO AMINO) 87				
Indicaciones	84460 TRANSAMINASA TGP (TRANSFERASA; AMINO ALANINA) 145				
Indicaciones	84520 NITROGENO UREICO (UREA); CUANTITATIVO 11.3				
HEMATOLOGIA Y COAGULACION					
85013	RECUESTO SANGUINEO; MICROHEMATOCRITO POR CENTRIFUGACION				
Indicaciones	85018 RECUESTO SANGUINEO; HEMOGLOBINA				
Indicaciones	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS				
Indicaciones	85032 RECUESTO MANUAL DE CELULAS (EITROCITOS, LEUCOCITOS O PLAQUETAS) CADA UNO				
Indicaciones	86900 TIPIFICACION DE SANGRE; ABO				
Indicaciones	86901 TIPIFICACION DE SANGRE; RH (D)				
Indicaciones	Bilirrubinas Totales y fraccionadas				
					1.5
					0.6
					0.9

De Alvaro...
MEDICO GINECO OBSTETRA
C.R. 32024 - R.N.E. 14372

LA BORRADOR

9/2019 06:41:08

LABORATORIOS "LLERENA" DE ANALISIS CLINICOS
YOLANDA LLERENA CONCHA
C.M.P. 18796 – R.N.E. 8466
Mercaderes 417 – Telefax: 215447 – Domicilio ☎ 215475
Atención Permanente de 7 a.m. a 7 p. m. Domingos y Feriados de 8 a 12 m. (toque timbre)

No Arequipa, 29 de Setiembre del 2019

Indicación de Dr.
Señor(a): Julia Torres Neira.
Muestra: Sangre y Orina de 24 horas
Investigación Solicitada: Proteinuria

RESULTADO:

1.- PROTEINURIA: 112.0 mg /24 horas.
Volumen: 1640 ml
Referencia 0 – 200 mg/24 horas

00 0.00

Yolanda Llerena Concha
Yolanda Llerena Concha
LABORATORIO CLINICO
Y ANATOMIA PATOLOGICA
C.M.P. 18796 • R.N.E. 8466

ANEXO 06 MONITOREO FETAL



ANEXO 07
FORMATO DE INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

Essalud
Seguridad Social para todos

FORMATO INFORME DE ALTA HOSPITALARIA

INFORMACIÓN GENERAL
Nombre del establecimiento: HINCAZE
Servicio: Obstetricia Mat a la que pertenece: 100
Fecha de alta: _____ Fecha de informe: _____
Nombre de paciente: _____
N° de Historia Clínica: _____ Edad: 33 Sexo: Femenino

INFORMACIÓN ESPECÍFICA
a) Fecha de ingreso AL HOSPITAL: 27 09 19 AL SERVICIO: 27 09 19
b) Motivo de hospitalización: Referente ingreso por parto en parto y parto interno además con DA 110/90 mmHg
c) Diagnóstico(s) de egreso: Colestasis intrahepática (K71.0) Cerebro de altura (094.11) Hipertensión de alto riesgo de alto riesgo (Z31.8)
d) Principales procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento realizados durante la hospitalización:
1.- Exámenes auxiliares especiales: _____
2.- Intervenciones quirúrgicas: _____
3.- Principales medicamentos Administrados: Ac. acetaminofeno, Clorfeniramina
Evolución del cuadro clínico durante la hospitalización: Favorable