

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA
SEVERA EN EL CENTRO DE SALUD TARATA, 2021

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Obsta. POLETT ANDREA SOSA OSORES

Obsta. LOURDES ORTEGA SERRANO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

TACNA – PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Tacna, a los diecisiete días del mes de julio del año 2023, siendo las 19:30 horas, se reúne el Jurado Calificador de sustentación de trabajo académico presentada por la Lic. Obsta. Polett Andrea Sosa Osores y la Lic. Obsta. Lourdes Ortega Serrano, cuyo título es: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA SEVERA EN EL CENTRO DE SALUD TARATA, 2021.”** Correspondiente a la Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia: Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

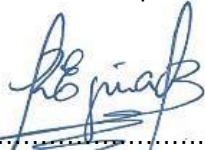
El Jurado está presidido por la Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo y como miembros la Mgr. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez y Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales.

Luego de la presentación, la Presidenta del Jurado dispone se inicie la sustentación por parte de las interesadas, acto seguido se procede a formular las preguntas de parte del Jurado, las cuales la Lic. Obsta. Polett Andrea Sosa Osores y la Lic. Obsta. Lourdes Ortega Serrano, respondieron: Correctamente.

A continuación, la Presidenta del Jurado invita a la Lic. Obsta. Polett Andrea Sosa Osores y la Lic. Obsta. Lourdes Ortega Serrano y al público asistente a abandonar el recinto para la deliberación y proceder a la evaluación correspondiente de acuerdo al reglamento.

Acto seguido se invita a las interesadas a conocer los resultados: Aprobadas con el calificativo de: diecisiete (17,00) Regular por unanimidad.

Siendo las 21:00 horas, la Presidenta del Jurado Calificador da por concluido el acto de sustentación, dejando constancia del mismo con sus respectivas firmas.



.....
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo
Presidenta Del Jurado



.....
Mgr. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez
Secretaria Del Jurado



.....
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales
Vocal Del Jurado



.....
Lic. Obsta. Polett Andrea Sosa Osores
Sustentante



.....
Lic. Obsta. Lourdes Ortega Serrano
Sustentante

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, DRA. OBSTA. NERY RAFAEL BERNABÉ, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 11493-2022-FACS-UNJBG. del trabajo académico titulado:
“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA SEVERA EN EL CENTRO DE SALUD TARATA, 2021”.

Presentado por la **Obsta. Polett Andrea Sosa Osos y Obsta. Lourdes Ortega Serrano**, para optar el grado de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual turnitin oid: cuenta con la similitud: oid:23228:241487749 nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 0%, Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del trabajo académico:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA SEVERA EN EL CENTRO DE SALUD TARATA, 2021”; que está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio Institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título de segunda especialidad.



DNI: 00418864

DRA. OBSTA. NERY RAFAEL BERNABÉ

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por los conocimientos impartidos durante la etapa de las clases teóricas y prácticas de la Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, quienes también nos recordaron continuar con la ejecución de este trabajo académico, motivándonos a llegar al momento de la sustentación.

A la familia, los padres, hermanos por ser el estímulo para la preparación académica y también por ser el apoyo emocional con ánimos en la etapa final para la realización de este trabajo académico que ya es una realidad.

A mis docentes, quienes con su profesionalismo y sus conocimientos en las clases teóricas y prácticas fueron clave para tener una excelente preparación y conocimientos en esta Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

DEDICATORIA

A Dios, por acompañarnos en este camino, por darnos salud, por ser quien nos da el momento correcto para llegar hasta este punto, logrando así uno de los objetivos más importantes, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres, quienes nos inculcaron la importancia de la preparación académica y de la constante actualización de conocimientos, también por ser el motor, el apoyo incondicional, durante el proceso de estudio hasta concluir esta especialidad.

A mi asesora, Dra. Obsta. Nery Rafael por su asesoría y atención para poder concluir el trabajo académico.

A mis docentes, a la Mgr. Obsta. Soledad Sotelo Gonzales por su ayuda durante el proceso de la ejecución del presente trabajo académico quien nos apoyó en todo momento.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	5
1.4 OBJETIVOS	6
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL	7
2.1. PREECLAMPSIA SEVERA	7
2.2. DEFINICIÓN	7
2.3. CLASIFICACIÓN	7
2.4. INCIDENCIA	8
2.5. ETIOLOGÍA	9
2.6. FACTORES DE RIESGO	9
2.7. FISIOPATOLOGÍA	12
2.8. FORMAS CLÍNICAS	12

2.9. EXÁMENES AUXILIARES	13
2.10. TRATAMIENTO	14
2.11. COMPLICACIONES	19
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	22
Historia clínica	22
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	51

RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en la revisión de un caso clínico sobre preeclampsia en un establecimiento de salud de primer nivel de atención. **Objetivos:** Determinar factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y conocer el manejo en la preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata, 2021. **Método:** Se realizó mediante análisis documental, por recolección de datos de la historia clínica. **Resultados:** Factores de riesgos sociodemográficos relacionados a la preeclampsia fueron: la edad (19 años), el índice de masa corporal (sobrepeso), vivir en zona rural y el grado de instrucción secundaria completa. Los factores obstétricos encontrados fueron la nuliparidad y la edad gestacional en que se diagnosticó (38 semanas). El manejo de preeclampsia se realizó conforme a los niveles de capacidad resolutive. **Conclusiones:** Las edades extremas, el índice de masa corporal, el lugar de residencia, el grado de instrucción, la nuliparidad, la edad gestacional en que se presenta los factores de riesgo de la preeclampsia en este caso fue a las 38 semanas. El manejo de la preeclampsia cumplió con las normativas del Ministerio de Salud.

Palabras claves: Preeclampsia, factores de riesgo, manejo en primer Nivel.

ABSTRACT

The present academic work consists of the review of a clinical case on preeclampsia in a first level care health establishment. **Objectives:** To determine sociodemographic and obstetric risk factors and to know the management of severe preeclampsia at the Tarata Health Center, 2021. **Method:** It was carried out through documentary analysis, by collecting data from the clinical history. **Results:** Sociodemographic risk factors related to preeclampsia were: age (19 years), body mass index (overweight), living in a rural area, and completed secondary education. The obstetric factors found were nulliparity and the gestational age at which it was diagnosed (38 weeks). The management of preeclampsia was carried out according to the levels of resolving capacity. **Conclusions:** The extreme ages, the body mass index, the place of residence, the degree of education, nulliparity, the gestational age in which the risk factors of preeclampsia occur was in this case at 38 weeks. The management of preeclampsia complied with the regulations of the Ministry of Health.

Keywords: Preeclampsia, risk factors, first level management.

INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia es una enfermedad hipertensiva que transcurre usualmente posterior a las 20 semanas de gestación. En la etapa del puerperio es poco frecuente. Es progresiva y podría dañar a diferentes órganos de forma irreversible, de igual manera a la madre así como al feto (1,2).

A nivel mundial, la preeclampsia representa el 14% de las causas de muerte materna (3); a nivel de América Latina, es responsable de más del 25,7% (4), mientras que en el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que para el año 2020 un 21,4% fue la causa directa de muerte materna (5) y en un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna tuvo una incidencia de 2,8% (6).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la preeclampsia es la segunda causa mundial responsable de la mortalidad materna (5), convirtiéndose en un problema de salud pública, la cual está relacionada en algunos casos con diferentes factores de riesgo como: historia familiar, antecedentes personales, familiares, cultura preventiva, entre otros. Aunque no se precise una etiología certera para esta enfermedad, aún hay factores de riesgo y exámenes auxiliares que permiten determinar el diagnóstico de manera oportuna.

Los objetivos propuestos en este estudio son determinar los factores de riesgo sociodemográficos y Obstétricos, así también, reconocer el

manejo del caso clínico según la Guía Práctica clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive en el presente caso clínico de preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata en el año 2021. Dentro de los capítulos contenidos tenemos el Planteamiento del Problema, Marco Conceptual, Marco Metodológico, Discusión y finaliza con las Conclusiones.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que los trastornos hipertensivos en el embarazo son la causa de más del 20% de la mortalidad en gestantes en América Latina, siendo este un porcentaje mayor que los registrados en África (16%) y Asia (12%), por lo que, se recomienda incluir en el protocolo de la atención el uso de antihipertensivos en el transcurso del embarazo con el fin de prevenir la preeclampsia y el uso de sulfato de magnesio para evitar la eclampsia, con ello, disminuir la morbimortalidad materno perinatal, debido a que la preeclampsia está considerada como complicación del embarazo que afecta a la madre y el feto (7). A pesar de ello, podrían evitarse si las mujeres recibieran asistencia obstétrica y médica oportuna al igual que efectiva (8).

La OMS recomienda que para mejorar la calidad de atención debe de haber actividades preventivas y también el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (8). Por ello, los establecimientos de salud han implementado estrategias para optimizar la asistencia sanitaria con el objetivo de contribuir en alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (9).

La estadística de la Preeclampsia Foundation menciona que, del 2 al 10% a nivel mundial la preeclampsia se presenta en los embarazos,

teniendo como impacto principal la causa de muerte materna perinatal, debido a que se relaciona con el parto prematuro con un 20% de ingresos a unidades de cuidados intensivos neonatales (10).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), afirma que la mortalidad materna es y representa un problema de salud pública de atención prioritaria, la cual nos permite visualizar la desigualdad social, educativa y laboral, la inequidad de género y la capacidad de respuesta del sistema de salud de un país. Según la estadística, 830 mujeres mueren cada día alrededor del mundo por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales se podrían evitar en su mayoría, como la preeclampsia (11).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, informa que en los últimos tres años las muertes maternas de causa directa fueron la hemorragia obstétrica y trastorno hipertensivo. Para el 2020, el 55,3% de mortalidad materna ocurridas fueron en ≤ 19 años de ellas, los trastornos hipertensivos fueron un 21,3% y la hemorragia obstétrica en un 14,9% (12).

Para el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), la hipertensión durante el embarazo está en asociación con diversas complicaciones maternas y fetales de variada intensidad, así también, es la principal causa de mortalidad materna en los últimos años, por ello, es importante el tratamiento oportuno con procedimientos médicos estandarizados inmediatos. En consecuencia, la principal causa para interrumpir el embarazo de manera prematura según el INMP sería la Preeclampsia, estando condicionado la morbilidad neonatal, estancia hospitalaria y costos elevados para la familia y la institución (13). Además de dañar de forma irreversible a diferentes órganos que lesionan a la madre y feto según Guevara (3). De esta manera, es fundamental identificar los factores de riesgos asociados (14).

Según un estudio de Valdez y Hernández (14) la edad, el exceso de peso materno, la paridad y los antecedentes familiares de esta afección serían los principales factores de riesgo; la mayoría de ellos no modificables, por ello, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno en el primer nivel de atención o en lugares distantes a hospitales que cuentan con todos los medios necesarios para brindar la atención médica.

En el Centro de Salud Tarata, se ha presentado en los últimos años casos de preeclampsia en gestantes que acudieron a su control prenatal, por consiguiente, es importante detectar los signos precoces de la preeclampsia, así como los factores de riesgo asociados con la finalidad de implementar medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento, al igual que la referencia oportuna a un establecimiento de mayor nivel de complejidad, para evitar daños a la madre y feto.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata en el año 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida, la cual representa una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo (15).

Según el MINSA, la situación epidemiológica de mortalidad materna en el año 2020, indica que la primera causa obstétrica directa de muerte materna fue el trastorno hipertensivo (21,7%) (13).

Mediante este caso clínico se requiere conocer los diferentes factores de riesgo que intervienen en la preeclampsia, para disminuir la probabilidad de morbilidad materna fetal.

Considerando la distancia que existe entre el Centro de salud Tarata y el hospital de referencia más cercano, es importante que el personal que atiende a la gestante identifique precozmente dichos factores de riesgo, a fin de realizar la referencia de manera oportuna, lo cual contribuirá a reducir las complicaciones y también a una atención con calidad y calidez a las gestantes.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo presentes en un caso clínico de preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata en el año 2021.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos presentes en un caso clínico de preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata en el año 2021.
2. Determinar los factores de riesgo obstétricos presentes en el caso de preeclampsia severa.
3. Reconocer el manejo del caso clínico de preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata en el año 2021 según la Guía de Práctica clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive.

CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL

2.1. PREECLAMPSIA SEVERA

2.2. DEFINICIÓN

La preeclampsia se presenta mayormente en el embarazo asociado con el aumento de la presión arterial posterior a las 20 semanas, habiendo o no proteinuria también con algunos síntomas agregados por ejemplo: dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, resultados en exámenes de laboratorio anormales relacionadas a las funciones hepáticas y renales además de cefalea (16). La presencia de 2 (++) en la proteinuria o mayor, así también, la excreción de 2 g o más en la orina de 24 horas diagnostican preeclampsia severa. La necrosis, isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson se evidencia como un dolor en el epigastrio (17). Por consiguiente, la preeclampsia es causante de efectos irreversibles en múltiples órganos, provocando daño o muerte materno perinatal, que se resuelve mayormente en el puerperio (3).

2.3. CLASIFICACIÓN:

a) Hipertensión gestacional

Hipertensión arterial que aparece posterior a 20 semanas de embarazo, sin características de preeclampsia, o también dentro de

las 24 horas del posparto. Normalizándose en los 10 días posteriores al parto, aunque por definición sería en 12 semanas posteriores al parto (18).

b) Hipertensión crónica

Hipertensión arterial presente antes del embarazo, previo a las 20 semanas de gestación con cifras tensionales de sistólica \geq de 140 mmHg o diastólica de 90 mmHg o ambas; permanece incluso más de 12 semanas después del parto y uso de medicamentos antihipertensivos antes de la gestación. (18)

c) Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida

Gestante con hipertensión crónica que desarrolla preeclampsia en algún momento del embarazo, tienes dos características:

- Proteinuria presente durante el embarazo de una paciente Hipertensa crónica.
- Hipertensión y proteinuria crónicas que en el embarazo aumenta más de 30 mmHg la presión sistólica y más de 15 mmHg en la diastólica o el aumento de 300 mg en la proteinuria (18).

d) Preeclampsia

Presente después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o primeras 2 semanas posparto, con una presión arterial superior a 140/90 mmHg asociadas a proteinuria (más de 30 mg en una sola muestra o más de 300 mg en muestra de 24 horas (18,19).

2.4. INCIDENCIA

La Preeclampsia ocupa el segundo lugar como causa de muerte en el mundo en un 14% según la Organización Mundial de la Salud (3). El Ministerio de Salud en Perú para el año 2020 tuvo un 21,4% y en Tacna una incidencia de 2,8% (6).

2.5. ETIOLOGÍA

El origen médico de la preeclampsia sigue sin conocerse. A pesar de ello, los factores de riesgo son los siguientes:

- Nuliparidad
- Hipertensión crónica preexistente
- Trastornos vasculares (por ejemplo: trastornos renales, vasculopatía diabética)
- Diabetes preexistente o gestacional
- Extremos de edad (> 35) o muy joven (< 17)
- Antecedentes familiares de preeclampsia
- Preeclampsia o malos resultados en embarazos previos
- Embarazo múltiple
- Obesidad
- Trastornos trombóticos (por ejemplo: síndrome de los anticuerpos antifosfolipídicos).

2.6. FACTORES DE RIESGO

La OMS (20) define a los factores de riesgo como una característica, cualquier rasgo o exposición de aumentar la probabilidad de que una persona sufra una lesión o enfermedad, por tanto, se han reconocido diversos factores asociados a la preeclampsia como los sociodemográficos, los obstétricos y las enfermedades crónicas.

Estudios epidemiológicos muestran los primeros estudios de la preeclampsia más frecuentes en primíparas y en gestantes con periodo intergenésico largo como factor de riesgo (21).

Factores de riesgo sociodemográficos

- Edad materna
Es considerada como un factor de riesgo con rangos menores de 20 años y mayores de 35 años. En el caso de mujeres que pasan

los 35 años, con mayor posibilidad de presentar enfermedades crónicas vasculares como la hipertensión crónica y la diabetes que aumentan el desarrollo de preeclampsia (22,23).

- Nivel de estudio
Influye la educación en las mujeres, debido a que tienen un nivel educativo mayor, por lo que posponen la etapa del embarazo y por otro lado, buscan optimizar un mejor cuidado para los controles de embarazo y el parto (22).
- Lugar de procedencia
La zona de residencia puede ser rural o urbana. Los casos de preeclampsia aumentan según Cerrón en la zona rural debido a que no hay conocimiento de cuidados por un lado y otro lado se relaciona con la economía escasa y una educación incompleta (22).

Factores de riesgo obstétricos

- Edad gestacional
Según la OMS la duración del embarazo se mide en semanas completas a partir del primer día de la fecha de última menstruación. La edad gestacional como factor de riesgo se presenta desde las 20 semanas en el embarazo o incluso en el puerperio, aunque eventualmente ocurre antes de esa edad gestacional (17). Depaz, (24) en su estudio refiere que la edad gestacional al momento del diagnóstico estuvo comprendida mayormente entre los 37 a 41 semanas con un 79%.
- Paridad
Es el número de gestaciones que tiene el alumbramiento después de las 20 semanas y que tienen un feto con un peso mayor de 500 g. Como factor de riesgo es un tanto incierto, aunque se deba a un mecanismo inmune, lo cual tiene relación a una exposición con antígenos paternos y el líquido seminal en la unidad fetoplacentaria (22).

- **Periodo intergenésico**
Es la fecha entre el último parto vaginal, parto distócico, abortos o molas; y el comienzo del próximo embarazo. Se dice que un periodo intergenésico corto cuando es menos de 24 meses y largo o prolongado cuando es más de 48 meses, el periodo intergenésico adecuado es de 24 a 48 meses. Según Zavala et al., si la paciente tiene periodo intergenésico mayor a diez años tiene riesgo de presentar preeclampsia (25).
- **Control Prenatal**
Es una actividad que tiene como principal función asegurar la salud de la madre y el feto durante el embarazo mediante la vigilancia del bienestar fetal, preparación física y psicológica de la madre estableciendo el pronóstico para el parto, los cuidados en el puerperio y lactancia, así como cuidados al recién nacido. El control prenatal disminuye la morbimortalidad materno - fetal (26).
- **Gestacion múltiple**
Los embarazos múltiples aumentan el riesgo de presentar preeclampsia, a mayor cantidad de fetos, mayor es el riesgo. La presencia de polihidramnios es característico, aumentando la sobredistención del miometrio, disminuye la perfusión placentaria e hipoxia trofoblástica, desarrollándose así la preeclampsia. Aumenta la masa placentaria, la genética paterna, por lo que, podría ser más precoz e intenso el fenómeno inmuno - fisiopatológico típico de la preeclampsia (23).
- **Antecedentes de preeclampsia**
Trata de los embarazos anteriores que cuentan como antecedente, es decir, que en algún momento haya presentado la enfermedad. Este riesgo se puede presentar hasta siete veces, un estudio revela que hay un incremento considerable del riesgo en la gestación actual (23).

- Antecedentes familiares con preeclampsia

Cuando la madre o hermana han desarrollado preeclampsia es un factor de riesgo, siendo de cuatro a cinco veces la probabilidad, mientras que los familiares de segundo grado poseen entre dos a tres veces más de riesgo; a diferencia de mujeres sin familiares que hayan desarrollado preeclampsia (23).

2.7. FISIOPATOLOGÍA

La disfunción placentaria se originaría de un defecto de la invasión trofoblástica, en consecuencia, un defecto de la invasión y la remodelación de las arterias espirales maternas, con reducción de la perfusión uteroplacentaria e isquemia placentaria (27). En consecuencia, la disfunción endotelial, el vasoespasmo e isquemia. Aunque muchas de las consecuencias maternas del síndrome de preeclampsia por lo general tienen sistemas de órganos individuales, con frecuencia son múltiples y se superponen. (28)

Por otro lado, un embarazo exitoso podría requerir un equilibrio entre factores angiogénicos como el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y el factor de crecimiento placentario (PlGF), y factores antiangiogénicos como el factor soluble del receptor para VEGF (sFlt-1) y endoglina soluble (sEng). El desequilibrio entre estos factores genera un estado antiangiogénico que lleva a preeclampsia, lo que implica que se podría predecir la enfermedad con biomarcadores que demuestren tal desbalance (29).

2.8. FORMAS CLÍNICAS

- a) Preeclampsia con signos de severidad

Presenta una presión sistólica superior a 160 y una diastólica menor a 110 mmHg como mínimo 2 tomas en un lapso no menor de 4 horas de diferencia, más 2 signos de severidad, como: proteinuria mayor a

5 g en orina de 24 horas o creatinina sérica mayor a 1.2 mg/dl, dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente, oliguria menor a 500 ml en 24 horas, trombocitopenia por debajo de 100,000 o alteración en las pruebas de función hepática (30) con valores que doblan su nivel normal, trastornos visuales caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acúfenos, cefalea y edema pulmonar (18).

Pruebas de funcionamiento hepático	Rangos
Alanino transaminasa (GOT)	3 - 30 UI/ L
Aspartato transaminasa (GPT)	11 - 32 U/ L
Alcalino fosfatasa (FA)	35 - 105 U/ L
Gamma glutamil transpeptidasa (GGT)	2 - 65 U/ L
Bilirrubina total	0.3 - 1 mg/dl
Bilirrubina directa	0.1 - 0.3 mg/dl
Albúmina	3.5 - 4.5 g/dl

Rango de referencias de las pruebas de funcionamiento hepático (30)

b) Preeclampsia sin signos de severidad

Embarazo con más de 20 semanas de gestación. Una diastólica mayor a 140 y una diastólica mayor que 90 mmHg en la toma de la presión arterial, con un mínimo de dos tomas realizadas con seis horas de diferencia y con un examen de proteínas en la orina \geq 300 mg/dl en 24 horas (18).

2.9. EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares (31) de laboratorio y de imágenes según la Guía Técnica, se detallan a continuación:

- Hemograma (hemoglobina, hematocrito)
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo

- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina, TTP, activada, fibrinógeno y plaquetas.
- Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Glucosa, Urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas
- Proteínas en orina de 24 horas.

De Imágenes: son los exámenes de pruebas de bienestar fetal, los cuales son:

- Ecografía obstétrica
- Perfil biofísico
- Flujiometría Doppler

2.10. TRATAMIENTO

MANEJO GENERAL DE LA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Las gestantes con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia deben ser hospitalizadas en un establecimiento de segundo nivel de atención y de categoría II-2 o III, que disponga de una unidad de cuidados intensivos materna y también banco de sangre. Durante la hospitalización se monitorizará la presión arterial cada cuatro horas, así como las funciones vitales, latidos cardiacos fetales y contracciones uterinas; del mismo modo, se controlará la diuresis y realizará el control bioquímico y hematológico, que incluye perfil de coagulación, perfil renal (creatinina, urea y ácido úrico, depuración de creatinina), proteinuria cualitativa diaria, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados, perfil hepático (enzimas hepáticas) diario o más seguido, de ser necesario. Se evaluará el bienestar fetal por lo menos cada 72 horas (32).

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome de HELLP, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido (2,32). Por lo tanto, el manejo debe ser oportuno, multidisciplinario y efectivo. En una gestante que presenta sangrado vaginal y signos de desprendimiento prematuro de placenta, siempre se debe de sospechar de una preeclampsia como cuadro de fondo (2,33–35).

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD

Para determinar el manejo se tendrá que tener en cuenta para el tratamiento la edad gestacional que presente la paciente, también del estado hemodinámico materno y fetal (36). Si la edad gestacional fuera mayor de 36 semanas, es decir, un feto a término, se daría como tratamiento la inducción del parto, ya que esta conducta reduce el riesgo de complicaciones si se permite la extensión de semanas de gestación y son menores que los beneficios garantizados. En gestantes menores de 33 semanas, se recomienda un manejo expectante, debido a que se obtienen mayores beneficios (37). El manejo expectante sería una evaluación completa de estudios de imagenológicos, laboratorio, toma de signos vitales para la valoración del estado hemodinámico, la evaluación del bienestar fetal y corticoesteroides prenatales (36,38). En el caso de los exámenes de laboratorio se deberían de realizar de forma mínima dos veces en la semana, debido al riesgo de algunas pacientes de desarrollar síndrome de HELLP, el cual es caracterizado por: alteración hepática,

anemia hemolítica y trombocitopenia. Se iniciará tratamiento antihipertensivo, cuando la presión supere los 160 mmHg en la presión sistólica o 110 mmHg en la presión diastólica (36–38). El tratamiento para pacientes que están en observación tendrán una inducción del parto cuando cumplan 37 semanas de embarazo o sino también cuando esté presente algún signo patognomónico de severidad (36).

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA DE ACUERDO A FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Según la Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas del Ministerio de Salud (39)

Funciones Obstétricas y neonatales primarias (FONP) (39), se debe realizar lo siguiente:

- Evaluar la presión arterial, de encontrarse elevada se debe de iniciar tratamiento, comunicar y referir.
- Acciones en preeclampsia severa:
 - Administrar vía endovenosa segura y diluir 10 g de Sulfato de Magnesio (5 ampollas al 20%) en un litro de Cl Na 9‰, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min. Hasta llegar a Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales.
 - Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis de forma horaria.
 - Labetabol 200 mg vía oral cada 8 horas de primera elección, si no usar Metildopa 1 g, vía oral cada 12 horas.
 - Cuando la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg. En relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg. Vía oral como primera dosis y luego 10 mg. Cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg.

Coordinar con establecimiento con Funciones Obstétricas Neonatales Básicas y referir a la paciente a establecimiento Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales.

En el caso de los establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y neonatales básicas (FONB) (39), se debe realizar lo siguiente:

- Evaluar la presión arterial

PREECLAMPSIA LEVE

a. Control materno:

- Determinar la presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
- Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Úrea y creatinina,
 - Perfil de coagulación: fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activa; sino se cuenta, realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.
 - Perfil hepático: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y LDH.

b. Control fetal:

- Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía con perfil biofísico semanal.

c. Considerar hospitalización:

- Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
- Si vive lejos, considerar la casa de espera.

d. Control en hospitalización:

- Control de funciones vitales y Obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
- Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.

- Autocontrol de movimientos fetales.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía más perfil biofísico semanal.
- e. Si se diagnostica Preeclampsia severa:
- Iniciar tratamiento, comunicar y referir a FONE.

PREECLAMPSIA SEVERA

Iniciar tratamiento, comunicar y referir con FONE.

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con Cloruro de sodio a 9‰ a 40 gotas por minuto.
 - Otra vía con 10 g de Sulfato de Magnesio (5 ampollas al 20%) diluidas en 1 litro de Cloruro de Sodio al 9‰, pasar 400 cc a chorro y luego mantener a 30 gotas por minuto.
- El uso de Sulfato de Magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por Sulfato de Magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar Gluconato de Calcio al 10% endovenoso, diluido en 20 cc.
- Administrar Labetalol 200 mg vía oral cada 8 horas de primera elección, sino 1 g de Metildopa cada 12 horas vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 20 minutos.
- Colocar sonda Foley No. 14, con bolsa colectora y controlar el volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/minuto.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones Obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

ECLAMPSIA

Realiza lo indicado por preeclampsia severa. Además de:

- Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de mayo).
- Vía endovenosa segura.
- Comunicar y referir a un establecimiento con FONE.

2.11. COMPLICACIONES:

- Eclampsia
Complicación de la preeclampsia por convulsiones tónico 6 clónicas que generalmente aumentan el riesgo tanto para la madre como para el feto, puede ocurrir embarazo, parto o puerperio (40,41). Además incluyen complicaciones maternas como el desprendimiento de placenta, déficit neurológico, edema pulmonar, paro cardiopulmonar y la insuficiencia renal aguda (42).
- Síndrome de HELLP
Teniendo en cuenta sus siglas son hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Resulta ser una complicación posterior a la preeclampsia - eclampsia, por ello la importancia del manejo médico como prevención, que a su vez contienen el monitoreo de cifras tensionales y laboratorios que incluyan biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y examen general de orina (40).
- Ruptura o Hematoma hepático
Complicación grave en el síndrome de HELLP, la cual es una causa de mortalidad a nivel mundial. El diagnóstico a tiempo más el manejo quirúrgico agresivo y apoyo multidisciplinario son las bases para disminuir la morbimortalidad asociada (40). Los síntomas son la epigastralgia reiterativa acompañado de choque hipovolémico, provocarían la resolución del embarazo (43).

- **Insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar agudo**
La preeclampsia asociada a daño de órgano blanco, también como predictor para alguna enfermedad cardiovascular, lo que aumenta el riesgo de insuficiencia cardiaca de 3 a 4 veces, debido a que el corazón no realiza el bombeo de la sangre como es necesario, por ello, la sangre a menudo retrocede, el líquido va hacia los pulmones, causando falta de aliento y cuando se acumula líquido provoca edema pulmonar (44,45).
- **Insuficiencia renal**
Deterioro brusco de la función renal que puede ocurrir de horas a días y la preeclampsia - eclampsia es la causa más frecuente en el embarazo, ya que sólo del 1 al 2% de las mujeres con estas patologías desarrollan el síndrome de manera completa, más frecuente es cuando se asocia a Síndrome de Hellp, siendo más del 50% aparte de aumentar la mortalidad perinatal (46,47).
- **Desprendimiento prematuro de placenta**
Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario que al haber la aparición del Síndrome de HELLP puede ocurrir en un 30% el desprendimiento de placenta normoinserta y la necesidad de diálisis de un 10 a un 50% de los casos (39,48).
- **Coagulación intravascular diseminada**
Proceso patológico producido como resultado de la activación y estimulación excesiva del sistema de la coagulación (trombina), que ocasiona microangiopatía trombótica por depósito de fibrina en la microcirculación y fibrinólisis secundaria (fibrina) (49).
- **Desprendimiento de retina**
Su efecto es la pérdida visual en pacientes con preeclampsia o eclampsia, poco frecuente y de acuerdo a publicaciones cuentan

con casos aislados o series de casos cortas, se aproxima al 1% en preeclampsias graves y el 10% de las eclampsias (50).

- Accidente cerebrovascular
Producida por la obstrucción aguda de alguna de las arterias que irrigan el cerebro con la posibilidad de comprometer uno o más territorios vasculares (51).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Preeclampsia
Patología que usualmente aparece después de las 20 semanas de embarazo y rara vez en el puerperio, es progresiva e irreversible con la posibilidad de afectar a múltiples órganos, también a la madre y al feto. Los criterios para el diagnóstico de preeclampsia son la hipertensión y proteinuria (1,2).
- Factor de riesgo
Característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido (52).
- Nuliparidad
Embarazo que no progresa, que no va más allá de 20 semanas (28).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA

3.1. FILIACIÓN:

a) Nombre:	MIG
b) Edad:	19 años
c) Sexo:	Femenino
d) Ocupación actual:	Ama de casa
e) Estado civil:	Soltera
f) Grado de Instrucción:	Secundaria completa
g) Procedencia:	Tarata
h) Fecha y hora de ingreso:	21/12/2021, 11:00Hrs.

3.2. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente acude por presentar contracciones uterinas desde hace más o menos 10 horas, niega pérdida de líquido y tapón mucoso, percibe movimientos fetales, niega cefalea, escotomas.

Funciones biológicas: Conservadas

3.3. ANTECEDENTES

- a) Patológicos: Niega enfermedades, cirugías, alergias, transfusiones, y medicación.

- b) Gineco-obstétricos: Menarquia a los 11 años, fecha de última menstruación: 28-03-2021, fecha probable de parto:03-01-2022, edad gestacional: 38.2 semanas, primigesta, nulípara, con 09 controles prenatales, régimen catamenial 3-5/ 28-31 días, no refiere dismenorrea ni dispareunia, inicio de relaciones sexuales a los 15 años, dos parejas sexuales, no usó ningún método anticonceptivo, niega infecciones ginecológicas, su último examen de Papanicolaou fue el año 2021 con resultado negativo.

- c) Patología del embarazo actual: No presenta

- d) Familiares: Paciente refiere que sus padres y hermanos se encuentran vivos y sanos.

- e) Socioeconómicos: No cuenta con vivienda propia, vive alojada, la vivienda cuenta con luz, agua y desagüe, no tiene animales, niega el consumo de drogas.

CONTROLES PRENATALES

ATENCIONES PRENATALES	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FECHA	25/06/21	17/07/21	18/08/21	18/09/21	03/11/21	18/11/21	03/12/21	09/12/21	20/12/21
Edad Gestacional	11.3	15.6	20.3	25	31.3	33.4	35.5	36.4	38.1
Peso madre	61	58.5	62	64	68	70	70	70	74
Temperatura	36	37	37	36.9	36.3	36.2	36	36.9	36.5
Presión Arterial	90/60	100/60	90/60	90/60	90/60	100/70	100/60	90/60	120/80
Pulso Materno	90	71	71	94	85	86	91	80	80
Altura Uterina	NA	13	20	27	32	30	35	35	36
Situación	NA	NA	NA	LONG	LONG	LONG	LONG	LONG	LONG
Presentación	NA	NA	NA	CEF.	CEF,	CEF	CEF.	CEF.	CEF,
Posición	NA	NA	NA	IZQ.	IZQ.	IZQ.	IZQ.	IZQ.	IZQ.
Frecuencia Cardiaca fetal	NA	148	144	144	142	138	136	148	146
Movimientos fetales	NA	NA	NA	++	++	++	++	++	+
Proteinuria	NSH	NSH	NSH	NSH	(-)	(-)	(-)	(-)	++/+++
Edema	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	+
Reflejo osteotendinoso	NA	+	No	+	+	+	+	+	+
IND. HIERRO	-	1	2	3	4	4(15)	5 (8)	5 (7)	5 (8)
IND. CALCIO	-	-	1	2	3	3(30)	4 (15)	4 (15)	4 (15)
EG, ECOGRAFÍA	NSH	13(21/06)	-	-	30.5(1/11/21)	NSH	Se solicita	Se solicita eco y Ex. de Laboratorio	Se solicita eco y ex. Proteinuria cuantitativa
Cita:	16/7/21	17/8/21	18/9/21	18/10/21	18/11/2021	3/12/21	10/12/21	c/resultado	Referencia

3.4. EXAMEN FÍSICO:

21/12/2021- ATENCIÓN POR EMERGENCIA EN C.S. TARATA

Funciones vitales:

Presión arterial: 175/100 mm/Hg, pulso: 82 por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 por minuto, Temperatura: 36.5 °C, Peso: 74 Kg, Talla: 1.44 m., índice de masa corporal: 35.7.

Al examen físico: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación y nutrición. Paciente orientada en tiempo espacio y persona.

Piel: turgor y elasticidad normal.

Cabeza: cabello largo color negro, implantación normal.

Ojos: Párpados normales

Conjuntivas: rosadas

Pabellón auricular: Normales

Boca: Labios normales, mucosa oral húmeda, amígdalas sin inflamación.

Piezas dentarias: con caries

Orofaringe: Normales

Cuello: cilíndrico, corto sin adenopatías

Tiroides: Normales

Mamas: simétricas, no tumoraciones, pezones en formación.

Tórax: Simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: primero y segundo ruido presente, no soplos.

Abdomen: Globuloso, ocupado por útero grávido con feto único vivo con altura uterina 36 cm, feto en: situación longitudinal, posición derecha, presentación cefálica, latidos cardiofetales en 135 - 140 por minuto, movimientos Fetales: ++/+++ cruces. Dinámica Uterina: 2 - 3 contracciones en 10 minutos.

Genitales: Al examen externo conservado. Al examen interno mediante tacto vaginal presenta cérvix dehiscente, borramiento 30%, altura de presentación - 4. Membranas íntegras.

Miembros inferiores: no presenta edema, ni várices.

Neurológico: no registra.

3.5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Gestación de 38.2 semanas por fecha de última menstruación.
- Preeclampsia grave.

3.6. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

21/12/2021 (11:00 horas)

Se activa clave azul, realizando los siguientes procedimientos:

- Se canaliza 02 vías periféricas con catéter No. 18.
- En la primera vía, se administra Cloruro de Sodio 0,9 ‰ 1000 cc. Se administra 300 cc a chorro y luego 30 gotas por minuto.
- En la segunda vía, se administra Cloruro de Sodio 0,9 ‰ 1000 cc + 5 ampollas de Sulfato de Magnesio al 20 %. Se administra 400 cc a chorro, luego a 30 gotas por minuto.
- Se administra Metildopa 1 g vía oral.
- Se coloca sonda Foley con bolsa colectora.
- Se realiza control de funciones vitales

21/12/2021 (11:20 horas)

- Médico coordina con actores sociales para poder trasladar a la paciente, debido a que se cuenta con un solo chofer, el cual no estaba de turno.
- Se realiza control de presión arterial: 160/90, pulso: 90 por minuto.
- Médico informa sobre referencia de la paciente al Hospital Hipólito Unanue por medio de llamada telefónica.

21/12/2021 (11:30 horas)

Se refiere paciente al Hospital Hipólito Unanue de Tacna para el manejo con especialista, se encuentra acompañada con profesional Obstetra y familiar (hermana).

21/12/2021 (12:00 horas)

En el trayecto se controla funciones vitales: 150/90 mmHg, las vías endovenosas se encuentran permeables. Paciente consciente con signos vitales estables, se realiza control de latidos cardiacos fetales 135 por minuto.

21/12/2021 (12:30 horas)

En el trayecto se continúa con el control de funciones vitales: 150/90 mmHg, vías permeables. Paciente consiente con signos vitales estables, se realiza control de latidos cardiacos fetales 142 por minuto.

21/12/2021 (12:42 horas) ATENCIÓN EN HOSPITAL

Paciente es recepcionada en emergencia del Hospital Hipólito Unanue. Se toman funciones vitales: presión arterial en 152/96 mmHg, pulso: 89 x', T° 36.9° C, FR: 20 x', peso: 74 kg, SO2: 98%.

EXAMEN FÍSICO EN EMERGENCIA:

Estado general: paciente, se encuentra en regular estado general, orientada en tiempo, espacio y persona. Abdomen: globuloso por útero grávido con altura uterina de 34 cm, situación longitudinal, presentación cefálica y posición izquierda, latidos cardiacos fetales en 144 a 148 por minuto con movimientos fetales de + (una cruz). Examen vaginal: dilatación de 1 cm, borramiento en 90%, altura de presentación en -3, las membranas se encuentran íntegras, no presenta sangrado, pelvis ginecoide.

Médico de emergencia corrobora diagnóstico de preeclampsia severa, indica hospitalización en área de emergencia maternidad y dar término a gestación.

HOSPITALIZACIÓN (DÍA 1)

21/12/2021 (13:55 horas)

Ingres a paciente a hospitalización con funciones vitales: Presión arterial 155/95 mmHg, pulso 80 por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura 37°C, al examen físico: conjuntivas palpebrales rosadas, mamas simétricas, abdomen: globuloso, ocupado por útero grávido con feto único vivo, altura uterina 34 cm, latidos cardíofetales 136 x', movimientos fetales (+), dinámica uterina esporádica, tono uterino: normal, situación longitudinal, posición izquierda, presentación cefálica, al tacto vaginal: dilatación 1, borramiento 80%, altura de presentación -3, membranas íntegras, pelvis ginecoide, edema +/-+++.

Al término de la evaluación clínica, se realizan interconsultas para programación de cesárea.

21/12/2021 (15:05 horas)

Se realizó una cesárea segmentaria. Recién nacido vivo, no presencia de caput, tampoco malformaciones, sexo: femenino, talla 50 cm, PC: 34 cm, edad gestacional: 39 semanas, peso: 3440 g, Apgar: 9 (al minuto) y 9 (a los cinco minutos).

21/12/2021 (17:30 horas)

Funciones vitales de la presión arterial: 140/83 mmHg, pulso: 86 x', frecuencia respiratoria 14 x', temperatura: 36.7° C.

Se realiza nota post cesárea con indicaciones en piso, menciona anemia leve, infección urinaria en tratamiento, paciente niega signos

premonitorios de eclampsia, paciente estable hemodinámicamente con evolución favorable, no signos de alarma, presión arterial parcialmente dentro de lo normal controlada.

Tratamiento: paciente en NPO (nada por vía oral), Cloruro de sodio 9‰ 1000 cc y oxitocina 20 UI (45 gotas), Cloruro de sodio 9‰ 1000cc más 5 ampollas de Sulfato de Magnesio (pasar 100 cc por hora), ácido transámico 1 g cada 8 horas vía endovenoso, metamizol 2 g más dimenhidrato 50 mg pasar cada 8 horas vía endovenoso lento, nifedipino 10 mg condicional a presión arterial mayor a 160/110 mmHg, alfa metildopa 250 mg cada 8 horas vía oral, balance hídrico, diuresis, sonda permeable, control de funciones vitales, control de sangrado, paciente pasa a habitación y será evaluado por unidad de cuidados intensivos (UCI) en piso. A las 16:49 horas se administra gentamicina 160 mg endovenoso cada 24 horas.

HOSPITALIZACIÓN (DÍA 2)

22/12/2021 (8:00)

Funciones vitales: presión arterial 130/90 mmHg, pulso 78 x', frecuencia respiratoria 20 x', temperatura 36.5° C. Control de hemoglobina en 11,7 g/dL, diuresis de 1300.

Paciente se encuentra en su unidad, niega signos premonitorios, dolor leve en zona de herida operatoria, niega otras molestias.

Diagnóstico:

Parto distócico (cesárea) por Preeclampsia con signos de severidad, anemia leve e infección tracto urinario en tratamiento.

Indicaciones:

Progresar dieta, deambulación y control de presión arterial.

Tratamiento:

Dieta blanda más líquidos orales a voluntad, paracetamol 500 mg cada 8 horas vía oral, alfa metildopa 250 mg cada 12 horas vía oral, Nifedipino 10 mg control de presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg, control de presión arterial cada 4 horas, control de funciones vitales, mantener vía endovenosa con candado, gentamicina 80 mg cada 8 horas vía endovenoso, metamizol 1 g vía endovenoso condicional.

HOSPITALIZACIÓN (DÍA 3)

23/12/2021 (9:15 horas)

Funciones vitales: presión arterial: 121/75 mmHg, pulso: 69 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura: 36.3° C.

Al examen físico: Aparente regular de estado general, nutricional e hidratación, piel tibia al tacto, mucosa oral húmeda, conjuntivas palpebrales rosadas, recuento capilar menor dos segundos, abdomen: blando doloroso levemente en hipogastrio, ruidos hidroaéreos (RHA) (+), útero contraído en involución, altura uterina: 14 cm, herida operatoria afrontada no dehiscencia, genitales: loquios en escasa cantidad sin mal olor. Extremidades: edemas (+/+++), reflejos osteotendinosos (+). Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Paciente se encuentra en su unidad, en decúbito dorsal, niega signos premonitorios de preeclampsia, con leve dolor en herida operatoria, niega otras molestias. Paciente estable hemodinámicamente, no presentó presiones arteriales elevadas en las últimas 24 horas, evolución favorable, pendiente hoy proteinuria 24 horas

Plan: Control de presión arterial, antihipertensivo, antibioticoterapia, alta médica con indicaciones.

Paciente fue dada de alta con indicaciones, sin complicaciones.

3.7. EXÁMENES AUXILIARES EN CENTRO DE SALUD TARATA

Exámenes Auxiliares	Edad Gestacional	15/06/2022	20/07/2022	14/12/2022
Prueba de tamizaje VIH, Y Sífilis	16 semanas		No reactivo	
Tamizaje Hepatitis B	11.3 Semanas	Negativo		
Hemoglobina	16 semanas		12.2	11.7
Hematocrito			37	35
Grupo y Factor Rh	16 semanas		Grupo O Rh (+)	
Glucosa	16 semanas		65	70.6
Examen completo de orina			NEGATIVO Leucocitos 1-2 por campo	Leucocitos:5-8 por campo

Exámenes Auxiliares en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Exámenes Auxiliares	21/12/2021 (Antes de SOP)	21/12/2021 (Después de SOP)
Hemoglobina	12.5	11.7
Hematocrito	39	35.9
Plaquetas	190	---
Grupo y Factor Rh	O positivo	---
Glucosa	62.6	---
T. de sangría	2.15	---
T. de coagulación	6.15	---
Creatinina	0.76	0.79
Recuento de plaquetas	----	156
Orina proteína	Positivo 2+	---
Examen completo de orina	21/12/2021	---
Leucocitos	10- 15 x campo	---
Hematíes	+ 100 x campo	---
Células epiteliales	Regular cantidad	---
Cilindros	No hay	---
Cristales	No hay	---
Gérmenes	2 +	---
Exámenes Auxiliares	22/12/2021	
TGO	23 U/L	
TGP	10 U/L	
BILIRRUBINA T	0.25 mg/dL	
BILIRRUBINA D	0.21 mg/dL	
BILIRRUBINA IND	0.04 mg/dL	
PROTEÍNA TOTAL	6.84 gr/dl	
ALB	3.24 gr/dl	
GLOB	3.60 gr/dl	
DHL	356 U/L	
GGT	9 U/L	

3.8 EPICRISIS

Fecha de ingreso: 21/12/2021 Hora: 13:55

Fecha de egreso: 23/12/2021 Hora: 09:15

Paciente de 19 años, procedente de la zona rural de Tarata, cursa con el diagnóstico de gestante de 39.1 semanas por primera ecografía, D/C Preeclampsia, referida del C.S. Tarata por presión alta, proteinuria ++, niega síntomas como dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa; sus signos vitales: presión arterial en 152/96 mmHg, pulso: 89 x', T° 36.9° C, FR: 20 por minuto, peso: 74 kg, SO₂: 98%. Debido a los signos premonitorios de Preeclampsia se queda hospitalizada, clave azul activada en el establecimiento que refiere, presión arterial continúa alta, por ello, se indica cesárea de emergencia para controlar Preeclampsia, paciente con evolución favorable.

Paciente es dada de Alta médica, con las siguientes indicaciones:

- Alfa Metildopa 250 mg vía oral cada 12 horas por 7 días
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días
- Gentamicina 160 mg intramuscular cada 24 horas por 3 días
- Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas por 30 días
- Control por consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue en 7 días

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

En los últimos años, los casos de preeclampsia con o sin signos de severidad han ido incrementando. En el presente trabajo, se consideró el estudio de un caso clínico de una paciente con preeclampsia severa del Centro de Salud Tarata.

En el caso clínico, se encontró entre los factores de riesgo sociodemográficos: La edad, el índice de masa corporal, ser primigesta, el lugar de residencia y el grado de instrucción. La paciente tenía la edad de 19 años, hallazgo que menciona Mendoza et. Al. (53) en su trabajo, quien considera las edades extremas como factores de riesgo (<19 y >35 años); otro investigador que menciona una edad parecida es Orellana, W. (54), quien reporta que la edad más frecuente en su estudio en tener preeclampsia fueron las pacientes con 18 años (27,5%); por otro lado, Ybaseta et. Al. (55), reporta en su estudio que la edad más frecuente en pacientes con preeclampsia fue de 20 - 35 años; en otros estudios, Checya et. Al. y Depaz, G. (24,56) informan que la edad materna más frecuente con diagnóstico de preeclampsia fue de 35 años a más. En relación al índice de masa corporal, la paciente del caso clínico al inicio estaba con sobrepeso, es decir, un índice de masa corporal de 29.4, la evolución del incremento de peso en la paciente fue variable, durante los 9 controles prenatales, su peso varió, al inicio no se alimentaba bien, tenía náuseas y vómitos, posteriormente, incrementó 2 kg para el cuarto y sexto control prenatal, después, en el tercer, quinto y noveno control prenatal subió 4 kg. Por

consiguiente, la paciente inició el embarazo con 61 kg y al finalizar su embarazo subió 13 kg, teniendo en total 74 kg al final del embarazo, por ello, el índice de masa corporal fue 35.7 correspondiendo una calificación de obesidad grado II, es decir, inició el embarazo con sobrepeso y terminó con obesidad grado II. Similares estudios encontró Hernández, C. (57) en su estudio de factores de riesgo asociados a la preeclampsia severa, quien calificó al sobrepeso y la obesidad en las pacientes como un factor modificable, por otro lado, Alvarez, V. (58) encontró en su estudio relación con la obesidad. Así también, en el estudio de Flores, J. (59) encontró relación entre la obesidad preconcepcional con los factores asociados a la preeclampsia. Castillo Y. (60) determinó que la obesidad se relaciona como un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de la Preeclampsia, así como en los estudios de Mendoza et. Al. (53), Ybaseta et. Al. (55) y Checya et. Al. (56) que de igual manera encontró Farfán, A. (6) en su estudio que además incluye al sobrepeso. Con referencia al lugar de residencia, la paciente es residente de la ciudad de Tarata, la cual es considerada zona rural, donde sus pobladores se dedican principalmente a labores agrícolas, este hallazgo tiene similitud con en el estudio de Castillo, Y. (60) mencionó que la residencia en zona rural se relaciona con la preeclampsia y Mendoza et. al. (53) encontró que la residencia rural es un factor asociado, así como, Orellana, W.(54), Hernández, C.(57) y Flores, J. (59). Por otro lado, Cerrón considera que las mujeres que viven en zona rurales tienen mayor riesgo debido a sus conocimientos sobre los cuidados en el embarazo son limitados y está relacionado con su economía escasa (22). En relación a nivel de instrucción la paciente contaba con nivel secundario completo este resultado es similar a los resultados del estudio de Castillo Y. (60) que encontró como otro factor de riesgo asociado al estado civil: conviviente, además otros estudios consideran que el nivel educativo está relacionado con un mejor cuidado del embarazo,

Como factores de riesgos Obstétricos, se tomó en cuenta la edad gestacional en la cual se detectó la preeclampsia, en la paciente del estudio

fue de 38 semanas, datos similares se encontraron en los estudios de Depaz G. (14) donde la edad gestacional al momento del diagnóstico comprendida entre 37 a 41 semanas, con referencia a la paridad la paciente era nulípara, lo cual tiene similitud con los estudios de Depaz G. (24) y Orellana W. (54), encontró como factor de riesgo más frecuente a la nuliparidad, Ybaseta et. al. (55), tuvo como factor de riesgo de antecedente personal a la nuliparidad, Castillo Y. (60), quien también encontró a la nuliparidad como factor de riesgo. En referencia al antecedente de infección urinaria en la paciente, tiene similitud en el estudio de Farfán A. (6), quien encontró que fue uno de los resultados maternos de preeclampsia en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna aparte de la diabetes y embarazo gemelar.

En el caso clínico estudiado se empleó el Manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales del Ministerio de Salud, activando la clave azul indicado para el manejo inmediato de la preeclampsia severa y eclampsia. El manejo de la preeclampsia que se empleó para el primer nivel de atención está de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas del MINSA (31), se realizó lo correspondiente a la capacidad resolutiva, así también, la referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva con especialistas para poder completar la atención materna, de igual manera, en el hospital también continuaron con la atención correspondiente.

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo sociodemográficos determinados en el caso clínico de preeclampsia severa fueron los siguientes: la edad de 19 años, el índice de masa corporal: sobrepeso, vivir en zona rural y grado de instrucción: secundaria completa.
2. Los factores de riesgo obstétricos determinados fueron la nuliparidad y la edad gestacional.
3. El manejo del caso clínico de preeclampsia severa en el Centro de Salud Tarata en el año 2021 está de acuerdo a la normatividad vigente según Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas del Ministerio de Salud

RECOMENDACIONES

1. El/La Obstetra debe de tener en cuenta la promoción de la atención preconcepcional con las pacientes para que planifiquen el inicio del embarazo con una edad y peso adecuado. En el caso de las gestantes recordarles los signos de alarma de la preeclampsia en cada control prenatal y socializar con todo el personal del establecimiento para que puedan identificarlo oportunamente, sobre todo en zona rurales donde a veces no cuentan con Obstetra permanente.
2. A los profesionales de la salud de primer nivel de atención, recordarles sobre los factores de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia que se tuvo en el presente trabajo académico, es decir, edad materna, grado de instrucción, nuliparidad, edad gestacional (37 - 41 semanas), IMC pregestacional, residencia y estado civil: conviviente, junto con los signos de alarma con respecto a la evolución y hallazgos en el examen obstétrico durante los controles prenatales para estar atento con cada paciente, sobre todo en zonas rurales.
3. Al director de la red de salud: Capacitar a los profesionales de la salud de los establecimientos de salud para un trabajo en equipo con énfasis en las zonas rurales, como mínimo una vez al año en el manejo de la Clave azul y en los conceptos clínicos referentes a la preeclampsia, para reforzar el sistema de referencia, logrando mayor posibilidad de éxito en el manejo de las pacientes con preeclampsia severa. Tener mayor énfasis con los Obstetras para que realicen la réplica con el personal de su establecimiento y también para que tengan equipadas las claves, en este caso, la azul.
4. En cada establecimiento de salud se vive diferentes realidades de acuerdo a la zona, personal de salud y capacidad resolutive, por ello, en los establecimientos rurales se sugiere que siempre haya una

Obstetra como mínimo para que pueda cubrirse con otra Obstetra de otro establecimiento cercano en sus días libres, ya que la demora de tiempo de la atención y el acceso al personal idóneo serían unas de las cuatro demoras en la atención materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Vol. 4, Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2019. p. 38-45. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/42>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol [Internet]. noviembre de 2013;122(5):1122-31. Disponible en: <https://journals.lww.com/00006250-201311000-00036>
3. Guevara E. La preeclampsia, problema de salud pública. 2019;8(2):7-8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147/151>
4. La Rosa M, Ludmir J. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2015;60(4):373-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a13v60n4.pdf>
5. Ministerio de Salud. Muerte Materna. Boletín [Internet]. 2021;03:1-17. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>
6. Farfán A. Resultados maternos y perinatales de la preeclampsia en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014 - 2018. Artíc Financ Distress [Internet]. 2018;Financial Distress. Disponible en: <http://209.45.55.171/handle/UNAC/3989%0Ahttp://www.upt.edu.pe/upt/web/home/contenido/100000000/65519409>
7. Organización Mundial de la Salud. Día de concientización sobre la Preeclampsia [Internet]. 1 de agosto. 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
8. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_14.17_spa.pdf?sequence=1
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la Preeclampsia y eclampsia [Internet]. 2011. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70751/WHO_RHR_11.30_spa.pdf;jsessionid=F48AF663CF491BE14A67503C51EC8F5C?sequence=1

10. Preeclampsia Foundation. Investigación sobre la Preeclampsia [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.preeclampsia.org/research>
11. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. noviembre de 2017; Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/47.pdf>
12. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. abril de 2021;10. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/anexo-2-cdc-minsa-muerte-materna-2020-2021-08-abril.pdf>
13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia [Internet]. Lima-Perú; 2017. (2017). Report No.: 02. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
14. Valdés M, Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2014;43(3):307-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Vargas V, Acosta G, Moreno M. La preeclampsia, un problema de salud pública mundial. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2012;77(6):471-6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hipertensión gestacional y Preeclampsia. 2019;133(1-25). Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147/151>
17. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6a ed. Buenos Aires; 2005. 302 p.
18. Velumani V, Durán C, Hernández L. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Rev la Fac Med. 2021;64(5):7-18.
19. Herrera K. Preeclampsia. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2018;3(3):8-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
20. Guevara E, Gonzales C. Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. Rev Peru

Investig Matern Perinat. 2019;8(1):30-5.

21. Palacios N. Prevalencia de los factores de riesgo asociados a Preeclampsia en una unidad de primer nivel de atención. 2018.
22. Cerrón E. Factores sociales asociados a la preeclampsia en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica 2016 [Internet]. Repositorio Institucional - UNH. Huancavelica, Perú; 2019. Disponible en: [http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2755%0Ahttps://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1655/T.A. CHAVEZ Y ORTIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2755%0Ahttps://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1655/T.A.CHAVEZ.YORTIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Gutiérrez E. Factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio tardío en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, enero 2014 – diciembre 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. 2017. p. 149. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5151>
24. Depaz G. “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan De Lurigancho, enero –setiembre 2017”. 2018;
25. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018;83(1):52-61. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>
26. Mongrut A. Tratado de Obstetricia. 5a edición. 2005. 241 p.
27. Moncloa A, Valdivia E, Valenzuela G. Hipertensión y embarazo. Medicina (B Aires) [Internet]. 2018;64(2):191-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a06v64n2.pdf>
28. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Cassey B, et al. Williams Obstetricia. 25.^a ed. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Cassey B, et al., editores. MC GRAW HILL; 2019. 160 p.
29. Godoy P, Caicedo A, Rosas D, Paba S. Preeclampsia: un Acercamiento a su Fisiopatología y Predicción por medio de Biomarcadores. Rev FASGO [Internet]. 2022;21(2683-8826). Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/126-revista-fasgo/n-13-2022/2578-preeclampsia-un-acercamiento-a-su-fisiopatologia-y-prediccion-por-medio-de-biomarcadores#:~:text=La fisiopatología de la preeclampsia,de las hipótesis más relevantes.>
30. Rodríguez I. Interpretación de las pruebas de funcionamiento hepático. 2019; Disponible en: <https://www.aprendemedicinainterna.com/2019/12/interpretacion-de-las-pruebas-de.html>

31. Ministerio de Salud. Transtornos hipertensivos en el embarazo. En: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. Primera ed. Lima- Perú; 2007. p. 158 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
32. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2015;60(4):385-93.
33. Brown N. Diagnosis and classification of preeclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy. New York; 2003. p. 1-16.
34. Uzan J, Carbonnel M, O P, Asmar R, Ayoubi J. Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. julio de 2011;7:467-74. Disponible en: <http://www.dovepress.com/pre-eclampsia-pathophysiology-diagnosis-and-management-peer-reviewed-article-VHRM>
35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. 2013. p. 1-89.
36. Norwitz E. Preeclampsia: administración y pronóstico. 2018; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572861392011/572861392011.pdf>
37. Ramos J, Sass N, Costa S. Preeclampsia. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet* [Internet]. 9 de septiembre de 2017;39(09):496-512. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1604471>
38. Peraçoli J. Preeclampsia/Eclampsia. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet* [Internet]. 10 de mayo de 2019;41(05):318-32. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0039-1687859>
39. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 1ra ed. Lima- Perú; 2007. 75-79 p.
40. Cruz J, Meza G, Ayala E, Velázquez J, Moreno P, Robledo A, et al. Ruptura hepática en el síndrome de HELLP. Revisión del tratamiento quirúrgico. *Cir Gen* [Internet]. 2020;42(1):31-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992020000100031
41. López N, Bernasconi A, Lapidus A, Vampa G. Consenso Manejo de la Preeclampsia Grave - Eclampsia. *Soc Argentina Hipertens y Embarazo* [Internet]. 2006;1-17. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017

_Hipertension_y_embarazo.pdf

42. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2da ed. Lima- Perú; 2018.
43. Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas [Internet]. 2011. 117 p. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
44. Williams D, Stout M, Rosenbloom J, Olsen M, Joynt K, Deych E, et al. Preeclampsia Predicts Risk of Hospitalization for Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2021;78(23):2281-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34857089/>
45. Colomer MC. Insuficiencia cardíaca. 2006;25:86-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13091388>
46. Schrier R, Wang W, Poole B, Mitra A. Acute renal failure: Definitions, diagnosis, pathogenesis, and therapy. *J Clin Invest* [Internet]. 2004;114(1):5-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15232604/>
47. Gammill H, Jeyabalan A. Acute renal failure in pregnancy. *Crit Care Med* [Internet]. 2005;33(10 SUPPL.). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16215361/>
48. Drakeley AJ, Le Roux PA, Anthony J, Penny J. Acute renal failure complicating severe preeclampsia requiring admission to an obstetric intensive care unit. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002;186(2):253-6. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)94772-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)94772-1/fulltext)
49. Páramo JA. Coagulación intravascular diseminada. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2006;127(20):785-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-coagulacion-intravascular-diseminada-13095816?code=isTVkA9gmnt6J3BD15FvGzHpMulPxb&newsletter=true>
50. Ramos A, Barrero F, González A, García F, Lorenzo M, Gismero S. Desprendimiento de retina exudativo como primera manifestación de una preeclampsia grave. *Rev Cuba Oftalmol* [Internet]. 2016;29(3):589-95. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v29n3/oft17316.pdf>
51. Díaz M, Lewkowicz J. Accidente Cerebrovascular Isquémico. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2016;84(2):190. Disponible en:

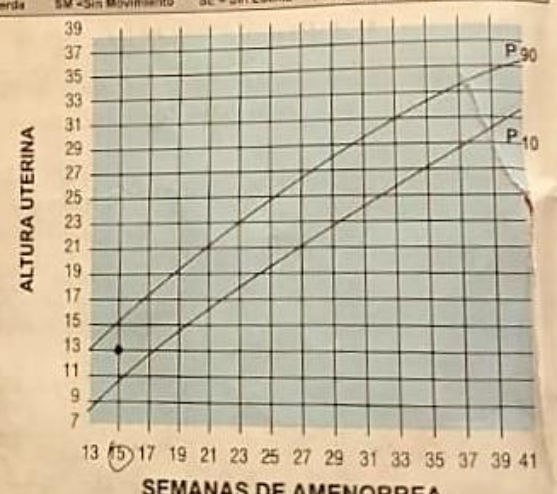
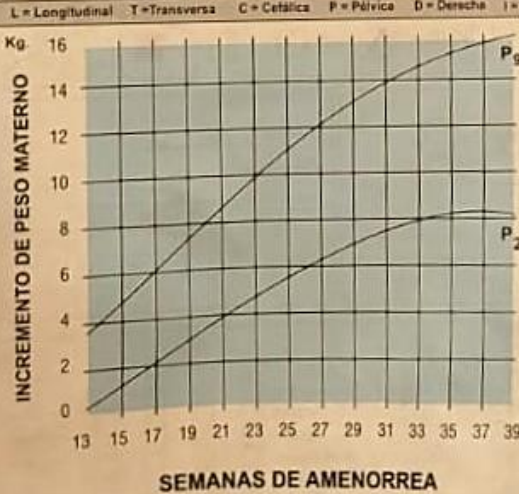
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482016000200019#:~:text=El accidente cerebrovascular \(ACV\) isquémico,de incapacidad en pacientes mayores.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482016000200019#:~:text=El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico,de incapacidad en pacientes mayores.)

52. Pérez M. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes gestantes del Hospital II-2 Tarapoto, San Martín, Julio- Diciembre 2017 [Internet]. Vol. 7. Universidad Nacional de San Martín- Tarapoto; 2019. Disponible en: [https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3210/Danilo Jesús Mendoza Maldonado1111..pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3210/Danilo%20Jes%C3%BA%20Mendoza%20Maldonado1111..pdf?sequence=1&isAllowed=y)
53. Mendoza J, Muñoz R, Diaz A. Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2021;21(3):528-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n3/2308-0531-rfmh-21-03-528.pdf>
54. Orellana W. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia en las pacientes del área del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional «Nuestra Señora de Fátima». Bibl Nac en Salud [Internet]. 2020;58. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119459>
55. Ybaseta J, Ybaseta M, Oscoco O, Medina C. Factores de riesgo para preeclampsia en un Hospital General De Ica, Perú. Rev Médica Panacea. 2021;10(1):6-10.
56. Checya J, Moquillaza V. Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2019;87(5):295-301. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000500295#:~:text=Los factores de riesgo de preeclampsia severa encontrados fueron%3A edad,sexual y el embarazo gemelar.
57. Hernández C. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia severa en las pacientes Obstétricas atendidas en la Unidad de servicios en Simón Bolívar. Repos Univ El Bosque [Internet]. 2022; Disponible en: [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/7878/FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA SEVERA EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE SERVICIOS EN SALUD USS SIMÓN BOLÍVAR E.S.E .pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/7878/FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS%20A%20PREECLAMPSIA%20SEVERA%20EN%20LAS%20PACIENTES%20OBST%C3%A9TRICAS%20ATENDIDAS%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20SERVICIOS%20EN%20SALUD%20USS%20SIM%C3%93N%20BOL%C3%80VAR%20E.S.E..pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text)
58. Alvarez V, Martos F. El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2017;43(2):1-11.
59. Flores J. Factores de riesgo asociados a la Preeclampsia en

gestantes de un hospital de Puno [Internet]. 2022. Disponible en: [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9811/Flores Pari%2C Juan Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9811/Flores%20Pari%20Juan%20Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

60. Castillo Y. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo enero a diciembre 2017. Repos Inst UNA-PUNO. 2018;8-76.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (dd/mm/aa)	05/11/21	17/11/21	18/11/21	18/11/21	31/11/21	11/12/21	31/12/21	11/1/22	20/1/22
Edad Gest. (semanas)	11s 3ds	15.6d	20.3	25.9	31.3se	32.4se	35.5se	36.4se	38.1se
Peso madre (kg)	61	58.5	62kg	64	68kg	70kg	70kg	70kg	74kg
Temperatura (°C)	36	37°	37°	36.9	36.3°C	36.2°C	36°C	36.7°C	36.5°C
Presión arter. (mm. Hg)	90/60	100/60	90/60	90/60	90/60	100/70	100/60	90/60	120/80
Frecuencia materno (por min.)	90x	71x	71x	94x	85x	86x	91x	80x	80x
Altura Uterina (cm)	NA	13cm	20cm	27cm	32cm	30cm	35cm	35cm	36cm
Situación (UTERINA)	NA	NA	NA	L	L	L	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	NA	NA	NA	C/P	C	C	C	C	C
Posición (D/NA)	NA	NA	NA	12g	I	I	I	I	I
C.F. (por min/NA)	NA	148x	144x	144x	142x	138x	136x	148x	146x
Mov.fetal (+/+/-/NA)	NA	NA	NA	++	++	++	++	++	++
Proteinuria Cualitativa (+/+/-/NA)	NSH	NSH	NSH	NSH	Neg	Neg	Neg	Neg	++/++
Edema (+/+/-/SE)	SE	S/E	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE
Reflejo Osteotendinoso (0, +, ++, +++)	NA	+	NA	+	+	+	+	+	+
Examen de Pezón (Formado/No Form./Sin Exam)	NI	NF	NF	EF	Enfermas	Enfermas	Enfermas	Enfermas	Enfermas
Indic.Fierro / Ac Fólico (mayor a igual a 10 sem)	-	2°	2°	3°	4° (75)	4° (15)	5° (8)	5° (7)	5° (8)
Indic. Calcio (mayor a igual a 20 sem)	-	-	7°	2°	3° (30)	3° (20)	4° (15)	4° (15)	4° (15)
Indic. Ac. Fólico	1° DF	-	-	-	NA	NA	NA	NA	NA
Orient. Consejo (Nut/No Nut/P.F.)	Nut	Not/P.F.	Nut/P.F.	Nut/P.F.	Nut/P.F.	Nut/P.F.	Nut/P.F.	Nut/P.F.	Nut/P.F.
EG de Eco. Control (Si/No se hizo/NA)	NSH	13sm (0/6/21)	-	-	20.5se (0/1/21)	NSH	Se Solicita	Se Solicita	Se Solicita
Perfil Biofísico (4,5,8,10 de 10 NSH/NA)	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NA	NSH	NSH	NSH
Cita (a/m/d)	16/1/21	17/1/21	18/1/21	18/10/21	18/11/21	3/12/21	10/12/21	9/1/22	15/1/22
Visita domicil. (Si/No/NA)	NA	-	-	-	-	-	2°	-	-
Plan Parto (control visita/No se hizo/NA)	1° control	-	-	-	-	-	-	-	-
Estab. de la atención	CST Lavata	C. Sander	CST	CST	C. Sander	C. Sander	C. Sander	C. Sander	C. Sander
Responsable atención	Obst. SUPA	Nat. NIRTH	PREZ	PEREZ	Obst. P. Sosa	Obst. P. Sosa	Obst. P. Sosa	Obst. P. Sosa	Obst. P. Sosa
Nro Formato SIS		21-0477648							



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

sin patologías Fecha: ___/___/___

1. _____

2. _____

3. _____

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: ___/___/___

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: ___/___/___

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No Aplica Fecha: ___/___/___

Establ. Trasl: _____

Establ. Trasl: _____

Establ. Trasl: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN _____

ANEXO 02: ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS

PRIMERA ECOGRAFÍA

consultoriolapalmera.com

INFORME ECOGRAFICO

NOMBRE : MARISOL ISIDRO GUTIERREZ
EDAD : 19 AÑOS
EXAMEN : ECOGRAFÍA PELVICO
FECHA : 21/06/21

VEJIGA: vacua.

ÚTERO: AVF. De localización y tamaño aumentado en sus diámetro longitudinal, transverso y anteroposterior respectivamente, a los cortes ecográficos su parénquima es homogéneo. Ocupado a nivel fúndico por un verdadero saco gestacional, de bordes regulares y de reacción coriodesidual bien diferenciada, Vesícula vitelina de 5mm de aspecto conservado. En cuyo interior se evidencia embrión de 67mm. LCN., con actividad cardiaca presente (156LPM).

No se evidencia hematoma.

ANEXOS: Ecográficamente conservados.

DOUGLAS: Libre.

FPP:27/12/2021


CONCLUSIÓN:

- GESTACIÓN UNICA ACTIVA DE 13 SEMANAS (+/- 6 DIAS) POR LCN.

Nestor M. Arroyo Contreras
MEDICO ECOGRAFISTA
C.M.P. 065920
REG. 7698

SEGUNDA ECOGRAFÍA

www.monopatmer.com



INFORME ECOGRAFICO


NOMBRE : MARISOL ISIDRO GUTIERREZ
EDAD : 19 AÑOS
EXAMEN : ECOGRAFIA OBSTETRICA
FECHA : 01/11/21

UTERO: GRAVIDO OCUPADO POR FETO UNICO EN:

SITUACIÓN: longitudinal cefálico dorso derecho al momento del examen.

BIOMETRÍA FETAL :

- DBP : 80mm. (para 32.3sem.)
- P.C : 291mm. (para 32.1sem.)
- P.A : 291mm. (para 33.1sem.)
- L.F : 55mm. (para 29.0sem.)
- PESO(aprox.):1831 grs.
- SEXO FEMENINO



ANATOMIA FETAL *

- * Calota craneana Integra.
- * Rostro fetal normal.
- * Pared anterior abdominal y torácica normal.
- * Extremidades integras.
- * Corazón de cámaras integras

FC: 139LPM

CORDÓN UMBILICAL : De aspecto conservado. Presencia de 2 arterias y una vena.


LIQUIDO AMNIÓTICO : ILA 5cm

PLACENTA : Ubicación: corporal anterior.
Espesor: 27mm.
Grado de Maduración: I/III

FPP : 05/01/2022

DIAGNOSTICO:

- GESTACIÓN UNICA VIABLE DE 30 SEMANAS Y 5 DIAS (+/- 02 SEMANA) POR BIOMETRÍA FETAL.
- MORFOLOGIA FETAL DE ASPECTO CONSERVADO.


Nestor M. Arroyo Contreras
MEDICO ECOGRAFISTA
C.M.P. 065920
REG. 7698

ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

Nombres y Apellidos: <u>Narciso Isidro Gutierrez</u>	Edad: <u>19 años</u>
N° H. CL: <u>0355591</u>	N° Cama: <u>Emergencia</u> Fecha: <u>21/12/21</u>

GESTACIÓN DE > 12 SEMANAS:

Se observa Feto único con actividad cardíaca 154 lpm en situación longitudinal
 presentación cefálica posición izquierda placenta: localización apical
anterior Grado III/III Líquido amniótico 44 mm

BIOMETRÍA FETAL:

DBP	<u>92</u>	mm.	<u>38</u>	semanas
CC	<u>337</u>	mm.	<u>38</u>	semanas
CA	<u>375</u>	mm.	<u>38.5</u>	semanas
LF	<u>72</u>	mm.	<u>36.5</u>	semanas

Ponderado Fetal: 3409 gr ± 10%

GESTACIÓN < DE 12 SEMANAS:

Se observa Embrión - Feto.....


Con actividad cardíaca.....

BIOMETRÍA:

SG	mm.	semanas
CRL	mm.	semanas

UTERO: En..... de las siguientes dimensiones.....mm.....mm.....mm.

IMP. DIAGNÓSTICA:	<u>Gestación única activa 37.6 semanas</u>
	<u>por biometría fetal</u>


 Dr. KOKENSON KOKENSON MAQUERA
 GINECOLOGA OBSTETRA
 C.M.P. 36793 A.N.E. 024985