

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**CASO CLÍNICO DE MUERTE MATERNA POR ECLAMPSIA
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Obsta. Cinthya Magaly Capillo Lachi

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas**

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

CASO CLÍNICO DE MUERTE MATERNA POR ECLAMPSIA
EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO, 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Obsta. Cinthya Magaly Capillo Lachi

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

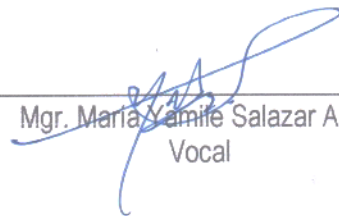
Aprobados por **UNANIMIDAD** ante el siguiente jurado:



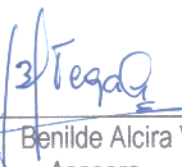
Mgr. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Presidenta



Mtro. Marleni Mary Ayma Jiménez
Secretaria



Mgr. María Yámile Salazar Anco
Vocal



Obst. Esp. Benilde Alcira Vega Acosta
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Obst. Esp. Benilde Alcira Vega Acosta**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 11793-2023-FACS-UNJBG del 24 de enero del 2023, de la Trabajo Académico titulado: **CASO CLÍNICO DE MUERTE MATERNA POR ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, 2022**, presentado por la Obsta. Cinthya Magaly Capillo Lachi. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 7 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 01 de mayo del 2024.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Benilde Alcira Vega Acosta
DNI: 00492659



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Cinthya Magaly Capillo Lachi



Huella dactilar

DEDICATORIA

A mi segunda mamá, mi tía quien a través de sus sabias enseñanzas y consejos hicieron de mí una persona de bien.

También a mis hijas, que me dieron la fuerza necesaria para alcanzar mis metas.

A mi compañero de vida, quien siempre está a mi lado para darme valor y aliento necesario para no flaquear en momentos difíciles.

A mis queridos abuelos, quienes siempre fueron un ejemplo constante de vida a seguir.

Y finalmente a mis hermanos, tíos y demás familiares quienes en todo momento me brindaron apoyo moral en mis largas jornadas de estudio.

AGRADECIMIENTO

Al concluir mi investigación, agradezco a los docentes de la segunda especialidad por consolidar mi formación profesional. Su sabiduría, paciencia y dedicación me han brindado los conocimientos necesarios para mejorar mis habilidades. Siempre llevaré conmigo estas valiosas enseñanzas.

Un agradecimiento especial a la Obsta. Benilde Vega Acosta, docente de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por su guía, orientación, sugerencias, atención a mis interrogantes y revisión metódica del informe final de mi trabajo de investigación.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
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	6
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 Eclampsia	8
2.1.1 Definición:	8
2.1.2 Clasificación	9
2.1.3 Incidencia	11

2.1.4	Etiología	11
2.1.5	Factores de riesgo.....	11
2.1.6	Fisiopatología	12
2.1.7	Formas Clínicas	13
2.1.8	Exámenes Auxiliares.....	14
2.1.9	Tratamiento	15
2.1.10	Complicaciones.....	17
2.2	Muerte materna	18
2.2.1	Tipos de muerte materna	19
2.2.2	Mortalidad Materna y sus causas.....	21
2.2.3	Reducción de la Mortalidad Materna.....	22
2.2.4	Obstáculos para que las mujeres obtengan la atención que necesitan.....	22
2.3	Clave Azul.....	24
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		30
3.1	Anamnesis	30
3.2	Filiación:.....	30
3.3	Enfermedad actual:.....	30
3.4	Antecedentes.....	31
3.5	Examen físico	32

3.6	Impresión diagnóstica	33
3.7	Tratamiento y evolución.....	34
3.8	Exámenes auxiliares.....	47
3.9	Epicrisis	49
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....		51
CONCLUSIONES		55
RECOMENDACIONES.....		56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		58
ANEXOS.....		63

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar los factores de riesgo que desencadenan la presentación de eclampsia en el Hospital Regional de Loreto, se utilizó la metodología basada en el análisis de documentos y el instrumento utilizado es la historia clínica. El caso se trata de una mujer de 22 años, que ingresa al Hospital Regional de Loreto el 26 de mayo del 2021 a las 15 y 20 horas, referida de la periferia, con diagnóstico de multigesta de 29 semanas y 4 días por ultrasonografía y eclampsia; es hospitalizada recibiendo como terapia la Clave Azul, cesárea de emergencia, antibioticoterapia y otras medidas de soporte; a pesar del tratamiento se complicó con un cuadro de Síndrome HELLP y falleció. Se concluye que los principales factores de riesgo que desencadenaron la eclampsia fueron el control prenatal insuficiente y de inicio tardío, la falta de intervención y captación de la gestante; y entre los signos de alarma identificados se tuvo cefalea intensa y epigastralgia.

Palabras Clave: eclampsia, convulsiones tónico clónicas, síndrome HELLP.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the risk factors that trigger the presentation of eclampsia at the Regional Hospital of Loreto, the methodology was used based on the analysis of documents and the instrument used is the clinical history. The case concerns a 22-year-old woman, who was admitted to the Loreto Regional Hospital on May 26, 2021 at 3:80 p.m., referred from the periphery, with a diagnosis of multiple pregnancy of 29 weeks and 4 days by ultrasonography and eclampsia; She is hospitalized receiving blue key therapy, emergency cesarean section, antibiotic therapy and other support measures; Despite treatment, he developed HELLP Syndrome and died. It is concluded that the main risk factors that triggered eclampsia were insufficient prenatal control and late onset, lack of intervention and recruitment of the pregnant woman; and among the alarm signs identified there was intense headache and epigastric pain.

Keywords: eclampsia, tonic-clonic seizures, HELLP syndrome

INTRODUCCIÓN

La eclampsia es una enfermedad multisistémica relacionada exclusivamente con el embarazo y una complicación de la preeclampsia, que se asocia con diversas complicaciones que, de forma individual o combinada, pueden provocar patologías y defunciones maternas-fetales; se manifiesta principalmente con la aparición de convulsiones clónicas tónicas generalizadas (1-3).

A nivel mundial, las principales complicaciones responsables de casi el 75% de las muertes maternas son: hemorragias severas, especialmente después del parto; infecciones postparto; hipertensión durante el embarazo, como la preeclampsia y eclampsia; complicaciones en el parto, y abortos mal manejados y complicados (4).

La preeclampsia y la eclampsia son enfermedades que solamente se presentan durante el embarazo y afectan tanto a la madre como al producto, incrementando la morbimortalidad materno perinatal, es responsable de numerosas defunciones maternas en el Perú y la Región Loreto; a nivel nacional presenta una incidencia de 17,1% de muertes maternas ocupando el tercer lugar (5) y en Loreto tiene una incidencia de 27,3%, ocupando el segundo lugar como causante de defunción materna (6).

Ante la realidad actual en el que los casos de eclampsia se convierten en un actor principal, es que nos planteamos el presente trabajo académico, con el propósito de presentar el caso clínico de una muerte materna por eclampsia ocurrida en el Hospital Regional de Loreto, en el año 2022; para identificar los signos de alarma, factores de riesgo, manejo y tratamiento brindado según el nivel resolutivo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Siendo la eclampsia una enfermedad multisistémica ligada de forma exclusiva al embarazo y derivada como una complicación de la preeclampsia (1,2), esta se presenta en todos los países de nuestro planeta y la Organización Mundial de la Salud (OMS), al respecto de la incidencia de la preeclampsia y eclampsia en todo el orbe, nos dice que oscila entre 2 al 10%, y que en las naciones en vías de desarrollo presenta una prevalencia de hasta en siete veces en comparación con las naciones desarrollados y a nivel mundial provoca del 10 al 15% de todas las defunciones maternas (7).

En una de las naciones más desarrollada del planeta, los Estados Unidos (EE. UU.), la preeclampsia/eclampsia complicó alrededor del 4% de todos los nacimientos, durante el año 2017; debemos considerar, que la eclampsia se superpone a la preeclampsia preexistente o se presenta por sí sola (8).

En Latinoamérica y el Caribe los principales motivos de defunción materna son: la hemorragia materna con 23,1%, hipertensión

gestacional (incluye preeclampsia y eclampsia) con 22,1%, el aborto agravado o complicado con 13,2% y la sepsis con un 8,3% de incidencia (9).

En Perú, durante el año 2021 se identificaron que las causas de defunción materna en orden descendente fueron: el COVID 19 con el 29,2%, la hemorragia obstétrica con el 19,8% y los trastornos hipertensivos 17,1% dentro de estos se encuentran a la preeclampsia y eclampsia, un dato relevante a tener en cuenta es que si no fuera por la pandemia de COVID 19 las afecciones hipertensivas de la gestación ocuparían el segundo lugar como causa de muerte materna en el Perú (5).

En la Región Loreto durante el año 2022, hasta la semana epidemiológica 22 se han reportado 12 defunciones maternas de este total 8 casos fueron por causas directas y 4 por causas indirectas, entre las causas de defunción materna directa se encuentran las hemorragias 36,4% y las afecciones hipertensivas de la gestación (entre las que tenemos a la preeclampsia y la eclampsia) con 27,3% de incidencia (6).

En las naciones desarrolladas la incidencia de la eclampsia es menor en comparación con otras naciones que se encuentran en vías

de desarrollo, esto puede deberse a la existencia de factores agravantes como la pobreza, la supersticiones o creencias, atención prenatal deficiente, personal salud mal capacitado y falta de adecuadas instalaciones sanitarias; la incidencia reportada de eclampsia es de 1,6 a 10 por 10 000 partos en las naciones consideradas desarrolladas, por el contrario en las naciones que se encuentran en vías de desarrollo tenemos de 50 a 151 por 10 000 partos, además, los índices más altos de morbilidad materna-perinatal se presentan en los países de bajos recursos; la mortalidad materna por eclampsia se encuentra entre 0,5-2% mientras que la perinatal oscila entre 7 y 16% (2-10-11).

En el Hospital Regional de Loreto se reportó una frecuencia de 0,2% para la eclampsia, 5,9 % para la preeclampsia severa, 0,3 % para la eclampsia leve y en general los trastornos hipertensivos tuvo una frecuencia de 9,9 %, esto, para el periodo comprendido durante el año 2019 (12).

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que desencadenan la presentación de eclampsia en el Hospital Regional de Loreto, 2022?

1.3 Justificación e importancia

La preeclampsia y eclampsia son alteraciones hipertensivas que se pueden presentar en el transcurso del embarazo y el puerperio, presenta repercusiones tanto maternas como fetales, y constituyen una de las causas más importantes de morbimortalidad materna y perinatal en el mundo y en el Perú (13). En la Región Loreto, durante nuestra práctica clínica diaria, hemos observado que gestantes con preeclampsia y eclampsia son derivadas desde diversos establecimientos periféricos y de la misma ciudad al Hospital Regional de Loreto, donde se desarrolló el presente caso clínico.

La eclampsia, principalmente se reconoce por la existencia de convulsiones tónico-clónicas, que en la mayoría de los casos es precedida por cefalea intensa e hiperreflexia, es importante señalar y difundir estos signos de alarma entre la población gestante, sus familiares y la comunidad para poder detectar oportunamente esta enfermedad y evitar que se agrave o complique, es por eso que decidimos realizar la revisión de un caso clínico de eclampsia que precedió a una muerte materna, dada su magnitud e importancia y ofrecer otra perspectiva teórica acerca de esta enfermedad, de esa manera contribuir a reforzar conocimientos de nuestros profesionales de salud, en especial de los que trabajan en las periferias o zonas rurales.

Otro aspecto importante que nos llevó a desarrollar este caso clínico es contribuir a la reducción de la tasa de morbilidad materno-perinatal. La preeclampsia y la eclampsia son responsables de un alto porcentaje de defunciones maternas en el Perú y en la Región Loreto con un aproximado de 30%. Dado que en nuestra labor como obstetras atendemos a gestantes, algunas con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, es crucial un manejo adecuado de estas patologías para prevenir complicaciones tanto en la madre como en el feto.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo que desencadenan la presentación de eclampsia en el Hospital Regional de Loreto, 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

- a. Determinar los signos de alarma que presentó la gestante con diagnóstico de eclampsia.
- b. Precisar los factores de riesgo para una mujer embarazada con diagnóstico de eclampsia.
- c. Describir el manejo y tratamiento brindado a la gestante con diagnóstico de eclampsia, según nivel resolutivo.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Eclampsia

Los primeros reportes de la eclampsia datan de hace 2,000 años fue descrita en el Egipto antiguo y parte de China, denominada inicialmente como toxemia, ya que se creía que la afección era provocada por toxinas. Erróneamente fue tratada durante muchos años como glomerulonefritis; actualmente es considerada una de los primordiales motivos de morbimortalidad en el orbe y su origen aun es controversial, desarrollándose muchas teorías para tratar de explicar su fisiopatología (14).

2.1.1 Definición:

Se define a la eclampsia como una preeclampsia complicada por convulsiones tónico-clónicas generalizadas y que aumenta el riesgo de complicaciones maternas y fetales; a menudo ocurre en el tercer trimestre del embarazo; se ha observado que la preeclampsia precede al inicio de las convulsiones; también puede presentarse durante la etapa del puerperio (15).

Otra definición establece que corresponde a comas múltiples asociados a crisis convulsivas tónico-clónicas y/o preeclampsia y debe sospecharse en toda mujer con más de 20 semanas de embarazo y antes, durante o después del parto que curse con convulsiones o estado de coma, en carencia de trastornos neurológicos (11).

2.1.2 Clasificación (11, 12)

De acuerdo a la propuesta del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), las enfermedades hipertensivas del embarazo se clasifican en:

2.1.2.1 Preeclampsia leve

Diagnosticado como síndrome hipertensivo después de las 20 semanas de embarazo en una mujer cuya presión arterial era normal en exámenes previos, se caracteriza por presión arterial arriba de 140/90 mmHg y por debajo de 160/110 mmHg, medida dos veces y dividida por 6 horas; también albuminuria 0.3-2 gramos en prueba de orina en 24 horas o proteinuria por prueba de Ácido Sulfosalicílico y a veces edema de localización variada. Por lo general, no tiene síntomas.

2.1.2.2 Preeclampsia Severa o con criterios de severidad

Definido también, como un síndrome hipertensivo que se instala posterior a las 20 semanas de gestación con presión arterial normal previa, se caracteriza por una tensión arterial igual a 160/110 mmHg o superior en dos oportunidades separadas por 6 horas, albuminuria de más de 2 gramos en orina de 24 horas o proteinuria de ++ o +++ en test con Ácido Sulfosalicílico; independientemente de los resultados alterados de la tensión arterial, se pueden encontrar otros signos o síntomas, como: edema extendido, edema pulmonar, alteración hepática, trastornos de coagulación, anuria u oliguria, cefalea, visión confusa, tinnitus, epigastralgia, oligohidramnios severo (diagnosticado por ecografía).

2.1.2.3 Eclampsia

También se considera una complicación grave de la preeclampsia un cuadro caracterizado por convulsiones tónico-clónicas y/o coma en el contexto de una preeclampsia; debe presumirse en toda mujer embarazada con convulsiones o estado de coma; antes del parto, durante el parto o después del parto, si no hay trastornos neurológicos y tiene más de 20 semanas de embarazo.

2.1.3 Incidencia

La incidencia es de 0,5 a 5 casos por cada 1,000 nacimientos, lo que representa entre el 1% y el 5% de las preeclampsias. La eclampsia también se presenta en el 0,6% de los casos de preeclampsia leve o sin criterios de severidad, y en el 2% a 3% de los casos de preeclampsia severa o con criterios de severidad. En cuanto a la temporalidad, el 50% de los casos de eclampsia ocurre antes del parto, el 20% durante el parto, y el 30% después del parto (10).

2.1.4 Etiología

La etiología de la eclampsia aun no es muy clara, la placenta parece tener un rol primordial en su desencadenamiento, el aumento de la masa placentaria, como el que se presenta en los embarazos múltiples, aumenta el riesgo del espectro de preeclampsia-eclampsia, así como el edema placentario que ocurre en los embarazos complicados por hidropesía fetal (1).

2.1.5 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la eclampsia y preeclampsia son parecidos e incluyen nuliparidad, raza no blanca, antecedentes socioeconómicos bajos, embarazos múltiples y edades maternas

extremas, además, se asocia con una variedad de afecciones médicas maternas, como hipertensión crónica, enfermedad renal crónica y trastornos autoinmunes, también la obesidad y la diabetes materna se reconocen como factores de riesgo, las cuales son etiologías cada vez más importantes en el desarrollo de la eclampsia; por otro lado las condiciones fetales, como la hidropesía fetal, se han asociado con la eclampsia; también se considera el historial previo de hipertensión en gestaciones previas, edad de la madre menor de 18 años y mayor de 40 años, pareja sexual nueva, periodo intergenésico mayor de 10 años, pobreza extrema (1, 12).

2.1.6 Fisiopatología

Se ha sugerido que la hipertensión durante el embarazo, provoca la ruptura de los mecanismos de autorregulación de la circulación cerebral, lo que conlleva una disfunción endotelial que ocasiona un edema citotóxico y se expresa como una convulsión generalizada, la inflamación del cerebro en algunos escenarios, puede estar asociado con el síndrome de encefalopatía posterior reversible debido a la incapacidad de la circulación posterior para autorregularse en respuesta a un estado de hipertensión aguda; la elevación de la tensión arterial en la preeclampsia se presenta por la disminución del gasto cardíaco y aumento de las resistencias periféricas (1, 12).

En la actualidad se acepta que ocurre una alteración del endotelio que se inicia tras la inadecuada fijación del blastocisto en el endometrio uterino por causas genéticas, inflamatorias e inmunológicas; lo que conlleva a una alteración de la placentación y de la circulación sanguínea hacia la placenta, que produce anomalías como vasodilatación y vasoconstricción, desórdenes de coagulación y estrés oxidativo (12).

Los hallazgos de la autopsia descritos en un informe de 1973, encontraron que más del 50% de las mujeres que fallecieron posterior a los 2 días de las convulsiones, tenían evidencia de hemorragias cerebrales, también, se describió hemorragias petequiales del lóbulo occipital, como un hallazgo común, así como también se observa la trombosis venosa cerebral con relativa frecuencia (1).

2.1.7 Formas Clínicas

Se pueden identificar signos premonitorios o indicios de eclampsia en una gestante, que deben informar al equipo de salud responsable de la atención de las embarazadas, aumentar la vigilancia e iniciar la activación de la Clave Azul; la presencia de estos signos premonitorios convierte la preeclampsia leve o sin criterios de severidad en una preeclampsia severa o con criterios de

severidad, y debe proceder a manejarse como tal; tener en cuenta que solo el 50% de mujeres con preeclampsia y con signos premonitorios evoluciona a eclampsia; estos signos premonitorios son: epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho, exacerbación de reflejos osteotendinosos (incremento de la zona reflexógena y clonus), dolor intenso de cabeza, desordenes visuales (escotomas y fopsias) y variación del estado de consciencia (disminución del estado de alerta) (10).

2.1.8 Exámenes Auxiliares (11, 12)

Se solicitarán los siguientes exámenes auxiliares:

- Hemograma completo, perfil de coagulación (plaquetas, fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada) y lámina periférica.
- Prueba de orina con tira reactiva de Ácido Sulfosalicílico (ASS), proteinuria en orina de 24 horas, cociente de proteína/creatinina urinaria.
- Exámenes de función hepática (TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y deshidrogenasa láctica).
- Exámenes de función renal (creatinina, urea y ácido úrico)
- Monitorización electrónica del feto.
- Ecografía Doppler y perfil biofísico.

2.1.9 Tratamiento

- Hospitalización
- Inmovilización de la paciente para prevenir caídas
- Depresor de la lengua para prevenir lesiones por mordidas
- Sonda nasogástrica con el fin de prevenir aspiración.
- Sonda Foley con el fin de controlar la diuresis horaria.
- Mantener una vía aérea permeable.
- Oxígeno terapia nasal (administrar de 6 a 7 litros por minuto)
- Abrir vía y fluidoterapia controlada.
- Solución Salina al 0,9% a razón de 50-60 gotas durante un minuto el primer frasco de 1 litro, en caso de oliguria o anuria dar comienzo a la administración de coloides, 500 ml de Poligelina a goteo acelerado, consecutivamente también Furosemida 10 mg EV: lo mínimo a administrarse debe ser 3 litros de cristaloides durante las primeras 24 horas.
- Monitoreo materno fetal horario o de acuerdo a indicación médica.
- Uso de antihipertensivos y anticonvulsivantes.
- Nifedipino 10 mg 2 tabletas vía oral (VO) a intervalos de 4 a 6 horas, hasta alcanzar presión diastólica entre 90-100 mm Hg.
- Se puede usar Metildopa 750 a 1000 mg VO cada 12 horas.

- Los antihipertensivos se deben administrar hasta una semana después de producido el parto, disminuyendo progresivamente la dosis.
- El fármaco de elección es el Sulfato de Magnesio, para su administración se disuelve 10 grs en 1 litro de Cloruro de Sodio (ClNa) al 0,9%; se pasan 400 cc a goteo máximo y el resto a 30 gotas por minuto.
- Otro esquema consiste en administrar 4 grs EV lento (en no menos de tres minutos y 5 grs IM en cada nalga, continuar con 5 grs IM cada 4 horas turnando la nalga.
- Cada esquema se debe usar mínimo hasta 12 horas después del parto.
- Realizar monitoreo materno y fetal estricto (Presión arterial, frecuencia respiratoria, reflejo osteotendinoso, frecuencia cardiaca fetal y diuresis horaria); se restringe o retarda el tratamiento con Sulfato de Magnesio si hay signos de disminución de la frecuencia respiratoria por debajo de 12 respiraciones por minuto, disminución o ausencia de los reflejos patelares, o la generación de orina disminuye por debajo de 30 ml por hora en las 4 horas previas; en estos casos se administra Gluconato de Calcio 10% una ampolla EV lentamente.
- Si no se contara con Sulfato de Magnesio se usa Diazepam 10 mg EV, repetir la dosis cada 6 horas, hasta 24 horas post parto.

- Se puede usar Fenobarbital 100 mg VO cada 12 horas, hasta 24 horas post parto.
- Realizar interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cardiología, nefrología y neonatología.
- Terminar la gestación, apenas la paciente este estabilizada, inmediatamente por la vía más adecuada.
- Después del parto paciente debe ser derivada a una UCI.
- Los diuréticos están contraindicados en una gestación, salvo insuficiencia cardiaca congestiva o insuficiencia renal.

2.1.10 Complicaciones

Las complicaciones maternas ocurren en el 70% de las gestantes diagnosticadas con eclampsia, las cuales se describen a continuación: desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, ruptura de hematoma subcapsular hepático, hemorragia cerebral, ceguera transitoria, paro cardiorrespiratorio, neumonía, edema pulmonar agudo o hemorragia posparto. Casi la totalidad de las complicaciones descritas, logran resolverse después del parto, se pueden presentar secuelas neurológicas permanentes por el menoscabo del cerebro ocasionado por la hemorragia o isquemia,

estas se establecen como una razón relevante de mortalidad en mujeres con eclampsia (10).

Dentro de las complicaciones fetales y neonatales se describe el retraso del crecimiento intrauterino, recién nacido con prematuridad, alteración del bienestar fetal, óbito fetal, morbilidad neonatal (hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, infecciones), deceso neonatal, hipertensión, retraso del crecimiento, problemas de aprendizaje (12).

2.2 Muerte materna

La mortalidad materna continúa revistiendo una gran trascendencia para la salud pública, pero a pesar de esto, por cada mujer que fallece como consecuencia directa o indirecta del embarazo, existe un número indeterminado y elevado de gestantes que presentan complicaciones que amenazan su vida y esto no ha sido determinado (16).

La defunción materna es definida por la OMS como el deceso materno en el curso de la gestación o en el lapso posterior a los 42 días de la culminación del mismo, individualmente del tiempo y el sitio del embarazo, por algún motivo relacionado con o agravado por la

gravidez o su manejo o tratamiento, pero no de forma incidental o accidental (17, 18).

2.2.1 Tipos de muerte materna

2.2.1.1 Muerte materna directa:

Son aquellas resultantes de las complicaciones obstétricas del proceso de gestación (que comprende la gestación, parto y postparto), y pueden ocurrir por o desde intervenciones, exclusiones, terapéutica incorrecta, o de una sucesión de hechos resultantes de cualquier de lo anterior; se pueden agrupar en concordancia a las causas básicas, en: sangrado obstétrico, alteraciones hipertensivas durante la gestación, parto y postparto, procesos infecciosos asociados al embarazo, aborto, parto prolongado u obstruido, otras complicaciones obstétricas (hiperémesis gravídica con alteraciones metabólicas, trastornos venosos del embarazo, traumatismo obstétrico, placenta retenida y membranas retenidas sin hemorragia, embolia obstétrica, herida de cesárea dehiscente, herida obstétrica con hematoma, miocardiopatía o tiroiditis en el post parto) y complicaciones no previstas resultantes del tratamiento brindado: en este grupo tenemos las complicaciones anestésicas durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto (17-18-19).

2.2.1.2 Muerte materna indirecta

Es aquella resultante de afecciones previas existentes o una afección que progresa durante el embarazo y no debido a causas obstétricas directas sino que por el contrario se agravaron como consecuencia de las alteraciones fisiológicas propias de la gestación; como por ejemplo (Ej.), las muertes por el agravamiento de un problema preexistente de enfermedad cardíaca o renal se consideran muertes maternas indirectas; también se pueden agrupar en procesos infecciosos (Ej. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.); trastornos metabólicos y endocrinos (Ej. Diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.); tumoraciones (Ej. Cáncer localizado en cualquier órgano, carcinomatosis extendida, daño cerebral expansiva de origen indeterminado, tumoraciones, otros); otras enfermedades (Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, ruptura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopénica u otra, bartonelosis aguda, paludismo, entre otros) (17-18-19).

2.2.1.3 Muerte materna incidental o accidental

Aquella que ocurre en el transcurso de la gestación, parto o postparto por motivos accidentales o incidentales y que no se encuentran asociadas con el embarazo o alguna de las enfermedades señaladas como causas indirectas; dentro de estas podemos considerar a los accidentes laborales, caídas incidentales, incidentes de tránsito, ahogamiento, asfixia, etc., estas formas de mortalidad no se tienen en cuenta para la confección de las tasas de mortalidad (17, 19).

2.2.2 Mortalidad Materna y sus causas

Un gran número de mujeres muere por complicaciones en el transcurso o después de la gestación y el parto; la mayoría de estas complicaciones se presentan durante el embarazo pudiéndose prevenir o tratar oportunamente; otras complicaciones pueden encontrarse aún antes del embarazo, pero agravarse con el embarazo, en especial si se detectan adecuadamente como parte de la atención prenatal de la mujer; estas complicaciones representan el 75% de las defunciones maternas, y entre las principales tenemos (19):

- Las hemorragias severas (posterior al parto en su gran mayoría).
- Las infecciones (en su mayoría después del parto).

- Las afecciones hipertensivas de la gestación (como la preeclampsia y eclampsia).
- Dificultades y complicaciones durante el parto.
- Los abortos complicados.

2.2.3 Reducción de la Mortalidad Materna

Los decesos maternos en su mayoría se pueden evitar; las soluciones para realizar el tratamiento y prevención de las complicaciones son conocidas y se encuentran documentadas; es imprescindible que las mujeres, sin excepción, cuenten con una atención especializada en el proceso del parto, y durante la etapa del puerperio: tener presente que hay una relación estrecha entre la salud materna y del neonato; es también fundamental y relevante que profesionales de salud capacitados atiendan los partos, teniendo en cuenta que una atención y tratamiento oportuno conlleva a evitar decesos de la madre y su recién nacido (19).

2.2.4 Obstáculos para que las mujeres obtengan la atención que necesitan

Se ha encontrado que las mujeres que se hallan en situación de pobreza y residen en zonas remotas cuentan con menos posibilidades de ser atendidas con una adecuada atención sanitaria; esta aseveración se enfatiza aún más en regiones que cuentan con

un número reducido de profesionales de salud competentes, tal como ocurre en el África subsahariana y Asia Meridional; aunque, durante los últimos 10 años se ha incrementado la atención prenatal en varios lugares del planeta, solamente el 51% de las mujeres reciben una prestación de salud especializada en las naciones de bajos ingresos; esto trae como consecuencia que miles de partos no sean atendidos por un médico, una matrona o una enfermera especializada; todo lo contrario ocurre en las naciones con altos ingresos, donde, por lo general todas las mujeres tienen mínimamente cuatro atenciones prenatales y el durante el proceso del parto son atendidas por profesionales de salud preparados y reciben una adecuada atención posnatal; entre las causas que dificultan que las madres obtengan o soliciten atención en el embarazo y el parto tenemos (19):

- La pobreza.
- La lejanía.
- La falta de conocimiento.
- La presencia de servicios sanitarios inadecuados.
- La cultura o costumbres/creencias.

El trabajo debe enfocarse en mejorar la calidad de vida y la salud de las mujeres en etapa reproductiva, así como en identificar y eliminar las barreras que les impiden acceder a servicios de salud

de calidad en el sistema sanitario, abarcando todos los niveles de atención. Al lograr esto, se podrá disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal (17).

2.3 Clave Azul

La Región de San Martín fue pionera en la implementación de varios planes destinados a reducir la mortalidad materna mediante el tratamiento adecuado y oportuno de las complicaciones obstétricas, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad. Uno de estos planes incluye el uso de claves obstétricas, un sistema diseñado por el respetado médico Raúl Estuardo Arroyo Tirado, durante su trabajo en el Centro Materno Perinatal de la ciudad de Tarapoto. Arroyo Tirado propuso tres tipos de claves para el manejo de complicaciones obstétricas que pueden llevar a la muerte materna, categorizándolas en: Clave Amarilla, Clave Roja y Clave Azul. Basándose en estas recomendaciones, el Ministerio de Salud del Perú elaboró un manual de claves obstétricas para el manejo de emergencias durante el embarazo, parto y posparto (20).

La finalidad principal del protocolo de Clave Azul es el de ser utilizado en las instituciones del primer nivel de atención o primarios y también en los tópicos de emergencia de instituciones de cualquier nivel de atención, para atender de forma adecuada los trastornos hipertensivos del embarazo; e iniciar inmediatamente el manejo de la

preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, en esta se establece un orden o secuencia de prioridad, lo cual prioriza la estabilización de las pacientes previo a su referencia a establecimientos de mayor complejidad o de su tratamiento final, considerando los siguientes aspectos (21):

1. Se establecen roles multidisciplinarios para manejar la emergencia, los cuales deben desarrollarse en forma simultánea.
2. Deben cumplirse las tareas indicadas para cada profesional con que cuente el establecimiento sea médico, obstetra, enfermera, técnico de enfermería y técnico de laboratorio.
3. En aquellos establecimientos que no cuenten con el personal considerado por el protocolo para la atención de la emergencia, se organizarán de tal forma que se cumpla con todas las indicaciones.
4. En aquellos establecimientos que cuenten solamente con personal técnico, solo deberá coordinar con el agente comunitario y familiares del paciente, y luego referir (simultáneamente comunicar al médico y al equipo de atención).

2.3.1 Actividades a desarrollar:

Médico general

1. Evaluación diagnóstica: funciones vitales, estado de alerta, conciencia y examen clínico general.
2. Establecer la terapéutica de acuerdo al diagnóstico establecido.
3. Realizar pruebas para determinar el bienestar fetal, según sea el caso.
4. Determinar el establecimiento a referir y coordinar con anticipación.
5. Dialogar acerca de la gravedad del caso con los familiares de la paciente y explicar de las medidas que se tomaran.

Obstetra

1. Realizar evaluación obstétrica de la paciente, determinar si se encuentra o no en labor de parto.
2. Si la paciente está gestando, realizar monitorización materno fetal.
3. Si la paciente es puérpera, realizar la vigilancia del post parto.
4. Proceder a coleccionar una muestra de orina con la finalidad de realizar prueba de ASS (Ácido Sulfosalicílico).
5. Preparar a la paciente para su traslado a centro quirúrgico o sala de partos, según sea el caso.

Enfermera

1. Instaurar una vía aérea permeable: mantener la cabeza en hiperextensión, instalar tubo de mayo N° 4, succionar secreciones y oxigenoterapia si hay disposición.
2. Asegurar acceso endovenoso en ambos brazos con C1Na 0,9% y cánula N° 18, pasar 300 ml a chorro de uno de los frascos y posteriormente dejar en 30 gotas por minuto.
3. Administrar 10 gramos de Sulfato de Magnesio (5 ampollas al 20%) al otro frasco, pasar 400 ml a choro, posteriormente seguir a un goteo de 30 por minuto. Si no se puede administrar Sulfato de Magnesio vía endovenosa, se debe administrar 2 gramos intramuscular en cada glúteo; repetir la dosis cada 4 horas, si es aún no se ha llegado a la institución de referencia.
4. Si la presión arterial $\geq 160/110$ mm Hg suministrar Metildopa 1 gramo por vía oral, si no se consigue bajar la presión en dos horas, proceder a suministrar 10 mg de Nifedipino por vía oral.
5. Si se presentan convulsiones, administre lentamente 2 gramos de Sulfato de Magnesio por vía intravenosa, si esto no es posible, administre lentamente 10 mg de Diazepam por vía intravenosa.
6. Instalar sonda de Foley N° 14 conjuntamente con bolsa recolectora de orina y establecer control de diuresis horaria.

7. Establecer vigilancia rigurosa de las funciones vitales.
8. Todos los medicamentos administrados deben registrarse.
9. Comprobar si la paciente se encuentra preparada para sala de operaciones.

Laboratorista

1. Tomar muestras para análisis de laboratorio, exámenes a realizar: hematocrito, hemoglobina, tiempo de coagulación y sangría, grupo sanguíneo y factor RH, urea, creatinina, prueba cruzada, lámina periférica, proteinuria con Ácido Sulfosalicílico (ASS) o tira reactiva, plaquetas y glucosa.
2. Otros exámenes a solicitud del médico responsable.

Técnico de Enfermería

1. Comunicar de forma inmediata al médico y al equipo de atención.
2. Mantenga el paquete Clave Azul y otros suministros o materiales necesarios al alcance de la mano y manténgalos a mano durante el transporte del paciente.
3. Mantener el dispositivo de succión de secreciones disponible, funcionando y conectado; el equipo de reanimación debe también estar disponible.
4. Preparar para sala de operaciones a la paciente.

5. Seguir las indicaciones médicas y dar apoyo a la enfermera.

2.3.2 Kit de Clave Azul (21):

1. Cloruro de Sodio 0,9%	2 frascos
2. Equipo de venoclisis	2 unidades
3. Cánula endovenosa N° 18	2 unidades
4. Sulfato de Magnesio 20%	8 ampollas
5. Metildopa 500 mg tableta	4 unidades
6. Nifedipino 10 mg tableta	3 unidades
7. Tubo de mayo N° 4	1 unidad
8. Guantes quirúrgicos	4 pares
9. Sonda Foley N° 14	1 unidad
10. Bolsa recolectora de orina	1 unidad
11. Jeringa de 10 ml con aguja N° 21	4 unidades
12. Jeringa de 5 ml con aguja N° 21	4 unidades
13. Pera de goma para aspiración	1 unidad
14. Aguja N° 21	4 unidades

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Anamnesis

3.2 Filiación:

Paciente de 22 años de edad, sexo femenino, estado civil conviviente, oficio ama de casa, nivel de educación primaria completa, Lugar de nacimiento y procedencia San Pablo – Ramón Castilla, religión católica, fecha de ingreso: 26 de mayo de 2021, hora de ingreso: 15 y 20 horas.

3.3 Enfermedad actual:

Paciente de sexo femenino, ingresa al establecimiento por el servicio de emergencia referida del Centro de Salud de San Pablo en el distrito de El Estrecho, fue trasladada por vía aérea en avioneta; por haber presentado convulsiones tónico clónicas generalizadas, dificultad para respirar y pérdida de conocimiento desde hace 1 día, datos proporcionados por familiar (conviviente), además, previamente manifestó cefalea intensa y epigastralgia. Al ingreso presentaba Clave Azul activada de su establecimiento de origen: 2 vías periféricas y permeables, una perfundiendo Cloruro de

Sodio 0,9% conteniendo 5 ampollas de Sulfato de Magnesio, y otra con ClNa 0,9%, además tenía sonda vesical permeable.

Funciones biológicas: Apetito reducido, sed reducida, sueño alterado por somnolencia, defecaciones conservadas y orina con sonda vesical permanente.

3.4 Antecedentes

- a) Personales: Paciente refiere no haber sido sometida a intervenciones quirúrgicas, tampoco alergias a medicamentos ni alimenticias y no recibió transfusiones sanguíneas.
- b) Patológicos: Paciente no refiere enfermedades previas.
- c) Antecedentes Gineco-Obstétricos: presentó menarquía: 16 años, con régimen catamenial: 5/30 días, formula obstétrica: (G4 P3003), fecha de último parto: 08 de junio de 2019, periodo intergenésico: 1 años y 4 meses, método anticonceptivo: no usa.
- d) Datos del embarazo actual: refiere como fecha de última menstruación: 22 de octubre de 2020, duda: no, fecha probable de parto: 29 de julio de 2021, 1 control prenatal de inicio tardío, edad gestacional al ingreso: 29 4/7 semanas, la historia clínica no consigna información referente al peso y la talla materna.

- e) Antecedentes familiares: Hijos sin patologías, papá, mamá y cónyuge aparentemente sanos.
- f) Antecedentes socioeconómicos: Cuenta con casa hecha con material rústico, no cuenta con servicios básicos (agua, desagüe y luz); posee animales domésticos perro y gato, no refiere consumo de drogas; paciente no trabaja, su conviviente se dedica a la agricultura y pesca.

3.5 Examen físico: (realizado por Gineco-Obstetra de turno).

- a) Paciente se encuentra en aparente mal estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación, afebril, inconsciente, solo responde a estímulos dolorosos
- b) Funciones vitales: Presión arterial 140/80 mmHg, pulso 112 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36,5°C.
- c) Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar > 2 segundos.
- d) Cabeza y órganos: Normo cráneo.
- e) Cuello: Cilíndrico, movilidad conservada.
- f) Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax pulmonares, crépitos en base de hemitórax derecho.
- g) Mamas: Asimétricas, blandas, pezón formado.

- h) Cardiovascular: Ruídos cardíacos asimétricos, ausencia de soplos cardíacos.
- i) Abdomen: Grávido, altura uterina: 28 centímetros, frecuencia cardíaca fetal (FCF) 169/minuto, feto en longitudinal cefálico derecho, sin presencia de dinámica uterina.
- j) Genitales externos: Con sonda vesical permeable, no se evidencia sangrado vaginal, tampoco pérdida de otros fluidos corporales, al tacto vaginal cérvix blando lateralizado hacia la izquierda, permeable a 1 dedo y sin modificaciones.
- k) Miembros Inferiores: No presencia de edema ni varices, movilidad disminuida.
- l) Sistema linfático: Sin presencia de adenopatías.
- m) Sistema neurológico: Glasgow 8, paciente inconsciente, solamente responde a estímulos dolorosos, pupilas isocóricas.

3.6 Impresión diagnóstica:

- a) Multigesta de 29 4/7 semanas por ultrasonografía.
- b) Eclampsia.
- c) Anhidramnios por ultrasonografía.
- d) Alteración del bienestar fetal.
- e) Infección respiratoria aguda tipo I.
- f) Descartar COVID-19.

3.7 Tratamiento y evolución

26/05/2021 (15:20 horas)

Paciente ingresa al Hospital Regional de Loreto (HRL), referida de la localidad de San Pablo, en mal estado general, no brinda respuestas a interrogatorio, con estado de conciencia alterado, familiar (conviviente) manifiesta que el día ayer aproximadamente a las 16:00 horas presentó epigastralgia y cefalea intensa, seguida de convulsiones tónico clónicas hasta en 4 ocasiones por lo que es llevada al establecimiento de Salud de la localidad de San Pablo y posteriormente al Hospital Regional de Loreto, presentó 3 episodios de convulsiones durante el traslado aéreo; ingresó a la emergencia del Hospital Regional de Loreto con funciones vitales: Presión Arterial (P/A) 138/85 mmHg, Pulso (P): 140 por minuto, Respiración (R): 22 por minuto, Temperatura (T°): 37.4°C, Saturación de Oxígeno (SPO2): 93%, con 2 vías periféricas de CINA 0,9% a 30 gotas por minuto en brazo izquierdo y otra de CINA 0,9% con 5 ampollas de Sulfato de Magnesio; y sonda vesical permeable; se indica exámenes auxiliares: Hemograma completo, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento plaquetario, urea, creatinina, glucosa, transaminasa glutámico oxalacética (TGO), transaminasa glutámico pirúvica (TGP), deshidrogenasa láctica (DHL), proteínas totales, proteínas fraccionada, bilirrubina total, bilirrubina fraccionada, fibrinógeno, examen completo de

orina, prueba rápida de antígeno COVID-19, ecografía obstétrica, electrocardiograma, Tomografía Espiral Multicorte (TEM) de cerebro/tórax, radiografía de tórax; también se solicitó interconsulta con Neonatología y Medicina interna; se prepara para cesárea de emergencia y se comunica gravedad de la paciente a familiar.

26/05/2021 (15:35 horas)

Médico gineco obstetra asistente, realiza examen ecográfico obstétrico, concluyendo en gestación única activa de 29.4 semanas con un ponderado fetal de 1540 gr, placenta fúndica grado III/III y perfil biofísico fetal 4/8.

26/05/2021 (15:40 horas)

Médico de la unidad de cuidados intensivos de medicina responde interconsulta: al momento no se cuenta con cama disponible y sugiere su manejo en el servicio de trauma shock.

26/05/2021 (15:45 horas)

Neonatología responde interconsulta: visto la gravedad del caso se da pase a paciente para su atención.

26/05/2021 (17:00 horas)

Por indicación médica, se administra 2 gramos de Cefazolina endovenoso, como parte de la preparación pre quirúrgica y se proporciona Oxígeno medicinal a través de máscara a razón de 12 litros por minuto; en espera de llamado de sala de operaciones.

26/05/2021 (18:10 horas)

Paciente es intervenida quirúrgicamente por cesárea de emergencia, produciéndose el nacimiento de un neonato de sexo masculino, con 1810 gramos de peso, con puntuación de Apgar 7 al primer minuto y 9 a los 5 minutos y 33 semanas de edad gestacional por Capurro, ingresando a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a las 18:35 horas.

26/05/2021 (19:23 horas)

Paciente es trasladada al servicio de trauma-shock por no haber disponibilidad de camas en UCI-Medicina para controlar y vigilar su evolución; ingresa con constantes vitales: P/A: 135/55 mm Hg, P: 87 por minuto, R: 16 por minuto, T°: 36.5°C; al examen, paciente en aparente mal estado general, con palidez moderada y facies quejumbrosas; piel: termoestable, con llenado capilar < 2 segundos; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares; tórax y pulmones: murmullo vesicular audibles en ambos hemitórax pulmonares, con tiraje subcostal y disminución de murmullo

vesicular en tercio medio y base de ambos hemitórax; Abdomen: blando depresible, con ligero dolor en epigastrio e hipocondrio derecho y ruidos hidroaéreos presentes, útero involucionado a 16 centímetros y herida operatoria con apósitos limpios y secos; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en poca cantidad; sistema nervioso central: Glasgow 13. Tiene indicación médica de antibióticos, analgésicos, corticoides; se le indico vía periférica de ClNa 0,9% con 30 unidades de Oxitocina a 30 gotas por minuto y ClNa 0,9% con 5 ampollas de Sulfato de Magnesio a 30 gotas por minuto; Ceftriaxona 2 gramos endovenoso (EV), Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas, Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, Dexametasona 10 mg EV cada 12 horas, Ácido Tranexámico 1 gramo EV cada 8 horas, Losartán 50 mg vía oral (VO) cada 12 horas, Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas, Tramal 100 mg EV cada 8 horas, Nifedipino 10 mg VO condicional a presión arterial \geq 160/110 mmHg, Diazepam 10 mg EV condicional a convulsiones, también, transfundir 1 paquete globular y 2 unidades de plasma fresco; Oxígeno medicinal con máscara reservorio a 15 litros por minuto y hematocrito de control. Otro dato relevante es que se considera como una complicación después de la intervención quirúrgica, la instalación de un síndrome HELLP.

27/05/2021 (02:20 horas)

Paciente recibe transfusión de dos unidades de Plasma fresco congelado.

27/05/2021 (03:20 horas)

Paciente recibe transfusión de una unidad de Paquete Globular.

27/05/2021 (08:50 horas)

Paciente somnolienta, afebril, con Oxígeno medicinal mediante máscara reservorio a razón de 15 litros por minuto; funciones vitales: P/A: 166/111 mm Hg, P: 115 por minuto, R: 22 por minuto, T°: 36.8°C; Al examen paciente en mal estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar < 2 segundos; cabeza: no presenta lesiones, con sonda nasogástrica; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: murmullo vesicular audibles en ambos hemitórax pulmonares disminuido en las bases y con presencia de crépitos; Abdomen: blando depresible, con presencia de ruidos hidroaéreos, útero contraído con 15 centímetros de involución, herida operatoria con apósitos limpios y secos; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en poca cantidad; sistema nervioso central: Glasgow 9; presenta indicación médica

de oxigenoterapia, hidratación, protectores gástricos y antibióticos. Se administró Ceftriaxona 2 gramos endovenoso (EV), Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas, Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, Dexametasona 10 mg EV cada 12 horas, Ácido Tranexámico 1 gramo EV cada 8 horas, Losartán 50 mg vía oral (VO) cada 12 horas, Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas, Tramal 100 mg EV cada 8 horas, Nifedipino 10 mg VO condicional a presión arterial \geq 160/110 mmHg, Diazepam 10 mg EV condicional a convulsiones.

27/05/2023 (10:15 horas)

Paciente se encuentra en mal estado general, con Saturación de Oxígeno (SpO₂) entre 72% a 74%, por indicación médica se prepara para intubación endotraqueal y médico asistente del servicio de trauma shock informa la gravedad del caso a familiar de la paciente.

27/05/2021 (10:30 horas)

Previa sedo analgesia de paciente médico asistente coloca tubo endotraqueal, fijándolo y conectándolo a ventilador mecánico.

27/05/2021 (10:40 horas)

Previa asepsia y antisepsia en región infraclavicular derecha médico asistente coloca catéter venoso central.

27/05/2021 (19:00 horas)

Paciente somnolienta, afebril, intubada con ventilación mecánica y evolución estacionaria; presenta las siguientes funciones vitales: P/A: 110/70 mmHg, P: 100 por minuto, respiración 19 por minuto y T°: 36.6°C; Al examen paciente en mal estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar < 2 segundos; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: murmullo vesicular audibles en ambos hemitórax pulmonares disminuido en bases; Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, la herida operatoria presenta apósitos limpios y secos; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en escasa cantidad; sistema nervioso central: en la escala de agitación y sedación de Richmond (RASS) -4; continua con indicación médica de hidratación, sedación, ventilación mecánica, antibioticoterapia y gastro protectores.

28/05/2021 (07:00 horas)

Paciente se encuentra hemo compensada, con sedación e intubación endotraqueal y ventilación mecánica, con constantes

vitales P/A: 120/66 mmHg, P: 113 por minuto, R: 16 por minuto y T°: 36.8°C; Al examen paciente en mal estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación; piel: tibia, húmeda y elástica, llenado capilar < 2 segundos; cabeza: no presenta lesiones, con sonda nasogástrica; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares, sin presencia de soplos; tórax y pulmones: conserva la amplexación, sibilantes difusos en ambos hemitórax; Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, herida operatoria se observa limpia y seca, no muestra signos de flogosis; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en poca cantidad; sistema nervioso central: Escala de RASS -4, tiene indicación médica de nada por vía oral, sedación, mantener hidratación con ClNa 0,9 %, continuar con ventilación mecánica y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas y Clindamicina 600 mg cada 8 horas; corticoides: Dexametasona 20 mg EV cada 6 horas; también Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas e inhaladores de Salbutamol 2 puff cada 6 horas y Bromuro de Ipratropio 4 puff cada 4 horas.

29/05/2021 (07:00 horas)

Paciente no responde al llamado por encontrarse bajo sedación y analgesia, funciones vitales P/A: 140/73 mmHg, P: 155 por minuto, R: 17 por minuto y T°: 38.3°C; presenta vía de ClNa 0,9%

permeable y perfundiendo a 30 gotas por minuto; al examen paciente en mal estado general, mal estado de nutrición y mal estado de hidratación, con edema facial marcado; piel: termoestable, no se evidencia lesiones; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos arrítmicos; tórax y pulmones: murmullo vesicular audibles en ambos hemitórax, con crépitos y sibilantes en bases de ambos hemitórax y disminución de la amplexación pulmonar; Abdomen: blando depresible, con presencia de ruidos hidroaéreos, herida operatoria se observa limpia y seca, no presenta signos de flogosis; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en poca cantidad; sistema nervioso central: paciente bajo sedación y analgesia en RASS -4; presenta indicación médica de continuar con hidratación con vía periférica de ClNa 0,9%, antibióticos: Meropenem 500 mg EV cada 12 horas , protectores gástricos: Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, también Dexametasona 20 mg EV cada 6 horas, Fentanilo en 100 ml ClNa 0,9%, Midazolam en 100 ml de ClNa 0,9%, Furosemida 2 gramos EV cada 12 horas, ventilación mecánica y programar hemodiálisis.

29/05/2021 (18: 45 horas)

Paciente es sometida a procedimiento de diálisis renal sin contratiempos, procedimiento culmina a las 20:40 horas.

30/05/2021 (07: 00 horas)

Paciente bajo sedación y analgesia, no responde ha llamado, pronóstico reservado, constantes vitales P/A: 139/90 mmHg, P: 86 por minuto, R: 16 por minuto y T°: 36.5°C; presenta vía de CINA 0,9% permeable y perfundiendo a 30 gotas por minuto; al examen paciente en mal estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación, con edema facial marcado; piel: tibia, húmeda y elástica, presenta palidez marcada y edema generalizado +/+++ , llenado capilar mayor 2”; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares; tórax y pulmones: acoplada a ventilador mecánico, murmullo vesicular audibles en ambos hemitórax y simétricos; Abdomen: blando depresible, globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria se observa limpia y seca, no presenta signos de flogosis; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en poca cantidad; sistema nervioso central: paciente bajo sedación y analgesia en RASS -4; presenta indicación médica de continuar con hidratación con vía periférica de CINA 0,9%, antibióticos: Meropenem 500 mg EV cada 12 horas , protectores gástricos: Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, también Dexametasona 20 mg EV cada 6 horas, Fentanilo en 100 ml CINA 0,9%, Furosemida 2 gramos EV cada 12 horas, ventilación mecánica, programar hemodiálisis y transfundir

2 unidades de paquete globular por resultado de hemoglobina 5.8 mg/dl, también se indica retirar Midazolam.

30/05/2021 (14:00 horas)

Paciente es sometida a procedimiento de hemodiálisis sin contratiempos, culminando a las 18:00 horas.

31/05/2021 (07:00 horas)

Paciente con sedación y analgesia, con ventilación mecánica, catéter venoso central, no responde ha llamado, pronóstico malo, constantes vitales P/A: 104/64 mmHg, P: 67 por minuto, R: 16 por minuto y T°: 36.5°C; presenta vía de CNa 0,9% permeable y perfundiendo a 30 gotas por minuto; al examen paciente en mal estado general, mal estado de nutrición y mal estado de hidratación; piel: presenta palidez facial macada; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares, rítmicos, no presencia de soplos; tórax y pulmones: acoplada a ventilador mecánico, murmullo vesicular audibles disminuidos en ambos campos pulmonares; Abdomen: timpánico con signo de oleaje, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida operatoria se observa limpia y seca, no presenta signos de flogosis; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en escasa cantidad, vulva edematizada; sistema nervioso central: paciente bajo sedación y

analgesia en RASS -4. Presenta indicación médica de continuar con hidratación con vía periférica de ClNa 0,9%, antibióticos: Meropenem 500 mg EV cada 12 horas, protectores gástricos: Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, también Dexametasona 20 mg EV cada 6 horas, Midazolam 100 mg en 100 ml ClNa 0,9%, Fentanilo 1 mg en 100 ml ClNa 0,9%, Furosemida 2 gramos EV cada 12 horas, ventilación mecánica, programar hemodiálisis y transfundir 2 unidades de paquete globular.

31/05/2021 (21:00 horas)

Paciente con sedación y analgesia, con ventilación mecánica, catéter venoso central, no responde ha llamado, presente mal pronóstico, no responde a terapia establecida, constantes vitales P/A: 118/77 mmHg, P: 66 por minuto, R: 16 por minuto y T°: 36.4°C; presenta vía de ClNa 0,9% permeable y perfundiendo a 30 gotas por minuto; al examen paciente en mal estado general, mal estado de nutrición y mal estado de hidratación; piel: fría, muestra palidez severa llenado capilar > 2 segundos; sistema cardiovascular: ruidos cardiacos regulares, rítmicos; tórax y pulmones: acoplada a ventilador mecánico, murmullo vesicular audibles disminuidos en ambos hemitórax; Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos ausentes, herida operatoria se muestra limpia y seca, no presenta

signos de flogosis; Genito urinario: con sonda vesical permanente y loquios hemáticos en escasa cantidad, vulva edematizada; sistema nervioso central: paciente bajo sedación y analgesia en RASS -4; presenta indicación médica de continuar con hidratación, antibióticos, soporte ventilatorio y hemodinámico.

01/06/2021 (01:00 horas)

Medico asistente comunica a familiar de la paciente el estado de gravedad en la que se encuentra.

01/06/2021 (02:50 horas)

Paciente entra en paro cardiaco, actividad eléctrica de monitor multiparámetro sin lectura de pulso y posterior asistolia, presión arterial no detectable, al examen pupilas midriáticas no reactivas, se declara fallecimiento de paciente.

09/06/2021 (08:00 horas)

Neonato es dado de alta de UTIN tras 14 días de estancia en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, afebril, ventilando espontáneamente Oxígeno ambiental, con un peso de 1910 gramos. Fue recepcionado por su papá, quien lo traslado hacia su comunidad, San Pablo – Caserío Beirut, Bajo Amazonas.

3.8 Exámenes auxiliares

Tabla 01. Resultados de análisis de laboratorio realizados por fechas.

Exámenes Auxiliares	26/05/2021	27/05/2021	29/05/2021	30/05/2021	31/05/2021
Hemoglobina (g/dl)	11.6	9.2	8.1	7.2	7.8
Hematocrito (%)	36,4	28,3	25,1	24,8	23.9
Plaquetas (U/L)	71,000	70,000	82,000	88,000	110,000
Leucocitos	19,330	22,200	25,700	25,900	28,200
Glucosa (mg/dl)	80				
Urea (mg/dl)	39				
Creatinina (mg/dl)	2.5				
TGO (U/L)	386	380	187		46
TGP (U/L)	167	150	89		25
Bilirrubina total (mg/dl)	3.68				
Bilirrubina directa (mg/dl)					0.39
Bilirrubina indirecta					0.12
LDH (U/L)	4,334	4,450	3,855		1,860
Prueba rápida sífilis	Negativo				
Prueba rápida VIH	No reactivo				
Prueba rápida Hepatitis B	Negativo				
Ecografía	Obstétrica: embarazo único y activo de 29.4 semanas, perfil biofísico fetal 4/8, ponderado fetal 1540 gramos				Abdominal: concluye: pancreatitis aguda, hepato-espleno megalia, necro megalia bilateral, discreto derrame pleural bilateral, liquido libre en cavidad pleural.

3.9 Epicrisis

Nombres y Apellidos: THC

Edad: 22 años

Sexo: femenino

Fecha y hora de ingreso: 26/05/2021 – 15:20 horas.

Fecha y hora de egreso: 01/06/2021 – 02:50 horas.

Días de estadía: 5 días.

Motivos:

Paciente acude al Hospital Regional de Loreto referida del Centro de Salud de San Pablo por presentar convulsiones tónico clónicas generalizadas desde hace 1 día, hasta 7 episodios.

EXÁMENES AUXILIARES:

Hemoglobina 12.6 gr/dl, Hematocrito 36,4%, plaquetas 71,000, Glucosa 80 mg/dl, TGO 386 U/L, TGP 167 U/L, Prueba rápida de sífilis: No reactivo, Prueba rápida de VIH: No reactivo, Prueba rápida de Hepatitis B: No reactivo, Ecografía Obstétrica: Embarazo único activo de 29 semanas y 4 días por BF, perfil biofísico fetal 4/10. Ponderado fetal 1540 gramos.

TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS:

CINa 0,9%, Meropenem 500 mg EV cada 12 horas, Omeprazol 40 mg EV cada 12 horas, Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas,

Dexametasona 20 mg EV cada 6 horas, sedo analgesia: Fentanilo y Midazolam, transfusión de plasma seco congelado y paquete globular y como procedimientos colocación de tubo endotraqueal, colocación de catéter venoso central y hemodiálisis.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- Shock multifactorial
- Eclampsia
- Insuficiencia renal.

CONDICIÓN DE EGRESO:

Fallecida, se consideró como muerte materna directa.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Entre las principales causas de defunción materna se encuentran las hemorragias, las alteraciones hipertensivas y las infecciones. Presentamos el caso de una gestante diagnosticada con preeclampsia que falleció debido a complicaciones asociadas a esta condición. La eclampsia y la preeclampsia tienen una incidencia mundial del 2% al 10%, siendo hasta siete veces más prevalentes en países en vías de desarrollo en comparación con los países desarrollados. Estas condiciones contribuyen a entre el 10% y el 15% de las muertes maternas, lo que subraya la urgente necesidad de mejorar la detección y el manejo de estas complicaciones en contextos de bajos recursos (7); Esto concuerda con lo señalado por otros autores, quienes mencionan que la incidencia de la eclampsia varía entre 1,6 y 10 casos por cada 10,000 partos en países desarrollados, mientras que en las naciones en vías de desarrollo, la incidencia se eleva dramáticamente a entre 50 y 151 casos por cada 10,000 partos. Además, los indicadores de mortalidad son significativamente más altos en estos países, con una mortalidad materna del 0,5% al 2% y una mortalidad perinatal que oscila entre el 7% y el 16% (2, 10, 11).

En cuanto a los signos de alarma para el desencadenamiento de la eclampsia, en el caso clínico que presentamos, se observó que la paciente

ingresó inconsciente al establecimiento de salud. Según la información proporcionada por un familiar directo, la gestante había experimentado convulsiones tónico-clónicas, cefalea intensa y epigastralgia. Estos síntomas son particularmente relevantes, ya que, según la bibliografía y los estudios revisados, se consideran signos de alarma o premonitorios de eclampsia. Además, otros signos importantes que pueden indicar un riesgo inminente incluyen la hiperreflexia osteotendinosa, perturbaciones visuales como escotomas y fotopsias, y una disminución del estado de alerta. (11, 12).

En el análisis del caso clínico, se identificaron varios factores de riesgo en la paciente: tenía 22 años de edad, era conviviente, y trabajaba como ama de casa. Su nivel de educación era primaria y vivía en una vivienda de material rústico (madera), sin acceso a servicios básicos como agua, electricidad y desagüe. En cuanto a sus antecedentes obstétricos, la paciente era múltipara (G4P3003), un periodo intergenésico corto de 1 año y 4 meses, y recibió atención prenatal insuficiente, con solo un control prenatal tardío. Estos factores contribuyeron significativamente al riesgo de desarrollar eclampsia en este caso.

Ingresó al Hospital Regional de Loreto con diagnóstico de: Gestante de 29 semanas de gestación, eclampsia y alteración de bienestar fetal, estos diagnósticos se relacionan con las investigaciones de Villar (22), Ruíz (23) y Panduro (24), quienes encontraron que la incidencia de eclampsia se concentra principalmente en mujeres de entre 20 y 34 años. Además, Ruíz

(23) y Panduro (24) observaron una mayor incidencia de eclampsia en mujeres con nivel de educación secundaria, estado civil conviviente y ocupación como ama de casa. En relación con los controles prenatales, Panduro (24) identificó una mayor frecuencia de eclampsia en pacientes que recibieron menos de 6 atenciones prenatales, y la edad gestacional en la que se presenta con mayor frecuencia el trastorno se sitúa entre las 29 y 36 semanas. Todos estos datos concuerdan con los hallazgos del análisis del caso clínico presentado, con excepción del nivel de instrucción de la paciente, que era primaria en lugar de secundaria.

En relación con la investigación de Villar (22), que describe que la preeclampsia y la eclampsia son más frecuentes en primíparas, el presente caso clínico muestra una discrepancia, ya que la paciente era múltipara. Además, no se encontraron referencias específicas sobre la influencia de un periodo intergenésico corto en el desencadenamiento de preeclampsia y eclampsia. En cuanto al bajo nivel socioeconómico, determinado por las características de la vivienda y la falta de servicios básicos, se identificó que este factor puede aumentar la incidencia de preeclampsia y eclampsia. Esta afirmación está en concordancia con lo señalado por la OMS, que indica que la prevalencia de estas condiciones es hasta siete veces mayor en las naciones en vías de desarrollo en comparación con las naciones desarrolladas (2, 7, 10, 11).

En el manejo y tratamiento de la paciente en nuestro caso clínico, se activó la Clave Azul en el Centro de Salud San Pablo (nivel 1-4), y

posteriormente, la paciente fue trasladada al Hospital Regional de Loreto (nivel 3-1), donde se continuó con el tratamiento de acuerdo con las Guías de Emergencias Obstétricas por capacidad resolutive del Ministerio de Salud y la Guía de Procedimientos en Obstetricia y Ginecología 2020 del Hospital Regional de Loreto. En el hospital, se implementó un manejo multidisciplinario con la intervención de diversos especialistas (médico neonatólogo, médico internista, médico ginecólogo) para optimizar el tratamiento del caso. Lamentablemente, la paciente falleció debido a complicaciones propias de la enfermedad. Un factor importante a considerar es que la Unidad de Cuidados Intensivos no contaba con camas disponibles en ese momento, ya que estaban ocupadas por pacientes con COVID-19. En consecuencia, la paciente permaneció en la unidad de trauma shock, lo que podría haber contribuido al desenlace fatal.

CONCLUSIONES

1. En nuestro caso clínico de eclampsia, la gestante presentó como signos de alarma cefalea intensa y epigastralgia. Estos síntomas, también conocidos como signos premonitorios, que preceden a las crisis convulsivas tónico-clónicas.
2. En el presente caso clínico, la aparición de eclampsia estuvo asociada a varios factores de riesgo entre los cuales tenemos: control prenatal insuficiente y de inicio tardío, falta de intervención y captación oportuna de la gestante en el primer nivel de atención, un periodo intergenésico corto de 1 año y 4 meses, nivel de educación primaria, ocupación como ama de casa e ingresos económicos bajos.
3. El tratamiento y manejo clínico aplicado a la gestante con diagnóstico de eclampsia se realizó de acuerdo con las "Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive", tanto en el nivel primario (Centro de Salud San Pablo) como en el terciario (Hospital Regional de Loreto).

RECOMENDACIONES

1. La Gerencia Regional de Salud de Loreto debe asegurar que las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente en las áreas periféricas, cuenten con el equipamiento y el personal necesario para atender emergencias obstétricas y estabilizar a las pacientes antes de su referencia a hospitales de mayor complejidad. Estas acciones fortalecerán la confianza de la comunidad en el sistema de salud.
2. En las instituciones prestadoras de servicios de salud de todos los niveles de atención, los obstetras deben trabajar de manera articulada con los actores sociales de su ámbito de acción, como agentes comunitarios, organizaciones sociales y parteras tradicionales. Este trabajo coordinado debe incluir actividades extramurales como charlas educativas, talleres, programas comunitarios para la educación sobre signos de alarma de la preeclampsia - eclampsia y visitas domiciliarias, con el fin de fortalecer las acciones conjuntas en beneficio de las gestantes. Estas iniciativas contribuirán a disminuir la tasa de morbilidad materno-perinatal.

3. En las instituciones prestadoras de servicios de salud de todos los niveles de atención, es crucial mantener y continuar con el estricto cumplimiento de la clave azul como parte de la terapéutica para preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad y eclampsia. Para este fin, deben programarse capacitaciones y simulacros de activación de la clave azul de manera permanente, asegurando así que el personal esté siempre capacitado.

4. Los profesionales obstetras del primer nivel de atención en salud deben realizar una búsqueda activa de gestantes y su captación temprana, preferentemente en el primer trimestre para iniciar una atención prenatal oportuna y detectar de manera temprana los signos de alarma de preeclampsia y eclampsia, es importante contar con un sistema de seguimiento continuo y dinámico para gestantes con factores de riesgo, brindando acompañamiento integral y visitas domiciliarias para detectar posibles complicaciones, de esta manera se busca reducir la morbilidad asociada al embarazo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gill P, Tamirisa A, Van Hook J. Acute Eclampsia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459193/>
2. Aliyu L, Kadas A, Abdulsalam M, Abdullahi H, Farouk Z, Usman F, et al. Eclampsia a preventable tragedy: an African overview. Journal of Perinatal Medicine. 2022. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0053>
3. Magley M, Hinson M. Eclampsia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 9 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/>
4. Organización Mundial de la Salud, Mortalidad Materna. [Internet] Febrero de 2023 [citado 10 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Ramos M. Maternal mortality, changing causality in 2021?. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. enero de 2022 [citado 10 de octubre de 2022];68(1). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2407>
6. GERESA-LORETO. Alerta epidemiológica: Incremento en la ocurrencia de muertes maternas durante el segundo trimestre en la región Loreto (AE N° 03-2022) [Internet]. [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en:

https://diresaloreto.gob.pe/storage/alertas_epidemiologica/archivos/ALERTA_N_03_1655216292.pdf


7. De Jesús A, Jiménez M, González D, De la Cruz P, Sandoval L, Kuc L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm IMSS*. 2018;26(4):256-262. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85061>
8. Dongarwar D, Tahseen D, Wang L, Aliyu M, Salihu H. Trends and predictors of eclampsia among singleton and multiple gestations in the United States, 1989–2018. *Pregnancy Hypertension*. 1 de agosto de 2021;25:56-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.05.013>
9. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Muerte Materna [Internet]. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe.2017. [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
10. Fishel M, Sibai B. Eclampsia in the 21st century. *Am J Obstet Gynecol*. febrero de 2022;226(2S):S1237-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.037>
11. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología. Décima edición. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019. 652 p.
12. Vásquez J. Manual de Ginecología y Obstetricia. Quinta edición. Iquitos, Perú: Tierra Nueva; 2020.

13. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Día de Concientización sobre la Preeclampsia. [citado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
14. Álvarez A, Meléndez S, Vera M, Quinteros A. Reporte de seis casos de eclampsia en un Hospital Rural de la Selva de Chiapas. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2022 Jun; 65(3): 24-32 [citado 18 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422022000300024&script=sci_arttext
15. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams Obstetricia. vigésimo quinta edición. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2019. 1345 p.
16. Geller S, Koch A, Garland C, MacDonald E, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. Reproductive Health. 22 de junio de 2018;15(1):98. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2>
17. Ministerio de Salud Perú. Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema [Internet]. [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/normas/normas_2021_5.pdf
18. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. World

- Health Organization; 2019 [citado 20 de octubre de 2022]. 104 p.
Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>
19. World Health Organization. Mortalidad materna [Internet]. World Health Organization; 2019 [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 20. Quezada J. Nivel de conocimientos sobre manejo de las claves obstétricas en internos de ciencias de la salud y la reacción frente a las emergencias obstétricas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa – Piura 2018. [Tesis de Maestría]. Piura-Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2019. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41673/Quezada_NJA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. Ministerio de Salud Perú. Manejo estandarizado de la emergencias obstétricas y neonatales [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf
 22. Villar C. Características clínicas y epidemiológicas de la pre eclampsia en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital de Vitarte durante el periodo 2015-2017. [Tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018 [citado 9 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1470>
 23. Ruiz K. Preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el hospital regional de Pucallpa en el periodo Junio - diciembre 2018. [Tesis de grado]. Pucallpa-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2019 [citado 9 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/7487>

24. Panduro Y. Complicaciones materno perinatales de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Regional de Loreto enero a junio 2021. [Tesis de grado]. Iquitos-Perú: Universidad Científica; 2022 [citado 20 de octubre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1862>
25. Gutiérrez L, Villegas M. Factores relacionados con el desarrollo de eclampsia en la ciudad de Medellín. [Trabajo de grado de especialización]. Colombia: Universidad de Antioquía; 2022 [citado 9 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/29506>

ANEXO 1-B.- CARNET PERINATAL




LORETO
HOSPITAL REGIONAL
"FELIPE ARRILLA IGLESIAS"
72 años de...

CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

Establecimiento: I-3 San Pablo

No. HC.



Nombres y Apellidos:

CITA DE CONTROL

AÑO	MES	DÍA

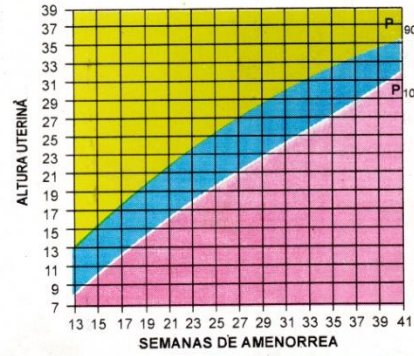
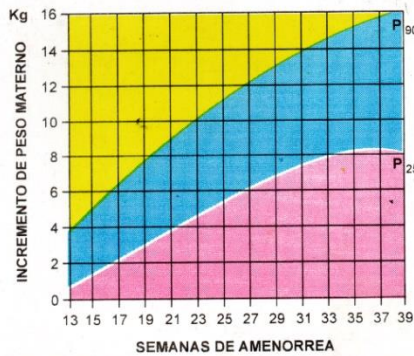
AÑO	MES	DÍA

SEÑALES DE PELIGRO:

- Vómito exagerado.
- Salida de sangre o líquido por su vagina.
- Fiebre o escalofríos.
- Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.
- El bebé no se mueve.

CONTROLES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención	<u>26/5/2021</u>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Edad Gest. (Semanas)	<u>30.55xus</u>								
Peso Madre (kg)/									
Temperatura (°C)	<u>36.0</u>								
Presión arter. (mm. Hg)	<u>100/100</u>								
Pulso materno (por min.)	<u>130x1</u>								
Altura Uterina (cm.)	<u>28</u>								
Situación (L/T/NA)	<u>L</u>								
Presentación (C/P/T/NA)	<u>C</u>								
Posición (D/I/NA)	<u>D</u>								
F.C.F. (por min./NA)	<u>170x1</u>								
Mov. Fetal (+/++/+++/SM/NA)	<u>+</u>								
Proteinuria Cualitativa									
Edema (+/++/+++/SE)									
Reflejo Osteotendinoso									
Examen de Pezón									
Indic. Hierro / Ac Fólico									
Indic. Calcio									
Indic. Ac Fólico									
Orient. Consej									
EC de Edo. Control									
Perfil Biofísico									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (SI/No/NA)									
Plan Parto									
Estab. de la atención	<u>San Pablo</u>								
Responsable atención	<u>Kazam</u>								
Nro Formato SIS									

L=Longitudinal T=Transversa C=Cefálica P=Pélvica D=Derecha I=Izquierda SM=Sin Movimiento SE=Sin Edema Na=No Aplica NSH=No se hizo



Patologías Materna (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías Fecha: 26/05/21

1: Eclampsia

2:

3:

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

ANEXO 2.- HOJA DE REFERENCIA

PERÚ	Ministerio de Salud	HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	LORETO	Gobierno Regional	Dirección Regional de Salud - Loreto
-------------	----------------------------	---	---------------	--------------------------	---

1. DATOS GENERALES

Fecha: 26/05/2021	Hora: :	Seguro: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> 2. ESSALUD <input type="checkbox"/> 3. SOAT <input type="checkbox"/> 4. POLICIA NACIONAL <input type="checkbox"/> 5. FUERZA ARMADA <input type="checkbox"/> 6. OTRO(ESPECIFICAR)	Seguro SIS: 1. Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> 2. Semisubsidiado <input type="checkbox"/>	Código del Asegurado: 34020181396937	Nro. Hoja de Referencia: 000713 Nro. Historia Clínica: 27696432
-------------------	---------	--	--	--	--------------------------------------	--

Código RENAES: 123	Establecimiento de Salud origen: E-3 SAN PABLO	Código RENAES:	Establecimiento de Salud destino:
--------------------	--	----------------	-----------------------------------

Servicio origen de la referencia (UPS): 1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> 3. Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>	Servicio destino de la referencia (UPS): 1. Consulta Externa <input type="checkbox"/> 2. Apoyo al diagnóstico <input type="checkbox"/> 3. Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>
---	--

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

DNI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> SDOC <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> NN <input type="checkbox"/>	Nombres: [Redacted]	Apellido Paterno: [Redacted]	Apellido Materno: [Redacted]
Nro. DNI: [Redacted]	Menor sin DNI: Nro. DNI madre o apoderado: [Redacted] (Nro Hijo/a)		
Fecha Nacimiento: 03/06/93	Edad: 27	Sexo: F	
Dirección: PERUVI		Departamento: LORETO	Provincia: RAMON CASTELA
		Distrito: SAN PABLO	

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: Paciente gestante sin ningún control embarazo por emergencia (incien) cuando en la cual sus familiares refiere que se encuentran sus diademas a la tarde 16:00 hrs y con el mismo.

Exámen Físico: (T) 36.3 (PA) 160/100 (FR) 22 (FC) 130 SAT. O2 87. Abdomen: adno queda FCF: 170w.

Exámenes Auxiliares: Mucha Hapt. Good
 Fecha: 26/05/2021 Resultado: Good 366/EGM
 Fecha: 1/1 Resultado:

Diagnóstico:	CIE-10	D	P	R
1) <u>Eclampsia</u>	075	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <u>Insuficiencia Respiratoria</u>	96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <u>Antes de 30 ss, 6 dias x emergencia Obstetrica</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento: 0/Na 4x1000cc + Sang de Suero de plasma

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Motivo de Referencia: ① No capacidad resolutive por nivel ② No capacidad resolutive por faltar de especialista 3. Por carecer de determinado insumo 4. Servicio Inoperativo 5. Servicio en reparación 6. Servicio Saturado 7. Por ser titular de EsSalud 8. Carecer de determinado equipo

Detalle del Motivo:

Especialidad de destino: Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst. Otro (Especificar) _____

Condición del paciente: Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte: Terrestre <input type="checkbox"/> Aéreo <input checked="" type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/>	Coordinación de la Referencia: Fecha en que será atendido: 26-05-2021 Hora en que será atendido: Nombre de quien lo atenderá: Nomb. con quien coord. lo aten. (acepta): Nombre quien coordinó la referencia:
--	---	--

Responsable de la RF	Responsable del ES	Personal que acompaña	Personal que recibe
DNI: 45286956 Nombre: Javier Rojas Davila Nº Colegiatura: 79351 Profesión: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix	DNI: 45286956 Nombre: Javier Rojas Davila Nº Colegiatura: 79351 Profesión: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	DNI: 73877375 Nombre: Dodo Revilla Nº Colegiatura: 25844 Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input checked="" type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	DNI: 0557749 Nombre: [Redacted] Nº Colegiatura: 45964 Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro Fecha: 26/5/21 Hora: 11:20

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO - Dirección Regional de Salud - Loreto
 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO - Dirección Regional de Salud - Loreto
 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO - Dirección Regional de Salud - Loreto

MEJAVIER ROJAS DAVILA
 MEJAVIER ROJAS DAVILA
 DODA Y REVILLA SAAVEDRA
 OBSTETRA
 JOSÉ G. REVILLA SAAVEDRA

Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia: Estable Mal estado Fallecido

ANEXO 3.- PAPELETA DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
PAPELETA DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "FELIPE ARRABOLA MORALES"
 "Te sirve con..."

FECHA: 26.05.21
 HORA: _____

Nombre: _____ Edad: 22 años Sexo: F

De consultorio: Trauma Shock A: SOP

Func. Vitales PA: 140/80 Pulso: 142 Frec. Resp.: 22 T° 36.2

Sintomas: paleable / convulsiones

DX: 1) G4 de 29.4 SJ 20 US
 2) Eclampsia
 3) Anhidramnios
 4) ABF
 5) IPR Fmo I
 6) DxC Covid-19
 7) sd. Helyp.
 8) No CPN

FIRMA DEL MÉDICO
 Christopher Gallo Paredes
 Ginecología y Obstetricia
 C.M.P. 75786

ANEXO 4.- INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

Departamento de Ginecología y Obstetricia
 "HOSPITAL REGIONAL DE LORETO"

INFORME ECOGRÁFICO OBSTÉTRICO

Nombre... [Redacted] 15:40 HORA

Fecha... 26.05.21 Edad: 22a

Útero L.....mm x AP.....mm x T.....mm

EG.....mm xmm EG:seg LCR:mm EG:seg UCI: 20 x mm

DIP: 19.9mm EG: 30.0seg
 LF: 26.2mm EG: 28.3seg
 CA: 28.8mm EG: 29.6seg
 CC: 55.2mm EG: 29.0seg

Presentación

Otros:

Placenta: Ubicación: Fundica

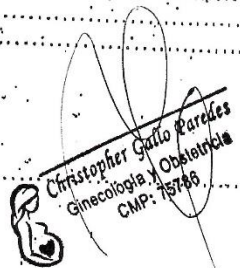
Grosor:mm Grado placentario: III, IIII

Otros:

Líquido amniótico: Pozo:mm Índice:mm

Otros: PF: 1,540r
 Borda: Bordes conservado

Diagnóstico: 1. Gestación Única Activa de 29.4ss
 2. Perfil biofísico fetal 4/8
 3.
 4.


 Christopher Gallo Paredes
 Ginecología y Obstetricia
 CMP: 15746

ANEXO 5B.- LABORATORIO



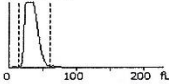
SERVICIO DE EMERGENCIA

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

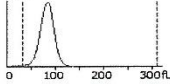
Nombre de pila: [Redacted] Tipo de muestra: EMERGENCIA ID de la muestra: ED-59167
 Apellido(s): [Redacted] Departamento: EMERGENCIA Hora de análisis: 2021/05/31 10:21
 Género: Mujer Hist. clín. N.º: Diagnóstico:
 Edad: 22 Año

Parám.	Resultado	Rango de ref.	Unidad	Parám.	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	28,20 ↑	4,00-10,00	10 ³ /uL	16 RBC	2,76 ↓	3,50-5,00	10 ⁶ /uL
2 Neu%	95,2 ↑	50,0-70,0	%	17 HGB	7,8 ↓	11,0-15,0	g/dL
3 Lym%	2,7 ↓	20,0-40,0	%	18 HCT	23,9 ↓	37,0-47,0	%
4 Mon%	1,3 ↓	3,0-12,0	%	19 MCV	86,4	80,0-100,0	fL
5 Eos%	0,2 ↓	0,5-5,0	%	20 MCH	28,3	27,0-34,0	pg
6 Bas%	0,6 ↓	0,0-1,0	%	21 MCHC	32,8	32,0-36,0	g/dL
7 Neu#	26,85 ↑	2,00-7,00	10 ³ /uL	22 RDW-CV	16,8 ↑	11,0-16,0	%
8 Lym#	0,77 ↓	0,80-4,00	10 ³ /uL	23 RDW-SD	50,7	35,0-56,0	fL
9 Mon#	0,37	0,12-1,20	10 ³ /uL	24 PLT	110	100-300	10 ³ /uL
10 Eos#	0,05	0,02-0,50	10 ³ /uL	25 MPV	11,5	6,5-12,0	fL
11 Bas#	0,16 ↑	0,00-0,10	10 ³ /uL	26 PDW	15,6	9,0-17,0	fL
12*ALY#	0,02	0,00-0,20	10 ³ /uL	27 PCT	0,126	0,108-0,282	%
13*ALY%	0,1	0,0-2,0	%	28P-LCR	37,4	11,0-45,0	%
14*LIC#	0,06	0,00-0,20	10 ³ /uL	29P-LCC	41	30-90	10 ⁹ /L
15*LIC%	0,2	0,0-2,5	%				

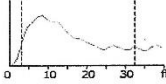
WBC/BASO



RBC



PLT



LS



*** significa "Solo para uso en investigación. No usar en diagnóstico".

Emisor: [Redacted] Operador: admin Autorizador: [Redacted]
 Fecha de muestreo: 2021/05/31 10:21 Hora de entrega: 2021/05/31 10:21 Tiempo validado: [Redacted]
 Fecha del informe: 2021/05/31 10:22 Observaciones:

*El informe es responsable de esta muestra únicamente. Si tiene alguna pregunta, contacte con nosotros en 24 horas.

TGP	IFCC	25 U/l	0.000 - 0.500
BILIRRUBINA DIRECTA	DPD	0.39 mg/dl	0.000 - 0.500
LIPASA	COLORIMETRICA	(*) 127.2 U/l	13.00 - 60.00
BILIRUBINA INDIRECTA	REL	0.12 mg/dl	0.000 - 0.500

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
 Sr. RAFAEL [Redacted] ANKICHA
 SERVICIO DE EMERGENCIA
 Asistente en Servicio de Salud








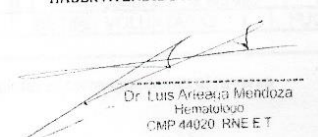

26/05/2021 08:36:21 p.m.

Versión: 1.10.1.1/RT

Laboratorio Page 1 of 1
 CREATININA

26.05-21

ANEXO 6.- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

 2000557017	 INSTITUTO NACIONAL DE OROLOGERÍA Y ESTADÍSTICA	 REPUBLICA DEL PERU	 INEI	 PERU	 Ministerio de Salud				
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL									
El que suscribe certifica: HABER ATENDIDO AL DIFUNTO									
1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO									
1.1 Condición de Identificación:	[REDACTED]								
1.2 Documento de Identidad:									
1.3 Prenombres:									
1.4 Primer Apellido:									
1.5 Segundo Apellido:									
1.6 Sexo:	FEMENINO	1.7 Edad:	22 AÑOS Aprox.	1.8 Nacionalidad:	PERUANA				
2. DATOS DEL FALLECIMIENTO									
2.1 Fecha:	01/06/2021	2.2 Hora:	02:50:00						
2.3 Sitio de ocurrencia:	ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS" - AVENIDA 28 DE JULIO S/N - AMERICA / PERU / LORETO / MAYNAS / PUNCHANA								
2.4 Causa básica del fallecimiento:	SINDROME DE HELLP								
3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN									
3.1 Documento de Identidad:	DNI/LE 10266639								
3.2 Prenombres:	LUIS ERNESTO								
3.3 Primer Apellido:	ARTEAGA								
3.4 Segundo Apellido:	MENDOZA								
3.5 N° de registro del colegio profesional:	044020	3.6 Profesión:	MEDICO						
3.7 Sitio y fecha de certificación:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS" - 1 DE JUNIO DE 2021								
 Dr. Luis Arteaga Mendoza Hematólogo CMP 44020 RNE E T									
Sello y firma del profesional									
PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL									
4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO									
4.1 Nombres y Apellidos:	[REDACTED]								
4.2 Grupo étnico:									
4.3 Documento de identidad:									
4.4 Sexo:						FEMENINO	4.5 Edad:	22 AÑOS	
4.5 Edad:						22 AÑOS			
5. DATOS DEL FALLECIMIENTO									
5.1 Lugar:	ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS" - AVENIDA 28 DE JULIO S/N - AMERICA / PERU / LORETO / MAYNAS / PUNCHANA								
5.2 Fecha:	01/06/2021	5.3 Hora:	02:50:00						
6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN									
6.1 Documento de Identidad:	DNI/LE 10266639								
6.2 Nombres y Apellidos:	LUIS ERNESTO. ARTEAGA MENDOZA								
6.3 N° de registro del colegio profesional:	044020	6.4 Profesión:	MEDICO						
6.5 El que certifica declara:	HABER ATENDIDO AL DIFUNTO								
 Dr. Luis Arteaga Mendoza Hematólogo CMP 44020 RNE E T									
Sello y firma del profesional									
PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
 2000557017									

ANEXO 7-A.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

CARGO

ANEXO 2 FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA		
I. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA (Llenar en todos los casos)		
APPELLIDO PATERNO:	APPELLIDO MATERNO:	NOMBRE (S):
EDAD: 22 Años	DNI N°:	N° HC:
GRUPO ÉTNICO: Especificar: ETNIA: Especificar:		
IDIOMA: Español <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especificar:		
NIVEL EDUCATIVO: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input checked="" type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
OCUPACIÓN: Amade Camp DE SEGURO; SIS <input checked="" type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: No tiene seguro <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO HABITUAL:		
Jr./Calle/Avenida/Comité/Sector	N°/Interior/Manzana/Lote	Urbanización/AAHH/Barrio/Comunidad/Localidad
DEPARTAMENTO: (Procedencia)	PROVINCIA:	DISTRITO:
Loreto	Morona Poma	San Pablo
II. DATOS DE FALLECIMIENTO (Llenar en todos los casos)		
FECHA DE FALLECIMIENTO: Día 01 Mes 06 Año 2021		HORA DEL FALLECIMIENTO: Horas 02 Minutos 50
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input checked="" type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
FASE DEL PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio inmediato <input type="checkbox"/> Puerperio mediano <input checked="" type="checkbox"/> Puerperio tardío <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo) Semanas Desconocido <input type="checkbox"/>		
LUGAR DE FALLECIMIENTO: EESS IGSS/GOBIERNO REGIONAL <input checked="" type="checkbox"/> EESS EsSALUD <input type="checkbox"/> EESS Sanidad FFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar:		
NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE O QUE INVESTIGA: H.P.L.		
CATEGORÍA DEL EESS: I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
FECHA DE INGRESO AL EESS: Día 26 Mes 05 Año 2021 HORA DE INGRESO: Horas 15 Minutos 21 No aplica <input type="checkbox"/>		
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Méd. G-O <input checked="" type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: Desconocido <input type="checkbox"/>		
DEPARTAMENTO: (Fallecimiento)	PROVINCIA:	DISTRITO:
Loreto	Morona	Punchana
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS (Llenar en todos los casos)		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> ITS/VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Drogadicción
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Violencia de género
		<input type="checkbox"/> Tabaquismo
		<input type="checkbox"/> Desnutrición crónica
		<input type="checkbox"/> OTRA
		<input type="checkbox"/> Desconocido
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS (Gestaciones anteriores sin incluir el embarazo actual)		
N° Gestaciones previas 4	N° Partos 3	N° Cesárea 1
N° Abortos -	N° Niños vivos 3	
N° Nacidos muertos 2	N° de hijos que viven	Período Inter-genésico: años meses
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Previo al embarazo actual)		
No uso <input type="checkbox"/>	Hormonal <input type="checkbox"/>	DIU <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Abstinencia Periódica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input checked="" type="checkbox"/>


 I. RAMÍREZ P.

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "FELIPE ARRICOLA IGLESIAS"
 OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
 10/06/2021

17

ANEXO 7-B.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTIVA SANITARIA N° 098-MNSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

IV. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL (Llenar en todos los casos)	
ATENCIÓN PRENATAL (APN)	
ATENCIÓN PRENATAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Primera Atención I Trimestre <input type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/> Número de APN <input type="text"/>	
NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES PRENATALES: _____	
CATEGORÍA DEL EESS: I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> II-E <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> III-E <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Número de visitas <input type="text"/> REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA APN: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>	
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL	
TUVO COMPLICACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> RPM más de 12 horas <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Infección tracto urinario <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Óbito fetal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otro: _____	
PARTO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input checked="" type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado <input type="checkbox"/> Parto obstruido <input type="checkbox"/> Parto distócico <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado <input type="checkbox"/> Alumbramiento incompleto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
PUERPERIO: Hemorragia <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Preeclampsia/Eclampsia <input checked="" type="checkbox"/> Síndrome de HELLP <input checked="" type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Retención de restos placentarios <input type="checkbox"/> Depresión posparto <input type="checkbox"/> Otro: <u>ABF - IRA</u>	
REFERENCIA	
Referida: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° de referencias institucionales: <u>13</u> EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: <u>I-3 Son Pablo</u>	
FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día <u>26</u> Mes <u>05</u> Año <u>21</u> . HORA DE INGRESO: Horas _____ Minutos _____	
FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Día <u>26</u> Mes <u>05</u> Año <u>21</u> . HORA DE EGRESO: Horas <u>15</u> Minutos <u>21</u>	
TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: _____ Días _____ Horas _____	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN EN EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Méd. G-O <input type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera(o) <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input checked="" type="checkbox"/>	
DEPARTAMENTO: (EESS origen de referencia) <u>Loreto</u> PROVINCIA: <u>Ramón Castilla</u> DISTRITO: <u>Son Pablo</u>	
INSTITUCIÓN DESTINO DE LA REFERENCIA: EESS IGSS/Gobierno Regional <input checked="" type="checkbox"/> EESS EsSalud <input type="checkbox"/> EESS SSFFAA/PNP <input type="checkbox"/> EESS Privado <input type="checkbox"/>	
EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: <u>Hospital Regional de Loreto</u>	
FECHA DE INGRESO AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: Día <u>26</u> Mes <u>05</u> Año <u>21</u> . HORA DE INGRESO: Horas <u>15</u> Minutos <u>21</u>	
HOSPITALIZACIONES	
HOSPITALIZACIONES EN LA GESTACIÓN/PUERPERIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUÁNTAS <input type="text"/>	
REQUIRIO TRANSFUSIÓN: SANGRE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EXPANSORES PLASMÁTICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE PARTO o ABORTO: Día <u>26</u> Mes <u>05</u> Año <u>21</u> . Desconocida <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
LUGAR DE PARTO o ABORTO: Domicilio <input type="checkbox"/> En EESS <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <u>NRC</u> No aplica <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PARTO: Vaginal <input type="checkbox"/> Casérea <input checked="" type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO o ABORTO: Méd. G-O <input checked="" type="checkbox"/> Méd. intensivista <input type="checkbox"/> Méd. residente <input type="checkbox"/> Méd. general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Desconocido <input type="checkbox"/>	
NECROPSIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10 _____	

ANEXO 7-C.- FICHA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECTIVA SANITARIA N° 036-MINSA/CDC-V.02
DIRECTIVA SANITARIA QUE ESTABLECE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

V. DATOS DEL ENTORNO SOCIAL/COMUNITARIO (Llenar en todos los casos)		
IDENTIFICARON SIGNOS DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
PERSONA QUE IDENTIFICÓ SIGNOS PELIGRO: Ella misma <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
BUSCARON AYUDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Ella misma <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORO EN BUSCAR AYUDA O ATENCIÓN, DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS: _____ Horas _____ Minutos		
SE TUVO DIFICULTAD CON EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ESPECIFICAR: Inaccesibilidad geográfica <input type="checkbox"/> Distancia <input checked="" type="checkbox"/> Transporte <input checked="" type="checkbox"/> Creencias /Costumbres <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORO DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA LLEGAR AL EESS: _____ Horas _____ Minutos		
TUVO DIFICULTADES PARA SER ATENDIDA EN EL EESS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR: Económicas <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/>		
Administrativas/Trámites <input type="checkbox"/> Demora en Atención <input type="checkbox"/> Mala atención <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO QUE DEMORO DESDE QUE LLEGÓ AL EESS HASTA QUE FUE ATENDIDA: _____ Horas _____ Minutos		
PERSONA QUE BRINDÓ INFORMACIÓN Y RELACIÓN CON LA FALLECIDA: Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/>		
Partera <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
VI. DATOS COMUNITARIOS (LLENAR SOLO EN CASO DE MUERTE MATERNA EXTRAINSTITUCIONAL Y CASOS ESPECIALES*)		
SINTOMATOLOGÍA O MOLESTIAS: Sangrado <input type="checkbox"/> Pérdida de líquido <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Sensación de alza térmica <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos <input type="checkbox"/>		
Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Pérdida/alteración del estado de conciencia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
MANIOBRAS USADAS DURANTE EL PARTO: No se usó <input type="checkbox"/> Manteo <input type="checkbox"/> Acomodo <input type="checkbox"/> Masajes <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
MANIOBRAS USADAS PARA RETIRAR PLACENTA: No se usó <input type="checkbox"/> Manteo <input type="checkbox"/> Acomodo <input type="checkbox"/> Masajes <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____		
TIEMPO ESTIMADO DEL DOMICILIO AL EESS MÁS CERCANO (Vía usual) Horas: _____ Minutos: _____		
TIPO DE ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANO: Puesto de Salud <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		
VII. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar en todo los casos, revisado por el CPMMyP)		CAUSA GENÉRICA
CAUSA FINAL: <i>Shock multiorgánico</i>	CIE-10: <i>R59</i>	<input type="checkbox"/> Hemorragia
CAUSA INTERMEDIA: <i>Edema</i>	CIE-10: <i>O15.9</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión gestacional
CAUSA BÁSICA: <i>PE</i>	CIE-10: <i>N01</i>	<input type="checkbox"/> Infección/Sepsis
CAUSA ASOCIADA:		<input type="checkbox"/> Otra causa: _____
CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE: Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/> Incidental <input type="checkbox"/>		
VIII. DEMORAS		
1ra DEMORA	En la identificación del problema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2da DEMORA	En la decisión de buscar ayuda	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3ra DEMORA	En acceder a los servicios de salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4ta DEMORA	En recibir tratamiento adecuado y oportuno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____		
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIÉN INVESTIGA:	CARGO:	FIRMA Y SELLO:
PROFESIÓN: Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Estadístico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		



*En caso de una muerte materna institucional procedente o no de una referencia institucional y ocurrida inmediatamente después de ingresada la paciente o con permanencia en el establecimiento de salud menor de 24 horas, en donde no existiera datos clínicos suficientes.
1ra DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: La gestante, la familia o la comunidad no reconoció los signos de alarma.
2da DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud.
3era DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD: Dificultad con la accesibilidad física a los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte. 4ta DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO: Capacidad de brindar tratamiento oportuno y adecuado, capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos.

