



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Trabajo Académico

Resultados de la atención en preeclampsia severa en dos casos clínicos
atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho 2017 y 2019

**Para optar el Título Profesional de
Especialista en Riesgo Obstétrico**

Presentado por:

Autora: Huamaní De La Cruz, Rosa Elena

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8551-0397>

Asesor: Dr. Tapia Núñez, Walter Enrique

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1974-5160>

Lima – Perú

2021

Trabajo Académico

“Resultados de la atención en preeclampsia severa en dos casos clínicos atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho 2017 y 2019”

Línea de Investigación

Salud Sexual y Reproductiva

Asesor

Dr. Walter Enrique Tapia Núñez

Código ORCID

UPNW-GRA-FOR-026

Dedicatoria

Dios por estar siempre a mi lado.

A Percy, Shayna y mis padres
por su constante apoyo para cumplir mis metas.

Agradecimientos

A mis padres, por haber hecho de mí, una persona con valores y principios.

Asesor de Trabajo Académico

Dr. Walter Enrique Tapia Núñez

Jurados

PRESIDENTE

Dr. Carlos Rodríguez Chávez.

SECRETARIA

Mg. Elvira Benites Vidal.

VOCAL

Mg. Katty Salcedo Suarez.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I.....	11
CASO CLÍNICO I	11
CASO CLÍNICO II.....	32
CAPÍTULO II.....	47
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	47
CAPÍTULO III	48
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
Antecedentes Nacionales	48
Antecedentes Internacionales.....	51
CAPITULO IV	55
DISCUSIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS.....	55
CAPÍTULO V	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	66
ANEXOS	68
Anexo 1.....	68
Anexo 2.....	70
Anexo 3.....	72
Anexo 4.....	73
Anexo 5.....	74
Anexo 6.....	75
Anexo 7.....	76
Anexo 8.....	77

RESUMEN

En el presente trabajo analizaremos dos casos clínicos por preeclampsia con criterios de severidad, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Las historias clínicas de preeclampsia que se revisará a continuación son 2 pacientes atendidas en los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos y hospitalización de alto riesgo obstétrico, que presentan factores de riesgo similares para preeclampsia severa, pero con resultados diferentes al alta.

En el primer caso clínico es una primigesta de 24 años con 35 semanas de embarazo, controles prenatales insuficientes, presenta hipertensión, cefalea, visión borrosa, plaquetopenia, sin signos clínicos de desprendimiento prematuro de placenta. Sin embargo, al solicitar una ecografía ginecológica se evidencia la formación de un lago vellosos. Posterior al resultado ecográfico, paciente ingresa a sala de operaciones, por bradicardia fetal con resultado de óbito fetal.

En el segundo caso clínico primigesta de 17 años con 33 4/7 semanas de embarazo, sin controles prenatales, presenta hipertensión, edema vulvar, plaquetopenia, hipoalbuminemia, hipocalcemia y con resultado de recién nacido vivo.

Ambos casos terminaron gestación por cesárea, y post recuperación anestésica ingresan al servicio de unidad cuidados intensivos, después al servicio de alto riesgo obstétrico, permaneciendo en total 10 días y 7 días respectivamente para su alta del servicio de ginecoobstetricia.

El objetivo es comparar los resultados de la atención de la preeclampsia severa en dos casos clínicos con similares factores de riesgo atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho.

Asimismo, se hace revisión de antecedentes bibliográficos nacionales e internacionales, referidos al tema.

ABSTRACT

In this paper, we will analyze two clinical cases of preeclampsia with criteria of severity, treated at San Juan de Lurigancho Hospital.

The medical records that we will be reviewed in the following paragraphs belong to 2 patients, attended in the emergency services, intensive care unit and obstetric high-risk hospitalization, who present similar risk factors for severe preeclampsia, but different results at discharge.

The first clinical case belongs to a 24 year old primigravida with 35 weeks of pregnancy, without prenatal checkups, that presents hypertension, headache, blurred vision, thrombocytopenia and without clinical signs of placental abruption. Nevertheless, while performing a gynecological ultrasound, the incipient formation of a hematoma was evidenced. After having the results of the ultrasound, the patient enters the operating room, because of fetal bradycardia resulting in fetal death.

The second clinical case belongs to a 17 year old primigravida with 33 weeks of pregnancy, without prenatal checkups, that presents hypertension, vulvar edema, thrombocytopenia, hypoalbuminemia and hypocalcemia resulting in newborn alive.

Both cases ended in gestation by cesarean section and post anesthetic recovery. First they entered the intensive care unit service and then the high-risk obstetric service, staying there in total 10 days and 7 days respectively for their discharge of obstetric-gynecological service.

The objective is to compare the results of severe preeclampsia care in two clinical cases with similar risk factors treated at the San Juan de Lurigancho hospital.

Likewise, a review of national and international bibliographic background, referred to the subject, is done.

INTRODUCCIÓN

Partiendo de la etiología, la preeclampsia es una enfermedad compleja, que aparece más en países como el nuestro: por ello, la preocupación por disminuir las tasas de mortalidad materna y por consiguiente la fetal, que también es afectada por las complicaciones de la preeclampsia.

En el mundo, la preeclampsia es la causa directa de aproximadamente 15% de las muertes maternas. En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causa de 25,7% de la muerte materna y en los Estados Unidos, la preeclampsia es la cuarta causa de mortalidad materna (1 muerte por cada 100000 partos vivos). De igual manera se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extrema grave (1)

En el Perú **los trastornos hipertensivos representan** la segunda causa de Mortalidad Materna, con 23,3% del total de las muertes. Entre los años 2013 y 2017, en Perú alrededor de 170 madres murieron por hipertensión inducida por el embarazo (8). En el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2016 se presentaron 134 casos de preeclampsia, corresponde 104 casos a preeclampsia severa y 30 casos a preeclampsia leve. (2)

La atención en el hospital San Juan de Lurigancho se caracteriza por atender pacientes primigestas sin adecuados controles prenatales, no detectar los signos de alarma oportunamente estos son los factores de riesgo que presenta ambos casos clínicos.

El contenido de los dos casos clínicos nos lleva a reflexionar, sobre la importancia del manejo de la preeclampsia según protocolos establecidos, el manejo oportuno reduce las dificultades que se asocian a la enfermedad.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN

CASO CLÍNICO I

Nota: Los datos que se consignan en caso clínico son los que figura en historia clínica original.

LUGAR: Hospital San Juan de Lurigancho MINSA Nivel II -2

FILIACIÓN:

Fecha de ingreso: 11/03/ 17

Nombres y Apellidos: P.G.M.

Edad: 24 años

Procedencia: San Juan de Lurigancho.

Estado Civil: conviviente.

Ocupación: no consigna.

Religión: no consigna.

Grado Instrucción: 3ro. Secundaria

ANTECEDENTES PERSONALES:

Alergias: ninguna

Patológicos: ninguna

Familiares: ninguno.

Antecedentes quirúrgicos: niega.

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS:

Paridad: G 1 P 0000

Menarquia: no consigna.

Régimen catamenial: no consigna.

N.º atenciones prenatales: 05

Fecha última menstruación: 08 / 07 /2016

Fecha probable de parto: 15/04/17

ENFERMEDAD ACTUAL:

Hora de ingreso: 15:41 p.m.

Tiempo de enfermedad: 1 hora.

Relato: Paciente ingresa a emergencia de gineco-obstetricia acompañada por familiar (esposo). Primigesta con síntomas de irritación cortical, cefalea intensa, niega epigastralgia, refiere visión borrosa. Hace 1 hora se tomó la presión arterial en farmacia particular PA 150/80 mm Hg.", y acude al hospital.

Funciones vitales:

P.A. :220/120mm Hg

Temperatura: 36,7 °C.

Frecuencia cardiaca:100 lat./min.

Frecuencia respiratoria: 18 rpm

Peso: 63 Kg.

Talla: 1.49 mt.

Examen Físico: LOTEP, AREN, AREG, Edematizada

Piel y mucosas: palidez, elásticas

Abdomen: altura uterina 33 cm.

Latido cardiaco fetal: 133 x`.

Ponderado fetal: 3410 + 110 gr.

Dinámica uterina: no consigna.

Genitales externos: Tacto vaginal: diferido

Extremidades: edema ++/+++ en MMII y MMSS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Gestante de 35 semanas por FUM
2. No trabajo de parto
3. HIE: pre eclampsia severa

Se solicita: perfil quirúrgico y set de preeclampsia.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- NaCl 0,9 % x 1000 CC. pasar 300 cc a chorro, luego 60 gotas por minutos
- Sulfato de Magnesio 05 ampollas + ClNa 0,9% x 50 cc pasar 40 cc en 15 minutos, luego 10 cc por hora.
- Nifedipino 10 mg vía oral PRN a PA >160/110 mmHg.
- Controles obstétricos (Latido cardiaco fetal y dinámica uterina)
- Sonda Foley permeable
- Control de diuresis
- Control de presión arterial cada 2 horas.

Paciente ingresa a observación de emergencia a 16:20 p.m. Se apertura hoja de monitoreo clínico, tratamiento anticonvulsivante, control de presión arterial

REVALUACIÓN MÉDICA:

Hora 16:30 p.m.

Presión arterial: 200/120 mmHg.

Latido cardiaco fetal: 140 x minuto. Paciente asintomática.

Nifedipino 10 mg VO cada 30 minutos hasta mantener la PA. 150/100 mm Hg.

Se insiste a laboratorio para obtener resultados.

REPORTE OBSTÉTRICO:

Hora: 16:20 p.m.

Paciente ingresa a observación, con dos vías periféricas. 1ra. dosis de Nifedipino

Hora: 16:30 p.m.

Inicio de dosis de ataque con sulfato de magnesio. Control de diuresis

Hora: 16:50 p.m.

PA: 200/110 mm Hg. 2da. dosis de Nifedipino, se inicia dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio.

Hora: 17:00 p.m.

Personal de laboratorio toma muestra de sangre para exámenes de set de preeclampsia.

Paciente queda en control estricto de toma de P.A. y LCF

Hora 17:10 p.m.

PA 160/100 mmHg. Interconsulta con pediatría.

Hora: 17:30 p.m.

PA: 160/100 mmHg. LCF: 136 x minuto. Se presenta el caso a anesthesiólogo de turno con resultados básicos de laboratorio.

Exámenes complementarios iniciales:

Hemograma

Hb: 14,6 gr/dl.

Hto: 42,5 %

Plaquetas: 118,000 /ml

Perfil de Coagulación

Tiempo coagulación: 6 '30"

Tiempo sangría: 2' 00"

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Primigesta de 35 ss. x FUM.
2. No trabajo parto.
3. HIE pre eclampsia.
4. D/c Síndrome HELLP.

Plan de Trabajo- Manejo: Derivación de paciente a otro hospital de mayor complejidad.

Hora 18:00 pm.

Interconsulta de Anestesiología

Paciente ASA III (Riesgo quirúrgico para anestesiología) cursa con plaquetopenia, **Se sugiere transferir a paciente a hospital de mayor nivel para manejo y transfusión de plaquetas.**

REFERENCIA

- 18:30 Hospital nacional Hipólito Unanue: No disponibilidad de camas. Sugieren colocar plaquetas y luego intervención quirúrgica
- 18:40 Instituto nacional Materno Perinatal: No disponibilidad de camas y debe operarse primero a paciente.
- 18:45 Hospital San Bartolomé: Debe operarse primero a paciente.

Hora: 18:15 p.m.

Paciente es llevada al servicio de ecografía

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (hora 18:48)

- 1) Gestación única activa cefálico 33 6/7 semanas.
- 2) Lago en placenta.
- 3) Índice líquido amniótico 70.
- 4) Perfil Biofísico 10/10.

Hallazgo incidental: Líquido libre en cavidad abdominal materna

Hora 19:00 pm

P.A. 180/120 mmHg

Jefe de guardia comunica a ginecólogo que anestesióloga solicita 06 unidades de plaquetas para ingreso a sala de operaciones.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Hemograma:

Leucocitos :15780 leuco/uL;

Hb: 14,6 gr/dl

Plaquetas: 118,000 -138,000 (referencial) /ml;

Serología e Inmunología

Grupo sanguíneo “O “

Factor Rh (+)

Perfil de Coagulación

Fibrinógeno: 4.34 gr/L

Bioquímica

Creatinina: 1,42 mg/dl.

Urea: 64 mg/dl.

DHL: 1420 UI/LK.;

Diuresis 100cc en 3 horas.

Hora: 19:15

PA: 160/110 mmHg. LCF: 80-60 x minuto, pasa a sala de operaciones.

REPORTE OPERATORIO

INGRESO A SALA OPERACIONES:

19:35 p.m.

Hora de inicio: 19:39 p.m.

Hora de término: 20:40 p.m.

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

BRADICARDIA SEVERA, GESTANTE DE 35 ss., PREECLAMPSIA.

Procedimiento: Incisión transversa Pfannenstiel, apertura de pared por planos, histerotomía segmentaria, extracción de feto en cefálica, extracción de placenta y escobillonaje, histerorrafia colocación de puntos de B-Lynch, cierre por planos.

Hallazgos: recién nacida mujer, Apgar 0`, ÓBITO FETAL.

Placenta fúndica normo inserta se extrae coágulos aprox. 60 cc líquido amniótico meconial y sanguinolento. Útero poco contraído. Presencia de ascitis en cavidad abdominal aproximadamente 800 CC.

Sangrado intraoperatorio: 500 CC.

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

ÓBITO FETAL+ DPP +RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO, HIPOTONÍA UTERINA.

Tipo de anestesia: general.

Funciones vitales pre quirúrgicos: PA: 169/110 mmHg, FC: 70x`, FR: 23 x`

Funciones vitales post quirúrgicos: PA: 127/70 mmHg, FC: 107 x`, Saturación Oxígeno 99 %., sonda vesical y vías permeables.

BALANCE HÍDRICO INTRAOPERATORIO:

INGRESOS	EGRESOS
CINa 0.9% x1000cc	Sangrado: 500 cc
Dextrosa 5 % 1000 cc	Diuresis: 50cc + Drenaje: 100 cc
TOTAL: 2000 cc	TOTAL: 650 cc

INDICACIONES POST QX INMEDIATAS:

1. NPO.
2. NaCl 0.9% 1000cc+ Oxitocina 30 UI > I - II 45 gotas x `
3. NaCl 0,9% 50 cc + Sulfato de Magnesio 5 amp > 10 cc por hora
4. Nifedipino 10 mg VO si PA > 160/110 mmHg.
5. Sonda Foley permeable permanente.
6. CSV – CFV.

7. Cefazolina 1 gr c/ 8 EV (previa prueba de sensibilidad)
8. Tramadol 100 mg c/8 horas EV en volutrol.
9. Balance Hídrico estricto.

PLAN TRABAJO POST- CESÁREA

- Se solicita pase a UCI.
- Solicita set pre eclampsia de control a las 6 horas post cesárea. (02:00 am)
- Antibioticoterapia.

EVALUACIÓN MÉDICA DE UCI (1):

Hora 21:15 p.m.

Paciente bajo efectos de anestesia residual ventilando espontáneamente hemodinámicamente estable. Reevaluación en unidad recuperación post-anestésica en 2 horas.

Hora 22:50

Paciente despierta, obedece a órdenes; hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente.

Funciones Vitales:

Presión arterial: 134/75 mm Hg

Frecuencia cardiaca: 114 rpm

Frecuencia respiratoria: 20 lpm.

Temperatura: 36 °C.

Al Examen:

Abdomen: B/D, ruidos hidroaéreos (↓), herida operatoria seca.

Diuresis: oliguria.

Evolución: Paciente favorable, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, oligúrica.

PLAN DE TRABAJO:

1. Efectivizar exámenes de laboratorio.
2. Recuento de fluidos
3. Pasa a hospitalización.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Polygeline 500 ml ev. stat I-II
- Furosemida 20mg ev. stat.
- Se reevalúa con resultados de exámenes.

REVALUACIÓN POSTCESÁREA POR GINECO-OBSTETRICIA.

Hora 23:30 p.m.

Presión arterial: 150/85 mm Hg

Frecuencia cardiaca: 88 lat./min.

Exámenes de laboratorio:

Recuento de plaquetas; 138,000,

TGO: 43

TGP: 27

DHL: 1420

Con diuresis de 10 cc/ hora. Evaluada por médico de UCI quien indica: FUROSEMIDA 20 mg stat. y poligelina 500 ml (2 frascos). Al momento con tratamiento de metildopa 1 gr VO c /12 horas.

Al examen preferencial:

Abdomen: Útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Puérpera inmediata.
2. Post Operada CSTP por pre eclampsia severa + óbito fetal
3. D/c Insuficiencia renal.
4. Infección tracto urinario.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- NPO
- CFV -Monitoreo permanente
- Dextrosa 5% 1000 cc+ Cl Na20% (1amp) +Oxitocina 2 amp> I, II, III
- Ceftriaxona 2 gr e.v /24 horas.
- Nifedipino 10 mg. Vía oral PRN PA \geq 160/110
- Metildopa 1 gr c /12 horas
- Captopril 50 mg vía oral cada 12 horas
- Vigilar signos premonitorios.
- Sonda Foley permeable.
- Diuresis horaria + balance hidroelectrolítico
- Pruebas de pre eclampsia de 6 y 12 horas.
- Reevaluar con resultados.

Suspender protocolo de sulfato de magnesio por oliguria.

EVALUACIÓN MÉDICA DE UCI (2):

Día: 12/03/17

Hora 06:45 am

Funciones vitales: PA: 137/75 FC 134 x'

Al examen:

Sistema neurológico: Glasgow 15 ptos.

Cardiovascular: hemodinámicamente estable. P.A.M. 92, febril: 38,2

Respiratorio: ventilando espontáneamente, taquicardia, Saturación de Oxígeno 96 %

Abdomen: blando, depresible RHA (+), herida operatoria seca.

Genitales externos: Loquios serohemáticos escasos.

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma: **Leucocitos: 33,330 /uL; Abasto: 4% /uL;** Hb: 13,6 gr/dl; plaquetas: 160,000 /uL.

Perfil de coagulación: TP 9,4 seg.; INR: 0,77; TTPA 26 seg.

Pruebas bioquímicas: Bilirrubina Total=0,5 mg/dl; Fosfatasa Alcalina=477; Proteína Totales =5,11.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Sepsis p.p. ginecológico.
2. Post operada inmediata (12 hr.) cesárea por pre eclampsia y bradicardia fetal.
3. D/c foco urinario.

PLAN TRABAJO:

- Pasa a UCI para monitoreo hemodinámico y manejo.
- Antibiótico de amplio espectro.
- Fluidoterapia.
- Gastro- protección.
- Antipiréticos.
- Antihipertensivos.
- Se ss. exámenes de orina, urocultivo, urea, creatinina, glucosa, AGA y electrolitos.

UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

Día: 12/03 /17

Hora: 08.20 am

P.A.=110/65 mm Hg.; F.C. =105 lat./min; F.R.=22 rpm; Sat. O2= 96 %

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Preeclampsia
2. Disfunción renal
3. Síndrome febril d/c uro sepsis

PLAN DE TRABAJO: Seguir mismas indicaciones.

Día: 13/03 /17

Hora: 08.20 am

P.A.= 130/79 mm Hg.; F.C. =79 lat./min; F.R. =24 rpm; Sat. O2: 99%

Paciente refiere visión borrosa y dolor en herida operatoria

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma: Leucocitos:23,950 /uL; Abastados: 3%; Hb: 10,7g/dl; Hto.: 32,5%
Plaquetas: 79,000/ uL.

Pruebas Bioquímicas: creatinina: 1,21 mg/dl; TGO: 42; TGP: 25U/L; DH 1027 UI/L

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Pre eclampsia Severa
2. Disfunción renal aguda no oliguria por Preeclampsia.
3. Distensión abdominal a hipoalbuminemia.
4. Plaquetopenia medular por 1.
5. Puérpera mediata P.O. CSTP por preeclampsia severa + óbito fetal +hipotonía uterina.

PLAN TRABAJO:

- Ecografía Abdominal.
- Evaluación Ginecológica.
- Control de PA.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Tolerancia oral.
- Dextrosa 5% 1000 cc ClNa 20% (2 amp) + Cl K 20% (1)
- Meropenem 1 gr c/8 horas pasar en 3 hr.
- Vancomicina 1 gr c/12 hr.
- Omeprazol 40 mg c/24 hora
- Metoclopramida 10 mg c/8 horas.
- Metildopa 1 gr c/12 hr.
- Metamizol 2 gr EV PRN temperatura ≥ 38.3 °C
- Tramadol 100 mg c/ 8 hr.
- Nifedipino 10 mg VO P.A. > 160/110 mmHg.
- CFV
- BHE.

Día 14/03/17

Hora: 08:05 am

P.A. = 130/79 mm Hg.; F.C. = 79 lat./min; F.R. = 24 rpm; Sat. O₂: 99%.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post operada 3er día por cesárea + óbito fetal
2. Preeclampsia severa
3. Disfunción renal en remisión.
4. D/c uro sepsis
5. Hipoalbuminemia

PLAN TRABAJO:

- Mantener antibiótico amplio espectro
- Aumentar dosis antihipertensiva
- Disminuir hidratación endovenosa

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta blanda + L.A.V.
- Dextrosa 5% 1000 CC. + ClNa 20% (1 amp.) + Cl K 20% (1) en 20 CC. / hora
- Meropenem 1 gr c/8 horas.
- Vancomicina 1 gr c/12 hr.
- Omeprazol 40 mg c/24 hora
- Metoclopramida 10 mg c/8 horas.
- Metildopa 1 gr c/12 hr.
- Metamizol 1 gr EV PRN temperatura ≥ 38.3 °C
- Tramadol 100 mg c/ 8 hr.
- Nifedipino 20 mg VO c/ 8 horas.
- CFV
- BHE.

Día 15/03/17

Hora: 08:00 am

P.A.= 150/89 mmHg; F.C.= 64 lat./min; F.R.= 20 rpm; Sat. O2: 97%

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. P. O. 4to día x cesárea + óbito fetal
2. Preeclampsia severa.
3. Síndrome febril (d/c uro sepsis, d/c endometritis)
4. Hipoalbuminemia.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta blanda hiperproteica + L.A.V.
- Dextrosa 5% 1000 cc + ClNa 20% (2 amp) + Cl K 20% (1 1/2) en 60 cc / hora
- Meropenem 1 gr c/8 horas.
- Vancomicina 1 gr c/12 hr.
- Omeprazol 40 mg c/24 hora
- Metoclopramida 10 mg c/8 horas.
- Metildopa 1 gr. c/12 hr.
- Metamizol 1 gr EV PRN temperatura ≥ 38.3 °C
- Tramadol 50 mg c/ 8 hr.
- Nifedipino 20 mg VO c/ 8 horas.
- CFV
- BHE.

Día 16/03/17

Hora: 08.40 am

P.A.= 140/90 mm Hg.; F.C. =75 lat./min; F.R. =20 rpm; Sat. O2: 98%.

Paciente de 24 años con problemas planteados

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- 1) P. O. 5to día × cesárea + óbito fetal
- 2) HIO: Pre eclampsia severa.
- 3) Sepsis resolución: -ITU – D/c Endometritis.

PLAN DE TRABAJO:

- Control de presión arterial

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta completa hiperproteica + L.A.V. + Suplemento vitamínico
- ClNa 0,9% x 1000 cc + Cl K 20% (2) en 60 CC. / hora
- Meropenem 1 gr c/8 horas.
- Vancomicina 1 gr c/12 hr.
- Nifedipino 20 mg VO c/ 8 horas.
- Metildopa 1 gr. c/12 hr.
- Metoclopramida 10 mg c/8 horas.
- Omeprazol 40 mg e.v..c/24 hr.
- Metamizol 1 gr EV PRN temperatura ≥ 38.3 °C
- Tramadol 50 mg c/ 8 hr
- CFV
- BHE.
- Captopril 25 mg VO c/ 8 hr y PRN PA 140/100 mm Hg.

Día 17/03/17

Hora 08.30 am

P.A.=130/90 mm Hg.; F.C.= 93 lat./min; F.R. =16 rpm; Sat. O2=98%

PLAN DE TRABAJO:

- Alta de UCI
- Cuidados de enfermería
- Control de Hb y Htco

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta Completa + LAV
- Vía periférica heparinizada.
- Meropenem 1 gr c/8 horas
- Vancomicina 1 gr c/12 hr
- Nifedipino 10 mg vía oral c/ 8 horas.
- Metildopa 1 gr vía oral c/ 12 horas.
- Paracetamol 1 gr vía oral c/ 8 horas
- CFV
- **Condiciones de alta en UCI.** Continuar manejo en gineco-obstetricia.

Día 18/03/17

P.A.= 130/80 mm Hg.; F.C.= 86 lat./min; F.R. =20 rpm; Sat. O2= 97%

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post operada 6to día por cesárea + óbito fetal
2. H.I.E.: preeclampsia
3. ITU en tratamiento

PLAN DE TRABAJO:

- Evolución por ginecología.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta completa + LAV.
- Vía heparinizada.
- Nifedipino 10 mg vía oral c/ 8 horas.
- Metildopa 1 gr vía oral c/12 horas.

- CFV
- HB- Hto.

Evolución en el área de alto riesgo obstétrico

Día 18/03

Hora: 08:00

P.A.= 140/90 mm Hg.; F.C. =85 lat./min; F.R.= 20 rpm; T° =37 C

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post operada 7 mo. día cesárea x HELLP (remisión) / Óbito Fetal.
2. Sepsis foco ginecológico en remisión

PLAN DE TRABAJO:

- Pasa alto riesgo obstétrico.
- Ss. set de preeclampsia (12 am)

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta líquida + LAV
- Vía salinizada
- Nifedipino 10 mg vía oral c/ 8 horas.
- Metildopa 1 gr. vía oral c/12 horas.
- Paracetamol 500 mg. c vía oral / 8 horas.
- Retiro de sonda Foley.
- Cabergolina 0,2 mg (2 tabletas) vía oral stat.

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: 14,670 /uL; Abastoados: 1%; Hb: 9,7 g/dl; Hto.:27,6% Plaquetas: 277,000/ uL.

Pruebas Bioquímicas: Creatinina: 0,65 mg/dl; TGO:31; TGP: 30U/L; LDH 488 UI/L

P.A.= 150/110 mmHg.

Hora: 20:00 hr.

P.A. =180/100 mmHg. F.C. =76 lpm.

Paciente refiere leve cefalea. Se realiza interconsulta con UCI por presentar presión arterial: 180/100 mmHg

PLAN TRABAJO:

Nifedipino 10 mg VO c/ 8 horas.

Metildopa 1 gr VO c/12 horas.

Monitoreo de P.A. c /hora.

Continuar con indicaciones médicas.

Día 19/03/17

P.A.= 140/80mm Hg.; F.C.= 72 lat./min, T°= 37 C

Al Examen: LOTEPE-AREG-BEH

Mamas: blandas, secreción láctea

Abdomen: herida operatoria: no signos de flogosis

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Post Operada 8vo. día cesárea por HELLP+ óbito fetal
- THE: preeclampsia en remisión.
- Sepsis foco ginecológico en remisión.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta completa hiperproteica.
- Metildopa 1 gr c/8 horas VO.
- Nifedipino 10 mg c/8 horas VO.
- Paracetamol 1 gr c/ 8 horas vía oral (suspendido)
- Tramadol 50 mg c/8 horas vía oral.
- Control presión arterial c/4 horas hoja aparte.
- C.F.V.

Día 20/03/17

Hora 08:00

P.A.= 120/80 mm Hg.; F.C. =70 lat./min; T° =37 C

Paciente refiere disuria, dolor pélvico, leve cefalea, niega síntomas de irritación cortical.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post Operada 9no. día cesárea x HELLP / óbito fetal.
2. THE: Preeclampsia con/ss. en remisión
3. Sepsis foco ginecológico en remisión.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Dieta completa hiperproteica. + LAV.
- Nifedipino 10 mg c/12 hora vía oral.
- Metildopa 1 gr c/8 h. vía oral.
- Fenazopiridina 100 mg c/8 h. vía oral.
- Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte
- CFV.

Se ss. set de preeclampsia

Día 21/03/17

Hora 06:30 am

P.A.= 130/80 mm Hg.; F.C.= 72 lat./min; T°= 37°C

Paciente refiere disuria, dolor leve a nivel de herida operatoria.

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: 11,700 /uL; Hb: 9,2 g/dl; Hto.:28.0%; Plaquetas: 362,000/ uL.

Pruebas Bioquímicas: Creatinina: 0,75 mg/dl; TGO:32; TGP: 43U/L; LDH: 490 UI/L

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post operada 9no. día cesárea x HELLP / óbito fetal.
2. THE: preeclampsia con/ss. en remisión.
3. Sepsis foco ginecológico en remisión.

PLAN TRABAJO:

- Alta con indicaciones
- Control consultorio externos en 7 días.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- Metildopa 1 gr c /8 horas x 10 días.
- Nifedipino 10 mg vía oral c/24 horas x 3 días

CASO CLÍNICO II

Nota: Los datos que se consignan en caso clínico son los que figura en historia clínica original.

LUGAR: Hospital San Juan de Lurigancho MINSA Nivel II -2

FILIACIÓN:

Fecha de ingreso: 05/02/ 19

Nombres y Apellidos: M.R.E.

Edad: 17 años

Procedencia: San Martin.

Estado Civil: conviviente. (6 meses)

Ocupación: ama de casa.

Religión: católica.

Grado de instrucción: 2do secundaria

ANTECEDENTES PERSONALES:

Alergias: Ninguna

Patológicos: ninguna

Familiares: ninguno.

Antecedentes Quirúrgicos: niega.

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS:

Paridad: G 1 P 0000

Menarquia: no consigna.

Régimen catamenial: no consigna.

Nº atenciones prenatales: 02

ENFERMEDAD ACTUAL:

Hora de ingreso: 15:08 p.m.

Tiempo de enfermedad: 1 semana.

Anamnesis: paciente ingresa a emergencia de Gineco-obstetricia acompañada por tía materna. Gestante acude por presentar edema vulvar. Niega otras molestias, no signos de irritación cortical.

Fecha última de menstruación: 15/06/ 18.

Fecha probable de parto: 22/ 03/19

Edad gestacional: 33 ½ semanas por F.U.R.

Control prenatal: 02 veces

Funciones vitales:

P.A.:160/110mm Hg

Temperatura: 37 °C.

Frecuencia cardiaca:88 lat./min.

Frecuencia respiratoria: 24 rpm

Peso: no consigna.

Talla: 1.50 mt.

Examen Físico: Despierta, LOTEP, AREN, AREG, Edematizada

Piel y mucosa: pálidas

Abdomen:

Altura uterina 30 cm.

Latido cardiaco fetal: 140 x`.

Dinámica uterina: ausente.

Genitales externos: **edema vulvar severo**

Tacto Vaginal: Diferido

Extremidades inferiores: Edema ++/+++; ROT: ++/+++

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Primigesta adolescente de 33 ½ semanas por UR.
2. No trabajo de parto
3. THE: Pre eclampsia con criterios de severidad.
4. Edema generalizado (Ascitis)

Se solicita:

- Ecografía obstétrica,
- Monitoreo electrónico estricto
- Set de preeclampsia.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- ClNa 0,9 % x 1000 cc pasar 400 cc a chorro, luego 60 gotas por minutos
- Sulfato de Magnesio 05 ampollas + ClNa 0,9% x 50 cc pasar 40 cc en 20 minutos, luego 10 cc por hora.
- Nifedipino 10 mg vía oral PRN a PA >160/110 mmHg.
- Controles obstétricos (latido cardiaco fetal y dinámica uterina) en monitoreo electrónico continuo.
- Control funciones vitales (monitoreo continuo)
- Sonda Foley permeable
- Betametasona 12 mg endovenoso cada 24 horas.
- Interconsulta probable referencia.
- Metildopa 200 mg 2 tabletas cada 12 horas.

Paciente ingresa a observación de emergencia a 15:40 p.m. Se apertura hoja de monitoreo clínico, tratamiento anticonvulsivante, control de presión arterial

REVALUACIÓN MÉDICA:

Hora 17:10 p.m.

Presión arterial: 140/90 mmHg.

Latido cardiaco fetal: 140 x minuto.

Hemograma

Hb: 12 gr/dl.

Hto: 42,5 %

Plaquetas: 140,000 /ml

Creatinine: 0,9

TGO: 8; TGP: 24; BT: 0.6

A.S.S. = ++/+++

En espera de referencia por jefe de guardia.

REPORTE OBSTÉTRICO en observación de emergencia:

Hora: 15:40 p.m.

Paciente ingresa a observación, se canaliza dos vías periféricas. Paciente queda con monitor de funciones vitales y monitoreo electrónico, permanente.

Hora: 15:45 p.m.

Inicio de dosis de ataque con Sulfato de Magnesio. Control de Diuresis

Hora: 15:50 p.m.

PA: 160/110 mm Hg. 1ra. dosis de Nifedipino y metildopa 1 gramo vía oral.

Termino dosis de ataque de sulfato de magnesio, se inicia dosis de mantenimiento.

Hora: 16:00 p.m. Colocación de Betametasona 12 mg intramuscular. Interconsulta con neonatología

Hora 19:10 p.m.

P.A.= 130/80 mmHg.; F.C.= 80 lpm; Diuresis: 100 cc en 3 horas.

Interconsulta a unidad cuidados intensivos.

Jefe de guardia, refiere que no hay disponibilidad camas en hospitales coordinados, sugieren terminar gestación.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Gestante de 33 semanas por UR.
2. THE preeclampsia severa

3. Edema generalizado
4. Oliguria

PLAN DE TRABAJO:

- Agregar oxígeno, 3 litros con cánula binasal

Se comunica a familiar gravedad del caso.

Hora: 19:20 Sala de operaciones ocupada, terminando cirugía de laparotomía. En espera de sala disponible se deja historia clínica.

Hora: 20:55- 21:20 Paciente pasa a unidad de monitoreo para registro de test no estresante. resultado hipoactivo no reactivo

REVALUACIÓN MÉDICA:

Hora 21:30 p.m.

P.A.= 120/80 mmHg.; F.C. =84 lpm; F.R. =18 x; T =36.9 °C; Sat. O = 98%

Latido cardiaco fetal: 128 x minuto. Paciente refiere disminución de movimientos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Gestación de 33 semanas por FUR.
2. HIE preeclampsia severa
3. Edema generalizado
4. Oliguria- plaquetopenia
5. Signos de SFA.

Prepara para cesárea

REPORTE OPERATORIO

Fecha ingreso a sala operaciones 05 /02/19

INGRESO A SALA DE OPERACIONES:

22:23 p.m.

Hora de inicio: 22:43 p.m.

Hora de término: 22:45 p.m.

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

GESTANTE DE 33 SEMANAS., PREECLAMPSIA SEVERA, PODÁLICO, ADOLESCENTE, S.F.A. (Estado fetal no tranquilizador)

Hallazgos: recién nacida mujer, Apgar 8 al minuto y 9 a los cinco minutos

Placenta fúndica, líquido amniótico claro, escaso, ascitis 1500 cc, hígado y bazo sin alteraciones, pérdida sanguínea 700 cc.

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

CONFIRMADO

Tipo de anestesia: Regional combinada.

Funciones vitales pre quirúrgicos: P.A: 149/90 mmHg, F.C: 96x', T°: 36,8°C'

Funciones vitales post quirúrgicos: P.A: 135/80 mmHg, F.C: 110x', F.R: 20 x, Saturación Oxígeno 99 %., sonda vesical y vías permeables.

INDICACIONES POST QUIRÚRGICAS INMEDIATAS:

- NPO.
- NaCl 0.9% 1000cc+ oxitocina 30 UI] I - II -III en 24 horas
- NaCl 0,9% 1000 cc + sulfato de magnesio 5 amp] 1 gr por hora
- Cefazolina 1 gr. EV cada 6 horas.
- Ketorolaco 60 mg EV cada 8 horas.
- Nifedipino 10 mg VO si PA > 160/110 mmHg.
- Sonda Foley permeable permanente.
- Balance Hídrico estricto

PLAN TRABAJO POST- CESÁREA

- Se solicita pase a unidad de cuidados intensivos.
- Solicita set pre eclampsia de control a las 6 horas post cesárea. (01:00 am) control de Hb- Hto.
- Antibioticoterapia.

EVALUACION MÉDICA DE UCI (recuperación post anestésica):

Hora 00:30 a.m.

Funciones Vitales:

Presión Arterial: 122/78 mm Hg

Frecuencia cardiaca: 127 rpm

Frecuencia respiratoria: 18 rpm.

Sat. Oxígeno: 96%

Al Examen:

Piel: tibias, húmedas, elásticas

Locomotor: moviliza

Abdomen: B/D, ruidos hidroaéreos (↓), herida operatoria seca.

Genito urinario: diuresis.

Resultados de Laboratorio:

Creatinina: 0,94;

Urea: 12

Hematológicos: Plaquetas: 141,000

Hemograma: Leucocitos 8830

PLAN DE TRABAJO:

Monitoreo hemodinámico

Tratamiento antihipertensivo

Monitoreo diuresis

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- NPO (solo medicación) + sonda nasogástrica.
- NaCl 0,9% 1000cc +oxitocina (3 amp)]50 cc por hora
- Sulfato de magnesio 20% (5 amp) + ClNa 9% 1000cc] 10 CC. por hora
- Metildopa 1 gr cada 12 hr.

- Nifedipino 10 mg vo. sí PA > 160/110 mmHg.
- Tramadol 50 mg (01 amp) EV subcutáneo.
- Dimenhidrinato 50 mg. (01 amp) en 100cc cada 8 horas
- Omeprazol 40mg ev. c/ 24 horas
- Metoclopramida 10 mg cada 8 horas ev
- Ceftriaxona 2 gr ev. c/ 24 horas luego de toma de urocultivo
- CFV
- BHE
- Furosemida 2 mg ev. stat, luego 1 amp ev cada 8 horas.

Día 06/02/19

Hora: 08:00

Mujer de 17 años de edad, con diagnóstico planteado

P.A.= 119/86 mmHg; F.C. = 77 lpm; Sat. Oxígeno =95%

Condición clínica estacionaria

PLAN DE TRABAJO:

Urocultivo

AGA y electrolitos

Set de preeclampsia

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

- Posición cabecera ángulo 45°
- Dieta blanda [UT=1000; Calorías= 1500; Proteínas= 80 gr.]
- CINA 0,9% 1000 cc + 20UI oxitocina a 80 cc/hr
- Metildopa 1 gr c/8 horas regular dosis según PA
- Nifedipino 10 g PA > 160/110 mmHg.
- Infusión de Sulfato de Magnesio (CINA0,9% 50cc+SO4Mg 20% 5 amp) a 10 cc completar 24 horas y retirar.
- <omeprazol 40 mg Ev cada 24 horas
- Metoclopramida 10 mg Ev / 8 h
- Ceftriaxona 2gr. EV c/24 h.

- Tramadol 50 mg + Dimenhidrinato en 100cc cada 8 horas
- Poligelina 500cc+ Furosemida 20 mg (0,5) en 25 cc /hora
- CFV
- BHE
- Metamizol sódico 1 gr PRN T > 38,5

Día 07/02/19

Hora: 08:00

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Puérpera mediata
2. P.O. cesárea 2do día x preeclampsia severa+ SFA
3. Hipoalbuminemia severa
4. Edema vulvar.

P.A.= 117/77mmHg.; F.C.= 66 lpm; F.R, = 15 l.p.m.; Sat. oxígeno: 94%

T= 37°C.

Despierta, obedece órdenes, ventilando espontáneamente.

Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambas cavidades pulmonares

Diuresis: 9290 ml/ 24 horas

BH: +6348 ml

Genitales: Vulva edematosa

Evolución espontánea

PLAN DE TRABAJO:

Balance Hídrico

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

- Dieta blanda UT=1200cc
- Ceftriaxona 2 gr ev c/24 h.
- omeprazol 40 mg ev cada 24 horas

- Metoclopramida 10 mg ev / 8 h
- Antihipertensivos
Metildopa 1 gr c/8 horas c/12 h.
Nifedipino 30 mg. vo c/8 h
Suspende Sulfato de Magnesio
- Tramadol 100 mg ev. c/8 lento
- Metamizol sódico 1 gr PRN T > 38,3
- Furosemida 20 mg c/12 h.
- CFV
- BHE

Agregan guardia nocturna

- Gluconato de calcio 10% (01 amp) ev c/8 hr.
- Dieta blanda hiperproteica + LAV
- Provide Gold 30 cc vo c/8 hr.

Día 08/02/19

Hora: 08:00

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. P.O.2 cesárea x preeclampsia severa+ SFA
2. Hipoalbuminemia severa
3. Edema vulvar
4. Hipocalemia
5. Hipocalcemia

P.A.= 111/60mmHg.; F.C.=90lpm; F.R.= 15 rpm.; Sat. Oxígeno= 93%

Paciente asintomática

PLAN DE TRABAJO:

Mañana alta de UCI

Hg y set preeclampsia

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

- Dieta blanda + LAV + suplemento K⁺
- Provide Gold 30 cc vo c/8 hr.
- Albúmina 20% 01-amp ev c/8h.
- Furosemida 20 mg c/8 h. posterior a la albumina 20%
- Ceftriaxona 2% ev c/24 hr.
- Metildopa 1 gr c/12 h.
- Nifedipino 30 mg vo c/8 h
- Gluconato de calcio 10% 01 amp ev c/ 8
- Tramadol 100mg ev PRN dolor.

Día 09/02/19

Hora: 08:00

REVALUACIÓN UCI POR GINECO-OBSTETRICIA

Presión Arterial: 109/70 mm Hg

Frecuencia Cardiaca: 73 lat./min.

Exámenes de laboratorio:

Recuento de Plaquetas; 165,000,

Wbc 11710

Ab: 0,5%

Hb: 11,3

Urea :20

Creatinina: 0,70

Al Examen Preferencial:

Abdomen: Útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, herida operatoria con apósito limpio y seco

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. PO 3 cesárea preeclampsia severa+ SFA
2. Hipoalbuminemia
3. Edema vulvar
4. Hipocalemia a corrección.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS:

- DB +LAV + Suplemento K+
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 2 gr e.v /24 horas.
- Clindamicina 600 mg e.v. c/8 h
- Nifedipino 10 mg. vía oral c/8 h
- Metildopa 500 mgr. vo c /12 hora
- Gluconato de calcio 1 gr c/8 h.
- Paracetamol 1 gr vo c/8h.
- Retiro de sonda Foley (diuresis \geq 500CC)
- CFV

Día: 10/02/19

Hora: 08:00

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Puérpera mediata de parto por cesárea por preeclampsia severa
2. Edema vulvar.

PLAN DE TRABAJO

Antibioticoterapia

Antihipertensivo

I/C Medicina interna

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

- DC +LAV
- Vía salinizada

- Ceftriaxona 2 gr e.v /24 horas.
- Clindamicina 600 mg e.v. c/8 h
- Metildopa 500 mgr vo c /12 hora
- Paracetamol 500 mgr vo c/8h.
- Retiro de sonda Foley (diuresis \geq 500CC)
- CFV + CSV
- Hielo local c/8 h. (por 20')
- Diclofenaco 75 mg IM c/12 horas

Medicina Interna agrega

- Dieta hiposódica (Na<5 g, colesterol <200 restricción hídrica T 1000/día proteína 600g alto valor biológico)
- Furosemida de 20mg EV c/8 h.
- Suprimir lactancia materna por el momento
- Albúmina humana 20% EV c/12 h
- Proteinuria en 24 horas.
- Poligelina 500 mg+ Furosemida 20 mg. EV a chorro luego XXX gotas /minuto c/12 horas.

Dia: 11/02/19

Hora: 08:00

Paciente no refiere ningún intercurencia, solo leve dolor a nivel de herida operatoria.

P. A.= 140/90; F.C.= 60 x'; F.R.=18 rpm; T = 37.2 °C

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post cesareada por preeclampsia severa + SFA
2. Hipoalbuminemia
3. Hipocalcemia en corrección
4. Edema vulvar

PLAN TERAPEÚTICO

Control obstétrico

Antihipertensivo

Dieta hiperproteica

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

- DC +LAV
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 2 gr e.v /24 horas.
- Clindamicina 600 mg e.v. c/8 h
- Metildopa 250 mgr vo c / 8 hora
- Paracetamol 500 mgr vo c/8h.
- CFV
- Hielo local c/8 h. (por 20')
- I/C medicina interna

Medicina Interna agrega

- Dieta blanda hiperproteica
- Hidroclorotiazida 12,5mg 1 tab. c/8 h vo x 5 días
- Continuar con indicaciones
- CFV

Dia 12/02/19

Hora: 08:00

Paciente refiere leve dolor a nivel de herida operatoria y escaso sangrado. No reporta otra molestia.

P.A. =100/60 mm Hg; FC =82 x'; T = 36°C; Sat. Oxígeno=: 98%

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Post cesareada 6to día x preeclampsia severa + SFA
2. Hipoalbuminemia
3. Hipocalcemia
4. Edema vulvar

PLAN TERAPEÚTICO

Alta con indicaciones

INDICACIONES DE ALTA:

- Dieta hiperproteica
- Clindamicina 300 mg tab. c/8 h por 5 días
- Metildopa 250 mgr vo c / 8 hora por 1 día.
- Hidroclorotiazida 50 mg tab c/8 h. por 3 días
- Paracetamol 500 mgr vo c/8h por 3 días.
- Hielo local en vulva c/8 h. (por 20')
- Control por consultorio.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial, sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en vías de desarrollo, como el nuestro y en especial en el hospital San Juan de Lurigancho donde tenemos a población vulnerable por los escasos recursos económicos, nivel instrucción, y falta de prevención.

La preeclampsia severa evoluciona hacia complicaciones graves como desprendimiento prematuro de placenta, oliguria, edema pulmonar, disfunción hepática, trastornos de la coagulación, oligohidramnios, ascitis etc., que ocasionan muerte en la madre, feto o recién nacido. El manejo debe ser oportuno multidisciplinario y efectivo (3)

Considero de gran importancia el estudio de los dos casos clínico, porque es un tema que se presenta en el hospital San Juan de Lurigancho con gran incidencia, sobre todo en edades extremas, madres adolescentes y mayores de 35 años, cumpliéndose los factores de riesgo que menciona la literatura (factores de alto riesgo: edad materna, desnutrición, primigrávidas, preeclampsia en embarazo anteriores) además de la desnutrición y pobreza que son características de la población del distrito.

Bajo esta premisa el **objetivo de presentar los dos casos clínicos sobre preeclampsia con criterios de severidad es comparar los resultados de la atención con similares factores de alto riesgo atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho.** Además, la preeclampsia es la principal causa por la cual se debe interrumpir un embarazo de manera prematura, a pesar de edad gestacional.

Cuando se presenta el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta es una emergencia obstétrica y se debe actuar con rapidez.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Nacionales

Pacora P. (2005) en su investigación: “**El Desprendimiento Prematuro de Placenta es una manifestación de enfermedad Vascular Severa en el Embarazo**” es un estudio retrospectivo de los casos de Desprendimiento Prematuro de placenta (DPP) registrada en el sistema informático (SIP) del Hospital San Bartolomé en dos periodos: 1) enero 1980- diciembre 1989. 2) enero 1991- diciembre 1999. El diagnóstico de DPP fue realizado mediante la visualización macroscópico de un coágulo sanguíneo en la cara materna de la placenta insertada en el segmento uterino superior (fondo uterino).

El DPP ocurrió en hospital en 0,4% de los embarazos, y se asocia a muerte fetal en forma constante, al nacimiento prematuro, morbilidad neonatal, el peso bajo al nacer, asfixia perinatal, parto por cesárea y gran morbilidad materna.

Los factores de riesgo asociados a DPP encontrados se categorizan por su naturaleza y frecuencia: genéticos y/o hereditarios (mala historia reproductiva: muerte fetal previa , parto pre término previo), emocionales (multiparidad), sociales (ausencia de control prenatal, grado de educación bajo) nutrición, vascular y metabólico (malnutrición materna, edad >30 años, **preeclampsia-eclampsia**, sangrado vaginal por enfermedad vascular coriodecidual o uteroplacentaria, anemia , **asfixia perinatal**, desnutrición fetal/peso bajo al nacer.

En conclusión: El DPP es la manifestación de una enfermedad vascular severa cuyo origen es multifactorial y ocurrió en 0,4% de los embarazos en mujeres de Lima. El DPP se asocia con mayor morbilidad materna/perinatal, parto prematuro y mortalidad perinatal. (4)

Pacheco R y col (2014) en su investigación “**Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006**” determina las características maternas de la preeclampsia y eclampsia en hospitales del Perú y

las repercusiones en las madres y su recién nacido, se llevó a cabo en 28 hospitales de MINSA y se utilizó el sistema de información perinatal SIP 2000, de una población total de gestantes de 310,795 y 314,078 recién nacidos, de los cuales 5,1% eran gestantes con preeclampsia – eclampsia. Se asociaron a preeclampsia la edad materna > 35 años, embarazo doble, desprendimiento placenta, y parto por cesárea; y en las eclámpticas se relacionaron con < 20 años, soltera, analfabetismo, educación incompleta, embarazo múltiple, desprendimiento placentario y parto por cesárea. En recién nacido los resultados fueron un significativo bajo peso para la edad gestacional, Apgar bajo con reanimación y peso < 2500 gr. Mayor tendencia a mortalidad materna y neonatal en la eclampsia en relación a las gestantes con preeclampsia/ sin preeclampsia. Al final del estudio se llega a la conclusión que se encuentra similitud con otros países en cuanto a los factores sociales y etarios. Se concluye la participación de equipo preparado para identificación, captación y atención oportuna asimismo la capacitación del personal y nuevos equipos e insumos. (5)

Quispe R y col (2014) en su investigación “**Complicaciones maternas y fetales de la preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013** “. Es un estudio descriptivo tipo serie de casos en cuya historia clínica se concluyó que padecieron preeclampsia en 2013, en el Hospital Santa María del Socorro en Ica, fueron 62 casos conformaron el universo que cumplieron los criterios de inclusión. Entre los factores de riesgo para preeclampsia encontraron que las gestantes multíparas están en una mayor proporción en relación con las nulíparas para presentar una condición de riesgo para preeclampsia, a pesar de otros autores destacan que la nuliparidad es un factor de riesgo para la preeclampsia con una frecuencia del 64,2% (4). El término de parto fue por cesárea en mayor cantidad que lo comparado en otros estudios (67,8%), casi la mayoría tenía más de 5 controles prenatales (94%) y las edades entre 19 y 34 años que representa 60% de las gestantes con esta patología. Sobre las complicaciones fetales se encontró tres casos que tuvieron sufrimiento fetal agudo, mientras que 59 casos estaban en condiciones adecuadas, solo 1 caso de muerte fetal y dos casos de abruptio placentario. Por lo cual se concluye que existen complicaciones materno fetales de la preeclampsia que pueden ser modificables por lo que es necesario que los

hospitales cuenten con la tecnología y recursos humanos idóneos para realizar actividades preventivas, de tratamiento y evitar sus posibles complicaciones. (6)

Pinedo A. (2001) en su investigación “**Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia- eclampsia**” El estudio es analítico de corte que se efectuó en Hospital María Auxiliadora. Historias clínicas de 20 gestantes con diagnóstico de eclampsia y de 544 gestantes con diagnóstico preeclampsia se selecciona 359 casos entre el periodo del 1 julio de 1997 al 30 junio de 1998. En las complicaciones perinatales se encontró pequeño para la edad gestacional, peso bajo al nacer, depresión neonatal, síndrome de distrés respiratorio, prematuridad, asfixia neonatal.

Las complicaciones médicas de la madre y el niño como consecuencia de la preeclampsia-eclampsia son frecuentes. La frecuencia y la gravedad de las mismas aumentan con la progresión de la enfermedad. Se sugiere por ello prevenir la convulsión y el manejo de la enfermedad debe ser oportuno, con protocolos bien establecidos y con dosis completas de los medicamentos, como el sulfato de magnesio. Concluye que las complicaciones médicas solo pueden ser detectadas a través de la revisión de las historias clínicas, y reactualizar las cifras de muerte materna y perinatal. (7)

Zavala C y col (2011) en su investigación “**Flujo venoso fetal e índice cerebro placentario como indicadores de hipoxia fetal en gestantes preeclámplicas severas**” El estudio se realizó en Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa atendidas en la unidad de medicina Fetal y diagnóstico prenatal del servicio de obstetricia entre los periodos enero 2008 a marzo 2009, con una población de 160 pacientes se realizó estudios ultrasonográficos Doppler en los 7 días previos al parto. Estudio correlacional porque busco la relación existente entre el índice cerebro placentario y del flujo anormal del ductus venoso de Aranzio medidos por velocimetría Doppler y la ocurrencia de resultados perinatales adversos Fue longitudinal porque midió en más de una ocasión a cada grupo, y fue prospectivo, por la secuencia de medición de las variables en el tiempo. Principales resultados fueron 39,4% tuvo un resultado anormal en el índice cerebro placentario y de flujo del ductus venoso de

Aranzio, lo que se asoció a restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, y cesárea por distrés fetal agudo. Se concluye: La velocimetría Doppler anormal, en los fetos de gestantes preeclámpticas severas tienen más de 65 % de probabilidad de tener un resultado perinatal adverso, principalmente restricción en el crecimiento intrauterino y oligohidramnios. Por lo tanto, es importante enfatizar lo fundamental que es realizar el estudio Doppler arterial y del ductus venoso de Aranzio en las gestantes con enfermedad hipertensiva y restricción del crecimiento intrauterino. (8)

Antecedentes Internacionales

Elizalde V. y Calderón (2015) en su investigación “**Abruptio Placentae**”: **morbimortalidad y resultados perinatales**. Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo sobre los resultados neonatales y complicaciones maternas en pacientes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital de México.

Entre **los factores de riesgo el 32,6% presentó cuadros hipertensivos**, seguido por la rotura prematura de membranas de 24.3 %. La posibilidad de ocurrencia de abruptio placentae con la enfermedad hipertensiva del embarazo es de 0.33 (33%).

Con respecto a los hallazgos de laboratorio, se puede encontrar: hematocrito normal o disminuido, **alteración en plaquetas**, protrombina, tiempo de tromboplastina parcial y fibrinógeno; la elevación de dímero D tiene una especificidad del 93% y un valor predictivo del 91%.

El **ultrasonido es útil en el 30-50% de los casos, se observa una placenta más gruesa** debido a que el sangrado tiene igual ecogenicidad que la placenta y desprendimientos antiguos¹

La mortalidad perinatal ha sido fuertemente asociada con DPPNI tanto en la literatura local como en la internacional. Un estudio internacional (Annanth et al.²⁰), encontró que la mortalidad perinatal era alrededor del 59%, todo lo contrario

de este estudio en el que se encontró un total de 9 muertes (10.5%) de las cuales 7 fueron óbitos y 2 por complicaciones asociadas a prematuridad. (9)

Ovalle A y col (2005) en su investigación “**Estudio Anátomo –Clínico de las causas de muerte fetal**”, el objetivo es conocer la causa de muerte fetal, mediante antecedentes clínicos maternos, análisis de los hallazgos de la autopsia fetal y estudio de la placenta. Se analizaron 299 muertes fetales ocurridas entre las 22 y 42 semanas de gestación en un periodo de 5 años. Realizada en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán en Chile entre enero 1998 y diciembre 2002

Los resultados fueron la hipoxia fetal extrínseca 43,5%: insuficiencia placentaria 9,0%, hipertensión arterial 8,6%, desprendimiento placentario 6,1%, infarto placentario 5,7% etc.

En gestaciones menores de 30 semanas las principales causas son: infecciones ascendentes 33,3%, patología placentaria 17,7% y anomalías congénitas 15,6%. Entre las **30 y 36 semanas de gestación** las principales causas fueron **patología placentaria 34,8%, anomalía congénita 24,1%, e hipertensión arterial 10,7%**. En gestaciones entre 37 y 42 semanas las principales causas fueron: patología placentaria 19,7%, embarazo postérmino (causa no determinada de hipoxia fetal) 15,5%, patología de cordón 11,3% y diabetes 8,5%. Se concluye que hay diferente patología y el análisis de los hallazgos de la autopsia fetal, estudio de la placenta y de los antecedentes clínicos maternos permite aclarar la causa de la mayoría de las muertes fetales y planificar el manejo de un futuro embarazo. (10)

Castillo F. y Nabas A (2006) en su investigación “**Hipertensión Grave que complica el embarazo**” Se realizó un estudio longitudinal de casos control para determinar la morbimortalidad de las formas graves de hipertensión que complican el embarazo en el hospital Ginecobstetricia Docente “Ana Betancourt de Mora” en Cuba desde enero a diciembre de 2004.

La hipertensión durante el embarazo incremento el tono de los vasos, de la resistencia al paso de la sangre e isquemia tisular, desprendimiento vascular y hemorragia, por lo que esta irreversible injuria a la gran trama que forma la placenta, ocasiona daño en el feto y a la madre, en tanto disminuye el intercambio entre ambos. De 72 gestantes, 48 tuvieron diagnóstico de preeclampsia grave, 10 Eclampsia y 14 HTA más preeclampsia y el hematoma placentario (8 gestantes) estuvo presente solo en pacientes con preeclampsia grave y HTA más preeclampsia; ausente en el grupo control. La morbilidad perinatal estuvo representada por el bajo peso al nacer con 33, el distress respiratorio con 9 y la neumonía congénita con 7. **Solo ocurrieron 2 muertes fetales.**

Es indiscutible que la hipertensión convierte al embarazo en una de las principales causas de morbimortalidad perinatal, ya sea por disfunción placentaria, que se agudiza durante el trabajo de parto, por accidentes obstétricos como el Abruption placentae. (11)

Jiménez P. y Penton C (2015) en su investigación “**Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados** “Estudio observacional analítico de caso control en Hospital universitario Mariana Grajales de Cuba, todas las pacientes presentaron una mortalidad perinatal en los años 2009-2010, fueron 125 casos y se seleccionaron a los nacimientos vivos y subsiguiente al de una mortalidad perinatal (riesgo de morir del feto de 500 gr o más de peso y del recién nacido hasta los 7 días de vida). Se estudiaron variables clínicas y epidemiológicas y su relación con los factores de riesgo para mortalidad perinatal.

Entre **los factores de riesgo de mortalidad perinatal se encontraron: periodo intergenésico corto, la preeclampsia, la HTA crónica, la HTA y preeclampsia, anemia, rotura uterina, hematoma retroplacentario, diabetes gestacional, asma bronquial, RCIU, parto pretérmino, presentación no cefálica y la cesárea.**

Las pacientes con preeclampsia tienen entre 1,1 y 21,5 más probabilidad de tener una mortalidad perinatal y es la enfermedad que ocupa el segundo lugar de frecuencia, antes se encuentra la presentación cefálica y después el parto pretérmino. (12)

Pérez de Villa y col (2015) en su investigación” **Preeclampsia Grave: Características y consecuencias” (Cuba)** El objetivo es identificar los factores maternos, terapéuticos y los daños asociados a la preeclampsia grave en gestantes, se utilizó como método de estudio serie de casos, con una población de 69 pacientes con preeclampsia grave entre periodo de enero 2012 hasta diciembre 2013. Se clasificaron en dos grupos, con y sin asociación de factores agravantes. El grupo 1 fueron 34 pacientes sin factores agravantes y grupo 2 son 35 gestantes con factores agravantes. Se evaluaron variables relacionadas a: características maternas, características de atención médica, características neonatales y fetales. Los resultados en el daño neonatal se asociaron a 52,3 % del total de pacientes del estudio, correspondiendo el 74.2% al grupo 2 (presión arterial elevada + factores o signos de agravamiento). La mortalidad neonatal fue 7,7% de todos los incluidos en el estudio. El hematoma retro placentario se presentó en 9 pacientes del total y requirieron ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos 11 pacientes. La conclusión que llegaron fue que la mortalidad fetal tardía se encuentra aumentada, todas las defunciones ocurrieron en el grupo 2 asociándose a RCIU y entre las causas para daño neonatal se cita la malnutrición fetal, la hipoxia isquémica y el hematoma retroplacentario entre otras. (13)

Morgan Ortiz F y col (2010) en el artículo “**Factores de Riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles” estudio** 196 casos de gestantes con preeclampsia y 470 casos de gestantes normotensas atendidas en el Departamento de Tococirugía del Hospital Civil de Tuliacán (México) de 2003 al 2007, de las 196 pacientes, con preeclampsia leve fueron 51,1% y 44,8% las severas, 2,5% tuvo eclampsia. Se analizó la asociación de la preeclampsia con el nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes gineco obstétricos (compañeros sexuales, embarazos, partos, abortos, control prenatal, método anticonceptivo utilizado). Se llega a las siguientes conclusiones: los **factores de riesgo** estudiados y que se **asociaron significativamente con preeclampsia** fueron: alcoholismo, **nivel socioeconómico bajo**, tipo de método anticonceptivo, **primigravidez** y antecedente de preeclampsia en el embarazo previo. (14)

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Control Prenatal deficiente

Las pacientes atendidas, no reconocen la importancia del control prenatal, primera paciente no se encuentra el carnet perinatal, y segunda paciente tenía 2 controles prenatales.

El objetivo del control prenatal es descubrir e informar a las pacientes de las posibles patologías que se pueda presentar para evitar posibles complicaciones, la gestante bien instruida sirve como referente de otras embarazadas que no registran control prenatal o con un control prenatal deficiente.

Observo que las pacientes en ambos casos son primigestas con controles prenatales insuficientes, no llevaron cursos de preparación de psicoprofilaxis obstétrica; entonces podríamos decir que las embarazadas no estaban capacitadas para reconocer y diferenciar los factores de riesgo que presentaban, debido, en el primer caso clínico antes de acudir al hospital por emergencia se toma la presión arterial en farmacia particular, a pesar de presentar signos premonitorios de preeclampsia (cefalea intensa, epigastralgia, visión borrosa); y el segundo caso clínico a pesar de tener 1 semana de edema vulvar no acude a centro hospitalario. No reconocen la emergencia obstétrica.

Con respecto a la falta de atención prenatal, más allá de las causas que lo condicionan, es conocido el incumplimiento de las atenciones prenatales en las pacientes pertenecientes a las clases sociales más bajas, que alcanza valores de hasta el 70% (Vázquez 2007), a diferencia del alto grado de adherencia que exhiben las poblaciones que forman parte de las clases sociales medias y altas.

La preeclampsia con criterios de severidad es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, causante de morbi-mortalidad materna y perinatal. En el primer caso clínico, la primera opción que tiene la gestante al presentar molestias es acudir a una atención particular (farmacia), y el segundo caso clínico la paciente no acude a pesar de presentar signos de irritación cortical.

Si ambas gestantes hubieran tenido un control prenatal precoz y adecuado, la detección de factores de riesgo para enfermedad hipertensiva de embarazo hubiera sido oportuna.

La familia también tiene importancia en este análisis; porque no sabe reconocer los signos de alarma. Por lo que hay demora en acudir al hospital en ambos casos.

Edad Materna

Las edades de las pacientes en el informe de los casos clínico, son de 17 y 24 años, constituyen factores de alto riesgo por las complicaciones maternas y perinatales que demuestran los estudios.

En investigación realizada por la OMS publicada en 2013, que abarcó 359 instituciones de 29 países, las menores de 20 años representan el 10,3 % de los partos y los de 35 años a más el 12%. La mayoría de los autores concuerdan en que las edades extremas son las que mayor incidencia para preeclampsia presentan.

Se plantea que esta enfermedad puede afectar a mujeres mayores de 35 años debido a los daños crónicos del sistema vascular que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual afecta el aporte sanguíneo adecuado durante el embarazo y se establece una insuficiencia circulatoria, que produce isquemia útero-placentaria. Por otra parte, en las adolescentes el músculo uterino ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación.^{8,9} La edad se convierte en un factor de riesgo para la preeclampsia-eclampsia cuando se presenta el embarazo en sus extremos de riesgo, la adolescencia y la edad materna avanzada. Un estudio realizado por *Suárez González* y otros, informan que el subtotal de edades extremas en la muestra fue de 58,0 % con 105 mujeres; hubo un predominio de la avanzada edad materna como factor de riesgo con 69 casos (38,1 %), aspecto que coincide con los resultados de este estudio.⁶ Por su parte, *Diago Caballero* y otros observaron que la preeclampsia predominó en las menores de 19 años con el 22,5 % de los casos.

En un estudio realizado en la Maternidad de Lima, se observó que la edad promedio de las pacientes con preeclampsia fue de 25.2 años, encontrándose un porcentaje importante en las menores de 19 años, similar a lo reportado en otras instituciones. Esto subraya que las adolescentes son un grupo de riesgo para la EHE.) (15)

Paridad

En el análisis de las historias clínicas, ambas pacientes son primigestas, sin antecedentes de abortos. La paridad nula o primiparidad fue un factor de riesgo significativo. *Suárez González* y otros, observaron que la nuliparidad en 63 pacientes (34,8 %) y el antecedente de PE anterior en 54 pacientes (29,8 %) fueron factores de riesgo; el antecedente de una nueva pareja sexual estuvo presente en 52 casos (28,7 %) y tenían antecedente de muerte fetal asociada a trastornos hipertensivos en embarazos anteriores 18 gestantes (9,9 %).

Pruebas de Bienestar Fetal

La enfermedad hipertensiva afecta al recién nacido de término y al pretérmino, observando mayor severidad en estos últimos. En el análisis del caso clínico I se obvió la prueba de bienestar fetal (monitoreo electrónico), y el resultado fue un óbito fetal. En la lectura del trazado nos acerca como factor predictivo para sufrimiento fetal.

La flujometría Doppler y el test no estresante son los exámenes auxiliares que deben realizarse para la toma de decisiones y culminar por cesárea. Este examen auxiliar está considerado dentro de la guía de prácticas clínicas para manejo de emergencias obstétricas del ministerio de salud

Guevara Ríos y Meza S. en su artículo “Manejo de la preeclampsia en el Perú “concluye que las indicaciones de finalización del embarazo, independientes de las semanas de gestación, son:

- a. Indicaciones maternas: plaquetopenia menor de 100 000 o plaquetopenia progresiva, persistencia de hipertensión severa a pesar del tratamiento, signos prodrómicos de eclampsia, eclampsia, deterioro progresivo de la función renal u oliguria persistente, deterioro progresivo de la función hepática, hemorragia cerebral, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, desprendimiento prematuro de placenta, cefalea persistente o alteraciones visuales y dolor persistente en epigastrio o hipocondrio derecho.
- b. Indicaciones fetales: cuando existan signos de riesgo de pérdida del bienestar fetal demostrado en un registro cardiotocográfico patológico o un perfil biofísico menor de 4 o restricción severa del crecimiento fetal, con Doppler de arteria

umbilical que muestra diástole ausente o revertida, presencia de oligohidramnios o signos de restricción del crecimiento intrauterino. (16)

En el primer caso clínico, donde no se realizó el test no estresante, el resultado de ecografía obstétrica, concluye: Gestación única activa en cefálico de 33s por BF; **lago en placenta**; ILA de 70 mm; hallazgo incidental; liquido libre en cavidad abdominal materna.

Ante la presencia de un hematoma retroplacentario se produce la interrupción en mayor o menor medida los intercambios fetomaternos y produce trastornos hemodinámicos, anomalías de la coagulación y sufrimiento mortalidad materna y de mortalidad y morbilidad perinatales. Se conocen cada vez más factores de riesgo como el tabaquismo, **preeclampsia**, ruptura prematura de membranas, también podrían causarlo algunas trombofilias. El diagnóstico es clínico; la ecografía y la histología no siempre permiten confirmarlo. En un embarazo posterior puede indicarse tratamientos preventivos con aspirina y/o heparina de bajo peso molecular en función de que hubiera una preeclampsia asociada y/o se demostrara una trombofilia.

La vigilancia de un nuevo embarazo debe incluir las ecografías Doppler que permitan detectar en la paciente, más riesgo de desarrollar complicaciones.

En el análisis del segundo caso clínico se realizó la prueba de bienestar fetal (monitoreo electrónico) en el turno siguiente (20:55 -21:20) a pesar de la demora en esta prueba, los resultados ponen en alerta al ginecólogo de turno noche al encontrar un feto hipoactivo.

En la evolución ginecobstétrica posterior al resultado de NST, indica pasar a sala de operaciones por signos de sufrimiento fetal y preeclampsia severa. De acuerdo a la evolución postnatal se obtuvo un recién nacido vivo sexo femenino, Apgar 9 al minuto, con peso de 2462 gr, talla 47 cm. La mortalidad perinatal disminuye con la edad gestacional

Edad Gestacional

En el análisis de ambos casos clínicos se observaron que las dos gestaciones fueron prematuras (35 ½ ss. y 33 ½ ss.), los recién nacidos pretérminos se pueden complicar en

cualquier momento del embarazo, en este grupo patológico las complicaciones son el resultado de la exposición a la insuficiencia placentaria y al mismo estado de prematuridad. En cambio, cuando la preeclampsia se manifiesta cerca al término del embarazo, el riesgo es bajo para la madre, feto y el recién nacido.

Referencia a otra institución

En el proceso de referencia a otra institución de mayor nivel, en el primer caso clínico la coordinación estuvo a cargo del jefe de guardia y consta en la historia clínica que se coordinó con 3 hospitales (Hipólito Unanue, IMAPE, San Bartolomé), y en ninguno de ellos había disponibilidad de camas, pero todos coinciden que se debe operar a paciente. El ingreso a sala de operaciones fue postergado por que solicitaban paquetes globulares y plasma.

En el segundo caso clínico la referencia a otras instituciones no fue aceptada por falta de disponibilidad de camas en UCI neonatal. El ingreso a sala de operaciones no se dio inmediatamente porque sala de operaciones estaba ocupada con otra emergencia de cirugía.

En ambos casos clínicos se observa la falta de disponibilidad de camas en los centros de referencia.

La enfermedad es dependiente de embarazo, por lo que su tratamiento es terminar con la gestación por el daño multiorgánico que ocasiona en la gestante, y en el producto de la gestación

Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos

En ambos casos, las pacientes ingresan al área de cuidados intensivos.

En el primer caso clínico por Sepsis pp ginecológico (foco urinario)

Y el siguiente caso por preeclampsia severa + hipoalbuminemia severa+ edema vulvar.

Teniendo en cuenta que el parto no implica la desactivación inmediata de la enfermedad y que, por el contrario, el riesgo de agravamiento aumenta entre las 24 a 48 horas posteriores al nacimiento, las puérperas ingresarán a la UCI para su control y tratamiento. En ambos casos las pacientes ingresaron a UCI posterior a la cesárea.

La preeclampsia grave se manifiesta a través de dos síndromes: materno y fetal, que, en la mayor parte de los casos, se expresa de manera simultánea. El síndrome fetal se correlaciona con la deprivación progresiva o abrupta de oxígeno y nutrientes a través de la placenta (Redman 1993). En casos extremos, termina con la vida de feto, en ocasiones de manera sorpresiva, como ocurre en el desprendimiento placentario masivo (17)

En 1959, fue A. Golden el primer autor en describir la existencia de ascitis masiva en una mujer en el séptimo mes de gestación con eclampsia, desde entonces, aproximadamente una centena de casos fueron publicados, más de la mitad de ellos con derrame pleural asociado (Morton 2004). Una pequeña cantidad de líquido en la cavidad es habitual de observar en el curso de la operación cesárea en enfermas con preeclampsia severa (Ding 2005). Alrededor del 10% de las enfermas con síndrome HELLP presentan ascitis durante la operación cesárea (Terrone 2000). La incidencia de ascitis en la preeclampsia severa, con dos o más litros de líquido en la cavidad, alcanza al 2,1% de las enfermas y la ecografía es el método de elección para identificar la presencia de líquido en la cavidad. Existe una asociación significativa entre la aparición de ascitis y el grado de hipoalbuminemia, como así también con el deterioro de la función cardíaca (Guan 2016).

Cuando se trata de una ascitis masiva, la indicación de interrumpir la gestación resultará lo más adecuado, considerando que la misma tiende a agravarse y que se vincula con distrés pulmonar en un número considerable de casos (Vaijyanath 2002, Morton 2004, Ding 2005). (17) pág. 175-193.

Finalmente, ambas pacientes fueron dadas de alta de UCI en 4 días como promedio.

La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome HELLP que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido (16)

CLAVE AZUL

Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo con criterios de severidad en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención

Organización del Equipo:

Coordinador (a): deberá ser un profesional de la salud capacitado en claves obstétricas encargado de liderar al grupo. Sus funciones son:

- Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante,
- Definir conductas a seguir dependiendo de la evolución clínica de la paciente
- Evaluar el estado de la paciente con la información de los signos vitales.
- Valorar los criterios de severidad.
- Valorar el bienestar fetal.
- Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento de salud.
- Ordenar la aplicación de los medicamentos.

Asistente 1: el profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas para realizar las siguientes funciones:

- Explicar brevemente a la paciente los procedimientos a seguir y brindar confianza.
- Permeabilizar la vía aérea con elevación del mentón en casos con pacientes con alteración del nivel de conciencia. Maniobra de elevación de mentón, los dedos de una mano se colocan bajo la mandíbula que jalando un poco hacia arriba lleva el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca. No se debe sobre extender el cuello.
- Suplementar oxígeno para conseguir saturación mayor de 90%
- Reevaluar el estado de la paciente luego de la administración de medicamentos e informar al coordinador del equipo
- Colaborar con el coordinador del equipo en la realización de los procedimientos.
- Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.

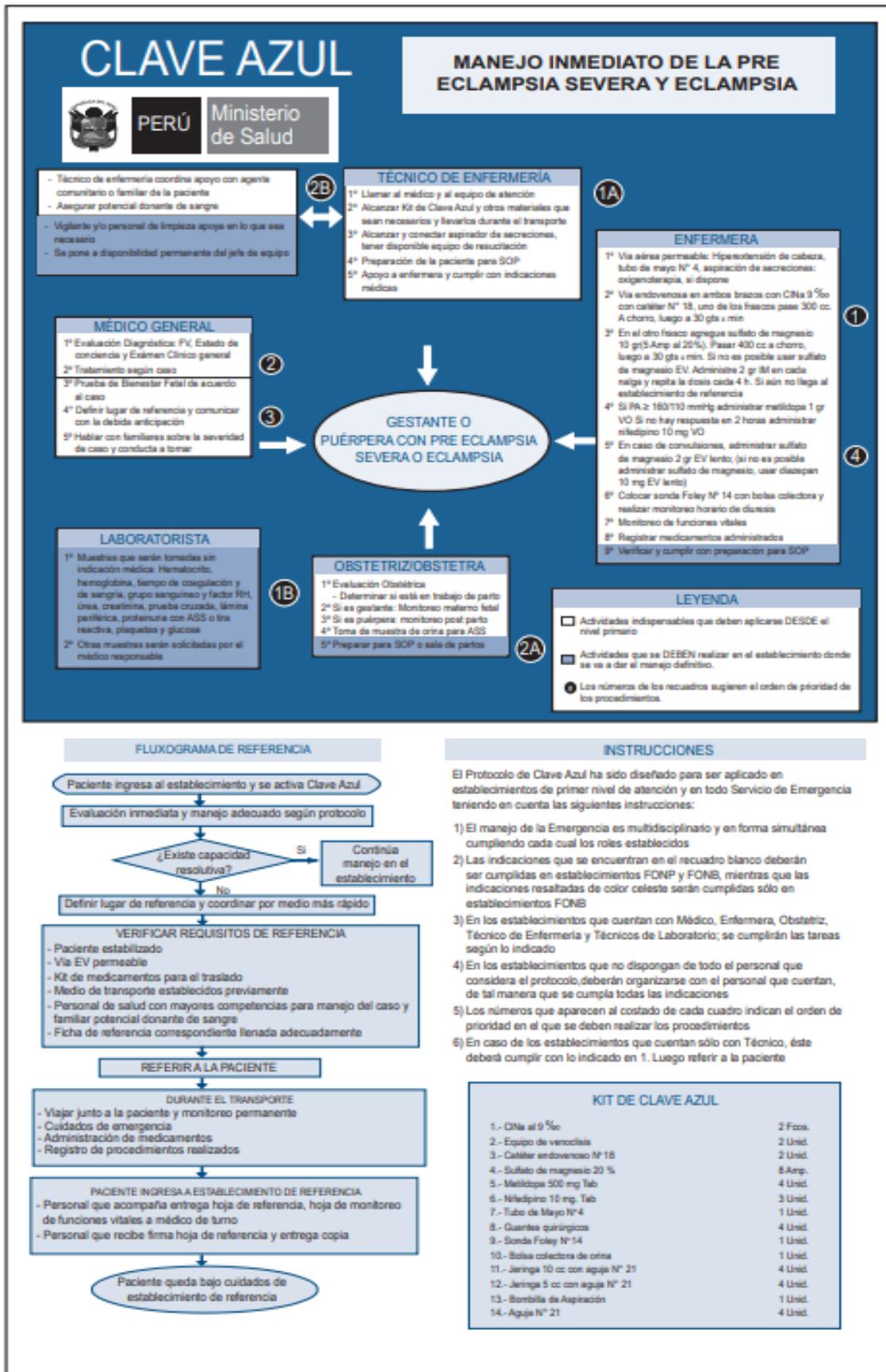
- Verificar que la paciente este en posición con desviación uterina a la izquierda (esto no aplica en post -parto)
- Registrar en la historia clínica eventos con tiempo.

Asistente 2: profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

- Abrir el KIT AZUL.
- Tomar la `presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, y en un inicio proteinuria en tirilla si amerita. Además, monitorizar eliminación urinaria
- Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N.º 16 o N.º 18, una en cada brazo.
- Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste) según disponibilidad.
- Evacuar la vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de excreta urinaria.
- Aplicar los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
- Colaborar con el coordinador del equipo en la realización de procedimientos

Circulante: profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará al lado izquierdo de la gestante, sin embargo, su posición puede variar según las necesidades del coordinador del equipo.

- Marcar los tubos de la muestra sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.
- Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento, según disponibilidad.
- Garantizar que los profesionales de imagen del establecimiento de salud acuden para la realización de exámenes al lado de la cama, según disponibilidad.
- Asistir al coordinar del equipo en un procedimiento.
- Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.
- Activar la Red para realizar la transferencia si el caso lo amerita. (18)



FLUJOGRAMA DE REFERENCIA

```

    graph TD
      A([Paciente ingresa al establecimiento y se activa Clave Azul]) --> B[Evaluación inmediata y manejo adecuado según protocolo]
      B --> C{¿Existe capacidad resolutiva?}
      C -- Si --> D[Continúa manejo en el establecimiento]
      C -- No --> E[Definir lugar de referencia y coordinar por medio más rápido]
      E --> F[VERIFICAR REQUISITOS DE REFERENCIA]
      F --> G[REFERIR A LA PACIENTE]
      G --> H[DURANTE EL TRANSPORTE]
      H --> I[PACIENTE INGRESA A ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA]
      I --> J([Paciente queda bajo cuidados de establecimiento de referencia])
      
```

INSTRUCCIONES

El Protocolo de Clave Azul ha sido diseñado para ser aplicado en establecimientos de primer nivel de atención y en todo Servicio de Emergencia teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

- 1) El manejo de la Emergencia es multidisciplinario y en forma simultánea cumpliendo cada cual los roles establecidos
- 2) Las indicaciones que se encuentran en el recuadro blanco deberán ser cumplidas en establecimientos FONP y FONB, mientras que las indicaciones resaltadas de color celeste serán cumplidas sólo en establecimientos FONB
- 3) En los establecimientos que cuentan con Médico, Enfermera, Obstetiz, Técnico de Enfermería y Técnicos de Laboratorio; se cumplirán las tareas según lo indicado
- 4) En los establecimientos que no dispongan de todo el personal que considera el protocolo, deberán organizarse con el personal que cuentan, de tal manera que se cumpla todas las indicaciones
- 5) Los números que aparecen al costado de cada cuadro indican el orden de prioridad en el que se deben realizar los procedimientos
- 6) En caso de los establecimientos que cuentan sólo con Técnico, éste deberá cumplir con lo indicado en 1. Luego referir a la paciente

KIT DE CLAVE AZUL

1.- CINA al 9 %	2 Fcos.
2.- Equipo de venoclisis	2 Unid.
3.- Catéter endovenoso N° 18	2 Unid.
4.- Sulfato de magnesio 20 %	8 Amp.
5.- Metildopa 500 mg Tab	4 Unid.
6.- Metildopa 10 mg. Tab	3 Unid.
7.- Tubo de Mayo N° 4	1 Unid.
8.- Guantes quirúrgicos	4 Unid.
9.- Sonda Foley N° 14	1 Unid.
10.- Bolsa colectora de orina	1 Unid.
11.- Jeringa 10 cc con aguja N° 21	4 Unid.
12.- Jeringa 5 cc con aguja N° 21	4 Unid.
13.- Bombilla de Aspiración	1 Unid.
14.- Aguja N° 21	4 Unid.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. La preeclampsia con criterio de severidad, ocasiona desprendimiento Prematuro de placenta y mortalidad fetal.
2. Los factores de riesgo para ambos casos clínicos fueron el inicio tardío e inadecuado control prenatal, primiparidad, y menor grado de instrucción.
3. A pesar de las coordinaciones con otros establecimientos de mayor complejidad, no se logró la referencia.
4. La demora en toma de decisiones de terminar la gestación se presenta en ambos casos clínicos.
5. Las pruebas de bienestar fetal son indispensables para la detección temprana de sufrimiento fetal.

Recomendaciones

1. La prueba de ecografía debe ser realizadas por personal especializado en el área.
2. Identificación de los factores de riesgo durante el control prenatal para preeclampsia, coordinando con los establecimientos de la jurisdicción para realizar campañas de educación sobre identificación de signos de alarma.
3. Establecido el diagnóstico de Preeclampsia con criterios de severidad se debe culminar el embarazo.
4. Realizar el registro cardiotocográfico y perfil biofísico como parte del manejo del protocolo para preeclampsia.
5. Gestión de Dirección a Dirección para ser efectiva la referencia.
6. Se sugiere que la historia clínica debe estar plasmados los datos de importancia sin omisión.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en Perú 2002-2011. Lima: Dirección General de Epidemiología, Lima.2013
2. Veliz María, Aquino Nancy, Aliaga Karem, Yupanqui Elton, Moran Jhony, Benites. Análisis de la situación de salud hospitalaria. Lima: Hospital San Juan de Lurigancho.2016
3. Sanchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014; 60(4).
4. Pacora P. El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. Rev per Ginecol Obstet. 2005; 51(1).
5. Pacheco Romero Jose, et ál. Repercusión de la preeclampsia/ eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014; 60(4).
6. Quispe Roxana, Quispe Jhennifer, Zegarra Pamela. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. Rev. med. Panacea. 2014; 4(1).
7. Pinedo LA. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. Rev. peru. ginecol. obstet. 2001; 47(1).
8. Zavala Carlos, Pacheco José. Flujo venoso fetal e índice cerebro placentario como indicadores de hipoxia fetal en gestantes preeclámpicas severas. Rev. peru. ginecol. obstet. 2011; 57(3).
9. Elizalde Victor, Calderón América, Gracia América, Garcia Martha. Abruptio placentae: morbimortalidad y resultados perinatales. Rev. medi investg. 2015.
10. Ovalle Alfredo, et al. Estudio anatomo-clinico de las causas de muerte fetal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2005; 70(5).
11. Castillo Frank NN. Hipertension grave que complica el embarazo. Rev. AMC. 2006; 10(1).
12. Jiménez Puñales PC. Mortalidad Perinatal: Factores de Riesgo asociados. Clin. Invest. Gin. Obst. 2015; 42(1): p. 2-6.
13. Pérez de Villa Arturo, Álvarez Amil, Prieto Clavero Eyllin , Hernández Placia Rosa. Preeclampsia grave: características y consecuencias. Rev. Finlay. 2015; 5(2).
14. Morgan-Ortiz F y col. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78(3): p. 153-155.
15. Barreto-Rivero S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP: características maternas y neonatales. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda. 2002; 21(1).
16. Guevara-Rios E, Meza Santibañez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014; 60(4).

17. Malvino E. Preeclampsia Grave y Eclampsia. 2nd ed. Buenos Aires: Biblioteca de Obstetricia Critica; 2014.
18. Ministerio de Salud. Manejo Estandarizado de la Emergencia Obstetricas y Neonatales. modulol. Lima: MINSA, Lima.2010

ANEXOS

Anexo 1

Cuadro comparativo de los dos casos clínicos según factores de riesgo, resultados laboratorio, tratamiento, resultado perinatal y estancia hospitalaria

Factores de Riesgo	CASO I	CASO II
EDAD	24 años	17 años
ESTADO CIVIL	Conviviente	Conviviente
PARIDAD	G1 P000	G1P000
GRADODE INSTRUCCIÓN	Sec. Completa	Sec. Incompleta
CONTROL PRENATAL	5 veces	2 veces
SIGNOS PREMONITORIO	Si	No
PRESION ARTERIAL	220/120mm Hg	160/110 mmHg
EDAD GESTACIONAL	35 ½ ss.	33 ½ ss.
EDEMA	++/+++	+++/>+++
Tiempo de enfermedad	1 hora	1 semana
Resultados Laboratorio		
TGO	43	8
TGP	27	24
Glucosa	120	121
Hb- Htco.	14,6 gr/d- 42,5%	12 gr/ dl-35,4%
urea- creatinina	64-1,42	12- 0.94
Plaquetas	118,000	140,000
A.A.S.	No se realizo	+++/>+++
Leucocitos	15780 leucocitos	8830 leucocitos
DHL	1420	
Grupo Sanguíneo	O	A
Factor Rh	(+)	(+)
Protrombina	25,08	12,20
Tromboplastina	9,68	32,9
Fibrinógeno	4,34	493.1
Fosfatasa Alcalina	477	493.1
Bilirrubina indirecta	0,36	0,47

Bilirrubina directa	0,20	0,13
Bilirrubina Total	0,56	0,60
Examen de orina		
Referencia a hospital de mayor nivel resolutive	No se efectivizo por falta de camas	No se efectivizo por falta de camas en UCI neonatal -
Pruebas de bienestar fetal		
Test No estresante	No	Si
Ecografia Obstetrica	Si (DPP)	Si
Medicamentos utilizados antes cesárea		
Sulfato de Magnesio	Ataque y mant. por 7 horas	Ataque y mantenimiento por 24 horas
Nifedipino	2 dosis	1 dosis
Metildopa	no	1 dosis
Culminación Embarazo	Cesárea	Cesárea
Recién Nacido	Femenino	Femenino
Apgar	0'	8' – 9
Peso	1900gr	2462 gr
Talla	50 cm	47 cm
Estancia UCI post cesárea	7 días	4 días
Estancia Hospitalaria	10 días	7 días
Diagnóstico Preoperatorios	Gestante 35 ss-Bradicardia severa – Preeclampsia severa.	Gestante de 33 ss- Preeclampsia severa- Adolescente. SFA
Diagnóstico Post operatorios	Confirmado + óbito fetal+DPP+Hipotonía uterina+RCIU	Confirmado
Diagnóstico de ingreso UCI	Sepsis pp d/c urinario, d/c ginecologico PO inmediata de 12 h de cesarea por Preeclampsia severa y bradicardia fetal.	HIE Preeclampsia severa Po cesarea por PES Sd. Edematoso Plaquetopenia

Anexo 2.

Tarjeta de control Prenatal del II Caso clínico.

		N° HC 1 2 3 8 8 5			
<input type="checkbox"/> =Significa ALERTA		<input checked="" type="checkbox"/> =Requiere seguimiento continuo			
FILIACIÓN Y ANTECEDENTES					
APELLIDOS Y NOMBRES: [Redacted] ESTABLECIMIENTO: [Redacted]					
Establ. Origen: <input type="checkbox"/> No Aplica		AUS: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DNI N° [Redacted]		Ocupación: <u>5/23</u>		Edad: <u>16</u> <input checked="" type="checkbox"/> <15 <input type="checkbox"/> >35	
Dirección: [Redacted]		Estudios: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input checked="" type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otros	
Departamento: [Redacted] Provincia: [Redacted]		Teléfono: [Redacted]		Padre RN: <u>1212 642778</u>	
Antecedentes Obstétricos					
Gestas: <input type="checkbox"/> 0 ó +3 <input type="checkbox"/> <2500 g <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> <37 sem		Abortos: <input type="checkbox"/> Vaginales <input type="checkbox"/> Cesáreas		Nacidos vivos: <input type="checkbox"/> Viven <input type="checkbox"/> Muertos-1ra sem <input type="checkbox"/> Después-1ra sem	
Fin Gestación Anterior					
Terminación: <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Ectópico <input type="checkbox"/> Molar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Aplica		Fecha: <u>1/1</u>			
Si fue aborto: Tipo de Aborto: <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Frustrado <input type="checkbox"/> Séptico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Aplica					
RN de mayor peso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g					
Captada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Remitida x Ag. Comunit. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Antecedentes Familiares					
Ninguno <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Anomalías Congénit. <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/> Gemelares <input type="checkbox"/>		Hipertensión Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Antecedentes Personales	
Ninguno <input type="checkbox"/> Aborto habitual <input type="checkbox"/> Aborto recurrente <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/> Asma Bronquial <input type="checkbox"/> Bajo Peso al nacer <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Cirugía Pélv.-uterina <input type="checkbox"/>		Diabetes <input type="checkbox"/> Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/> Enferm. Infecciosas <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hemorra. Postpart. <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Hoja de Coca <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/>		Otras Drogas <input type="checkbox"/> Parto Prolog. <input type="checkbox"/> Pre/Eclampsia <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Reten. Placenta <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Peso y Talla					
Peso Habitual: <u>41</u> Kg.		Talla: <u>156</u> Cm.		Dx. Nutricional:	
Antibiótica					
N° Dosis Previa: <input type="checkbox"/> 1ra <input type="checkbox"/> 2da		Mes de gestación: <input type="checkbox"/> Sin Dosis <input type="checkbox"/> No Aplica			
Tipo de Sangre					
Grupo: <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		Rh: <input checked="" type="checkbox"/> Rh+/Sen <input type="checkbox"/> Rh-/Sen <input type="checkbox"/> Rh-/No Sen <input type="checkbox"/> Rh+/No Sen			
Fuma					
N° de Cigarrillos por día:					
F.U.M.					
¿Conocida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Duda: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Fecha Última Menstruación: <u>15/6/18</u>					
EG. (Ecografía) <u>2L</u> Sem. Fecha: <u>25/12/18</u>					
No Aplica <input type="checkbox"/> <u>parto: 2/3/19</u>					
Longitud Céfalo Caudal: <input type="checkbox"/> mm					
Diámetro Biparietal: <input type="checkbox"/> mm					
Fecha Probable de Parto: <u>24/3/19</u>					
Hospitalización					
Hospitalización: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha: <u>1/1</u>			
Diagnóstico:					
No Aplica <input type="checkbox"/>					
Emergencia					
Emergencia 1 Diagnóstico:		Fecha: <u>1/1</u>			
No Aplica <input type="checkbox"/>					
Emergencia 2 Diagnóstico:		Fecha: <u>1/1</u>			
No Aplica <input type="checkbox"/>					
Serología Luética					
VDRL/RPR		Fecha: <u>5/12/19</u>			
1. <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No se hizo		Fecha: <u>1/1</u>			
2. <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No se hizo		Fecha: <u>1/1</u>			
Hemoglobina					
Hgb (%)		Fecha: <u>5/12/19</u>			
1. <u>12</u> <input type="checkbox"/> No se hizo		Fecha: <u>1/1</u>			
2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No se hizo		Fecha: <u>1/1</u>			
Psicoprofilaxis					
N° <input type="checkbox"/> Sesiones		Estimulación Prenatal			
N° <input type="checkbox"/> Sesiones		Fecha:			
Exámenes					
Clínico: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico		Pelvis: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		BK en Espujo: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No Aplica	
Odont: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico		HIV: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Anormal		PAP: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Fecha	
Cérvix: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico		Glucosa: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		Colpos: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No Aplica	
Mamas: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico		Orina: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		TORCH: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No Aplica	

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)	2/11/18	3/12/18							
Edad Gest. (Semanas)	23 m 26	27 55							
Peso madre (Kg)	47.00	49.							
Temperatura (°C)	m	Af.							
Tensión arter. (mm.Hg.) Sistólica /Diastólica	120 /60	100 /60	1	1	1	1	1	1	1
Altura Uterina (cm)	22	26 a							
Presentación (C/P/T/NA)	v.f.	Cef							
F.C.F. (Por min./NA)	148	150x							
Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA)	+	+							
Edema (+/+/+/+/SE)	15	2/1							
Pulso materno (por min)	7	70							
Consejería PF (S/NO/NA)	-	SI							
Perú Biológico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)	-	-							
Sulfato Ferroso	Sf1	Sf2							
Cita (a/m/d)	-	-							
Visita domicil. (SI/No/NA)	-	-							
Establec. de la atención	UJ	C.S.H							
Responsable del Control	rw.	M.P.R							

C = Celoso NA = No Aplica NSH = No se Hizo P = Pénica SE = Sin Esquema SM = Sin Muestreo T = Transversa

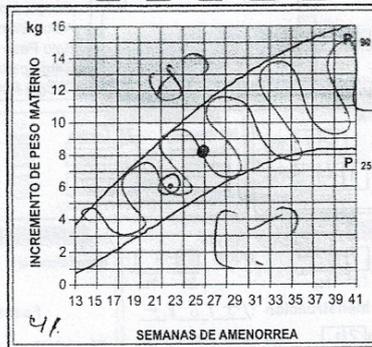
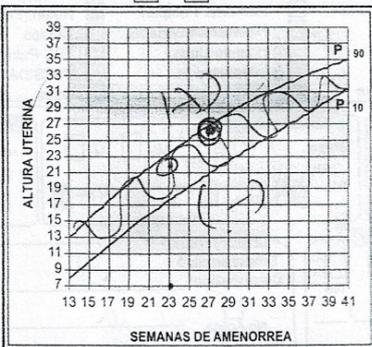
OBSERVACIONES:

Tamizaje de Violencia: SI No

Fecha: ___/___/___

P S A N O

cita
3/12/18



Los Códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0295	EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O12	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF.	O85
ABORTO INCOMPLETO	O0290	EMBARAZO DOBLE	O300	OLIGOHIDRAMNIO	O410
ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL.A.INDUC)	O06	EMBARAZO ECTOPICO	O00	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O9999
ABORTO RETENIDO	O021	EMBARAZO PROLONGADO	O48	OTRAS COMP XTDP/PARTO	O75
ABORTO SEPTICO	O080	EMBARAZO TRIPLE	O301	OTRAS ENF. MAT EMB - PART PUER	O99
ABORTO TERAPEUTICO	O04	EMBOLIA OBSTETRICA	O88	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O86
AMENAZA DE ABORTO	O200	ENF. MATERINFEC-PARASEMB PART - PUER	O99	OTROS TRANS. LIQ. AMIOTICO Y MEMB	O41
ANEMIA EN EMB. - PART - PUER	O999	FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	PARTO PREMATURO (INCLAMENAZA)	O60
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O61	PLACENTA PREVIA	O44
ANORM. DINAM. DEL TDP	O62	GONORREA EMB-PART-PUER	O982	POLIHIDRAMNIO	O40
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB.	R827	EMATOMA OBST PELVIS	O717	PREECLAMPSIA LEVE	O13
CANCER CUELLO UTERINO	C53	HEMORR ANTEPARTO. NO CLASIF	O46	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
CANCER DE MAMA	C50	HEMORR POR ATONIA UTERINA	O721	PREECLAMPSIA SEVERA	O141
CARDIOPATIA	Z887	HEMORR POSTPARTO/RETENC. PLACENTA	O720	PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA	O149
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	HEMORR X ABORTO ECTOPICO MOLAR	O081	RADIOLOGIA ANORM CPN	O284
COMP ANESTES. EN PUERPERIO	O89	HEPATITIS VIRAL	O984	RCIU	P05
COMP ANESTES EN TDP/PARTO	O74	HERPES GESTACIONAL	O264	RETEN PLACENTA/MEMB.S/HEMORRAG.	O73
COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB.	O29	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB. MULTIP	O31	HIPEREMESIS GRAVIDICA - TRANST. METABOL	O211	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	HTA PREEEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10	SEPSIS PUERPERAL	O85
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O87	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343	SIDA	B20
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O96	INFECT. DEL TRACTO GENITAL	O235	SIFILIS COMPLICANDO ENB-PART-PUER	O981
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	INFICC. BOLSA AMNIOT. O MEMBRANAS	O411	TBC EMB - PART - PUER	O980
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O900	INFICC. DEL TRACTO URINARIO	O23	TDP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O64
DEPENDENCIA DE DROGAS	F10	INFICC. MAMASOCIAD. C/PARTO	O91	TDP OBSTRUCC X PELVIS ANORMAL	O65
DESGARRO OBST DEL CUELLO UTERINO	O713	INFECCIONES PUERPERALES	O86	TDP PROLONGADO	O83
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL	O69
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O25	INVERSION DEL UTERO	O712	TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET	O68
DESPREN. PREMAT. DE LA PLACENTA	O45	ISOINMUNIZACION RHESUS	O360	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	R730
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	MALARIA	B50	TRANSORNOS PLACENTARIOS	O43
DISTOCIA DE HOMBROS	O660	MOLA IDA TIFORME	O01	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
ECLAMPSIA	O15	MUERTE INTRAUTERINA	O364	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283

Anexo 3.

Datos del Óbito Fetal (1er. Caso).

 **PERÚ** Ministerio de Salud Hospital San Juan de Lurigancho 

FICHA NOTIFICACION DE MUERTE PERINATAL

FILIACION

Nombre: [Redacted] Edad: 24 a

Grado de Instrucción: Secundaria completa Dirección: [Redacted]

Acompañante: [Redacted]

ANTECEDENTES

FUR: 02/02/16, FPP: 15/04/17 EG: 35. G 1 P0000

CPN: sí no N° 05 Lugar: Posta Medalla Milagrosa

Fecha de Ultimo CPN: 02/03/17 Fecha de Próximo CPN:

Atención en Consultorio Particular: si/no.....

Fecha:

Planifico el embarazo: NO

DATOS CLINICOS:

Disminución de movimientos fetales: si/ <input checked="" type="radio"/> no	Tiempo:
Contracciones uterinas si/ <input checked="" type="radio"/> no	Tiempo:
Presencia de sangrado vaginal si/ <input checked="" type="radio"/> no	Tiempo:
Perdida de liquido amniótico si/ <input checked="" type="radio"/> no	Tiempo: Color:

HALAZGOS EN EL FETO

(Peso, sexo, talla, malformaciones y descripción placentaria)

P= 1900 T= 50 Sexo = Femenino

FECHA 11/03/17


FIRMA MEDICO

Anexo 4:

Epicrisis Muerte Perinatal



PERÚ

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital San Juan de Lurigancho



EPICRISIS DE MUERTE PERINATAL

APELLIDOS DEL PRODUCTO : [Redacted]

SEXO DEL PRODUCTO : Varón

FECHA DE NACIMIENTO : [Redacted]

HORA : 19:40h

FECHA Y HORA DE LLEGADA AL HOSPITAL : 11/03/17

NOMBRE DE LA MADRE : [Redacted]

HISTORIA CLINICA N° : 683304

DIAGNOSTICO DEL PRODUCTO : obito fetal

San Juan de Lurigancho 11 de 03 del 2017

[Signature]
D. LUIS ALBERTO PENAGUIAR
G.O. 20110000004
C.M.P. N° 20110000004

Firma del Medico

Anexo 5.

Ecografía Obstétrica (1er. Caso)

AÑO DEL BUEN SERVIDOR AL CIUDADANO

PERÚ Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Servicios de Salud Hospital San Juan de Lurigancho

REPORTE ULTRASONOGRÁFICO OBSTÉTRICO NIVEL - I

APELLIDOS Y NOMBRES : I [REDACTED]
 EDAD : 24 años.
 FECHA : 11/03/2017 06:48 p.m.
 IND : Dr. (a). TENA

La exploración ultrasonográfica realizada en tiempo real, en modo B y BM con banda ancha y sonda CA431 convex (ESAOTE MyLab 70Xvision), de frecuencias 3,5 a 6,0 Mhz evidencia

1. Actitud y vitalidad fetal:
 Actividad cardiaca positiva: 124 lat/min

Estática fetal: 000048

Situación	LONGITUDINAL
Presentación	CEFÁLICA
Posición	DERECHA

2. Biometría fetal: (Hadlock)

DBP	85 mm	34s	4d
CC	318 mm	35s	6d
CA	301 mm	34s	0d
LF	60 mm	31s	4d

3. Peso fetal estimado: 2181 g. +/- 20% con (LF y CA)

4. Perfil Biofísico:
 Actividad cardiaca positiva.....2 puntos
 Movimiento respiratorio fetal:.....2 puntos.
 Movimientos fetales:.....2 puntos.
 Tono fetal:.....2 puntos.
 Volumen cualitativo del líquido amniótico:.....2 puntos.

5. Placenta y cordón umbilical:
 Placenta: anterior. En su lado derecho se observa un lago líquido anecoico de 25x10 mm Grado: II / III (según Grannum). Grosor: 34 mm.
 Cordón umbilical: con dos arterias y una vena.
 No se observa circular de cordón en cuello fetal al momento del examen.

6. Líquido amniótico:
 PM: 25 mm. (VN = 20 - 80). ILA = 70 mm. (VN = 50 - 250).

↓ OBS: Se observa líquido libre en región perihepático, Morrison y periesplénico. En flanco derecho de 35 mm de altura y en flanco izquierdo de 32 mm de altura (materno).

7. EN SÍNTESIS:

- GESTACIÓN ÚNICA ACTIVA EN CEFÁLICA DE 33s 6d (±15 días) POR BF.
- LAGO EN PLACENTA
- ILA DE 70 mm
- PBF: 10/10 PTOS AL MOMENTO DEL EXAMEN.
- HALLAZGO INCIDENTAL: LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL MATERNA.

Atte.:

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 CALIDAD EN MEDICINA
 TRAFICANTE C/IMP N° 408

Anexo 6

Carta de presentación de recolección de datos Universidad Norbert Wiener

150.02



**Universidad
Norbert Wiener**

A
66
Lima, 25 de octubre de 2019

CARTA N° 13-10-754-2019-DFCS-UPNW
Dr. Pablo Samuel Córdova Ticse
Director del Hospital San Juan de Lurigancho
Presente.

*

De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

*Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que la Licenciada **Rosa Elena Huamani De La Cruz**, alumna de la Segunda Especialidad en Riesgo Obstétrico profesional de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar la recolección de datos y así poder ejecutar su caso clínico titulado: **"Resultados de la atención en Preclampsia severa en dos casos clínicos atendidos en el 2017 y 2019 en el Hospital San Juan de Lurigancho"**.*

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,


Enrique León Soria
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.



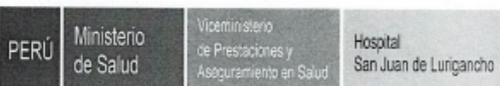
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL DE PROFESIONES
TRANSACCIONES
30 OCT 2019
RECIBIDO
Lima

uwienner.edu.pe info@uwienner.edu.pe / 706 5555 - 706 5100

Av. Arequipa 440, Lima
Jr. Larrabure y Umanue 110, Lima
Av. Petit Thouars 2021, Lince
Av. República de Chile 432, Jesús María

Anexo 7

Autorización del Hospital



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y "hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

MEMORANDUM N° 566 - 2019 - DGO - HSJL

A : ROSA ELENA HUAMANI DE LA CRUZ
Obstetra Asistencial

Asunto : AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Referencia : SOLICITUD S/N

Fecha : Canto Grande 04 de Noviembre 2019

Por medio de la presente me es grato dirigirme a Ud., para saludarla cordialmente, y en mérito al documento de la referencia, esta jefatura **AUTORIZA** la revisión de Historia Clínica de dos (2) casos clínicos Obstétricos de **preeclampsia Severa**, atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho entre el periodo 2017-2019.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Prestaciones y Aseguramiento en Salud - UNO Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

MC JORGE L. BASAURI QUIROZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DMR 7163 - RNE 16738

JLBQ/dmvo

EL PERÚ PRIMERO

Anexo 8

Turnitin

INFORME DE CASO CLÍNICO

INFORME DE ORIGINALIDAD

6% INDICE DE SIMILITUD	8% FUENTES DE INTERNET	0% PUBLICACIONES	7% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	www.obstetriciacritica.com.ar Fuente de Internet	2%
2	www.medigraphic.com Fuente de Internet	2%
3	dev.scielo.org.pe Fuente de Internet	2%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Activo


Walter E. Tapia Núñez
GINECO - OBSTETRA
C.M.P. 13696