



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Gestante con hipertensión arterial crónica no controlada asociada a edad materna avanzada e hipotiroidismo complicada con muerte fetal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2017

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

Presentado por:

Autora: Caceres Rojas, Mariela Pilar

Autora: Cruz Stuart, Liz Janette

Asesora: Mg. Torres Osorio, Juan Macedonio

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8089-0151>

Lima – Perú

2019

ASESOR

M.C. JUAN MACEDONIO TORRES OSORIO

JURADO DE TRABAJO ACADÉMICO

PRESIDENTE

DR. CARLOS RODRIGUEZ CHAVEZ

SECRETARIO

MG. KATTY SALCEDO SUAREZ

VOCAL

LIC. CARLOS VELEZ CERVANTES

DEDICATORIA

Dedicado a mi amado hijo Ricardo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme día a día y así poder luchar por un futuro mejor.

A nuestros padres por su sacrificio y esfuerzo a pesar de los momentos difíciles y sobre todo por creer en nuestra capacidad de que podemos lograr nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Norbert Winer por estar siempre a la vanguardia en investigación pero sobre todo por buscar la excelencia de sus egresados.

A nuestros docentes y asesor que compartieron sus conocimientos y experiencias durante nuestra formación académica de la especialidad en Riesgo Obstétrico

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	7
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO.....	11
CAPÍTULO II	47
2.1) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	47
CAPÍTULO III	48
3.1) ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	48
3.1.1) ANTECEDENTES NACIONALES	48
3.1.2) ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	50
CAPÍTULO IV	53
4.1) DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO	53
CAPÍTULO V	58
5.1) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
5.1.1) CONCLUSIONES	58
5.1.2) RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65

RESUMEN

OBJETIVO: Describir el manejo clínico y multidisciplinario de una gestante con hipertensión arterial crónica no controlada asociada a edad materna avanzada e hipotiroidismo, complicada con muerte fetal, atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2017.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de una historia clínica

RESULTADOS: Se presenta un trabajo académico que expone el caso de una multigesta de 19 semanas con hipertensión arterial crónica no controlada, edad materna avanzada, hipotiroidismo y complicada con muerte fetal, inicialmente atendida por emergencia en el Centro Materno Infantil Perú Corea (I-4) donde es referida al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (III-1) atendida y controlada la presión es dada de alta, con indicación de iniciar atenciones prenatales por consultorio externo. Días después, la paciente es atendida en el puesto de salud Bahía Blanca (I-2) por una crisis hipertensiva siendo trasladada de emergencia al hospital local de Ventanilla (II-1) y tras ser evaluada es nuevamente referida al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, dónde requirió hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos y manejo multidisciplinario por las complicaciones que se presentaron producto del cuadro hipertensivo.

CONCLUSIÓN: Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son la segunda causa de muerte materna en el Perú por lo que debemos mejorar la educación materna, la detección precoz de los factores de riesgo y signos de alarma así como realizar una referencia oportuna para evitar complicaciones maternas y perinatales.

SUMMARY

OBJECTIVE: To describe the clinical and multidisciplinary management of a pregnant woman with uncontrolled chronic hypertension associated with advanced maternal age and hypothyroidism, complicated by fetal death, attended at the National Hospital Daniel Alcides Carrión 2017.

MATERIAL AND METHOD: Descriptive, observational and retrospective study of a clinical history.

RESULTS: An academic paper is presented that exposes the case of a multigesta of 19 weeks with uncontrolled chronic hypertension, advanced maternal age, hypothyroidism and complicated with fetal death, initially attended by emergency in the Maternal and Child Center Peru Corea (I-4), where was referred to Daniel Alcides Carrión National Hospital (III-1) is treated and controlled, the pressure is discharged, with an indication of starting prenatal care by an outpatient clinic. Days later, the patient is seen at the Bahía Blanca health post (I-2) due to an hypertensive crisis being transferred to the local Ventanilla hospital (II-1) and after being evaluated, she is referred to the Daniel Alcides Carrión National Hospital, where he required hospitalization in the Intensive Care Unit and multidisciplinary management for the complications that arose as a result of the hypertensive condition.

CONCLUSION: Hypertensive disorders during pregnancy are the second cause of maternal death in Peru, so we must improve maternal education, early detection of risk factors and warning signs, as well as making a timely reference to avoid maternal complications perinatal.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan aproximadamente entre el 5 y 10% de todas las gestantes y a pesar de los avances de la medicina siguen siendo la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial ⁽¹⁾. Sin embargo, según la publicación del Ministerio de Salud (MINSA) sobre la situación epidemiológica de Muerte Materna en el Perú del 2015, éstas constituyen la segunda causa con aproximadamente el 21%. ⁽²⁾

La hipertensión puede existir antes del embarazo como hipertensión crónica o desarrollarse en el transcurso de éste, supeditada a dos trastornos bien definidos: la preeclampsia y la hipertensión gestacional. ⁽³⁾

La hipertensión arterial crónica se define como una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg o una presión arterial diastólica mayor de 90 mmHg, existente antes de las 20 primeras semanas de gestación ⁽⁴⁾. Entre el 1 a 5% de las gestantes presentan hipertensión arterial crónica (HTAC), y dicha prevalencia está en aumento. Este incremento se atribuye a ciertos factores como el incremento de la frecuencia de gestantes obesas y a la edad materna avanzada en la que es más la presencia de esta patología. ⁽⁵⁾

Las gestantes con HTAC y su producto están propensos a diversos riesgos por complicaciones de la enfermedad o patología asociada incrementando el riesgo de preeclampsia. En un estudio realizado en gestantes con HTAC se encontró que esta condición sumada a una historia de preeclampsia en una gestación previa o HTAC de por lo menos cuatro años de duración o una presión arterial diastólica de 100 mm Hg o más, al inicio de la gestación, se asociaron a una mayor frecuencia de preeclampsia sobreagregada ⁽⁶⁾. Así también, mencionan que las complicaciones perinatales más frecuentes son: parto pretérmino, recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG), mayor admisión a cuidados intensivos de neonatología y un incremento en la mortalidad perinatal; que podrían tener relación con la presencia de proteinuria al inicio de la gestación. ⁽⁶⁾

Según un estudio publicado en Lancet 2011 en el que analizaron los principales factores de riesgo de muerte fetal; mencionan a las patologías crónicas maternas como: la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal, patología tiroidea y enfermedades reumatológicas. Con una prevalencia del 20% de óbito fetal asociado a edad materna avanzada. ⁽⁷⁾

Las mujeres de edad avanzada padecen de alguna enfermedad crónica a lo que se añade los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación. ⁽⁸⁾

La disfunción tiroidea materna se asocia a riesgo aumentado de aborto, parto pretérmino, morbilidad neonatal y complicaciones obstétricas como eclampsia, preeclampsia y parto prematuro. ⁽⁹⁾

Por ende, cabe destacar la importancia del inicio precoz de la atención prenatal para la identificación oportuna de los factores de riesgo y signos de alarma que permitirán un diagnóstico y tratamiento oportuno de estas patologías obstétricas.

En tal sentido, el presente trabajo académico de HTAC no controlada asociada a muerte fetal tiene el objetivo de describir, analizar y explicar la importancia de la identificación de los factores de riesgo y el reconocimiento de los signos de alarma para un manejo oportuno con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materno perinatal en el país.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

1.1) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Filiación:

Fecha de atención : 20/09/2017
Tipo de seguro : SIS.
Lugares de atención : Puesto de salud Bahía Blanca (I-2)
Centro Materno Infantil Perú Corea (I-4)
Hospital de Ventanilla (II-1)
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (III-1)
Apellidos y Nombres : C.H.D.
Edad : 37 años.
Estado Civil : Conviviente.
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Ocupación : Su casa.
Domicilio : AA.HH. Pachacútec-Ventanilla.

1.2) ATENCIÓN EN TÓPICO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL PERÚ COREA PACHACUTEC-VENTANILLA

FECHA: 15/09/17

HORA: 08:30 am

Motivo de atención:

Gestante acude por emergencia por presentar cefalea intensa, refiere haber presentado un desmayo el día anterior, fecha de última regla 12/05/2017

Examen físico general

Peso: 55 kg talla: 158 cm

Funciones vitales:

PA: 150/120 mmHg, T: 36.5°C, FR: 20 por minuto, FC: 84 por minuto.

Examen Obstétrico

Abdomen: AU: 20 cm, LCF: no audibles al momento del examen DU: ausente

SPP: indiferente

Tacto vaginal: diferido

Impresión diagnóstica de ingreso

1. Gestante de 20 semanas
2. Descartar preeclampsia

Plan de trabajo:

1. Se solicita ácido sulfasalicílico
2. Reevaluación con resultados

1.3) REEVALUACIÓN EN TÓPICO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL PERÚ COREA PACHACÚTEC- VENTANILLA

FECHA: 15/09/17

HORA: 08:50 am

Paciente en reposo con cefalea intensa persistente, se evalúa resultado de ácido sulfasalicílico (proteinuria +++)

Impresión diagnóstica final

1. Gestante de 20 semanas
2. Preeclampsia severa

Plan de trabajo:

1. Activar clave azul
2. Referir a la paciente al hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Indicación terapéutica:

1. Cloruro de sodio al 0.9% pasar a 30 gotas por minuto
2. Sulfato de Magnesio al 20% 4gr endovenoso en 20 minutos
3. Nefedipino 10mg condicional PA > 140/90mmhg
4. Colocación de sonda Foley.

1.4) ATENCIÓN EN TÓPICO DE EMERGENCIA GINECOLOGÍA - HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - CALLAO

FECHA: 15/09/17

HORA: 09:40 am

Motivo de atención:

Paciente referida de C.S Perú Corea por Preeclampsia severa con tratamiento de Sulfato de Magnesio refiere temblores por 2 semanas. Niega signos de irritación cortical, niega sangrado vaginal refiere desmayo hace 1 día con pérdida de conciencia.

Examen físico general

Funciones vitales:

PA: 140/90 mmHg. FC: 92 por minuto T: 36.4 °C FR: 18 por minuto.

Examen obstétrico:

Abdomen: Útero grávido

AU: 19 cm MF: + LCF: 146 por minuto DU: ausente

Al TV: cérvix largo posterior, orificio cervical cerrado, no sangrado. Portadora de sonda Foley permeable.

Miembros inferiores: edema +/-+++

Impresión diagnóstica:

1. Multigesta de 19 semanas por ecografía del II trimestre.
2. Descartar Hipertensión arterial crónica.
3. Edad materna avanzada.

Plan de trabajo:

1. Se solicita ecografía obstétrica
2. Interconsulta a cardiología y neurología
3. Suspender Sulfato de Magnesio
4. Retiro de Sonda Foley

1.4.1) INFORME DE INTERCONSULTA DE NEUROLOGÍA

Fecha: 15/09/2017

Hora: 10:20 am

Paciente despierta, orientada, que obedece con dificultad las órdenes, temblor en reposo, examen neurológico sin alteración.

Impresión diagnóstica

1. Temblor
2. Descartar psicógeno
3. Gestante de 19 semanas

Plan de trabajo:

1. Evaluación por psiquiatría.

1.4.2) INFORME DE INTERCONSULTA DE CARDIOLOGIA

Fecha: 15/09/2017

Hora: 11:10 am

Funciones vitales:

PA: 120/60 mmHg. FC: 100 por minuto FR: 20 por minuto

Al examen: Taquicardia, no soplos.

Miembros inferiores: edema +/-+++

Impresión diagnóstica

1. Gestante de 19 semanas
2. Hipertensión inducida por el embarazo
3. Descartar Traumatismo Encéfalo Caudal

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Control de presión arterial cada 4 horas.

Indicación terapéutica:

1. Nefedipino 10mg condicional PA > 140/90mmhg

1.5) ATENCIÓN EN TÓPICO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MATERNO INFANTIL PERUCOREA PACHACUTEC-VENTANILLA**Fecha: 20/09/2017****Hora: 10:05 am****Motivo de atención:**

Paciente acude al servicio de emergencia acompañada de su familiar quien refiere que la paciente ha estado presentando temblores por 4 días. Además refiere haber acudido al hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en 2 ocasiones posteriores a la referencia anterior, pero que no le dieron tratamiento.

Examen físico general

Funciones vitales:

PA: 160/100 mmHg. FC: 98 por minuto, FR: 22 por minuto.

Examen obstétrico:

Mamas: normales,

Abdomen: blando AU: 18 cm, Feto indiferente FCF: no audibles

Al TV: diferido

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión crónica
2. Multigesta de 19 semanas

Plan de trabajo:

1. Consejería integral al familiar y apoyo con servicio social
2. Coordinar con Puesto de Salud bahía Blanca para iniciar atenciones prenatales y referir a la paciente por consultorio externo por contar con SIS en dicho establecimiento

1.6) ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA - PUESTO DE SALUD BAHÍA BLANCA - PACHACUTEC - VENTANILLA - CALLAO

Fecha: 20/09/2017

Hora: 10:40 am

Motivo de atención:

Gestante de 37 años ingresa por emergencia previa comunicación telefónica del médico de turno del Centro Materno Infantil Perú Corea Pachacútec, para iniciar atención prenatal y referencia a centro de mayor capacidad resolutive por tratarse de una gestante de alto riesgo obstétrico de la jurisdicción.

Paciente ingresa en silla de ruedas acompañada de su pareja, y personal técnico de enfermería quien refiere que sufrió desvanecimiento en los servicios higiénico. Se observa paciente en aparente estado de inconciencia, no brinda información coherente, poco colaboradora refiere epigastralgia, niega otros signos de irritación cortical.

1.6.1) Historia materna perinatal:

Fórmula Obstétrica : G3P2002
Fecha de última regla : 12-05-2017
Fecha probable de parto : 19-02-2018
Edad Gestacional : 19 semanas por FUR
Control Prenatal previo : 0
Antecedentes Familiares : Niega
Antecedentes personales : HTA no controlada.

Antecedentes obstétricos:

G1: parto eutócico (2000) RN vivo hombre peso 3 060 g.

G2: parto eutócico (2007) RN vivo hombre peso 3 100 g.

1.6.2) Examen físico general:

Funciones vitales:

PA: 140/90 mmHg. FC: 110 por minuto T: 37 °C

Paciente en aparente regular estado nutricional, no lúcida, no orientada en tiempo ni espacio, discretamente aletargada, confusa que responde a estímulos externos, piel pálida y frialdad distal de manos y pies.

Peso Habitual : 55 kg, Talla: 158 cm

Examen obstétrico:

Abdomen: Útero grávido no doloroso, AU: 19 cm, MF: Ausentes, LCF: no audibles al momento del examen, Dinámica Uterina: ausente; SPP: indiferente.

Genitales externos: Tacto vaginal diferido, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

Miembros inferiores: Sin edemas

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión arterial crónica que complica el embarazo con proteinuria
2. Descartar óbito fetal
3. Multigesta de 19 semanas por altura uterina
4. Edad materna avanzada

Plan de trabajo:

1. Hidratación
2. Se realiza Prueba rápida VIH y Prueba rápida Sífilis
3. Test de Ácido Sulfosalicílico
4. Referencia al hospital de Ventanilla

Indicaciones terapéuticas:

1. Nifedipino 10 mg Vía oral (stat)
2. Cloruro de sodio al 0.9 % a 30 gotas

1.7) ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA - HOSPITAL DE VENTANILLA

Fecha: 20/09/2017

Hora: 12:08 am

Motivo de atención:

Paciente referida del P.S. Bahía Blanca con el diagnóstico de Gestante de 19 semanas por altura uterina, Hipertensión arterial crónica complicada, descartar óbito fetal, edad materna avanzada.

Examen físico general:**Funciones vitales:**

Presión arterial: 130/80 mmHg. Frecuencia cardíaca: 110 por minuto. Frecuencia respiratoria: 22 por minuto. Temperatura: 37.5°C saturación 99%.

Gestante en aparente regular estado nutricional y general, piel pálida.

Examen obstétrico:

Abdomen: AU: 18 cm, FCF: no audibles al momento del examen.

Genitales externos: Tacto vaginal: cérvix posterior, largo, no sangrado.

Impresión diagnóstica

1. Hipertensión Arterial crónica sin tratamiento
2. Descartar Óbito fetal
3. Multigesta de 19 semanas por altura uterina

Plan de trabajo:

1. Se solicita hemograma, examen de orina, ecografía obstétrica, creatinina, urea, bilirrubina, TGO, TGP, grupo y factor Rh.
2. Interconsulta a Medicina Interna.
3. Reevaluación con resultados.

1.7.1) INFORME DE INTERCONSULTA DE MEDICINA INTERNA

FECHA: 20/09/17

HORA: 15:45 pm

Motivo de atención: Gestante con Hipertensión crónica no controlada.

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión Arterial crónica sin tratamiento
2. Óbito fetal

Plan de trabajo:

1. Antibióticoterapia
2. Interconsulta a Cardiología

Indicación terapéutica:

1. Ceftriaxona 2 gramos vía endovenoso STAT
2. Clindamicina 900 mg vía endovenoso STAT
3. Gentamicina 320 mg vía endovenosa STAT

1.7.2) REEVALUACIÓN EN SERVICIO DE EMERGENCIA

Se evalúa ecografía y exámenes de laboratorio.

Ecografía obstétrica: Óbito fetal de 19 semanas y 6 días por biometría fetal

Paciente queda en sala de observación de emergencia en espera de evaluación de cardiología.

BIOQUÍMICA			
FECHA : 20/09/17		HORA: 15:18 pm	
ITEM	resultado	unidad	rango
Transaminasa TGO (AST)	42	U/L	menor de 40
Transaminasa TGP (ALT)	25	U/L	menor de 40
Úrea	50	mg/dL	13 - 43
Creatinina	0.94	mg/dL	0.6 – 1.2
Deshidrogenasa láctica	618	U/L	<248
Bilirrubina total	0.48	mg/dL	Hasta 1.2
Bilirrubina directa	0.37	mg/dL	Hasta 0.2
Bilirrubina indirecta	0.11	mg/dL	0.01 – 1.1
GRUPO Y FACTOR			
GRUPO Y FACTOR		O Rh+	

HEMOGRAMA				
FECHA: 20/09/17			HORA:16:08 pm	
	Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia
1	Hemoglobina0	10.9	g/dL	11.0-16.0
2	Hematocrito	33	%	36-47 (mujeres)
3	Hematíes	4 720 000	/mm3	3 800 000-6 300 00
4	Leucocitos	8 600	/mm3	4 000 - 10 500
5	Abastoados	0	%	0 - 5
6	Segmentaos	80	%	50-70
7	Eosinofilos	0	%	0 - 4
8	Basófilos	0	%	0 -2
10	Monocitos	6	%	0 - 12
11	Linfocitos	14	%	15-40
12	Metamelocitos	-	mm3	0%
13	Mielocitos	-	mm3	0%
14	Plaquetas	140 000	/mm3	150 000- 450 000
15	MCV	80.4	fL	80.0-100.0
16	MCH	23.1	pg	25.0 - 33

EXAMEN COMPLETO DE ORINA				
FECHA: 20/09/17			HORA:18:33 pm	
	Parámetro	Resultado	Unidad	referencia
examen físico				
1	color	amarillo		amarillo / ámbar
2	aspecto	turbio		Transparente
3	pH	5		5-8.5
4	densidad	1020		1005-1030
examen químico				
5	proteínas	positivo		Negativo
6	glucosa	negativo		Negativo
7	bilirrubinas	negativo		Negativo
8	urobilinógeno	negativo		Negativo
9	nitritos	positivo		Negativo
10	hemoglobina	negativo		Negativo
11	cetonas	negativo		Negativo
12	sales biliares	negativo		Negativo
sedimento urinario				
13	células epiteliales	escasos		Escasos
14	leucocitos	09 a 10	x campo	<= 6
15	hematíes	0 a 1	x campo	< 3
16	cilindros	-	x campo	Ausentes
17	cristales	-		Escasos
18	gérmenes	3+		

1.7.3) INFORME DE INTERCONSULTA DE CARDIOLOGIA

Fecha: 20/09/2017

Hora: 19:40 pm

Motivo de atención: realizar EKG

Funciones vitales: PA: 190/110 mmHg. FC: 114 por minuto.

Resultado de EKG: Taquicardia del seno, hipertrofia ventricular derecha.

Impresión diagnóstica

1. Preeclampsia severa
2. Hipertensión Arterial crónica sin tratamiento

3. Óbito fetal
4. Descartar Coagulación Intravascular Diseminada.

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Referir al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Indicación terapéutica:

1. Captopril 50 mg via oral STAT.

1.7.4) REEVALUACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA DE EMERGENCIA

Fecha: 20/09/2017

Hora: 19:50 horas.pm

Paciente en sala de emergencia, con evaluación de medicina interna y cardiología es preparada para ser referida a Hospital Carrión.

Examen físico general:

Funciones vitales: Presión arterial: 180/120 mmHg. Frecuencia cardiaca: 84 por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Temperatura: 37°C. No lúcida, no orientada en tiempo, ni espacio, pálida, poco hidratada, con llenado capilar > 2 segundos.

Examen obstétrico:

Abdomen: ocupado por útero grávido AU: 18 cm, FCF no audible.

Tacto vaginal: no sangrado

Genitales externos: cérvix sin cambios, no pérdida de sangrado, no pérdida de líquido amniótico.

Impresión Diagnóstica:

1. Óbito fetal de 19 semanas por ecografía II trimestre.
2. Preeclampsia con signos de severidad.
3. Hipertensión arterial crónica sin tratamiento
4. Descartar Coagulación intravascular diseminada.

Plan de trabajo:

Referencia de paciente a Hospital Carrión por no contar con Unidad de Cuidados Intermedios.

Indicaciones terapéuticas:

- 1) Sulfato de Magnesio al 20% 4gr endovenoso en 20 minutos.
- 2) Captopril 50 mg vía oral STAT (indicación de cardiología)
- 3) Balance Hídrico y control de funciones vitales estricto.

1.8 ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA – HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Fecha: 20/09/2017

Hora: 21:19 horas pm

Motivo de atención:

Paciente referida del Hospital de Ventanilla con diagnósticos: multigesta de 19 semanas por ecografía, pre eclampsia severa y óbito fetal. Paciente no da buena información, niega sangrado vaginal, refiere cefalea de leve intensidad hace 3 horas y movimientos involuntarios hace un mes.

Examen físico general

Funciones vitales:

PA: 150/100mmHg, FR: 20 x min, FC: 82 x min, T: 36 °C

Estado general: AREG, AREH, AREN.

Examen Obstétrico:

AU: 19 cm, FCF: Ausente, MF: No, DU: No

TV: cérvix largo, cerrado, posterior.

Impresión diagnóstica:

1. Multigesta de 19 semanas por ecografía de II trimestre.
2. Óbito fetal
3. Hipertensión crónica no controlada
4. No trabajo de parto.

Plan de trabajo:

1. Hidratación
2. Antihipertensivo
3. Se solicita: hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor
4. Ecografía obstétrica
5. Interconsulta a cardiología y medicina.

Indicación terapéutica:

1. Nada por vía oral
2. Cloruro de sodio al 0.9% a 30 gotas por minuto
3. Captopril 25 mg condicional a PA> 160/110 mmHg

1.8.1) INFORME DE INTERCONSULTA DE CARDIOLOGÍA

Fecha: 20/09/2017

Hora: 22:21 pm

Motivo de consulta: Hipertensión crónica no controlada.

Funciones vitales: PA: 146/104 mmHg, FC: 98 x min

Impresión diagnóstica

1. Hipertensión arterial no controlada
2. Óbito fetal

Terapéutica

1. Captopril 25mg sub lingual cada 8 horas
2. Reevaluación a solicitud.

1.8.2) INFORME DE INTERCONSULTA DE EMERGENCIA

Fecha: 20/09/2017

Hora: 23:18 pm

Motivo de atención: movimientos involuntarios

Funciones vitales:

PA: 150/100 mmHg, FC: 120 x min, FR: 20 x min

Impresión diagnóstica

1. Multigesta de 19 semanas por ecografía de II trimestre.
2. Óbito fetal
3. Hipertensión arterial
4. Descartar Síndrome convulsivo

Plan de trabajo

1. Se solicita Tomografía Computarizada cerebral
2. Interconsulta a Neurocirugía
3. Anticonvulsivante
4. Reevaluación a solicitud

Indicaciones terapéuticas:

1. Hidrazolina 5 mg EV condicional a convulsiones

1.8.3) REEVALUACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA DE EMERGENCIA

Fecha: 20/09/2017

Hora: 23:46 pm

Motivo de atención: Reevaluación con resultados de laboratorio y ecografía.

Ecografía obstétrica: Gestación única inactiva de 19 semas 4 días por BF.

Funciones vitales: PA: 150/100mmHg, FC: 82 x min, Fr: 20 x min.

Impresión diagnóstica

1. Multigesta de 19 semanas
2. Óbito fetal

3. Hipertensión arterial

4. Plaquetopenia

Plan de trabajo

1. Interconsulta a Medicina de emergencia

2. Antihipertensivo horario

HEMOGRAMA				
FECHA: 20/09/17			HORA:22:41 pm	
	Parámetro	Resultado	Unidad	referencia
1	WBC	9.59	1000/uL	4.00-10.00
2	Neu# H	7.67	1000/uL	2.00-7.00
3	Lym#	1.43	10*3/uL	0.80-4.00
4	Mon#	0.45	10*3/uL	0.12-1.20
5	Eos#	0.02	10*3/uL	0.02-0.50
6	Bas#	0.02	10*3/uL	0.00-0.10
7	RBC	4.27	10*6/uL	3.50-5.50
8	HGB L	10	g/dL	11.0-16.0
9	HCT L	32.3	%	37.0-54.0
10	MCV L	75.6	fL	80.0-100.0
11	MCH L	23.4	pg	27.0-34.0
12	MCHC L	31	g/dL	32.0-36.0
13	RDW-CV	23.2	%	11.0-16.0
14	RDW-SD	62.0	fL	35.0-56.0
15	PLT	82	10*3/uL	150-450
16	MPV	9	fL	6.5-12.0
17	PDW	15.6		15.0-17.0

BIOQUÍMICA			
fecha: 20/09/17		hora: 23:21 pm	
ANÁLISIS	MÉTODO	RESULTADO	RANGO
UREA	mg/dL	32	10.00-50.00
CREATININA	mg/dL	0.86	0.600-1.100
BILIRRUBINA DIRECTA	mg/dL	0.04	0.000-0.200
GLUCOSA	mg/dL	89	70.00-110.00

GOT	UI/L	29	0.000-32.00
GPT	IFCC	12	0.000-31.00
FOSFATASA ALCALINA	IFCC	322	65.00-300.0
LDH	IFCC	723	230.0-460.0
BILIRRUBINA TOTAL	mg/dL	0.09	0.000-1.000
PROTEINAS TOTALES	g/dL	5.6	6.100-7.900
GGT	UI/L	15	7.000-32.00
ALBUMINA	g/dL	2.7	3.500-4.800
BILIRRUBINA INDIRECTA	mg/dL	0.05	0.000-0.000
GLOBULINAS	g/dL	2.9	0.000-0.000

PERFIL DE COAGULACIÓN		
fecha: 20/09/17	hora: 23:14 pm	
Examen	Resultado	valores normales
Tiempo de coagulación	8 minutos	LEE WHL: 4-9/ BURK: 2-8
Tiempo de sangría	3 minutos	DUKE: 1-3/ IVV: 1-6

1.8.4) REEVALUACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA DE EMERGENCIA

Fecha: 21/09/2017

Hora: 05:36 am

Paciente asintomática en sala de emergencia de ginecoobstetricia, sin signos de irritación cortical.

Funciones vitales:

PA: 150/90mm Hg, FR: 18x min, FC: 82 x min,

Impresión diagnóstica:

1. Multigesta de 19 semanas por ecografía de II trimestre.
2. Óbito fetal
3. Hipertensión crónica no controlada
4. Plaquetopenia
5. Descartar síndrome convulsivo

Plan de trabajo

1. Hidratación

2. Antihipertensivo horario
3. Tomografía axial computarizada cerebral
4. Hemograma control cada 6 horas
5. Termina de gestación (inducción de parto con prostaglandina)

Indicación terapéutica:

1. Nada por vía oral.
2. Cloruro de sodio al 9 % a xxx gotas por minuto.
3. Misoprostol 200 ug c/ 4 horas vía vaginal
4. Captopril 25 mg c/ 8 horas sub lingual

1.8.5) REEVALUACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA DE EMERGENCIA

Fecha: 21/09/2017

Hora: 11:00 am

Paciente sin signos de irritación cortical, refiere contracciones uterinas esporádicas

Funciones vitales:

PA: 180/100mm Hg, FR: 19x min, FC: 100 x min

Examen obstétrico: Abdomen: DU 1/10/+15-20 seg.

Genitales externos: al tacto vaginal: cérvix blando, dehiscente 3 dedos, membranas integras, escaso moco cervical.

SNC: despierta, obedece órdenes, ROT: ++/++++

Impresión diagnóstica

1. Multigesta de 19 semanas por ecografía de II trimestre.
2. Óbito fetal
3. Crisis hipertensiva
4. Plaquetopenia

Plan de trabajo:

1. Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos.
2. Interconsulta a Cardiología
3. Se solicita exámenes de laboratorio control

Indicaciones terapéuticas

1. Nada por vía oral.
2. Cloruro de sodio al 0.9 % a xxx gotas por minuto.
3. Misoprostol 200 ug c/ 4 horas vía vaginal
4. Captopril 25 mg c/ 8 horas sub lingual
5. Nifedipino 10mg VO condicional a PA \geq 160/110mmhg

1.8.6) INFORME DE INTERCONSULTA DE CARDIOLOGÍA

Fecha: 21/09/2017

Hora: 11:45 am

Motivo de consulta: crisis hipertensiva

Funciones vitales: PA 180/100 mmHg, FC: 118 x min FR: 22xmin

Impresión diagnóstica

1. Multigesta de 19 semanas por ecografía de II trimestre
2. Óbito fetal
3. Hipertensión arterial secundaria vs esencial

Plan de Trabajo:

1. Se solicita Tropominas
2. Perfil Tiroideo
3. Manejo por especialidad de endocrinología

Terapéutica

1. Losartan 50mg vo cada 12 horas
2. amlodipino 5mg vo cada 12 horas
3. Hidroclorotiazida 25mg cada 24 horas

1.8.7) REEVALUACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA DE EMERGENCIA

FECHA: 21/09/17

HORA: 13:00 pm

Motivo de atención: Paciente en sala de emergencia expulsada producto y placenta.

Funciones vitales: PA 180/100 mmHg, FC: 82 x min T: 37.4C FR: 20xmin
Paciente en espera de interconsulta a UCI.

1.8.8) INFORME DE INTERCONSULTA POR EL SERVICIO DE UCI

Fecha: 21/09/2017

Hora: 13:05 pm

Motivo de atención: crisis hipertensiva y plaquetopenia

Funciones vitales:

PA 140/90 mmHg, FC: 105 x min T: 37.5C

Impresión diagnóstica

1. Plaquetopenia
2. Hipertensión Arterial controlada al momento del examen
3. Post alumbramiento de óbito fetal
4. Descartar endometritis

5. Descartar Hipotiroidismo

Plan de Trabajo:

Hospitalizar post legrado

Se evalúa resultado de análisis de laboratorio

FECHA: 21/09/17		HORA:10:47 am		
	Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo de referencia
1	WBC	9.36	1000/uL	4.00-10.00
2	HGB L	10.3	g/dL	11.0-16.0
3	PLT	94	10*3/uL	150-450

Ver cuadro completo en anexos

BIOQUÍMICA			
fecha: 21/09/17		hora: 10:47 am	
ANÁLISIS	MÉTODO	RESULTAD O	RANGO
UREA	mg/dL	30	10.00-50.00
CREATININA	mg/dL	0.87	0.600-1.100
BILIRRUBINA DIRECTA	mg/dL	0.04	0.000-0.200
GLUCOSA	mg/dL	80	70.00-110.00
GOT	UI/L	29	0.000-32.00
GPT	IFCC	15	0.000-31.00
BILIRRUBINA TOTAL	mg/dL	0.10	0.000-1.000
BILIRRUBINA INDIRECTA	mg/dL	0.07	0.000-0.000

1.8.9) REEVALUACIÓN EN GINECOOBSTETRICIA DE EMERGENCIA

Fecha: 21/09/17

Hora: 13:35 pm

Motivo: expulsión de producto y placenta

Funciones vitales:

PA 150/100 mmHg, FC: 104 x min T: afebril

Examen obstétrico:

Abdomen: blando, depresible RHA (+), útero contraído.

TV: cérvix blando, OCE abierto, sangrado vaginal en poca cantidad.

Impresión diagnóstica

1. Aborto tardío incompleto
2. Hipertensión arterial
3. Plaquetopenia

Plan de trabajo

1. Preparar para Legrado uterino en sala de operaciones
2. Interconsulta a medicina para riesgo quirúrgico
3. Coordinar con Unidad Cuidados Intensivos para hospitalización post realización de legrado.

1.8.10) REEVALUACIÓN DE MEDICINA DE EMERGENCIA

Fecha: 21/09/17

Hora: 13:50 pm

Motivo de atención: Riesgo quirúrgico

Funciones vitales: PA 140/100 mmHg, FC: 108 x min FR: 20 x min

Impresión diagnóstica

1. Aborto tardío incompleto
2. Hipertensión arterial
3. Plaquetopenia
4. Riesgo Quirúrgico : Clase II

Plan de trabajo:

1. Riesgo quirúrgico

1.8) INFORME DE SALA DE OPERACIONES

FECHA: 21/09/2017

HORA DE INICIO: 16:40 pm

HORA DE TÉRMINO: 16:50 pm

Diagnóstico preoperatorio:

1. Aborto incompleto tardío
2. Hipertensión arterial crónica no controlada
3. Plaquetopenia

Operación:

1. Legrado uterino

Diagnostico post operatorio:

1. Post legrado por retención de restos placentarios.
2. Hipertensión crónica no controlada
3. Plaquetopenia

1.9) HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

FECHA: 21/09/17

HORA: 17:20 pm

Motivo de atención: Paciente post legrado uterino, Hipertensión arterial no controlada y Plaquetopenia.

Funciones vitales:

PA 190/100 mmHg, FC: 112 x min FR: 19 x min, T: 37°C, saturación 98%

Impresión Diagnóstica

1. Puérpera inmediata de óbito fetal
2. HTA no controlada
3. Plaquetopenia

Plan de Trabajo

1. hidratación
2. Analgesia
3. Antibioticoterapia
4. Antihipertensivo

Indicación terapéutica

1. Nada por vial oral , excepto medicación
2. NaCl 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg + Oxitocina 20 UI
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Ketoprofeno 10 mg EV cada 8 horas
7. Captopril 25 mg VO cada 8 horas

a) REEVALUACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 21/09/17

HORA: 19:00 pm

Paciente hospitalizada en el servicio con diagnóstico de post LU por Óbito fetal, Hipertensión arterial no controlada, plaquetopenia.

Funciones vitales:

PA: 170/90 mmHg, FC: 97 min, FR: 22 min

Examen físico: Despierta, obedece órdenes, hemodinámicamente estable, patrón regular.

Examen obstétrico: abdomen blando, depresible, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical, loquios en poca cantidad. Tendencia a hipertensión sostenida.

Impresión diagnóstica

1. Hipertensión arterial
2. Descartar preeclampsia
3. Puérpera inmediata de óbito fetal post Legrado Uterino.

Plan de trabajo:

1. Optimizar analgesia
2. Antihipertensivos
3. En espera de resultados de laboratorio

Indicación terapéutica:

1. Tramadol 100 mg EV cada 12 horas
2. Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas

1.9.1) DIA 02 DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 22/09/17

HORA: 08:00 am

Paciente despierta, consciente, obedece órdenes, no focalización.

Funciones vitales: PA: 146/90 mmHg, FC: 73 min, FR: 14 min

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión Arterial
2. Óbito fetal post Legrado uterino

Plan de trabajo:

1. Hidratación
2. Antibioticoterapia
3. Antihipertensivo

Indicación terapéutica:

1. Dieta blanda
2. Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Tramadol 100 mg EV cada 12 horas
7. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
8. Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas.

BIOQUÍMICA			
fecha: 21/09/17		hora: 05:53 am	
ANÁLISIS	MÉTODO	RESULTADO	RANGO
UREA	mg/dL	29	10.00-50.00
CREATININA	mg/dL	0.69	0.600-1.100
GLUCOSA	mg/dL	57	70.00-110.00
PROTEINA C REACTIVA	mg/dL	1.07	0.000-0.500

Ver cuadro de hemograma completo en anexo 1

1.9.2) DIA 03 DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 23/09/17

HORA: 08:00 am

Paciente refiere no presentar molestias.

Funciones vitales:

PA: 140/81 mmHg, FC: 92 min, FR: 15 min T: 36.5°C

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión arterial no controlada
2. Plaquetopenia
3. Post Legrado uterino por óbito fetal
4. Anemia moderada microcítica normocrónica

Plan de trabajo:

1. Hidratación
2. Antibioticoterapia
3. Antihipertensivo
4. Interconsulta ginecoobstetricia
5. Evaluar alta del servicio

Indicación terapéutica:

1. Dieta completa
2. Cloruro de sodio 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
7. Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas.

1.9.3) DIA 04 DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 24/09/17

HORA: 08:00 am

Paciente refiere alucinaciones visuales y auditivas

Funciones vitales: PA: 160/110 mmHg, FC: 126 x min, FR: 16 x min T: 36.9°C

Examen físico: Aparente regular estado general

Abdomen: útero aumentado de tamaño, loquios escasos, globo vesical doloroso

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión arterial no controlada
2. Bicitopenia
3. Trombocitopenia
4. Post Legrado uterino por aborto incompleto
5. Trastorno del contenido vesical

Plan de trabajo:

1. Hidratación
2. Antibioticoterapia
3. Antihipertensivo
4. Interconsulta ginecoobstetricia
5. Evacuar vejiga
6. Evaluar alta del servicio

Indicación terapéutica:

1. Dieta completa
2. Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Captopril 25 mg VO cada 8 hora
7. Amlodipino 10 mg VO cada 24 horas
8. Colocar sonda Foley

BIOQUÍMICA			
fecha: 24/09/17		hora: 05:00 am	
ANÁLISIS	MÉTODO	RESULTADO	RANGO
UREA	mg/dL	19	10.00-50.00
CREATININA	mg/dL	0.72	0.600-1.100
GLUCOSA	mg/dL	78	70.00-110.00
PROTEINA C REACTIVA	mg/dL	0.68	0.000-0.500

Ver resultado de hemograma en anexo1

a) INFORME DE INTERCONSULTA DE GINECOOBSTETRICIA

FECHA: 24/09/17

HORA: 16:28 pm

Motivo de consulta: Puérpera post Legrado uterino por óbito fetal,
Hipertensión arterial controlada

Funciones vitales:

PA: 160/100 mmHg, FC: 99 x min, FR: 18 x min

Examen físico: paciente desorientada, confusa

Abdomen: blando depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio

Genitales externos: no sangrado vaginal

Impresión diagnóstica:

1. Post Legrado uterino por óbito fetal
2. Bicitopenia (anemia y plaquetopenia)
3. Hipertensión arterial

Plan de trabajo:

1. Interconsulta a neurología

1.9.4) DIA 05 DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 25/09/17

HORA: 10:10 am

Motivo de atención paciente hospitalizada en Unidad de cuidado intensivos

Funciones vitales:

PA: 120/70 mmHg, FC: 86 x min, FR: 16 x min T: 37°C

Examen físico: Aparente regular estado general paciente confusa refiere alteraciones visuales

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión arterial controlada
2. Plaquetopenia

3. Endometritis con tratamiento
4. Post Legrado uterino por óbito
5. Anemia moderada
6. Descartar Infección del tracto urinario

Plan de trabajo:

1. Hidratación
2. Antibioticoterapia
3. Antihipertensivo
4. Interconsulta a neurología

Indicación terapéutica:

1. Dieta completa
2. Cloruro de sodio al 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Captopril 50 mg VO cada 8 horas
7. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
8. Sonda Foley permeable
9. Se evalúan resultados de laboratorio

BIOQUÍMICA			
fecha: 24/09/17		hora: 05:00 am	
ANÁLISIS	MÉTODO	RESULTADO	RANGO
UREA	mg/dL	20	10.00-50.00
CREATININA	mg/dL	0.70	0.600-1.100
GLUCOSA	mg/dL	75	70.00-110.00

Ver resultado de hemograma en anexo 1.

Examen completo de orina	
Fecha:25/09/17	Hora:12:14 am
ANÁLISIS	RESULTADO
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.015
PH(T)	7.0
Proteínas	negativo
Glucosa	Negativo

Acetona	negativo
Urobilina	negativo
Bilirrubina total	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Nitritos	Negativo
Células epiteliales	1-3
Leucocitos	8-10
Piocytes	-
Hematíes	5-7
Cristales	-
Cilindros	-
Gérmenes	1+
Observaciones	-

a) INFORME DE INTERCONSULTA DE NEUROLOGÍA

FECHA: 25/09/17

HORA: 15:40 pm

Motivo de atención: trastorno del sensorio

Examen físico: paciente despierta, lúcida orientada en tiempo y persona

Impresión diagnóstica:

1. Trastorno del contenido de conciencia
2. Descartar encefalopatía posterior reversible
3. Hipertensión arterial no controlada

Plan de trabajo:

1. Resonancia magnética cerebral con contraste más difusión
2. Evaluación de neuropsicología

1.9.5) DIA 06 DE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 26/09/17

HORA: 08:00 am

Paciente hospitalizada con evolución favorable, niega molestias.

Funciones vitales:

PA: 120/60 mmHg, FC: 86 x min, FR: 16 x min T: 36.5°C

Examen físico: Aparente regular estado general y nutricional, paciente asintomática

Impresión diagnóstica:

1. Post Legrado uterino por aborto incompleto

2. Anemia moderada
3. Plaquetopenia
4. Hipertensión arterial

Plan de trabajo:

1. Antibioticoterapia
2. Antihipertensivo
3. Se solicita Urocultivo
4. Interconsulta a Urología
5. Interconsulta a Hematología
6. Interconsulta a Psiquiatría

Indicación terapéutica:

1. Dieta completa
2. Cloruro de sodio 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
6. Captopril 50 mg VO cada 8 horas
7. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
8. Amikacina 2gr STAT
9. Clonazepan 0.5mg ½ tableta en la noche
10. Sonda Foley permeable

a) INFORME DE INTERCONSULTA DE UROLOGÍA

FECHA: 26/09/17

HORA: 10:15 am

Motivo de atención: Disfunción de sonda vesical

Procedimiento médico: Retiro de sonda vesical sin dificultad

b) INFORME DE INTERCONSULTA A PSIQUIATRIA

FECHA: 26/09/17

HORA: 11:00 am

Motivo de atención: trastorno del contenido de conciencia

Examen físico: paciente despierta, colaboradora, lenguaje claro, pensante, no delirio al momento de la entrevista, labilidad emocional.

Impresión diagnóstica:

1. Distimia

2. Trastorno de adaptación

Plan de trabajo

1. Ansiolítico
2. Evaluación por psicología

Indicación terapéutica

1. Clonazepan 0.5mg ½ tableta en la noche por 7 días

c) INFORME DE INTERCONSULTA DE HEMATOLOGÍA

FECHA: 26/09/17

HORA: 12:00 am

Motivo de atención: plaquetopenia y anemia moderada

Impresión diagnóstica:

1. Plaquetopenia por AINES
2. Descartar ferropenia
3. Hipertensión arterial no controlada y preeclampsia
4. Post Legrado Uterino por óbito fetal

Plan de trabajo

1. Se solicita análisis de hierro sérico , ferritina , Proteína C Reactiva
2. Administración de hierro
3. Perfil tiroideo

Ver resultado de hemograma en anexo 1

Fecha : 26/09/2017		
Análisis	Resultado	Rango
Bilirrubina directa	0.02 mg/dl	0.000- 0.200
GOT	27 UI/l	0.000-38.00
GPT	17 UI/l	0.000- 42.00
Bilirrubina total	0.10 mg/dl	0.000- 1.000
Proteína C reactiva	0.63 mg/dl	0.000- 0.500
Bilirrubina indirecta	0.08 mg/dl	0.000-0.000

BIOQUÍMICA			
fecha: 26/09/17			
ANÁLISIS	UNIDAD DE MEDIDA	RESULTADO	RANGO
UREA	mg/dL	13	10.00-50.00

CREATININA	mg/dL	0.79	0.600-1.100
GLUCOSA	mg/dL	88	70.00-110.00
PROTEÍNA REACTIVA	mg/dL	0.41	0.000- 0.500

d) REEVALUACIÓN EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FECHA: 26/09/17

HORA: 18:35 pm

Paciente hospitalizada en su 6° día post legrado uterino e hipertensión arterial crónica controlada es reevaluada para ser dada de alta del servicio.

Funciones vitales:

PA 100/50 mmHg, FC: 102 x min FR: 14 x min, saturación 97%

Evaluación física: Piel pálida, conjuntivas sonrosadas, mamas: secreción láctea a digito presión, abdomen: ligeramente globuloso, no doloroso a la palpación, se evidencia escaso sangrado vaginal, sin mal olor.

Impresión Diagnóstica

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío con óbito fetal
2. Anemia moderada
3. Hipertensión arterial controlada
4. Plaquetopenia

Plan de trabajo:

1. Vendaje compresivo de mamas
2. Pasar a ginec obstetricia

Indicación terapéutica

1. Seguir con indicación médica de Unidad de cuidado intensivos

1.10) DÍA 01 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 27/09/17

HORA: 07:30 am

Paciente ingresa al servicio de ginecología procedente de unidad de cuidados intensivos, ingresa en silla de ruedas, con vía salinizada, con diagnóstico ya conocidos.

Funciones vitales:

PA 120/80 mmHg, FC: 81 x min FR: 18 x min, T: 37°C

Examen físico: Piel tibia, hidratada, elástica; mamas blandas no dolorosas; abdomen simétrico, blando, depresible, no doloroso al a palpación; en genitales

externos no se evidencia sangrado vaginal; Tacto vaginal: cérvix posterior, sangrado vaginal escaso, dificultad por presencia de globo vesical, heces endurecidas.

Impresión Diagnóstica

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío.
2. Anemia moderada
3. Plaquetopenia
4. Hipertensión arterial controlada

Plan de trabajo:

1. Vendaje compresivo de mamas
2. Antihipertensivo
3. Antibioticoterapia
4. Interconsulta a Urología
5. Se solicita ecografía Transvaginal
6. Evacuación vesical

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Cloruro de sodio 0.9% 1000cc + Kalium 40 mg
3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas
4. Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
5. Omeprazol 20 mg EV cada 24 horas
6. Captopril 50 mg VO cada 8 horas
7. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
8. Cabergolina (0.5 mg) 2 tabletas vía oral STAT
9. Vía salinizada

1.10.1) DIA 02 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 28/09/17

HORA: 08:00 am

Paciente hospitalizada en gineco-obstetricia, estable.

Funciones vitales:

PA 110/70 mmHg, FC: 82 x min FR: 18 x min,

Evaluación física: Aparente regular estado general y nutricional, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, con evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío
2. Anemia moderada

3. Hipertensión arterial controlada

Plan de trabajo:

1. Vendaje compresivo de mamas
2. Antihipertensivo
3. Antibioticoterapia
4. Se solicita Hemograma control

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Retirar vía
3. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
4. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
5. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
6. Cefuroxima 500 mg CO cada 12 horas
7. Colocar sonda permeable- reeducación vesical cada 3 horas

a) INFORME DE INTERCONSULTA A UROLOGÍA

FECHA: 28/09/17

HORA: 9:00 am

Motivo de consulta: Descartar Globo vesical

Procedimiento médico: Retiro de sonda

Plan de trabajo

1. Reeducción vesical cada 3 horas.
2. Antibioticoterapia.

1.10.2) DIA 03 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 29/09/17

HORA: 08:00 am

Funciones vitales:

PA 120/80 mmHg, FC: 82 x min, T: afebril

Evaluación física: Aparente regular estado general y nutricional, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, con evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

1. Post Legrado uterino por aborto incompleto tardío con de óbito fetal
2. Anemia moderada
3. Hipertensión arterial controlada
4. Hipotiroidismo

Plan de trabajo:

1. Analgésico
2. Antihipertensivo
3. Antibioticoterapia
4. Antieméticos
5. Interconsulta endocrinología

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
3. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
4. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
5. Cefuroxima 500 mg CO cada 12 horas
6. Sonda permeable- reeducación vesical cada 3 horas

a) INFORME DE INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGÍA**FECHA: 29/09/17****HORA: 11:00 am****Motivo de consulta:** evaluación de perfil tiroideo**Impresión diagnóstica:**

1. Hipotiroidismo

Plan de trabajo

1. Iniciar terapia hormonal
2. Reevaluación por consultorio externo

Indicación terapéutica

1. Levotiroxina 100ug 1 tableta vía oral en ayunas.

1.10.3) DIA 04 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA**FECHA: 30/09/17****HORA: 08:00 am****Funciones vitales:**

PA 100/60 mmHg, FC: 72 x min, FR: 17 x min T: 36.6°C

Evaluación física: Estado general y sensorio conservado; paciente con evolución favorable.**Impresión Diagnóstica**

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío con de óbito fetal
2. Anemia moderada asintomática
3. Hipertensión arterial controlada

4. Hipotiroidismo

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Antibioticoterapia
3. Interconsulta a cardiología
4. Interconsulta a neurología

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
3. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
4. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
5. Cefuroxima 500 mg CO cada 12 horas
6. Levotiroxina 100 mg vía oral (30-60 minutos antes del desayuno)
7. Cloruro de sodio al 0.9% 200 cc+ Hierro sacarato 200 mg (Pasar Vía intravenosa, lento en 30 minutos)
8. Flavoxato 200 mg VO cada 8 horas
9. Sonda permeable- reeducación vesical cada 3 horas

1.10.4) DIA 05 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 01/10/17

HORA: 08:00 am

Funciones vitales:

PA 110/70 mmHg, FC: 74 x min, FR: 18 x min, T: 37°C

Evaluación física: Aparente regular estado general y nutricional, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, con evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío con de óbito fetal
2. Anemia moderada asintomática
3. Hipertensión arterial controlada
4. Hipotiroidismo

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Antibioticoterapia
3. Interconsulta a cardiología
4. Interconsulta a Urología

Indicación terapéutica

1. Dieta completa

2. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
3. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
4. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
5. Cefuroxima 500 mg CO cada 12 horas
6. Levotiroxina 100 mg vía oral (30-60 minutos antes del desayuno)
7. Cloruro de sodio al 0.9% 200 cc+ Hierro sacarato 200 mg (Pasar vía endovenosa, lento en 30 minutos)

1.10.5) DIA 06 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 02/10/17

HORA: 08:00 am

Funciones vitales:

PA 100/70 mmHg, FC: 75 x min, FR: 20 x min T: 36.9°C

Evaluación física: Aparente regular estado general y nutricional, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, con evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío con de óbito fetal
2. Anemia moderada asintomática
3. Hipertensión arterial controlada
4. Hipotiroidismo

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Antibioticoterapia
3. Interconsulta a cardiología
4. Interconsulta a Urología

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
3. Captopril 25 mg VO cada 8 horas
4. Amlodipino 10 mg VO cada 12 horas
5. Cefuroxima 500 mg CO cada 12 horas
6. Levotiroxina 100 mg vía oral (30-60 minutos antes del desayuno)

a) NFORME DE INTERCONSULTA A UROLOGÍA

FECHA: 2/10/17

HORA: 09:40 am

Motivo de consulta: retiro de sonda foley

b) INFORME DE INTERCONSULTA A CARDIOLOGÍA

FECHA: 02/10/17

HORA: 13:40 pm

Motivo de consulta: Hipertensión arterial

Examen físico: PA: 100/60 mmHg FC: 65 x min.

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión arterial controlada

Plan de trabajo

1. Cambio de antihipertensivo
2. Control de presión arterial diaria
3. Se solicita ecocardiograma
4. Antibioticoterapia

Indicación terapéutica

1. Enalapril 10mg cada 12 hrs

1.10.6) DIA 07 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 03/10/17

HORA: 08:00 am

Funciones vitales:

PA 120/80 mmHg, FC: 72 x min, FR: 16 x min, T: 36.9°C

Evaluación física: Aparente regular estado general y nutricional, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, con evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

1. Post legrado uterino por aborto incompleto tardío con de óbito fetal
2. Anemia moderada asintomática
3. Hipertensión arterial controlada
4. Hipotiroidismo

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Antibioticoterapia
3. Reevaluación con resultado de ecografía doppler

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
3. Cefuroxima 500 mg CO cada 12 horas
4. Levotiroxina 100 mg vía oral (30-60 minutos antes del desayuno)
5. Cloruro de sodio al 0.9% 200 cc+ Hierro sacarato 200 mg (Pasar vía endovenosa, lento en 30 minutos)
6. Enalapril 10 mg VO cada 12 horas

7. Retirar sonda foley

1.10.7) DIA 08 DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA

FECHA: 04/10/17

HORA: 08:00 am

Funciones vitales:

PA 110/70 mmHg, FC: 78 x min, FR: 18 x min.

Evaluación física: Aparente regular estado general y nutricional, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, con evolución favorable.

Impresión Diagnóstica

1. Post LU por aborto incompleto tardío con de óbito fetal
2. Anemia moderada asintomática
3. Hipertensión arterial controlada
4. Hipotiroidismo

Plan de trabajo:

1. Antihipertensivo
2. Antibioticoterapia
3. Interconsulta a hematología por consultorio
4. Interconsulta a cardiología por consultorio
5. Alta con indicaciones.

Indicación terapéutica

1. Dieta completa
2. Dicloxacilina 500 mg VO cada 6 horas por 5 días
3. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
4. Levotiroxina 100 mg vía oral (30 minutos antes del desayuno) por 30 días
5. Sulfato ferroso 300 mg VO cada 12 horas por 30 días
6. Enalapril 10 mg VO cada 12 horas hasta consulta por cardiología

1.11) INFORME DE ALTA- EPICRISIS

Fecha de ingreso: 21/09/2017

Fecha de egreso: 04/10/2017

Paciente estuvo hospitalizada por 14 días, ingresó por emergencia con diagnóstico de multigesta de 19 semanas, óbito fetal e hipertensión arterial crónica no controlada.

Egresada por alta médica con diagnósticos de post legado uterino, anemia moderada, hipertensión arterial crónica controlada e hipotiroidismo.

Tratamiento:

1. Dicloxacilina 500 mg vía oral cada 6 horas
2. Levotiroxina 100 mg vía oral 1 tableta 60 minutos antes del desayuno.
3. Enalapril 100 mg vía oral cada 12 horas
4. Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 12 horas
5. Omeprazol 20 mg vía oral 1 tableta cada 24 horas por 2 días

Indicaciones:

1. Control por consultorio externo de hematología, cardiología.
2. Ante la presencia de signos de alarma acudir por emergencia.

CAPÍTULO II

2.1) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente caso clínico comprueba una vez más que las enfermedades hipertensivas durante la gestación han meritado numerosos estudios en el mundo por su alta incidencia y complicaciones para el binomio materno infantil. ⁽¹⁾ Las gestantes con diagnóstico de hipertensión crónica, edad materna avanzada y enfermedades crónicas se encuentran con mayor riesgo de desarrollar preeclamsia sobreañadida, lo cual determina un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna perinatal; Es por ello la importancia de desarrollar el siguiente caso clínico, por estar inmerso en los problemas de salud pública al medir las tasas de mortalidad materna y perinatal que son indicadores de desarrollo. Además de su frecuencia durante la gestación, el estudio de la hipertensión es de suma importancia debido a las secuelas que podría ocasionar como: alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales, disminuyendo la calidad de vida de la madre, la familia y la comunidad.

La implicancia social de este caso clínico fue que se pudo evitar una muerte materna, pero no la muerte fetal, que se generó posiblemente por la falta de una atención prenatal precoz, identificación de factores de riesgo, seguimiento oportuno mediante visitas domiciliarias, educación materna sobre signos de alarma y un sistema de referencias y contrarreferencias con múltiples barreras administrativas.

Por ello queremos recalcar mediante este trabajo la importancia que tiene el inicio precoz de las atenciones prenatales, los factores de riesgo para anticipar el surgimiento de estas enfermedades, así como profundizar en el conocimiento de los mismos para evitar una muerte materna y perinatal. Es necesario que los y las obstetras que realizan las atenciones prenatales tengan la capacidad de detectar estos factores y prevenir complicaciones, además de conocer adecuadamente las normas y guías de atención de salud sexual y reproductiva, así como la de emergencias obstétricas y perinatales.

CAPÍTULO III

3.1) ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1.1) ANTECEDENTES NACIONALES

Bravo J., Sánchez J., Sosa H., Díaz J. y Miyahira j. (2013) en Perú realizaron un estudio sobre “Características clínicas de las gestantes con hipertensión arterial crónica atendidas en un hospital general de Lima” tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de las gestantes con hipertensión arterial crónica (HTAC), así como, conocer los resultados del producto de la gestación; fue un estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo, tipo serie de casos. Se incluyeron gestantes con HTAC cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre 2006 y 2012. Los resultados mostraron que el 56,1% tenía 35 o más años, 68,3% presentó preeclampsia sobreagregada. La tasa de filtración glomerular estimada fue < 90ml/min en 9,8%, el 58,8% presentó proteinuria en 24 horas > 300mg. El 73,2% tuvo parto abdominal, 41,5% de los recién nacidos fueron prematuros y el 39,1% tuvo peso menor a 2 500 g. Los autores concluyeron que las gestantes con HTAC presentan características clínicas y epidemiológicas similares a las descritas en otros estudios; con la diferencia que presentaron frecuencia alta de preeclampsia sobreagregada y complicaciones maternas y perinatales. (6)

Arévalo M. y Solís J. (2013) en Perú realizaron un estudio sobre “La frecuencia de disfunción tiroidea en gestantes” tuvo como objetivo determinar la frecuencia de disfunción tiroidea en gestantes; fue un estudio descriptivo y prospectivo. se incluyeron 138 gestantes (entre 6 y 40 semanas de gestación) aparentemente sanas seleccionadas aleatoriamente del servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Los resultados mostraron que la frecuencia del hipotiroidismo subclínico durante el embarazo fue 13,76% y de hipertiroidismo subclínico fue 1,45%. La frecuencia de disfunción tiroidea autoinmune fue 2,17%. Los autores concluyeron que se encontró una alta frecuencia de hipotiroidismo subclínico en la población estudiada, por lo que sugirieron un tamizaje universal mediante la determinación de TSH para el descarte de hipotiroidismo en gestantes aparentemente sanas. (15)

Domínguez M. (2013) en Perú realizó un estudio sobre “Hipotiroidismo subclínico y otras alteraciones tiroideas en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo de octubre – diciembre 2013” tuvo como objetivo identificar la frecuencia del hipotiroidismo subclínico y de otras alteraciones tiroideas en la población gestante del tercer trimestre atendidas en el Hospital nacional Almazor Aguinaga Asenjo, fue un estudio descriptivo, transversal, la población de estudio fueron gestantes del tercer trimestre captadas durante la atención ambulatoria y/o hospitalización, se llenó ficha de recolección de datos, se dosó hormonas tiroideas en sangre y se revisó historias clínicas. Los resultados fueron la frecuencia del hipotiroidismo subclínico fue 15,38%; en relación a la frecuencia de otras alteraciones tiroideas se encontró que el 12,8% presentaba hipotiroxinemia, el 7,7% hipotiroidismo subclínico, el 3,8% hipertiroidismo subclínico y el 60,8% eutiroidismo. El autor concluyó que la frecuencia del hipotiroidismo subclínico según edad predominó en gestantes cuyas edades se encontraban entre 31-40 años, solo encontrándose significancia estadística en las gestantes < de 20 años describiéndose un valor de TSH más alto. ⁽¹⁶⁾

Ticona M. y Huanco D. (2011) en Perú realizaron un estudio sobre “Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú” tuvo como objetivo identificar factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal y determinar su capacidad predictiva; fue un estudio prospectivo, analítico de casos y controles en 23 hospitales del Ministerio de Salud, de 48 422 nacimientos atendidos de enero a junio del 2008, los casos fueron 951 muertes perinatales y los controles 951 nacidos vivos seleccionados al azar. Se utilizó tasa de mortalidad por mil nacimientos, Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95%. Los resultados fueron la tasa de mortalidad perinatal fue 19,64 por 1000 nacimientos; la fetal tardía 10,74 y neonatal precoz 9,03. Algunos de los factores de riesgo más importantes fueron: edad materna de 35 años o más, gran multiparidad, antecedente de muerte fetal, patología materna, control prenatal ausente o inadecuado, presentación anómala, inicio de parto inducido, trabajo de parto precipitado o prolongado, líquido amniótico verde, prematuridad, desnutrición fetal y patología neonatal. La presencia de patología neonatal, depresión al nacer, bajo peso y prematuridad tienen mayor valor predictivo del 91%. Los autores concluyeron que los factores de riesgo del recién nacido tienen mayor asociación y alto valor predictivo para mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. ⁽¹⁷⁾

Cabeza J. (2013) en Perú realizó un estudio sobre “Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana 2013” tuvo como objetivo determinar si la edad, paridad y la hipertensión arterial crónica son factores de riesgo asociados al desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana; fue un estudio observacional, analítico de casos y controles, la población estuvo conformada por 162 gestantes distribuidas en dos grupos; casos: 54 gestantes con preeclampsia y controles 108 gestantes sin preeclampsia. Los resultados fueron la edad promedio para los casos fue 21 años, para el grupo control 23 años, el 42,59% de los casos correspondieron al grupo ≤ 20 años y en el grupo control solo 26,85%; la edad gestacional promedio para el grupo de casos fue 37 semanas y para el grupo control fue 39 semanas. En relación a la paridad se observó que el 40,74% de los casos correspondieron al grupo de nulíparas y en el grupo control solo 33,33%. El 46,30% de los casos tuvieron parto por cesárea y en el grupo control se observó que lo presentaron en el 31,48%. Con respecto a la presencia de hipertensión arterial crónica, el 11,11% de los casos lo presentaron y en el grupo control solo el 2,78%. El autor concluyó que la edad < 20 años, la primiparidad y la hipertensión arterial crónica si son factores asociados al desarrollo de preeclampsia. ⁽¹⁸⁾

3.1.2) ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Diago D., Vila F., Ramos E. y García R en el año 2011, en Cuba realizaron un estudio sobre “Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo”, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de las embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo que ingresaron en el servicio de Perinatología; fue un estudio retrospectivo, transversal, la población estuvo conformada por pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo. Los resultados mostraron que la hipertensión crónica y con preeclampsia sobreañadida fueron las patologías más frecuentes. Del total de pacientes hipertensas más del 50 % tenían factores de riesgo como: antecedentes patológicos familiares (40%) y la obesidad (27.5%) los cuales ocuparon los primeros lugares. Además la característica demográfica de la mayoría de las pacientes con preeclampsia fueron adolescentes y nulíparas. Los autores concluyeron que se debe insistir en la identificación de factores de riesgo que

conlleven a desencadenar esta enfermedad, así como, en el autocuidado de estas pacientes. ⁽¹⁰⁾

Álvarez V., Alonso R., Muñiz M. y Martínez J. en el año 2014, en Cuba realizaron un estudio sobre “Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo”, tuvo como objetivo caracterizar a las pacientes con enfermedad hipertensiva durante el embarazo; fue un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal. La población estuvo constituida por las gestantes atendidas en el Consultorio 85-02 de Villa 1 perteneciente al Policlínico Docente "Julio Antonio Mella" del 2008 al 2011. Los resultados mostraron que: el 5,9 % de las adolescentes, el 28,6 % de las pacientes con edad mayor o igual a los 35 años, el 10,3 % de nulíparas y el 14,3 % de gestantes con sobrepeso corporal desarrollaron preeclampsia. Hubo solo el 2,7 % de morbilidad materna y el 9,5 % de los recién nacidos presentó morbilidad, aunque ninguno correspondió a pacientes con preeclampsia. Se presentó preeclampsia en solo 6 pacientes. Los autores concluyeron que la adolescencia, la nuliparidad, la obesidad y el bajo peso no fueron factores predominantes en el desarrollo de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en este estudio. ⁽¹¹⁾

Poll J. , Rueda N. , Ramos L., Poll A. y Campos L. en el año 2012, en Cuba realizaron el estudio “Riesgo cardiovascular e hipertensión arterial crónica en embarazadas”, tuvo como objetivo determinar el grado de asociación causal entre algunos factores de riesgo cardiovascular y la enfermedad hipertensiva crónica; fue un estudio analítico y observacional de tipo caso-control no pareado; la población estuvo constituida por las gestantes atendidas en los policlínicos universitarios “Camilo Torres Restrepo” y “Municipal” de Santiago de Cuba, de junio del 2010 a junio del 2011. El grupo de los casos estuvo integrado por 30 embarazadas con hipertensión arterial crónica y el de los controles por 60; estas últimas con características biológicas similares, sin hipertensión, pero con el mismo grado de exposición. Los resultados mostraron que la malnutrición por exceso, el estrés mantenido y la dislipidemia fueron los factores de riesgo que mostraron mayor asociación causal con la hipertensión arterial crónica ⁽¹²⁾

Soto E. (2015) en Venezuela realizó el estudio “Morbilidad por trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Materno Infantil Cuatricentenario” tuvo como objetivo Determinar la morbilidad y características antropométricas y obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo; fue un

estudio retrospectivo; la población estuvo constituida por las historias obstétricas de pacientes que cumplían con criterios de trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el período junio 2014 – junio 2015 en el Hospital Materno Infantil Cuatricentenario. Los resultados mostraron 45 casos de preeclampsia severa, 35 casos de hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida, 27 casos de preeclampsia leve, 24 casos de hipertensión gestacional, y 2 casos de eclampsia. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, paridad, e índice de masa corporal al final del embarazo. Se registraron 2 casos de óbito fetal, 2 casos de desprendimiento prematuro de placenta y un caso de síndrome HELLP. El autor concluyó que los Trastornos hipertensivos del embarazo tienen una incidencia de 4,5% en esta institución, siendo más frecuente en pacientes entre 15 y 24 años, y en mayores de 30 años con antecedente de hipertensión arterial, nulíparas y obesas. ⁽¹³⁾

Morales B., Moya C., Blanco M., Moya N., Moya A y Moya R. (2015-2016) en Cuba realizaron un estudio sobre “Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario Santa Clara” tuvo como principal objetivo escribir el comportamiento de los trastornos hipertensivos en las gestantes; fue un estudio descriptivo, transversal. La población de este estudio estuvo constituida por un total de 210 gestantes atendidas en el policlínico Santa Clara, de las cuales se seleccionó una muestra de 52 pacientes mediante un muestreo no probabilístico por criterios. Los resultados mostraron que los trastornos hipertensivos del embarazo son patologías muy frecuentes que tiene una repercusión en: tasas de morbilidad materna (38.5%), morbilidad perinatal (32,7%) y la mortalidad (3,8%). Los autores concluyeron que los trastornos hipertensivos son más predominantes en mujeres con edades extremas y trastornos nutricionales. La Hipertensión arterial crónica y la hipercolesterolemia están entre las principales afecciones asociadas. Fue predominante en nulíparas y primíparas con embarazos a término completos y hubo elevado índice de inducciones de parto y cesáreas. La morbilidad puerperal fue elevada con prevalencia de la anemia y también tuvo repercusión sobre el peso y estado de los recién nacidos. ⁽¹⁴⁾

CAPÍTULO IV

4.1) DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

4.1.1) Factores de riesgo asociados:

a) Hipertensión arterial crónica

El óbito fetal fue el mayor daño que resultó de la hipertensión arterial crónica que fue diagnosticada de forma tardía hasta la semana 19 de gestación, pese a que 4 días antes del internamiento en el Hospital Daniel Alcides Carrión aún existía viabilidad fetal como consta en la primera ecografía tomada por emergencia en dicho nosocomio el 15 de setiembre del 2017. Por lo tanto si se trataba de una gestante con alto riesgo de muerte fetal, éste pudo ser evitado con un tratamiento y seguimiento adecuado de la hipertensión arterial.

En estudios realizados por Bravo J y colaboradores mencionan que las complicaciones perinatales más frecuentes en gestantes con hipertensión arterial crónica son: parto pretérmino, recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG), mayor admisión a cuidados intensivos de neonatología y un incremento en la mortalidad perinatal; que podrían tener relación con la presencia de proteinuria al inicio de la gestación. ⁽⁶⁾ Tal como se evidenció en la gestante que también presentó proteinuria (+++) como consta en la prueba realizada en el centro de salud Perú Corea Pachacútec.

b) Edad materna avanzada

En el presente caso la paciente tenía una edad materna avanzada (37 años) por lo que presentaba un factor de riesgo que debía ser considerado importante durante el primer trimestre en el inicio del control prenatal, sin embargo el inicio tardío del mismo no permitió detectarlo a tiempo, tampoco se tenía información sobre sus antecedentes, si en algún momento de sus anteriores gestaciones tuvo o no algún problema hipertensivo y por el inicio tardío del mismo no se pudo identificar el momento exacto de la aparición de los primeros signos o síntomas de la crisis hipertensiva. Según Elba Gómez las pacientes con hipertensión arterial crónica suelen ser mayores de 30 años, obesas, multíparas, con alguna enfermedad asociada, como diabetes o enfermedad renal. Hay afecciones que padecen las mujeres de forma crónica o que aumentan la probabilidad de aparición del síndrome hipertensivo

durante el embarazo; la hipertensión arterial crónica es una de ellas lo que predispone la aparición del cuadro a temprana edad gestacional. Desde este punto podemos considerar la edad como un antecedente biodemográfico que nos permite identificar factores de riesgo, es por ello que el embarazo a partir de los 35 años se asocia a un mayor riesgo de presentar una serie de patologías; las cuales no solo son propias del embarazo; sino que vienen asociadas a patologías maternas crónicas, teniendo como consecuencia mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

c) Hipotiroidismo:

En el presente caso clínico la paciente no tenía conocimiento de la enfermedad tiroidea que padecía hasta que después de 9 días de hospitalización se le realiza la interconsulta a endocrinología donde evalúan su perfil tiroideo, diagnosticándole hipotiroidismo e iniciando tratamiento con levotiroxina. Si ésta enfermedad hubiera sido detectada antes del embarazo y habiendo recibido tratamiento adecuado, probablemente el riesgo de hipertensión crónica hubiera disminuido, así como la muerte fetal. Cabe mencionar que la frecuencia de hipotiroidismo manifiesto durante el embarazo se estima de 0,3% a 0,5%, mientras que la del hipotiroidismo subclínico varía entre 2% y 3%, y puede alcanzar frecuencias de 12,3% , éstos mínimos porcentajes hacen que no se les otorgue suficiente importancia clínica durante el embarazo por lo que los protocolos nacionales de atención prenatal no incluyen un cribado de la función tiroidea en ningún trimestre del embarazo, lo que dificulta la detección oportuna de las gestantes que puedan presentar patologías tiroideas, más aun tratándose de gestantes con edad materna avanzada. ⁽¹⁵⁾

4.1.2) Aspectos del control prenatal

Por otro lado; el control prenatal debe ser precoz, periódico e integral ⁽¹⁹⁾, sin embargo existen diversas barreras que dificultan el inicio de ésta, en el presente caso clínico la paciente nunca acude al establecimiento de salud para iniciar sus atenciones prenatales, sino acude por emergencia; al presentar de manera persistente signos de alarma como cefalea intensa, temblores, y desvanecimiento, signos que motivaron su referencia al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y donde fue evaluada, diagnosticada con hipertensión crónica y estabilizada siendo dada de alta con la indicación de acudir al centro de salud

más cercano a su domicilio para iniciar sus atenciones prenatales y ser referida por consultorio externo al mismo hospital a fin de continuar con sus atenciones por tratarse de una gestante de alto riesgo obstétrico. Indicaciones que no se llevaron a cabo por la gestante ni por el establecimiento de salud que conocía el caso de la paciente (faltó realizarse el seguimiento oportuno de la gestante mediante visitas domiciliarias). Ante esto la Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de una estrategia de salud para prevenir la mortalidad materna y perinatal como es el inicio precoz de las atenciones prenatales.

En este caso clínico se evitó una muerte materna a pesar de haber presentado las 4 demoras; primera demora (reconocimiento de los signos de alarma de la gestación), la paciente presentó cefalea, temblores y desvanecimiento por cuatro días antes de decidir acudir a un establecimiento de salud; segunda demora (toma de decisión para la búsqueda de ayuda), la gestante refería que no acudía al establecimiento de salud por esperar a su esposo a que retorne a su domicilio, además de tener dos hijos menores que no tenía con quién dejarlos; tercera demora (acceso a una atención oportuna), inaccesibilidad por falta de transporte público y privado que llegue hasta cada uno de los sectores más alejados del asentamiento humano Pachacútec- Ventanilla; cuarta demora (recibir atención oportuna y de calidad), pese a que la gestante fue diagnosticada con hipertensión arterial crónica, ésta solo recibió tratamiento durante la emergencia pero no de forma continua presentándose nuevamente la crisis hipertensiva que conllevó a una muerte fetal y su hospitalización en cuidados intensivos del hospital Daniel Alcides Carrión.

4.1.3) Aspectos de diagnóstico:

a) Evaluación clínica

Si la evaluación de la altura uterina fue de 20 cm y según la fecha de última regla que proporcionó la paciente (12/05/2017), se confirmaba una edad gestacional aproximada de 18 semanas, debió registrarse la frecuencia cardíaca fetal los cuales son audibles a esa edad gestacional. Parámetro que no fue tomado en cuenta en la primera atención de emergencia en el centro materno infantil Perú Corea Pachacútec, ni se le solicitó ninguna ecografía que confirmara la edad gestacional y viabilidad fetal.

Otros signos que presentó la paciente de manera persistente fue la presencia de temblores, desmayos y cefalea intensa, por lo que en el hospital se le descartó un traumatismo encéfalo craneal en su primera atención, sin embargo estos

signos tomaron mayor importancia durante su hospitalización ya que la paciente se mostraba confusa y desorientada dando lugar al descarte de un síndrome de encefalopatía posterior reversible; por lo tanto es posible que la paciente haya presentado crisis convulsivas a repetición sin que estos hayan sido registrados.

b) Exámenes de laboratorio

La gestante presentó proteinuria (+++) mediante el test de ácido sulfasalícilico por el cual el diagnóstico de la primera referencia fue por preeclampsia activándose la clave azul; sin embargo los análisis posteriores tomados en el hospital no mostraron anomalías por lo que se le suspendió el sulfato de magnesio, dando lugar a otros diagnósticos como hipertensión arterial crónica.

Durante la hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Carrión, se realizó el seguimiento diario del hemograma, que permitió observar la evolución favorable de la paciente en relación a la plaquetopenia y la anemia.

4.1.4) Aspectos de manejo y tratamiento

Durante la segunda atención por emergencia en el centro de salud de Perú Corea (categoría I-4), la gestante no recibió ningún tratamiento antihipertensivo ni hidratación, pese a tener una PA de 160/100 mmHg lo que contradice el manejo de las Guías nacionales de emergencias obstétricas ⁽²⁰⁾, sin embargo fue trasladada al puesto de salud Bahía Blanca (categoría I-2), para el inicio de sus atenciones prenatales y referencia por consultorio externo al hospital Carrión donde había sido atendida con anterioridad; aumentando así el riesgo de mortalidad materna al no haberse priorizado la atención de la emergencia obstétrica. En la atención por emergencia en el Puesto de salud Bahía Blanca se inició la hidratación y administró nifedipino 10mg vía oral por presentar PA de 140/90 mmHg, del mismo modo se continuó con realizar la primera atención prenatal aumentando la demora de su traslado, finalmente la referencia se hizo al hospital de Ventanilla y no al Hospital Carrión. En el hospital de Ventanilla la paciente permanece aproximadamente 9 horas antes de ser trasladada al hospital Carrión, debido a los exámenes realizados y las interconsultas solicitadas por ginecología a los servicios de cardiología y medicina interna.

4.1.5) Aspectos de seguimiento:

Posterior al alta; la paciente fue atendida por consultorio externo en el servicio de endocrinología, cardiología, ginecología y neurología así como sus exámenes de tiroides y ecografías en hospital Carrión hasta el 04 de enero del 2018, tal

como lo indica la guía nacional de prevención y manejo de pacientes con hipertensión arterial crónica ⁽²¹⁾. Además indican que la reducción de las complicaciones cardiovasculares se obtendría con un manejo adecuado de la presión arterial (<140/90 mmHg) e involucrar a la familia para el manejo y cuidado integral de la paciente. Una vez controlada deberá ser contrarreferida al primer nivel de atención para su seguimiento.

4.1.6) Aspectos de prevención:

Al tratarse de una paciente con hipotiroidismo en tratamiento, bajo riesgo cardiovascular y sin daño de órgano blanco deberá ser atendida en el primer nivel de atención como sugiere la guía nacional de prevención y manejo de pacientes con hipertensión arterial crónica ⁽²¹⁾, recibiendo educación en prevención de factores de riesgo cardiovascular, prevención de embarazo mediante la planificación familiar y practicar estilos de vida saludable como:

Mantener peso corporal normal (IMC: 18.5-24.9)

Consumo de frutas, vegetales frescos y alimentos bajos en grasas.

Reducir el consumo de sodio en la dieta.

Actividad física diaria por lo menos 30 min.

Limitar el consumo de alcohol y tabaco.

Referencia oportuna ante la presencia de factores de riesgo cardiovascular o daño de órgano al tercer nivel de atención (FONE).

CAPÍTULO V

5.1) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1) CONCLUSIONES

1. El presente caso clínico cursó con una serie de factores de riesgo como la edad materna avanzada, hipotiroidismo e hipertensión arterial crónica no controlada, no controles prenatales, bajo nivel socioeconómico.
2. Gestante de 19 semanas sin captación oportuna ni atenciones prenatales, presento crisis hipertensivas a repetición sin manejo adecuado que ocasionó una muerte fetal y su hospitalización en UCI, debido a la presencia de factores de riesgo que complicaron la salud materna y perinatal.
3. Los signos y síntomas más predominantes que presentó la gestante, fueron la crisis hipertensiva, problemas hematológicos (Plaquetopenia y anemia), neurológicos (desorientación y confusión persistente y encefalopatía posterior reversible), así como la complicación de una muerte fetal.
4. El manejo consistió en el uso de antihipertensivos, término de la gestación, antibioticoterapia, hidratación continua y terapia hormonal.
5. El manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos fue fundamental para la recuperación de la paciente, la misma que estuvo acorde con las guías de práctica clínica de emergencias obstétricas.
6. Toda gestante con edad materna avanzada podría presentar enfermedades preexistentes que complican el embarazo como Hipertensión, enfermedades tiroideas y metabólicas, siendo necesario su evaluación por medicina general o por ginecología al menos una vez durante las atenciones prenatales, como indican las guías nacionales de atención de la salud materna. ⁽¹⁹⁾
7. El incumplimiento de las normas y protocolos en la atención por emergencia provocó un manejo inadecuado de la gestante, generando además demoras en su traslado y referencia que se complicó con una muerte fetal, pero que a pesar de todo evitó una muerte materna.
8. Los trámites administrativos como iniciar la atención prenatal en un puesto de salud para recién ser referida y atendida por consultorios externos en un hospital sumado a la deficiencia de equipos, materiales e insumos para una atención de calidad, pueden provocar demoras en la atención de la paciente.

5.1.2) RECOMENDACIONES

1. Es importante indagar los antecedentes familiares, personales, obstétricos y la presencia de signos de alarma en cada atención prenatal reenfocada para identificar a las gestantes con alto riesgo de presentar trastornos hipertensivos por ser la segunda causa de muerte materna. Asimismo evitar o disminuir el daño en la salud de la madre y el feto.
2. Realizar una búsqueda activa de gestantes en la jurisdicción del Puesto de Salud Bahía Blanca (Pachacútec) , asegurando el inicio precoz de las atenciones prenatales así como el seguimiento mediante visitas domiciliarias ante la inasistencia de la misma y el cumplimiento del plan de parto para la identificación oportuna de los signos de alarma y el traslado de la paciente ante una emergencia obstétrica; fomentando la concientización de una maternidad saludable y segura, en la familia y la comunidad contribuyendo a reducir la mortalidad materna y perinatal. ⁽¹⁹⁾
3. Se debe mejorar el sistema de referencias con la finalidad de coordinar acciones entre los diferentes niveles de atención, para lograr un acceso rápido según el riesgo y buscar el manejo apropiado, evitando muertes maternas y fetales.
4. Todo Obstetra está en la obligación de conocer y poner en práctica las guías y protocolos nacionales de atención de emergencias obstétrica, para un manejo de acuerdo al nivel de atención y una referencia oportuna.
5. Con la finalidad de reducir la mortalidad materna todo hospital nivel (III-1) debe contar con servicios adecuadamente equipados y con personal altamente calificado para la atención y manejo de la emergencia obstétrica.
6. Toda Obstetra debe priorizar la captación de toda mujer en edad fértil, sobre todo en edades extremas; mayor de 35 años; para ofertar los servicios de planificación familiar y así evitar embarazos que compliquen la salud materna y fetal.
7. Se debe realizar toda atención por emergencia cumpliendo con las normas y protocolos establecidos por el MINSA, éstas no pueden ser omitidas por ningún profesional con el fin de evitar serias complicaciones como una muerte materna.

8. El sistema de referencias y contrarreferencias debe garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios por lo que no debe significar una barrera para una atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales García B, Moya Toneut C, Blanco Balbeito N, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A, Moya Toneut R. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 43(2): p. 1-14.
2. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú 2015. *Boletín Epidemiológico (Lima- Perú)*. 2015; 25(4): p. 66-74.
3. Rosas Peralta M, Borrayo Sánchez G, Madrid Miller A, Ramírez Arias E, Pérez Rodríguez G. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016 Noviembre; 54.
4. Caparrós Molina S. Hipertensión arterial durante el embarazo y el puerperio. *FMC*. 2010; 17(7): p. 460-465.
5. Noriega Iriondo F, Arias Sánchez E, García López. Hipertensión arterial en el embarazo. *Medigraphic*. 2005 octubre- diciembre; 12(4).
6. Bravo J, Sánchez J, Sosa H, Díaz Herrera J, Miyahira J. Características clínicas de las gestantes con hipertensión arterial crónica atendidas en un Hospital General de Lima. *Rev Med Hered*. 2013 Noviembre; 24: p. 287-292.
7. Pons A, Sepúlveda E, Leiva L, Rencoret G, Germain A. Muerte fetal. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25(6): p. 908-916.
8. Moya Toneut C, Baraboto García ME, Moré Vega A, Borges Fernández R, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 43(2).
9. Ollero L, Pinedo J. Enfermedad tiroidea y gestación. *Medicine*. 2016; 12(13).
10. Vila Vaillant F, Ramos Guilarte E, García Valdés R, Diago Caballero D. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011 octubre; 37(4).

11. Alonso Uría R, Muñiz Rizo M, Martínez Murguía J, Alvarez Ponce V. Caracterización de la Hipertensión inducida por el embarazo. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 40(2).
12. Rueda Macías N, Ramos Hernández L, Poll Rueda A, Poll Pinedo JA, Campos Bestard I. Riesgo cardiovascular e hipertensión arterial crónica en embarazadas. *Medisan*. 2012; 17(2).
13. Soto Peña E. Morbilidad por trastornos hipertensivos del embarazado en el Hospital Materno Infantil Cuatricentenario. *Vitae*. 2015 Septiembre;(67).
14. Morales García B, Moya Toneut C, Blanco Balbeito N, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A, Moya Toneut R. Trastornos Hipertensivos Durante el Embarazo en Gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" 2015-2016. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 43(2).
15. Arévalo Oropeza A, Solís Villanueva J. Frecuencia de Disfunción Tiroidea en Gestantes. *Rev Soc Perú Med Interna*. 2013; 26(4).
16. Dominguez Gonzales ML. Hipotiroidismo subclínico y otras alteraciones tiroideas en Gestantes del Tercer Trimestre Atendidas en el Hospital Nacional Almanzo Aguinaga Asenjo de Octubre- Diciembre 2013. *Rev Cuerpo Med.HNAAA*. 2014; 7(2).
17. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia de Ginecología*. 2011; 37(3): p. 431-443.
18. Cabeza Acha JA. Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana 2013. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
19. Salud Md. Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Norma Técnica de Salud. Lima: Ministerio de Salud de Perú, Lima; 2013.
20. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad resolutoria. Guía Técnica. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Lima; 2007.

21. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer Nivel de Atención. Guía Técnica de Salud. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Lima; 2011.
22. Sastre J, Marco A, Vicente A, Cánovas B, Lopez J. Hipotiroidismo y gestación: Importancia del control periconcepcional. *Endocrinol Nutr.* 2004; 51(6).
23. Grillo Ardila M, Martinez Velásquez M, Grillo Ardila C. Síndrome de encefalopatía posterior reversible durante la gestación. *Acta Neurol Colomb.* 2010 Diciembre; 26(4).
24. Carrillo Esper R, Echevarrilla Keel J, De los Ríos Torres A, Reyes Mendoza L. Síndrome de encefalopatía posterior reversible. *Med Int Mex.* 2013; 29: p. 299- 306.
25. Lizarazo J, Alandete S, Tibasosa D. Síndrome de encefalopatía posterior reversible. *Acta Neurol Colomb.* 2005 Diciembre; 21(4).
26. Penin M, Trigo C, Lopez Y, Barragáns M. Tratamiento del hipotiroidismo subclínico de gestantes con una dosis fija diaria de 75 ug de tiroxina. *Endocrinol Nutr.* 2014; 30(20).
27. Díez J, Iglesias P, Donnay S. Disfunción tiroidea y embarazo. *Med Clin.* 2014; 20(10).
28. Sanchez García AM, Moleón Rodríguez FJ, Baylon Muñoz E. Tiroides y embarazo. *FMC.* 2016; 23(2).
29. Macchia L, Sánchez Flores J. Hipotiroidismo en el embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2007 Noviembre; 58(4).
30. Duárez Coronado M, Izquierdo Méndez N, Herraíz Martínez MÁ, Vidart Aragón JA. Eclampsia y encefalopatía posterior reversible. *Progresos de Obstetricia Y Ginecología.* 2013; 56(5): p. 261-265.
31. Torres Acosta R, Calvo Araújo FM. Enfermedad hipertensiva del embarazo y el calcio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2011; 37(4): p. 551-561.
32. Gonzales Roca C, Walker B, Gonzalez Ruíz P. Tratamiento del hipotiroidismo subclínico en el embarazo: Análisis de la evidencia desde el punto de vista de la

medicina obstétrica. Revista electrónica científica y académica de clínica alemana. 2012.

33. Fernandez X, Calderón M, Ben SB. Síndrome de encefalopatía posterior reversible y embarazo: reporte de un caso. Horiz Med. 2015; 15(13): p. 68-73.
34. Dominguez Gonzales M. Hipotiroidismo subclínico y otras alteraciones tiroideas en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de octubre- diciembre del 2013. Rev. Cuerpo Med. 2014; 7(2): p. 11-16.
35. Ayala Paralta F, Guevara Ríos E, Rodríguez Herrera M, Ayala Palomino R, Quiñonez Vásquez L, Ayala Moreno D, et al. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Perú Investig Matern Perinat. 2016 Diciembre; 5(2): p. 9-15.

ANEXOS

a) Carnet materno perinatal

* PACIENTE NO PUEDE MOVILIZARSE

Año: HIPERTENSION SIN CONTROL NO TIENE CPN

Cruz Juanan Dorila No. HC 35182

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

PERU Ministerio de Salud

Apellidos y Nombres: C.S. BANIA BLANCA **Establecimiento:**

Establ. Origen: No Aplica Referencia Tipo Seguro: SIS ESSALUD PRIVADO **Código Afiliación Seguro:** 080-2-42351917

DNI N°: 42351917 **Ocupación:** CUSA **Edad:** 37 < 15 > 35

Dirección: H2 C13 ToH39 Pto Pachacuti **Localidad:** Lima **Provincia:** Callao **Estudios:** Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. **Años aprobados:** 5

Departamento: Lima **Distrito:** Ventanillo **Estado Civil:** Casada Conviviente Soltera Otro **Padre RN:** Esteli Chuziwaya

Teléfono: 955818490 **Correo electrónico:**

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 02	Abortos: 00	Vaginales: 02	Nacidos vivos: 02	Viven: 02
0 ó + 3: <input type="checkbox"/>	Partos: 02	Cesáreas: 00	Muerto - 1ra semana: 00	Después - 1ra semana: 00
< 2500 g: <input type="checkbox"/>	RN de mayor peso: _____ g	Múltiple: <input type="checkbox"/>		
< 37 sem.: <input type="checkbox"/>				

Gestación Anterior

Fecha: 1/12/04 **Terminación:** Si fue aborto: Si No Intergéneseo Adecuado

Parto Vaginal: Cesárea Aborto Ectópico Aborto molar No Aplica

Tipo de Aborto: Incompleto Completo Frustrado/Retenido Sápito No Aplica

Lactancia Materna: no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar del parto: EESS Domic.

Antecedentes Familiares

Ninguno <input type="checkbox"/>	Alergias <input type="checkbox"/>	Enf. Hipertens. Emb. <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Emb. Múltiple <input type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>	Neoplasia <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------------	---	------------------------------------	-----------------------------------	---	--	----------------------------------	--	---	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Antecedentes Personales

Ninguno <input type="checkbox"/>	Aborto habitual/recurrente <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/>	Violencia <input type="checkbox"/>	Asma Bronquial <input type="checkbox"/>	Cardiopatía <input type="checkbox"/>	Cirugía Pélv.-uterina <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Enferm. Infecciosas <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Hemorra. Postparto <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input checked="" type="checkbox"/>	Infertilidad <input type="checkbox"/>	Neoplasias <input type="checkbox"/>	Otras Drogas <input type="checkbox"/>	Parto prolong. <input type="checkbox"/>	Preeclampsia <input type="checkbox"/>	Prematuridad <input type="checkbox"/>	Reten. placenta <input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>	Transform. Mentales <input type="checkbox"/>	VIH/SIDA <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	--------------------------------------	---	------------------------------------	---	--------------------------------------	--	-----------------------------------	------------------------------------	---	--	------------------------------------	---	---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

Vac. Previas: Rubéola Sí No
 Parto prolong. Sí No
 Hepatitis B Sí No
 Papiloma Virus Sí No
 Fiebre Amarilla Sí No

Peso y Talla **NO se tomo.**
Peso Habitual: _____ Kg.
Talla: 158 cm.

Antitetánica
N° Dosis Previa: _____ **Dosis:** _____ **Sin dosis:** **No Aplica:**
1ra: _____ **2da:** _____ **meses de gestación:** _____

Tipo de Sangre
Grupo: A B AB O
Rh: Rh (+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Fecha Última Menstruación: FUM: 11/11 Duda: Sí No
EG (Ecografía): Sem. Fecha: 1/1 **No Aplica:** (CNO + tiene)
Fecha Probable de Parto: 15/02/18

Hospitalización
Hospitalización: Sí No
Fecha: 1/1 **Diagnóstico:** _____ **CIE10:** _____

Emergencia
Fecha: 1/1 **Diagnóstico:** _____ **CIE10:** 209117

Violencia / género
Ficha Tamizaje: Sí No
Violencia: Sí No
Fecha: 21/09/17

Exámenes de Laboratorio


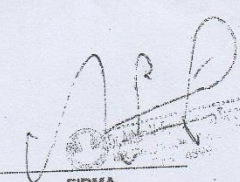
Hg(%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Hemoglobina 2:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Hemogl.al Alta:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Tolerancia Glucosa:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
VDRU/RPR 1:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
VDRU/RPR 2:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
FTA Abs:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
TPHA:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Prueba Ráp. Sifilis:	<input checked="" type="checkbox"/>	21/9/17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
VIH Prueba Ráp. 1:	<input checked="" type="checkbox"/>	21/9/17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Prueba Ráp. 2:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
ELISA:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
IFI / Western Blot:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
HTLV I:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
TORCH:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Malaria Prueba Ráp:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Ex.Comp.Orina:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Leucocituria:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Nitritos:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Urocultivo:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
BK en Espuito:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Listeria:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Tamizaje Hepatitis B:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
PAP:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
IVAA:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1
Colposcopia:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1

Examen Físico


Clinico: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico
Mamas: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico
Cuello: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico
Uterino: <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"/> Patológico
Odont.: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico

105

b) Ecografía obstétrica

 EXAMEN COMPLEMENTARIO		FORMATO N° 1.9
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ECOGRAFIA OBSTETRICA		
PACIENTE: <i>CARHUAN DENIS</i>		F: 1.10 C EDAD: <i>37</i>
H.C.: <i>1694482.</i>		FECHA: <i>20/09/17</i>
FUR:		Ausente
FETO: <i>UNICO (J)</i>		FC: x min <i>150</i> <i>29</i>
DBP: <i>45</i> mm.	CC: <i>159</i> mm.	CA: mm. LF: mm.
Peso: gr.: <i>3060</i>		
PLACENTA: <i>Fundica</i>		Grado: <i>0</i>
LIQUIDO AMNIOTICO:		Pozo: <i>> 55mm</i>
		ILA:
PERFIL BIOFISICO:		Tono: LA.:
Mov. Resp.:		
Reactividad:		
CONCLUSIÓN: <i>1/ Gestación Única Inactivo 25</i> <i>19or 4do RF.</i>		FIRMA: 
CRU		
APELLID		
<i>UCIA</i>	<i>5018</i>	<i>1694482</i>
SERVICIO	N° DE CAMA	N° DE HIST. CLINICA

c) Informe anatomopatológico



SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
"Dr. Leoncio Vega Rizo - Patron"
INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Nombre: CRUZ HUAMAN DORILA	Registro: 17Q07299
Edad: 37 Sexo: F HC: Particular Sala/piso: GINECOOBST CONSULTORIO	Cama:
Especimen: FETO Y PLACENTA	Fecha: 22/09/2017

Diagnóstico:

Placenta

- Placenta del 2° trimestre grande para su edad gestacional
- Áreas de vellosidades coriales fibrosadas con restos nucleares en el estroma
- Nudos sincitiales > 30%
- Trombos vellositarios > 30%
- Engrosamiento de la membrana basal trofoblástica
- Depositos de fibrina intervillosos en > 30% con microcalcificaciones distroficas.
- Cordon umbilical con 2 arterias y 1 vena con degeneracion de la gelatina de Wharton
- Membranas sin alteraciones histologicas significativas

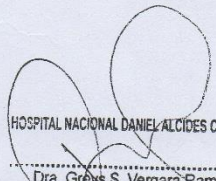
Feto

- Edad gestacional según somatometría de 20 ± 2 semanas
- Grado de maceracion seun Langley Grado II y según Bain Moderado.

DESCRIPCION MACROSCOPICA: (Dra. Vergara Ramos Greys/Dra. Rivasplata Carrasco Paola)
Se recibe fijado en formol:

- Placenta de 175 gr. Disco placentario de 10 x 9,5 x 1,5 cm. Membranas completas blanco grisáceas. Cotiledones completos pardo grisáceos. Corodn umbilical de 19,7 x 1,3 cm. de insercion paracentral, al corte se identifican 3 vasos. Se incluye 7C.
- Feto de 350 gr. de sexo femenino de fascias no características piel con equimosis en 80% de superficie corporal, fosas nasales y ano permeables, paladar integro.
- Longitud cefalo caudal de 18 cm. Longitud cefalopedia de 26 cm. Perimetro craneano de 17 cm. Perimetro toraxico de 15 cm. Perimetro abdominal de 13 cm. Longitud pedia de 3,5 cm.

Fecha de Resultado:
Callao, viernes, 12 de enero de 2018

Firma y Sello:

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
Dra. Greys S. Vergara Ramos
Médico Anátomo Patóloga
C.M.P. - 09007 R.N.E. 31702

Av. Guardia Chalaca 2176 - Bellavista, Callao

5

d) Hemograma completo

HEMOGRAMA (HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS)										
	Parámetro	20-sep	21-sep	22-sep	23-sep	24-sep	25-sep	26-sep	Unidad	Intervalo de referencia
1	Leucocitos	9.59	9.36	6.46	4.88	6.69	4.74	3.04	1000/uL	4.00-10.00
2	Neutrófilos	7.67	7.37	4.81	3.54	5.06	3.3	1.87	1000/uL	2.00-7.00
3	Lym#	1.43	1.32	1.25	0.93	1.19	1.03	0.84	10*3/uL	0.80-4.00
4	Mon#	0.45	0.063	0.35	0.32	0.39	0.31	0.21	10*3/uL	0.12-1.20
5	Eos#	0.02	0.01	0.02	0.07	0.03	0.09	0.1	10*3/uL	0.02-0.50
6	Bas#	0.02	0.03	0.03	0.02	0.02	0.01	0.07	10*3/uL	0.00-0.10
7	Neu% H	79.9	78.8	74.4	72.6	75.8	68	60.7	%	50.0-70.0
8	Lym% L	14.9	14.1	19.3	19.1	17.7	23	27	%	20.0-40.0
9	Mon%	4.7	6.7	5.4	6.5	5.8	7	6.9	%	3.0-12.0
10	Eos% L	0.3	0.1	0.4	1.5	0.4	2	3.3	%	0.5-5.0
11	Bas%	0.2	0.3	0.5	0.3	0.3	0	0	%	0.0-1.0
12	RBC	4.27	4.28	3.3	3.34	4.08	3.39	3.53	10*6/uL	3.50-5.50
13	HGB L	10	10.3	7.9	8.1	9.8	8.2	8.7	g/dL	11.0-16.0
14	HCT L	32.3	32.6	25.4	25.7	31.3	26.1	27.6	%	37.0-54.0
15	MCV L	75.6	76	77	77.1	76.6	76.9	78.2	fL	80.0-100.0
16	MCH L	23.4	24	23.8	24.2	24.1	24.3	24.7	pg	27.0-34.0
17	MCHC L	31	31.6	30.9	31.4	31.4	31.6	31.5	g/dL	32.0-36.0
18	RDW-CV	23.2	23.6	23.6	24.2	24.4	24.6	25.7	%	11.0-16.0
19	RDW-SD	62	63.8	63.9	65.9	65.9	66.6	71.6	fL	35.0-56.0
20	PLT	82	94	59	66	83	80	106	10*3/uL	150-450
21	MPV	9	9	8.8	9	8.9	8.8	9.1	fL	6.5-12.0
22	PDW	15.6	15.5	15.7	16	15.2	15.2	15.6		15.0-17.0
23	PCT L	0.074	0.084	0.052	0.06	0.074	0.07	0.1	%	0.108-0.282
24	P-LCCL L	19		14	16	18	17	9.1	10*9/L	30-90
25	P-LCR	23.5		23.5	24.7	22.1	21.7	15.6	%	11.0-45.0

SOLICITO: ACCESO A HISTORIAS CLINICAS DE 2
PACIENTES PARA FINES DE ELABORACION
DE PROYECTO DE TESIS DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD.

SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

Yo, Mariela Pilar Cáceres Rojas, identificada con DNI N° 43529463, COP N° 29857, domiciliada en Jr. Santa Fe, Mz C lote 12, urbanización San Martín de Porres, Callao. **Obstetra asistencial en el P.S. Bahía Blanca de la red Ventanilla** y estudiante de segunda especialidad en Riesgo Obstétrico de la Universidad Privada Norbert Wiener, ante usted me presento y expongo.

Que deseando obtener mi grado de segunda especialidad bajo la modalidad de caso clínico, solicito acceso a las Historias clínicas de 2 pacientes que fueron referidas del P.S. Bahía Blanca, Pachacutec, Ventanilla, al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por cuadros de emergencias obstétricas, las mismas que culminaron con una atención oportuna y muertes maternas evitadas. Las pacientes fueron: Tihuay Saboya Aurea DNI N° 44348534 referida en el mes de julio del 2017, y Cruz Huamán Dorila DNI N° 42351917 referida en el mes de septiembre del 2017. Por lo antes expuesto me despido cordialmente agradeciendo acceda a mi petición.

Callao 09 de febrero de 2018.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RIESGO DE SALUD VENTANILLA
MIRAFLORES PACHACUTEC - P.S. BAHIA BLANCA
Mariela
Lic. Mariela Cáceres Rojas
OBSTETRA - C.O.P. 29857

Mariela Pilar Cáceres Rojas
DNI N° 43529463
COP: 29857

Exp. N° 649

