



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN EL
HOSPITAL REZOLA- CAÑETE 2023**

PRESENTADO POR:

SARY ELCIRA LOZANO DE BAZAN

ASESOR:

MG. MARIO HERNAN BENETRES ESPINOZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA-PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE 2023**” presentado por el(la) **LOZANO DE BAZAN SARY ELCIRA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Mgr. MARIO HERNAN BENETRES ESPINOZA**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0470-2019-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	LOZANO DE BAZAN SARY ELCIRA	PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE 2023	22%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **22%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 26 de junio del 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"


DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DEL JURADO	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	iv
RESUMEN	v
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 MARCO TEÓRICO	8
1.3.1 ANTECEDENTES	8
1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	11
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	21
2.1 OBJETIVOS	21
2.2 SUCESOS RELEVANTES	22
2.3 DISCUSIÓN	42
2.4 CONCLUSIONES	44
2.5 RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes obstétricos	23
Tabla 2. Seguimiento del plan establecido en Centro Obstétrico	26
Tabla 3. Seguimiento del plan establecido en Centro Obstétrico después de la ecografía	27
Tabla 4. Seguimiento del plan establecido en la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos	29
Tabla 5. Seguimiento del plan establecido después de los exámenes de laboratorio	29
Tabla 6. Seguimiento del plan establecido después del NST	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultado del Test No estresante	30
--	----

RESUMEN

El presente trabajo académico, aborda el caso clínico de una gestante de 36 años atendida en el Hospital Rezola de Cañete por un cuadro de preeclampsia con criterios de severidad, trastorno hipertensivo que posee una alta probabilidad de ocasionar daños graves tanto en la madre como en el feto. **Objetivo:** Analizar el manejo clínico y terapéutico de una gestante con preeclampsia severa atendida en el Hospital Rezola - Cañete 2023. **Resultados:** Gestante de 32 semanas sin trabajo de parto, con obesidad mórbida, es atendida en el hospital por presentar una presión arterial de 180/100 mmHg, por lo cual es tratada con sulfato de magnesio y nifedipino para el control de la presión arterial y la prevención de convulsiones, para luego ser referida a un hospital de mayor capacidad resolutive, el Hospital San Bartolomé de Lima. El tratamiento incluyó el uso de betametasona para la maduración pulmonar, y se detectó hipotiroidismo en los exámenes, y feto en posición transversa con la ecografía. Tras la evaluación médica se decidió a realizar la cesárea al día siguiente, produciéndose una rápida evolución favorable, siendo dada de alta cuatro días de operarse. **Conclusiones:** La preeclampsia con criterios de severidad requiere un tratamiento antihipertensivo rápido, y debe evaluarse completamente a la paciente para detectar potenciales agravantes que hagan necesario que el parto termine por vía cesárea, como la obesidad mórbida y el hipotiroidismo, observado en el presente caso clínico.

Palabras claves: Antihipertensivo, Cesárea, Preeclampsia.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A nivel mundial los trastornos hipertensivos del embarazo afectan alrededor de uno de cada diez embarazos, de los cuales casi la mitad de casos corresponden a la preeclampsia. Esta entidad es definida como aquella hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y está acompañada con proteinuria, o de algún signo de disfunción uteroplacentaria o en un órgano materno (1).

La preeclampsia es una de las primeras causas de muerte materna y perinatal, y puede obligar a los médicos tratantes a interrumpir el embarazo si presenta criterios de severidad, o tener un manejo expectante hasta llegar a término cuando se manifiesta de forma leve (2).

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Perú, los trastornos hipertensivos representaron en el año 2020 el 19,5% de las causas directas de muerte materna, aumentando ligeramente a 21,4% para el año 2021, situándose como la segunda causa de mortalidad materna a nivel nacional después de las hemorragias obstétricas, luego de la disminución de casos

producidos por el Covid-19 (3). En relación a la morbilidad materna extrema, desde el año 2017 hasta el año 2021 la preeclampsia ha sido considerada su primera, presente en 747 casos, los cuales representan el 56% del total. (4)

De manera local, una investigación en el Hospital Rezola de Cañete evidenció que la preeclampsia en general estuvo presente en el 11.6% de partos, mientras que, la preeclampsia severa alcanzó una frecuencia del 7.2%, ubicando a los trastornos de la hipertensión como la segunda complicación obstétrica más frecuente después de las hemorragias (5).

En el presente trabajo se revisará un caso clínico de preeclampsia severa ocurrido en el Hospital Rezola de Cañete; ya que se trata de un síndrome hipertensivo, capaz de producir complicaciones graves y hasta la muerte tanto en la madre como en su hijo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia representa una de las complicaciones obstétricas más comunes en el mundo, y los cuadros con mayor severidad presentan una alta probabilidad de ocasionar daños graves tanto en la madre como en el feto. Ese panorama también se presenta en el Perú, ya que se ubica en los primeros lugares de las causas directas de muerte materna junto a las hemorragias obstétricas, por lo que la investigación y actualización de este tema en el campo de la obstetricia debe considerarse de carácter obligatorio, especialmente para aquellas obstetras que adquieren una especialidad.

A través del presente estudio de caso clínico se pretende visibilizar la forma en que los profesionales que conforman el equipo de salud en emergencias obstétricas y hospitalización manejan la atención de las pacientes con

preeclampsia severa, tomando como referencia el hospital Rezola de Cañete, y se harán comparaciones con lo observado en estudios similares de otras partes del Perú o países de la región. A partir de dicho análisis será posible elaborar para el futuro propuestas de mejora en las estrategias relacionadas con el manejo y tratamiento de la preeclampsia, papel en el que los obstetras especialistas pueden proporcionar valiosos aportes, como en el presente trabajo.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Vásquez et al. (6) 2023 presentó un estudio con el propósito de comparar resultados maternos y fetales en mujeres embarazadas que tienen preeclampsia severa acompañada de hipotiroidismo primario, a través de un estudio de casos y controles contando con una muestra formada por 58 mujeres, de las cuales una mitad presentaba hipotiroidismo pregestacional de tipo primario y la otra mitad presentaba una función normal de la tiroides. Los resultados indican que los valores obtenidos en la presión arterial no tienen una diferencia significativa, así como en la vía de parto, complicaciones obstétricas o neonatales, estancia en unidad de cuidados intensivos y mortalidad. Se concluye que en las gestantes con preeclampsia severa la anomalía de la función tiroidea no presenta más complicaciones que los casos con función tiroidea normal.

Carrión (7) 2022 presentó un estudio para analizar los resultados materno - perinatales en gestantes de un hospital ecuatoriano, que presentaron

preeclampsia severa de inicio temprano y tardío, es decir, antes y a partir de las 34 semanas, respectivamente. Se trató de un estudio correlacional, retrospectivo, de corte transversal, en el cuál se contó con una muestra de 95 gestantes con preeclampsia severa de inicio temprano, y 226 gestantes con preeclampsia severa de inicio tardío. Los resultados evidencian que los factores de riesgo eran similares en ambos grupos, pero que los casos de inicio temprano presentaban más complicaciones, las cuales afectaban el peso de los recién nacidos quienes terminaban siendo llevados a cuidados intensivos, en donde algunos llegaban a morir. Las complicaciones más frecuentes reportadas fueron el desprendimiento de la placenta y el síndrome de HELLP, mientras que el síntoma más común fue la cefalea.

Muñoz et al. (2) 2020 presentó el caso de una gestante de 39 semanas con 40 años de edad, que ingresó al establecimiento por presentar en las últimas doce horas un dolor intenso en la zona pélvica y abdominal, especialmente en el hipocondrio derecho, con contracciones de moderada a gran intensidad, acompañada de pérdida de tapón mucoso, aumento en el número de movimientos fetales, elevación de las cifras de presión arterial, acufenos y fotopsias. Al examen se encontraba despierta y orientada, y sus funciones vitales al ingreso evidenciaron una presión arterial de 170/90 mmHg, frecuencia cardiaca de 103 latidos x', frecuencia respiratoria de 20 respiraciones x', temperatura corporal de 36.5°C, y saturación de oxígeno al 98%. El diagnóstico de ingreso correspondió a un embarazo de 37 semanas con preeclampsia severa. Su tratamiento correspondió a la realización de cesárea de emergencia, para luego ser derivada al área de hospitalización

donde evolucionó favorablemente.

ANTECEDENTES NACIONALES

Márquez (8) 2022, en su caso clínico se planteó identificar los factores de riesgo, complicaciones obstétricas y manejo terapéutico en una mujer embarazada con preeclampsia severa atendida en un hospital de Lima. De acuerdo con la historia clínica, los factores de riesgo identificados corresponden a embarazo múltiple, obesidad, periodo intergenésico largo, multigesta con amenaza de parto pretérmino. Por el lado de las complicaciones se encontraron alteraciones a nivel de la función hepática y parto prematuro. Por el lado del manejo terapéutico realizado por el personal de salud, se observó que cumplieron con el protocolo institucional, obteniendo una evolución favorable y el alta a los siete días posteriores a la operación cesárea.

Carranza (9) 2021, realizó un estudio de análisis de un caso clínico que abordó el tema del manejo de una gestante con preeclampsia severa cuya atención se produjo en un hospital público de nivel II-2. La paciente Ch.L.L.K. era una multigesta de 28 años, cuyo diagnóstico de ingreso fue gestante con embarazo pretérmino, con preclampsia severa sin trabajo de parto. En la anamnesis fueron identificados distintos factores de riesgo como antecedente de preeclampsia en el embarazo previo, el sobrepeso, ausencia de control prenatal y un periodo intergenésico largo. Al primer día de hospitalización obstétrica se evidenciaron criterios de severidad relacionados con alteración en la función hepática por lo que se procede a la culminación

de la gestación por vía cesárea, tras lo cual nace un recién nacido vivo femenino con un peso de 1270 g. La paciente pasó a UCI inmediatamente después de la cesárea, con una evolución favorable, que motivó el alta hospitalaria al octavo día postparto.

De la Peña et al. (10) 2020, realizó un estudio descriptivo transversal comparativo con el propósito de comparar las características de 332 gestantes con preeclampsia severa de aparición temprana y 325 gestantes de aparición tardía, empleando los registros de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de alta complejidad. Los resultados no evidencian diferencia significativa entre los promedios de edad de ambos grupos ($p=0,72$), pero sí encontraron en los casos de aparición temprana un mayor tiempo de estancia hospitalaria ($p=0,006$), un menor peso del recién nacido ($p=0,000$) y un menor Apgar al minuto ($p=0,000$). Por otra parte, al comparar la preeclampsia severa de aparición temprana con la eclampsia, no se halló diferencias significativas en ningún caso, lo cual indica la similitud de la gravedad para ambos grupos.

1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

La preeclampsia es un cuadro de hipertensión propia del embarazo, pero que no se limita a un aumento de la presión arterial acompañado de proteinuria, como se hacía décadas atrás, sino que debe ser considerado como un síndrome capaz de causar daños en todos los sistemas orgánicos maternos. Sin embargo, la proteinuria no deja de ser considerado un criterio de gravedad de la preeclampsia, aunque no está necesariamente presente en todos los casos (11).

Cuando se habla de preeclampsia severa, la hipertensión alcanza valores de 160 mmHg o más, y debe ir acompañada de al menos dos criterios de severidad, que indican el daño que está causando en el organismo de la madre. Actualmente se considera obsoleta la clasificación en tres niveles (severa, moderada y leve), y se opta sólo por considerar preeclampsia con criterios de severidad y preeclampsia sin criterios de severidad, ya que esto permite al profesional de salud adoptar medidas más oportunas para prevenir el desarrollo de complicaciones graves en la madre y el feto (11).

ETIOLOGÍA

La literatura científica considera diversos mecanismos para explicar cómo una gestante puede desarrollar preeclampsia, sin embargo, estos pueden ser agrupados en cuatro categorías fundamentales: una implantación placentaria con alteración en la invasión del trofoblasto a nivel de los vasos uterinos; existencia de tolerancia inmunitaria mal adaptada entre tejidos de la madre, la placenta y el feto; adaptación inadecuada de la madre a las modificaciones cardiovasculares o inflamatorias de la gestación normal; y, factores de tipo genético, que incluyen la herencia de genes predisponentes e influencias epigenéticas (11).

Estudios recientes han reportado el papel que cumplen las ciclo-oxigenasas COX-1 y COX-2 en el desarrollo de la placenta, cuya alteración está relacionada con la presencia de preeclampsia. Este hallazgo explica la aceptación del uso de aspirina en la prevención de esta patología, y el hecho de que el uso de una alta dosis en vez de una dosis baja estándar tiene un mayor efecto preventivo, ya que la dosis alta puede inhibir a ambas ciclo-

oxigenasas mientras que la dosis baja sólo presenta efecto inhibitor para la COX-1 (12).

Por otro lado, también se ha encontrado evidencia de que un aumento en el número de células NK deciduales (dNK) puede afectar como se remodela la arteria espiral uterina y la modulación de la invasión trofoblástica, entre otros efectos que se relacionan con el crecimiento del feto y hasta con el trabajo de parto, los cuales conllevarían a un cuadro de preeclampsia (13).

En torno a los factores de riesgo para preeclampsia severa se pueden destacar:

- Edad de la madre mayor de 35 años (OR 3.93) (14).
- Antecedentes de preeclampsia (OR 13.27) (14).
- Antecedentes familiares (RR 7.19) (15).
- Obesidad pregestacional (OR 3.66) (14).
- Primigravidez (RR 2.91) (15).
- Embarazo de una nueva pareja sexual (OR 7.15) (14).
- Embarazo gemelar (OR 9.57) (14).
- Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos (RR 9.72) (15).

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dentro de los criterios considerados para diagnosticar preeclampsia se destacan la presencia de un embarazo con más de 20 semanas de gestación, excepto cuando se trata de mola hidatiforme; una presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg en al menos dos tomas realizadas en un intervalo de seis horas; y, proteinuria con valores de al menos 300 mg/dl en orina de 24 horas. Para el caso de la preeclampsia con criterios de severidad se deben considerar la existencia de una presión arterial de al menos 160/110mmHg en al menos

dos tomas en un intervalo de cuatro horas; y dos de los siguientes criterios (16):

- Proteinuria superior a los 5g en orina de 24 horas.
- Creatinina sérica superior a 1.2mg/dl.
- Dolor abdominal intenso y persistente en la zona del epigastrio o del hipocondrio derecho.
- Oliguria inferior a los 500ml en 24 horas.
- Trombocitopenia, con recuento de plaquetas inferior a los 100 000 por mm³.
- Alteraciones en las pruebas de función hepática con valores que duplican el rango considerado normal.
- Trastornos visuales como los fosfenos, y auditivos como los acufenos o zumbido de oídos.
- Dolor de cabeza intenso o cefalea.
- Edema pulmonar

Si bien la preeclampsia presenta una variedad de síntomas y signos que permiten su identificación, algunos de ellos se consideran “ominosos” y deben ser considerados con mucha atención por el personal sanitario. La cefalea y los fosfenos, pueden preceder la aparición de las convulsiones de la eclampsia. El dolor en el epigastrio o el hipocondrio derecho puede indicar la existencia de alteraciones a nivel hepático, y suele ir acompañado de valores elevados de las transaminasas. Por otro lado, el hecho de ausencia de criterios de severidad, no necesariamente debe ser interpretado como una señal favorable, ya que existen cuadros de preeclampsia aparentemente leve, que

de manera muy rápida pasaron a un cuadro de severidad (11).

CRITERIO DIFERENCIAL

La preeclampsia debe ser diferenciada de otros trastornos hipertensivos del embarazo, ya que a partir de ello podrá elegirse correctamente el tratamiento y la rapidez con que debe ser aplicado. Se usa el término hipertensión crónica cuando la presión arterial elevada ha sido diagnosticada previo a las 20 semanas de gestación o doce semanas después de la resolución del embarazo. Por otra parte, el término hipertensión gestacional se emplea cuando la presión arterial elevada está presente luego de la semana 20 de gestación, pero no está acompañada de proteinuria o de otro criterio de severidad que permitan su clasificación como preeclampsia (17).

COMPLICACIONES

Las complicaciones maternas de la preeclampsia severa que se muestran con mayor frecuencia son (18):

- Síndrome de HELLP, que agrupa tres componentes: hemólisis detectada por la elevación en los valores de la bilirrubina y deshidrogenasa láctica; elevación de los valores de enzimas del hígado del tipo transaminasas; y trombocitopenia o reducción marcada en el recuento de plaquetas por debajo de los 100 000 por mm^3 .
- Trombocitopenia severa, identificada como el recuento de plaquetas que está por debajo de los 50 000 por mm^3 .
- Lesión renal aguda, que puede identificarse a través de la oliguria o un

aumento de la creatinina basal.

- Eclampsia, presencia de crisis convulsivas cuyo origen no puede ser atribuido a una causa ajena a la hipertensión.
- Hipertensión de difícil control, cuando los medicamentos orales no pueden mantener la presión arterial en valores aceptables y se requiere un número elevado de antihipertensivos o nitroprusiato de sodio endovenoso para poder lograrlo.
- Hemorragia obstétrica, sangrado relacionado con el embarazo que obliga al médico a la transfusión de hemoderivados o a la realización de una histerectomía de emergencia.
- Edema pulmonar, evidenciado de manera clínica a través de la disnea, tos o estertores y confirmada mediante prueba de rayos X o saturación de oxígeno menor del 90%.
- Coagulopatías, detectadas mediante tiempo de protrombina o un valor de INR elevado.
- Con menor frecuencia se reportan uso de diálisis, evento vascular cerebral, hematoma hepático y muerte materna.

En casos de preeclampsia severa que está acompañada de hiperuricemia, es decir, niveles altos de ácido úrico en la sangre, la complicación más frecuente es el Síndrome de HELLP seguido de la lesión renal aguda (19).

De manera posterior a la cesárea, las gestantes que han presentado preeclampsia severa pueden desarrollar como principales complicaciones la atonía del útero, la hemorragia como producto de una lesión en arteria uterina o desgarro a nivel de la comisura de la histerorrafia, las cuales suelen ser

solucionadas dentro de la intervención quirúrgica (20).

Un estudio reciente ha demostrado que doce factores de riesgo predisponen a que una mujer con preeclampsia pueda desarrollar complicaciones maternas: tener una edad menor de 20 años, edad gestacional menor de 28 semanas, cefalea, disnea, oliguria, recuento de plaquetas debajo de 150 000 por mm^3 , volumen plaquetario medio mayor o igual a 8,5 fL, INR igual o mayor de 1,2, creatinina sérica mayor o igual a 0,9 mg/dL, ácido úrico sérico mayor o igual a 6 mg/dL, Transaminasa glutámico oxalacética sérica mayor o igual a 40 UI/L y Deshidrogenasa láctica sérica mayor o igual a 400 UI/L (18).

Para el caso del feto, las principales complicaciones reportadas en la literatura corresponden a la prematuridad, el sufrimiento fetal y el retardo de crecimiento intrauterino (21).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Cuando se establece el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad en una gestante, la mayoría de especialistas coincide en que es de suma importancia interrumpir la gestación y proceder con la cesárea. Son pocos los casos en los que se opta por un tratamiento conservador o expectante, especialmente cuando se trata de fetos inmaduros; sin embargo, este manejo no representa en sí mayor beneficio para la madre o para el feto, y además, aumenta el riesgo de que la madre desarrolle complicaciones graves como trombocitopenia, síndrome de HELLP, edema pulmonar, entre otros (22).

Una vez que la gestante con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad ha sido hospitalizada, el objetivo terapéutico debe ser controlar la presión arterial, prevenir la ocurrencia de convulsiones, mantener una

oxigenación arterial adecuada, optimizar el volumen intravascular y dar un diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones (23).

El tratamiento antihipertensivo incluye los siguientes medicamentos:

- Labetalol en dosis de 20 mg administrados lentamente por vía endovenosa, entre uno y dos minutos, luego repetir a los diez minutos en caso no se controle la presión arterial, duplicando la dosis en cada ocasión, pero sin exceder los 220 mg. Después se prosigue con una perfusión continua a 100 mg cada 6 horas. En caso la presión arterial se mantenga por encima de los 160/100 mmHg será necesario emplear otro medicamento. Debe tomarse en cuenta que este fármaco está contraindicado en pacientes que sufren de asma, insuficiencia cardiaca congestiva, o presentan bradicardia (23).
- Hidralazina por vía endovenosa en dosis de 5 mg en bolo, que puede ser repetido a los diez minutos si no se pudo controlar la presión arterial; luego se continúa con una perfusión continua en dosis por hora que varían entre 3 y 10 mg (23).
- Metildopa por vía oral, en dosis de 500 a 1 000 mg cada 12 horas, ayuda a establecer la presión arterial sistólica en valores de 120 a 150 mmHg, con supervisión estricta para evitar que la paciente entre en un cuadro de hipotensión (23).
- Nifedipino por vía oral, en dosis de 10 mg que puede repetirse a la media hora de ser necesario, y continuar luego con dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas, con el fin de mantener la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg. Se debe tener precaución con asociar este medicamento con el

sulfato de magnesio. Asimismo, no se debe exceder la dosis máxima de 120 mg diarios (23).

Algunos estudios recientes han comparado los efectos de algunos de estos medicamentos para manejar la preeclampsia severa. Al comparar el uso del nifedipino con el uso de la metildopa se reportó que el nifedipino disminuye más la media de la presión arterial de las gestantes, pero en contraparte tiene un mayor riesgo de que aparezcan crisis hipertensivas, con diferencia significativa sólo para el segundo caso (24). Por otra parte, al compararse el uso de los fármacos endovenosos labetalol e hidralazina, se encontró que ambos tardaban un tiempo parecido para mantener el control de la presión arterial; pero, la hidralazina presentó mayor eficacia, controló de manera adecuada la presión arterial en un mayor número de gestantes y presentó menor incidencia de hipertensión persistente (25).

El uso de la velocimetría Doppler puede ser de mucha utilidad en gestantes que tienen preeclampsia severa para predecir las complicaciones del recién nacido, especialmente midiendo algunos indicadores como el índice cerebro placentario y del flujo del ductus venoso de Aranzio, cuyos valores alterados pueden servir para detectar la hipoxia fetal, el retardo de crecimiento intrauterino y el oligohidramnios (26).

El papel de la obstetra para manejar una preeclampsia severa está determinado mediante el protocolo de la clave azul, y en coordinación con los demás miembros del equipo sanitario, el cual considera como actividades en las gestantes la realización de monitoreo fetal con Doppler, el monitoreo de contracciones uterinas y la evaluación de presencia de sangrado; mientras

que, en caso de puérperas, consiste en la realización de masaje uterino bimanual permanente (27).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar cómo se maneja clínica y terapéuticamente una gestante con preeclampsia severa que recibió atención en el Hospital Rezola - Cañete 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características clínicas y bioquímicas de una gestante que presenta preeclampsia severa.
- Identificar las complicaciones maternas y perinatales ocasionadas por la preeclampsia severa.
- Describir el manejo terapéutico que se utiliza para atender a una gestante con preeclampsia severa.
- Describir la evolución de la paciente desde el ingreso al nosocomio hasta que se haya determinado su alta.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Datos de filiación

Edad: 36 años

Procedencia: Mala

Estado civil: Conviviente

Ocupación: En el hogar

Anamnesis:

Paciente acude a Hospital de Rezola de Cañete, referida del Centro de salud de Mala por presentar PA: 180/100, sin signos premonitorios, sin controles prenatales, movimientos fetales detectables, sin sangrado vaginal, ni pérdida de LA.

AU: 29 cm. SPP: LT LCF: 148 X'

Tv: Cérvix posterior. 2cm., blando, orificio cerrado, AP: Fuera de pelvis.

Se le da como diagnóstico:

- Gestante 32 4/7 ss y eco tardía
- Preeclampsia severa
- Obesidad mórbida

Se le toma exámenes auxiliares: Hb: 11.8gr/dL, plaquetas: 365000.

Es colocada allí la primera dosis para maduración del pulmón fetal, se inicia protocolo de sulfato de magnesio (Zuspan), recibe dos veces nifedipino 10 mg. Vía oral, al no contar con ventilador se coordina transferencia a Hospital san Bartolomé (Lima).

Antecedentes personales

Niega antecedentes familiares de HTA, DIABETES, CONVULSIONES, TBC, NEOPLASIAS.

Observación: Tratamiento de hipotiroidismo a los 9 años (datos insuficientes)

Antecedentes gineco obstétricos

Menarquia: 11 años

Régimen catamenial: 8 días cada 30 días

DISMENORREA: No

Método anticonceptivo: No

Inicio de actividad sexual: 16 años

Número de parejas sexuales .01

Infección de tracto urinario: Niega

Última relación sexual: octubre 2021

Vacuna antitetánica: 02 dosis

Vacunas COVID: 02 dosis

Tabla 1. Antecedentes obstétricos

N°	Año	CPN	TIPO DE PARTO	SEXO	PESO	APGAR	COMPLICACIONES	INSTITUCIÓN
G1	2002	-	Aborto espontaneo				LEGRADO UTERINO	IMP
G2	2004	si	Eutócico	varón	3600	NORMAL		IMP
G3	2007	si	Eutócico	mujer	3800	NORMAL		Cañete
G4	actual	-						

Historia clínica de la paciente

Desarrollo del caso clínico

Servicio de emergencia

Fecha: 28.05.2022

Hora: 12:50

Paciente COJ de 36 años de edad G4 P 2012, ingresa por emergencia al Hospital san Bartolomé referida del Hospital de Rezola, con diagnóstico:

- Gestante 32 4/7 semanas y ecografía tardía
- No trabajo de parto.
- Preeclampsia severa
- Obesidad mórbida
- Hipotiroidismo por historia clínica sin tratamiento.
- Feto transverso dorso superior

Se toma funciones vitales:

PA= 160/85 mmHg., P= 110 X', T= 36.4 °C., R= 20 X', SO2 = 98%. Niega signos premonitorios

Peso = 135 kg.

Examen de gineoobstetricia

AU =31 CM., SPP: LTI, LCF: 138 X', MF = +

TV: Cérvix central, 1.5cm., blando, orificio cervical externo dehiscente 1cm.

Ponderado fetal :2000 grs.

Plan:

Pasa a Centro obstétrico

- No ingerir alimentos por vía oral
- Monitoreo de actividad fetal
- Administrar sulfato de magnesio según protocolo (Sibai)-dosis de mantenimiento

- Nifedipino 10 mg. VO condicional a PA \geq 160/110 mmHg.
- Culminar gestación por cesárea
- Cefazolina 2gr. EV pre SOP previa prueba de sensibilidad.
- Betametasona 12 mg. IM x 02 dosis
- Diuresis horaria
- Se solicita Prequirúrgicos, pruebas de preeclampsia, perfil de coagulación, perfil tiroideo, pruebas cruzadas.
- Interconsulta a UCI-UCI NEO

Informe de Hospital de Rezola

Fecha: 28.05.22

Hora: 08:55

Anamnesis: Paciente es referida del Centro de salud de Mala por presentar una PA: 180/100. Niega signos premonitorios. No cuenta con controles prenatales, percibe movimientos fetales, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

PA= 150/90 mmHg., P= 78 X', T= 37 °C., R= 18 X', SO₂ = 98%

Examen físico:

AU =29 CM., SPP: LTI (dorso superior), LCF: 148 X', MF = ++

TV: Cérvix posterior, 2cm., blando, AP: Fuera de pelvis. Ponderado fetal :2000 grs.

Diagnóstico

- Gestante de 32 5/7 ss. x ecografía tardía
- Preeclampsia severa
- Obesidad mórbida

Exámenes auxiliares

Hb: 11.8, plaquetas: 365 000, Bioquímico: normal

Prescripción:

-Maduración sistémica. Betametasona 12 mg. 1° dosis recibió a la 1:15 am.

(22.05.22)

-Inició protocolo de sulfato de magnesio Zuspan a las 23:40 hrs. (21.05.22)

- Recibió nifedipino 10 mg. Vía oral por dos veces.

- No se cuenta con ventilador en UCI NEO, se refiere a Hospital San Bartolomé

-Lima.

Centro obstétrico

Fecha: 28.05.2022

Hora: 13:30

Ingresa gestante con diagnósticos de emergencia, se procede a continuar el plan establecido.

Tabla 2. Seguimiento del plan establecido en Centro Obstétrico

Hora	Vía	PA	FC	FR	T	LCF	F	I	D	ROT	Diuresis	TTO.
13:30	So4mg	150/90	80	16	36.6	150	No	DU		2/4	200	-
										++		
14:30	So4mg	150/90	76	16	36.6	142	No	DU		2/4	100	Se toma nuevas pruebas de laboratorio.
										++		

Historia clínica de la paciente

Hora 14:50

Se toma PA = 170/ 96, MAG indica nifedipino 10 mg. VO stat., se recibe pruebas de preeclampsia normales.

Se indica ecografía y reevaluación con resultados.

Exámenes de laboratorio (28.05.22-14:30 hrs.)

Leucocitos: 24100 mm³

Hemoglobina: 11.3 gr/dl

Gpo. y factor: O Rh +

Urea: 29 mg/dL

Bilirrubina directa: 0.15 mg/dL

TGO: 24 U/L

TGP: 19 U/L

DHL: 392 U/L

RPR: No reactivo

Fibrinógeno: 5.8 gr/L

Recuento de plaquetas: 391 000 mm³

PTTA: 21.3 “

Tiempo de Coagulación: 6’

INR: 0.75

Tiempo de Sangría: 2’30”

Hora 15:30 hrs.

Paciente pasa a ecografía: Feto en LCD, placenta fúndica grado II, PF: 1844 grs.

ILA 33 mm; por lo que se indica mantener manejo expectante para completar

maduración sistémica. Regresa a CO.

Tabla 3. Seguimiento del plan establecido en Centro Obstétrico después de la ecografía

Hora	Vía	PA	FC	FR	T	LCF	F	I	D	ROT	Diuresis	TTO.
15:30	So4mg	150/90	77	16	37	145	No	DU		2/4	100	-
										++		
16:30	So4mg	150/80	72	19	37	144	No	DU		2/4	100	-
										++		
17:30	So4mg	150/80	76	19	37	148	No	DU		2/4	150	17:20 se
										++		administra
												nifedipino 30 mg.

Historia clínica de la paciente

Es evaluada por equipo de guardia de CO

Diagnóstico:

1. Gestante 324/7 ss y eco tardía
2. No Trabajo de Parto
3. Preeclampsia severa
4. Obesidad mórbida
5. Hipotiroidismo por historia clínica sin tratamiento.

Plan:

1. Dieta blanda +líquidos a voluntad
2. Control de funciones vitales + control obstétrico estricto
3. Continuar protocolo de sulfato de magnesio
4. Sonda Foley permanente +BH
5. Nifedipino 30 mg. Vía oral cada 12 hrs.
6. Completar segunda de maduración pulmonar con Betametasona 12 mg. IM
7. Vigilar signos de intoxicación por $\text{So}_4 \text{ Mg}$
8. Pasar a UCEO (Unidad de cuidados especiales obstétricos)
9. Ss. pruebas de preeclampsia a las 6 hrs.
10. Nifedipino 10 mg. Vía oral condicional a $\text{PA} \geq 160/110 \text{ mmHg}$.

Unidad de cuidados especiales obstétricos

Hora 17:40 hrs.

Ingresa gestante proveniente de sala de partos con diagnóstico y plan determinado:

Tabla 4. Seguimiento del plan establecido en la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos

Hora	Vía	PA	FC	FR	T	LCF	F	I	D	ROT	Diuresis	TTO.
18:00	So4mg	155/70	107	20	37.4	130	No	DU		2/4	150 cc.	-
										++		

Historia clínica de la paciente

Control de exámenes de laboratorio de 6hrs.

Exámenes de laboratorio (28.05.22-19:00 hrs.)

Leucocitos: 13130 mm³

Hemoglobina: 11.3 gr/dl

Urea: 32 mg/dL

TGO: 22 U/L

Bilirrubina directa: 0.15 mg/dL

TGP: 18 U/L

Recuento de plaquetas: 350 400 mm³

DHL: 433 U/L

Tabla 5. Seguimiento del plan establecido después de los exámenes de laboratorio

Hora	Vía	PA	FC	FR	T	LCF	F	I	D	ROT	Diuresis	TTO.
19:00	So4mg	150/70	104	18	37.2	142	No	DU		2/4	100 cc.	-
										++		
20:00	So4mg	145/82	109	19	37	136	No	DU		2/4	100 cc.	-
										++		

Historia clínica de la paciente

Se indica pasar realizar Test no estresante

Informe de test no estresante:

Línea de base: 128, Variabilidad: 5, Aceleraciones: 3

Conclusiones: Reactivo

Figura 1. Resultado del Test No estresante

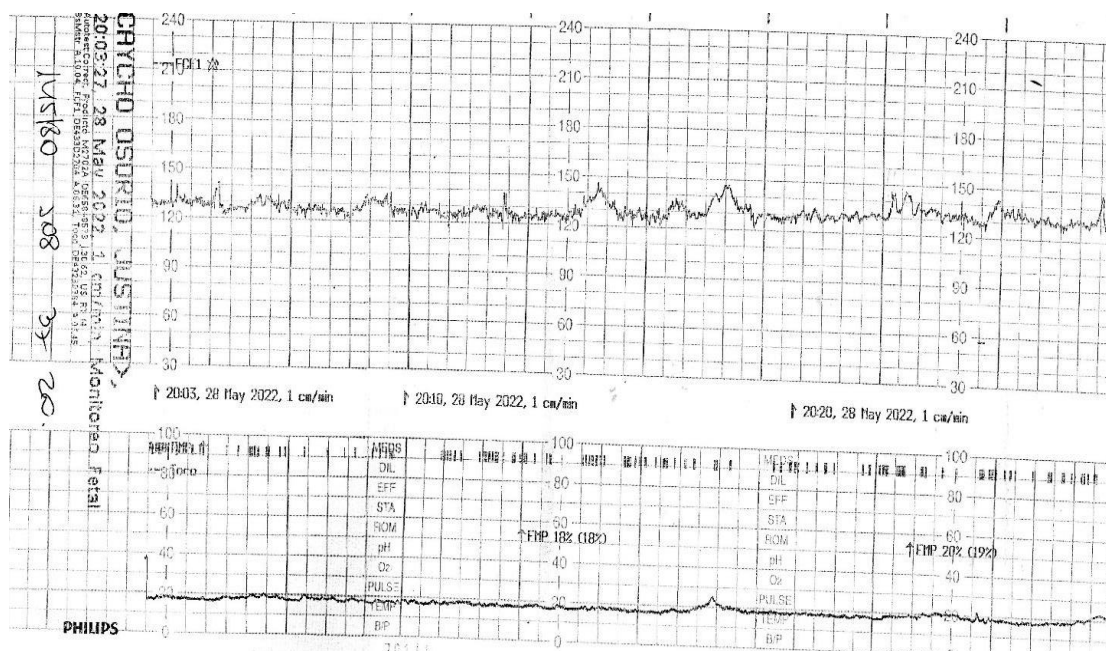


Tabla 6. Seguimiento del plan establecido después del NST

Hora	Vía	PA	FC	FR	T	LCF	F	I	D	ROT	Diuresis	TTO.
21:00	So4mg	161/78	111	20	37	136	No	DU		2/4 ++	150 cc.	Se administra 2 da dosis maduración pulmonar. Betametasona 12 mg. IM.

Historia clínica de la paciente

Hora 21:10 hrs.

Gestante es evaluada por MAG, quien a la persistencia de presiones arteriales elevadas a pesar de tratamiento. Antihipertensivos y adelanto de la 2da dosis de maduración pulmonar, sin DU y Bishop desfavorable, se decide culminar gestación vía alta.

Hora 21:40 hrs.

Pasa a sala de operaciones para cesárea.

Sala de operaciones

Hora 22:40hrs.

Cesárea corporal primaria. Hallazgos: Útero grávido con apariencia normal, líquido amniótico de color claro y en cantidad normal.

22:55 RN masculino de 1875 grs., T: 45 cm., PC: 31 cm., Apgar: 8'9', cordón umbilical con 2 A y 1 V.

Pérdida de sangrado vaginal: 600 cc. Aprox.

29.05.22

Hora 00:10 hrs.

Se aprecia coágulos en regular cantidad, se procede a masaje uterino y cede. Se indica tratamiento.

Plan:

1. Nada por vía oral por 6 hrs.
2. Control de funciones vitales
3. Dextrosa al 5% x 1000 cc.
4. Nacl 20% 02 ampollas
5. Oxitocina 10 UI 03 ampollas
6. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs.
7. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs.
8. Tramadol 100 mg., 01 ampolla y media EV cada 8 horas
9. Se solicita pruebas de preeclampsia control a las 6 y 12 hrs.
10. Vigilar signos premonitorios
11. Vigilar signos de intoxicación de sulfato de magnesio
12. Continuar con protocolo de sulfato de magnesio (Sibai)



I-II

13. Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
14. Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
15. Nifedipino 10 mg. VO condicional a PA \geq 160/110 mmHg.
16. Comunicar eventualidades
17. Lactancia materna exclusiva y /o extracción de leche
18. Higiene vulvoperineal 3 veces por día
19. Pasar a UCEO luego de reevaluación de 2 hrs.
20. Misoprostol 200 ug (04 tab.) en fondo de saco rectal stat
21. Ácido tranexámico 1gr. endovenoso STAT

Hora 02:25 hrs.

Puérpera postcesareada es evaluada en el postoperatorio, refiere dolor en herida operatoria, abdomen globuloso a expensas de panículo adiposo, útero contraído a 1 cm. debajo del ombligo, apósito seco.

Control de funciones vitales:

PA: 146/80 mmHg.

FC: 110 X'

FR: 20 X'

T: 37 °C

Balance hídrico: +900 cc.

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata postcesareada
2. Preeclampsia severa
3. Obesidad mórbida
4. Hipotiroidismo por Historia Clínica

Plan:

1. Nada por vía oral por 6 hrs.
2. Control de funciones vitales
3. Dextrosa al 5% x 1000 cc.
4. Nacl 20% 02 ampollas
5. Oxitocina 10 UI 03 ampollas
6. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs.
7. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs.
8. Se solicita pruebas de preeclampsia control a las 6 y 12 hrs.
9. Vigilar signos premonitorios
10. Descartar intoxicación por el sulfato de magnesio
11. Continuar con protocolo de sulfato de magnesio (Sibai)
12. Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
13. Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
14. Nifedipino 10 mg. VO condicional a PA \geq 160/110 mmHg.
15. Comunicar eventualidades
16. Lactancia materna exclusiva y /o extracción de leche
17. Higiene vulvoperineal 3 veces por día
18. Pasar a UCEO luego de reevaluación.



I-II

Servicio de UCEO**Fecha: 29.05.23**

Hora: 8:00 hrs.

CFV:

PA: 148/82 mmhg. FC: 110 x' FR: 19 x' T°: 37 °C

Paciente en su primer día post operatorio, actualmente con protocolo de Sulfato de Magnesio (culmina a las 12:10 hrs.), con doble dosis de tratamiento antihipertensivo (captopril y metildopa) con presiones arteriales dentro del rango esperado.

Diuresis desde el post operatorio hasta el momento: 800 cc.

Pruebas de preeclampsia de 6 hrs.:

Leucocitos: 18590 mm³

Hemoglobina: 10.6 gr/dl

Urea: 32 mg/dL

Bilirrubina directa: 0.13 mg/dL

TGO: 21 U/L

TGP: 15 U/L

DHL: 433 U/L

Recuento de plaquetas: 319600 mm³

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata
2. Postcesareada por CST 1 día
3. Preeclampsia severa
4. Obesidad mórbida
5. d/c Hipotiroidismo

Plan:

1. Dieta blanda +líquidos a voluntad

2. Control de funciones vitales estrictas
3. Dextrosa al 5% x 1000 cc.
4. Nacl 20% 02 ampollas
5. Oxitocina 10 UI 03 ampollas
6. Tramadol 100mg. c/8hrs. EV
7. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs.
8. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs.
9. Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
10. Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
11. Nifedipino 10 mg. VO condicional a PA \geq 160/110 mmHg.
12. Completar 12 hrs. Prot. SO4Mg. (12.10 hrs)
13. Efectivizar Px preeclampsia control a las 12 hrs.
14. Vigilar signos premonitorios
15. Vigilar probable intoxicación por el sulfato de magnesio
16. Continuar con protocolo de sulfato de magnesio (Sibai)
17. Comunicar eventualidades
18. Lactancia materna exclusiva y /o extracción de leche
19. Higiene vulvoperineal 3 veces por día
20. Diuresis horaria
21. Seguimiento TSH y T4 Libre

} Terminar II frasco,
luego vía salinizada

Hora: 16:00 hrs.

CFV:

PA: 135/85 mmhg.

FC: 89 x'

FR: 18 x'

T°: 37 °C

Paciente mujer de 36 años G4P2113 con diagnósticos planteados y antecedentes personal de hipotiroidismo (2019) con tratamiento de tiroxina 50mg. c/24 hrs. (tratamiento irregular, no lo recibió en gestación actual), con ant. familiares de hipotiroidismo, con IMC: 49, GP:15 KG. se reciben pruebas de preeclampsia de 6 y 12 hrs normales, salvo hemoglobina 12 hrs 9.6 gr. dL., sin signos premonitorios, PA estables, útero contraído a 1 cm. debajo del ombligo, no sangrado vaginal, apósito en herida operatoria seco.

Diuresis: 850cc.

Pruebas de preeclampsia de 12 hrs.:

Leucocitos: 15120 mm³

Hemoglobina: 9.6 gr/dl

Urea: 23 mg/dL

Bilirrubina directa: 0.15 mg/dL

TGO: 18 U/L

TGP: 13 U/L

DHL: 374 U/L

Recuento de plaquetas: 300600 mm³

Anticuerpo antitiroideo antiperoxidasa : 103 UI/ml.

Anticuerpo tiroideo antitiroglobulina : 4.0

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata PO por CST 1 día
2. Preeclampsia severa
3. Obesidad mórbida
4. d/c Hipotiroidismo

5. Anemia leve

Plan:

1. Pasa a piso
2. Dieta blanda + líquidos a voluntad
3. Control de funciones vitales cada 4 Hrs.
4. Vía salinizada
5. Tramadol 100mg. c/8hrs. EV
6. Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
7. Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
8. Nifedipino 10 mg. VO condicional a PA \geq 160/110 mmHg.
9. Retirar sonda foley
10. Vigilar signos premonitorios
11. Deambulación
12. HVP 3 veces por día
13. Comunicar eventualidades
14. Lactancia Materna Exclusiva y/o extracción de leche
15. I/c cardiología y anestesiología
16. Hierro sacarato 100mg. una ampolla diluido en 100cc. I y II frasco
endovenoso
17. Cualquier eventualidad comunicar al equipo de guardia.

Servicio de Hospitalización

Fecha: 30.05.23

Hora: 8:00 hrs.

CFV:

PA: 140/80 mmhg. FC: 95 x' FR: 18 x' T°: 36.8 °C

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega signos premonitorios, diuresis conservada, deposiciones (+), flatos (+).

Al momento del examen todo normal, útero a 3 cm. debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria, sin signos de flogosis.

Paciente continúa con presiones arteriales elevadas, aunque sin signos de severidad, con doble tratamiento antihipertensivo, no recibe tratamiento para hipotiroidismo, se espera resultados de perfil tiroideo.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata postoperatorio por CST 2 día
2. Preeclampsia severa
3. Obesidad mórbida
4. Hipotiroidismo sin tto.
5. Anemia leve

Plan:

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad
2. Control de funciones vitales cada 4 Hrs.
3. Vía salinizada
4. Tramadol 100mg. c/8hrs. EV
5. Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
6. Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
7. Nifedipino retard 30 mg. VO c/12 hrs
8. Nifedipino 10 mg. VO condicional a PA \geq 160/110 mmHg.
9. Vigilar signos premonitorios

10. Higiene vulvoperineal 3 veces por día
11. I/c Nutrición
12. Comunicar eventualidades
13. Lactancia materna exclusiva y /o extracción de leche

Efectivización I/C Cardiología

Diagnóstico

-Síndrome hipertensivo

Plan:

- Nifedipino retard c//12 hrs
- Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.
- Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs.

Efectivización I/C Oftalmología

Diagnóstico:

- Síndrome hipertensivo vascular leve
- Preeclampsia severa
- Hipotiroidismo

Plan

- Control y monitoreo de la presión arterial
- Control por consultorios externos de 7-10 días

Efectivización I/C Nutrición

Diagnóstico nutricional: IMC: 50.8= Obesidad mórbida

Requerimientos energéticos totales: 1800 kcal/día-1.5 gr. proteína x día,

CHO: 3.3 gr. /CHO/ día; grasa: 0.7 gr/grasa/día.

Indicación dieto terapéutica:

Régimen completo balanceado

Hipoglúcida, hiperproteico, fraccionado, rico en hierro + fórmula modular proteica fraccionada.

17:50 hrs.

Se recibe resultados de perfil tiroideo:

T4 libre: 0.67 ng/dl

TSH: 3.23 uIU/ml

Se solicita I/C Endocrinología.

Fecha: 31.05.23

Hora: 8:00 hrs.

CFV: PA: 130/70 mmhg. FC: 93 x'

FR: 18 x' T°: 36.9 °C

(s)Paciente refiere que dolor ha disminuido, niega signos premonitorios, diéresis (+), deposiciones (+), flatos (+)

(o) AREG, AREN, AREH

Mamas blandas no dolorosas. Abdomen: útero contraído debajo de cicatriz umbilical, herida sin signos de flogosis, no secreciones.

Paciente viene controlando de mejor manera las PA, perfil tiroideo dentro de rangos normales. No se reportaron interrecurrencias.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata PO por CST 2 día

2. Preeclampsia severa
3. Obesidad mórbida
4. Hipotiroidismo sin tratamiento
5. Anemia leve

Plan:

1. Alta con indicaciones
2. DC+ LAV (dieta hipocalòrica e hiperproteica)
3. Retirar vía
4. Tramadol 100mg. c/8hrs. VO X 5 días
5. Captopril 25 mg. 02 tab. VO cada 8 hrs. x 15 días
6. Metildopa 250 mg. 02 tab. VO cada 6 hrs. x 15 días
7. Nifedipino retard 30 mg. VO c/12 hrs x 15 días
8. Sulfato ferroso 300 mg. VO c/12 hrs x 30 días
9. Higiene vulvoperineal 3 veces por día
10. I/c Nutrición
11. Comunicar eventualidades
12. Pasar por consulta externa de ginecología, cardiología y anestesiología
en 5 días.
13. Cualquier signo de alarma venir por emergencia.

2.3 DISCUSIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan alrededor de uno de cada diez embarazos, de los cuales casi la mitad de casos corresponden a la preeclampsia, siendo la preeclampsia una de las primeras causas de muerte materna y perinatal, y puede obligar a los médicos tratantes a interrumpir el embarazo si presenta criterios de severidad como lo indica **Muñoz** (2) y que en este caso clínico sucedió con la gestante y llegó a terminarse el embarazo a las 32 semanas con estos criterios de severidad.

En el presente caso clínico los resultados materno perinatales fueron favorables tanto para la madre en el postparto como para el recién nacido, quién pasó de cuidados intermedios a estar junto a su madre. Todo ello no guarda relación con el estudio de **Carrión** (7) en el 2022 quién mostraba gestantes con preeclampsia severa de inicio temprano, antes de las 34 semanas, que presentaban más complicaciones, las cuales afectaban el peso de los recién nacidos quienes terminaban siendo llevados a la unidad de cuidados intensivos, en donde algunos llegaban a morir. En el caso del presente caso clínico, gracias a una derivación oportuna y manejo terapéutico se obtuvo buenos resultados materno –perinatales, lo cual concuerda con el estudio hecho por **Peña** (10), en el que no había diferencia significativa en la edad gestacional de inicio de aparición de la preeclampsia severa.

La asociación entre preeclampsia severa e hipotiroidismo presentado en el presente caso no tuvo mayores efectos en los resultados materno perinatales, lo cual concuerda con el estudio de **Vásquez et al.** (6) en el año 2023 cuyos resultados indican la ausencia de diferencia significativa en los valores de presión arterial, vía de parto, complicaciones obstétricas o neonatales, estancia en unidad de cuidados intensivos y mortalidad en gestantes con alteración de la función tiroidea.

Dentro de los factores de riesgo y complicaciones para el presente caso clínico se identificó la obesidad y ausencia de control prenatal como factores de riesgo y la prematuridad como una complicación de haberse presentado la preeclampsia severa con criterios para culminar el embarazo, ello los trabajos de **Márquez** (8) 2022, quién identificó la obesidad como factor de riesgo para la preeclampsia severa y la prematuridad como una complicación de este cuadro clínico y se obtuvo al mismo tiempo una evolución favorable y el alta a los siete días posteriores a la operación cesárea y **Carranza** (9) en el 2021 identifico la ausencia de control prenatal como factor de riesgo en la identificación de un cuadro clínico de preeclampsia para tener criterios de severidad.

2.4 CONCLUSIONES

- El caso clínico aborda una gestante de 32 semanas sin trabajo de parto, que inicia con presiones arteriales muy elevadas y no controladas en su establecimiento de salud, además de ello se sobreagrega obesidad y un cuadro de hipotiroidismo; por lo cual se decide referir a un Hospital de Lima, de mayor complejidad, para un tratamiento oportuno y evitar complicaciones mayores con la madre y el recién nacido.
- La preeclampsia severa tiene graves consecuencias en la madre gestante como: Síndrome de HELLP, trombocitopenia severa, lesión renal aguda, eclampsia, presencia de crisis convulsivas, hipertensión de difícil control, hemorragia obstétrica, edema pulmonar, coagulopatías, por ello requiere un tratamiento antihipertensivo rápido, al mismo tiempo es sumamente importante evitar las complicaciones en el recién nacido como : prematuridad, el sufrimiento fetal y el retardo de crecimiento intrauterino.
- El plan de tratamiento en nuestro caso clínico de preeclampsia severa fue el uso inmediato de antihipertensivos, seguidamente una evaluación del bienestar fetal; por lo que se decidió que el parto termine por vía cesárea; por tanto, se dio tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos, así como maduración pulmonar obteniéndose buenos resultados materno perinatales.
- El manejo terapéutico de la gestante con preeclampsia severa en la cual sus PA eran elevadas y fluctuantes, se dio dosis de antihipertensivos de ataque (nifedipino 10 mg. VO) y de

mantenimiento (nifedipino 30 mg. c/12 hrs.), así como el uso de protocolo de sulfato de magnesio (Sibai) de ataque y dosis de mantenimiento; lo cual llevó a interrumpir la gestación y proceder con la cesárea a las 32 semanas de embarazo, evitando así desarrolle complicaciones graves como trombocitopenia, síndrome de HELLP, edema pulmonar, entre otros.

- La evolución de la paciente luego de la cesárea fue favorable, restableciéndose los valores de presión arterial, así como los perfiles tiroideos; con respecto al recién nacido pasó primero a cuidados intermedios y unos días después hizo alojamiento conjunto con su madre.

2.5 RECOMENDACIONES

- La revisión de casos clínicos de patologías frecuentes en nuestra población y la actualización de manejo clínico es de suma importancia en la identificación de los planes de referencia a los establecimientos de salud de mayor complejidad asegurando el éxito en los resultados materno-perinatales, contribuyendo así a disminuir las tasas de morbimortalidad materna perinatal.
- El control prenatal es un pilar fundamental en la identificación oportuna de complicaciones obstétricas y al no existir dicho control, se vuelve en un factor de riesgo asociado a diferentes complicaciones

durante la gestación, disminuyendo a cero las posibilidades de poder iniciar algún tratamiento o realizar el seguimiento de estas complicaciones que pueden salvaguardar la vida de la madre y el niño.

- El personal de salud de los Establecimientos de salud del primer nivel debe contar con un plan de referencia inmediato una vez identificado un cuadro de preeclampsia severa, con el inicio del tratamiento o dosis de ataque hasta llegar al establecimiento de mayor complejidad, esto asegura menores complicaciones materno-perinatales.
- Educar de forma continua acerca de los signos de alarma del embarazo a la gestante y a su familia representa una estrategia para incentivar a que la gestante busque ayuda o acuda a los establecimientos de salud oportunamente para reducir así el riesgo de que se produzcan complicaciones que afecten la salud del binomio madre-niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye CYL, Lewandowski AJ. Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Management, and the Cardiovascular Impact on the Offspring. *J Clin Med*. 2019 [citado 18 de abril de 2023]; 8(10): 1625. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm8101625>
2. Muñoz LL, Estupiñán AJ, Torres YA, Cacay KL. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2020 [citado 18 de abril de 2023]; 4(4): 343-352. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7999162>
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. *Boletín Epidemiológico del Perú*. [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Salud, 2022. [citado 18 de abril de 2023]: 31(43). Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202243_07_084306.pdf
4. Guevara E. Manejo activo de la tercera etapa del parto salva vidas. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2022 [citado 20 de abril de 2023]; 11(2): 7-8. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2022282>
5. Buiza D, Albino M. Complicaciones en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Rezola De Cañete, 2021. [Tesis]. Cañete: Universidad Privada Sergio Bernal, 2022. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/271>
6. Vásquez JV, Penagos C, Vásquez-Arredondo JV. Resultados maternos y

- fetales en pacientes con preeclampsia severa e hipotiroidismo primario. Estudio de casos y controles. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2023]; 50(2): 100846. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100846>
7. Carrión G. Resultante materno-perinatal en gestantes con preeclampsia severa de inicio temprano y tardío. estudio comparativo Hospital Alfredo G. Paulson. [Tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, 2022. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/63906/1/PG-GINECO-232-CARRION%20SILVA%20GABRIELA%20MERCEDES.pdf>
 8. Márquez L. Factores asociados a la preeclampsia severa en una gestante atendida en un hospital materno infantil en Lima, en el año 2018. [Trabajo Académico]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui, 2022. Disponible en: http://3.17.44.64/bitstream/handle/20.500.12819/1429/Luisa_trab-acad_t%c3%adtulo_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 9. Carranza C. Factores de riesgo, manejo y resultado perinatal en gestante con preeclampsia severa atendida en hospital público nivel II-2, 2018. [Trabajo Académico]. Lima: Universidad Norbert Wiener, 2021 [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5134/T061_18083665_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 10. De la Peña WJ, Díaz A, Meza R, Sandoval H, Cano J, Castillo A, Villalobos K, Manrique L. Preeclampsia severa de aparición temprana: características

clínico epidemiológicas en la unidad de cuidados intensivos materno del INMP agosto del 2014 a setiembre del 2018. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2023]; 9(1): 28-32. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/181>

11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Obstetrícia de Williams. 25 Edición. McGraw Hill: Brasil, 2021.
12. Mirabito Colafella KM, Neuman RI, Visser W, Danser AHJ, Versmissen J. Aspirin for the prevention and treatment of pre-eclampsia: A matter of COX-1 and/or COX-2 inhibition? Basic Clin Pharmacol Toxicol. [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2023]; 127(2): 132-141. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31420920/>
13. Wei X, Yang X. The central role of natural killer cells in preeclampsia. Front Immunol. [Internet]. 2023 [citado 20 de abril de 2023]; 14:1009867. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1009867>
14. Checya J, Moquillaza VH. Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2019 [citado 20 de abril de 2023]; 87(5): 295-301. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87499>
15. Duarte MJ, Ezeta MME, Sánchez RG, Lee V, Romero FS. Factores de riesgo asociados con preeclampsia severa (con criterios de severidad). Med Int Mex. [Internet]. 2022 [citado 20 de abril de 2023]; 38(1):99-108. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi->

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104155](https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf)

16. Herrera K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2018 [citado 20 de abril de 2023]; 3(3): 8-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
17. Núñez JP, Sánchez MT, Morales LA, Sánchez VM. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Med Crit. [Internet]. 2018 [citado 20 de abril de 2023]; 24(4): 190-195. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2010/ti104g.pdf>
18. Elizalde VM, Téllez GE, López LJ. Construcción y validación de una escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2023]; 43(3): 110-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2014.12.013>
19. Vázquez JG, Rico EI. Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2016 [citado 20 de abril de 2023]; 84(03): 143-149. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71503>
20. Vásquez JG, Arellano KJ, Vázquez-Arredondo JG, Del Ángel G, Gaona MI. Complicaciones maternas durante la cesárea en pacientes con preeclampsia severa. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2021 [citado 20 de abril de 2023]; 89(12): 956-962. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6876>
21. Gonzales KE. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2018. [Tesis].

- Lima: Universidad San Martín de Porres, 2019. [citado 20 de abril de 2023].
Disponibile en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5349> }
22. Vázquez JG, Barboza DY. Resultados maternos y perinatales del tratamiento expectante de la preeclampsia severa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* [Internet]. 2018 [citado 20 de abril de 2023]; 56(4):379-386. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84109>
 23. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 [citado 2023 Abr 20]; 60(4): 385-394. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es
 24. Gonzales A. Comparación del Tratamiento con Nifedipino Versus Alfametildopa Orales en la Preeclampsia Severa en Pacientes Puérperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2017 – 2018. [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, 2019. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8692>
 25. Singh R, Kumar J, Jain A, Puri M. Comparison of intravenous anti-hypertensives for preoperative blood pressure control in hypertensive disorders of pregnancy and effect of oral labetalol. *Cureus.* [Internet]. 2022 [citado 20 de abril de 2023]; 14(12): e32858. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.32858>
 26. Zavala CA, Pacheco J. Fetal venous flow and cerebroplacental index indicators

of fetal hypoxia in severe preeclamptic women. Rev. peru. ginecol. obstet.

[Internet]. 2011 [citado 20 de abril de 2023]; 57(3): 171-176. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-

[51322011000300006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000300006&lng=es)

27. Instituto Nacional Materno Perinatal. Declaratoria de alarma institucional en el INMP mediante el uso de claves para el manejo de las emergencias obstétricas.

[Internet]. Lima: INMP, 2014. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en:

https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=2701t.pdf&nombre

[=2701t.pdf](https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=2701t.pdf&nombre=2701t.pdf)