

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**TITULO: MANEJO CLINICO DE LA PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - HUANCAYO -
2023**

PARA OPTAR: El Título Profesional De Obstetra.

AUTOR: Bachiller Leon Socualaya, Vanessa Lizeth

ASESOR: Dra. Juana Luisa Andamayo Flores

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud y Gestión en Salud

LUGAR O INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN: Hospital Regional
Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo.

HUANCAYO - PERÚ – 2023

DEDICATORIA

A mi madre por la motivación y dedicación incondicional durante este proceso de formación profesional, a mi tío Jorge, mi abuela y hermana, por la comprensión y apoyo.

La autora

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes, por brindarme las herramientas necesarias durante la formación de mis competencias en el campo profesional de la Obstetricia.

A mi asesora, Dra. Juana L. Andamayo Flores y a los docentes quienes me compartieron sus conocimientos y experiencias durante mi formación universitaria.

Al Hospital Regional Materno Infantil El Carmen, por brindarme las facilidades en la investigación realizada.

Vanessa L. León Socualaya.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

MANEJO CLINICO DE LA PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN - HUANCAYO - 2023

Cuyo autor (es) : **LEON SOCUALAYA VANESSA LIZETH**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **OBSTETRICIA**
Asesor (a) : **DRA. ANDAMAYO FLORES JUANA LUISA**

Que fue presentado con fecha: 22/06/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 26/06/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 23%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

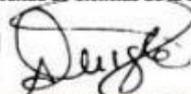
Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 26 de junio de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 222 - DUI - FCS - UPLA/2023

cc.: Archivo
EAC/vghp

CONTENIDO

Contenido

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1. MARCO TEÓRICO	10
1.1. Antecedentes De Estudio	10
1.1.1. Antecedentes locales:.....	10
1.1.2. Antecedentes Nacionales:.....	12
1.1.3. Antecedentes internacionales:	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo General	17
2.2. Objetivos Específicos:	17
3. BASES TEÓRICAS	18
3.1. Preeclampsia	18
3.2. Manejo De Preeclampsia	22
3.2.1. Preeclampsia Leve.....	22
3.2.2. Preeclampsia Severa	22
3.2.3. Eclampsia	23
3.2.4. Síndrome Hellp.....	24
4. CONTENIDO	28
4.1. Capítulo I: Desarrollo De Caso Clínico	28
4.1.1. Antecedentes Gineco Obstétricos.....	28
4.1.2. Antecedentes Personales	29
4.1.3. ANTECEDENTES FAMILIARES.....	29
4.2. Capítulo II: Enfermedad Actual	29
4.3. Capítulo III: Examen Clínico General	30
4.3.1. Signos Vitales:.....	30
4.3.2. Antropometría:.....	30
4.3.3. Anamnesis:.....	30
4.4. Capítulo IV: Evaluación General	30
6. PLAN DE CONTROL DE MANTENIMIENTO.....	39
7. DISCUSIONES.....	40

8. CONCLUSIONES	42
9. RECOMENDACIONES	43
10. ANEXOS	50

RESUMEN

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de la muerte materna. En el Perú, la preeclampsia, así como los trastornos hipertensivos del embarazo son la segunda causa de mortalidad materna. La causa continúa siendo desconocida y se asocia a problemas de la salud importantes, existiendo nuevos retos para la prevención y tratamiento. Las dosis de profilácticas como dosis bajas de aspirina y suplementos de calcio, requieren mayor estudio sobre su evidencia de uso rutinario. El control prenatal es la forma de diagnosticar de forma oportuna para así poder tener un manejo adecuado, a su vez el parto son las medidas eficaces para disminuir la tasa de mortalidad por esta causa.

Los factores sociales y la atención médica oportuna deben prevalecer en la población, aún cuando, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a los servicios médicos. Se puede concluir que los sistemas de salud de todas las poblaciones deben identificar y asistir de forma oportuna a las mujeres que presentan mayor riesgo a contraer preeclampsia.

El estudio recolecto los resultados de una paciente de 22 años de edad con el diagnóstico de preeclampsia severa, para los cuales se aplicó los procedimientos según el flujograma de emergencias obstétricas y de esta forma se demostró la atención integral a la paciente. El Hospital Materno Infantil Docente El Carmen - Huancayo 2023 tiene como objetivo brindar atención integral y especializada a la mujer en todas sus etapas de vida, a los neonatos, niños y adolescentes con necesidades y problemas de salud con calidad, calidez, equidad y eficacia; desarrollando docencia e investigación de nivel de la región Junín.

Palabras clave: preeclampsia, clave azul, mortalidad materna.

ABSTRACT

Preeclampsia is a public health problem and one of the main causes of maternal death. In Peru, preeclampsia, as well as hypertensive disorders of pregnancy, are the second cause of maternal mortality. The cause remains unknown and is associated with important health problems, creating new challenges for prevention and treatment. Prophylactic doses, such as low dose aspirin and calcium supplements, require further study on their evidence for routine use. Prenatal control is the way to diagnose in a timely manner in order to have adequate management, in turn childbirth are effective measures to reduce the mortality rate due to his cause.

The social factors and timely medical care must prevail in the population, even though these are limited in marginalized populations without access to medical services. It can be concluded that the health systems of all population must identify and assist in a timely manner the women who are at greatest risk of contracting preeclampsia.

The study collected the results of a 22 years old patient with a diagnostic severe preeclampsia, for which the procedures were applied according to the obstetric emergency Flow chart and in this way comprehensive care for the patient was demonstrated. The Teaching Maternal and Child Hospital El Carmen Huancayo 2023 its objective is to provide comprehensive and specialized care to women in all stages of life, to neonates, children and adolescents with health needs and problems with quality, warmth, equity and effectiveness; developing teaching and research at the level of the Junín region.

Keywords: preeclampsia, blue key, maternal mortality.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce a las muertes maternas como un problema de la salud pública, desencadenados por la desigualdad socio económica en las prestaciones de servicio de salud o por enfermedades hipertensivas como la preeclampsia, siendo esta la tercera causa de mortalidad en las gestantes. (4) Esta entidad refiere que entre 50 a 60 mil muertes materno perinatales están relacionadas con esta patología a nivel mundial, en América latina esto se representa en un 22%, en África con un 16% y en Asia con el 12%

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), dice que, la preeclampsia durante el embarazo tiene una participación multisistémica, que ocurre a partir de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. (6)

Existe una normativa sobre el manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales, implementado por el Ministerio de Salud (MINSA), el cual permite el manejo adecuado de embarazos riesgosos, según el nivel de atención, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna neonatal. (3)

En la actualidad se conoce que la preeclampsia tiene que ver con una disfunción endotelial, pero que, a pesar de los avances tecnológicos, no existe un acuerdo sobre el manejo y los criterios diagnósticos de esta patología, en cuanto al tratamiento, la única forma es la finalización del embarazo, de manera que, se pueda evitar la eclampsia o la muerte. (7)

La Dirección Regional de Salud, Junín (DIRESA), reportan que las enfermedades hipertensivas en el embarazo se representan en un 31.5%, la preeclampsia severa es la más frecuente, seguido por la sepsis con un 21.5%. (9)

Las pacientes con hipertensión presentan una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o 90 mmHg de la presión diastólica, además, las pacientes presentaran proteinuria. (8) Según el protocolo emitido por EsSalud, establece una clave azul para el manejo exclusivo de enfermedades hipertensivas en el embarazo, los resultados obtenidos fueron alentadores en cuanto al manejo y tratamiento óptimo de los signos y síntomas.

Un adecuado control de las enfermedades hipertensivas, sobre todo de la preeclampsia nos permite manejar los riesgos y complicaciones que ello conlleva, en beneficio de reducir los riesgos en morbilidad y mortalidad materno-neonatal. (5)

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes De Estudio

1.1.1. Antecedentes locales:

Flores Y. (Huancayo; 2019), realizó un estudio titulado, “Factores predisponentes de Preeclampsia en gestantes de un Hospital Regional Materno Infantil de Huancayo - 2019”. Con el objetivo de determinar los factores predisponentes de la preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen de Huancayo – 2019, la metodología utilizada es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y nivel descriptivo simple, diseño no experimental. El autor encontró que, los factores que más se relacionan con la preeclampsia son: la edad entre 19 a 35 años representa el 16.5% de los casos, el grado de instrucción es hasta secundaria en el 67% de los casos, la mayoría de pacientes tiene como estado civil la convivencia, hasta en un 67%, procedencia rural en el 41.8% de los casos. El autor concluye que, el factor obstétrico representa un mayor riesgo para el desarrollo de preeclampsia en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. (25)

Romo O. (Huancayo, 2017), elaboro una investigación, titulada, “Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé 2015-2016”. Con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en el HNRPP del 2015-2016. La metodología utilizada para este estudio es de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo; realizado en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo – Perú. Los resultados encontrados muestran que, la mayor frecuencia de casos se observó en pacientes entre 19 a 34 años con un 53.6%, el 57.9% fueron nulíparas, el 52.86% presenta una edad gestacional de 37 semanas, en 6 casos que se representa con el 4.3% tenían un aborto anterior, en 8 casos que representa el 5.8% cuentan con antecedentes de hipertensión arterial en sus familiares. De los síntomas

observados, el 60% presento cefalea, el 8.6% visión borrosa, el 20% dolor hipocondriaco derecho, 2.8% acufenos. El autor concluye con que, en el mayor porcentaje de pacientes con preeclampsia la cefalea fue el signo más frecuente y que el control de la presión arterial es importante en el manejo de los diagnósticos oportunos de la preeclampsia. (17)

Quispe, D. (Junín, 2016). Elaboro una investigación al cual titula, “Determinación de los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en el hospital Domingo Olavegoya de Jauja- enero a diciembre del 2015”. Con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Para cumplir con esto el autor diseño un estudio de casos y controles. Los resultados obtenidos por el autor muestran que, los factores de riesgo significativos para nuestra serie fueron: Primigesta (OR: 3.070), la Nuliparidad (OR=8.13), la edad materna menor de 20 años (OR=2.94), la edad materna mayor de 34 años (OR=2.94), el antecedente de trastorno hipertensivo de- la gestación (OR=5.4) la diabetes mellitus (OR=8.135), la hipertensión arterial crónica (OR=9.55), el IMC 26 - 30.99 (sobrepeso) (OR=3.020), IMC mayor de 31 (Obeso) (OR=3.972). Luego de analizar estos datos, el autor concluye con que, los factores que predisponen más a la preeclampsia fueron, la edad entre 20 a 34 años, nulíparas, primigestas, antecedentes con trastornos hipertensivos en la gestación, la diabetes mellitus y el IMC mayor a 26. (18)

Córdova VP (Huancayo, 2022). Elaboro una investigación el cual se titula, “Factores De Riesgo Asociados Al manejo de Preeclampsia En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo - 2021” con el objetivo de determinar los factores de riesgo como edad materna avanzada, controles prenatales, paridad, edad gestacional, sobrepeso y obesidad pregestacional y antecedentes de desórdenes hipertensivos del embarazo; asociados a la preeclampsia en el “Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen” durante el año 2021. Para lo cual diseño un estudio de tipo retrospectivo, transversal, observacional y analítico. Del estudio el autor encontró que, de los 196

pacientes quienes representan la muestra, en 98 se encontró preeclampsia, relacionados a la edad materna, la edad gestacional y la paridad. Del estudio se concluye que, la nuliparidad, la edad gestacional pretérmino, los antecedentes de desórdenes hipertensivos inducidos por el embarazo son factores de riesgo asociados a preeclampsia. (31)

1.1.2. Antecedentes Nacionales:

Carhuaricra I, Hinostroza J. (Junín, 2022). Realizaron una investigación que se titula, “Complicaciones Materno Neonatales en gestantes con preeclampsia atendidas en el hospital El Carmen – Huancayo 2018”. Con el objetivo de determinar las complicaciones materno neonatales en gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital El Carmen – Huancayo 2018. Para lo cual utilizo un diseño de tipo básico, de nivel cuantitativo, descriptivo relacional, retrospectivo, transversal y analítico. Los resultados encontrados se observan que, en el 36.2% de casos tenían preeclampsia entre 20 a 36 años. Del estudio el autor concluyo que, la preeclampsia se desarrolla con mayor frecuencia en mayores entre 20 a 35 años. (30)

Anicama P. (Loreto, 2018). Elaboro una investigación que se titula, “Factores Maternos Que Influyen A La Aparición De Preeclampsia En Gestantes Adolescentes Y Añosas Atendidas En El Hospital Regional De Loreto, Enero A Diciembre Del 2017”. Con el objetivo de determinar si los factores maternos influyen a la aparición de preeclampsia en gestantes adolescentes y añosas atendidas en el hospital regional de Loreto, enero a diciembre del 2017. Para lo cual desarrollo un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal. Los resultados que se observan indican que, el 15.3% de casos se representa por gestantes adolescentes y el 18.5% son pacientes añosas. Del estudio se concluye que, la preeclampsia se observa con mayor frecuencia en adolescentes y pacientes añosas. (26)

Bryce A. (Perú, 2018). Llevo a cabo una investigación, con el objetivo de determinar el manejo de la hipertensión durante la gestación, mediante la toma de la presión arterial. Para lo cual diseño un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal. Los resultados encontrados muestran que, el 45.3% de los casos se detectó en el tercer control prenatal. Del estudio el autor concluye con que, los trastornos hipertensivos en el embarazo son frecuentes e incrementan el riesgo potencial de muerte materno neonatal. (14)

Guzmán M. (Lima, 2017). Elaboro una investigación el cual titula, “Perfil Clínico Y Laboratorial De Las Pacientes Gestantes Con Preeclampsia Atendidas En El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Durante octubre 2014 – octubre 2015”. Con el objetivo de determinar el perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Durante El Período octubre 2014 – octubre 2015. Para lo cual diseño un estudio de tipo observacional, diseño descriptivo, retrospectivo y transversal. Los resultados obtenidos por el autor muestran que de los 148 pacientes con el diagnóstico de preeclampsia en el 83.6% de los casos fueron casos leves y en el 65.4% severas, los signos más frecuentes fueron hipertensión arterial, cefalea, náuseas y vómitos. El autor concluye con que, es variable la presentación clínica de la preeclampsia y es importante detectarlo a tiempo para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad. (16)

1.1.3. Antecedentes internacionales:

Jiménez J, Horta CP, Saavedra HA, Morán J. (México, 2017). Realizaron una investigación el cual se titula, “Curetaje como tratamiento de apoyo en la reducción de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y la preeclampsia”. Con el objetivo de evaluar cómo se presenta la evolución de la presión arterial en el puerperio inmediato en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y la preeclampsia,

sometidas a procedimiento de curetaje. Para lo cual diseñaron un estudio tipo observacional, descriptivo y transversal. Los resultados encontrados por los autores fue que, en las pacientes entre 14 a 20 años mejoraron entre las 8 a 16 horas después del parto. Los autores concluyen que, el uso de curetaje durante el embarazo reduce el riesgo de padecer alguna enfermedad hipertensiva como la preeclampsia. (28)

Vigiliouk E, Parque A, Berger H, Geary MP, G Ray J, (Toronto, 2017). Realizaron una investigación el cual se titula, “Un Método Clínico Simple Para Identificar A Las Mujeres Con Mayor Riesgo De Preeclampsia”. Con el objetivo de identificar de manera eficiente a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia. Para lo cual diseñaron un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo. Luego de analizar los datos los autores concluyen con que la edad entre 22 a 40 años influye en el desarrollo de preeclampsia, al igual que la nuliparidad. (29)

Donoso B. (Chile,2018). Desarrollo una investigación titulada, “Reconocimiento y manejo del Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) y sus complicaciones en Atención Primaria”. Con el objetivo de determinar el manejo oportuno con el control de la presión arterial y complicaciones severas para ser manejadas como primera línea en atención primaria. Luego de analizar los datos el autor concluye con que, la morbimortalidad causada por los trastornos hipertensivos del embarazo es muy frecuentes, y el riesgo de padecerla se reduciría al consumir calcio y aspirina. (10)

Martínez R. (Chile, 2017). Elaboro una investigación titulada, “Hipertensión/preeclampsia posparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura”. Con el objetivo de establecer recomendaciones en el tipo de antihipertensivo que se debe seleccionar según escenarios clínicos en la hipertensión/preeclampsia postparto, dosis y pautas de

seguridad en lactancia. Para lo cual diseño un estudio de tipo observacional, analítica y retrospectiva. El autor encontró los siguientes resultados, que se recomienda utilizar antihipertensivos de primera línea durante una crisis, estos medicamentos son, la hidralazina, labetalol, nifedipino, además de que no presentaron efectos adversos maternos y perinatales. Del estudio los autores concluyen con que, se tiene que utilizar como hipertensivos de primera línea durante la crisis: la hidralazina, labetalol y el nifedipino. (11)

Camacho L, Berzain M. (Bolivia, 2017). Desarrollo y publico un artículo científico al cual tituló, “Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia”. Con el objetivo de resaltar la relación directa que existe entre la eclampsia en una gestante y las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno perinatal. Desarrollo una metodología basada en un metaanálisis, teniendo en cuenta publicaciones hechas en Cochrane, Pubmed, Latindex. Los resultados hallados por el autor dicen que, el riesgo de sufrir eclampsia aumenta en las mujeres con antecedentes hipertensivos, cardiovasculares o renales. En conclusión, el autor dice que es necesario el diagnostico oportuno de preeclampsia, para evitar complicaciones como la eclampsia en las embarazadas. (12)

Kuo-Hu Ch, Koo-Min S, Li Ru Ch. (China, 2017). Realizarón un estudio titulado, “Progression of gestacional hypertension to preeclampsia: a cohort study of 20103 pregnancies. Pregnancy Hypertens”, con el objetivo de identificar los factores de riesgo no identificados previamente para la progresión de la hipertensión gestacional y a la preeclampsia al considerar la clasificación placentaria prematura de grado III y el aumento de peso excesivo. Para lo cual desarrollaron un estudio de tipo observacional, transversal. Los resultados que obtuvieron dicen que, la edad materna en las gestantes añosas, sobrepeso, nuliparidad, embarazo múltiple se relacionan con los trastornos hipertensivos del embarazo. (27)

En Chile (2017), Vargas H, Acosta G, Moreno E. Desarrollaron un estudio titulado, “La preeclampsia un problema de salud pública mundial”. Con el objetivo de determinar la prevalencia que oscila entre el control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado y parto inmediato, para disminuir la tasa de mortalidad por esta causa. Para ello diseñaron un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, observacional y analítico. Los resultados encontrados por los autores, refieren que la prevalencia oscila entre 1,8-16,7%, esto evidencia aun, una causa desconocida que se asocia problemas importantes en la salud. Del estudio los autores concluyen con que, los trastornos hipertensivos del embarazo, como preeclampsia y eclampsia tienen que ser identificados oportunamente para reducir el riesgo de mortalidad materna. (13)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar como es el manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil, El Carmen – Huancayo 2022.

2.2. Objetivos Específicos:

- Determinar si se detectó los signos y síntomas en el manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2022.
- Determinar si se identificó los factores de riesgo en el manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2022.
- Determinar si se identificó las complicaciones durante el manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2022
- Determinar cómo se da el manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2022.

3. BASES TEÓRICAS

3.1. Preeclampsia

De los trastornos hipertensivos en el embarazo, la preeclampsia tiene repercusiones en la vida y la salud de la madre y/o el feto.

El conocimiento de la preeclampsia y eclampsia es importante en el Perú debido a la alta morbilidad materna y perinatal asociada a la preeclampsia y eclampsia en el año 2002, Lima y Trujillo tenían tasas de hasta 15% para la hipertensión arterial ,8% para la eclampsia y 3,8% para el síndrome de HELLP. En otras palabras, parece ser que la enfermedad tiene cada vez mayor prevalencia, especialmente en los hospitales de tercer y cuarto nivel. La alta prevalencia de preeclampsia – eclampsia en el Perú, que actualmente supera el 15% en el medio hospitalario del país, nos obliga a profundizar el conocimiento de su fisiopatología. (19)

Pacheco J (32). Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la preeclampsia se define como una hipertensión arterial que supera los 140 y 90 mmHg en la presión sistólica y diastólica, además, niveles de proteinuria que superan los 300 gramos, estos síntomas se presentan a partir de la semana 20 de embarazo, ACOG lo modificó posteriormente para eliminar la dependencia del diagnóstico de preeclampsia en la proteinuria. Para realizar un diagnóstico correcto se debe considerar una buena historia médica y obstétrica de ella y a la vez de la familia.

Cunningham et al (20). Considera que, la preeclampsia es un conjunto de signos y síntomas que suceden durante el embarazo afectando al sistema orgánico, es mucho más que decir es una simple hipertensión gestacional con proteinuria, ya que este puede ser usado como un marcador objetivo y de esta forma se expresa la invasión o fuga endotelial sistémica que caracteriza a la preeclampsia.

Pacheco J. (19). El endotelio es ahora visto como un órgano endocrino muy importante, activo y grande, que tiene muchas funciones fisiológicas vitales. Actúa como receptor de

las hormonas HCG y LH en el musculo y arterias del útero, por ello en el proceso bioquímico conocido como contracción/relajación el músculo liso de las paredes del endotelio debe tener reservas de calcio (Ca), es por ello recordar que influye en la ingesta de la dieta que lleve la gestante, esta no debe estar baja en calcio, que en muchos casos ayuda la suplementación de calcio en los controles prenatales.

3.1.1. Clasificación

Preeclampsia leve

La preeclampsia leve se presenta con una presión arterial menos o igual a 140 y/o a 90 mmHg en la presión sistólica y diastólica, se recomienda que se realicen dos mediciones con un intervalo de 4 horas, también, los pacientes con preeclampsia leve presentaran una proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, las pacientes pueden evolucionar de manera rápida a una preeclampsia severa. (16)

Preeclampsia Severa

No se distingue mucho de la preeclampsia leve, solo que, en esta ocasión los niveles de presión arterial sistólica y diastólica, superaran los 160 y/o 110 mmHg, proteinuria de 24 horas, más edema masivo, en la cara, extremidades, pared abdominal y en la región sacra, afectando el compromiso de bienestar fetal (RCIU). (16)

3.1.2. Etiología

Aún la etiología no está totalmente clara, ya que la aparición de varios mecanismos de la preeclampsia es patológica. (19)

- Implantación placentaria con invasión trofoblástica anormal de vasos uterinos.
- Tolerancia inmunitaria mal adaptada entre tejidos maternos y placentarios y fetales. (20)

3.1.3. Cuadro Clínico De La Preeclampsia

- Hipertensión: aumento de la PAS superior a 30 mmHg, o PAD superior a 15 mmHg. (2)
- Edemas: Por lo general se presentan en los miembros inferiores (por encima del 1/3 inferior), también en mano, cara, o generalizado. Cada control prenatal debe tener una evaluación generalizada para prevenir cualquier malestar en las gestantes. (4)
- Proteínas en Orina: conocido como proteinuria, el cual representa la eliminación de más de 300 mg de albumina en una muestra recolectada en 24 horas La proteinuria se define por la excreción de 300 mg o más de proteína en una recogida de orina de 24 horas. (9)
- Alteraciones visuales: La vasoconstricción genera edema de retina, como consecuencia genera trastornos visuales, desprendimiento de retina y ceguera. (20)
- Por otra parte, el diagnóstico puede ser establecido por la presencia de hipertensión como se define anteriormente en asociación con trombocitopenia (recuento de plaquetas inferior a 100.000 1 microlitro), insuficiencia hepática (concentraciones sanguíneas elevadas de transaminasas hepáticas a dos veces la concentración normal), el nuevo desarrollo de insuficiencia renal (creatinina sérica superior a 1,1 mg 1 dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar, o nuevos trastornos cerebrales o visuales de aparición. "Proteinuria no es absolutamente necesario para el diagnóstico de preeclampsia. (8)

TABLA 1

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

<i>Presión arterial</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 140 mm Hg (S); o ≥ 90 mm Hg (D) en dos ocasiones, después de 20 semanas de gestación. • ≥ 160 mm Hg (S); o ≥ 110 mm Hg (D), la hipertensión puede ser confirmada dentro de un corto intervalo de tiempo (minutos) para facilitar la terapia antihipertensiva oportuna
<i>Y</i>	
<i>Proteinuria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 300 mg en 24 horas o • La proteína / creatinina mayor que o igual a 0,3 * • Lectura de la varilla medidora de 1+
<i>O en ausencia de proteinuria, cualquiera de los siguientes:</i>	
<i>Trombocitopenia</i>	• Conteo de plaquetas < 100.000 / microlitro
<i>Insuficiencia renal</i>	• creatinina sérica > 1.1 mg/dL
<i>Alteración de la función hepática</i>	• Elevación de transaminasas hepáticas.
<i>Edema pulmonar</i>	
<i>Síntomas visuales/cerebrales</i>	

FUENTE: Criterios de Diagnostico de Preeclampsia del colegio americano de obstetricia y ginecología -2013

3.1.4. Factores De Riesgo

A continuación, los factores que se relacionan con la preeclampsia:

- Nuliparidad
- Primiparidad
- Multiparidad
- Exposición limitada al esperma
- Embarazo previo con antecedente de preeclampsia.
- Gestante añosa
- Periodo intergenésico menor a 2 años.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años
- Historia de hipertensión en la familia.
- Enfermedad renal. Historia familiar de hipertensión.
- Resistencia a la insulina y obesidad.

- Diabetes mellitus, enfermedad tiroidea y anemia.

3.2. Manejo De Preeclampsia

Actuar oportunamente ante la sospecha de la preeclampsia reduce los riesgos de morbimortalidad materno y fetal. Además, la eclampsia y síndrome de HELLP. Es decir, aunque no tengamos parámetros del diagnóstico de preeclampsia, es posible que ya estén comprometidos todos los órganos y sistemas más importantes del organismo de la mujer por la disfunción endotelial. (32)

3.2.1. Preeclampsia Leve

Las pacientes deben de ingresar por emergencia, realizarse los exámenes que correspondan y tratamiento ambulatorio siempre que se cumpla con los siguientes parámetros:

- Ser asintomática y presentar una edad gestacional de 34 a 37 semanas.
- PAD menor a 90 mmHg y proteinuria estable.
- Perfil hepático y renal normal.
- Optimo desarrollo fetal, con liquido amniótico adecuado.
- Prueba de bienestar fetal estable con vigilancia de órganos blandos.
- Alimentación hiperproteica y normal en sodio.
- Monitoreo fetal diario.
- Evaluar signos como cefalea, náuseas, vómitos o calambres.
- Reevaluación a las 72 horas.

3.2.2. Preeclampsia Severa

El manejo de la preeclampsia severa se resuelve de la siguiente manera:

- Administrar a chorro Cloruro de Sodio al 9%.
- Evaluación clínica y analítica del estado maternal y fetal.

- Colocar sonda Foley y pasar por interconsulta.
- Realizar la homeostasis hidroeléctrica y ecografía Doppler, además, evaluación de fondo de ojo.
- Tomografía para búsqueda de hematoma hepático, más electrocardiograma.
- Exámenes de laboratorio.
- Prevenir las convulsiones y controlar la hipertensión.
- Culminar con el embarazo. (3)

3.2.3. Eclampsia

En el diagnóstico de eclampsia se tiene que considerar las convulsiones tónico clónicas, esto puede suceder antes, durante o después del parto, la complicación más riesgosa es el coma. Considerar que el paciente cumpla con el siguiente protocolo:

- No dejar sola a la paciente y colocarla decúbito lateral de lado izquierdo.
- Realizar la reanimación y colocar Cloruro de sodio al 0.9% a chorro. Colocar vía con cloruro de sodio 0,9 % pasar 250 mililitros en una hora y continuar según estado de hidratación y diuresis.
- Hospitalizar y monitorizar el bienestar fetal, más la administración de sulfato de magnesio, Nifedipino vía oral o Fluidoterapia.
- Sulfato de Mg 20%: 6 gramos (3 ampollas) /70 mililitros de cloruro de sodio 9% en 20 min. Endovenoso.
- Reevaluar cada 4 horas, aumentando o disminuyendo la dosis según evolución.
- Optar por la cesárea.

TABLA 2

	Preclampsia		Eclampsia		Contraindicaciones	Antidoto
	Dosis de ataque	Dosis de mantenimiento	Dosis de ataque	Dosis de mantenimiento		
MgSO₄	2-4 g iv a pasar en 5-10 min	1.5 g/hora iv en perfusión continua	4-6 gr ev en 5-10 minutos	2 gr/hora en perfusión continua; si recurrencia de las convulsiones nuevo bolo de 2 g o aumentar el ritmo de la infusión.	Miastenia gravis Infarto de miocardio reciente Bloqueo cardiaco Afectación renal	Gluconato cálcico 1 g iv a pasar en 3-4 min (10 ml de gluconato cálcico al 10%)
Fenitoína	10-15 mg/kg iv lentamente	200 mg/8 hs iv o vo	15 mg/Kg iv a pasar en 1 hora	250-500 mg/12 h oral o iv	Porfiria aguda intermitente Bradicardia Alteraciones de la conducta	
Diazepam	10-20 mg iv en 5 min	Perfusión hasta un máx de 100 mg/24 h	40 mg iv	10 mg/h en perfusión continua	Glaucoma de ángulo cerrado Hipercapnia crónica grave Enf. musculares (miastenia gravis) EPOC Insuficiencia hepática	Flumazenilo 0,2-0,3 mg iv en 15 sg. si no respuesta admón. cada 60 sg 0,1 mg hasta máximo de 1 mg.

FUENTE: Esquema de Profilaxis y tratamiento de las convulsiones eclámpticas - 2016

3.2.4. Síndrome Hellp

El diagnóstico del Síndrome de Hellp se realiza al observar los siguientes signos y síntomas:

- Hemolisis y enzimas hepáticas elevadas.
- Presencia de esquistocitos y esferocitosis.
- Hemólisis: Frotis en sangre periférica anormal: Esquistocitos y Esferocitosis.
- Trombocitopenia

TABLA 3

Principales Criterios Diagnósticos para Síndrome HELLP	
Clase de HELLP	Clasificación de Mississippi
1	Plaquetas $\leq 50\ 000/\mu\text{L}$ TGO o TGP $\geq 70\ \text{UI/L}$ DHL $\geq 600\ \text{UI/L}$
2	Plaquetas $50\ 000/\mu\text{L}$ a $\leq 100\ 000/\mu\text{L}$ TGO o TGP $\geq 70\ \text{UI/L}$ DHL $\geq 600\ \text{UI/L}$
3	Plaquetas $100\ 000/\mu\text{L}$ a $\leq 150\ 000/\mu\text{L}$ TGO o TGP $\geq 40\ \text{UI/L}$ DHL $\geq 600\ \text{UI/L}$

FUENTE: Principales Criterios de Diagnóstico para Síndrome de HELLP -
Guía de práctica clínica basada en evidencias ESSALUD – 2016.

El cuadro clínico de las pacientes con Síndrome de Hellp se presenta con dolor en el epigastrio o en el hipocondrio derecho, además, proteinuria, cefalea, náuseas y vómitos.

Para el diagnóstico diferencial se tiene en cuenta:

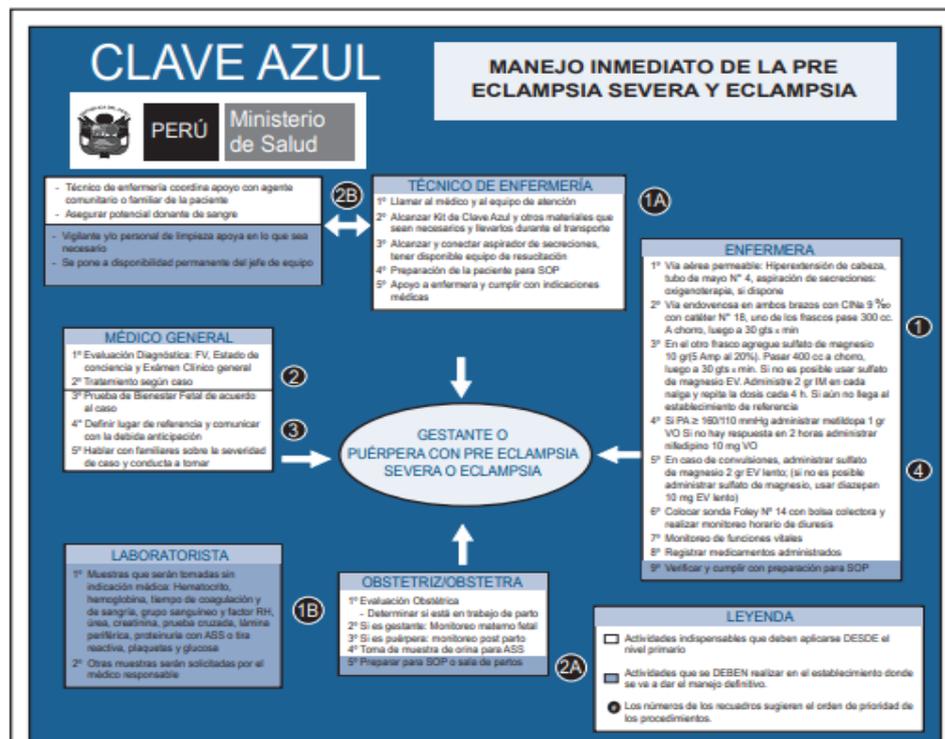
- Plaquetopenia y/o púrpura trombocitopénica idiopática.
- Esteatosis hepática y síndrome urémico hemolítico.

3.2.5. **Clave para la atención de emergencia obstétrica: Clave Azul:**

Esta clave azul fue utilizada por primera vez en San Martín, fue diseñada para el uso en el primer nivel de atención ante la sospecha de una emergencia obstétrica por hipertensión arterial en el embarazo, el protocolo establece los siguientes pasos:

- Seguir las indicaciones sugeridas en el cuadro blanco según establecimiento tipo FONP y/o FONB, mientras que las indicaciones del cuadro celeste se establecen como FONB.
- En los establecimientos que cuentan con médico, obstetra, enfermera, técnico de enfermería y técnicos de laboratorio; se cumplirán las tareas según lo indicado.

- En los establecimientos que no dispongan de todo el personal que considera el protocolo, deberán organizarse con el personal que cuentan, de tal manera que se cumplan todas las indicaciones.
- Los números que aparecen al costado de cada cuadro indican el orden de prioridad en el que deben realizar los procedimientos.
- En caso de los establecimientos que cuentan sólo con técnico, este deberá cumplir con lo indicado en 1, luego referir a la paciente.



Fuente: Guía técnica de manejo estandarizado de las enfermedades obstétricas y neonatales.

KIT DE CLAVE AZUL

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

**Fuente: Guía técnica de manejo estandarizado de las enfermedades
obstétricas y neonatales.**

4. CONTENIDO

4.1. Capítulo I: Desarrollo De Caso Clínico

Ingreso A Emergencia

N° de historia clínica	76621368
Nombres y apellidos	Tapullima Tuanama Eva Luz
Edad	22
DNI	76621368
Ocupación	Estudiante
Estudios	Secundaria completa
Estado civil	Conviviente

4.1.1. Antecedentes Gineco Obstétricos

Menarquia:	14 años
Régimen catamenial:	3/28 +/- 7
Inicio de relaciones sexuales (IR):	16 años
Número de parejas sexuales:	02 parejas
Anticonceptivos:	inyectable mensual
Gestas:	00
Abortos:	00
Partos vaginales	00
Recién nacido peso:	Ninguno

Fecha de última menstruación (FUM):	13/11/2021
Fecha probable de parto:	20/08/2022
Ecografía de primer trimestre	No tiene.
Edad gestacional:	37ss 4/7 x FUR
Número de controles prenatales:	07

4.1.2. Antecedentes Personales

Patológicos:	Ninguno
Quirúrgicos:	Ninguno
Alérgicos:	Niega
OTROS	
Hospitalizaciones previas:	Niega
Transfusiones previas:	Niega

4.1.3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Mamá	Viva, aparentemente sana.
Papá	Vivo, aparentemente sana.

4.2. Capítulo II: Enfermedad Actual

- Gestante acude a emergencia por presentar Presión Arterial Elevada y cefalea de moderada intensidad, escotomas y edemas, refiere contracciones uterinas que se fue incrementando por lo que acude al nosocomio, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, refiere percibir movimientos fetales.

- Es evaluada y se decide su ingreso a hospitalización y posible preparación para SOP en vista a su presión arterial elevada y a espera de resultados de laboratorio.

4.3. Capítulo III: Examen Clínico General

4.3.1. Signos Vitales:

Presión arterial:	160/110
Frecuencia cardiaca:	71x'
Frecuencia respiratoria:	22x'
Temperatura:	36,5°C

4.3.2. Antropometría:

Peso:	75 kg
Talla:	: 1.60 cm

4.3.3. Anamnesis:

- Paciente acude a emergencia por presentar cefalea, escotomas, edemas en MMII de +/- 3 días.
- Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal.
- Presión arterial en los rangos normales en CPN.

4.4. Capítulo IV: Evaluación General

General:	Paciente en decúbito activo, en aparente regular estado general, en regular estado de nutrición e hidratación, con vía periférica permeable en antebrazo izquierdo.
----------	---

CABEZA Y CUELLO:	
Cabeza:	Normocráneo, normocéfalo, sin lesiones en cuero cabelludo.
Cuello:	Simétrico, cilíndrico, sin adenopatías, sin lesiones.
TÓRAX Y MAMAS	
Tórax:	simétrico, normoexpansible, sin lesiones.
Mamas:	Simétricas, blandas, no dolorosas, secreción láctea.
Pulmones:	I: Movimiento respiratorio conservado, no tirajes. P: Amplexación y amplexión conservado. P: Sonoridad pulmonar conservada. A: Murmullo vesicular pasa bien en ACP.
Cardiovascular:	I: No se evidencia choque de puntas. P: No se palpa el choque de puntas. P: Matidez relativa cardíaca conservada. A: RCR de buen tono e intensidad, no soplos.
Abdomen:	Útero grávido ocupado por feto único AU: 30 cm. SPP: LCD MF: ++/+++ LCF: 148 – 134 lpm.
Tacto rectal:	Diferido

Genitourinario:	PPL D (-) PRU D (-) PPL I (-) PRU I (-)
EXAMEN GINECOLÓGICO	
Tacto vaginal:	D: 0 cm. I: 0% AP: -4 MO: Íntegras, no se evidencia sangrado vaginal, no pérdida de líquido
Extremidades:	Rot (+), movimientos articulatorios conservados, tono y fuerza muscular conservada.
Exámenes neurológicos:	LOTEP. EG 15/15

- Diagnósticos Definitivos

- THE Preeclampsia con signos de severidad.
- No trabajo de Parto.
- Primigesta 37 ss. 4/7 x FUR.

4.5 Capítulo V: Exámenes Auxiliares:

INDICADORES	RESULTADOS
Glucosa	89.7
Urea	26.8
Creatinina	0.82
Ácido Úrico	5.30
Bilirrubina total	0.21
Bilirrubina directa	0.07
Bilirrubina indirecta	0.14
Proteínas totales	6.86

TGO AST		21.5
TGP AST		14.2
Lactato deshidrogenasa		446.9
Examen completo de orina	color	Amarillo
	pH	7
	Densidad	1015
	proteínas	+++
	Células epiteliales	20-25 x Campo
	leucocitos	1-3 x Campo
	hematíes	0-2 x Campo
	gérmenes	+
Hemograma completo	Hb	12.2
	Hto	37
	Plaquetas	123.000
	Leucocitos	10.500
	Abastionados	--
	segmentados	73
	Basófilos	--
	eosinófilos	--
	monocitos	02
	linfocitos	25
Tiempo de coagulación (TC)		7 min.

Tiempo de sangría (TS)	3 seg.
Tiempo de protrombina	11.5 seg.
INR	1.02
Tiempo de tromboplastina	23.6
Fibrinógeno	2.71 g/l
Proteína en orina de 24 horas	3329.75 mg/24 hrs.
Orina de 24 horas	4.75 L/24 hrs.

Tratamiento Médico

<ol style="list-style-type: none"> 1. NPO 2. NaCl 9% 1000 cc (Doble vía) 3. Sulfato de Magnesio 5 ampollas 4. NaCl 9% 1000 cc (volutrol) En 100cc pasar 4 gr en goteo rápido luego 1 gr por hora. 5. Sonda Foley permeable. 6. Ceftriaxona 1 gr EV pre SOP. 7. CFV+OSA 8. Ex Lab/ Batería de preeclampsia. 9. Programar sala. 10. Ranitidina 1 ampolla pre SOP. 11. Metoclopramida 1 ampolla pre SOP.
--

Manejo y tratamiento de preeclampsia

- Hospitalizar a la paciente para observación y monitoreo

- Aplicar cloruro de sodio al 9% con catéter 18, y evaluar clínicamente a la madre y el feto.
- Colocación de sonda Foley y llevar a interconsulta por UCI, Neonatología y otros servicios que corresponda. Colocar sonda Foley con bolsa colectora.
- Establecer la homeostasis hídrica y realizar electrocardiograma.
- Solicitar exámenes de laboratorio según corresponda.

Caso Clínico

Gestante de 22 años de iniciales T.T.E.L. procedente de Chilca acude a emergencia por presentar cefalea de moderada intensidad, escotomas, edemas en MMII +/- 3 días, refiere percibir contracciones uterinas, niega sangrado vaginal, pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Funciones vitales: Peso: 75 kg Talla: 1.60 m. FC: 71x T°: 36.5°C PA: 160/110
FR:22 x

Presenta los diagnósticos de:

- THE Preeclampsia con signos de severidad.
- No trabajo de Parto.
- Primigesta 37 ss. 4/7 x FUR.

Paciente despierto apertura ocular espontánea, Glasgow 15/15, se encuentra ventilando espontáneamente, Paciente en decúbito activo, en aparente regular estado general, en regular estado de nutrición e hidratación, con vía periférica permeable en antebrazo izquierdo. Se solicita exámenes de laboratorio, examen de orina y hemograma completo.

A la reevaluación:

Paciente continúa con PA:160/110 exámenes de laboratorio DHL:446.9 ácido sulfosalicílico: 70.10 mg/dl E.C.O: proteínas 3(+) Hb. 12.2 Plaquetas: 123.000. Se prepara al paciente para SOP, dosis de ataque con sulfato de magnesio, y continuar con dosis de mantenimiento.

PLAN MANEJO POST PARTO INMEDIATO - MEDIATO

Paciente de 22 años con diagnóstico:

- Puérpera inmediata de parto distócico.
- PO de cesárea por preeclampsia severa.

Indicaciones post SOP

- NPO X 6 horas
- Cloruro de sodio al 0.9% + oxitocina 30 UI.
- Metamizol 2 gr. c/8h EV.
- Tramadol am 50 mg PRN dolor SC.
- CFV + OSA
- Retiro de sonda Foley si diuresis es mayor a 600 cc.
- Higiene personal
- Comunicar eventualidad
- Pasa a UTHE
- Nifedipino 10 mg PRN a PA mayor o igual 160/110
- Nifedipino 10 mg C/8h VO
- Sulfato de Magnesio + ClNa 9% en volutrol (10 cc por hora).
- Vigilar signos de alarma.

Al momento paciente refiere dolor a nivel de herida operatoria, sensación de escalofríos, no tiene registro de temperatura en hoja de temperatura de Unidad de Recuperación Post Anestesia (URPA), niega signos premonitorios para eclampsia.

Al examen: LOTEPE, AREG, AREN.

Funciones vitales: PA: 168/97 mmHg P:122x' R: 23x' SatO2: 93%

Piel: caliente, húmeda elástica, ligera palidez, llenado capilar < 2

Mamas: Semiturgentes, No secretantes,

Abdomen: B/d a la palpación, útero contraído 14 cm. Herida operatoria cubierta con apósito limpio.

Genitales urinarios: sonda Foley permeable, orina colúrica en bolsa colectora (400cc), se evalúan loquios escasos.

Extremidades: MMII edema (++)

04/08/2022 00:35

Se evalúa paciente en Unidad de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (UTHE)

PA: 154/84 P: 144x T°: 38.6°C FR: 20x

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega otras molestias, diuresis 10 cc en 30 minutos

Al examen: refiere leve cefaleas, piel y mamas, hidratadas, abdomen b/d herida operatoria de bordes afrontados, apósito seco, útero contraído, loquios normales.

Plaquetas: 123 Hb:12.2 creatinina: 0.82 DHL:446.9 U/L

- Puérpera inmediata de CSTP por preeclampsia severa
- Síndrome febril.
- Oliguria.

Indicaciones:

- NPO
- Metamizol 1gr EV STAT.
- Furosemida 20 mg c/8h EV.
- Bajar temperatura con medios físicos y control de diuresis.
- De persistir oliguria suspender sulfato de magnesio

04/08/2022 00:35

Paciente refiere dolor en herida operatoria, niega síntomas premonitorios de eclampsia.

Paciente en AREG, AREN, LOTEPE, ventilando espontáneamente con vía periférica permeable, con monitor de funciones vitales y bomba de perfusión al examen físico: piel: T/H/E llenado capilar < 2 seg, respiratorio: pasa murmullo vesicular pasa bien ACP, cardiovascular: RCP de buen tono, no soplos, abdomen: B/D RHA +++ herida operatoria cubierto con apósito limpio y seco, doloroso a la palpación profunda. Ginecológico: loquios hemáticos escasos sin mal olor, extremidades edemas hasta altura de las rodillas. Exámenes de laboratorio: Hb: 12.5 plaquetas:123.000. TGO: 54.2 TGP: 25.4 DHL: 851.9

Paciente hemodinámica mente estable con funciones vitales estables con diuresis adecuada y en tratamiento con antihipertensivos. Con diagnóstico:

- Puérpera inmediata de parto distócico, cesárea.
- Post operada de cesárea por preeclampsia severa
- Preeclampsia severa en remisión.

05/08/2022 8:00

Al examen: LOTEP AREG, AREN con funciones vitales PA: 133/81 mmHg P: 84x´
T: 37.1°C R: 20 x´ SpO2: 94%, con funciones biológicas, orina en sonda Foley en resto conservados

Piel y mucosas: húmedas tibias, con leve palidez.

Mamas: blandas simétricas con secreción de calostro.

Abdomen: blando depresible. Doloroso a la palpación, útero contraído AU: 15cm, herida operatoria cubierta con apósito limpio y seco.

Genitales externos: con loquios hemáticos en poca cantidad, sin mal olor.

Miembros inferiores: edemas (+), varices (-)

Ingiere alimentos y tolera dieta, paciente con cefalea de moderada intensidad, niega otras molestias.

- Post operada de 2 día de CSTP por preeclamsia.

Indicaciones:

- DC + LAV
- NaCl 9% 1000cc v.s.
- Nifedipino 20 mg VO c/8h
- Metildopa 250 mg VO c/8h
- Nifedipino 10 mg VO si PA >160/120
- Paracetamol 1gr c/8h VO
- Diclofenaco 75mg IM PRN dolor.
- S/s hemograma control
- Reevaluación con resultados.
- CFV+OSA
- I/C cardiología.

11/08/2022 10:00

Servicio de cardiología: paciente mujer de 22 años con diagnóstico

- Postoperada de CSTP por preeclampsia severa
- Puérpera mediata.
- Anemia moderada.

Al examen físico: AREG, AREN, LOTEP

Cardiovascular: RCP buen tono, no soplos

COMENTARIO: paciente al momento con PA dentro de parámetros normales.

PLAN:

- Losartan 50 mg VO c/12h
- Amlodipino 5 mg VO c/24h
- Retirar vía.
- Control en 15 días.
- Metildopa, suspender.

6. PLAN DE CONTROL DE MANTENIMIENTO

12/08/2022 09:00

Puérpera de 22 años refiere no presentar molestias al momento de la evaluación, niega signos de alarma para eclampsia.

Paciente en AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente.

Al examen físico:

Piel y mucosas: tibia, elástica, hidratadas, llenado capilar <2 seg.

Mamas: simétricas, no dolorosas, secretantes de leche.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien ACP.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (++), útero contraído, herida operatoria limpia, seca, afrontada, sin signo de flogosis.

Ginecológico: loquios hemáticos escasos, sin mal olor

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

Paciente hemodinámica mente estable, afebril, con los siguientes diagnósticos:

- Post operada de noveno día de cesárea segmentaria transversa `primaria (CSTP) por preeclampsia severa
- Puérpera inmediata de parto distócico.
- Anemia moderada.

Alta con indicaciones.

- Seguimiento por telemedicina.
- Control en su centro de salud

Indicaciones médicas:

- Alta con indicaciones.

- Losartan 50 mg VO c/12h
- Amlodipino 5 mg VO c/24h
- Control en 15 días por cardiología.
- Se orientan signos de alarma.

7. DISCUSIONES

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un problema de salud pública que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materno fetal, antes, durante y después del parto. Para su monitoreo y control requiere de un trabajo multidisciplinario y los distintos agentes de la salud. Brice Moncloa, hace referencia a la primera causa de mortalidad materna, fetal y neonatal, en países desarrollados y tercera, en los países en vías de desarrollo. Por lo cual, es necesaria la acción oportuna, efectiva y en conjunto. Según el protocolo del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Huancayo. (Guevara E, 2014).

Las diferentes teorías respecto al manejo de la preeclampsia en los países subdesarrollados, elevan las tasas de morbilidad y mortalidad materna neonatal, los resultados obtenidos en el presente trabajo guardan relación con lo estudiado por Perez, quien encontró que existe un mayor riesgo de sufrir preeclampsia grave en gestantes con 31 a 35 años de edad. Para el manejo y tratamiento adecuado en las gestantes se tiene que realizar mediante un diagnóstico certero de preeclampsia, para lo cual es importante tener en cuenta las Normas Técnicas Peruanas establecidas por el Ministerio de Salud, la cual indica la administración de cloruro de sodio al 9%, control de la diuresis durante 24 horas, es preferible utilizar la sonda Foley y bolsa colectora, es importante que en todo momento monitorear la presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno. En los casos en que el síndrome evolucione se tiene que administrar sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones, y de ser necesario establecer una junta

medica para tomar la mejor acción antes de los daños en la madre o feto. (Guevara E, Perez C, De la Peña W, 2019)

En cuanto al estudio presentado por Jiménez donde menciona sobre el curetaje como tratamiento de apoyo en la reducción de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y la preeclamsia este tuvo como resultado que la preeclamsia disminuye de forma considerable la presión arterial por lo que es una sugerencia considerable, ya que en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen nos basamos a uso de la norma técnica y se realizan procedimientos de acuerdo a ello, en el presente caso clínico se realizó la extracción manual de placenta (Jiménez J, México 2017).

8. CONCLUSIONES

El manejo de la gestante con preeclampsia, se detectó a tiempo mediante los signos y síntomas presentados, con una presión arterial si se encuentra por encima de 160/105-110 mmHg y los signos premonitorios que se encuentren se debe dar alerta en una gestante que acude al área de emergencia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo.

La característica de la atención a la paciente con preeclampsia presentó como factor la nuliparidad, y se podría considerar a la vez la edad materna, y esta al parecer no fue lo suficientemente considerado para el personal de salud, durante la estadía de la paciente en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo.

La preeclampsia se caracteriza por ser una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. La progresión de la preeclampsia a eclampsia y/o síndrome de HELLP, en la mayoría presentan síntomas como presión arterial elevado, acompañado de cefalea escotomas y otros síntomas que presente la paciente, a su vez se pudo comprobar con los exámenes de laboratorio la presencia de elevación de transaminasas y Proteinuria. El manejo principal que se dio fue activar el uso de la clave azul, usar la dosis de ataque y dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio, que nos ayuda con ello a prevenir la eclampsia y a su vez disminuir la mortalidad materna que es producida por ello.

9. RECOMENDACIONES

Al personal de salud hacer un correcto llenado de la historia clínica de todos los síntomas que nos manifieste la paciente, y evaluando siempre los signos que como personal de salud podamos encontrar y sean de suma importancia.

Se recomienda al personal de salud que no debe dejar de tomar en cuenta ningún factor de riesgo por mínimo que le parezca ya que puede ser de mucha ayuda para poder prevenir complicaciones.

EL Hospital Regional Docente Materno Infantil EL Carmen tiene que estandarizar la detección, diagnóstico, manejo y seguimiento de las pacientes según la guía y protocolo de manejo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (preeclampsia - eclampsia), planteado por los médicos y especialistas del área de Gineco – Obstetricia, ya que pudo haber complicaciones de intoxicación por sulfato de magnesio, o una posible ruptura hepática, para lo cual deben tomar en cuenta la guía de protocolo.

Los Médicos y Obstetras especialistas en Enfermedades Hipertensivas del Embarazo deben brindar, Capacitaciones y evaluaciones, constantes al personal del área de Gineco – Obstetricia, pero sobre todo al personal que está en el área de Unidad de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (UTHE).

El director del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Huancayo, debe priorizar las atenciones por referencia que mencionen a una enfermedad hipertensiva del embarazo y de esta forma tenga un adecuado fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia y el involucramiento del personal de salud y la comunidad para Informar y educar a la madre sobre su prevención, evolución y manejo de esta enfermedad.

Este trabajo tiene como fin contribuir en diversas investigaciones que tengan la iniciativa de ver si el protocolo y Manejo que tiene en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo con respecto a la preeclampsia tiene resultados favorables para esta enfermedad. Por lo que el llenado correcto de una Historia clínica es fundamental para garantizar una adecuada atención durante el parto, postparto, y puerperio, por profesionales calificados para prevenir, tratar las convulsiones y futuras complicaciones

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langunes A, Ríos B. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2016.; Vol. 49.
2. Guevara E, Perez C, De la peña W. Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú. [Online].; 2019 [cited 2021. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a20v80n2.pdf>
3. MINSA. Manejo Estandarizado De Las Emergencias Obstétricas Y Neonatales. Perú, 2010. [Online].; [cited 2010. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf
4. Chavez A. Factores de riesgo en preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo de enero a diciembre del 2016. Tesis. Universidad Nacional del Centro del Peru, Junin; 2017.
5. Huertas E. Manejo Clínico de la Preeclampsia - Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2006. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A08V52N4.pdf
6. OMS (Organismo Mundial de Salud). Informe del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas. [Online].; 2017. Available from: [New York : Recuperado de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/.](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/)
7. Camacho LBM. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Revista Científica Ciencia Médica. 2015.
8. Guevara ESL. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014.

9. Altamirano F. Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el hospital belén de Trujillo Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el hospital belén de Trujillo, 2012- 2016. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
10. Donoso B. Reconocimiento y manejo del Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) y sus complicaciones en Atención Primaria. Universidad Católica de Chile; 2012. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/reconocimiento-y-manejo-del-sindrome-hipertensivo-del-embarazo-she-y-sus-complicaciones-en-atencion-primaria/>
11. Martínez R, Augusto C. Hipertensión/preeclampsia posparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017; Vol. 82.
12. Camacho L, Berzaín M. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Revista Científica Ciencia Médica. Cochabamba, Bolivia 2017; vol.18.
13. Vargas HAGMM. La preeclampsia es un problema de salud pública mundial. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online].; 2017. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262012000600013&lng=es&nrm=iso.
14. Bryce A, Alegria E, Valenzuela G. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018; vol.64.
15. Yanque Robles o. Nueva definición de hipertensión arterial, ¿estamos listos? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2018. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100018&lng=es.

16. Guzmán M. Perfil Clínico Y Laboratorial De Las Pacientes Gestantes Con Preeclampsia Atendidas En El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Durante Octubre 2014 – Octubre 2015. Tesis. Universidad Ricardo Palma., Lima.; 2016.
17. Romo O. “Características Clínico Epidemiológicas De La Preeclampsia En El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015 – 2016”. Tesis. Universidad Nacional Del Centro del Perú., Junín.; 2017.
18. Quispe D. “Determinación de los Factores de Riesgo Asociados a la Preeclampsia en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja - Enero a Diciembre del 2015”. Tesis. Universidad Nacional Del Centro del Perú, Junín.; 2016.
19. Pacheco J. Disfunción endotelial en la preeclampsia. [Online].; 2003. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n1/a07v64n1.pdf>.
20. Cuningham FLKBS. Williams Obstetricia. 24th ed.: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A.; 2015.
21. Vega TA. Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. 2018;; p. vol.15 no.3.
22. Caiza S. Complicaciones materno fetales asociadas a la preeclampsia atendidas en el Hospital José María Velazco Ibarra – Tena, en el periodo. Ecuador : Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. [Online].; 2014. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1901>.
23. Amaguaya ACM. “Síndromes Hipertensivos Que Complican El Embarazo, En Pacientes Ingresadas En El Área De Gineco-Obstetricia Del Hospital San Vicente De Paúl De La Ciudad De Ibarra En El Período Enero 2012 – Agosto 2012.” Tesis. Universidad Central Del Ecuador; 2012.

24. Flores, Y. “Factores Predisponentes De Preeclampsia En Gestantes De Un Hospital Regional Materno Infantil De Huancayo – 2019.” Universidad Peruana Los Andes; Junín, 2019.
25. Cordova VL. “Factores de Riesgo Asociados a Preeclampsia En el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo – 2022.” Universidad Peruana Los Andes, Junín 2022.
26. Anicama PE. “Factores Maternos Que Influyen A La Aparición De Preeclampsia En Gestantes Adolescentes Y Añosas Atendidas En El Hospital Regional De Loreto, Enero A Diciembre Del 2017”. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana, Loreto 2018.
27. Kuo-Hu Ch, Koo-Min S, Li Ru Ch. Progression of gestacional hypertension to preeclampsia: a cohort study of 20103 pregnancies. *Pregnancy Hypertens.* 2017.
28. Jiménez J, Horta CP, Saavedra HA, Morán J. “Curetaje como tratamiento de apoyo en la reducción de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y la preeclampsia”, México, 2017.
29. Viguiliouk E, Parque A, Berger H, Geary MP, G Ray J. “Un Método Clínico Simple Para Identificar A Las Mujeres Con Mayor Riesgo De Preeclampsia”. Toronto, 2017.
30. Carhuaricra IG. Hinostroza JL (30). “Complicaciones Materno Neonatales en gestantes con preeclampsia atendidas en el hospital El Carmen – Huancayo 2018”. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco, 2022.
31. Córdova VP. “Factores De Riesgo Asociados Al Manejo de Preeclampsia En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2021”. Universidad Peruana Los Andes, Huancayo, 2022.

32. Pacheco J. La preeclampsia: un problema intrincado. Diagnóstico. 2015.
Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n4/a6.pdf>.
33. Vázquez J. prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021596/prevalencia-de-preeclampsia-en-embarazadas-en-el-servicio-de-g_rJ6BEgR.pdf
34. Anaya E. Manejo de la Preeclampsia en el Hospital de Apoyo de Cangallo; 2019
disponible en:
<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5559479d-77b7-4957-a2e1-74cfc570685f/content>

10. ANEXOS

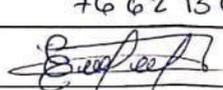
Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: Universidad Peruana Los Andes
INVESTIGADOR: Vanessa Lizeth Leon Socualaya
PROYECTO: Manejo Clínico De La Preeclampsia En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo – 2022.

Por medio de este documento hago constar que acepto voluntariamente la participación en la investigación titulada Manejo Clínico De La Preeclampsia En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo – 2022. A cargo del bachiller Vanessa Lizeth Leon Socualaya de la Universidad Peruana Los Andes - Huancayo. Se me ha explicado que el propósito del estudio el cual es de Determinar cómo se da el manejo clínico de la preeclampsia Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2022. Que para su efecto revisara mi historia clínica, para poder recolectar la información necesaria para el estudio. Comprendo perfectamente que el propósito de la investigación es simplemente con fines académicos. Se me ha explicado que no comprometen ningún riesgo porque es una encuesta y no hay intervención alguna. El personal que realizara el estudio es un personal calificado. Firmo el documento como prueba de mi aceptación recibiendo previamente la información y objetivo del trabajo, además la información obtenida, se manipulará con confidencialidad y solo con fines científicos que en ningún caso será publicado el nombre o identificación. Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar al 972793285.

Apellidos y nombres:	Luz Tapullima Tuanama,	
DNI:	76 62 13 68	
Firma:		
Fecha:	07 - 03 - 2023	Huella digital

Compromiso de confidencialidad.



DECLARACION DE CONFIDENCIABILIDAD

Yo, Vanessa Lizeth Leon Socualaya, identificado con DNI N 48168586, domiciliado en Jr. Ricardo Palma 820 - El Tambo, bachiller en Obstetricia De La Facultad Ciencias De La Salud, de la Universidad Peruana Los Andes, vengo implementando el proyecto titulado "Manejo Clínico De La Preeclampsia En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo – 2022", en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad del o la participante serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación basado en los artículos 6 y 7 del reglamento del comité de ética de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 09 de marzo del 2023



VANESSA LIZETH LEON SOCUALAYA
DNI N° 48168586
CODIGO: A90523I
CELULAR: 972793285

Compromiso de autoría.



COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo, Vanessa Lizeth León Socualaya, identificado con DNI N 48168586, domiciliado en Jr. Ricardo Palma 820 - El Tambo, bachiller en Obstetricia De La Facultad Ciencias De La Salud, de la Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada "Manejo Clínico De La Preeclampsia En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo – 2022", se ha considerado datos falsos, falsificación, plagio, autoplagio, etc. Y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 09 de marzo del 2023



VANESSA LIZETH LEON SOCUALAYA
DNI N° 48168586
CODIGO: A90523I
CELULAR: 972793285

Solicitud para revisar historia clínica.



FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITE

1. **SUMILLA** autorización para desarrollar
trabajo de investigación

SEÑOR DIRECTORE DEL HOSPITAL "EL CARMEN":

2. **SOLICITANTE**

LEON Soculaya Vanessa Lizeth.
Apellidos y Nombres

Bachiller en obstetricia.

Cargo, Profesión, Oficina u Otro

4816 8586

N° D.N.I. ó L.E.

Jr. Ricardo Palma 820 - El Tambo

DOMICILIO

3. **SOLICITA**

Autorización para desarrollar trabajo de investigación de nombre
"Manejo clínico de la preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno
Infantil - El Carmen - Huancayo - 2022", para trabajo de suficiencia profesional.

4. **ADJUNTA** (FOLIOS: 51)

Recibo de pago

Copia de proyecto de investigación

5. 07 - 03 - 2023

FECHA

FIRMA

N° DE EXPEDIENTE: _____ **FECHA** _____

FOLIOS: _____

Pago por revisión de historia clínica.



HOSPITAL EL CARMEN
 Jr. Puno N° 911 - Telf.: 237515
 Huancayo - Huancayo - Junin

R.U.C. 20146536787
BOLETA DE VENTA ELECTRONICA
 N° 001-147767

FEC. EMISIÓN: 07/03/2023 hr: 12:15:02
 SEÑORES : LEON SDCALAYA - VANESSA
 DIRECCION: MEDICINA GENERAL

SERVICIO: MEDICINA GENERAL
 CTA. CTE.: ELIZETH
 TIPO: CONSULTA EXT.

POR LO SIGUIENTE:

	DEBE:
1 REVISION DE HISTORIA CLINICA PARA DEBARROLLO	50.00
1 FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)	3.00
	MONTO TOTAL S/ 53.00
TOTAL A PAGAR:	53.00

ATENDIDO POR: I.M.G. **ADQUIRENTE O USUARIO**
 Representación Impresa de la Boleta de Venta Electrónica, puede consultar su Comprobante en la web: www.hospitalelcarmen.gob.pe

Aprobación de revisión de historia clínica.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUN.
 HOSPITAL EL CARMEN - HUANCAYO

PROVEÍDO N° _____
 PASE A UNIDAD DE HISTORIAS
 PARA SU ATENCION

Huancayo, 07 de MAYO de 2023


 Bach. Ing. José Darwin Valerio Aldana
 JEFE DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Revisión de historia clínica.

