



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

COMPLICACIONES DE PREECLAMPSIA SEVERA ASOCIADA A

MUERTE MATERNA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE I Y

III NIVEL, DISTRITO DE CHORRILLOS 2017

PRESENTADO POR

LIC. JOHIFFI MARJORIE CAMACHO PARAGUAY

ASESOR

DRA. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILLOT

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO

RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA – PERÚ

2026



00047-2026

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

La que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias, certifica que el: Trabajo de Investigación (___) / Tesis (___) / Trabajo de Suficiencia Profesional (___) / Trabajo Académico (X), titulado: **COMPLICACIONES DE PREECLAMPSIA SEVERA ASOCIADA A MUERTE MATERNA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE I Y III NIVEL, DISTRITO DE CHORRILLOS 2017**, presentado por la aspirante: **CAMACHO PARAGUAY, Johiffi Marjorie**, para obtener el: Grado Académico (___) / Título Profesional (___) / Título de Segunda Especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, asesorada por la Mgr. Elizabeth Eni Yalan Leal de Michilot, designada con Resolución Directoral Nº 1825-2019-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN obteniendo un porcentaje del **23%**, el cual se encuentra dentro de los parámetros **PERMITIDOS** por la Universidad José Carlos Mariátegui, de conformidad a la normativa interna, considerándolo apto para su publicación en el Repositorio Institucional.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Moquegua, 12 de Enero de 2026



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
FACULTAD DE CIENCIAS

.....
Dra. KATERIN BARRERA APAZA
JEFA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADOS	<i>ii</i>
DEDICATORIA	<i>iii</i>
AGRADECIMIENTO	<i>iii</i>
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	<i>iv</i>
RESUMEN.....	<i>ii</i>
CAPÍTULO I	6
1.1. Descripción del Problema	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	27
2.1. Objetivos	27
2.2. Sucesos relevantes -historia clínica.....	28
2.3. Discusión.....	44
2.4. Conclusiones	47
2.5. Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1: Clasificación según Severidad del Cuadro Clínico.	12
Tabla 2: Fármacos Antihipertensivos de primera línea.....	21
Tabla 3: Evolución de los análisis de laboratorio realizados a la paciente.	43

RESUMEN

En el actual escrito académico del acontecimiento del caso se explica la conducción efectuada en una institución de salud de un nivel de atención primario y terciario, de una tercigesta con 36 semanas de embarazo, edad 30 años, que vive en Chorrillos, de nacionalidad Venezolana, quien asiste a una institución de salud de nivel primario por emergencia mencionando dolor abdominal y posteriormente cefalea, recibiendo tratamiento por presentar pre eclampsia severa y siendo transferida a hospital de tercer nivel de atención con dicho diagnóstico. En cuyo establecimiento de tercer nivel es intervenida (cesárea y craneotomía); presentando complicaciones Síndrome HELLP, accidente cerebro vascular (ACV) hemorrágico, muerte cerebral, con desenlace de muerte materna. Determinando las complicaciones y conducción de un evento de preeclampsia severa asociada con fallecimiento materno en un establecimiento de salud con atención en un 1er. y 3er. nivel.

Palabras Clave: *Preeclampsia severa, síndrome de HELLP, accidente cerebro vascular, muerte materna.*

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

La preeclampsia se define hoy en día como una condición hipertensiva que afecta múltiples sistemas, complicando alrededor del 10% de los embarazos globalmente y constituyendo una de las principales causas de enfermedad y muerte tanto materna como perinatal. (1)

Las causas de mortalidad materna en América Latina y el Caribe son predominantemente las complicaciones hipertensivas durante el embarazo. En esta región, una de cada cuatro muertes maternas es atribuible a esta condición. (2)

La preeclampsia es una complicación que ocurre durante el embarazo, caracterizada por una inadecuada formación de la placenta, lo que da lugar a

isquemia en el feto y afecta a varios órganos de la madre. Se han identificado múltiples factores de riesgo asociados con el desarrollo de la preeclampsia. Además, las mujeres que sufren de preeclampsia en un embarazo tienen un riesgo aumentado de experimentar en el futuro hipertensión, diabetes y problemas cardiovasculares. (3)

Un problema grave, conocido como síndrome HELLP, se caracteriza por hemólisis, baja cantidad de plaquetas y aumento de las enzimas del hígado. Su diagnóstico en las etapas iniciales es complicado, y aún existen debates sobre su diagnóstico, fisiopatología, tratamiento y pronóstico. (2)

El tratamiento de la preeclampsia severa y del síndrome HELLP se ha centrado en el manejo de la hipertensión, la prevención de convulsiones y el parto del bebé. Este tratamiento parece estar vinculado a la preeclampsia y la eclampsia, y típicamente aparece como un problema relacionado con uno de estos dos estados. (2)

1.2. Justificación

La preeclampsia y eclampsia representan el 10–15% de las defunciones maternas a nivel global. La generalidad de los decesos en los estados en desarrollo son consecuencia de la eclampsia, mientras tanto en los países desarrollados resultan de las dificultades de pre eclampsia (síndrome HELLP, eclampsia, insuficiencia renal, edema pulmonar). El síndrome HELLP se presenta en 0.1% - 0.6% de todos embarazos y en 4% -12% de gestantes con pre eclampsia. El Síndrome HELLP generalmente ocurre entre la 27 semana de gestación y parto, o inmediatamente después del parto en 15% -30% de los casos. (1)

En nuestro país, la presión arterial alta relacionada con el embarazo está incluida entre las tres principales razones de fallecimiento materno (Ludmir 1995). En ese tiempo, la letalidad debida a preeclampsia significaba el 15,8% de todos los decesos maternos. La muerte materna debida a pre eclampsia ha sido 237/10 000 recién nacidos. Mientras que el Dr. Pacheco halló un 18,9% de muerte materna de los casos cuando se implicaba con eclampsia. (3)

1.3. Marco Teórico

Antecedentes internacionales

Ndoni E, Hoxhallari R, Bimbashi A. (2016) investigaron “Evaluación de complicaciones maternas en preeclampsia severa en un hospital universitario en Tirana”, con la finalidad de examinar las complicaciones significativas que se relacionan con preeclampsia y preeclampsia severa. Metodología: Estudio transversal retrospectivo realizado en el UHOG "Koço Gliozheni", en tirana. Resultados primarios: Muerte materna, eclampsia, accidente cerebrovascular, síndrome HELLP y edema pulmonar. Resultados secundarios: Insuficiencia renal, ingreso en UCI, cesárea, desprendimiento placentario y hemorragia posparto. Conclusión: La preeclampsia grave se relaciona con preeclampsia grave se relaciona con altos niveles de severidad en las madres. La identificación temprana y el tratamiento adecuado pueden evitar problemas potencialmente mortales y mejorar los resultados maternos. (1)

Mata, C. y Aguilar, N. (2010) en su estudio “Morbilidad Materna Extrema aguda por preeclampsia severa”, con el objetivo: Determinar si los incidentes de Morbilidad Materna Aguda Extrema en preeclampsia severa eran evitables o no, en

el Área Materno Infantil. Metodología: Se llevó a cabo un análisis descriptivo transversal, con una población de 128 mujeres embarazadas que cumplían con los criterios de preeclampsia severa. Resultado de los 128 casos, solo 13 casos presentaron morbilidad materna extrema (10.2%). La complicación más común fue el Síndrome de HELLP, ocurriendo en el 84.6% de los casos. La mayor cantidad de incidentes se observó en mujeres menores de 20 años, representando el 46.2%, y en aquellas que estaban en su primer embarazo, con un 61.5%. En conclusión, se determinó que los casos de preeclampsia severa que sufrían complicaciones eran efectivamente evitables. (5)

Pérez A. (2014) realizó tesis en Venezuela titulada Caracterización de mujeres con Síndrome de HELLP. Servicio de maternidad del hospital "Dr. Enrique Tejera" de enero a abril de 2014. Propósito: Examinar el Síndrome de HELLP en las pacientes que recibieron atención en el área de Maternidad. Metodología: Investigación descriptiva, de tipo longitudinal, prospectiva y no experimental. La población estudiada consistió en 30 pacientes diagnosticadas con Síndrome de HELLP. Entre los hallazgos, se observó que el 43.33% eran solteras, la edad promedio fue de 27 años, con un periodo gestacional a partir de 33 semanas, principalmente en primerizas, y el síntoma más común fue la cefalea asociada al edema, representando el 29.97%. Conclusiones: Las edades extremas, el bajo nivel educativo, la falta de atención previa al parto y la nuliparidad están relacionados con la aparición del Síndrome de HELLP. (6)

Antecedentes nacionales

Osorio, J. (2014) en su estudio “Factores de riesgo para desarrollo de síndrome HELLP, Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2010 al 2014”, objetivo: Identificar los factores de riesgo para desarrollar síndrome HELLP en gestantes pre eclámpicas severas. Metodología: Es un estudio observacional de tipo analítico que se llevó a cabo de manera retrospectiva y es de enfoque transversal.

Se realizó una comparación entre 76 mujeres embarazadas que padecieron de preeclampsia grave junto con el síndrome HELLP. (casos) con 76 mujeres con preeclampsia severa sin síndrome HELLP (controles). Conclusiones: El antecedente de síndrome HELLP y el antecedente de familiares con preeclampsia/HELLP incrementaron de forma relevante el peligro de desarrollar síndrome HELLP. (2)

Arroyo, C. (2018) investigó “Predictores de mortalidad en gestantes con síndrome de HELLP del Hospital Regional de Cajamarca, 2018”. Objetivo: determinar si la creatinina sérica elevada, el tiempo de protrombina prolongado, la bilirrubina total elevada, la anemia y la hipoalbuminemia podían predecir la mortalidad en embarazadas con síndrome HELLP. La metodología consistió en un estudio analítico, observacional y transversal. La población del estudio consistió en 110 embarazadas con diagnóstico de síndrome HELLP, divididas en dos grupos: 88 sobrevivientes y 22 fallecidas. Se concluyó que la creatinina sérica elevada, el tiempo de protrombina prolongado, la bilirrubina total elevada, la anemia y la hipoalbuminemia son pruebas que predicen fuertemente la mortalidad en embarazadas con síndrome HELLP. (7)

Cárdenas, A. (2015) en su investigación con el objetivo de determinar la morbilidad y mortalidad en pacientes con diagnóstico de síndrome HELLP en el

Hospital María Auxiliadora. La metodología empleada fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron 31 historias clínicas de pacientes con síndrome HELLP. Los resultados indicaron que el 64,5% de los pacientes tenían entre 20 y 34 años de edad, el 64,5% había completado la educación secundaria y el 74,2% eran cohabitantes. El Síndrome presentó una alta tasa de morbilidad materna (96.8%) siendo la anemia la principal complicación (64.5%), seguido del desprendimiento prematuro de placenta (19.4%), ascitis y síndrome del distrés respiratorio del adulto de igual porcentaje (16.1%). Un caso de muerte materna. En conclusión, el síndrome HELLP se asocia con una alta tasa de morbilidad materna, vinculada a anemia y desprendimiento placentario, mientras que la mortalidad materna se presentó en un bajo porcentaje. (8)

1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad

Preeclampsia

Definición

Síndrome multisistémico que se presenta clínicamente posterior a las 20 ss de embarazo; caracterizado por proteinuria, hipertensión y edema. (4)

Etiología

Esta en el origen de la placenta cuando durante el proceso de placentación, las células trofoblásticas no logran una invasión adecuada de la decidua materna ni la remodelación normal de las arterias espirales y así poder alcanzar la transformación necesaria para incrementar la circulación feto-placentaria. Ocasionando que la placenta no alcance un crecimiento y desarrollo adecuado presentando defectos en el árbol veloso. Se desarrolla un síndrome de inflamación endotelial y leucocitaria

de carácter sistémico, desencadenado por mediadores liberados desde una placenta isquémica, lo que favorece el aumento de endotelina y tromboxano, así como una mayor sensibilidad vascular a la angiotensina II, junto con la disminución en la producción de vasodilatadores como el óxido nítrico y las prostaciclina. Estas alteraciones condicionan un aumento de la resistencia vascular, promueven la agregación plaquetaria, activan la cascada de la coagulación y generan disfunción endotelial, dando lugar a las manifestaciones clínicas de la enfermedad. (9)

La velocimetría Doppler de la arteria umbilical constituye una herramienta fundamental en la evaluación del bienestar del feto. Por lo que se ha demostrado que la presencia de alteraciones en la flujometría Doppler de la arteria uterina durante el segundo trimestre de la gestación se asocia con un incremento de hasta seis veces en el riesgo de desarrollar preeclampsia. Asimismo, las alteraciones hemodinámicas de la arteria umbilical pueden preceder en aproximadamente cuatro semanas a la aparición de signos de hipoxia o acidosis fetal detectables mediante el control de la actividad cardíaca fetal. (10)

Diagnóstico

La preeclampsia es una entidad clínica de evolución dinámica, es por ello que el diagnóstico de preeclampsia leve se aplica únicamente en el momento de diagnosticarla, es una patología progresiva, aunque a diferente velocidad, siendo de proceso dinámico, la anamnesis es fundamental en el CPN. Se asocia con hipertensión arterial en mujeres embarazadas. No obstante, el diagnóstico no debe condicionarse exclusivamente a la presencia de hipertensión arterial y/o proteinuria, especialmente en gestantes con antecedentes personales o familiares de

preeclampsia o hipertensión arterial que presentan síntomas sugestivos como cefalea persistente, escotomas, tinnitus o dolor en hipocondrio derecho o región epigástrica. En estos casos, la sospecha clínica debe anticiparse a la instauración completa del cuadro, permitiendo una identificación temprana de la patología y una intervención oportuna.(11)

Tabla 1

Clasificación según Severidad del Cuadro Clínico

Clasificación	Presión Arterial Media	Características
Preeclampsia leve	PA igual o mayor 140/90 mm Hg. PAM mayor 106 mm Hg. PD igual o mayor 90 mmHg.	Aumento de 30 /15 mmHg de la presión basal (S/D). Proteinuria mayor de 0.3 grs.
Preeclampsia Severa	PA igual o mayor 160/110 mm Hg. PAM mayor 126 mm Hg. La presión arterial debe monitorearse en 2 o más tomas con un intervalo de 4-6 horas.	Proteinuria mayor o igual 2gr. /24hr. IRA (Creatinina mayor 1.2). Oliguria menor 400cc/24hr. Convulsión. Edema pulmonar agudo.

		<p>Edema Generalizado.</p> <p>Síndrome HELLP.</p> <p>Plaqueta menor de 100,000/UL.</p> <p>Signos premonitorios</p> <p>Restricción del crecimiento fetal.</p> <p>Abruptio placentae.</p> <p>Presentación precoz del trastorno.</p>
Eclampsia		Crisis convulsivas
Síndrome HELLP		asociadas a preeclampsia, posible coma
Hipertensión transitoria del embarazo	PA mayor o igual 140/90 mm Hg.	<p>Proteinuria negativa.</p> <p>Ocurre al final de la gestación.</p> <p>La PA se normaliza después del alumbramiento. Casi Nunca hay daño materno/feto.</p>

Nota. Esta tabla muestra las características clínicas de acuerdo con la clasificación de la patología hipertensiva. Según la Guía de Atención de Emergencias Obstétricas del Hospital María Auxiliadora.

Preeclampsia Severa

Definición

Es aquella caracterizada por cifras de presión arterial sistólica iguales o mayores a 160 mmHg y/o presión arterial diastólica iguales o mayores a 110 mmHg y/o con evidencia de daño de órgano blanco, (con o sin proteinuria). (12)

Criterios de severidad de la preeclampsia

La preeclampsia debe considerarse **de carácter severo** cuando se identifica al menos uno de los siguientes hallazgos clínicos o de laboratorio en la gestante: (12)

Hipertensión arterial severa, definida por cifras de presión arterial sistólica iguales o superiores a 160 mmHg y/o presión arterial diastólica iguales o superiores a 110 mmHg.

Compromiso de la función renal, evidenciado por valores de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dl o por la duplicación de los niveles basales de creatinina, en ausencia de enfermedad renal previa.

Afectación neurológica, manifestada por cefalea persistente, alteraciones visuales como escotomas, fotopsias, visión borrosa o diplopía, alteraciones auditivas como tinnitus y/o presencia de hiperreflexia.

Alteraciones hematológicas, caracterizadas por trombocitopenia con recuento plaquetario inferior a 100 000/mm³.

Daño hepático, reflejado por elevación de las enzimas hepáticas hasta el doble de los valores normales (≥ 70 UI/L) y/o dolor persistente en el cuadrante superior derecho o región epigástrica, que no cede con tratamiento convencional y no se atribuye a otra causa.

Compromiso respiratorio, evidenciado por la presencia de edema pulmonar. (12)

Manejo

Hospitalización y Estabilización Hemodinámica (4)

1. Hospitalizar y monitoreo fetal.
2. Pedir exámenes: Hematocrito, proteinuria cualitativa, deshidrogenasa láctica (DHL), transaminasas hepáticas (TGO/TGP) y creatinina sérica.
3. Asegurar acceso venoso periférico con Cl Na al 9‰. Suministrar 300-500 cc a goteo rápido; y vía central.
4. Colocar sonda Foley (control diuresis horaria).
5. Suministrar droga de elección para la profilaxis de convulsión
6. Administración de antihipertensivo: Indicar nifedipino por vía oral en dosis de 20 a 30 mg, con el objetivo de prevenir picos hipertensivos durante el periodo posparto.
7. Manejo de sobrecarga hídrica: En casos de edema marcado asociado a oliguria, considerar la transfusión de plasma fresco, administrando una unidad cada 6 a 8 horas, de acuerdo con la evaluación clínica y hemodinámica de la paciente.

8. Maduración pulmonar fetal: En gestantes con edad gestacional menor o igual a 34 semanas, indicar el uso de corticoides antenatales para favorecer la maduración pulmonar fetal.

9. Brindar información oportuna y comprensible a la paciente y a su familia acerca de los riesgos maternos y fetales, así como sobre la posible vía de culminación del embarazo.

10. Hacer saber al servicio de neonatología y anestesiología. (4)

En la terapéutica de la crisis hipertensiva el empleo de nifedipina de acción rápida por vía sublingual debe evitarse. Para evitar la disminución rápida de la PA, que debe reducirse progresivamente despacio mediante antihipertensivo VO. Ante una emergencia hipertensiva se prefiere emplear un antihipertensivo por vía parenteral. (13)

Complicaciones

La preeclampsia que cursa con criterios de severidad puede evolucionar hacia complicaciones maternas de mayor gravedad, entre ellas el edema pulmonar agudo, la insuficiencia renal, la encefalopatía hipertensiva asociada a hemorragia cerebral, el desprendimiento de retina, el desprendimiento prematuro de placenta, la formación de hematomas subcapsulares hepáticos o incluso la rotura hepática, así como el desarrollo del síndrome HELLP, ocasionando deceso materno y fetal o del neonato. (14)

Complicaciones Maternas (4)

1. Trastorno de coagulación sistémica o coagulación intravascular diseminada (CID)
2. Desprendimiento placentario antes del parto
3. Insuficiencia renal aguda

4. Ascitis severa
5. Derrame pleural
6. Edema pulmonar agudo
7. Alteración vascular retiniana
8. Hemorragia con hematoma subcapsular hepático

Complicaciones Fetales (4)

1. Restricción del crecimiento intrauterino grave
2. Hipoxia
3. Acidosis
4. Prematuridad
5. Muerte intrauterina del feto
6. Compromiso neurológico severo

Prevención de Convulsiones

El Sulfato de Magnesio constituye la droga de elección para la profilaxis de convulsiones.

Esquemas de Profilaxis de Convulsión. Presentación de Sulfato de magnesio (SO₄Mg). Al 20% en ampollas de 10 ml. (4)

Esquema de Pritchard (vía combinada endovenosa e intramuscular)

Dosis de Ataque: Administración de 4 g por vía endovenosa lenta, durante aproximadamente 10 minutos, asociada a 10 g por vía intramuscular, distribuidos en 5 g en cada región glútea.

Dosis de mantenimiento: Continuar con 5 g por vía intramuscular cada 4 horas, hasta completar las primeras 24 horas.

Esquema de Zuspan o Sibai. (vía endovenosa).

Dosis de ataque: Administración endovenosa de 4 a 6 g en bolo lento, durante 10 minutos.

Dosis de mantenimiento: Continuar con infusión endovenosa continua de 1 a 2 g por hora, durante las primeras 24 horas.

Ambos esquemas permiten alcanzar niveles adecuados de sulfato de magnesio para la profilaxis de convulsiones, siendo su elección dependiente del contexto clínico y de los recursos disponibles. (4)

Seguimiento. Es suficiente seguir el tratamiento con sulfato de magnesio debe ser monitorizado mediante la evaluación de los signos clínicos (control de Rf. Tendinosos profundos, F.R.16-18 x min., estado mental y diuresis > 30mL/h).

Los niveles elevados de magnesio pueden producir toxicidad progresiva, con manifestaciones clínicas. Valores superiores a 10 mEq/L pueden ocasionar la pérdida de los reflejos osteotendinosos profundos; concentraciones entre 12 y 15 mEq/L se relacionan con depresión respiratoria e incluso paro respiratorio; mientras que niveles cercanos a 25 mEq/L pueden desencadenar paro cardíaco. Ante la sospecha de toxicidad, la infusión debe suspenderse de forma inmediata, y en casos de intoxicación aguda se debe administrar gluconato de calcio al 10 % por vía endovenosa lenta como medida terapéutica. (4)

Manejo Antihipertensivo

El propósito es anticipar la aparición de trastorno hipertensivo en la gestante (Accidente Cerebro Vascular, Desprendimiento Prematuro de Placenta) y resguardar el flujo sanguíneo útero placentaria para brindar un adecuado aporte de oxígeno al feto. (No disminuir la Presión Diastólica a un valor menor de 90 mm Hg). (4)

Tabla 2

Fármacos Antihipertensivos de primera línea

<i>Nifedipino</i>	Metildopa	Laetalol
<p>Tiempo de vida media es de 1.8 horas eliminación hepática.</p> <p>Dosis: de 10 mg c/ 6-8 horas y/o 30 mg / día.</p>	<p>Es la droga antihipertensiva más estudiada en mujeres embarazadas.</p> <p>Dosis: 250 mg. C/12 horas. hasta 500 mg. / 6 horas.</p>	<p>Su tiempo vida media es: 4 a 6 horas, su metabolismo es el hígado.</p> <p>Dosis: 50 mg cada 10^h. Endovenosa. Continuar con dosis de 50-100 mg a intervalos de 6 horas.</p>
<p>Reacciones adversas</p> <p>Hipotensión ortostática, rubor, cefalea y taquicardia</p> <p>No hay evidencia de deterioro de la perfusión útero placentaria.</p>	<p>Efectos Secundarios</p> <p>somnolencia.</p> <p>No se evidencia compromiso fetal.</p> <p>Fármaco de elección en el manejo de embarazadas con hipertensión crónica</p>	<p>Efectos adversos</p> <p>bradicardia, descenso postural de la presión arterial, fenómeno de hipertensión de rebote</p> <p>A nivel fetal posible compromiso respiratorio.</p>

Nota. Esta tabla muestra las características principales de las drogas antihipertensivas, según Guías de atención de emergencias obstétricas, Hospital María Auxiliadora. (4)

Indicaciones de Finalización de la Gestación en Preeclampsia

Maternas

- E.G mayor de 37 sem.
- Plaquetopenia, cuando los valores es menor de 100,000/mm³.
- Degradación de la función del hígado.
- Desgaste gradual de la función renal.
- Edema pulmonar.
- Presión Arterial (PD >110 mm Hg insistente).
- Presunción de Abrupto placentae.
- Dolor de cabeza acompañado de trastornos visuales.
- Epigastralgia
- Vómitos severos constantes.
- Eclampsia.
- Síndrome HELLP. (4)

Fetales

- Restricción de Crecimiento Intra Uterino grave.
- Inversión del flujo tele diastólica en la arteria umbilical.
- Déficit de volumen de líquido amniótico. (4)

Eclampsia

Definición

Es la aparición de crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia hasta el coma, o la combinación de ambos, evidencia de patología neurológica

previa que lo explique, que ocurre durante la gestación o en el periodo posparto en mujeres que presentan signos y síntomas compatibles con preeclampsia. (4)

Se debe considerar en pacientes en estado de coma. La hipertensión intracraneana ocurre con presión arterial mayor a 180/130 mm hg, manifestándose con edema de papila. (4)

Causa de Muerte (4)

Inmediatas. Edema de pulmón, Accidente Cerebro Vascular, SOC.

Tardías. Neumonía aspirativa, insuficiencia en hígado y riñón.

Medidas Generales (4)

1. No movilización de la embarazada con protección del cuerpo.
2. Mantener acceso a la vía aérea permeable mediante uso de tubo de mayo, evitar mordeduras.
3. Colocar sonda nasogástrica.
4. Sonda vesical Foley doble vía.
5. Permeabilizar accesos venosos periféricos y centrales para aplicar fluidos (NaCl 9°/°° 300 a 500 en 20 minutos y posteriormente de acuerdo a PVC.).
6. Aplicar Sulfato de Magnesio en dosis de 6 gr. endovenoso como medida de dosis inicial. (Continuar esquema).
7. Al no poder controlar las convulsiones se deberá aplicar diazepam 5 a 10 mg. endovenoso, lento y diluido.

8. Administrar oxígeno con máscara o cánula nasal.
9. Aplicar Nifedipino, si presión arterial es mayor 160/110 mm Hg.
10. Monitoreo estricto materno fetal
11. Solicitar análisis de laboratorio.
12. Realizar el cruce de plasma fresco y concentrado de glóbulos rojos.
13. Reportar el cuadro clínico al servicio de neonatología y anestesiología.
14. Brindar información al familiar de la severidad del caso.
15. Estabilizar y culminar estudios, lo cual debe ser en un tiempo de 2 horas para dar fin al embarazo.
16. Suministrar profilaxis antibiótica en caso de terminar por vía abdominal.
17. Evaluación por UCI para el manejo después de la operación.

Síndrome Hellp

Definición: Es una patología multisistémica que se encuentra asociada a preeclampsia que se caracteriza por presentar anemia hemolítica microangiopática (hemólisis), alteración de la función hepática y plaquetopenia. (4)

Incidencia

Presenta una incidencia de 0,1 a 0,8% del total de los embarazos, incrementándose hasta 10-20% en gestantes con preeclampsia severa o eclampsia.

(15)

Diagnóstico (4)

Hemólisis. Anormalidad en el frotis de sangre periférica, Bilirrubina mayor de 1.2 mg/Dl.

Incremento de enzimas hepáticas. DHL elevado a 600U/L; TGO (AST) mayor de 70 U/L

Plaquetopenia. Plaquetas < 100,000/mm³.

Manejo del Síndrome Hellp (4)

1. Hospitalizar con reposo: Estabilizar e intervenir de ser necesaria.
2. Solicitar examen de recuento plaquetario, deshidrogenasa láctica, TGO y TGP a toda gestante o puerpera con Dx. preeclampsia moderada/severa.
3. Con Sínd. HELLP solicitar: perfil de coagulación, fibrinógeno, TTP, TP y Dímero D.
4. Canalizar acceso de vía periférica con catéter N° 16 o 18, una vía central
5. Monitoreo de la presión venosa central y la expansión del volumen intravascular. Manteniendo la presión venosa central por debajo de 6 cm H₂O.
6. Colocar Na Cl 9%° en un volumen de 300 a 500 ml en 20 minutos y luego ajustar el goteo según la PVC y/o Poligelina a dosis de 500 ml en un periodo de 30 minutos, repetir 1 unidad en un intervalo de 2 horas.
7. Prevenir convulsiones y control de hipertensión con antihipertensivo.

8. Administrar Dexametasona a dosis de 10 mg endovenosa c/doce horas (por 5 dosis)

9. Colocar sonda vesical Foley.

10. Realizar infusión de plasma fresco congelado y considerar la realización de plasmaféresis con plasma fresco si no hay mejoría clínica luego de las 72 horas.

11. Terminar embarazo.

12. Antibiótico profiláctico: cefalotina 2 gr. DU.

13. Si las plaquetas son menores a rangos de 20,000 entrar a sala de operaciones con diez unidades de plaquetas y empezar la transfusión.

14. Control postoperatorio en hospitalización y /o Unidad de cuidados intensivos

Complicaciones

La morbilidad materna, debido a los cambios que ocurren a diferentes niveles, incluye las siguientes complicaciones. (16)

- En el Sistema Nervioso Central. Hemorragia cerebral, eclampsia.
- Cardiopulmonares. Derrame pleural, edema pulmonar, Sincope cardiovascular (shock), derrame pericárdico.
- Renales. Disfunción renal aguda, síndrome nefrótico.
- Hematológicas. Trombocitopenia, disminución de volumen plasmático, hemólisis, coagulación intravascular diseminada, anemia hemolítica.
- Hepáticas. Hemorragia sub capsular, trastornos funcionales leves.

- Oculares. Desprendimiento de retina.

Placentarias. DPP.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Determinar las complicaciones y manejo de un caso de preeclampsia severa asociada a muerte materna en un establecimiento de salud de 1er. y 3er. nivel de atención.

2.1.2. Objetivos Específicos

Precisar los criterios para el diagnóstico de preeclampsia severa en el caso reportado en una entidad de salud de 1er. nivel de resolución.

Identificar las complicaciones de preeclampsia severa que conllevaron a la muerte materna en una entidad de salud de 3er nivel de resolución.

Identificar el manejo de preeclampsia severa asociado a muerte materna con las guías de prácticas clínicas del caso reportado.

2.2. Sucesos relevantes-historia clínica

Historial Clínico

2.2.1. Identificación

- Nombres y Apellidos: E.A.E.B
- Edad: 30 a.
- Tiempo de Nacimiento: 08 de enero de 1988
- Empleo: Su casa.
- Nivel de Instrucción: Superior Universitario
- Estado civil: Conviviente
- Nacionalidad: Venezuela
- Domicilio: Chorrillos (Alquiler).

2.2.2. Hoja Perinatal

1) Antecedentes Obstétricos

G3 P2002

G1: Parto Distócico (cesárea), 10 de abril 2014, Sexo Masculino EG 39 ss,
Peso: 2 900gr. En hospital de Venezuela.

G2: Parto Distócico (Cesárea) Hospital de Venezuela.

FUR: 25/Enero/2018

FPP: 01/Noviembre/2018

EG: 36 ss

N° CPN: 01 C.S SG y 01 HAMA

Peso anterior del Embarazo: 52 Kg

Talla: 146.5

IMC: 24.23

2) *Antecedentes Familiares y Personales*

Otros familiares con Diabetes Mellitus.

Abuela con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

3) *Análisis de Laboratorio*

- Hemoglobina: 13,5 gr/dl, 13 de septiembre 2018.
- Hemoglobina: 13,5 gr/dl, 13 de marzo 2018.
- Glucosa: Normal
- Prueba de RPR: No reactivo
- VIH: Negativo
- Examen completo de orina: Normal., 13. mar.2018.
- Urocultivo: Negativo., 15.sep.2017.

Atenciones en el C. S. San Genaro de Villa

Consultorios Externos

Fecha: 31/08/18 Obstetricia

Motivo. Primer CPN no cuenta con SIS.

FUR. 25/01/18 FPP: 01/11/18 Peso: 57,5 Kg Talla: 1.46,5 m

PA: 100/60 mmHg Au: 29 cm. LCF:136

Dx. Gestante de 31 semanas por ecografía.

Observaciones. Se realiza plan de parto, perfil materno, administración de Sulfato ferroso, tamizaje (proteinuria, Bacteriuria Asintomática, PR VIH, PR Sífilis, Hepatitis B violencia familiar) negativos. O.C Signos de Alarma. Información SIS.

Fecha: 04/09/18 Planificación Familiar

Motivo: Planificación Familiar. Edad: 30 Cesareada anterior 2 veces.

Ex. Físico: Peso: 60 Kg PA: 110/65 mmHg. Se brinda Consejería para Ligadura de Trompas.

DX. Consejería de Planificación familiar LTB.

Firma formato de solicitud y consentimiento de Intervención para Ligadura de Trompas LTB. I/C Obstetricia, Laboratorio, Ecografía y Servicio Social.

Fecha: 04/09/18 Obstetricia

Motivo: CPN. Acude con afiliación SIS y se solicita perfil de laboratorio.

PA: 100/60mmHg. T° 36,0 °C F.R 18 x min F.C: 72 x min.

Dx. 31 semanas de gestación. Supervisión de Embarazo Normal No especificado

Observaciones. Referencia SIS a C.M.I en Chorrillos para ecografía obstétrica. I/C Medicina para referencia por Cesárea 2 veces.

Fecha: 11/09/18 Medicina Hora: 10:22

Motivo. CPN.

FUR: 25/01/18 FPF:01/11/2018 Hb: 13.2 Orina normal Glucosa 67

Edad 30 a Peso 58,500 kg Talla: 146.5 P.A: 110/72 mmHg

EG: 32 ss Au: 31 cm CPN: 1

Dx. Gestante III ARO.

Observaciones. Referencia a Hospital de III Nivel de Atención.

Fecha: 03/10/18 Obstetricia

Motivo. Acude porque ya no tenía Sulfato ferroso y en HAMA no le proporcionaron.

Edad: 30 a Peso. 61.500 kg. Talla: 146.5 PA: 116/77 mmHg

Paciente se atiende en el Hospital de referencia.

Observaciones. Se da receta e indicaciones de administración. O y C Signos de Alarma.

O y C Signos premonitorios de eclampsia. Se le indica continuar atenciones en Hospital referencial.

Emergencia de Medicina y Obstetricia

Fecha: 10/10/18 Medicina

Hora 7:19 am.

Edad: 30 a Peso: 62 kg Talla: 1,46 cm T° 37 °C PA: 140/80

Dx. Dolor Abdominal Agudo

Plan. Hospitalización. Dimenhidrato 50 mg Amp. Ranitidina 50 mg Amp.

Espocolamina N- Butilbromuro 20 Amp. Dimenhidrato tab. 50 mg v.o. Solución

Poli electrolítica

Hora: 8:30 am. Obstetricia

Se encuentra gestante con vía permeable con indicaciones médicas en emergencia de medicina.

P.A 180/100 mmHg

Cefalea

Epigastralgia

Control en Hospital referencial (1) AREG, LOTEP

Piel y mucosas leve deshidratación Abdomen:

AU: 28 cm LCD LCF: 138 x sensible al examen.

Dx. Cesareada anterior de +- 36 ss D/C Preeclampsia Severa

Plan. Se comunica a médico de guardia. Se da alerta e inicia Clave Azul.

Canaliza Vía CINA 9 x1000, mas 05 ampollas de MgSO4 en Frasco.

Nifedipino tab. Colocación de sonda Foley y de Bolsa Colectora de orina.

Hora: 8:35 am. Medicina

Gestante en Hospitalización. Persiste Dolor Abdominal.

PA 180/100 Afebril Resp. N/E

Cefalea y Nauseas

Antec: 1er Embarazo Preeclampsia

FCF:136 x min.

Dx. Tercigesta de 36 ss x FUR Pre eclampsia Severa.

Tratamiento: Clave Azul

Nifedipino sublingual, 5 amp. de sulfato de magnesio, 02 vías endovenosas, Sonda Foley

Se solicita a otro Centro de Salud envió de ambulancia. Se coordina referencia a Hospital de III Nivel, con Medico GO de Guardia

Hora: 9:35 am. Obstetricia

Llega ambulancia de Centro de Salud de Chorrillos para traslado a hospital con equipo de guardia previa coordinación con hospital de referencia.

Hora: 10:30 am. Hospital III Nivel de Atención Emergencia de Gineco Obstetricia

Gestante es recepcionada en Hospital, según consta en hoja de referencia.

Exámenes auxiliares. (11/07/2018 Particular Venezuela) Hemoglobina 11.5 g/dl; Hto 34.2 %; Plaquetas 221 mil/mm³; glóbulos rojos x mm³: 3.63; glóbulos blancos x mm³: 13.0; VDRL No Reactivo; VIH: No reactivo; Orina: Normal

Eco. Obstétrica Particular Venezuela (30/05/2018): Embarazo simple de 18 ss + 1 día x BF /BF conservado / Situación transverso. Motivo: CPN

Eco. Obstétrica Particular Venezuela (29/06/2018): Embarazo Simple de 22 ss x BF /BF Conservado / ARO:2 cesáreas anterior. Motivo: CPN

Eco. Obstétrica Particular Venezuela (07/08/2018): Embarazo simple de 25 ss + 6 días x BF /BF Conservado / ARO:2 cesáreas anterior. Motivo: CPN

Exámenes auxiliares: (08/09/2018 C.SSG) Hemoglobina 13.2 g/dl; Hto 40 %; Orina: normal; Glucosa 67 mg/dl; Grupo B+.

Eco Obstétrica en Hospital referencial (02/10/18): Gestación única viable 31 ss 1 día por BF; peso: 1753, Placenta Grado II/III; Liq. Amniótico adecuado.

Eco Obstétrica Particular (08/10/2018): Gestación única de 32 ss x eco; peso: 1823 +- 266 gr. Placenta Grado II/III; Liq. Amniótico adecuado.

1era visita domiciliaria, entrevista 12/10/18, hora 9:30

Se realiza visita de seguimiento a domicilio de caso de morbilidad materna extrema encontrando a pareja, quien vive con sus dos menores hijos de 5^a y 1^a 5 meses (El mayor es de otro compromiso por parte de la paciente), hermano y cuñada de nacionalidad venezolana.

Quien refiere que llegaron a lima de Venezuela el 21 – 08 – 2018; y que la paciente inicio APN en C.S de I Nivel el 31 – 08 – 2018 a las 31 ss de embarazo, y que estuvo haciendo controles en Venezuela ya que sabía que su embarazo era de riesgo porque en su primera cesárea fue porque hizo Síndrome HELLP y entró en estado de coma por varios días.

Desde que fue referida a Hospital referencial refiere que continuo con varios controles y que cumplía siempre yendo a sus citas, esposo muestra ecografía del 2/10/2018 donde fue atendida en Hospital diciéndole que todo estaba bien.

También refiere que antes de lo sucedido no sentía ningún malestar y que todo fue rápido.

Fue cesareada el 10/10/2018 con RN Vivo Masculino peso 1887 gr. Con Dx. ACV Hemorrágico Extenso; Preeclampsia Severa / Coma Profundo.

Facilita número de celular el cual se registra en la hoja de visita, ya que mayormente se encuentra en hospital.

2da Visita domiciliaria 16/10/2018. visita no efectiva.

Al tener conocimiento del fallecimiento de la paciente el día 16/10/2018, a través de la Ficha de Notificación de Muerte Materna emitido por Hospital a DIRIS Lima Sur, es que se realiza comunicación vía telefónica con pareja de fallecida, quien refiere que por motivo de que recién nacido se encuentra aún hospitalizado, está llegando de noche a su casa. Es por ello que el Centro de Salud se comunica vía celular para coordinar próxima visita y realizar aplicación de ficha de Investigación Epidemiológica y autopsia verbal, acordando con pareja según su disponibilidad en que acudirá al establecimiento de salud pasada las 20:00 del día 17/10/2018.

2da Entrevista en Centro de Salud: 17/10/18

La entrevista se realizó aprox. a las 20:15 horas a la pareja (M.A.L.T.). de nacionalidad venezolana; N° Pasaporte 097305916 de 27 años de edad de estudios

superior universitario, de profesión Licenciado en Educación Física, Deporte y Recreación actualmente desempleado, con 3 años de convivencia; estuvieron presentes un médico y obstetra del “Centro de Salud”.

- La pareja de la fallecida refiere que el día 21/08/18 ingresaron a Perú por Tumbes, llegando a Lima el día 22/08/2018 alquilando un cuarto ese mismo día en A.A.H.H Integración – Chorrillos.
- **31/08/2018** Inicia CPN en Centro de Salud. por su embarazo de ARO fue referida al Hospital María Auxiliadora el día 11/09/2018, no presentando molestia alguna.
- Es en el mencionado Hospital donde se estuvo atendiendo en consultorios externos, con exámenes y resultados de laboratorio para ser intervenida por su embarazo de riesgo, fallecida en ningún momento le menciono molestia alguna.
- Hasta llegado el día 10/10/18 siendo las 6:50 horas aprox. donde la fallecida le comenta que presenta dolores tipo cólicos en el estómago, es cuando su pareja decide acudir al Centro de Salud y fallecida no presentó objeción y acudieron caminando, tiempo de demora aprox. 10 min para acceder a la institución de salud.
- Al llegar al Centro de Salud aprox. 07:10 pareja manifiesta que no tuvo dificultades, ni demora para ser atendido por el médico, hasta el momento solo continuaba con dolor de estómago, es donde le comunican que tienen que hospitalizarla para administrarle tratamientos.
- Es a las 8:45 am que la doctora le comunica que tienen que realizar referencia de su pareja a Hospital de III nivel de atención, ya que su presión se estaba elevando y además del dolor de estómago, también refería dolor de cabeza; recalando que gestante ya había sido cesareada anteriormente por pre eclampsia y haber estado realizando atenciones en Hospital. y observo que Doctora estaba realizando las

coordinaciones con dicho Hospital y para que viniera la ambulancia la cual demoro en llegar.

- Siendo atendida en Hospital aprox. 10:35 en donde la llevaron al servicio de trauma shock para que pudieran atenderla y calmarla porque se había descompensado y que aprox. las 12 del medio día volvió a descompensarse es por ello que le comunican que la van a ingresar a sala de operaciones de emergencia para ser cesareada.
- Pasado las 14:00 horas le comunican y le hacen firmar autorización, porque tenían que volver a intervenirla de emergencia por algo que tenía en la cabeza.
- En su visita del día 11/10/2018, le dieron diagnóstico de: ACV Hemorrágico extenso; Pre eclampsia Severa; coma profundo; y que su bebe estaba bien.
- En su visita del día 12/10/2018, le informan que su estado continúa siendo el mismo; y que su bebe se encuentra bien.
- En su visita del día 13/10/2018, le comunican que su esposa había fallecido; y que tenía que iniciar trámites para sepelio por el SIS, por lo que le hacen entrega de certificado de defunción.
- Solicito devolución de documentos de su esposa como carnet de control y exámenes entregados al ingresar, pero no se le fueron devueltos.
- También menciona que su pareja tenía cita en el Hospital para el día 11/10/2018 para que le programen su CESAREA.
- Los costos del sepelio fueron cubiertos por una Fundación Peruana “Sembrando Esperanzas”, vecinos y amigos, ya que hasta el momento no había recibido nada por sepelio del Seguro Integral de Salud, lo cual le habían dicho que iba a recibir aproximadamente 1000.00 nuevos soles.

- Según refiere la pareja, no le realizaron la necropsia y que el hospital tampoco le pregunto si deseaba hacerlo.
- Asimismo, nos hace entrega de una (01) copia del documento de defunción de la paciente donde figura como causa de defunción: Muerte Cerebral debido a ACV Hemorrágico debido a Síndrome HELLP.
- A la fecha de la entrevista recién nacido se encuentra en cuidados intermedios de neonatología recibiendo tratamiento por tener presencia de flemitas es lo que le manifiesta el personal de salud, con alimentación artificial encontrándose estable.

Investigación de la vivienda

La vivienda se encuentra ubicada en el AA.HH Integración, distrito de Chorrillos, el cual se encuentra a 10 minutos del C.S. caminando.

Se encuentra alquilando una habitación y una salita que comparte con hermano y cuñada, siendo de material noble con tejado de madera contando con servicios básicos: luz eléctrica, agua potable y desagüe.

2.2.3. Motivo de Referencia

El día 10 octubre 2018, a las 10:32:00 horas, Paciente referida de C.S con Dx: Preeclampsia severa PA: 180/100. se inició con sulfato de magnesio, se administró dimenhidrinato, hioscina, ranitidina y nifedipino SL. Paciente refiere cefalea.

2.2.4. Exploración Física:

Evaluación en la Unidad de Trauma Schock 10:48AM

Paciente refiere cefalea desde 6 horas antes del ingreso asociado a dolor abdominal.

Al examen. PA: 117/77 FC: 72 FR: 22 SAT: 97% HGT:116 mg/dL

Paciente somnolienta, despierta al llamado, obedece órdenes, orientada en T-E-P,

Glasgow 14/15 ROT: +++/+++

2.2.5. Diagnóstico

EHE. Pre eclampsia severa, cesareada anterior, efecto secundario a fármaco (sulfato de Mg, dimenhidrinato).

2.2.6. Exámenes Auxiliares.

Completar exámenes de laboratorio, monitoreo hemodinámico y neurológico

Evaluación por neurología 12:15 pm

Deterioro del sensorio Glasgow 9/15

Evolución tórpida – pronóstico reservado

Plan. TEM cerebral S/C, interconsulta a neurocirugía, I/C UCI

12: 40

Informe de TEM: lesión hiperdensa en temporal derecho con desviación ventricular □ hematoma intraparenquimal

Plan: SOP

Neurocirugía 13:00 pm

Se concluye los mismos diagnósticos y se plantea la cirugía inmediata posterior a la cesárea.

Cesárea 15:20 pm

CSTI+ Revisión hepática + colocación de drenes

Hallazgos:

- RN vivo de sexo masculino APGAR 7, 9 Peso: 1887 gramos

- útero y anexos normales
- adherencias múltiples de epiplón a pared
- hígado de bordes lisos, no hematomas
- sangrado en napa en todos los planos
- se deja dren en espacio subaponeurótico
- sangrado 600 cc

Craneotomía + evacuación de hematoma 19:00 pm

Hallazgos:

- Hematoma intraparenquimal organizado de 190 cc
- Lecho operatorio muy sangrante

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 21: 15

Pupilas dilatadas midriáticas 4mm a reactivas

coma profundo, reflejos oculocefálicos (-), reflejo tusígeno y corneal ausente.

2.2.7. Tratamiento Farmacológico

Soporte ventilatorio, monitoreo hemodinámico, transfusión de PG, plaquetas, control de medio interno. Vigilar sangrado activo.

Ginecología 11/10/18 02:45

Paciente en MEG

Compromiso neurológico severo

Hallazgos postoperatorios de cesárea en buenas condiciones (no sangrado activo)

Cuenta con resultados de laboratorio: DHL: 4792, TGO:510, TGP:168, Cr: 1.33,

Hb: 13.6, plaquetas: 50000

Dx: -puérpera poscesárea/ poscraneotomía -síndrome HELLP - ACV hemorrágico
d/c muerte cerebral

Neurocirugía 10:30

Evolución estacionaria

Pupilas midriáticas 4mm no reactivas

Pronóstico reservado

11:30 am prueba de atropina no se evidencia aumento de la FC en 10 % siendo la prueba negativa

12:30 se realiza reflejo oculo vestibular mantiene la mirada fija

22:00 evaluación por neurocirugía Glasgow 3; tiene criterios de muerte cerebral

UCI 12/10/18

Paciente hemodinámicamente compensada con soporte mínimo, en coma profundo, sin sedación por 24 horas, se convocará a junta de muerte cerebral

11:55 se realiza junta con el Comité de Muerte Cerebral Dr, de Neurocirugía), Dra. De UCI, Dra. anestesiología quienes evalúan a la paciente y se concluye muerte cerebral a consecuencia de síndrome HELLP/Hemorragia intracerebral

Evolución estacionaria y se constata ausencia de signos vitales 13/10/18 11:15

Dx: Muerte cerebral- Hemorragia cerebral- síndrome HELLP.

2.2.8. Epicrisis

Diagnóstico de contrarreferencia. Gestante de 36 sem por FUR, ingresó por emergencia con Dx: preeclampsia severa PA: 180/100.

Exámenes auxiliares realizados. DHL: 4792 TGO:510 TGP:168 Cr: 1,33

Hb: 13,6 plaquetas: 50000

Controles y/o procedimientos realizados: TEM cerebral S/C, interconsulta a neurocirugía, I/C UCI. Cesárea de urgencia. Craneotomía + evacuación de hematoma.

Tratamiento establecido: Hospitalizada. Inició con sulfato de magnesio, dimenhidrinato, hioscina, ranitidina y nifedipino. Soporte ventilatorio, monitoreo hemodinámico, transfusión de PG, plaquetas, control de medio interno.

Complicación: Síndrome HELLp, Hemorragia cerebral y Muerte materna.

Tabla 3

Evolución de los análisis de laboratorio realizados a la paciente

Análisis de laboratorio	27-09-18	10-10-18 (22:00)	11-10-18 (03:55)	12-10-18 (10:25)
Hemoglobina	12.4	13.6	5.4	11
Leucocitos	9600	16200	10600	14,100
Abastionados	0%	0%		0%
Creatinina	0.73	1.33	0.99	1.22
DHL		4792	2419	2024
TGO/TGP		510/168	315/104	332/89
Bilirrubinas		8.3/5.86/2.17		11.4/7.19/3.8 9
Plaquetas	204	50000	50000	90000
INR		1.46	1.35	
GLUCOSA	61	256	179	171
PH		7.32		
PCO2		33.2		

PR – RPR – HIV	NO REACTIV O			
Examen de orina	normal	hematíes 40- 45		

Nota. En la presente tabla se muestran los resultados de los análisis efectuados, según Historial Clínico de la usuaria.

2.3. Discusión

En el siguiente trabajo académico, describe la presentación del acontecimiento clínico y se detalla la atención de una mujer embarazada con diagnóstico de referencia de 1er a III nivel de atención de tercigesta de 36 ss x ecografía; preeclampsia severa, quien acudió por emergencia a establecimiento de I nivel refiriendo dolor en el epigastrio y posteriormente dolor de cabeza, con aumento de Presión arterial de 140/80 mm Hg a 180/100 mm Hg en corto tiempo.

Se inició tratamiento con sulfato de magnesio, se administró dimenhidrinato, hioscina, ranitidina y nifedipino Sublingual.

Ingresando a Hospital de III Nivel de atención con Dx: Gestante de 36 ss x eco; sin labor de parto; EHE: preeclampsia severa; cesareada anterior 2 veces; D/C hemorragia cerebral- riesgo de eclampsia

Antecedentes Personales: Cesárea anterior 2 veces por preeclampsia severa en Venezuela.

Plan: estabilización en Unidad de trauma shock / protocolo de toxemia/ continuar esquema SIBAI/programar para cesárea/ evaluación por neurología, en cuya Unidad de Trauma Shock identifican efecto secundario a fármaco sulfato de Magnesio, dimenhidrinato.

Neurología y Neurocirugía: Informe de TEM: lesión hiperdensa en temporal derecho con desviación ventricular /hematoma intraparenquimal; Plan: SOP Cuenta con resultados de laboratorio: DHL: 4792, TGO: 510, TGP:168, Cr:1.33, Hb: 13.6, plaquetas: 50000, Hematoma intraparenquimal organizado de 190 cc

Puérpera post cesárea/ pos-craneotomía /síndrome HELLP/Accidente Cerebro Vascular hemorrágico d/c muerte cerebral. 12/10/2018 Hora 11:55 se realiza junta con el Comité de Muerte Cerebral Dr, Benllochpiquer (neurocirugía), Dra. Alva (UCI), Dra. Arroyo (anestesiología) quienes evalúan a la paciente y se concluye muerte cerebral a consecuencia de síndrome HELLP/Hemorragia intracerebral. 13/10/2018 hora 11:15 Evolución estacionaria y se constata ausencia de signos vitales; Dx: Muerte cerebral- Hemorragia cerebral- Síndrome HELLP

De las manifestaciones clínicas, diagnósticos, tratamientos y procedimientos realizados en el presente caso entra a discusión lo siguiente:

En el manejo de la hipertensión el uso de Nifedipino está desaconsejado que sea por vía sublingual. Además, en la urgencia no es necesaria ni aconsejable la disminución rápida de la presión arterial, la cual debe ser disminuida de manera gradual con un antihipertensivo vía oral. La administración de Nifedipino por vía sublingual, con esta práctica se han descrito casos de hipotensión sintomática, infarto agudo de miocardio y accidentes vasculares cerebrales isquémicos. (13)

El Nifedipino se recomienda su administración por vía oral más no la vía sublingual, por la probabilidad de ocasionar hipotensión que puede empeorar el cuadro de preeclampsia, por hipo perfusión de placenta y a nivel renal. (12)

En relación al beneficio de la terapéutica de la pre eclampsia severa utilizando sulfato de magnesio se evidenció que redujo en más de la mitad el peligro de eclampsia, una disminución no significativa de muerte materna y se redujo el peligro de desprendimiento prematuro de placenta, los efectos colaterales (disminuye la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca, entre otros) del

sulfato de magnesio se hicieron presente en la cuarta parte de los casos y fueron controlables, sin embargo estos efectos secundarios son menores a los que suelen presentarse con otros fármacos anticonvulsivantes. (12)

En nuestro país, en instituciones de EsSalud y en Lima Ciudad, hay aumento de muerte materna relacionada a hipertensión arterial en el embarazo, por hemorragia intracerebral, eclampsia o disfunción de órgano terminal. Además, quienes sobreviven, permanecen como secuelas la hipertensión secundaria persistente, morbilidad neurológica y trastorno renal. Las alteraciones maternas pueden ocurrir en todos los sistemas y órganos, inclusive el sistema nervioso central, cardiopulmonar, hepático, renal, hematológico, ocular, uterino y placentario.

Son factores que pueden predecir la aparición de preeclampsia, la historia personal y familiar y ser nulípara (5%). El peligro se incrementa cinco veces si la madre de la gestante también sufrió de PE severa. El peligro reduce a 1% en el segundo embarazo con mismo esposo. El peligro aumenta si el conyugue nació de madre con PE. El peligro aparece de nuevo en un embarazo con una nueva pareja. También, se presenta en casos de fertilización in vitro, en el que la pareja no contribuye con la eyaculación. Se toma en consideración el uso prolongado de anticonceptivos hormonales, lesbianas que se embarazan por inseminación. (10)

Existe mayor peligro de recurrencia de la preeclampsia, si en el embarazo anterior hubo preeclampsia severa (hasta 65%), si la PE severa tuvo una presión sistólica mayor de 160 mm Hg, si hubo PE severa con proteinuria durante más de 10 días, si presentó eclampsia o síndrome HELLP. (10)

2.4. Conclusiones

- Principales complicaciones que conllevaron a muerte materna los cuales fueron Síndrome HELLP y Accidente Cerebro Vascular, siendo el manejo médico inadecuado e inoportuno por no identificación adecuada del riesgo, en el 1er nivel de atención.
- Se establecieron los criterios para diagnóstico de preeclampsia severa en el caso reportado.
- Inicio de la atención prenatal fue el día 31/08/2018 a las 31 semanas de gestación, debido a su reciente ingreso al país (21/08/2018), procedente de Venezuela.
- Gestante fue referida a HAMA oportunamente por presentar antecedentes de morbilidad materna extrema (Cesareada anterior dos veces y Preeclampsia severa) donde continuo atenciones.
- Debilidades en el sistema de referencia y contra referencia (demora en dar Citas por parte del hospital referencial).
- Poca importancia en el registro de la historia clínica.
- Demora en traslado de paciente a hospital referencial por falta de ambulancia equipada.
- Personal insuficiente y pobremente capacitado para la atención del caso.
- Por todos los datos obtenidos, se trata de una muerte materna directa.

2.5. Recomendaciones

- Identificar oportunamente los condicionantes de peligro que conducen a manifestar morbilidad materna extrema.
- Solicitar a DIRIS Lima Sur, actualización de manejo de emergencias obstétricas, a fin de fortalecer las competencias de los equipos de salud de consultorios externos y de emergencia según las guías de prácticas clínicas vigentes del 1er y 3er nivel de atención.
- Mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica y notificación oportuna de casos por parte de los Hospitales.
- Reactivar Comité de Prevención de Morbimortalidad Materna.
- Mejorar nuestra organización y coordinación de referencia y contra referencia.
- Reiterar necesidad de contar con ambulancia equipada.
- Reforzar el seguimiento y la captación de gestantes y mujeres lactantes, priorizando a aquellas que manifiesten factores de peligro y hayan sido referidas, asegurando el cumplimiento de las indicaciones, implementar seguimiento telefónico para garantizar la continuidad de la atención.
- Reforzar y socializar el correcto llenado y archivo de la Historia Clínica de acuerdo a normatividad vigente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ndoni E, Hoxhallari R, Bimbashi A. Evaluation of Maternal Complications in Severe Preeclampsia in a University Hospital in Tirana. Open Access Maced J Med Sci. 15 de marzo de 2016;4(1):102-6.
2. Osorio J. Factores de riesgo para desarrollo de síndrome hellp. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. años 2010 – 2014 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: UNMSM; 2015 [citado 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4044>
3. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. octubre de 2014;60(4):309-20.
4. Minsa - Hospital María Auxiliadora. Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>
5. Mata C, Aguilar N. Morbilidad materna extrema aguda por preeclampsia severa. Revista Médica de los Postgrados de Medicina. 2010;13(3):1-6.
6. Pérez A. Caracterización de pacientes con síndrome de Hellp. Servicio de maternidad de la ciudad hospitalaria «Dr. Enrique Tejera», enero - abril 2014 [Internet] [Especialización en Medicina Interna]. [Venezuela]: Universidad de Carabobo; 2014. Disponible en:

https://nanopdf.com/download/caracterizacion-de-pacientes-con-sindrome-de-hellp-italaria-dr_pdf

7. Arroyo C. Predictores de mortalidad en gestantes con síndrome de HELLP del Hospital Regional de Cajamarca [Internet] [Tesis de Grado]. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018 [citado 4 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3983>
8. Cárdenas A. Morbilidad y Mortalidad en pacientes con síndrome HELLP atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio - diciembre 2015 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Norberth Wiener; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/722?show=full>
9. Camacho L, Berzaín M. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2015;18(1):50-5.
10. Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. *Acta Médica Peruana*. mayo de 2006;23(2):100-11.
11. Pacheco-Romero J. Introduction to the Preeclampsia Symposium. *Rev Perú Ginecol Obstet*. 2017;6(2):199-206.
12. Minsa-INMP. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. 2da. Edición. Lima - Perú; 2018. 527 p. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%2>

0Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf

13. Butlletí G. El mito de la nifedipina sublingual en el tratamiento de la crisis hipertensiva. Institut Catala de Farmacología. 1997;10(4):13-4.
14. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. octubre de 2014;60(4):385-94.
15. Henríquez M, Catalán A, Lattus J, Vargas K, Silva S. Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. Revista médica de Chile. junio de 2018;146(6):753-61.
16. Pacheco J. Manual de Obstetricia. 6 Ed. Lima - Perú; 2011.