



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**“Conducta obstétrica en granmúltipara de 34 años de edad embarazada de 38
semanas con preeclampsia severa durante emergencia sanitaria”**

AUTOR

VICTOR ALEJANDRO ORTEGA BRIONES

TUTORA

OBST. LILIAN MUÑOZ SOLORZANO, msg

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2020 - 2021

INDICE GENERAL

I. Tabla de contenido

I.	AGRADECIMIENTO	I
II.	DEDICATORIA	II
III.	TEMA	III
IV.	RESUMEN	IV
V.	ABSTRACT	V
VI.	INTRODUCCIÓN	VI
1.	MARCO TEORICO.....	- 1 -
1.1.	DEFINICION.....	- 1 -
1.2.	Clasificación:.....	- 2 -
	Preeclampsia:	- 2 -
1.3.	ETIOLOGÍA.....	- 3 -
1.4.	FISIOPATOLOGIA	- 4 -
1.5.	MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	- 4 -
1.6.	DIAGNOSTICO.....	- 5 -
1.7.	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	- 7 -
1.7.1.	TRATAMIENTO.....	- 7 -
1.7.2.	TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	- 8 -
1.8.	PREVENCIÓN DE LAS CONVULSIONES CON SULFATO DE MAGNESIO	- 8 -
1.9.	VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO.....	- 9 -
1.9.1.	COMPLICACIONES	- 9 -
2.	JUSTIFICACIÓN.....	- 10 -
3.	OBJETIVOS	- 11 -
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	- 11 -
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	- 11 -
4.	DATOS GENERALES.....	- 11 -
5.	METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	- 12 -
5.1.	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	- 12 -
5.2.	HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	- 12 -
5.3.	ANAMNESIS.....	- 13 -
5.4.	EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA).....	- 14 -
5.5.	INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	- 15 -

5.6.	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	- 17 -
5.7.	CONDUCTA A SEGUIR.....	- 17 -
5.8.	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	- 18 -
5.9.	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	- 18 -
6.	SEGUIMIENTO	- 18 -
7.	OBSERVACIONES	- 25 -
8.	CONCLUSIONES	- 25 -
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 26 -
VII.	- 26 -
10.	ANEXOS	- 28 -

I. AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios, por guiar mi camino, por darme fuerzas, paciencia y sabiduría para avanzar con pasos firmes durante todo este arduo camino universitario, y sobre todo por brindarme en el transcurso del mismo a personas que me han compartido conocimientos valiosos que me han brindado su amistad y me han ayudado a formar durante esta etapa de mi vida, dando inicio a mi carrera profesional.

También agradezco a mis padres por su apoyo incondicional, por la educación y valores que me inculcaron, por corregirme y guiarme paso a paso, gracias por ser mi soporte, motivación en cada proyecto de mi vida, gracias por ayudarme a crecer y ser una mejor persona y profesional cada día.

Agradezco a la gloriosa y solemne Universidad Técnica de Babahoyo, a mis amigos con quienes compartí momentos valiosos durante mi carrera universitaria, a cada uno de los docentes de la facultad de ciencias de la salud, pero sobre todo a la escuela de Obstetricia, escuela de saberes desde tiempos memorables, siendo así el alma mater de los mejores profesionales que representan al país.

II. DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios, quien me ha dado salud, fuerza y sabiduría para lograr cada uno de mis objetivos.

A mis padres que han sido mi guía, y pilar fundamental en todo momento, quienes me han brindado su apoyo y fortaleza en cada momento para seguir cumpliendo con mi preparación académica y sobre todo para corregirme y darme aliento para no decaer en ningún obstáculo.

Y ahora al culminar esta etapa importante en mi vida, les agradezco el haberme formado con valores y principios los cuales me han ayudado a cumplir siempre con esfuerzo y dedicación no solo este trabajo investigativo sino también en gran parte de mi formación académica.

III. TEMA

CONDUCTA OBSTETRICA EN GRANMULTIPARA DE 34 AÑOS DE EDAD
EMBARAZADA DE 38 SEMANAS CON PREECLAMPSIA SEVERA DURANTE
EMERGENCIA SANITARIA”

IV. RESUMEN

A finales de diciembre del 2019, se reportaron una serie de casos de neumonía atípica en Wuhan, China, donde se identificó al agente etiológico como un nuevo SARS-CoV-2, denominado Covid-19. Debido al acelerado número de contagios y muertes alrededor del mundo, la infección de este virus pasó rápidamente de ser un brote aislado en una región china a convertirse en una emergencia sanitaria de preocupación internacional, y posteriormente en una pandemia. (R. Mojica, 2020)

El MSP en coordinación con la OMS, ha trabajado en el seguimiento a la enfermedad desde que se emitió la alerta mundial. El 29/02/2020 se confirmó el primer caso de esta enfermedad en el Ecuador. Se activó el COE Nacional para la coordinación de la emergencia, y el 11/03/2020 la OMS declaró el COVID-19 pandemia global, por tanto, mediante Acuerdo Ministerial No 00126-2020 emitido el 11 de marzo por la Ministra de Salud, se declara el Estado de Emergencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. (Emergencias, 2020)

Por lo que dadas las necesidades para atender la emergencia sanitaria por covid, y ante la problemática del colapso de ciertas unidades de salud del país, y el déficit de casas asistenciales, el gobierno en conjunto con el MSP, dispuso de 31 hospitales específicamente para atender casos de covid19, tomando como medida el abastecimiento de estas casas de salud, con equipos necesarios para la atención de dicha emergencia en cada localidad debido a las medidas sanitarias tomadas en cada ciudad. (Informe de situación COVID-19 Ecuador, 2020)

La Preeclampsia severa es considerada como una de las principales complicaciones obstétricas del embarazo que aumenta la morbimortalidad tanto materna como perinatal. Tal es el caso clínico de una paciente de 34 años, con 38 SG, que acude a la emergencia, con fotopsia, náuseas, presión arterial 160/110 mmHg, y además autorefiere controles prenatales insuficientes.

Palabras claves: Emergencia sanitaria, covid 19, Preeclampsia, gran multípara, convulsiones, multiparidad, edad, factores, complicaciones, consecuencias, emergencia sanitaria.

V. ABSTRACT

At the end of December 2019, a series of cases of atypical pneumonia were reported in Wuhan, China, where the etiological agent was identified as a new SARS-CoV-2, called Covid-19. Due to the accelerating number of infections and deaths around the world, the infection of this virus quickly went from being an isolated outbreak in a Chinese region to becoming a health emergency of international concern, and later into a pandemic. (R. Mojica, 2020)

The MSP, in coordination with the WHO, has worked on monitoring the disease since the global alert was issued. On 02/29/2020, the first case of this disease was confirmed in Ecuador. The National COE was activated for the coordination of the emergency, and on 03/11/2020 the WHO declared the COVID-19 global pandemic, therefore, through Ministerial Agreement No 00126-2020 issued on March 11 by the Minister of Health, the State of Health Emergency is declared in the National Health System. (Informe de Situación COVID-19 Ecuador , 2020)

Therefore, given the needs to attend the health emergency due to covid, and given the problem of the collapse of certain health units in the country, and the deficit of nursing homes, the government in conjunction with the MSP, had 31 hospitals specifically to attend cases of covid19, taking as a measure the supply of these health houses, with the necessary equipment for the care of said emergency in each locality due to the sanitary measures taken in each city. (Emergencias, 2020)

Severe preeclampsia is considered one of the main obstetric complications of pregnancy that increases both maternal and perinatal morbidity and mortality. Such is the clinical case of a 34-year-old patient, with 38 SG, who comes to the emergency room with photopsia, nausea, blood pressure 160/110 mmHg, and also self-refers insufficient prenatal check-ups.

Key words: Health emergency, covid 19, Preeclampsia, great multiparity, seizures, multiparity, age, factors, complications, consequences, health emergency.

VI. INTRODUCCIÓN

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en América hasta el 14 de enero de 2021, fueron notificadas 139.016 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 802 defunciones (1%) en 19 países para los cuales se dispone de información, cifra que representa un incremento de 18.065 casos nuevos y 105 nuevas defunciones, al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 11 de diciembre de 2020. Cifra que en Ecuador se registraron 1.595 casos de embarazadas positivas a SARS-CoV-2 y 24 casos de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2. (OPS/OMS, 2021)

La Preeclampsia Severa es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo. En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo). (Ministerio de salud, 2016).

Los factores que más predisposición tienen en dicha entidad son multifactorial, siendo frecuente en aquellas con predisposición genética, *gran multíparas*, primigestas y en edades extremas desde el punto de vista obstétrico, sumado el estilo de vida inadecuado, morfología de vasos sanguíneos, dieta, ciertos factores neurológicos entre otros.

También se considera una de las causas principales la falta de controles prenatales, incluyendo factores educativos culturales, genéticos, nuliparidad, multiparidad, grupos etarios y sumado a los antecedentes patológicos personales y familiares de la paciente. (Ecuador, 2015)

En este trabajo se detalla la Conducta Obstétrica durante la emergencia sanitaria en Paciente gran multípara con Preeclampsia Severa y escasos controles prenatales.

1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

La emergencia sanitaria se identificó en el mes de diciembre del 2019, con un caso de neumonía de origen desconocido en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei,

en China, siendo categorizada como una nueva amenaza de emergencia sanitaria de salud pública de interés internacional por la (OMS) el 30 de marzo de 2020, la misma que estableció un nombre para el virus, SARS-Cov-2, y para la enfermedad ocasionada por este nuevo coronavirus, denominándolo como COVID-19.

La aparición de una nueva enfermedad infecciosa supone siempre una situación compleja, especialmente si lo hace como una epidemia de extensión o gravedad significativas. Los casos aumentaron rápidamente en Wuhan y en la provincia de Hubei, extendiéndose en menor número y con cadenas de transmisión limitadas por toda China. Hay casos importados y casos secundarios en más de 24 países. El 30 de enero de 2020 la OMS declaró esta epidemia como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional. (Trilla, 2020)

La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbimortalidad materna y otras complicaciones a las que predispone en la gestación entre ellos en estudios realizados se ha encontrado vinculado con desarrollo de enfermedad trofoblástica gestacional. La gran multiparidad es considerada un factor de riesgo importante en la salud materno-feto-neonatal. Está asociada a entidades perinatales muy graves y de gran peso en la Salud Pública tales como muerte materna, morbilidad materna severa, morbimortalidad feto-neonatal y otros que implican detrimento económico, psicológico y social. (Susacasa, 2014)

El término "gran múltipara" fue introducido por Salomons en 1934, quien impresionado por la elevada mortalidad de estas pacientes, en comparación con otros grupos, las llamó "múltiparas peligrosas". Eastman insistió además, en las altas cifras de mortalidad perinatal como consecuencia del aumento de la

prematurez, malformaciones congénitas y complicaciones del embarazo. La gran múltipara, es aquella mujer que ha pasado del período máximo de la procreación; la que está en la edad de las enfermedades circulatorias, metabólicas, y regresivas, las cuales aumentan las complicaciones del embarazo y parto. (Farra Rischmawy & Carranza Velásquez, 1969)

La Preeclampsia grave (preeclampsia con signos de gravedad) es un trastorno hipertensivo del embarazo, con TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco. (Ministerio de salud, 2016)

1.2. Clasificación: Es importante diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de aquéllos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia. (Di Marco, y otros, 2010)

Preeclampsia: Desorden multisistémico que se manifiesta, en general, a partir de las 20 semanas de gestación, con TA $\geq 140/90$ mmHg asociado a daño de otro órgano blanco (hígado, riñón, SNC, placenta, sistema de la coagulación y cardiopulmonar). Excepcionalmente podrá manifestarse antes de las 20 semanas en la enfermedad trofoblástica gestacional o síndrome antifosfolipídico severo. Podrá subclasificarse en:

Preeclampsia leve: TA $\geq 140/90$ mmHg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg/24 hs y menor a 5 g /24 hs.

Preeclampsia grave: TA $\geq 160/110$ mmHg o aún con valores tensionales menores, pero asociadas a uno o más de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

- **Proteinuria:** $\geq 5g/24$ hs.
- **Alteraciones hepáticas:**
 - Aumento de transaminasas.
 - Epigastralgia persistente, náuseas/vómitos.
 - Dolor en cuadrante superior del abdomen.

- **Alteraciones hematológicas:**
 - Trombocitopenia (Rto. plaquetas <100.000 mm³).
 - Hemólisis
 - Coagulación intravascular diseminada (CID).
- **Alteraciones renales:**
 - Creatinina sérica >0.9 mg/dl.
 - Oliguria (menos de 50 ml/hora).
- **Alteraciones neurológicas:**
 - Hiperreflexia tendinosa.
 - Cefalea persistente.
 - Hiperexcitabilidad psicomotriz.
 - Depresión del sensorio.
- **Alteraciones visuales:**
 - Visión borrosa.
 - Escotomas centellantes.
 - Fotofobia.
 - Diplopia.
 - Amaurosis fugaz o permanente.
- Restricción del crecimiento intrauterino/ oligoamnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis-edema agudo de pulmón (sin cardiopatía preexistente).

1.3. ETIOLOGÍA

La gran Multiparidad, es considerada como una de las principales causas de muerte materno-fetal. Como problema de Salud materna afecta a todas las edades, ya que el 80% de las pacientes que presentan gran multiparidad sufren durante el embarazo o después del parto patologías tales como: desprendimientos placentarios, distocias de presentación, atonías uterinas, anemias severas, entre otros.

Añadimos a esto los mecanismos patológicos de la preeclampsia, donde el principal mecanismo descrito que es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos

y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas. (Herrera-Sánchez, 2018)

Una línea de estudio en la génesis de la preeclampsia está dirigida al fenómeno de implantación placentaria anormal. Hasta el momento se ha demostrado que éste genera cambios anatómicos en los vasos sanguíneos presentes en el espacio intervelloso que los hace susceptibles a sustancias vasopresoras, lo que conlleva a hipoxia trofoblástica por la falta de formación de un sistema de perfusión de baja resistencia y alto flujo. (Carrillo Esper & Sánchez Zúñiga, 2013)

1.4. FISIOPATOLOGIA

Se han planteado diversas hipótesis para explicar su fisiopatología, entre las que se destacan: placentación anormal, polimorfismos genéticos, infecciones y factores nutricionales. Aun cuando se encuentra una gran diversidad de elementos asociados con el desarrollo de PE, la interacción de todos ellos confluye en disfunción endotelial. (Martínez Linares & Lozano de Castro, 2005)

El embarazo preeclámpico incluye hipertensión arterial, modificaciones en el sistema renina-angiotensina, cambios en el sistema nervioso autónomo-catecolaminas, prostaglandinas, prolactinas y otras sustancias presoras, trastornos de la coagulación y de la función hepática, modificaciones en el metabolismo mineral, especialmente del sodio, calcio, y más recientemente magnesio y otros minerales. (Cerdá & Pereyra Basile, 1987)

1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología de este trastorno, que representa su afectación multisistémica secundaria, se presenta en un 90% de los casos después de la semana 34 de gestación, mientras que aproximadamente ocurre antes de las 34 semanas, menos del 5% de las pacientes, presentan un debut de su presentación clínica durante el periodo postparto, la mayoría de veces dentro las primeras 48 horas. El

inicio de los síntomas es gradual en algunos casos, mientras que otros proceden a complicaciones potencialmente mortales en cuestión de horas. Factores asociados con aumento del riesgo de preeclampsia: (Pereira Calvo, Pereira Rodríguez, & Quirós Figueroa, 2020)

Antecedente de preeclampsia en embarazo previo

Edad materna mayor de 40 años o menor de 18 años.

Hipertensión arterial crónica

Nefropatía

Colagenopatías

Diabetes mellitus

Embarazo múltiple

Raza negra

Apnea obstructiva del sueño

Antecedente heredofamiliar de preeclampsia

Obesidad

La PE en un inicio es asintomática, posteriormente puede presentar: Dolor en cuadrante superior derecho o en epigastrio, Náuseas, Vómito por el reflejo de necrosis hepatocelular, Cefalea, Visión borrosa, Escotomas debido al edema o los vasoespasmos a nivel cerebral o retiniano. **Y signos como:** Proteinuria, Trombocitopenia, Transaminasas alteradas, Plaquetopenia, y en el caso de la eclampsia, presenta convulsiones tónico-clónicas.(Salas Ramírez, Montero Brenes, & Alfaro Murillo, 2020)

1.6. DIAGNOSTICO

La preeclampsia es un síndrome que se presenta habitualmente después de las 20 semanas de gestación y se diagnostica por hipertensión y proteinuria. La hipertensión se considera grave si alcanza cifras de al menos 160 mmHg en la sistólica ó 110 mmHg en la diastólica, o ambas. La proteinuria se define como la excreción de 300 mg o más de proteínas en 24 horas, o una concentración de 300 mg/L o mayor en al menos dos muestras urinarias tomadas con 4-6 horas de

intervalo. En ausencia de proteinuria debe sospecharse si la hipertensión se acompaña de: cefalea, visión borrosa, acúfenos, fosfenos, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho, náusea, vómito, trombocitopenia, incremento en la creatinina sérica y elevación de aminotransferasas. (Villanueva Egan & Collado Peña, 2007)

En el examen físico se valorará el compromiso de conciencia, la presencia de 3 o 4 ruidos que expresen insuficiencia cardíaca, la presencia de edemas en cara, manos y región lumbosacra. Es importante valorar el peso corporal y el fondo de ojo en el que se podrá observar vasoconstricción arteriolar y aumento de brillo retiniano en las pacientes hipertensas. El edema afecta aproximadamente al 85 % de las mujeres con preeclampsia, en estos casos es de aparición rápida y puede estar asociado con una rápida ganancia de peso. (Leonor Avena, Joerin Verónica, Dozdor, & Brés, 2007)

Dentro de los criterios para dar el diagnóstico de preeclampsia severa se encuentran: (Dra. Herrera Sánchez, PREECLAMPSIA, 2018)

Presión arterial mayor a 160/110mmHg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas diferencia más dos de los siguientes:

- Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas.
- Creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl.
- Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente.
- Oliguria menor a 500ml en 24 horas.
- Trombocitopenia por debajo de 100 000.
- Alteración en las pruebas de función hepática con valores que doblan su nivel normal.
- Trastornos visuales.
- Caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acúfenos.
- Cefalea.

- Edema pulmonar

1.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Algunas patologías que pueden confundirse con preeclampsia –eclampsia-HELLP son: Epilepsia, Hepatitis viral, Hígado Graso Agudo del Embarazo, Pancreatitis Aguda, Colelitiásis vesicular, Apendicitis, Litiasis renal, Glomerulonefritis, Síndrome Urémico-hemolítico, Púrpura Trombocitopénica autoinmune, Púrpura Trombocitopénica trombótica, Trombosis Venosa Cerebral, Encefalitis, Hemorragia Cerebral, Tirotoxicosis, Feocromocitoma, Microangiopatías

(López, Bernasconi, Lapidus, Vampa, & Vampa, Manejo de la Preeclampsia, 2006)

Debe realizarse con disfunciones renales, puede confundirse si cursa sola o principalmente con proteinuria; hipertensión crónica, aquella que empieza antes del embarazo o la hipertensión del embarazo que no presentó signos de preeclampsia o persiste después de 12 semanas post parto; enfermedades neurológicas asociadas con edema cerebral; patologías cardiopulmonares, y más específicamente con otras causas de alteraciones enzimáticas como el hígado graso del embarazo, hepatitis viral y colelitis; trombocitopenia debida a purpura trombocitopénica trombótica (PTT), la que se caracteriza por presentar fiebre, hemólisis intravascular, falla renal, trombocitopenia y alteraciones neurológicas; lupus eritematoso sistémico, que se diferencia por marcadores serológicos. (DR. Vera Carrasco, 2008)

1.7.1. TRATAMIENTO

El tratamiento de la preeclampsia grave es la finalización de la gestación. Sin embargo, cuando la edad gestacional es inferior a 34 semanas, nos encontramos ante la inmadurez fetal que condiciona un elevado riesgo de morbimortalidad

perinatal. Por ello, en estas fases precoces de la gestación, se confirma la madurez pulmonar fetal o cuando empeore el estado materno o fetal para la culminación de la gestación (Obstetricia, 2006)

1.7.2. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Usar en caso de PA diastólica >105- 110 o PA sistólica >160mmHg. Se puede utilizar Hidralazina, 5mg en bolo c/15-20min, con un máximo de 20mg/hora. Se debe controlar la PA c/15min. Si no se logra la meta (PA <160/105mmHg), se debe utilizar labetalol, de 20-40mg IV c/10-15min, con un máximo de 220mg/hora. También puede usar Nifedipina, de 10-20mg VO c/30min, con una dosis máxima de 50mg/hora. (Herold, 2018)

Las drogas recomendadas para la crisis (de acción rápida):(López, Bernasconi, Lapidus, Vampa, & Vampa, 2006)

- ⇒ Labetalol
- ⇒ Hidralazina
- ⇒ Clonidina
- ⇒ Nifedipina

En el (Consenso - Manejo de la Preeclampsia Grave - Eclampsia , 2006) **las drogas recomendadas para el manejo oral y de mantenimiento**

- ⇒ Alfa metildopa
- ⇒ Labetalol
- ⇒ Atenolol

1.8. PREVENCIÓN DE LAS CONVULSIONES CON SULFATO DE MAGNESIO

IMPREGNACIÓN: 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).

MANTENIMIENTO: 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora). (Ministerio de salud, Trastornos hipertensivos del embarazo, 2016)

1.9. VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia que presente criterios de severidad o embarazos que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar. (Dra. Herrera Sánchez, PREECLAMPSIA, 2018)

Se recomienda el uso de glucocorticoides para maduración fetal entre las 24 y 34(6). Los corticosteroides prenatales puede ser considerados para las mujeres que tienen de 24 a 34(6) semanas de gestación con hipertensión (con o sin proteinuria o signos de agravamiento), si el parto se contempla dentro de los próximos siete días. Ante la sospecha de probable nacimiento de un producto entre 24 y 34(6) semanas en menos de 24 horas se puede aplicar Betametasona o Dexametasona 12 mg intramuscular cada 12 horas por 2 dosis. Si existe evidencia de restricción de crecimiento intrauterino en mujeres con preeclampsia, se recomienda una evaluación feto placentaria que incluya a más de las pruebas de bienestar fetal, una flujometría doppler de la arteria umbilical y de la cerebral media fetal como prueba antenatal adjunta. (MSP, 2016)

1.9.1. COMPLICACIONES

Se han identificado múltiples y variadas complicaciones severas relacionadas con esta enfermedad como son:

MATERNAS:	FETALES:
Síndrome de Hellp	Nacimiento prematuro
Hemorragia obstétrica	Restricción en el crecimiento intrauterino
Desprendimiento prematuro de placenta	Oligohidramnios
Convulsiones	Sufrimiento fetal por complicaciones del parto

	antes citadas
Coagulación intravascular diseminada	
Evento cerebral vascular	
Insuficiencia renal aguda	
Edema pulmonar agudo	
Estado de coma	

Elaborado por: Alejandro Ortega Briones

La presencia de epigastralgia, náusea y vómito son indicadores de un cuadro de alto riesgo para la preeclampsia, en las mujeres embarazadas con proteinuria debe descartarse siempre la existencia de enfermedad hipertensiva y es importante que vigilancia estrecha del puerperio para detectar signos de alarma, existen señales de alarma con cita 7 días después del parto. (Cárdenas & Nuñez, 2006)

2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se basa en describir las consecuencias de la preeclampsia severa en paciente gran múltipara con insuficientes controles prenatales que durante la emergencia sanitaria fue transferida a una unidad de mayor complejidad para su resolución.

Concientizando las medidas sanitarias preventivas, durante la presente crisis sanitaria, usando puntos de vistas de diferentes autores con la finalidad de tomar las decisiones más acertadas por parte del personal de salud en la atención de las gestantes de alto riesgo en momentos de pandemia y este estudio ayuda a contribuir a disminuir la incidencia de morbimortalidad materno fetal en este caso clínico.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- ✚ Explicar la Conducta Obstétrica en Granmultípara de 34 años de edad embarazada de 38 semanas con preeclampsia severa durante emergencia sanitaria durante el año 2020.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Analizar la Conducta Obstétrica en Granmultípara de 34 años de edad embarazada de 38 semanas con preeclampsia severa durante emergencia sanitaria en el año 2020.
- ✚ Evidenciar científicamente la Conducta Obstétrica en gran multípara de 34 años de edad embarazada de 38 semanas con preeclampsia severa durante emergencia sanitaria en el año 2020.
- ✚ Argumentar la Conducta Obstétrica en Granmultípara de 34 años de edad embarazada de 38 semanas con preeclampsia severa durante emergencia sanitaria en el año 2020

4. DATOS GENERALES

NOMBRES COMPLETOS: PETRA M. P. V.

SEXO: Femenino

Cedula de identificación: **1206768119**

Fecha de nacimiento: **22-05-1986**

Nacionalidad: **Ecuatoriana**

Nivel de estudio: **Primaria**

Dirección: **Montalvo**

Edad: 34

Estado civil : Soltera

Ocupación: ama de casa

Raza: mestiza

Religión: católica

Elaborado por: Alejandro Ortega Briones

5. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

5.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 34 años de edad, que llega en ambulancia del ECU 911 referida del centro de salud Montalvo, en compañía de su pareja, para recibir valoración por el área de emergencia, presentando cuadro clínico caracterizado por cefalea de inicio en el área parietal, tipo pulsátil, para luego convertirse en holocraneana de leve a moderada intensidad de +/- 13 horas de evolución, acompañado de dolor en hipogastrio, tipo contráctil de gran intensidad, que ha ido aumentando en frecuencia, intensidad y duración, acompañado de fotopsia, nauseas, presión arterial 160/110 mmHg, y además autorefiere de controles prenatales insuficientes.

5.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

- ⇒ **Antecedentes Patológicos Personales:** No Refiere
- ⇒ **Antecedentes patológicos familiares:** Mamá Hipertensa – Abuelo paterno diabetes
- ⇒ **Antecedentes quirúrgicos:** Cesárea hace 3 años
- ⇒ **Alergias:** No refiere
- ⇒ **Hábitos:** No refiere

❖ Antecedentes Gineco-Obstetricos

- ⇒ **Menarquía:** 12 años
- ⇒ **Ciclos Menstruales:** Regulares
- ⇒ **Inicio de vida sexual:** 16 años
- ⇒ **Parejas sexuales:** 1
- ⇒ **Gestas:** 6
- Dismenorrea:** si
- Planificación Familiar:** No refiere
- Papanicolaou:** No refiere
- Partos:** 3

- ⇒ **Cesáreas:** 1 (Por DCP) **Abortos:** 2
- ⇒ **Periodo intergenesico:** 3 años
- ⇒ **Método de planificación familiar:** No planifica con ningún método anticonceptivo
- ⇒ **Fecha de la última menstruación:** No recuerda
- ⇒ **Fecha probable de parto:** 30/04/2020
- ⇒ **Edad gestacional:** 38 semanas por Ecografía
- ⇒ **Controles prenatales del embarazo actual:** 3
- ⇒ **Ecografías:** 0

5.3. ANAMNESIS

Gran Multípara de 34 años, acude a emergencia, referida del centro de salud Montalvo con Diagnostico de preeclampsia más trabajo de parto, en ambulancia del ECU 911, en compañía de su pareja, para valoración por el área de emergencia, presentando cuadro clínico caracterizado por cefalea de inicio en el área parietal, tipo pulsátil, para luego convertirse en holocraneana de leve a moderada intensidad de +/- 13 horas de evolución, acompañado de dolor en hipogastrio, tipo contráctil de gran intensidad, que ha ido aumentando en frecuencia, intensidad y duración, de +/- 7 horas de evolución, mas fotopsia y nauseas. Pareja de la paciente, refiere que a las 01:55 am, empezó con dolor abdominal tipo contráctil, localizado en epigastrio, e irradiado hacia el hipogastrio, de leve intensidad a moderado e intenso, así mismo refiere que por dos ocasiones menciona escuchar sonidos y visión borrosa, acompañado de dolor en región lumbo sacra, y cefalea leve, por lo que decide llevarla al C. S. de Montalvo, en donde el dolor se fue intensificando y al realizar examen ginecoobstetrico es referida a esta Unidad Hospitalaria con via permeable en condiciones inestables, descompensada, estuporosa con respuesta al dolor, se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan presión arterial 160/110 mmHg - Frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto - Frecuencia respiratoria 20 rpm - Temperatura 37 grados - Saturación de oxigeno 98 % - Proteinuria positiva. Se activa clave obstétrica con score mama de 7, canalización de vía, toma de muestras de laboratorio, es valorada por ginecólogo de guardia. No presenta ecografías obstétricas de control.

Ecografía Intrahospitalaria: Producto único – vivo – cefálico – longitudinal - peso: 3.250 g. - Frecuencia cardiaca fetal 142 latidos por minuto - ILA: 10.3 - Placenta grado III / III fúngica.

Tacto Vaginal: Cérvix corto – blando - pelvis útil - Dilatación 8 cm - Borramiento: 80% - I plano de hodge - Membranas integra

5.4. EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)

- **Cabeza:** Cráneo y cara normo cefálicas, fascie pálida, no hematomas, pabellón auditivo sin patología
- **Mucosas:** húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** Normoconfigurado, no abombamientos ni depresiones, mamas simétricas, Campos pulmonares ventilados, sin agregados, Ruidos cardiacos rítmicos
- **Abdomen:** globuloso ocupado por útero gestante, compatible con embarazo de 38 semanas, al realizar maniobras de leopold, feto único, vivo cefálico, longitudinal - dorso izquierdo - FCF 142 Lpm, presentación indeterminada.
⇒ **Monitoreo fetal:** Categoría I, frecuencia cardiaca fetal 142 lpm.
- **Examen obstétrico:** Cérvix blando, central, Dilatación 8 cm, Borramiento 80%, membranas integra, I Plano de hodge.
- **Extremidades:** simétricas, sin adenopatías, pulsos periféricos presentes, no edema.

Al momento del ingreso de la paciente registra un SCORE MAMA

CLASIFICACIÓN DEL SCORE MAMA		
Parámetro	Valores de la paciente	PUNTAJE
Presión arterial sistólica	160 mmHg	3

Presión arterial diastólica	110 mmHg	3
Frecuencia cardíaca	90	0
Frecuencia respiratoria	20	0
Temperatura	37 °C	0
Saturación de oxígeno	98 %	0
Estado de conciencia	Alerta	0
Proteinuria	Positiva	1
Total		7

Fuente: Archivos de Historia Clínica

Elaborado por: Alejandro Ortega Briones

5.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	* 17.86 x	10 ³ /uL	5 – 10
NEUTROFILOS	* 87.9 %	%	50 – 70
LINFOCITOS	* 7.2	%	20 – 40
HEMATOCRITO	* 34.2	%	37 – 47
HEMOGLOBINA	* 10.9	g/dl	11 – 15
HEMATIES	* 4.29	x 10 ⁶ /μL	3.5 – 5
PLAQUETAS	* 452	10 ³ /uL	150 – 450

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	Rango Referencial
BIOQUIMICA:			
GLUCOSA	86.8	mg/dl	70 – 110
UREA	19.3	mg/dl	15 - 48.50
TGO	32	U/L	HASTA 32
TGP	33	U/L	HASTA 32
CREATININA	0.55	mg/dl	0.50 – 1.20
LDH	179.00	U/L	207 - 414
BILIRRUBINAS			
BILIRRUBINA TOTAL	* 0.53	mg%	0 - 1.2
BILIRRUBINA DIRECTA	* 0.16	mg%	0.1 - 0.3
BILIRRUBINA INDIRECTA	* 0.37	mg%	HASTA 1.0

Elaborado por: Alejandro Ortega Briones

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	Rango Referencial
UROANALISIS			
PH	6	--	--
PROTEINAS	++	mg/dl	--
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl	--
LEUCOCITOS	6-8X/C	X C	--
HEMATIES	5-6X/C	X C	--
CELULAS EPITELIALES	++	--	--

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	Rango Referencial
SEROLOGIA			
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	--	
VDRL	NEGATIVO	--	
TIEMPOS			
TPT	* 44.0	Seg	30 – 45
TP	13.0	Seg	10 – 14
TIPO DE SANGRE			
GRUPO SANGUINEO	B	FACTOR RH	POSITIVO
PCR-CUANTITATIVO	33.95	mg/L	0 - 5
Anti – Totales: IgM, IgG	POSITIVO	--	
COVID-19 IGG	POSITIVO	--	
Anti-SARV COV 2 IgM/IgG(Anticuerpos Totales)	111.8		MENOR A 1.0 = NO REACTIVO MAYOR O IGUAL QUE 1.0 = REACTIVO

Elaborado por: Alejandro Ortega Briones

Ecografía Intrahospitalaria Obstétrica

Útero gestante, se observa:

Embarazo único, producto vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo de la madre, movimientos fetales presentes y espontáneos. Corazón con cuatro cavidades - Frecuencia Cardiaca Fetal: 142 Latidos Por Minuto.

⇒ **Longitud del Fémur: 37.cm**

- ⇒ **Peso:** 3.250 g
- ⇒ **Placenta:** Grado III / III Fúngica
- ⇒ **Líquido amniótico en adecuada cantidad – ILA 10.3**
- ⇒ **Impresión diagnóstica:** Embarazo de 38 semanas por ecografía +/- 1

5.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Se procedió a la formulación del diagnóstico teniendo en cuenta el cuadro clínico de la paciente, apoyándonos con los resultados de los exámenes de laboratorio complementarios lo que lleva a establecer el diagnóstico de Gran múltipara: preeclampsia severa, más covid 19.

5.7. CONDUCTA A SEGUIR

(2020-04-30)

- ✚ Se activa clave azul y además se solicita que acuda el personal de enfermería y de laboratorio para la toma de las respectivas muestras.
- ✚ Se indica al personal de enfermería la canalización de vía venosa periférica.
- ✚ Impregnación: de sulfato de magnesio 4 gramos en clna 0.9 % 80 ml pasara 300 ml hora.
- ✚ Hidralazina a dosis de 5mg intravenosa.
- ✚ Se procede a colocar sonda vesical para recolección de orina.
- ✚ Se solicita exámenes de laboratorio de: biometría hemática, química sanguínea, TP-TTP, enzimas hepáticas, glucosa, proteinuria en 24 horas, serología, PCR
- ✚ Valoración y control del Score mama
- ✚ Ecografía obstétrica, fetal
- ✚ Monitoreo materno fetal

5.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Con el inicio de la **emergencia sanitaria**, dio lugar al ausentismo en los controles prenatales por la incertidumbre que vivía el país en estos momentos y la salud de las madres con diagnósticos de *Preeclampsia Severa* se vio afectada durante la crisis complicando el diagnóstico como es el presente caso.

La falta de educación y orientación materna dentro del control prenatal durante las consultas obstétricas fue una de las principales causas de complicación materna en estas madres con insuficiente control de su embarazo.

5.9. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Dentro de las acciones que se toman para la preeclampsia severa es la terminación del embarazo donde se debe realizar ante las siguientes criterios (Petro Urrego, y otros, 2013)

- Preeclampsia severa y con embarazo no viable, menor de 24 semanas.
- Preeclampsia sin severidad y embarazo de 36-37 semanas.
- Entre las semanas 24 y 35 aplicar manejo expectante y en caso extremo terminación del embarazo cuando hay afectación uno o varios órganos que no respondan al manejo específico después de 24 horas.
- Estado fetal no satisfactorio.

6. SEGUIMIENTO

Nota de ingreso	Prescripción médica
Evolución: Paciente llega a la emergencia, referida del C.S. Montalvo con DX. Preeclampsia + Trabajo de parto, en ambulancia del ECU 911, en compañía de su pareja, en condiciones inestables,	Medidas generales: ⇒ Se activa clave azul ⇒ Se indica canalización de vías venosa periférica ⇒ Tacto Vaginal

<p>descompensada, con cuadro clínico caracterizado por cefalea de inicio en el área parietal, tipo pulsátil para luego convertirse en holocraneana de leve a moderada intensidad de +/- 13 h. de evolución, acompañado de dolor en hipogastrio, tipo contráctil de gran intensidad, que ha ido aumentando en frecuencia, intensidad y duración, de +/- 7 horas de evolución, mas fotopsia y nauseas esporádicas en dos ocasiones.</p> <p>Signos vitales que reportan. PA 160/110 mmhg. - FC 90 latidos por minuto. FR 20 rpm. Temperatura 37 grados. – SPO2 98%. - Alerta - Proteinuria positivo. Score Mama: 7. Por lo que se decide ingreso de paciente para tratamiento especializado. Al Tacto Vaginal: Dilatación: 8 cm – Borramiento 80% - II Plano de Hodge – Membranas Integras – Pelvis Útil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Colocar sonda vesical, cuantificar dosis, vigilar, reflejos osteotendinosos ⇒ Score mama ⇒ Ecografía Fetal ⇒ Monitoreo Materno Fetal ⇒ Exámenes de laboratorio ⇒ Control de signos vitales cada 30 minutos, hasta estabilizar <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Clna 0,9% - 1000cc pasar IV a 30gotas por minuto ⇒ Dosis de Impregnación con sulfato de magnesio en 80 ml, 2 ampollas para 30 minutos ⇒ Luego dosis de mantenimiento 5 ampollas de sulfato de magnesio en 450 ml pasar IV a 50 ml/hora ⇒ Nifedipino 10 mg, # 1 tableta VO c/d 20 minutos según dosis respuesta ⇒ Hidralazina 5mg IV STAT
--	---

<p>Evolución: Resultados de laboratorio alterados en los valores normales: Hematocrito 34.2 - Hemoglobina 10.9 g/dl – Neutrófilos 87.9 % - Plaquetas 452 10³/uL – PCR-Cuantitativo: 33.95 mg/L. Motivo por el cual se solicita exámenes complementarios Anti – Totales: IgM, IgG - COVID-19 IGG - Anti-SARV COV 2 IgM/IgG(Anticuerpos Totales)</p> <p>R.E.I. Producto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo, peso 3.250 g. Al tacto Vaginal: Dilatación 9 cm – Borramiento 90% - II Plano de Hodge – Actividad Uterina 4/10 – 35” Nota: Por motivo de saturación en demanda de pacientes en el hospital de Baba no estaban aceptando referencias y el Hospital Martin Icaza, solo realizaba cesáreas de emergencias, en dicha casa de salud con el fin</p>	<p>Medidas generales :</p> <p>Control de signos vitales</p> <p>PA 149/91 mmhg. - FC 86 latidos por minuto. FR 20 rpm. Temperatura 36 grados. – SPO2 99%. – Alerta - Proteinuria positivo. Score Mama: 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Control de actividad Uterina ⇒ Reportar Novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Continuar con tratamiento de sulfato de magnesio ⇒ Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 30 gotas por minuto
---	--

<p>de salvaguardar y disminuir la exposición de las gestantes en acudir a una casa de salud designada Hospital Covid, por el MSP. Motivo por el cual se decide el ingreso de la paciente. Se Oferta Esamyn sin acompañamiento de la pareja, ni apego precoz por sospechas y por medidas de covid 19, tomando las respectivas medidas preventivas para covid 19.</p>	
---	--

<p>Evolución:</p> <p>Paciente con dolor tipo contráctil, de gran intensidad y frecuencia cardíaca fetal: 136 lpm.</p> <p>Actividad Uterina 4/10 – 45”</p> <p>Dilatación: 10 cm – Borramiento: 100% - III Plano de Hodge</p> <p>Previa asepsia y antisepsia, bajo supervisión del especialista, se procede a la atención del parto, obteniendo producto único, vivo, cefálico, de sexo femenino, con apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos REM Líquido amniótico teñido ++ Parto a las 14:54 pm</p> <p>Peso 3.250 g - Talla: 49 cm – Perímetro cefálico: 33 cm – Perímetro Torácico: 32 cm – Perímetro Abdominal: 31 cm</p> <p>Se produce alumbramiento completo, realizado con manejo activo con Oxitocina 10 Unidades Internacionales IM STAT 14:55 pm.</p> <p>Útero contraído. Se sutura desgarro grado I a nivel del introito vaginal, con cromado 0. Perdida hemática cuantificada con funda retrosecal 250 cc. Se realiza pinzamiento oportuno del cordón umbilical, con el cese de latidos.</p> <p>Y se decide realizar biometría hemática de control postparto.</p>	<p>Medidas generales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Control de Signos vitales ⇒ Control de Loquios ⇒ Masaje Uterino c/d 15 minutos por 2 horas ⇒ Reposo relativo ⇒ RN pasa a cuidados de Pediatría ⇒ Consejería en Planificación Familiar ⇒ Control de Sonda vesical ⇒ Biometría hemática de control ⇒ Score mama ⇒ Control de diuresis ⇒ Reportar Novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Lactato de Ringer 1000 cc IV a + 20 Unidades Internacionales de Oxitocina a 20 gotas por minuto ⇒ Oxitocina 10 Unidades Internacionales IM - STAT ⇒ Ampicilina + Sulbactan 1.5 g IV c/d 8 horas. ⇒ Paracetamol 1 gramo VO c/d 8 horas ⇒ Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas ⇒ Continuar medicación de mantenimiento con sulfato de magnesio.
--	---

<p>Evolución:</p> <p>Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, abdomen blando despreciable no doloroso a la palpación, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos, extremidades sin edema. En su puerperio fisiológico inmediato continua en descenso de cifras tensionales, en comparación con las que llego, además manifiesta, leve mareo, cefalea.</p> <p>Analgesia con paracetamol, y antibiótico profiláctico con ampicilina.</p> <p>PA: 110/70 – FC: 78 – FR: 19 – SPO2: 99% - Temperatura: 37.2 grados- Alerta – Proteinuria (+) - Score Mama: 1</p> <p>Se obtiene resultados de laboratorio de control postparto con valores de: Hemoglobina de 10.2 - Hematocrito 31.4 - Plaquetas 416 – Neutrófilos: 80.8% y de resultados de exámenes complementarios</p> <p>Anti – Totales: IgM, IgG Positivo</p> <p>- COVID-19 IGG Positivo</p> <p>- Anti-SARV COV 2 IgM/IgG(Anticuerpos Totales) 111.8 paciente pasa a sala covid, con el objetivo de aislar y disminuir la exposición con las demás gestantes, con el fin de precautelar y reducir la exposición de contagios en sala de labor de parto.</p>	<p>Medidas generales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Control de signos vitales ⇒ Dieta completa ⇒ Control de loquios ⇒ Control de score mama ⇒ Control de diuresis ⇒ Revisión de exámenes complementarios Anti – Totales IgM, IgG - COVID-19 IGG - Anti-SARV COV 2 IgM/IgG(Anticuerpos Totales) ⇒ Pasar a sala covid 19 ⇒ Reportar novedades <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Lactato de Ringer 1000 ml intravenoso pasar a 30 gotas por minuto ⇒ Nifedipino 20 mg cada 8 horas por vía oral ⇒ Paracetamol 500 mg vía oral c/d 8 horas. ⇒ Se continuó manejo con sulfato de magnesio a 1 g/hora hasta completar 24 horas. ⇒ Se continua con Ampicilina + Sulbactan 1.5 g IV c/d 8 horas
<p>Evolución:</p> <p>Se pasa visita a la paciente en sala, covid, se encuentra consciente orientada en tiempo y espacio, abdomen blando, deprecible, no doloroso a la palpación, en buenas condiciones, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos, extremidades sin edema.</p> <p>La paciente durante la hospitalización</p>	<p>Medidas generales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Control de score mama ⇒ Analgesia y antibióticos <p>Medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 30 gotas por minuto

<p>permanece normotensa, el perfil totémico de control mostró los siguientes resultados Hemoglobina 10.9 g/dl, plaquetas 452, tiempos de coagulación normal, creatinina 0.59 mg/dl, TGO 32 U/l, TGP 33 U/l, LDH 179 U/l, bilirrubina total 0.53 mg/dl.</p> <p>La recolección de orina en 24 horas para clasificación, obteniendo un resultado de la proteinuria de 110 mg en 24 horas. Por lo que se decide disminuir la dosis de la Nifedipina a 10 mg vía oral cada 8 horas más analgesia paracetamol cada 8 horas 500 mg vía oral.</p> <p>SIGNOS VITALES: PA: 110/60 – FC: 76 – FR: 18 – SPO2: 98% - Temperatura: 37 grados – Alerta - proteinuria (+) Score Mama: 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nifedipino 10 mg cada 8 horas por vía oral ⇒ Paracetamol cada 8 horas 500 mg vía oral.
--	---

<p>Evolución: Paciente de 3 días de hospitalización, en su puerperio fisiológico mediato, termodinámicamente estable consciente orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, abdomen blando deprecible no doloroso a la palpación, en buenas condiciones, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos extremidades sin edema. Paciente presenta signos vitales en parámetros normales.</p> <p>SIGNOS VITALES : PA: 112/65 – FC: 78 – FR: 18 – SPO2: 99% - Temperatura: 36.5 grados – Alerta - proteinuria (-) Score Mama: 0</p> <p>Debido a que paciente presenta adecuada evolución clínica y con diagnóstico de covid 19 positivo, asintomático, con respaldo de los resultados de laboratorio y evolución durante su estancia hospitalaria de la paciente, se</p>	<p>Medidas generales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Alta medica ⇒ Control en 8 días en consulta externa ⇒ Medicación ⇒ Asesoría de signos de alarma ⇒ Biometría hemática de control ⇒ Lactancia artificial o recibir donación del banco de leche para él bebe por 8 días. <p>Medicación de alta :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas ⇒ Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas ⇒ Amoxicilina 500 mg vía oral cada 12 horas ⇒ Levonorgestrel 0.03 mg tableta, tomar 1 tableta vía oral c/d 8 horas luego de
---	--

<p>decide dar egreso a la madre, en calidad de cuarentena por una semana, junto al recién nacido, además se solicitó control ambulatorio para la paciente en 8 días por consulta externa con orden de hemograma completo y perfil para respectiva valoración.</p>	<p>40 días postparto</p> <p>⇒ Sulfato ferroso 50 mg vía oral cada 12 horas</p>
---	--

<p>Evolución:</p> <p>Durante el control a los 8 días a su egreso, la paciente se la encontró estable normotensa, con cifras tensionales de presión arterial sistólica 114 mm/Hg y presión arterial diastólica 82 mm/Hg, más otros signos vitales en valores adecuados examen físico sin alteraciones; la biometría de control Hemoglobina de 11 g/dl y Plaquetas 320, la proteinuria en 24 horas menor de 300 mg/24horas y signos vitales controlados durante observación intrahospitalaria por 4 días y control postparto a la semana, se reafirma el alta a la paciente por servicio de ginecología.</p>	<p>Medidas generales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Lactancia materna a libre demanda ⇒ Asesoría de signos de alarma ⇒ Asesoría en dieta y ejercicio ⇒ Asesoría en planificación familiar ⇒ Referencia al C.S. Montalvo <p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas ⇒ Sulfato ferroso 50 mg vía oral cada 8 horas, hasta completar el mes ⇒ Levonorgestrel 0.03 mg tableta, tomar 1 tableta vía oral c/d 8 horas luego de 40 días postparto
---	---

7. OBSERVACIONES

Esta patología, puede resultar mortal, en casos de no ser manejadas de manera oportuna, adecuada y correcta por el profesional de salud competente, pudiendo terminar en conclusiones desfavorables no solo para la salud materno fetal sino también para los familiares y la sociedad. Por tal motivo se ha recopilado fuentes de información distintas con el objetivo de seguir un plan adecuado para el correcto manejo de esta complicación de la gestante.

Es importante tener en cuenta, para una mejor resolución de esta complicación en mayor porcentaje, se debe tener una vigilancia y control, constante y adecuado por parte del profesional a cargo de la captación de la paciente y en el respectivo control prenatal identificando los factores de riesgo y categorizando el riesgo obstétrico

De la paciente, para proporcionar las prevenciones correspondientes y adecuada asesoría y medicación respectiva a la paciente para disminuir el desarrollo de complicaciones materno fetales del embarazo.

8. CONCLUSIONES

Mediante este estudio investigativo, se determina la importancia de las bases captadoras de pacientes gestantes con factores de riesgo y la importancia de tomar las medidas preventivas para disminuir el contagio de covid 19 y del manejo y tratamiento preventivo y oportuno en gestantes con riesgo obstétrico, ya que la gran multiparidad y la preeclampsia severa, son trastornos comunes, que derivan a complicaciones y consecuencias de los trastornos hipertensivos del embarazo. Prestando consideración por parte del profesional y la gestante, de que dichos trastornos tienen elevada repercusión en la consulta obstétrica, y lo indispensable que es para la gestante conocer los signos y síntomas de peligro tanto del embarazo como de esta patología.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII.

- Cárdenas, M. T., & Nuñez, R. M. (2006). Preeclampsia / eclampsia. *PME*, 6.
- Carrillo Esper, R., & Sánchez Zúñiga, M. d. (2013). Bases moleculares de la preeclampsia-eclampsia. *Rev Invest Med Sur Mex*, 105.
- Cerdá, J., & Pereyra Basile, J. C. (1987). Fisiopatología de la preeclampsia ¿Que hay de nuevo? *Rev. Méd. Uruguay*, 226,227.
- Di Marco, I., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Paladino, S., Ingilde, M., Domergue, G., & Velarde, C. N. (2010). Guía de práctica clínica: Estados hipertensivos del embarazo. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón*, 72.
- DR. Vera Carrasco, O. (2008). Protocolo diagnóstico terapéutico de la preeclampsia grave y eclampsia. *Revistas Bolivianas*, 4.
- Dra. Herrera Sánchez, K. (2018). PREECLAMPSIA. *REVISTA MEDICA SINERGIA*, 10.
- Dra. Herrera Sánchez, K. (2018). PREECLAMPSIA. *Revista Médica Sinergia*, 11.
- Ecuador, M. d. (2015). Control Prenatal. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, 14-15.
- Emergencias, S. N. (2020). Informe de situación COVID-19 Ecuador. *El Gobierno de Todos*, 2.
- Emergencias, S. N. (2020). Informe de Situación COVID-19 Ecuador . *Comité de Operaciones de Emergencia Nacional - Informe No. 034*, 1.
- Farra Rischmawy, E., & Carranza Velásquez, R. (1969). Morbilidad de la gran múltipara. *REV. MED. HÜNDUR*, 111.
- Herold, D. C. (Enero de 2018). Síndrome de HELLP. *Revista Médica Sinergia*, 3(1), 13.
- Herrera-Sánchez, K. (2018). PREECLAMPSIA. *Revista Médica Sinergia*, 10.
- Leonor Avena, J., Joerin Verónica, N., Dozdor, L. A., & Brés, S. A. (2007). PREECLAMPSIA ECLAMPSIA. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 22-23.
- Leonor Avena, J., Joerin, V. N., Dozdor, L. A., & Brés, S. A. (2007). PREECLAMPSIA ECLAMPSIA. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 21.
- Leonor Avena, J., Joerin, V. N., Dozdor, L. A., & Brés, S. A. (2007). Preeclampsia Eclampsia . *Revista de Postgrado de la vía cátedra de Medicina* , 22-23.
- López Mora, J. (2007). Preeclampsia-eclampsia. *Revista Latinoamericana de Hipertension* , 7,8.
- López, N., Bernasconi, A., Lapidus, A., Vampa, G., & Vampa, G. (2006). Consenso - Manejo de la Preeclampsia Grave - Eclampsia . *F.A.S.G.O*, 8.

- López, N., Bernasconi, A., Lapidus, A., Vampa, G., & Vampa, G. (2006). Manejo de la Preeclampsia. *F.A.S.G.O*, 6-7.
- López, N., Bernasconi, A., Lapidus, A., Vampa, G., & Vampa, G. (2006). Manejo de la Preeclampsia. *F.A.S.G.O*, 8.
- Martínez Linares, M. P., & Lozano de Castro, J. G. (2005). Hipertrigliceridemia y preeclampsia: papel fisiopa. *Med UNAB*, 120.
- Ministerio de salud, P. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Guía de Práctica Clínica, Segunda edición*(Segunda edición), 12.
- Ministerio de salud, P. (2016). Trastornos Hipertensivos del Embarazo. *Guía de Práctica Clínica*, 14,19.
- MSP. (2016). Trastornos Hipertensivos del Embarazo. *Guía de Práctica Clínica*, 33.
- Obstetricia, S. E. (2006). Trastornos hipertensivos del embarazo. *proSEGO*, 6.
- OPS/OMS. (2021). Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) . *OPS*, 7-8.
- Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., & Quirós Figueroa, L. (2020). Actualización en preeclampsia . *SOMEA SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA*, 340.
- Petro Urrego, G. F., Cadena Rojas, A. E., Rubiano García, G., Martínez Echeverry, E. G., Peña Aponte, C., & Mora Moreno, M. L. (2013). Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. *BOGOTA HUMANA*, 13.
- R. Mojica, C. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 67.
- Salas Ramírez, B., Montero Brenes, F., & Alfaro Murillo, G. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 532.
- Susacasa, S. (2014). Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbilidad materna. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 111.
- Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Elsevier Public Health Emergency Collection* , 6.
- Villanueva Egan, L. A., & Collado Peña, S. P. (2007). Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. *Medigraphic*, 58.

10. ANEXOS

Bioquímica sanguínea Enzimas **Hematología** Hemostasia Inmunoserología Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	4.00	x 10 ⁶ /μL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	* 10.2	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	* 31.4	%	37 - 47
MCV	* 78.5	fL	80 - 100
MCH	* 25.5	pg	27 - 34
RDW-CV	* 17.0	%	11 - 16
PLAQUETAS	416	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	9.4	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	* 13.09	10 ³ /uL	5 - 10
NEUTROFILOS#	* 10.58	10 ³ /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	1.69	10 ³ /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.65	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.09	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.01	10 ³ /uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	* 80.8	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 12.9	%	20 - 40
MONOCITOS%	5.0	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	0.7	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.1	%	0 - 1
MCHC	32.5	g/dl	32 - 36
RDW-SD	48.7	fL	35 - 56
GRUPO SANGUINEO	B		-
FACTOR RH	POSITIVO		-
TIEMPO DE COAGULACION	6 minutos 30 segundos	min.seg	5 - 10
IG%	0.5	%	-

Usuario Valida: NOELIA DEL PILAR JACOME YULAN

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia **Inmunoserología** Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
VDRL	NO REACTIVO		--
HIV 1 + 2 PRUEBA RAPIDA	NO REACTIVO		--

Usuario Valida: NOELIA DEL PILAR JACOME YULAN

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia **Uroanálisis** Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
UREA	19.3	mg/dl	15 - 48.5
CREATININA	0.55	mg/dl	0.50 - 1.20
ACIDO URICO	* 7.20	mg/dl	2.6 - 6
BILIRRUBINA TOTAL	0.53	mg%	adulto hasta 1.2 neonato hasta 15 dias 6.0 - 8.0 neonato 1 dia hasta 11.0
BILIRRUBINA DIRECTA	0.16	mg%	0.1 - 0.3
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.37	mg%	HASTA 1.0

Usuario Valida: WILLIAM RICARDO VITERI CONTRERAS

Bioquímica sanguínea **Enzimas** Hematología Hemostasia Inmunoserología Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TGO (AST)	46	U/L	HASTA 32
TGP (ALT)	36	U/L	HASTA 32

Usuario Valida: NOELIA DEL PILAR JACOME YULAN

Inmunoserología Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
Anti - Totales: IgM, IgG	POSITIVO		-
COVID-19 IGG	POSITIVO		-

Usuario Valida: RAYNER ALBERTO BUSTAMANTE PAREDES

Consultar Ordenes 1207

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
FERRITINA	1.895.0	ng/ml	NIÑOS 7 - 140 ADULTOS HOMBRES 30 - 400 MUJERES 13 - 150
PCR - CUANTITATIVO	* 33.95	mg/L	0 - 5

Usuario Valid: Consultar Ordenes ARITA CHANG TEJADA

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Uroanálisis Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TGO (AST)	32	U/L	HASTA 32
TGP (ALT)	33	U/L	HASTA 32
LDH	179.00	U/L	207 - 414

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Uroanálisis Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TP	13.0	seg	10 - 14
TPT	44.0	seg	30 - 45

Usuario Valida: WILLIAM RICARDO VITERI CONTRERAS

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Inmunoserología Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
UREA	15.4	mg/dl	15 - 48.5
CREATININA	0.59	mg/dl	0.50 - 1.20
ACIDO URICO	* 6.90	mg/dl	2.6 - 6

Usuario Valida: NOELIA DEL PILAR JACOME YULAN

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Uroanálisis Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
PH	6		
ASPECTO	LIG-TURBIO		
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dL	
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dL	-
CETONA	NEGATIVO	mg/dL	
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL	-
BILIRRUBINA	NEGATIVO	mg/dL	
NITRITOS	NEGATIVO		
LEUCOCITOS	6-8X/C	X C	-
HEMATIES	5-6X/C	X C	-
CILINDROS	AUSENTES		-
CRISTALES	AUSENTES		-
FILAMENTOS MUCOSOS	AUSENTES		-
CELULAS EPITELIALES	++		-
BACTERIAS	+		-
LEVADURAS	AUSENTES		-
LEUCOCITOS	NEGATIVO		-
HEMOGLOBINA	NEGATIVO		-
COLOR	AMARILLO		-
DENSIDAD	1.010		-

Usuario Valida: NELLY ISABEL AMAIQUEMA MARQUEZ

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología Hemostasia Uroanálisis Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	4.29	x 10 ⁶ /µL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	* 10.9	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	* 34.2	%	37 - 47
MCV	* 79.7	fL	80 - 100
MCH	* 25.4	pg	27 - 34
RDW-CV	* 17.1	%	11 - 16
PLAQUETAS	* 452	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	9.2	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	* 17.86	10 ³ /uL	5 - 10
NEUTROFILOS#	* 15.69	10 ³ /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	* 1.28	10 ³ /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.77	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.02	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.02	10 ³ /uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	* 87.9	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 7.2	%	20 - 40
MONOCITOS%	4.3	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	* 0.1	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.1	%	0 - 1
MCHC	* 31.9	g/dl	32 - 36
RDW-SD	49.7	fL	35 - 56
IG%	0.4	%	-

Bioquímica sanguínea

Enzimas

Hematología

Hemostasia

Inmunoserología

Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TP	12.0	seg	10 - 14
TPT	43.0	seg	30 - 45

Usuario Valida: NOELIA DEL PILAR JACOME YULAN