



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“PREECLAMPSIA ASOCIADA A VASA PREVIA”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Pineda Vaca, Vanessa Tatiana

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: **“PREECLAMPSIA ASOCIADA A VASA PREVIA”** de Pineda Vaca Vanessa Tatiana, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, septiembre 2016

EL TUTOR.

.....
Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis del presente caso clínico: **“PREECLAMPSIA ASOCIADA A VASA PREVIA”** así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, octubre 2016

EL AUTORA.

.....
Pineda Vaca Vanessa Tatiana

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este análisis de Caso Clínico o parte de, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi análisis de caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Octubre 2016

EL AUTORA.

.....
Pineda Vaca Vanessa Tatiana

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“PREECLAMPSIA ASOCIADA A VASA PREVIA”**, elaborado por Pineda Vaca Vanessa Tatiana estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2016

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE /A

.....

1er VOCAL

.....

2 do VOCAL

DEDICATORIA

Este mi trabajo de grado está dedicado a quienes siempre creyeron en mí en quienes desde el principio lucharon a mi lado sufrieron y se alegraron conmigo mis padres Peregrino Pineda y Mariana Vaca quienes han sido el pilar de mi vida y mi carrera quienes me enseñaron que el dinero no lo es todo en la vida y que se puede ser feliz con solo hacer lo que te gusta y estar con los que amas, ellos me han acompañado toda esta larga trayectoria.

A mis hermanas Alexandra y Gissela Pineda Vaca quienes siempre con una palabra daban paz a mi alma y aquietaban mis ganas de dejarlo todo, quienes con sus locuras y risas me alegran en momentos difíciles.

A mis abuelitos y mi familia entera por entender en cada reunión familiar extrañarme y sentir su presencia por medio de una palabra aunque no esté ahí con ellos siempre su amor brindado ayudaban a crecer mi sueño.

A mi esposo quien por estos 3 años estuvo pendiente de mi de mi carrera quien con su amor y sus palabras aumentaba mis ganas de luchar por mi sueño.

A todos ellos un Dios le pague y un gracias que por Uds. estoy aquí y seguiré luchando día a día para mejorar y llegar aún más lejos todo le la mano de Dios.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento en primer lugar a Dios ya que gracias a el he podido llegar a cada una de mis metas hasta hoy y me seguirá ayudando a conseguirlas, a cada persona que ha estado a mi lado en este largo proceso en especial a mis padres Peregrino Pineda y Mariana Vaca ya que sin ellos esto no sería posible, ellos fueron quienes siempre impulsaron mi deseo de seguir quienes cuando me vieron mal y con ganas de abandonar mis sueños isieron que con ganas luce cada día, a mis hermanas quienes también lloraron conmigo y me dieron siempre una palabra de aliento, al igual que mis abuelitos mis tíos y primos un Dios les pague por todo.

A todos mis maestros que han sido el pilar fundamental de enseñanza, que me llenaron de conocimientos y experiencia para enfrentarme a todas las situaciones y poder actuar sin miedo y con toda la seguridad de hacer lo que es correcto.

Índice

Portada	i
Aprobación del tutor	iii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos de autor	iv
Aprobación del jurado examinador	v
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Resumen	ix
Summary	xi
1. Introducción	1
2. Objetivos:	3
3. Recopilación y descripción de las fuentes de información disponibles	3
4. Desarrollo	4
4.1. Presentación del caso	4
4.2. Descripción de factores de Riesgo	14
4.3. Análisis del caso clínico	15
4.4. Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud	28
4.5. Identificación de los puntos críticos.	30
4.6. Caracterización de las oportunidades de mejora	30
Tabla 3 Oportunidades de mejora	31
5. Conclusiones	31
6. Referencias bibliográficas	33
7, Anexos	36

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“PREECLAMPSIA ASOCIADA A VASA PREVIA”

Autora: Pineda Vaca Vanessa Tatiana

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Fecha: Ambato, Septiembre del 2016

RESUMEN

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria luego de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edema en miembros inferiores pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo, puede causar graves complicaciones tanto para la mujer como para el feto.

La vasa previa es una rara causa de hemorragia del tercer trimestre del embarazo, en la cual vasos sanguíneos provenientes de la placenta se interponen entre la presentación y el orificio cervical interno. Se trata de una patología que en la mayoría de los casos no se diagnostica durante el embarazo sino se la busca específicamente, siendo responsable de una alta mortalidad perinatal que oscila entre 60% a 90%, según distintas fuentes bibliográficas.

Se presenta un caso de una paciente femenina de 38 años, con embarazo de 31 semanas diagnosticado por ecografía, acude por cefalea holocraneana de moderada intensidad tipo punzante que aumenta con la actividad, acompañado de sangrado vaginal, hace +/-24 horas en poca cantidad color rojo rutilante, hace 20 horas refiere disminución de movimientos fetales, hace 12 horas añade dolor abdominal tipo continuo de moderada a gran intensidad localizado en epigastrio, se realiza ecografía en la cual se evidencia placenta previa oclusiva parcial y a descartar vasa previa, se evidencia en el monitoreo fetal electrónico compromiso del bienestar fetal, por lo que se realiza cesárea de emergencia encontrándose feto único vivo prematuro ingresado a neonatología, en este caso clínico se analizará la asociación entre preeclampsia y vasa previa que al no encontrársela también se la descartará, al mismo tiempo se determinará los factores de riesgo así como el diagnóstico y tratamiento de las patologías tratadas en el tema.

PALABRAS CLAVES: VASA_PREVIA, METRORRAGIA, (SANGRADO_VAGINAL), PLACENTA, PRESENTACIÓN, ECOGRAFÍA, PREMATURO.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"PREECLAMPSIA ASSOCIATED TO PREVIOUS VASA"

Author: Pineda Vaca Vanessa Tatiana

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Date: Ambato, october of 2016

SUMMARY

The Preeclampsia is defined as the appearance of hypertension and proteinuria after the week 20 of the pregnancy. It is in the habit of accompanying of edema in low members but the presence is not necessary of these to be diagnosed. It is an own disease of the pregnancy of which they can treat the symptoms, but only he recovers with the ending of the same one, can cause serious complications both for the woman and for the fetus.

The previous vasa is a rare reason of hemorrhage of the third quarter of the pregnancy, in which blood glasses from the placenta intervene between the presentation and the cervical internal orifice. It is a question of a pathology that in most cases is not diagnosed during the pregnancy but she is looked specifically, being responsible for a high mortality perinatal that ranges between 60 % to 90 %, according to different bibliographical sources.

There presents a case of one 38-year-old feminine patient, with pregnancy of 31 weeks diagnosed by ultrasound scan, there comes for migraine holocraneana of moderate intensity sharp type that it increases with the activity, accompanied of bled vaginal, does +/-24 hours in few quantity red sparkling color, 20 hours ago it recounts decrease of foetal movements, 12 hours ago abdominal pain adds constant type of moderated to great intensity located in upper abdomen, there is realized ultrasound scan in which there is demonstrated previous occlusive partial placenta and to rejecting vasa previous, there is demonstrated in the foetal

electronic monitoring commitment of the foetal well-being, by what emergency Caesarean is realized being the only alive fetus premature baby deposited to neonatology, in this clinical case the association was looking between preeclampsia and vasa previous that on not having been it also was discarding it, at the same time one was determining the factors of risk as well as the diagnosis and treatment of the pathologies treated in the topic.

KEY WORDS: VASA_PREVIA, METRORRAGIA, PLACENTA, PRESENTATION, ULTRASOUND SCAN, PREMATURE BABY.

1. INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia es la aparición de hipertensión y proteinuria luego de la semana 20 del embarazo. Es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto. Se suele acompañar de edemas en miembros inferiores pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas. Si no se trata adecuadamente causa de graves complicaciones tanto para la mujer como para el feto. En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome HELLP, pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, Coagulación Intravascular Diseminada, etc. que explican que sea una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados.⁽¹⁾⁽²⁾

En el feto, se suele acompañar de insuficiencia placentaria que suele manifestarse por enlentecimiento o restricción del crecimiento intrauterino, pero que puede llegar a provocar la muerte fetal. Es habitual que el estado fetal, si no lo ha hecho antes la situación de riesgo materno, obligue a terminar la gestación antes de término, de forma que junto a la rotura prematura de membranas, es una de las causas más frecuentes de prematuridad extrema.⁽¹⁾

La Vasa Previa es una condición anatómica rara, en la cual los vasos sanguíneos de la placenta corren a través de las membranas cruzando sobre el orificio cervical interno, anteponiéndose a la presentación. La frecuencia de presentación reportada a nivel internacional es de 1:2.500⁽³⁾⁽⁴⁾, aunque posiblemente es subdiagnosticada. Su importancia se debe a su elevada mortalidad en caso de rotura de los vasos y a la muy frecuente falta de diagnóstico prenatal. La tasa de mortalidad fetal se encuentra de 60% a 95%, y es producto de hipoxia o hemorragia debido a la rotura de uno de estos vasos al momento de la amniorrexis o durante el trabajo de parto o parto, o a la compresión de los vasos sanguíneos por la presentación.⁽⁵⁾

Se diferencian dos tipos de Vasa Previa: en el tipo I vasos velamentosos cruzan sobre la porción uterina debido a una inserción velamentosa del cordón umbilical, el cordón se

inserta en las membranas ovulares y no en el tejido placentario, en la Vasa Previa tipo II se produce el cruce de vasos fetales entre uno o más lóbulos accesorios de la placenta.

Una vez que el sangrado genital ocurre, las posibilidades de supervivencia del producto son mínimas por lo que es obligante tomar rápidas decisiones, es decir la terminación del embarazo vía alta. La cesárea es así mismo la conducta de elección, una vez diagnosticada por ecografía. ⁽⁹⁾

Se ha descrito la utilidad de diferentes tecnologías para el diagnóstico, de las cuales hay reportes de la amnioscopia, pero este examen necesita un entrenamiento especial en un hospital de tercer nivel, sus costos son elevados, presenta limitaciones en el diagnóstico y complicaciones secundarias al procedimiento.

Dada la baja frecuencia de la vasa previa, el reto diagnóstico que representa para el ginecólogo y la importancia de tenerla en cuenta dentro del diagnóstico del sangrado del segundo y tercer trimestres. ⁽⁵⁾

La Vasa Previa puede no ser sospechada hasta que sucede la ruptura de los vasos umbilicales. Cuando se diagnostica antes del trabajo de parto, los resultados perinatales son mejores. Con la ecosonografía transvaginal en combinación con Doppler color la Vasa Previa puede ser diagnosticada desde las 16 semanas de gestación. Cuando la Vasa Previa es detectada en el período prenatal, la realización de una cesárea entre las 35 semanas de edad gestacional. Incluso se plantea la hospitalización de la paciente entre las 30 y 32 semanas. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“PREECLAMPSIA ASOCIADA A VASA PREVIA”

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

2.1.1. Evaluar el manejo diagnóstico de preeclampsia y vasa previa.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Analizar de métodos utilizados para el diagnóstico de preeclampsia.

2.2.2. Aprender la pertinencia de los métodos complementarios para el diagnóstico de vasa previa.

2.2.3. Valorar la conducta tomada con la paciente en el servicio de emergencia del Segundo Nivel de Salud.

2.2.4. Detectar los puntos críticos que se presentan respecto al sistema de salud para el retraso del diagnóstico de preeclampsia y vasa previa.

2.2.5. Determinar la existencia de asociación entre preeclampsia y vasa previa.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La información obtenida en la presente historia clínica ha sido de forma directa, de la propia paciente; la misma que fue colaboradora al momento de brindarnos respuestas al interrogatorio. La descripción detallada de los problemas encontrados se basa además, en el análisis crítico de la historia clínica física perteneciente al Hospital Provincial General Docente Ambato, algunos datos importantes no constaban en la misma por lo que fueron obtenidos de forma directa a la paciente a través de una entrevista y de manera indirecta a los familiares; además de la colaboración del personal de salud que se encontraba en contacto con la paciente.

3.1. Campo:

Médico – Hospital Provincial General Docente Ambato

3.2. Fuentes de recolección:

La descripción detallada de los problemas encontrados se basa en el análisis crítico de la historia clínica, perteneciente al Hospital Provincial General Docente Ambato.

Además se ha obtenido información en internet, artículos científicos, libros médicos, revistas médicas, guías y manuales referentes al tema propuesto.

3.3. Documentos a revisar:

Hoja de 008 de emergencia, hoja de anamnesis al momento del ingreso de la paciente a hospitalización, reporte de exámenes de laboratorio e imagen, parte operatorio, reporte de histopatología, hoja de epicrisis y hoja de contarreferencia al momento del alta.

3.4. Personas clave a contactar:

Expertos en el tema de análisis (Médicos tratantes del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Ambato).

3.5. Instrumentos:

Entrevista directa a la paciente (historia clínica), computador, internet, bolígrafo, papel, dinero, cámara fotográfica.

4. DESARROLLO

4.1. Presentación del caso

DATOS DE FILIACION

El presente caso clínico trata de paciente de sexo femenino, 38 años de edad, mestiza, casada, instrucción primaria completa, nacida y residente en Pillaro, ocupación quehaceres domésticos, tipo de sangre desconoce, religión católica.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- Alimentación: 5 veces al día.
- Micción: 2 veces al día.
- Deposición: 1 vez al día.
- Sueño: 6 – 8 horas diarias.

HISTORIA SOCIOECONOMICA

Paciente habita en casa arrendada en zona rural cuenta con todos los servicios básicos, casa de bloque de 2 pisos, consta de 2 habitaciones en la cual viven 3 personas esposos e hija, cuenta con cocina y un baño económicamente dependen de la agricultura.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

- Madre fallece con leucemia

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- Cirugía de angiomas cervicales hace 17 años

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Como antecedentes ginecobstetricos presenta menarquia a los 14 años, telarquia 13 años, ciclos menstruales regulares de 28 días y de 3 días de sangrado. Inicio de vida sexual activa a los 18 años, parejas sexuales 1 pareja, no refiere haber sido diagnosticada de enfermedades de transmisión sexual, test de Papanicolaou hace 1 año el ultimo, métodos de planificación familiar mesigyna por 5 años, Fecha de la última menstruación desconoce.

Gestas: 4 Abortos: 2 Partos: 0 Cesáreas: 1

Hijos Vivos: 1 Hijos Muertos: 2

Primera gesta: gestación aborto espontaneo a las 13 semanas hace 15 años.

Segunda gesta: aborto hace 14 años.

Tercera gesta: cesárea por Preeclampsia hace 13 años sexo femenino.

Cuarta gesta: actual embarazo de 31 semanas por ecografía

Controles: 3

Ecografías: 2

MOTIVO DE CONSULTA

- Cefalea
- Sangrado vaginal

ENFERMEDAD ACTUAL (31/12/2015)

Paciente con embarazo de 31 semanas diagnosticado por ecografía, refiere hace 28 horas como fecha real cefalea holocraneana de moderada intensidad tipo punzante, sin causa aparente que aumenta con la actividad, no hay escotomas ni acufenos, hace 24 horas agrega sangrado vaginal en poca cantidad, color rojo rutilante, sin causa aparente, sin mal olor, con coágulos, hace 20 horas refiere disminución de movimientos fetales, hace 12 horas se agrega dolor abdominal localizado en epigastrio tipo continuo, sin irradiación aumenta con la ingesta de alimentos, no es automedicada.

REVISION ACTUAL DE SISTEMAS

No refiere.

EXAMEN FÍSICO

En emergencia se recibe a paciente estable con signos vitales:

TA: 130/90 mmHg

FC: 74 x´

FR: 20x´

T°: 36.6 °C

- Paciente consciente, hidratada, orientada en tres esferas, afebril, conjuntivas leve palidez.
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.
- Pulmones: murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: Útero gestante altura de fondo uterino: 4cm sobre el ombligo, feto único longitudinal podálico, dorso derecho, frecuencia cardiaca fetal 140x´ actividad uterina: (negativa).
- Región inguinogenital: presencia de sangrado genital, en poca cantidad, rojo rutilante, presencia de coagulo pequeño.
- Tacto vaginal: cérvix posterior, II plano, membranas integras, presencia de moco y eliminación de coagulo de sangre pequeño rojo rutilante.
- Miembros inferiores edema +++/++++, reflejo rotuliano 3/5

Lista de problemas

Problemas activos

- Cefalea
- Dolor abdominal
- Sangrado genital
- Edema de Miembros Inferiores
+++/++++
- Leve Palidez
- Tensión arterial 130/90

- Antecedente de aborto

Problemas pasivos

- Edad
- Antecedente de preeclampsia
- Nivel socio económico bajo

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de sangrado genital del 3er trimestre de embarazo y signos y síntomas de preeclampsia

Causas de sangrado genital en el 3er trimestre de embarazo					
	Placenta previa	Desprendimiento normoplacentario	Vasa previa	Preeclampsia	Síndrome de hellp
Cefalea				x	
TA 130/90				x	x
Dolor abdominal					x
Sangrado genital	x	x			
Edema				x	
Palidez	x	X			
edad	x	x	x	x	x
Antecedente de preeclampsia				x	
Antecedente de aborto					

Diagnóstico presuntivo

Preeclampsia

Placenta previa

Vasa previa

Desprendimiento normoplacentario

Plan diagnóstico

Exámenes complementarios a solicitar:

Laboratorio

- **Biometría hemática:** con el objetivo de identificar anemia de diferente origen, plaquetopenia para descartar síndrome de Hellp
- **Química sanguínea básica:** Glucosa, Urea, Creatinina, ácido úrico
- **Enzimas hepáticas:** TGO, TGP: su elevación determina lesión o necrosis de los hepatocitos por lo que nos confirmaría el diagnóstico de síndrome de hellp.

Imagen:

Ecografía abdominal: Es muy importante, que se la realice varios controles en especial si existe la sospecha de alguna alteración de la inserción placentaria, además importa establecer la relación de la placenta con el orificio cervical interno, a fin de formular el diagnóstico de vasa previa. Pero es no es específico para esta patología. ⁽¹⁶⁾

Ecografía obstétrica: el ultrasonido intravaginal es muy importante puesto que esta patología puede ser diagnosticada por este medio. ⁽¹⁴⁾

Ecografía transvaginal con estudio doppler: con este estudio se puede observar la anomalía de la inserción de los vasos placentarios. ⁽¹⁶⁾

Monitoreo fetal electrónico: es muy importante la valoración del estado fetal para tomar decisiones de emergencia si fueran necesarias.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS EN LA PACIENTE

Luego de valoración de paciente se procede a realizar los exámenes complementarios de rutina correspondientes en donde se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 2. Resultados de exámenes (31/12/2015)

BIOMETRIA HEMÁTICA	
PARÁMETROS	RESULTADO
Leucocitos	9.52
Neutrófilos	75.1 %
Linfocitos	19.6%
Hematocrito	43.3 %
Hemoglobina	14.0 mg/dl
HCM	28.5 pg
CHCM	32.3 g/dl
VCM	88.1 fL

Plaquetas	160000
TP	9 seg.
TTP	28 seg.
QUIMICA SANGUINEA	
Glucosa	101.5 mg/dl
Urea	50.1 mg/dl
Creatinina	1.11mg/dl
Ácido úrico	7.9 mg/dl
TGO	378.4 mg/dl
TGP	334.2
LDH	610
MICROSCOPICO ELEMENTAL DE ORINA	
Densidad	1015
pH	6
Proteínas	300 mg/dl
Piocytes por campo	0-2
Eritrocitos por campo	28-50
Bacterias	++
Hemoglobina	+++
Cetona	+

ECOGRAFÍA

Feto único, pelviano, DBP 81, CC310, CA 275, LF 62, placenta previa oclusiva parcial, a descartar Vasa Previa, Líquido Amniótico normal, peso 2000gr. ver anexo 1

MONITOREO FETAL ELECTRONICO

Categoría II no mejora con reanimación intrauterina

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA AL INGRESO

- Embarazo de 31 semanas por ecografía + Preeclampsia grave + placenta previa oclusiva parcial, a descartar Vasa Previa.

PLAN PROPUESTO EN EMERGENCIA

1. Hidratación: Lactato Ringer 1000 cc IV
2. Reposo absoluto
3. Ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia.

HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Paciente estable con signos vitales:

TA: 150/100 mmHg FC: 88 x' FR: 22x' T°: 37.2 °C

Al examen físico

- Paciente consiente, hidratada, orientada en tres esferas, afebril.
- Mamas: suaves no masas.
- Abdomen: Útero gestante feto único, vivo, podálico, dorso derecho, FCF140x'.
Altura del fondo uterino: 6cm sobre el ombligo.
- Región inguinogenital: presencia coagulo pequeño.

Impresión diagnóstica:

- ❖ Embarazo de 31 semanas por ecografía + Preeclampsia grave + placenta previa oclusiva parcial, a descartar Vasa Previa
- ❖ Compromiso del bienestar fetal.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO AL INGRESO

1. NPO
2. Control de signos vitales

3. Curva térmica
4. Control I/E
5. MFE cada 4 horas
6. Cesárea
7. Lactato Ringer 1000 cc
8. Betametasona 12mg IM stat
9. Impregnación con sulfato de mg 4gr stat
10. Cefazolina 2gr IV 30 min antes de la cirugía
11. Nifedipino 1 tableta si TA es mayor de 160/100
12. Exámenes complementarios: biometría hemática, elemental y microscópico de orina, química sanguínea, ecografía obstétrica.

NOTA POSTOPERATORIA

01/01/2016 2:40 AM

Bajo normas de asepsia y antisepsia y bajo anestesia raquídea se realiza cesárea más salpingectomía en donde se encuentra:

- Cicatriz pfannestiel previa
- Útero gestante
- Líquido claro escasos grumos
- Placenta previa marginal
- Vasa Previa
- Recién Nacido vivo femenino pre término temprano
- Anexos aparentemente normales
- Sangrado +-1500cc

EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE

01/01/2016 (VER ANEXO 2)

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, mucosas orales Húmedas

CP: normal

Abdomen: suave depresible leve dolor a la palpación a nivel de área quirúrgica.

RIG: loquios hemáticos escasos

Extremidades: sin edemas

Impresión diagnóstica:

- ❖ Embarazo de 31 semanas por ecografía + Preeclampsia grave + síndrome de hellp incompleto + Vasa Previa + Anemia posthemorrágica aguda.

Indicaciones:

- Dieta blanda.
- CSV
- Control de signos de vasoespasmo
- Control de posibles convulsiones
- Control de I/E
- Control de edema
- Control de Rots
- Dextrosa en agua al 5% 1000cc+ 24gr de sulfato de magnesio pasar a 1gr hora
- Lactato ringer 1000cc+ 20UI oxitocina+100mg tramadol IV cada 12 horas
- Nifedipino 10mg si TA es mayor a 160/110
- Sonda vesical permanente.

02/01/2016– Ginecología y Obstetricia

Paciente refiere dolor abdominal de leve intensidad, localizado a nivel de hipogastrio tipo continuo. Al examen físico se presenta leve dolor a nivel de área quirúrgica

Indicaciones:

- Dieta blanda
- CSV+AFU+SG
- Control de signos de vaso espasmo
- Control de posibles convulsiones
- Nifedipino 10mg si TA es mayor a 160/110
- Dexametasona 8mg IM cada 12 horas
- Perfil toxémico de control

- Completar esquema de hidratación y retirar
- Paracetamol 1gr vo cada 8 horas
- Hierro más ácido fólico 1 tableta diaria

03/01/2016 – Ginecología y Obstetricia

Paciente en condición estable no refiere molestias, exámenes evidencian plaquetopenia por lo que se decide mantener en observación a la paciente con las mismas indicaciones.

06/01/2016 Ginecología y Obstetricia

Paciente en condición estable se reciben resultados de exámenes de control evidenciando plaquetas en niveles normales y con mejora evidente en los demás parámetros pero aun con niveles elevados de enzimas hepáticas, paciente pide alta voluntaria exonerando al personal médico y de enfermería por cualquier evolución desfavorable.

4.2. Descripción de factores de Riesgo

- Edad: en la actualidad se considera que existe un mayor riesgo de desarrollar Preeclampsia en mujeres con edad mayor a 35 años.
- Lugar de vivienda: al encontrarse en una zona rural no tiene un acceso fácil a establecimientos de salud y a sus servicios por lo que no hay prevención y buen control de su embarazo y sus factores de riesgo.
- Nivel socioeconómico: refiere un nivel socioeconómico bajo, ya que su esposo se dedica a las actividades del campo, por lo que no tiene una fuente fija de ingresos económicos y la paciente se dedica a los quehaceres domésticos, sin ningún tipo de ingresos económicos. Esto determina que la paciente no tenga interés en controlar su embarazo.

- Abortos: sus dos abortos anteriores dan la posibilidad de una mala evolución del nuevo embarazo por lo que necesita un mayor control, el cual la paciente no se realiza por ser un embarazo no planificado.
- Preeclampsia en embarazo anterior es un factor en el cual da la posibilidad de en un nuevo embarazo volver a tenerlo e incluso tener mayores complicaciones por lo que paciente necesita ser manejada en un hospital de tercer nivel.

4.3. Análisis del caso clínico

Se presenta un caso de una paciente femenina de 38 años, con embarazo de 31 semanas por ecografía, acude por cefalea holocraneana de moderada intensidad tipo punzante que aumenta con la actividad, acompañado de sangrado vaginal, hace +/-24 horas en poca cantidad color rojo rutilante por lo que envían reposo, hace 12 horas añade dolor abdominal tipo continuo de moderada a gran intensidad localizado en epigastrio, se evidencia en el examen físico sangrado vaginal rojo rutilante, este cuadro clínico nos encamina a 3 diagnósticos principales preeclampsia, vasa previa, placenta previa.

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria luego de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto. Esta enfermedad está presente en nuestra paciente pues cumple con varios de los criterios para ser catalogada como tal. ⁽¹⁾

- Preeclampsia es una enfermedad que aumenta en frecuencia de presentación por los factores de riesgo de cada paciente por lo cual al tener la paciente un antecedente del embarazo anterior esta patología es acertada como posible diagnóstico. ⁽⁴⁾
- Vasa previa: La vasa previa es una condición anatómica raramente reportada, en la cual los vasos sanguíneos de la placenta corren a través de las membranas cruzando sobre el orificio cervical interno, anteponiéndose a la presentación. Se reconocen

varios factores considerados de riesgo o relacionados con esta entidad clínica, como son: placenta de inserción baja, placenta previa, variaciones anatómicas de la placenta (bilobulada, succenturiada), un embarazo producto de fecundación in vitro o embarazo múltiple. Al tener en nuestra paciente factores de riesgo y la clínica de la misma nos da también esta patología como posible diagnóstico. ⁽⁵⁾

- Placenta previa: Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. Siempre debe sospecharse Placenta Previa en mujeres con hemorragia uterina durante la 2ª mitad del embarazo. El diagnóstico rara vez puede establecerse mediante el examen clínico, que de hecho debe evitarse por la posibilidad de producir hemorragia. En nuestra paciente con los signos clínicos observados se podría también tener a esta patología como posible diagnóstico. ⁽⁵⁾

Para llegar a un diagnóstico definitivo es necesario un plan diagnóstico con una red de exámenes complementarios de laboratorio e imágenes, en los de laboratorio se pedirá: biometría hemática, glucosa, urea, creatinina, TGO, TGP, en los de imagen se incluirá ecografía abdominal, obstétrica, con eco doppler a color. Cada uno de los exámenes complementarios seleccionados nos van ayudar a encaminar nuestro diagnóstico y a confirmarlo.

Biometría hemática (Tabla 1) esta fue realizada el día que ingreso y fue realizada la cesárea de emergencia en la que se observa un valor dentro de lo normal (9.52mg/dl), con diferencial de 72% de neutrófilos, 19% linfocitos, se evidencia una desviación de la función leucocitaria es decir una neutrofilia que nos demuestra además un patrón infeccioso en nuestra paciente, además se encuentra hemoglobina y hematocrito dentro de los parámetros normales pero si con tendencia a la disminución, para corroborar el diagnostico al ingreso de la paciente se realiza una ecografía en la cual se observa: Feto único, pelviano, DBP 81, CC310, CA 275, LF 62, placenta previa oclusiva parcial, a descartar Vasa Previa, Líquido Amniótico normal, peso 2000gr. ver anexo 1

Además se realiza un monitoreo fetal electrónico para ver el estado del feto en el cual se encuentra categoría II se intenta la reanimación intrauterina sin lograr la misma y al

encontrar un sufrimiento fetal agudo se realiza cesárea de emergencia, En la biometría realizada el siguiente día de la operación (tabla 2) en la que se encuentran un cambio sustancial en hemoglobina y hematocrito de nuestra paciente en la que se observa una anemia posthemorrágica aguda teniendo valores de hemoglobina 9.2mg/dl y hematocrito 28.1mg/dl, además de una disminución de plaquetas con un número de 97000, encontramos además en la química sanguínea una elevación de las enzimas hepáticas TGO 384 U/L TGP 670.6 U/L lo que nos da además un nuevo diagnóstico en nuestra paciente como es el síndrome de HELLP que en este caso es una complicación de preeclampsia, en el siguiente control realizado a la paciente 4 días después se encuentra una elevación de las plaquetas por lo que se encuentra una mejoría del estado de la paciente.

Para continuar con un mejor diagnóstico se debió realizar un eco obstétrico con eco doppler a color el cual es el examen específico para el diagnóstico de vasa previa. Pero este no fue realizado en la paciente. ⁽¹⁵⁾

Confirmando el diagnóstico de preeclampsia y de vasa previa, es menester el conocimiento de las patologías, por lo que se describe brevemente a continuación:

PREECLAMPSIA

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria luego de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto. ⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia de preeclampsia: se estima que afecta entre un 2-7% de los embarazos, y a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Es variable, probablemente debido a factores genéticos, ambientales y especialmente a la nutrición. ⁽¹⁾

Se acepta que oscila entre 1/125 a 1/300 nacimientos. Para Scott ocurre en cerca de 1/200 nacimientos. Otros señalan frecuencias de 0.4% al 0.9% de todos los embarazos. La frecuencia relativa de cada tipo de placenta previa es:

- a) Placenta previa central: 23% al 31%
- b) Placenta previa parcial: 21% al 33%
- c) Placenta de inserción baja: 37% al 55%.

ETIOLOGIA

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria. ⁽¹⁾

FACTORES DE RIESGO

FACTORES GENETICOS PARA PREECLAMPSIA

Se cree que factores genéticos juegan un papel en la susceptibilidad a la enfermedad. Una predisposición genética a la preeclampsia es sugerida por las siguientes observaciones:

- Mujeres primigestas con antecedentes familiares de preeclampsia tienen un riesgo de 2 a 5 veces mayor de desarrollar la enfermedad que las mujeres primigestas sin antecedentes.

- El riesgo de preeclampsia se multiplica por más de 7 veces en las mujeres que han tenido preeclampsia en un embarazo anterior.
- Las esposas de los hombres que eran el producto de un embarazo complicado con preeclampsia son más propensas a desarrollar preeclampsia que esposas de hombres sin historia de madres con preeclampsia.
- Una mujer que quede embarazada por un hombre cuya pareja anterior tuvo preeclampsia tiene mayor riesgo de padecer este trastorno.⁽⁴⁾

FACTORES INMUNOLOGICOS

Estudios epidemiológicos apoyan el concepto de que en la preeclampsia existe una mala adaptación materna a los antígenos paternos/fetales. En las mujeres con contacto más duradero a los antígenos paternos, el sistema inmune se haría más tolerante y permitiría la invasión del trofoblasto y una implantación normal. La teoría de una exposición limitada al semen de la pareja es la explicación más plausible del mayor riesgo de preeclampsia en mujeres: nulíparas, multíparas con nueva pareja.

Desde hace muchos años se ha considerado la preeclampsia como una forma de rechazo inmunológico de la madre al injerto que son el feto y la placenta. En la decidua hay células natural killer que expresan un receptor KIR (killer immunoglobulin-like) que reconoce el polimorfismo del antígeno HLA-C fetal (variantes alélicas C1 y C2). El multigen KIR puede generar múltiples haplotipos con actividad estimuladora o inhibidora sobre las cNK combinando diferentes alelos (grupo A, capaz de inhibir las cNK, y los del grupo B capaz de estimularlas). En las mujeres con preeclampsia prevalece el haplotipo homocigótico inhibidor (AA) y la asociación parece ser más importante cuando el feto es homocigótico para el haploide HLA-C2.⁽²⁾⁽¹⁵⁾

DISFUNCIÓN ENDOTELIAL SISTEMICA

Todas las manifestaciones clínicas de la preeclampsia pueden explicarse como una respuesta a la disfunción endotelial sistémica. La hipertensión es causada por un control

alterado endotelial del tono vascular, la proteinuria y el edema son causados por el aumento de la permeabilidad vascular, y la coagulopatía es el resultado de la expresión endotelial anormal de procoagulantes. Dolor de cabeza, convulsiones, síntomas visuales, dolor epigástrico, y la restricción del crecimiento fetal son las secuelas de la disfunción endotelial en la vasculatura de los órganos diana, tales como el cerebro, el hígado, el riñón, y la placenta.⁽²⁾

INFLAMACIÓN / INFECCIÓN

En la preeclampsia una respuesta inflamatoria excesiva sería causante de la disfunción endotelial. Esta reacción inflamatoria, más exagerada que la que sucede en las gestaciones normales, estaría promovida por el paso a la circulación materna a partir de la placenta isquémica de detritus de trofoblasto. En estudios realizados utilizando anticuerpos antitrofoblasto se han encontrado cantidades de micropartículas de sincitiotrofoblasto 3 veces mayores en las mujeres con preeclampsia que en las gestantes normales (41 ng/ml frente a 16 ng/ml). Estas micropartículas llevan proteínas anti-angiogénicas como sFlt1 y sEng fuertemente relacionadas al estado preeclamptico.⁽¹⁶⁾

TIPOS DE PREECLAMPSIA

- **Preeclampsia leve:** presión arterial de 140/90mmhg o más, o elevación de la sistólica y 15mmhg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas, se presenta a partir de la semana 20 y hasta 30 días postparto, existe proteinuria de más de 300mg en 24horas, ausencia de síntomas de vasoespasmo.
- **Preeclampsia severa:** presión arterial de 160/110mmhg o más, después de la semana 20 hasta 30 días postparto, existe proteinuria mayor de 5gr en 24hrs, presencia de cefalea, acufenos, edema generalizado.

CUADRO CLÍNICO

El diagnóstico se establece cuando existe Tensión Arterial >140/90 y proteinuria (>300mg/24 horas), luego de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. ⁽⁶⁾

La preeclampsia se considerará grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del Sistema Nervioso Central como hiperreflexia, cefaleas, alteraciones visuales, auditivas, de Síndrome HELLP (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticas y hemólisis), de insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón), o de insuficiencia renal (creatinina >1,2 mg/dL), o dolor epigástrico. Suele acompañarse de signos de afectación fetal por insuficiencia placentaria crónica en forma de signos de restricción del crecimiento intrauterino, o aguda con signos de Riesgo compromiso del Bienestar Fetal. La situación fetal suele empeorar al tratar la hipertensión materna grave ya que al descender sus valores se disminuye la perfusión placentaria, y de que los fármacos administrados a la madre dificultan la valoración del estado fetal a través del estudio de la frecuencia cardíaca fetal basal, por lo que las unidades que traten los casos graves tendrían que disponer de la posibilidad de estudios con ecografía Doppler de forma continuada. ⁽¹⁾⁽⁸⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se hace tardíamente en la mayoría de los casos. Es importante elaborar una historia clínica perinatal detallada los controles prenatales, reduce la mortalidad materna y perinatal. 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. ⁽¹⁾

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. En cuanto al registro de la tensión arterial, para realizar el diagnóstico de HTA en la mujer embarazada

es preciso conocer la evolución de las cifras tensión arterial. La HTA es el síntoma capital y el que seguramente tiene mayor significación fisiopatológica y pronóstica. ⁽⁸⁾

En el momento de medir las cifras tensionales evitar: tensión, frío, ejercicio, dolor, vejiga llena. El enfoque clínico de la paciente se enfoca a evaluar la severidad del síndrome hipertensivo, realizar el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de hipertensión del embarazo y precisar la magnitud del daño causado en los parénquimas maternos (encéfalo, corazón, riñones, vasos sanguíneos) y en la unidad feto placentaria. Signos y síntomas de severidad en la preeclampsia son la cefalea, hiperreflexia, epigastralgia, oligoanuria, trastornos visuales (amaurosis-escotomas) y descompensación cardiopulmonar. En el examen obstétrico se evaluará la vitalidad y crecimiento fetal y su relación con la edad gestacional, mediante la medición de la altura uterina. ⁽⁵⁾

TRATAMIENTO

Definitivamente el tratamiento es empírico y sintomático. Los tres objetivos principales que se pretenden alcanzar son:

1. prevenir el desarrollo de convulsiones y de esta manera, disminuir el riesgo de un ACV (accidente cerebro vascular).
2. Disminuir el vasoespasmo y evitar así, que la HTA deje secuelas en la madre
3. Obtener un Recién Nacido en buenas condiciones para evitar problemas en la etapa neonatal y en el desarrollo neurológico. La identificación de preeclampsia durante el embarazo es un potente productor de Apgar bajo, muerte u hospitalización neonatal, como también recién nacido prematuro. ⁽⁵⁾

El tratamiento de la preeclampsia leve

La mayoría de la información está basada en estudios observacionales y opiniones de expertos. En pacientes con preeclampsia leve y en el segundo trimestre del embarazo debe considerarse el manejo expectante. Las pacientes deberán ser hospitalizadas para confirmar el diagnóstico, así como para evaluar la condición materna y fetal. Se recomienda el manejo

ambulatorio una vez que se confirma la condición materno-fetal estable. ⁽⁸⁾ Las pacientes con preeclampsia leve, asintomáticas, con tensión arterial $\leq 150/100$ mm Hg, preferentemente sin antihipertensivos, sin evidencia de oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino ni compromiso fetal, con resultados de laboratorios normales y proteinuria negativa o mínima (< 500 mg en 24 horas), pueden continuar su manejo en consulta externa. Se recomienda que la paciente registre diariamente la tensión arterial y los movimientos fetales. Se debe informar a la paciente cuáles son los signos de alarma para que acuda oportunamente al servicio de urgencias. En consulta externa se deberán registrar el peso materno, la tensión arterial y los resultados de la tira reactiva. Se deben buscar signos de vasoespasmo. Por lo menos una o dos veces por semana es necesario repetir las siguientes pruebas de laboratorio: plaquetas, creatinina sérica y enzimas hepáticas. También es necesario efectuar prueba sin estrés una o dos veces por semana en embarazos de más de 32 semanas, así como ultrasonido mensual para evidenciar el crecimiento fetal. ⁽⁶⁾

Los diuréticos, antihipertensivos y sedantes no son generalmente recomendados, ya que se ha demostrado que no mejoran el resultado materno y perinatal. No se recomienda el uso rutinario de sulfato de magnesio para la prevención de eclampsia en pacientes con preeclampsia leve. Se recomienda dieta normosódica. Ante tensión arterial persistente $\geq 150/100$ mm Hg, alteraciones en los exámenes de laboratorio, sospecha de compromiso fetal o trabajo de parto es recomendable hospitalizar a la paciente. El embarazo se resolverá después de las 37 semanas de gestación. El trabajo de parto deberá contar con monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina. ⁽⁶⁻⁸⁾

Tratamiento de la preeclampsia grave:

El tratamiento de la preeclampsia severa debe ser multidisciplinario e incluye los siguientes aspectos: medidas generales, manejo de líquidos intravenosos, control de la hipertensión arterial severa, prevención de la crisis convulsiva, interrupción oportuna del embarazo y manejo posparto. Entre las medidas generales, se recomienda ayuno de la paciente, vena permeable con venoclisis y colocación de sonda Foley para cuantificar volumen urinario. Se recomienda solicitar biometría hemática completa, enzimas hepáticas, creatinina sérica, plaquetas, tiempos de coagulación, examen general de orina, los cuales se deben repetir diariamente o más frecuentemente si las condiciones maternas lo requieren.

Los estudios de coagulación no son necesarios si la cuenta plaquetaria es mayor de 100 000 plaquetas por mm³.

- Hospitalización, en una sala oscura y aislada de ruidos
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo
- Régimen normosódico
- Se controlarán los signos vitales cada 4 hs, el peso materno una vez al día, la medición de la diuresis y un monitoreo fetal electrónico diario.
- Nifedipina Comp. de 10 y 20 mg, liberación lenta, 10 mg vía oral (VO) cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg. Administrar con paciente conciente. Contraindicada en >45 años, Diabetes > 10 años de evolución. Efecto materno: cefalea, sofocos. Efecto fetal: taquicardia
- Hidralazina Amp. de 1ml=20 mg, 5 mg IV (si TA diastólica persiste >110, continuar con 5 - 10 mg IV cada 15 - 20 minutos). Dosis máxima: 40 mg. Efecto: Taquicardia materno-fetal importante. Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario.
- Dosis de impregnación prevención de eclampsia: sulfato de magnesio 4 g IV en al menos 20 minutos.
- Dosis de mantenimiento prevención de eclampsia: sulfato de magnesio IV a razón de 1 g/hora. ⁽⁹⁾
- Durante el uso del sulfato de magnesio es necesario mantener: reflejos presentes, diuresis mayor a 25 ml/hora y ausencia de depresión respiratoria.
- Hipotensores por vía parenteral frente a la falta de respuesta a los antihipertensivos orales
- Y se deberá tener siempre presente la posibilidad de interrupción del embarazo, siendo los criterios para la interrupción del mismo los sig: Preeclampsia moderada con feto maduro (edad gestacional mayor a las 37 semanas)
- Preeclampsia severa con edad gestacional mayor de 34 semanas

- Preeclampsia severa con feto inmaduro, en que fracasa el tratamiento médico o se presenta el deterioro progresivo del estado materno (HTA severa, crisis hipertensiva)
- Evidencia de deterioro de la unidad feto placentaria, independientemente de la edad gestacional
- Presencia de eclampsia. ⁽⁶⁾⁽⁸⁾

COMPLICACIONES

La complicación más frecuente es la eclampsia, debe recordarse que el único tratamiento efectivo y específico de la enfermedad es la interrupción del embarazo. Los puntos básicos en el manejo de la eclampsia son: hospitalización en área quirúrgica. Mantención de vía aérea permeable evitando la mordedura de la lengua, e instalación de vía venosa central. Calmar las crisis convulsiva mediante el uso de sulfato de magnesio comenzando con un bolo endovenoso lento de 6 grs. diluidos en 500cc de dextrosa 5% (pasar en 10 min.) y continuar con un goteo de 10 grs. de SO₄Mg en 500 cc dextrosa 5% a 35 gotas por min. También está indicado el uso de diazepam, como medicamento de segunda elección, que actuaría disminuyendo el consumo de oxígeno por el tejido cerebral, pero que posee efectos nocivos sobre el feto (depresión respiratoria, hipotonía). Las dosis recomendada son: bolo de 10 mg por vía Endovenosa y luego continuar con 50 mg en 500 cc de solución dextrosada al 5%. Evaluación hemodinámica y del equilibrio acido-base. Disminución de la presión arterial. Evaluación neurológica y tratamiento del edema cerebral. Interrupción del embarazo una vez controlado el cuadro convulsivo, las cifras tensionales y recuperada la conciencia de la madre. El parto puede resolverse a través de inducción oxitócica u operación cesárea, de acuerdo a las condiciones obstétricas de la paciente. ⁽⁸⁾⁽¹⁾

VASA PREVIA

La vasa previa es una condición anatómica rara, en la cual los vasos sanguíneos de la placenta corren a través de las membranas cruzando sobre el orificio cervical interno, anteponiéndose a la presentación.

Se diferencian dos tipos de Vasa Previa: en el tipo I vasos velamentosos cruzan sobre el segmento uterino debido a una inserción velamentosa del cordón umbilical, el cordón se inserta en las membranas ovulares y no en el tejido placentario.

En la Vasa Previa tipo II se produce el cruce de vasos fetales entre uno o más lóbulos accesorios de la placenta. ⁽²⁾

EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia de presentación reportada a nivel internacional de vasa previa es de 1:2.000 a 3.000 nacimientos, aunque posiblemente es subdiagnosticada. Su importancia se debe a su elevada mortalidad en caso de rotura de los vasos y a la muy frecuente falta de diagnóstico prenatal. ⁽⁵⁾

FACTORES DE RIESGO

Se reconocen varios factores considerados de riesgo o relacionados con esta entidad clínica, como son: placenta de inserción baja, placenta previa, variaciones anatómicas de la placenta (bilobulada, succenturiada), un embarazo producto de fecundación in vitro o embarazo múltiple, enfermedades cardiovasculares de la madre. ⁽¹⁾⁽⁹⁾

PATOGÉNESIS

Las dos principales causas asociadas a vasa previa son:

- a) la inserción velamentosa del cordón umbilical, y
- b) la presencia de vasos que pasan entre lóbulos de la placenta, como en el caso de placentas bilobuladas o cotiledones aberrantes.

En el primer caso, informan que si bien en aproximadamente un 90 % de los casos la inserción del cordón umbilical ocurre en el centro de la placenta, en el 10 % restante la inserción es marginal, es decir, a menos de 1-2 cm del borde placentario, y en el 1 % de los casos la inserción ocurre en las membranas ovulares fuera de la placenta (inserción velamentosa).

La segunda causa asociada tiene relación con la presencia de placentas bilobuladas y cotiledones aberrantes, que pueden tener vasos sanguíneos que crucen entre uno o más lóbulos accesorios a nivel del segmento uterino inferior. En orden de frecuencia de las anomalías placentarias tenemos la placenta bilobulada, multilobar, accesoria y de ubicación marginal, estos hallazgos no son excluyentes entre sí, y nos llevan a pensar que

el fenómeno de vasa previa surgiría como un defecto en las primeras fases del desarrollo placentario. La placenta bilobulada tiene una incidencia y se asocia a inserción velamentosa del cordón y tiene un riesgo mayor de retención de placenta. ⁽²⁾

DIAGNOSTICO

Diagnóstico ecográfico En 1990, Nelson et al. Señalaron la utilidad del Doppler-color para el diagnóstico de vasa previa en un embarazo de 26 semanas. Solo en 1996 se comunicó el primer diagnóstico de vasa previa durante el examen rutinario de segundo trimestre, lo que determinó una cesárea electiva a las 35 semanas que resultó en un recién nacido sano. En el primer trimestre la ultrasonografía no sería útil porque en su mayoría el trofoblasto cubre una gran extensión de la superficie uterina; sin embargo, durante el examen que se realiza entre las 11-14 semanas es posible identificar con precisión el sitio de inserción del cordón umbilical en la placenta. ⁽¹³⁾

La técnica incluye la realización de ultrasonido doppler color, aplicado sobre el orificio cervical interno que permita identificar vasos sanguíneos que discurren de forma anómala a este nivel, se puede realizar por vía transvaginal, transperineal y transabdominal, siendo la primera la más utilizada. ⁽¹²⁾

TRATAMIENTO

El manejo óptimo de vasa previa sigue siendo controvertido debido a la falta de datos de calidad. En general se acepta que el parto debe ocurrir por cesárea antes del inicio del trabajo de parto o de la ruptura de membranas. Al igual que con las placentas previa y ácreta, el riesgo de muerte perinatal aumenta, mientras que los riesgos de prematuridad disminuyen al avanzar la edad gestacional. Se recomienda cesárea electiva y programada de 35-36 semanas de gestación. Se debe realizar una cesárea urgente en casos de sangrado vaginal con sospecha de vasa previa. Otra área de incertidumbre es la necesidad de hospitalización. ⁽⁶⁾

Si se sospecha vasa previa, vale la pena repetir el ultrasonido en el tercer trimestre debido a que aproximadamente 15% de las vasas previas aparentes se resolverán para el final del tercer trimestre. ⁽¹²⁾ Al igual que con la placenta previa, la frecuencia óptima de ultrasonidos para los casos de sospecha de vasa previa es incierta. Si se sospecha de vasa previa a las 20

semanas de gestación, es razonable realizar ultrasonidos de seguimiento en las semanas 28-30 y 32-34 de gestación para confirmar la persistencia del diagnóstico antes del parto prematuro indicado a través de cesárea. Han existido casos de ablación fetoscópica láser de vasa previa; sin embargo, hay muy pocos casos publicados para evaluar la relación riesgo-beneficio de este procedimiento. ⁽²⁾

COMPLICACIONES

La principal complicación de la vasa previa es su ruptura, lo que lleva a una hemorragia fetal aguda, choque hipovolémico, asfixia fetal y muerte perinatal. El pronóstico es sustancialmente mejor cuando el diagnóstico se hace en el periodo prenatal; la prevalencia de asfixia perinatal y anemia neonatal severa es elevada en casos sin diagnóstico prenatal.

(12) (13)

Al evaluar las causas la etiología de cada una de estas patologías con su patogenia no se evidencia asociación entre ambas por lo que dicha asociación no existe.

4.4. Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

- **Acceso a la atención médica:**

La paciente reside en una zona rural por lo cual presenta dificultad para acudir a valoraciones médicas de manera periódica, por lo que le resulta muy complicado llevar chequeos continuos de su estado de gestación motivo por el que el diagnóstico de Preeclampsia y de vasa previa fue tardío.

- **Características de la atención:**

Refiere que la atención en el Subcentro de Salud del lugar de donde habita es demorada y que por esta razón prefiere no realizarse controles más que los necesarios y en espera de que le puedan ayudar con un turno médico, además el personal de salud ya habiendo hecho la historia clínica y sabiendo su antecedente de Preeclampsia en el embarazo anterior debió estar más pendiente de las valoraciones de la paciente.

- **Atención de emergencia:**

Se considera que la atención en el área de emergencia fue la inadecuada, ya que al momento de llegar la paciente su atención fue demorada, se le realizan los exámenes correspondientes a su estado y el examen físico fue enfocado de una manera muy simple e ingresado a la paciente para una mejor valoración y control de las posibles complicaciones claro está que debían haber hecho un examen más evidenciándolo muy importante para el diagnóstico de vasa previa el cual no fue realizado quizá por protocolo de ingresar a la paciente por hemorragia del tercer trimestre.

- **Trámites administrativos:**

Los trámites administrativos en el presente caso fueron oportunos. La paciente refiere que acude a centro de salud cercano en donde le brindan la atención de forma adecuada, ya que del mismo Subcentro es derivada hacia el Hospital de Pillaro de donde inmediatamente al no contar con los exámenes necesarios en ese establecimiento y el personal adecuado motivo por el cual es transferida a un hospital de tercer nivel de manera correcta y siguiendo los protocolos. Hay que tomar en cuenta también que el protocolo seguido fue por Preeclampsia más hemorragia del tercer trimestre mas no fue descubierta la vasa previa antes de la cirugía ni en emergencia del HPDA, por lo que se necesita mayor atención en esta patología.

4.5. Identificación de los puntos críticos.

- Falta de controles periódicos de salud, ya sea por la dificultad en el acceso a los establecimientos de salud o la desconfianza de la población en los mismos.
- Tiempo de espera prolongado desde el momento en el que se solicita un turno para valoración del paciente por consulta externa y el momento de acudir a la respectiva cita médica.
- Déficit en la valoración médica por parte del personal de salud en el primer nivel.
- Ausencia de chequeos y valoraciones clínicas y paraclínicas ginecológicas.

- Falta de material necesario para realizar exámenes complementarios en el primer nivel de salud.
- Déficit en la atención y valoración del servicio de emergencia del hospital.
- La negación de la paciente para seguir siendo atendida en el servicio de ginecología pese a su condición crítica en la que se encontraba la paciente.

4.6. Caracterización de las oportunidades de mejora

Tabla 3 Oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora:	Acciones de mejora:	Fecha de cumplimiento:	Responsable:	Forma de acompañamiento:
Valoración continua de salud a mujeres de poblaciones en riesgo	Charlas educativas acerca de la importancia de que acudan a los centros de salud más cercanos para chequeos de salud	A mediano plazo y largo plazo	Personal Médico y de enfermería de los Servicios de Primer Nivel de Salud	Folletos informativos para mujeres de la población, gigantografías informativas y educativas para la población.
Actualización continua acerca del diagnóstico y tratamiento oportunos de hemorragias del tercer trimestre	Capacitación al personal de salud acerca del tema en cuestión	A mediano plazo	Directores médicos de los establecimientos de salud	Guías médicas de Ginecología y Cirugía actualizadas, así como artículos con nivel de evidencia tipo A
Seguimiento de pacientes embarazos de riesgo	Brindar turnos simultáneos de forma inmediata para que acudan a los centros de atención para controles periódicos	A largo plazo	MSP	Registro de atención por parte de los médicos a cargo
Mejorar el acceso a los servicios de salud	Instaurar un mayor número de médicos para la atención integral de pacientes. Brindar atención de emergencia en subcentros de salud	A largo plazo	MSP	Turnos brindados directamente por el médico y atención de emergencia.

--	--	--	--	--

5. CONCLUSIONES

- ❖ Se debe realizar un diagnóstico precoz y oportuno para dar un tratamiento adecuado de forma inmediata y de esta manera evitar complicaciones que pueden ser muy graves para las pacientes, así como en la paciente por la demora del diagnóstico de Preeclampsia estaba ya llegando a una peor complicación como es un síndrome de hellp.
- En este caso clínico los métodos de diagnóstico utilizados no fueron los más específicos por lo que no se pudo tener la certeza de tratarse de una vasa previa es menester la necesidad de implementar mejores métodos diagnósticos, como es la utilización del doppler a color.
- Los métodos que deben utilizarse son los de mayor especificidad para el correcto y oportuno diagnóstico de las patologías subyacentes y así utilizarlos de una manera correcta y oportuna.
- El factor de riesgo más importante y determinante de la paciente es la edad. Ya que por ser una mujer de 38 años tiene mayor probabilidad de sufrir esta complicación como es Preeclampsia mas una vasa previa además del factor de riesgo que es Preeclampsia en el embarazo anterior, también es muy importante y necesita la mujer seguimiento en un segundo embarazo.
- La atención médica de la paciente en el segundo nivel de salud influye en la presencia de las complicaciones mencionadas, ya que no se brindó un control adecuado del embarazo y sus complicaciones en especial en este embarazo de riesgo, ya que esta paciente debió ser tratada en este nivel de salud.
- Con el análisis del caso clínico, se han detectado los puntos críticos para el retraso del diagnóstico y por ende el tratamiento de vasa previa, entre los cuales se

encuentran: falta de controles periódicos de salud, ya sea por la dificultad en el acceso a los establecimientos de salud o la desconfianza de la población en los mismos; tiempo de espera prolongado desde el momento en el que se solicita un turno para valoración del paciente por consulta externa y el momento de acudir a la respectiva cita médica; déficit en la valoración médica por parte del personal de salud en el primer nivel; ausencia de chequeos y valoraciones clínicas y paraclínicas ginecológicas; falta de material necesario para realizar exámenes complementarios en el primer nivel de salud; embarazo mal controlado que culmina en complicaciones graves que ponen en peligro la vida de la madre y el feto.

- Durante este trabajo el análisis de varias bibliografías y artículos científicos y actuales no se evidencia la asociación de preeclampsia y vasa previa por lo que se descarta dicha asociación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

1. Cararach Ramoneda V, y Botet Mussons F (eds). Preeclapsia Eclampsia y síndrome de HELLP, Barcelona: Asociación Española de Pediatría 2008. Disponible desde: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
(1)
2. Avena L, Dra. Joerin V, Dra. Dozdor L, Dra. Brés S(eds), Preeclapsia Eclampsia. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina: N° 165 – Enero 2012
http://med.unne.edu.ar/revista/revista165/5_165.pdf
(2)
3. Bonilla Sepúlveda Ó. Md.(ed), Vasa Previa, presentación de un caso en un centro de referencia en envigado Colombia, y revisión de la literatura, Colombia Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología volumen 65 No 1(65:85-91) Enero-Marzo 2014. Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/82/83>
(3)

4. Carputo R Dr. (ed), Fisiopatología de la Preeclampsia, Granada:Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada 16 de Mayo de 2013. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf
(4)
5. Dres. Oholeguy P, Cheda I†, Sotero G‡ (eds). Vasa previa, a propósito de un caso reportado, Uruguay: Vol 27(3): 161-165 Rev Med Urug 2011. Disponible en:
<http://www.rmu.org.uy/revista/27/3/2/es/6/>
(5)
6. Romero-Arauz J, Morales-Borrego E, García-Espinosa M, Peralta-Pedrero M (eds), Guía de práctica clínica Preeclampsia-eclampsia, Mexico: Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012, Vol. 50 (5): 569-579. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125v.pdf>
(6)
7. Robert M. Silver, MD(ed), Clínica Implantación anormal de la placenta Placenta Previa, Vasa Previa, y Placenta Ácreta, Estados Unidos: De la Escuela de Medicina de la Universidad de Utah, Salt Lake City, Utah, 2015. Vol 126:654-68). Disponible en:
http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2015_Translation_Silver.pdf
(7)
8. González-Navarro P Dra. Martínez-Salazar G Dr. García-Nájera O Dr Sandoval-Ayala O(eds), Preeclampsia, eclampsia y HELLP. México: ANESTESIOLOGÍA EN GINECO OBSTETRICIA Volumen 38, Suplemento 1 Abril-Junio 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151x.pdf>
(8)
9. Ministerio de Salud Publica del Ecuador (ed), Trastornos Hipertensivos del Embarazo, guía de Práctica clínica, Quito: dirección nacional de Normalización-MSP, ISBN-978-9942-07-466-9 2013. Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf (9)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

1. SCOPUS: Movahed,F,Lalooha,F, Moinodin,R, Dabbaghi Ghale,T, RezaeeMajd,Z, Yazdi,Z (eds), The effect of aspirin in the prevention of preeclampsia in women with abnormal uterine artery doppler ultrasonography findings,Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services. Volume 25, Issue 108, 2016, Pages 11-19. Disponible desde: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84989203089&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=PREECLAMPSIA&st2=&sid=018DF7D26FA87B2D89744E3FE1A1F7D4.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=27&s=TITLE-ABS-KEY%28PREECLAMPSIA%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=>
(10)
2. EBSCO: Drs. Galicia P, Quintero Y, Díaz T (eds), Rotura de vasa previa: a propósito de un caso,Venezuela: Rev Obstet Ginecol Venez . Vol. 65 No 1 Caracas mar. 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000100004&lang=pt
(11)
3. SCOPUS: Lobato Miguelez J, Wierhan C, San Román Sigler M, López Valverde M (eds), Hemorragia fetal aguda letal por rotura de vasa previa. Cuba: Rev Cubana Obstet Ginecol. Vol. 38 No 4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400017&lang=pt
(12)
4. PROQUEST: [Iwahashi N](#), [Shiro M](#), [Yagi S](#), [Minami S](#), [Ino K](#) (eds). Vasa previa evaluated by noncontrast time-of-flight magnetic resonance angiography, Japon: Volume 55, Issue 4, Pages 585–587 August 2016. Disponible en: [http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559\(16\)30077-8/fulltext](http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559(16)30077-8/fulltext)
(13)
5. PROQUEST: [Rachel G. Sinkey](#), MD,[Anthony O. Odibo](#), MD, MSCE,[Jodi S. Dashe](#), MD.(eds) Diagnosis and management of vasa previa, USA: Society for Maternal-Fetal Medicine, Volume 213, Issue 5, Pages 615–619 noviembre 2015. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)00897-2/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)00897-2/fulltext)
(14)

6. SCOPUS: RUITTER L, KOK N+, LIMPENS J+, DERKS B, GRAAF L, MOL B and PAJKRT E.(eds) Systematic review of accuracy of ultrasound in de diagnosis of vasa previa. USA: 45: 516–522 *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.14752/epdf>

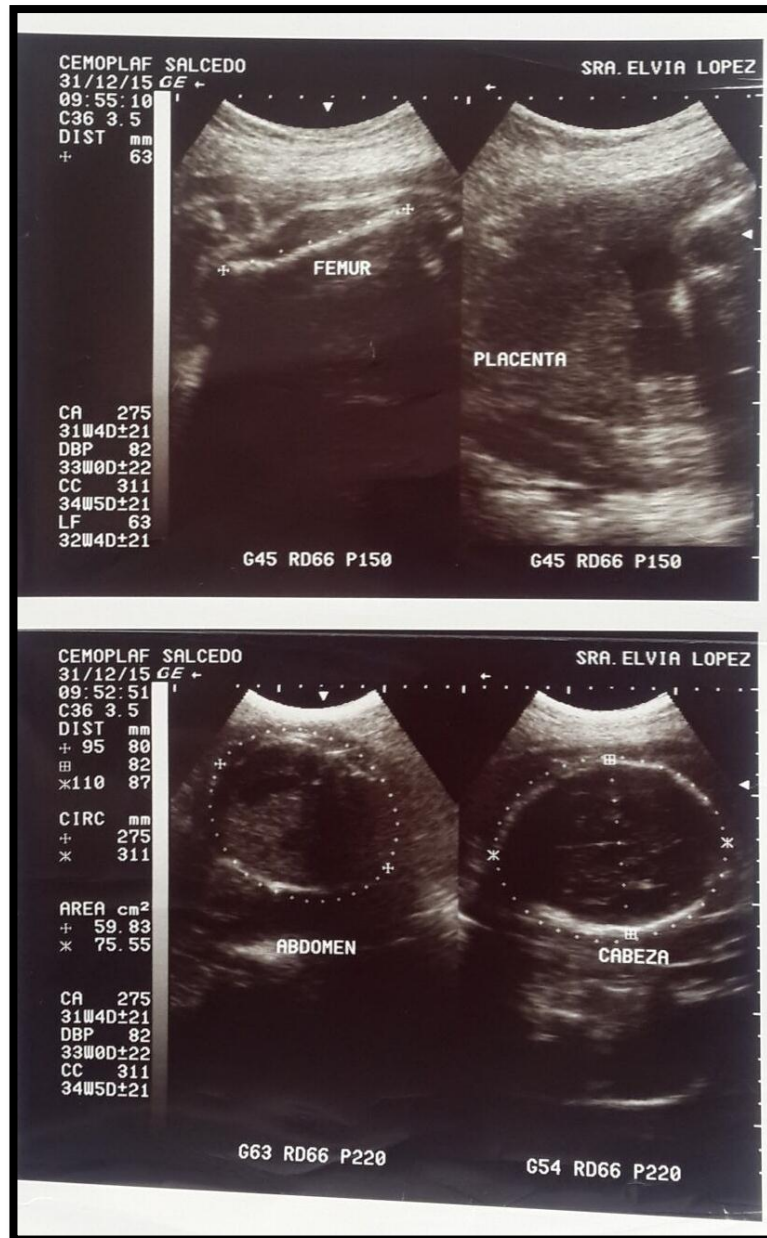
(15)

7. EBSCO: Rebarber A, MD, Dolin C, MD, Fox N, MD, Chad K. Klauser, MD Saltzman H, MD, Roman A, MD, *Natural History of Vasa Previa Across Gestation Using a Screening Protocol*, USA: *J Ultrasound Med.* 33:141–147 | 0278-4297. 2014; Disponible en: <http://www.jultrasoundmed.org/content/33/1/141.full.pdf+html>

(16)

7, ANEXOS

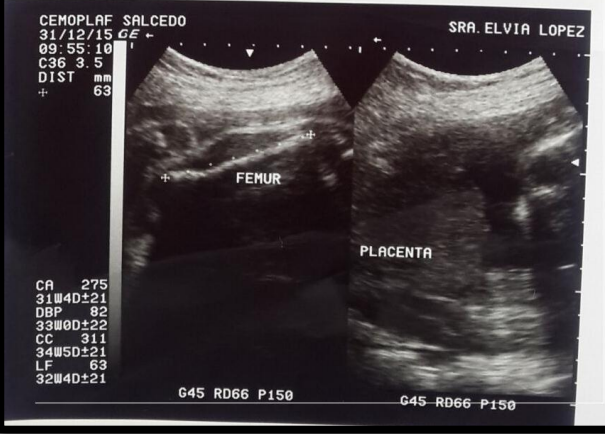
Anexo 1



<FECHA EXAMEN: 31/12/15 >
 ID: _____ CENOPLAF SALCEDO EDAD: 30
 NOMB: SRA. ELVIA LOPEZ EMBARRAZ: 02
 MEDICO: _____ EGE: _____ NACIM: 01
 RAZON EXAMEN: CONTROL
 UPN: _____

MEDIDAS		¿EUC?	CALCULOS
DBP (HADLOCK)	82mm	33W0D±22D	Y IC : 79%
CC (HADLOCK)	311mm	34W5D±21D	-Y LF /DBP: 76%
DOF(CC)	110mm		LF /CA : 22%
CA (HADLOCK)	275mm	31W4D±21D	Y CC /CA : 1.13
DAT(CA)	95mm		
DAP(CA)	80mm		
LF (HADLOCK)	63mm	32W4D±21D	Y PFEH5 (DBP, LF, CA, CC)
DCN(HADLOCK)			: 1948g±292g
SG ()			N RC: 147bpm ILA: 11cm
			N EG (UPM) : 32W5D
			N UPM(EGE) :
			N UPM(EUC) : 16/05/15
			N FEP(EGE) :
			N FEP(UPM) : 20/02/16
			N FEP(EUC) :

COMENTARIOS :
 INFORME POR : _____ FECHA INFORM: _____



ANEXO 2

Tabla 4. Resultados de exámenes (01/01/2016)

BIOMETRIA HEMÁTICA	
PARÁMETROS	RESULTADO
Leucocitos	17.81
Neutrófilos	83.4%
Linfocitos	12.3 %
Hematocrito	28.1 %
Hemoglobina	9.2 mg/dl
HCM	28.7 pg
CHCM	32.7 g/dl
VCM	87.4 fL
Plaquetas	97000
Urea	32mg/dl
Glucosa	100mg/dl
Creatinina	0.96mg/dl
TGO	384 U/L
TGP	670.6 U/L

ANEXO 3

TABLA 5 RESULTADOS (05/01/2016)

BIOMETRIA HEMÁTICA	
PARÁMETROS	RESULTADO
Leucocitos	16.82
Neutrófilos	59.6%
Linfocitos	32.4 %
Hematocrito	29.0 %
Hemoglobina	9 mg/dl
HCM	28.7 pg

CHCM	31.0 g/dl
VCM	92.2 fL
Plaquetas	398000