



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“ECLAMPSIA SÍNDROME DE HELLP EN EL HOSPITAL II
MOQUEGUA DE ESSALUD 2017”**

PRESENTADO POR:

CECILIA JUDITH AMÉZQUITA SAMATELO

ASESOR

MGR. CLARIDAD HERMELINDA PEÑA NIEVES

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

MOQUEGUA - PERÚ

2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	viii
CAPÍTULO I	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 MARCO TEÓRICO	2
1.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	2
1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES	4
1.4 BASES TEÓRICAS	6
1.5 MARCO CONCEPTUAL	17
CAPÍTULO II	19
CASO CLÍNICO	19
2.1 INTRODUCCIÓN	19
2.2 OBJETIVOS	19
2.3 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	19
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro.1 Codificación internacional de eclampsia	7
Tabla Nro. 2 Signos y síntomas	9
Tabla Nro. 3 Tratamiento para disminuir el riesgo de convulsiones	10
Tabla Nro. 4 Sistemas de clasificación del Síndrome de HELLP	13
Tabla Nro. 5 Monitoreo de funciones vitales 15/02/2017	30
Tabla Nro. 6 Monitoreo de funciones vitales 16/02/2017	31
Tabla Nro. 7 monitoreo por día de estancia hasta el alta 21/02/2017	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nro.1 Preeclampsia y el efecto Iceberg	1
---	---

RESUMEN

Los trastornos de la hipertensión en el embarazo en especial Eclampsia, Síndrome de HELLP forma parte de una serie de complicaciones y se caracteriza por su estrecha relación con la morbilidad materna y perinatal. En el siguiente caso clínico se realizó una revisión bibliográfica la cual se utilizó como base teórica para el manejo de la presente investigación.

La presente investigación modalidad trabajo académico con presentación de caso clínico se refiere a una primigesta de 22 años, que cursa con 39 semanas de embarazo por fecha de última menstruación (FUM); que presentó convulsiones tónico clónicas, precedidas de cefalea intensa, escotomas, epigastralgia y vómitos; ingresa a emergencia del Hospital II Moquegua de EsSalud en estado inconsciente, con presión arterial: 180/110 mmHg. El personal profesional de turno aplica el procedimiento de clave azul.

Paciente se encuentra en mal estado general, presión arterial de 170/110 mm Hg, Plaquetas (5,000), deshidrogenasa del ácido láctico (LDH) 901 U/L, se le instaló clave azul, y transfusión de 10 paquetes de plaquetas previo a cesárea, nace un recién nacido masculino, peso 2,700 gr. APGAR 6 al minuto, realizan maniobras de reanimación, APGAR 7 a los 5 minutos. A las 04 horas de puerperio, paciente en muy mal estado general, Presión Arterial: 174/92 mm Hg. Frecuencia Cardiaca: 125 x' Frecuencia Respiratoria: 14 x', Plaquetas 80,000, LDH: 647 U/L, aminotransferase de aspartate (TGO) 52 U/L, aminotransferase de alanine (TGP) 63 U/L, durante estos días se recuperó favorablemente y fue dada de alta a los seis días de puerperio.

Gestante realizó sus controles pre natal en forma irregular, no es gestante controlada solo se realizó 3 control pre natal.

El análisis e investigación de este caso clínico permite reforzar conocimientos adquiridos durante el desarrollo de esta especialidad, ayudando a la mejora continua con respecto a la calidad y nivel de atención de la gestante a tener el diagnóstico y tratamiento oportuno; además servirá de apoyo para aplicar un sistema de seguimiento y vigilancia a aquellas gestantes que presenten signos y síntomas característicos de esta complicación.

Palabras clave: Complicaciones del embarazo, Eclampsia, síndrome de HELLP.

SUMMARY

Preeclampsia, Eclampsia, Hellp syndrome is part of a series of complications of pregnancy, childbirth and puerperium, which is characterized by its relationship with maternal and perinatal morbidity and mortality. In the following clinical case, a bibliographic review was carried out, which was used as a theoretical basis for the management of the present investigation.

This clinical case is of a primigrave of 22 years, 39 weeks by date of last rule (FUR); who presented with tonic clonic seizures, preceded by severe headache, scotomas, epigastralgia and vomiting; he enters the Emergency Hospital II Moquegua de EsSalud in an unconscious state, with blood pressure: 180/110 mmHg. They apply blue key.

Patient is in poor general condition, blood pressure of 170/110 mm Hg, platelets (5,000), dehydrogenase lactic acid (LDH) 901 U / L, blue key was installed, and transfusion of 10 packs of platelets prior to cesarean section, born a newborn male, weight 2,700 gr. APGAR 6 per minute, perform resuscitation maneuvers, APGAR 7 at 5 minutes. At 04 hours postpartum, patient in very poor general condition, Blood Pressure: 174/92 mm Hg. Heart rate: 125 x Respiratory frequency: 14 x ', Platelets 80,000, LDH: 647 U / L, aminotransferase of aspartate (TGO) 52 U / L, aminine transferase of alanine (TGP) 63 U / L, during these days it recovered favorably and was discharged six days after puerperium.

The analysis and investigation of this clinical case allows to reinforce knowledge acquired during the development of this specialty, helping the continuous improvement with respect to the quality and level of attention of the pregnant

woman to have the diagnosis and timely treatment; It will also be used as support to apply a monitoring and surveillance system to those pregnant women who present signs and symptoms characteristic of this complication.

Key words: Pregnancy complications, eclampsia, HELLP syndrome.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Una de las principales causas de muerte materna en el mundo es la hipertensión gestacional. En Perú está catalogada como la segunda causa de morbimortalidad materna (1). En establecimientos de funciones obstétricas neonatales intensivas como es el Instituto Materno Perinatal los trastornos hipertensivos en el embarazo constituyen la segunda causa de muerte de la madre en el periodo de 2012-2016 (1).

El Síndrome HELLP es una alteración multisistémica en el periodo gestacional caracterizada por una serie de anomalías como es el aumento de enzimas hepáticas, hemólisis y trombocitopenia.

Se puede presentar antes del término de la gestación o dentro de las primeras 48 horas pos parto o puerperio, hay un poco porcentaje que es previo a las 27 semanas de gestación. (2)

Muchas veces el diagnóstico de esta patología no es oportuno, muchas veces no se encuentra el equipo de profesionales especialistas para atender esta patología que se convierte en multisistémica. También se ha detectado escaso conocimiento en las gestantes para la tipificación de factores de riesgo ya que

las pacientes no toman seriedad en el control prenatal y por eso se presenta este caso clínico el que da a conocer el diagnóstico y el manejo realizado.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La Eclampsia y el Síndrome HELLP es prevenible mediante un buen control prenatal y para eso tenemos que brindar información adecuada a las gestantes y al entorno social donde se desenvuelven ofreciendo charlas educativas para que ellos puedan detectar a tiempo los factores de riesgo y así poder minimizar las graves complicaciones a la salud que causan estas patologías.

En la Eclampsia se presenta convulsiones tónicas clónicas y es ahí donde se agrava la patología, generalmente esta es antecedida por cefalea intensa e hiperreflexia, aunque también se exterioriza en ausencia de estas, motivo por el cual he decidido investigar sobre esta patología por la magnitud de las complicaciones y por el poco conocimiento que se tiene.

El presente trabajo de investigación servirá para incrementar el cuerpo teórico y manejo de la enfermedad a partir de la discusión del presente caso clínico.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES³

Wiliam Ery Ajtun Carrera (2013) investigó acerca de la pre eclampsia y eclampsia como factor predisponente de hipertensión arterial crónica, luego de 12 semanas de puerperio. Es un estudio que se realizó en el hospital Roosevelt Asunción Guatemala entre los meses de febrero a junio del año 2013, el cual tuvo como objetivo general el de determinar si la presencia de preeclampsia y

eclampsia es un factor el desarrollo de hipertensión arterial crónica posterior a las 12 semanas pos parto, para ello utilizo como diseño un estudio longitudinal prospectivo de cohorte, obteniendo que las puérperas con diagnóstico de pre eclampsia, eclampsia tienen un riesgo de 2.52 de desarrollar hipertensión arterial crónica pasadas las 12 semanas pos parto contra las pacientes no expuestas a preeclampsia eclampsia (3).

García V. et al (2008). En su investigación denominada “Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa. Esta investigación tiene como objetivo de establecer el beneficio de las pruebas de laboratorio y las pruebas clínicas que se alteran de forma precoz para el diagnóstico del síndrome de HELLP en pacientes que presentan preeclampsia severa, utilizando para ello metodología observacional de carácter retrospectiva, realizando comparaciones en 2 grupos de muestra. Los resultados que se obtuvieron fueron: La epigastralgia, fue el factor clínico predictor más importante que presentaron las gestantes que desarrollaron HELLP (4).

Motte P. 2011, realizó un estudio de investigación sobre: Frecuencia de la enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y síndrome de HELLP en México 2011, en el cual tuvo como objetivo principal el de determinar cuál es la frecuencia de Preeclampsia y síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos, siendo tipo de estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal, obteniendo como resultado que el 67.2 % de primigestas de 20 -35 años que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos fue por enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, el 16.8% presentaron síndrome de

HELLP, el síntoma principal que presentaron fue de cefalea, sigue dolor abdominal finalizando con crisis convulsivas. La Preeclampsia severa fue la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo de mayor incidencia, siendo el 54.8%. Según los parámetros de Sibai las gestantes presentaron hemólisis, elevación de bilirrubinas y plaquetopenia. Solo el 71% de las gestantes retomaron sus valores normales, el 29:9 % quedó con algún tipo de secuela afortunadamente no se presentó ningún caso de mortalidad materna (5)

1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

García Quiñones J. (2013), realizó un estudio denominado Hiperuricemia asociada a Complicaciones maternas en gestantes que presentaron Preeclampsia, teniendo como objetivo principal el señalar si se relaciona la hiperuricemia con complicaciones en pacientes gestantes que presentaron Preeclampsia. El estudio fue de tipo analítico retrospectivo observacional de cohortes, para lo cual tuvo como unidad de estudio a 90 gestantes que presentaron preeclampsia estableciendo los criterios de inclusión y exclusión, para lo cual se distribuyó en dos grupos de casos y controles, obteniendo como resultados según el análisis estadístico presentó: complicaciones maternas (RR: 4, $p < 0.05$), Síndrome de HELLP (RR: 6 ; $p < 0.01$), eclampsia (RR. 4; $p < 0.05$), fracaso renal agudo (RR: 2.66; $p > 0.05$). Como principal conclusión se determinó que la hiperuricemia en embarazadas que se complicaron con pre eclampsia está íntimamente ligada a presentar síndrome de HELLP y eclampsia, así mismo determina que no se relaciona a presentar fracaso renal agudo (6).

Osorio Rosales (2014) investigó acerca de los factores de riesgo que presentan las gestantes para que puedan desarrollar síndrome de HELLP. Dicha investigación se realizó en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco entre 2010 y 2014, teniendo como objetivo general el establecer cuáles fueron los principales factores de riesgo que presentaron las gestantes con preeclampsia severa del estudio para que puedan desarrollar síndrome HELLP en los años 2010-2014. El estudio que se utilizó fue retrospectivo observacional transversal, analítico de tipo casos y controles. Se obtuvo una muestra de 76 embarazadas con preeclampsia severa que se complicaron con síndrome de HELLP y otro grupo control de 76 embarazadas con preeclampsia severa que NO se complicaron con síndrome de HELLP. El paquete estadístico que se utilizó para el análisis de resultados fue Statics SPSS versión 19. Teniendo los siguientes resultados: Dentro del factor de riesgo edad esta varió entre los 14 y 44 años de edad. Según el análisis estadístico no demostró asociación entre las variables desarrollo de síndrome HELLP y antecedente de presentar hipertensión arterial crónica, antecedente de preeclampsia, eclampsia, trombofilia, edades extremas, tabaquismo, sobrepeso/obesidad, desnutrición. Se obtuvo la siguiente conclusión: Las gestantes que tuvieron el antecedente de síndrome HELLP y el antecedente familiar de preeclampsia/HELLP desarrollaron significativamente el riesgo para presentar síndrome HELLP (7)

CÁRDENAS REYNOSO A, FERNANDEZ POLIN M., (2015) investigaron acerca de Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP que fueron atendidas en el Hospital María Auxiliadora entre los meses de julio a

diciembre del 2015, Investigación que tuvo como objetivo general el de conocer la morbilidad y mortalidad en pacientes que presentaron Síndrome de HELLP y que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre 2015, para ello utilizo el método de tipo descriptivo retrospectivo transversal. El universo fue igual a la muestra con 31 gestantes el cual fue el 100% de pacientes que presentaron la complicación de síndrome de HELLP, para la recolección de datos se utilizó lista de chequeo, la cual fue validada por juicio de expertos. Se obtuvo los siguientes resultados: Del 100% de gestantes complicadas con síndrome de HELLP el 64.5% mostraron edades que fluctúan entre los 20 a 34 años, el 64.5% tenían estudios secundarios, el 74.2% presentaron como estado civil de convivientes. La anemia 64.5% fue la morbilidad de mayor incidencia; el 19.4% presento desprendimiento prematuro de placenta. Se presentó un caso de muerte materna. La complicación de síndrome de HELLP se relaciona y asocia a elevadas tasas de morbilidad materna (8).

1.4 BASES TEÓRICAS

1.4.1 ECLAMPSIA

La disminución de la mortalidad y morbilidad materna es una de las metas dentro de los objetivos de Desarrollo del Milenio (9).

Según la codificación internacional eclampsia incluye convulsiones y tiene la codificación de 015.

Tabla Nro. 1 Codificación internacional de eclampsia

Codificación CIE	Clasificación para CIE
O15.0	Eclampsia
O15.1	Eclampsia que se presente en trabajo de parto
O15.2	Eclampsia que se presenta en el puerperio
O15.9	Eclampsia sin otras explicaciones

Fuente: (9)

A) DEFINICIÓN

La eclampsia se denomina así a las convulsiones que presenta la gestante parecidas a una crisis de epilepsia surgidas en la gestante que presenta preeclampsia. Las convulsiones tónico clónicas constituyen un riesgo vital las cuales pueden ocurrir en cualquier etapa del embarazo (10)

Es la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas no producidas por epilepsia u otros cuadros convulsivos en la gestante.

B) INCIDENCIA. - En el Perú la incidencia va de 2 y 13 por mil partos (10). Liu (11) determino la disminución importante con valores de 12,4 por 10 000 partos en 2003 hasta 5,9 en 2009.

C). ETIOLOGÍA. - El diagnóstico se establece cuando se presentan convulsiones o estado de coma, posterior a las 20 o 22 semanas de gestación, o en el pos parto posterior a no más de 14 días acompañado de hipertensión arterial edema o proteinuria

D). INMINENCIA DE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Todas las mujeres en las que se determina el diagnóstico de inminencia de eclampsia o eclampsia deberán ser internadas en unidad de terapia intensiva

en donde deberá estabilizarse en cuanto a cifras tensionales y complicaciones concomitantes e independientes a corregir su estado, deberá interrumpirse el embarazo (10,11)

E) FISIOPATOLOGÍA. - Las variadas etiologías de la hipertensión arterial asociada al embarazo que incluyen a la preeclampsia eclampsia hipertensión crónica y gestacional incluyendo el síndrome de HELLP permanecen pobremente aclaradas (12,13)

La placentación anormal es producida por los genes fetales (paternos) que al parecer crean en la madre una respuesta inflamatoria excesiva (14) para lo cual tienen que pasar por diferentes etapas las cuales son (15,16):

Período de invasión, contracción tónica, contracción clónica y coma.

F) CLASIFICACIÓN (16). –

Eclampsia típica

En esta forma de eclampsia se presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas, autolimitadas por el recobro del estado de conciencia que sucede en las subsiguientes dos horas del estado convulsivo

Eclampsia atípica

Surge previa a la semana 24 de gestación o posteriormente a las 48 h postparto. La eclampsia atípica no presenta signos previos a la crisis.

Eclampsia complicada

En esta clasificación las crisis convulsivas de cuadros anteriores se asisten de accidentes vásculo-encefálicos, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Las gestantes exhiben compromisos neurológicos persistentes con focalizaciones, status convulsivo y coma prolongado.

G) SINTOMATOLOGÍA (17). -

La gestante presenta convulsiones o coma.

En la siguiente tabla se observa la principal sintomatología que se ofrece en el embarazo.

Tabla Nro.2 Signos y síntomas

ÓRGANOS O SISTEMAS	PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS
Riñón	Proteinuria Filtración reducida Oliguria
Hígado	Tumefacción Rotura del hematoma Dolor Transaminasas elevadas
Sistema hematológico	Hemólisis microangiopática Trombocitopenia Hemoconcentración
Coagulación	Activación de bajo grado
Sistema visual	Constricción arteriolar retiniana Desprendimiento de retina Escotomas Visión borrosa Amaurosis
Cerebro	Cefalea Ceguera cortical Convulsiones Hemorragias
Placenta	Infarto CIUR Hipoxia fetal Muerte fetal

Fuente: Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos

TRATAMIENTO

En forma general se debe de finalizar la gestación previas acciones de reanimación junto con el manejo adecuado de inhibir las convulsiones y disminuir el estado hipertensivo.

1. Se debe priorizar el soporte cardiorrespiratorio, que corresponde a permeabilidad de vía aérea, determinación constante de funciones vitales en especial presión arterial y canalizar una vía endovenosa resistente.

2. Se debe dosificar la terapia medicamentosa como la preeclampsia grave
3. Tratamiento para prevención de convulsiones con sulfato de magnesio (4-6 g endovenoso en 5-20 mm y 1.5- 2g/hora, es necesario vigilar el reflejo patelar, las respiraciones/minuto, y valor de la diuresis, cuidado que no se presente una sobredosificación el cual podría producir un paro cardiorrespiratorio.
4. Terminar el embarazo cuando el cuadro materno se encuentre estabilizado (10,16) y continuar con vasodilatadores endovenosos y antihipertensivos orales, como el alfa metil dopa siendo la dosis recomendada de 500mg a 2g/día repartidos en dosis cada 8 o 12 horas.

EFFECTOS ADVERSOS DEL SULFATO DE MAGNESIO

La paciente va a experimentar rubor, náusea, cefalea, nistagmos, letargia, cuadros de somnolencia disminución de la diuresis e impactación fecal, así como visión borrosa, temperaturas bajas.

Tabla Nro.3 Tratamiento para disminuir el riesgo de convulsiones

Sulfato de Mg	Dosis de impregnación de 4 a 5 g i.v. lento disuelto en solución salina a pasar en 20 ó 30 minutos, y continuar con: Infusión continua a razón de 1 g / h Objetivos: Lograr concentraciones de 2,5 a 3 mmol /L
Sí toxicidad por Mg	
Gluconato de Ca	1g i.v. lento y disminuir dosis de Sulfato de Mg en un 50 %

Fuente: Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos, Vol. 11

FACTORES DE RIESGO (15). -

Pre eclampsia sin tratamiento y seguimiento.

Nulípara

Cambio de paternidad

Antecedente de preeclampsia

Historia familiar de preeclampsia

Raza negra

Reproducción asistida

Hipertensión crónica

Edad materna menor de 20 años

Edad materna mayor de 35 años

Embarazo múltiple

Diabetes mellitus pregestacional

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios se realizan para determinar integridad de la función hepática, renal, cardiovascular, coagulopatías y sistema neurológico.

EXÁMENES PARA EL MANEJO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA

(TGP),

(TGO),

Bilirrubina total directa e indirecta,

Deshidrogenasa láctica (DHL). (17)

EXÁMENES PARA EL MANEJO DE LA FUNCIÓN RENAL

Úrea,

Creatinina,

Ácido úrico.

GENERALES

Hemograma, hemoglobina, hematocrito perfil de coagulación, frotis de sangre periférica, glucosa, examen completo de orina, proteinuria en 24 horas. Perfil biofísico (17)

1.4.2 SÍNDROME DE HELLP

En 1893 Schmorl realizó el primer reporte de alteraciones de la coagulación durante el embarazo. En 1954 se describió hemólisis trombocitopenia y otras anomalías hematológicas asociadas con la preeclampsia severa.

En 1982 se describe como tal al síndrome de HELLP

DEFINICIÓN

Presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas que traduce daño hepático y la baja cuenta plaquetaria en pacientes con pre eclampsia. Esta entidad es considerada como la manifestación más grave de la preeclampsia y tiene estadios evolutivos que son los que condicionan la magnitud de las alteraciones clínicas y de laboratorio (17)

Esta entidad muchas veces se presenta sin cuadros de presiones altas ni presencia de proteínas en orina de 24 horas, por lo que es difícil de realizar el diagnóstico correcto en forma precoz.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Las variadas etiologías de la hipertensión arterial asociada al embarazo que incluyen a la preeclampsia eclampsia hipertensión crónica y gestacional incluyendo el síndrome de HELLP permanecen pobremente aclaradas (12,13)

La placentación anormal es una enfermedad independiente, producida por los genes fetales (paternos) que al parecer crean en la madre una respuesta inflamatoria excesiva, que posiblemente por una susceptibilidad individual del endotelio generada por factores de riesgo pre gestacionales como diabetes, hipertensión o enfermedades relacionadas con el endotelio desencadena el llamado síndrome materno de esta enfermedad (14) (18).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según Rivas E (18) el S.H se presenta de 3por 1000 de los embarazos teniendo una mortalidad del 1-2%

El S. H. es la versión de la variedad biológica de microangiopatías de la gestante que logra suceder durante la preeclampsia.

CLASIFICACIÓN

La presente clasificación se ha dado en el marco de poder realizar la identificación del riesgo de sufrir una significativa morbilidad materna y para guiar la conducta del tratamiento a seguir.

Tabla Nro. 4 Clasificación de Mississipi.

CLASE HELLP	CLASIFICACIÓN DE MISSISSIPI
1	PLAQUETAS <50 000/ml AST > 70 UI/L LDH>600 UI/L
2	PLAQUETAS, 50000- 100 000/ml AST o ALT> 70 UI/L LDH>600 UI/L
3	PLAQUETAS,100 000- 150 000/ml AST o ALT> 40 UI/L LDH>600 UI/L
PARCIAL/ INCOMPLETO	NO APLICA

Fuente: Rivas E, (18)

En esta clasificación de MISSISSIPPI es la más destacada, se considera SINDROME DE HELLP incompleto si cumple solo 1 o 2 criterios de la triada de laboratorio (21)

CUADRO CLÍNICO

Este síndrome se caracteriza por los siguientes hallazgos:

- Fatiga o no sentirse bien.
- Dolor de cabeza.
- Cambios en la forma de ver (borrosa)
- Sangrado nasal u otro sangrado que no para fácilmente, (raro).
- Náuseas y vómitos
- Dolor en el flanco derecho o en la parte media del abdomen.
- Edema
- Crisis epiléptica o convulsiones.
- Trombocitopenia mayor 150.000 plaquetas / mm (recuento manual).
- El 20% de los pacientes son normo tensos y sin proteinuria ni edema (21).

DIAGNÓSTICO

Según Sibai (21) la diagnosis está basado por resultados laboratoriales en donde se encuentra anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia, en el periodo gestacional, o periodo del posparto independientemente si es que presenta o no algún trastorno hipertensivo. Las expresiones clínicas nos advierten sobre la severidad y la evolución del cuadro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (22)

Se debe de realizar el diagnóstico diferencial con:

Hígado graso

Trombocitopenia del embarazo.

Púrpura trombocitopénica autoinmune.

Púrpura trombocitopénico trombótica (PTT).

Brote lúpico.

COMPLICACIONES (23)

MATERNAS

Se ha observado que la gestante presenta alteraciones en los siguientes órganos:

Riñones

Cerebro

Hígado

La complicación del Síndrome de HELLP conllevan a:

Ruptura hepática (hallazgo común en las gestantes)

Coagulación intravascular diseminada.

Desprendimiento prematuro de placenta.

Insuficiencia renal aguda.

Coma

Muerte materna.

COMPLICACIONES FETALES (22,23)

Parto pre término.

Trombocitopenia.

Retardo de crecimiento intrauterino.

Depresión neonatal.

Muerte perinatal.

TRATAMIENTO

Terminar la gestación es el tratamiento por cesárea de elección.

Según las Guías Nacionales (24), el manejo inicial debe ser igual que en la preeclampsia severa y su internamiento y manejo debe efectuarse en un establecimiento de mayor capacidad resolutive para el tipo de complicación. Así mismo se debe valorar el estado fetal, si el compromiso materno lo permite iniciar maduración pulmonar fetal. El internamiento de la gestante debe realizarse en unidad de cuidados intensivos si es que el establecimiento cuenta con ello.

TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO

1. El mismo de preeclampsia severa (21)
2. Hemoterapia (25)
3. Uso de dexametazona 10 mg cada 12 horas endovenoso (25)

MANEJO EN EL POSPARTO (25)

1. Valorar plaquetas y niveles de deshidrogenasa láctica 2 veces por día.
2. Utilizar corticoesteroides.
3. El tratamiento con sulfato de magnesio debe ser continuo, hasta que el cuadro este resuelto o hasta por 24 horas posparto poscirugía.
4. Mantener control de diuresis.

PRONÓSTICO

Si la enfermedad se diagnostica en sus cuadros iniciales los resultados son favorables. Para ello el control prenatal debe de realizarse en forma precoz, siguiendo los protocolos de atención por diagnóstico de factores de riesgo que pueda presentar la gestante y tener mayor probabilidad de iniciar el cuadro hipertensivo en cualquier etapa de la gestación parto o puerperio.

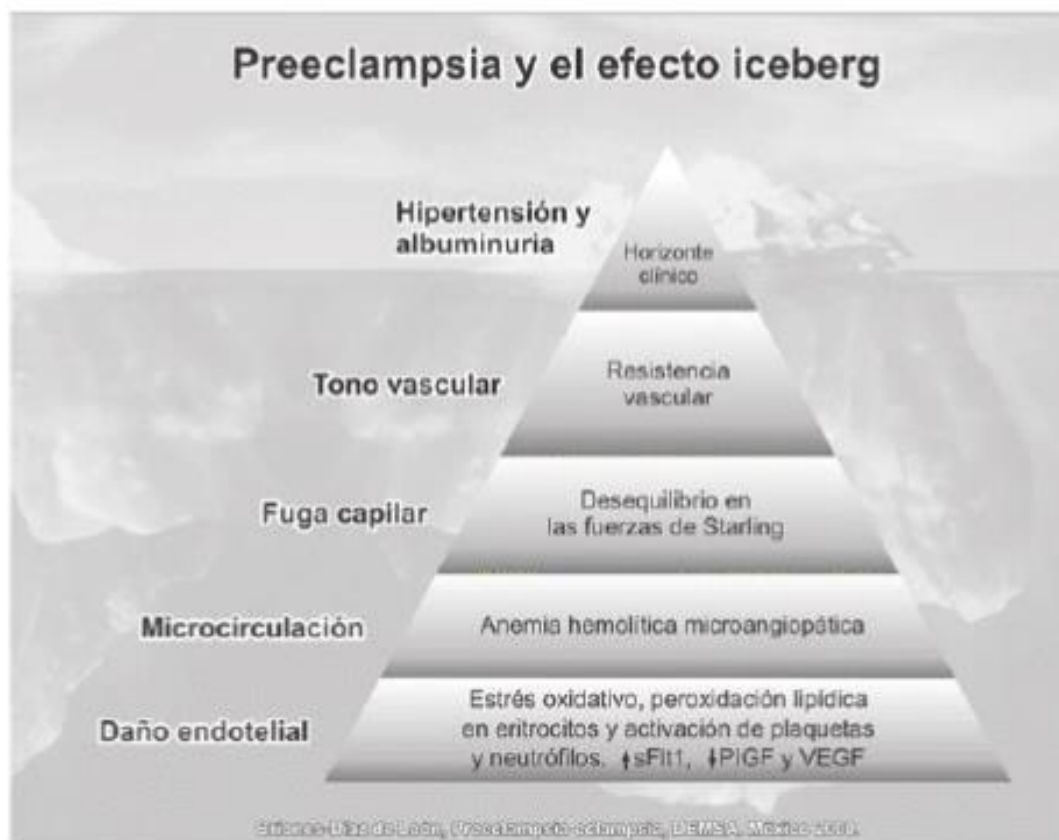


Figura 1 Preeclampsia y el efecto iceberg.

1.5 MARCO CONCEPTUAL

ECLAMPSIA

Es la aparición de convulsiones tónicoclónicas generalizadas no producidas por epilepsia u otros cuadros convulsivos en la gestante.

SÍNDROME DE HELLP

Presencia de hemólisis, enzima elevadas plaquetopenia, se acompaña de dolor en epigastrio náuseas y vómitos.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 INTRODUCCIÓN

Las pacientes gestantes con trastornos hipertensivos presentan por lo general cefalea y visión borrosa sintomatología que es común en las gestantes con ese diagnóstico que acuden a la consulta en el hospital EsSalud nivel II de Moquegua.

Los profesionales de la salud deben estar preparados desde el punto de vista de sus competencias para tratar en forma inmediata un episodio convulsivo evitando así lesiones que pudieran comprometer más aún la integridad vital del binomio.

El mayor porcentaje de mortalidad materna por estos trastornos se puede evitar siempre y cuando los prestadores de salud ofrezcan atención oportuna y efectiva de acuerdo a los protocolos ya establecidos sea del Ministerio de salud o por sociedades internacional de obstetricia de reconocida trayectoria.

Se considera de suma importancia la presentación de este caso clínico, el cual nos ayudara a actualizar nuestros conocimientos identificando en forma oportuna los factores de riesgo y sintomatología que presentan las gestantes en esta parte de nuestro país región Moquegua, para poder establecer un diagnóstico diferencial, y

el tratamiento oportuno de la Eclampsia, sabiendo la elevada morbimortalidad materno perinatal que causa esta complicación.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Revisar el manejo médico que se realizó a la paciente con Eclampsia, Síndrome de HELLP en el Hospital II Moquegua de Es Salud.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los signos de alarma para la captación precoz de la gestante con Eclampsia y Síndrome de HELLP,
- Conocer los factores de riesgo que presentó la gestante con diagnóstico de Eclampsia, síndrome de HELLP.

2.3 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

Primera intervención del personal de salud con la paciente se da en el servicio de emergencia.

HISTORIA CLÍNICA BREVE

Fecha: 15 de febrero 2017

Horas: 03:38 am

RELATO CRONOLÓGICO

Gestante que llega al servicio de emergencia del Hospital EsSalud Moquegua a las 0.30 am del día 15 de febrero del 2017. Es acompañada por su conviviente quien según relato refiere que aproximadamente a las 00:30 am la gestante presenta convulsiones en 3 oportunidades, precedida de cefalea intensa, visión borrosa, “lucecitas”, dolor en epigastrio y vómitos, motivo por el cual deciden llevarla al hospital llegando en estado inconsciente al servicio de emergencia, donde ingresa

a las 03:38 am, una vez ahí presenta convulsiones tónico-clónica generalizada, mal estado general, y no responde al interrogatorio.

ANTECEDENTES

Fecha de última menstruación: 16/05/2016

Fecha probable del parto 22/02/2017

FÓRMULA GRAVÍDICA

G₀P₀A₀Hv₀Hm₀

- Menarquia: 09 años
- Inicio de relaciones sexuales: 15 años
- No usa método anticonceptivo

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente gestante presenta convulsiones tónico-clónica generalizada.

AL EXAMEN

Funciones vitales:

- Presión Arterial: 170/110 mmHg, Frecuencia respiratoria: 22 x'
- Temperatura: 36.2°C Pulso: 100 x'
- Al examen paciente mal estado general (MEG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).
- **Cardiovascular (CV):** ruidos rítmicos regulares, no soplos
- **Abdomen:** muy doloroso a la palpación,
AU: 34 cm FCF: 146x feto en: longitudinal, cefálico, izquierdo.
Presenta una contracción en 10 minutos de buena intensidad duración de 20 segundos
Movimientos Fetales: +++

- **Genitales:** Externos de nulípara, no se visualiza sangrado ni líquido amniótico.
- **Miembros Inferiores:** Presenta edema en miembros inferiores al signo de fóvea 3 +.

DIAGNÓSTICO

- Primigesta con 39 semanas por fecha de última menstruación.
- Descartar (d/c) eclampsia.

Plan de trabajo:

Médico de turno da la orden de hospitalización para que pueda ser evaluada por ginecólogo de reten.

Indicaciones:

- Restricción de líquidos orales (NPO)
- Control de funciones vitales (cada 2 horas)
- Control obstétrico. (monitoreo fetal)
- Sonda Foley permanente con bolsa colectora.
- Exámenes auxiliares.

TRATAMIENTO

- Cloruro de sodio al 0.9% 1,000 cc.
- Cloruro de sodio al 0.9% 1,000 cc más 5 ampollas de sulfato de magnesio 400 cc en bolo, luego continua a 30 gotas por minuto.
- Nifedipino 10mg vía oral 1 tableta STAT.
- Metildopa 1 gr. vía oral cada 12 horas.

HOSPITALIZACIÓN

1.- FILIACIÓN

Apellidos y Nombres : C.C.M.
Edad: 22 años
Sexo: Femenino
Raza : Mestiza
Religión : católica
Grado de Instrucción : 5° de Secundaria.
Ocupación : Ama de casa.
Estado Civil : Conviviente.
Lugar de Nacimiento : Aruntaya
Procedencia : Aruntaya
Dirección : XXXX
Número de seguro : xxxx
Tipo de seguro : Dependiente
Informante : PCQ (conviviente)

2.- ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de la enfermedad : 3.5 horas
- Forma de inicio : Brusco
- Curso : progresivo

FUNCIONES BIÓLOGICAS

- Apetito : Disminuido
- Sed : Aumentada
- Deposiciones : Disminuido

- Orina : Disminuida
- Sueño : Alterado

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES PERSONALES

GINECO-OBSTÉTRICOS:

- Menarquia : 09 años.
- Régimen Catamenial : 3 días / 28días.
- Inicio de Relaciones Sexuales : 15 años.
- N° Parejas sexuales : 01
- Examen de Papanicolaou : no hay antecedentes.
- Métodos Anticonceptivo : no utiliza.
- Formula gravídica : G 0 P0000
- Fecha de ultima menstruación : 16/05/2016
- Fecha probable de parto : 22/02/2017
- Tiempo de gestación : 39 semanas.
- Control Pre Natal : 3 APN, en Puno
- Inmunizaciones : Antitetánica

ALIMENTACIÓN

- Variada (proteínas, carbohidratos).

HÁBITOS

- Alcohol : Negativo (-)
- Tabaco : Negativo (-)
- Café : No
- Té : Si

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

- Vivienda : Propia de material rustico
- Servicios básicos : Agua (si) Luz (si) Desagüe (si)
- Dependencia económica : Del conviviente

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Patologías de la infancia : No recuerda
- Accidentes : Ninguna
- Intervenciones quirúrgicas : Ninguna
- Transfusiones : Ninguna
- Alergias a medicamentos : Ninguna
- Hospitalizaciones : Ninguna

3.2.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Madre: viva, sana.
- Padre: vivo, sano.
- Hermanos: 6, vivos, sanos.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Primigesta de 39 semanas por FUR

Descartar Eclampsia

Descartar Síndrome de Hellp

Pródromos de trabajo de parto.

FECHA: 15/02/2017

Batería laboratorial:

EXAMEN COMPLETO DE ORINA

- Color : amarillo.
- Aspecto : turbio.
- pH : ácido.
- Leucocitos : 6 -9 por campo.
- Células epiteliales : escasas
- Hematíes : 12-15 por campo.
- Gérmenes : escasas.
- Cristales : negativo
- Cilindros hialinos : 2-3 por campo.
- Cilindros granulosos : 4 -6 por campo.
- Proteínas : ++

EXÁMENES SANGUÍNEOS

- Grupo sanguíneo : B
- Factor Rh : Positivo.
- Tiempo de coagulación : 4´ 00”
- Tiempo de sangría : 2´ 30”

HEMOGRAMA

- Hemoglobina : 13.6 gr %.
- Leucocitos : 24,700 por mm³.
- Plaquetas : 90,000 por mm³.
- Abastondados : 6 %.
- Segmentados : 84 %.
- Neutrófilos : 90 %.

- Linfocitos : 10 %
- Monocitos : 0 %
- Basófilos : 0 %

OBSERVACIONES:

Neutrófilos – Hipersegmentados con granulaciones tóxicas 40%
trombocitopenia.

HORA: 07:00 am

Evaluada por ginecólogo de turno

- Abdomen: muy doloroso a la palpación,
AU: 34 cm FCF: 172 x´
Longitudinal cefálico izquierdo
DU: 1/10 ++/+++ 30”
Movimientos Fetales: +
- Genitales: sonda Foley, se observa orina hematórica
- Miembros Inferiores: Edema +++/+++

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

BIOQUÍMICA

- Glucosa : 82 mg/dl
- Urea : 30 mg/dl
- Creatinina : 0.9 mg/dl
- Ácido úrico : 7.8 mg/dl
- Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO) : 74.0 U/L
- Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP) : 75.0 U/L
- Lactato Deshidrogenasa (LDH) : 901 U/L

- Bilirrubina Total : 0.48 Mg/dl
- Bilirrubina Directa : 0.15 Mg/dl
- Bilirrubina Indirecta : 0.33 Mg/dl
- Nitrógeno Ureico en sangre (BUN) : 14 Mg/dl

HEMOGRAMA

- Hemoglobina : 9.6 gr %.
- Hematocrito : 27 %
- Leucocitos : 7.800 por mm³.
- Plaquetas : 5,000 por mm³.
- Abastondados : 2 %.
- Segmentados : 93 %.
- Neutrófilos : 95 %.
- Linfocitos : 5 %
- Monocitos : 6 %
- Basófilos : 2 %

Plan de trabajo:

- Transfusión de 9 paquetes de plaquetas.
- Cesárea de Emergencia.

Paciente con exámenes auxiliares y procedimientos se decide programar la operación.

CESAREA

HORA: 09:40 am

RN: Sexo Masculino

Peso: 2700 gr.

APGAR: 6 al minuto, realizan maniobras de reanimación.

APGAR: 7 a los 05 minutos, con reanimación por parte del Pediatra

Después de estar estabilizada pasa al servicio de hospitalización.

EVALUADA 12:30pm

EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

Funciones vitales:

- Presión Arterial: 162/106 mmHg,
- Frecuencia respiratoria: 22 x'
- Temperatura: 36.6°C
- Pulso: 94 x' Sat.O2:95 %

Al examen paciente mal estado general (MEG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).

Cardiovascular (CV): Ruidos rítmicos regulares, no soplos

- **Abdomen:** blando, depresible doloroso, ruidos hidroaéreos presentes herida operatoria cubierta con apósitos secos, útero contraído.

AU: 15 cm

- **Genitales:** con sonda Foley, se observa orina hematúrica,

Tacto Vaginal: Cerviz cerrado, loquios hemáticos escasos sin mal olor.

- **Neurológico:** Somnolienta GLASGOW: 10 puntos
- **Miembros Inferiores:** Edema ++/+++

DIAGNÓSTICO

- Puérpera inmediata de 04 horas.
- Cesárea segmentaria por eclampsia
- Eclampsia.
- Síndrome de Hellp

Plan de trabajo

- Nada por vía oral (NPO)
- Control de funciones vitales (cada 2 horas)
- Control de presión arterial cada hora
- Control de sangrado
- Balance hidroelectrolítico.
- Control estricto de diuresis y densidad

Tratamiento

- Cloruro de sodio al 0.9% 1,000 cc. Brazo izquierdo
- Cloruro de sodio al 0.9% 1,000 cc más 5 ampollas de sulfato de magnesio pasar 10 ml por hora brazo derecho
- Nifedipino 10mg VO 1 tableta STAT.
- Metildopa 1 gr. VO cada 12 horas.
- Ceftriaxona 2gr, EV cada 24 horas.
- Ranitidina 50mg EV cada 12 horas
- Gluconato de calcio 1 ampolla EV cada 12 horas
- Oxígeno con cánula binasal 2 litros por minuto
- Exámenes auxiliares.

EXÁMENES DE LABORATORIO

BIOQUÍMICA

- Glucosa : 141 mg/dl
- Urea : 23 mg/dl
- Creatinina : 0.77 mg/dl
- Transaminasa Glutámico

- Oxalacética (TGO) : 52.0 U/L
- Transaminasa Glutámico
- Pirúvica (TGP) : 63.0 U/L
- Lactato Deshidrogenasa
- (LDH): 649 U/L
- Bilirrubinas
- Bilirrubina Total : 0.65Mg/dl
- Bilirrubina Directa : 0.25 Mg/dl
- Bilirrubina Indirecta : 0.4 Mg/dl

15/02/2017

MONITOREO

Tabla Nro. 5 Monitoreo de funciones vitales

Hora	T	P/A	FC	FR	SO ₂	DIURESIS	B.H.
02:30 pm	37.9 °C	140/99 mmHg	106	16	100	100	
04:30 pm	37.5 °C	137/94 mmHg	97	16	100	300	
06:30 pm	36.8 °C	140/80 mmHg	96	28	100	200	
08:30 pm	36.7 °C	140/79 mmHg	98	28	100	200	
10:30 pm	36.5 °C	130/81 mmHg	94	28	100	180	
12:30 am	36.8 °C	141/76 mmHg	83	28	100	200	
02:30 am	36 °C	135/71 mmHg	75	18	100	280	
04:30 am	36.2°C	131/83 mmHg	74	18	96	110	
06:30 am	36.8°C	128/79 mmHg	75	16	96	270	-310
TOTAL						1840	-310

Fuente Historia Clínica

EVOLUCIÓN 16/02/2017

MONITOREO

Paciente despierta, ventila espontáneamente con cánula binasal obedece órdenes, con hidratación periférica

Cardiovascular (CV): Ruidos compensado

- **Abdomen:** herida operatoria cubierta con apósitos seca y limpia no secreciones.
- **Genitales:** loquios normales escasos sin mal olor.
- **Miembro Superior Derecho:** Signos de flogosis
- **Miembros Inferiores :** Edema ´++

DIAGNÓSTICO

- Flebitis miembro superior derecho

MONITOREO

Tabla Nro. 6 Monitoreo de funciones vitales

Hora	T	P/A	FC	FR	SO ₂	DIUR.	B.H.
09:00 am	36.6 °C	132/77mmHg	74	14	96	200	
11:00 am	36.5 °C	137/73mmHg	91	14	97	100	
01:00 am	36.6 °C	140/73mmHg	74	15	99	100	
03:00 pm	36.2 °C	140/70mmHg	67	12	99	100	
05:00 pm	36.2 °C	140/80mmHg	67	16	98	180	-526
07:00 pm	37.9°C	123/89mmHg	85	20	98	100	
09:00 pm	37.5 °C	134/85mmHg	78	20	100	300	
11:00 pm	36.8°C	130/90mmHg	72	21	99	200	
01:00 am	36.7°C	126/78mmHg	75	21	100	200	
03:00 am	36.5°C	130/81mmHg	84	21	100	180	
05:00 am	36.8°C	145/94mmHg	74	21	99	200	
07:00 am	36°C	130/80mmHg	78	21	100	280	
09:00 am	36.8°C	118/73mmHg	82	21	99	270	
TOTAL						1840	-1471

Fuente Historia Clínica

17/02/2017

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- Hepatomegalia leve: Esteatosis hepática

Tabla Nro. 7 monitoreo por día de estancia hasta el alta 21/02/2017

FECHA	T	P/A	FCx ^{''}	FRx	SO ₂	DIUR.	B.H.
17/02/17	36.6 °C	150/99mmHg	82	15	98	2250	-994
18/02/17	36.7 °C	130/90mmHg	76	16	99	1200	690
19/02/17	36.5 °C	120/70mmHg	70	18	100	1600	740
20/02/17	36.6 °C	110/70mmHg	79	16	98	2000	
21/02/17	36.5 °C	110/80mmHg	76	18	99		

Fuente Historia Clínica

EXÁMENES DE LABORATORIO

HEMOGRAMA

	17/02/2017	19/02/2017
➤ Hemoglobina	: 11.00 gr %.	10.70 gr%
➤ Hematocrito	: 32 %	31 %
➤ Leucocitos	: 13.590 por mm ³ .	8.780 por mm ³
➤ Plaquetas	: 80.000 por mm ³ .	113.000 por mm ³
➤ Abastondos	: 3 %.	1 %
➤ Segmentados	: 73 %.	60 %
➤ Linfocitos	: 14 %	25 %
➤ Monocitos	: 9 %	10 %
➤ Basófilos	: 2 %	

BIOQUÍMICA 19/02/2017

- Urea : 20 mg/dl
- Creatinina : 0.58 mg/dl

- Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO) : 37 U/L
- Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP) : 32 U/L
- Lactato Deshidrogenasa (LDH) : 500 U/L
- Bilirrubina Total : 0.16 Mg/dl
- Bilirrubina Directa : 0.09 Mg/dl
- Bilirrubina Indirecta : 0.07 Mg/dl

ALTA 21/02/2017

DIAGNÓSTICO DE EGRESO

- Puérpera mediata post cesárea
- Eclampsia – Síndrome de HELLP

INDICACIONES

- Acudir a consultorio de ginecología dentro de 7 días.
- Algún signo de alarma acudir por emergencia
- Higiene perineal
- Curación de herida post operatoria
- Lactancia materna exclusiva
- Metildopa 500mg VO cada 12 horas
- Cefalexina 500mg VO cada 6 horas por 7 días

2.3 DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

- El sistema de trabajo del profesional médico en EsSalud Moquegua es modalidad reten. El área de emergencia es atendida por médico no especialista, motivo por el cual la atención inicial que se brindó a la

gestante complicada fue por médico general y después de 4 horas fue evaluada por ginecólogo de turno decidiendo terminar el embarazo.

- El tiempo de espera para la indicación de cesárea fue de 4 horas, y para la ejecución de la indicación demoró 2.30 horas. El embarazo con complicación de eclampsia se resolvió a las 6.30 horas después de su ingreso.
- Las complicaciones del embarazo por trastornos hipertensivos componen una causa importante de morbimortalidad de la madre con repercusiones en el feto y/o neonato, esta observación coincide con varios autores de las investigaciones revisadas, ya que este neonato nació con puntuación del APGAR 6 al minuto y 7 a los cinco minutos, requiriendo maniobras de reanimación.
- El diagnóstico de la Eclampsia fue tardío, debido a un control prenatal inadecuado, no se brindó una consejería para que la gestante pueda identificar signos y síntomas de alarma.
- Se evitó una muerte materna debido a la disponibilidad en ese momento de 09 paquetes de plaquetas en banco de sangre, caso contrario hubiese sido lamentable el desenlace.
- En este trabajo se demuestra que los factores de riesgo de otros países vistos en los antecedentes, son los mismos de nuestra región; primigesta de 22 años, no teniendo antecedentes familiares de hipertensión.

- De la misma manera se coincide con los signos de alarma encontrados que fueron cefalea intensa, visión borrosa, dolor en epigastrio y vómitos.
- La resolución del embarazo fue parto por cesárea, que coincide con los trabajos publicados, y recuperándose progresivamente hasta el alta.

CONCLUSIONES

- ✓ La nuliparidad fue el factor de riesgo que presento la gestante.
- ✓ El control prenatal fue incompleto e inadecuado, siendo un factor de riesgo para la aparición de esta u otra complicación. La falta de control prenatal va a permitir que la gestante presente signos de alarma los cuales no van a ser detectados por el profesional de la salud que atiende a la paciente por tanto no es posible realizar un buen seguimiento diagnóstico y oportuno tratamiento.
- ✓ Se cumplió con los protocolos de atención según las guías nacionales.
- ✓ La sintomatología que presentó la gestante es la misma descrita por los autores en este caso hubo cefalea intensa, visión borrosa, dolor en epigastrio y vómitos, fueron los signos de alarma que se encontraron en el caso previo a las convulsiones tónico clónicas.
- ✓ En este evento se estabilizó a la paciente y se procedió a la terminación de la gestación.
- ✓ Debido a que existe una asociación con la historia familiar de la gestante que desarrolla Preeclampsia, se considera que existe un factor genético en su desarrollo.
- ✓ La complicación por Síndrome de HELLP presenta indicadores altos de morbimortalidad tanto para la madre como para el feto.
- ✓ El síndrome de HELLP se puede presentar de manera atípica y aunque su tratamiento general es igual que en la pre eclampsia severa, es necesario conocer su presentación atípica con la finalidad de realizar un diagnóstico para un mejor manejo.

RECOMENDACIONES

- ✓ Es necesario realizar programas de intervención para detectar prevenir la preeclampsia y sus complicaciones identificando a las gestantes que presentan mayor riesgo de desarrollar PE para desplegar estrategias preventivas y terapéuticas.
- ✓ Los profesionales de la salud que trabajan con población gestante, deberían fortalecer sus competencias con especialización en bases fisiopatológicas de la enfermedad y sus diversas expresiones en que se manifiesta la preeclampsia
- ✓ Fortalecer el seguimiento en nivel preventivo sobre importancia de conocer la sintomatología de alarma para acudir prontamente al establecimiento de salud para un manejo oportuno y adecuado.
- ✓ Es necesario que todos los establecimientos de salud desde el nivel primario cuenten con el equipamiento, insumos, medicamentos y personal de salud capacitado para atender esta emergencia e iniciar el tratamiento, hasta que llegue a otro establecimiento de mayor complejidad, ya que esta complicación es frecuente en nuestra región.
- ✓ En el Síndrome HELLP debe haber una correcta atención prenatal, una oportuna intervención asociada a la terapéutica eficaz para un manejo ulterior.
- ✓ Toda paciente que cursa con esta complicación debe ser atendida en hospitales de alta complejidad ya que el 50 % presenta fallos multiorgánico, por lo tanto, una vez confirmado el diagnóstico la gestante debe ser

evacuada a un establecimiento de mayor complejidad con mejor capacidad resolutive

- ✓ Fortalecer el sistema de atención en servicio de emergencia del hospital EsSalud Moquegua teniendo un Ginecólogo de turno 24 horas para tener el diagnóstico adecuado y no tener imprevistos de que el médico no llegue.
- ✓ Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de esta morbilidad materna.
- ✓ En las pacientes cuya complicación fue la eclampsia se debería realizar tomografía cerebral en las primeras 72 horas, como está descrito en los antecedentes, para evidenciar posibles lesiones cerebral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto materno perinatal. Guía de práctica clínica para el manejo de Preeclampsia y Eclampsia N°02, Lima Perú 2017.
2. Pacheco J. Del editor sobre las guías de hipertensión en el embarazo del ACOG. Revista Peruana Ginecol Obstet. 2013 [citado 11 de mayo 2019]; 59(4). Disponible <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/58/53>
3. AJTUN CARRERA E. Pre eclampsia y eclampsia como factor predisponente de hipertensión arterial crónica luego de 12 semanas de puerperio. Hospital Roosevelt febrero a junio Guatemala 2013.
4. García V. Victoria. Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa, Clínica Universitaria Bolivariana Colombia, mayo 2008.
5. MOTTE ALARCÓN Patricia. Frecuencia de la enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de ginecología y obstetricia del Instituto Materno Infantil del estado de México, 2011. [citado el 12 de mayo 2019] disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13852/414785.pdf?sequence=1>
6. García Quiñones Juan., Hiperuricemia asociada a Complicaciones maternas en gestantes con Preeclampsia atendidas en el Hospital Belén de Trujillo Perú 2013.
7. Osorio Rosales J. Factores de riesgo para desarrollo de síndrome HELLP Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. 2010 – 2014

8. CÁRDENAS REYNOSO A., FERNANDEZ POLIN M., Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre Lima Perú 2015
9. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Organización Mundial de la Salud Ginebra 27, Suiza. 2012
10. Cararach Ramoneda V., Botet Mussons F., Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona [fecha de acceso 16 de mayo 2019] disponible en:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
11. Liu S, Joseph KS, Liston RM, Bartholomew S, Walker M, León JA, Kirby RS, Sauve R, Kramer MS. Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2011 Nov; 118(5):987-94. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823311c1.
12. Ahued Ahued Roberto, Fernández del Castillo C. Bailón Uriza R. Ginecología y Obstetricia aplicadas, asociación mexicana de Ginecología y Obstetricia, segunda edición Editorial el Manual Moderno México DF 2003
13. Argueta ZM, Neri MC, Lira OJ. Ibarguengoitia OF, Vázquez JM: Síndrome de HELLP siete años de experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. *Gin Obstet Mex.* 1995,63:217-221
14. Consenso de Obstetricia FASGO 2017 "Estados hipertensivos y embarazo [fecha de acceso 16 de mayo2019] disponible en:

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embrazo.pdf

15. Sixto E. Sánchez, Actualización en la epidemiología de la preeclampsia, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol.60 no.4 Lima oct./dic. 2014
16. Preeclampsia – eclampsia, Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos, Vol. 11, No. Especial 1 2006[fecha de acceso 16 de mayo2019] disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/24_eclampsia.pdf
17. Hernández J, Ulloa Gómez C, Martín V, Linares R, Suárez R. Terapéutica en la enfermedad hipertensiva gravídica. Influencia en la morbimortalidad prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999; vol 25: 51-4.
18. Rivas E, Mendívil C. Síndrome de Hellp: Revisión. Salud Uninorte [Revista en Internet] 2011 [Consultado 02 mayo 2019]; 27(2). 259-274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81722541010.pdf>.
19. Than N, Rahman O, Magenheim R, Nagy B, Fule T, Hargitai B et al. Placental Protein 13 (galectin-13) has decreased placental expression but increased shedding and maternal serum concentrations in patients presenting with preterm preeclampsia and HELLP syndrome. Virchows Arch 2008; 453(4): 387- 400.
20. Illsinger S, Janzen N, Sander S, Schmidt K, Bednarczyk J, Mallunat L et al. Preeclampsia and HELLP Syndrome: Impaired mitochondrial function in umbilical endothelial cells. Reproductive Sciences 2010; 17(3): 219- 226

21. Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A. Maternal-perinatal outcome associated with the HELLP Syndrome in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:501- 509
22. Labarca L, Urdaneta J, Gonzáles M, Contreras A, Baabel N, Fernández M, et al. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. *Rev chil obstet Ginecol*. [Revista en Internet] 2016; [Consultado 02 febrero 2017] 81(3), 194-201. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07177526201600030000
23. Vigil, P. Síndrome Hellp. *Ginecol Obstet Mex*. [Revista en Internet] 2015 [Consultado 25 abril 2019]; 83, 48-57. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>.
24. Ministerio de salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. Dirección General de Salud de las Personas 2016
25. Parra Ramírez P., Beckles- Maxwell M., Diagnóstico y Manejo Oportuno del Síndrome de HELLP, *acta méd. costarric* vol.47 n.1 San José Jan. 2005.[consultado el 28 de mayo 2019] disponible en
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-