



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

SÍNDROME HELLP Y ÓBITO FETAL EN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL II, 2020

PRESENTADO POR:

ESTEFANNY KELLY SILVA CORDOVA

ASESOR:

Mg. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS

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

MOQUEGUA – PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADOS.....	I
ÍNDICE DE CONTENIDO	II
RESUMEN	III
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2. Justificación	2
1.2.1 Antecedentes	3
1.2.2 Bases teóricas.....	5
CAPÍTULO II	11
CASO CLÍNICO.....	11
2.1. Objetivo.....	11
2.1.1. Objetivo General.....	11
2.1.2. Objetivos Específicos	11
2.2. Datos clínicos relevantes	12
2.3. Discusión	27
2.4. Conclusiones	28
2.5. Recomendaciones	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Resultados de perfil de preeclampsia.....	17
Tabla N° 2 Hemograma.....	17
Tabla N° 3 Electrolitos.....	18
Tabla N° 4 Hemograma.....	19
Tabla N° 5 Examen de orina completo	19
Tabla N° 6 Examen bioquímico.....	20
Tabla N° 7 Hemograma.....	20
Tabla N° 8 Hemograma.....	21
Tabla N° 9 Examen bioquímico.....	22

RESUMEN

El síndrome HELLP es una patología que genera un elevado número de muertes y secuelas en las mujeres que lo padecen, si bien es cierto, no hay un origen específico y no se puede prevenir, debemos estar capacitados para poder enfrentarlo de manera rápida y activa que permita salvaguardar la vida de la madre y del feto.

Este caso clínico es un reporte de una gestante de 13 años, que es referenciada de una zona de ceja de selva de Perú por presentar 5 convulsiones, estar en mal estado general y no percibirse los latidos fetales, si bien esta gestante fue derivada utilizando los sistemas de referencia, por el riesgo de la edad y algunas complicaciones descritas en el control prenatal la gestante debió ser derivada de manera anticipada a un establecimiento de salud para su control y vigilancia. La atención que se brinda en el hospital fue rápida, efectiva y de acuerdo a las normas y protocolos que se manejan en el establecimiento, y permitió que la paciente pueda recuperarse en una semana después del parto, no se precisa el seguimiento de control y la contrarreferencia que sería importante en estos casos.

Este caso nos muestra lo importante que es el control prenatal, el manejo de los riesgos del embarazo adolescente y lo necesario e indispensable que es estar preparados para atender ocasiones de alto riesgo aun teniendo pocos recursos de personal y de insumos con lo que trabajar.

El manejo hospitalario fue eficiente y a pesar de la adversidad logro preservar la vida de la gestante a pesar de las complicaciones, lo que demuestra un equipo multidisciplinario capacitado puede hacer frente a todo tipo de emergencias.

Palabras claves: HELLP, óbito fetal, gestación.

TÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

En el síndrome de HELLP la tasa es extremadamente alta, aproximadamente 830 mujeres mueren en el mundo, en el año 2015, unas 303,000 muertes en mujeres se dieron por el embarazo, la mayor parte de ellas en país de bajos recursos ⁽¹⁾. Un 99% de estas en África y Asia Meridional, en contextos de crisis humanitaria, las complicaciones principales son las hemorragias graves, los trastornos hipertensivos, abortos peligrosos, complicaciones del parto. La hipertensión es una causa grave, sobretodo el síndrome HELLP que ocurre luego de las 32 semanas, generalmente si estas con preeclampsia o eclampsia, aunque puede darsetambién en el puerperio. Entre las características de esta tenemos la hemolisis, incremento de enzimas hepáticas, disminución de plaquetas, que producen dolor de cabeza, vomito, retención de líquidos, náuseas, visión borrosa, etc. ⁽²⁾

En el Perú, la tasa de síndrome HELLP es de 0.9% de las mujeres que desarrollaron preeclampsia y tiene una tasa de mortalidad de entre el 15 y 20% ⁽³⁾. El objetivo del presente estudio es hacer una revisión del Síndrome, criterios de diagnóstico y las tasas de enfermedad y muerte.

1.2. Justificación

El HELLP es una complicación grave del trastorno hipertensivo con una alta mortalidad y graves consecuencias, este estudio pretende hacer un recordatorio de los conocimientos de la fisiopatología, diagnóstico y clínica, pues ello nos permitirá hacer una intervención con el fin de prevenir desenlaces desagradables. Adicionalmente, el conocer de manera más profunda la enfermedad permitirá plantear nuevos estudios y estrategias para intervenir el impacto que genera la enfermedad, enfocados en la premisa de que en nuestro país hay pocos estudios y altas tasas de mortalidad. Por lo tanto, es necesario desarrollar estudios en hospitales de referencia y con heterogeneidad de poblaciones.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes

a.- Antecedentes Internacionales

Krebs V, et al (2021) El estudio tiene como objetivo evaluar la mortalidad materna en el Síndrome HELLP en Latinoamérica, pues es un desafío en Brasil para la salud pública, se realizó una metodología de revisión en base a dos descriptores Sd HELLP y mortalidad materna, luego de esta revisión se concluye que un diagnóstico precoz e intervención inmediata reduce la mortalidad materna

y perinatal ⁽⁴⁾.

Sanchez M, et al (2021). El síndrome HELLP es una patología del trastorno hipertensivo que se manifiesta sobre todo después de las 32 semanas, esta se observa en 0,5 a 0.9% de los embarazos, entre las complicaciones más frecuentes están dolor en cuadrante derecho, náuseas, ictericia, cefalea, tinnitus, hemorragia. El riesgo de la vida materna es muy alto, puede producir muerte cerebral, rotura hepática, y si presenta eclampsia mayor probabilidad de muerte. Se efectúa la interrupción del embarazo para preservar la vida de la madre ⁽⁵⁾.

Ghelfi A, et al (2020). El síndrome HELLP puede ser completo o incompleto, postparto o anteparto, en ellas se analiza las características clínicas a través de un análisis de cohorte retrospectivo de 318 gestantes de las cuales 28 desarrollaron HELLP, 10 pasaron a UCI y ninguno tuvo un óbito fetal ⁽⁶⁾.

Jaramillo M, et al (2020) El síndrome de HELLP genera complicaciones en el embarazo que generan enfermedad y muerte, fue un estudio cuantitativo, retrospectivo, utilizando el análisis de 362 gestantes, el rango de edad fue de 35 a 39 años, del total 60 desarrollaron HELLP. Entre las complicaciones tenemos incremento de la presión arterial, proteinuria, cefalea, edema, hematuria, por lo que se debe charlas educativas de prevención de la salud ⁽⁷⁾.

Minhong Mao, et al (2015). El HELLP está asociado a alta mortalidad, por lo que el uso de corticoides es importante, se hace una revisión de bases de datos. Los corticoides generan en los pacientes que mejoren los niveles de plaquetas, ALT y reduce el tiempo de estancia en UCI y ratio de transfusiones, no se asocia significativamente con mortalidad materna y morbilidad general ⁽⁸⁾.

b.- Antecedentes Nacionales

Julca B. (2021). Se evaluaron factores asociados a preeclampsia temprana o tardía en 109 gestantes atendidas, este estudio fue observacional, se hizo un análisis descriptivo. Se evidencio más casos de inicio temprano, más frecuencia decesárea, más días de hospitalización, y se dio en más gestantes multíparas ⁽⁹⁾.

Vera J. (2020). Revisión narrativa del síndrome HELLP en hospitales del sur del Perú en el año 2019, siendo más frecuente en gestaciones múltiples, primigravidez, hipotonía uterina y anemia en el parto y puerperio. La complicación perinatal presentada fue el parto prematuro ⁽¹⁰⁾.

Baezsilva M. (2020). El Óbito fetal se da entre 5 y 40/1000 nacidos vivos, se realiza un estudio caso control en 831 gestantes en una relacion1:2. La razón de óbito en la población total fue 9,2 por cada 1000 nacidos vivos. Se evaluó características descriptivas de la muestra y se halló entre los factores de riesgo la corioamnionitis, no controles prenatales, multiparidad, antecedente de óbito ⁽¹¹⁾.

Zapata B, et al. (2019). Estudio de las complicaciones maternas y fetales causada por la elevación de las enzimas hepáticas, entre las complicaciones más frecuentes es la hemorragia, hipovolemia, anemia y hematoma hepático espontáneo. Siendo el parto el único método efectivo, se debe realizar estudio para conocer si el uso de los corticoides ayuda en el recuento de plaquetas ⁽¹²⁾.

Cárdenas A. (2017). Estudio retrospectivo transversal de evaluar 31 historias de gestantes con HELLP, el 64,5% tenían entre 20 y 34 años, entre las complicaciones más frecuentes tenemos la anemia, DPP, distrés respiratorio y un caso de muerte materna ⁽¹³⁾.

Bases teóricas

El síndrome HELLP fue descrito por primera vez en 1983, y se caracteriza por la elevación de las enzimas hepáticas, hemólisis y reducción de plaquetas ⁽¹⁴⁾. Si bien algunos autores consideran que es una variante de la preeclampsia, otros autores indican que un 15% se origina sin presentar proteinuria y sin hipertensión ⁽¹⁵⁾. En los estudios realizados aproximadamente el 50 a 60% entra a cuidados intensivos y 10% de los casos han desarrollado síndrome HELLP., esto nos lleva a pensar que este síndrome es grave y debemos de actuar con prontitud y cuyo tratamiento probado actualmente es la finalización de la gestación ⁽⁵⁾.

Epidemiología

Se indica que entre 5 y 9/1000 gestaciones y entre el 10 a 20% de los casos de preeclámpticas desarrollan el síndrome HELLP, según los estudios un 70% de los casos se presenta antes del parto, y el 80% antes de la semana 37, también aparece en algunos casos después del parto y en podría presentarse hasta 7 días postparto⁽¹⁶⁾. Uno de los factores de riesgo es el antecedente de haber presentado trastornos hipertensivos con mayor preponderancia a menor edad gestacional ⁽¹⁷⁾.

Etiopatogenia

El origen sigue siendo desconocido, sin embargo, se considera que el defecto en la placentación es el que genera un desnivel entre factores angiogénicos y anti angiogénicos. Es preciso mencionar que el síndrome HELLP presenta perfiles angiogénicos diferentes dependiendo de su origen, aunque hay casos en la que están relacionados ⁽¹⁸⁾.

Hemólisis: debido a la disfunción endotelial se genera una anemia hemolítica, que daña en los vasos pequeños, esto se refleja con la disminución de la hemoglobina, disminución de haptoglobina y sobretodo la elevación de la enzima lactato deshidrogenasa sérica (LDH) ⁽¹⁾.

Elevación de enzimas hepáticas: tanto del ALT y el AST muestran el daño hepático, si bien hay controversias, se utiliza como punto de corte el doble del límite alto de normalidad ⁽¹⁾.

Plaquetopenia: Las plaquetas están adheridas a las células endoteliales dañadas lo que incrementa el recambio de estas de manera muy activa, un criterio usual de diagnóstico es la presencia de menos de $100 \times 10^9/L$ plaquetas ⁽¹⁾.

Usualmente estos 3 criterios son los usados en la clasificación, tenemos también la clasificación de Mississippi, que es menos empleada en función de los niveles de AST/ALT y plaquetas disminuidas ⁽¹⁾.

Diagnóstico diferencial

Existen algunas patologías que pueden tener síntomas similares al HELLP como el hígado graso, purpura trombocitopénica, lupus eritematoso, que presenta elevada mortalidad, por lo que un diagnóstico diferencial es necesario. La pandemia nos muestra una preeclampsia like, caracterizado por hipertensión, proteinuria, trombocitopenia y elevación de enzimas hepáticas ⁽¹⁹⁾ que se agrega al diagnóstico diferencial que se debe realizar, aunque esta última presenta valores de LDH en gestantes en valores menores a 600 U/L.

Manejo del síndrome HELLP

Se establecen tres escenarios de manejo ⁽²⁰⁾:

La finalización de modo inmediato en gestantes con más de 34 semanas.

La finalización en 48 horas una vez establecido el diagnóstico y luego del uso de corticoides para maduración pulmonar fetal en gestaciones por debajo de las 34 semanas.

Hay un manejo expectante en gestaciones muy tempranas con el objeto de disminuir la morbilidad neonatal.

Manejo expectante del síndrome HELLP

Si la gestación tiene menos de 34 semanas se establece la maduración pulmonar con corticoides entre las 48 y 72 horas. Este manejo de tipo conservador tiene sus cuestionamientos si se da más allá de las 48 horas. Los beneficios de este manejo hacen un balance entre las complicaciones a la madre y el feto. En estudios comparativos de manejo conservador y expectante se tuvo que el manejo conservador permite prolongar la gestación en promedio 30 días ⁽²¹⁾. Independiente del manejo que se opte, si hay complicaciones debe finalizarse inmediatamente la gestación.

Terapia con corticoides en el síndrome HELLP

Se usan altas dosis de betametasona para la maduración pulmonar antes de las 34 semanas y así evitar complicaciones neonatales, si bien, se propone el uso de

corticoides para mejorar el estado materno, no hay evidencia científica de que ello ocurra. Recientes estudios indican que el beneficio que tendría sería el aumento de plaquetas y reducción de tiempo en el hospital ⁽¹⁴⁾.

Finalización de la gestación

Si bien la indicación es la finalización del embarazo, el síndrome HELLP no tiene como indicación per se de cesárea, por lo que el parto vaginal es la vía de elección, en un parto vaginal se recomienda una transfusión plaquetaria si el nivel está por debajo de $20 \times 10^9/L$ y en caso de cesárea electiva por debajo de $50 \times 10^9/L$ ⁽²²⁾.

Manejo postparto

Dentro de las 24 a 48 horas es importante realizar controles analíticos, si bien se pueden observar mejorías en las primeras horas, pero en los casos severos la mejoría es lenta, en el caso de que la patología se presente en el postparto, el manejo es el mismo, pero hay más riesgo de edema pulmonar e insuficiencia renal ⁽²³⁾. Generalmente las pacientes ingresan a UCI debido a rotura hepática, coagulación intravascular diseminada (CID), fracaso renal agudo, transfusiones masivas, síndrome de pulmón poli transfundido, isquemia cardíaca o cardiomiopatía ⁽⁵⁾.

Pronóstico

Complicaciones maternas

Este síndrome genera complicaciones materno-neonatales. Aunque el pronóstico es bueno, las complicaciones dependen de la severidad y anomalías laboratoriales ⁽²⁴⁾

En el 1% de los casos se presenta el hematoma subcapsular hepático, complicación severa y mortal, este genera dolor intenso y súbito en el cuadrante derecho, anemia e hipotensión ⁽²⁾. El diagnóstico es por imágenes y el manejo es conservador usando transfusiones de hemoderivado, si hay rotura hepática el manejo es quirúrgico. Este puede generar DPP, en un 16% de los casos por consiguiente muerte del feto y hemorragia postparto. La coagulación intravascular diseminada puede complicar el HELLP y se asocia a hemorragia y aumenta el riesgo de fracaso renal agudo, edema pulmonar y necesidad de transfusiones. La mortalidad es aproximadamente en 1% ⁽¹⁷⁾.

Complicaciones neonatales

Depende de la edad gestacional y el peso al nacimiento debido a que la mayor parte de recién nacidos es por debajo de las 37 semanas, teniendo una mortalidad entre 7 y 20%, principalmente por DPP y por RCIU ⁽²⁵⁾.

Riesgo de recurrencia

El riesgo de recurrencia en embarazos posteriores esta entre 5 y 52%, de estas el 7% nuevamente desarrollaran HELLP, 18% preeclampsia y 18% de hipertensión. El parto pretérmino, óbito intrauterino y trastornos hipertensivos son complicaciones habituales si hay antecedentes de HELLP ⁽¹⁴⁾.

Definición de óbito fetal

Problema de salud pública que ocurre después de las 28 semanas, esta tasa puede variar por raza, edad avanzada, trimestre de embarazo, trastornos obstétricos, entre

otros. Estudios usan el termino de muerte fetal asociado a un embarazo después de las 20 semanas y con un peso mayor de 500 gramos. Estas muertes se dan en la mayoría de casos en zonas de carencia de atención de salud, algunas estadísticas indican que 3'000.000 de mortinatos se dan en el tercer trimestre de embarazo ⁽²⁶⁾. Por ello se han establecido diversas campañas a nivel mundial con el fin de evitar muertes fatales que genera complicaciones emocionales en la madre.

Clasificación de óbito fetal

Óbito fetal temprano antes de las 20 semanas y con un peso menor de 500 gramos, lo que se conoce como aborto, entre sus causas tenemos la diabetes, infecciones urinarias, traumatismos internos ⁽²⁷⁾.

Óbito fetal intermedio se da entre las 21 y 27 semanas y con un peso entre 500 y 999 gramos, entre sus causas están el DPP, y el síndrome HELLP ⁽²⁷⁾.

Óbito fetal tardío se da después de las 28 semanas y con un feto con peso mayor a 1000 gramos, se desconoce la causa principal, aunque pueden ser las infecciones, anomalías y trastornos hipertensivos. Alrededor de 2'000.000 de muertes fatales tardía se dan cada año ⁽²⁷⁾.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

Describir el manejo de atención de un óbito fetal en una gestante con Síndrome HELLP.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Describir el manejo en casos de óbito fetal.
- Describir el manejo del Síndrome HELLP
- Conocer las complicaciones del Síndrome HELLP

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

Fecha de Ingreso 20 ago 2010

00:50 hrs

Paciente acude referida de centro de salud con diagnóstico de primigesta 42 semanas por última regla/ preeclampsia severa, descartar óbito fetal, se refiere que paciente convulsionó 5 veces.

Se observa a paciente en mal estado general con PA: 130/110 mmHg, FC 135x, inconsciente no responde a estímulo, se comunica a médico.

Al examen:

En mal estado, AU 29 cm LCI LCF ausente, TV diferido, con sonda Foley.

Se ubica a paciente en trauma shock, se realiza I/C a medicina interna, se prepara a paciente para SOP.

00:57 hrs

Se observa a paciente convulsionando, se coloca otra vía y se administra diazepam 10 mg. EV.

01:00 hrs

Se coloca Ceftriaxona 2 gr EV, se solicitan exámenes de laboratorio.

01:05 hrs

Se coloca furosemida 20 mg.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICAS:

Mal estado general

PA: 130/110 mmHg, FC 135x', FR 27x', T 37 °C, peso 49.5 kg

Abdomen: AU:29 cm

LCF: ausente, Movimiento Fetal: ausente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Primigesta 41 semanas
- Eclampsia + óbito fetal
- Descartar síndrome HELLP

INDICACIONES:

- Pasa a SOP.

01:10 hrs

Paciente ingresa a SOP en camilla, con vía permeable de ClNa 9% ventila espontáneamente, en estado de consciencia de estupor, con diagnósticos, primigesta de 41 semanas, eclampsia, óbito fetal, d/c síndrome HELLP.

01:33 hrs

Paciente de 13 años con:

- Dx. Preoperatorio: Primigesta de 41 semanas / eclampsia fetal + óbito fetal.
- Dx. Post – Operatorio: confirmado

Hallazgos: óbito fetal de 2430 gr sexo femenino.

Talla 48 cm, Apgar: 0

Perímetro Cefálico = 31cm

Perímetro Abdominal = 28cm

HOJA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA

02:36 hrs

Enfermera (c) de URPA

Valoración de enfermería datos subjetivos

No mueve extremidades no Respira y no tose normalmente

INDICACIONES

- Nifedipino 10 mg, PA >16/110 mmHg
- Dexametasona 10 mg c/12 hrs
- ClNa 91000 + 3amp Oxitocina 1000 60cc
- Tramal 50 mg stat.
- Sulfato de Magnesio (5) 100 ClNa 10 cc/h EV
- Clindamicina 600mg EV 10

06:40 hrs

Ingresa paciente en mal estado general con ventilación a presión positiva proveniente de URPA por indicación de anestesiólogo, se ha buscado interconsulta con intensivista, pero sin éxito. Médico pide insistir o derivar a otro establecimiento de mayor resolución.

PA 130/110 mmHg FC 103 x'

Útero contraído con loquios escasos.

07:15 hrs

Se coloca medicamentos en NaCl 9% + 20 UI de oxitocina + metoclopramida 10 mg + 50 mg I frasco 200 pp y en II frasco se coloca sulfato de magnesio. Paciente desorientada.

Diagnóstico

- Puérpera inmediata de parto abdominal por eclampsia + óbito fetal.

Médico indica referencia a otro establecimiento de mayor resolución.

08:00 hrs

PA 110/67 mmHg FC 73 x' FR 20x' T 37 °C

Diagnósticos

- Eclampsia
- Síndrome HELLP
- Post cesareada 1 día

Se solicita ecografía

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

HALLAZGOS

Se efectuó el estudio ecográfico solicitado, observándose:

HÍGADO: Forma, tamaño y situación habitual. Bordes lisos y contornos regulares, desplazable con los cambios respiratorios. Ecotextura homogénea, sin evidencia de lesiones focales parénquimales. No muestra dilatación de vías biliares extra ni intrahepáticas. LHD: 149 mm.

COLÉDOCO Y PORTA: No evaluado.

VESICULA BILIAR: De 73 x 36 mm (DL - AP). De forma, tamaño y situación habitual, de paredes delgadas y regulares de 1.4mm. Contenido biliar transónico, no muestra imágenes litiásicas ni polipoideas.

PÁNCREAS: No evaluado.

BAZO: no evaluado.

RIÑONES: No evaluado.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Hepatomegalia moderada. En particular no se aprecia hematoma y/o ruptura hepática.

Tabla N° 1

Resultados de Perfil de preeclampsia

FOSFATASA ALCALINA	830	3.5 - 4.8 g/dL	Bajo
BIL DIRECTA	0.3	0 - 0.3 mg/dL	Normal
BIL TOTAL	0.7	0 - 1 mg/dL	Normal
CREATININA	1.14	0.7 - 1.3 mg/dL	Normal
TGO	477	0 - 38 U/L	Alto
TGP	204	0 - 41 U/L	Alto
UREA	32	10 - 50 mg/dL	Normal

Tabla N° 2

Hemograma

HEMATOCRITO	42.2 %
LEUCOCITOS	17,600 mm ³
RECuento DIFERENCIAL	RECuento DIFERENCIAL
ABASTONADO	8%
SEGMENTADO	84%
EOSINÓFILO	1%
BASÓFILO	0%
MONOCITO	1%
LINFOCITO	6%
PLAQUETAS	161,000 mm ³

Tabla N° 3 Electrolitos

PH	7.350
PCO2	27.5 mmHg
PO2	87 mmHg
BEecf	-10 mmol/L
HCO3	15.2 mmol/L
TCO2	16 mmol/L

21 ago 2018

Hora 08:20 hrs

PA 100/63 mmHg, FC 72x' FR 16x'

Diuresis 2927, BHI + 1635.

Se solicita TGO, examen de orina, fibrinógeno, hemograma

Diagnóstico

- Puérpera inmediata de parto abdominal por eclampsia + óbito fetal.

Indicaciones

- Nifedipino 10 mg, PA >16/110 mmHg
- Dexametasona 10 mg c/12 hrs
- ClNa 91000 + 3amp Oxitocina 1000 60cc

- Tramal 50 mg stat.
- Sulfato de Magnesio (5) 100 ClNa 10 cc/h EV
- Clindamicina 600mg EV 10

Tabla N° 4
Hemograma

HEMATOCRITO	38 %
LEUCOCITOS	13,500 mm ³
RECuento DIFERENCIAL	RECuento DIFERENCIAL
ABASTONADO	2%
SEGMENTADO	80%
EOSINÓFILO	0%
BASÓFILO	0%
MONOCITO	2%
LINFOCITO	16%
PLAQUETAS	160,000 mm ³

Tabla N° 5
Examen de orina

Color	Amarillo
Aspecto	Ligeramente turbio
Células epiteliales	Escasas
Leucocitos	1 - 3 x campo
Hematíes	6 – 8 x campo
Gérmenes	escasos

Tabla N° 6

Exámenes bioquímicos

CREATININA	1.12	0.7 - 1.3 mg/dL	Normal
GLUCOSA	79	70 - 110 mg/dL	Normal
GOT	121	0 - 38 U/L	Alto
GPT	115	0 - 41 U/L	Alto
UREA	29	10 - 50 mg/dL	Normal

22 ago 2018

INFORME DE INTERCONSULTA

Regulaciones de la consulta de ginecoobstetricia a UCI

SUMARIO DE LA HISTORIA:

Paciente de 13 años, que presentó eclampsia y post cesareada, se solicita pasó a su servicio UCI

Tabla N° 7

Hemograma

HEMATOCRITO	49 %
LEUCOCITOS	9,200 mm ³
RECuento DIFERENCIAL	RECuento DIFERENCIAL
ABASTONADO	3%
SEGMENTADO	86%
EOSINÓFILO	3%
BASÓFILO	0%
MONOCITO	2%
LINFOCITO	6%
PLAQUETAS	208,000 mm ³
TIEMPO DE COAGULACIÓN	6'
TIEMPO DE SANGRÍA	1'15''

23 ago 2018

Paciente de 13 años post operada de 4 días post cesárea por Eclampsia y Óbito Fetal

Al momento estable PA= 126/88 mmHg FC= 67x' FR=18 x' T=36.0C. Ventila espontáneamente, con 1 antihipertensivo con buena diuresis.

Indicaciones

- Nifedipino 10 mg, PA >16/110 mmHg
- Tramal 50 mg stat.
- Sulfato de Magnesio (5) 100 CINA 10 cc/h EV

Tabla N° 8
Hemograma

HEMATOCRITO	37 %
LEUCOCITOS	10,000 mm ³
RECuento DIFERENCIAL	RECuento DIFERENCIAL
ABASTONADO	0%
SEGMENTADO	75%
EOSINÓFILO	3%
BASÓFILO	0%
MONOCITO	2%
LINFOCITO	20%
PLAQUETAS	241,000 mm ³

Tabla N° 9
Exámenes bioquímicos

ALBÚMINA	3.1	3.5 - 4.8 g/dL	Bajo
BIL DIRECTA	0.1	0 - 0.3 mg/dL	Normal
BIL TOTAL	0.4	0 - 1 mg/dL	Normal
CREATININA	0.74	0.7 - 1.3 mg/dL	Normal
GLUCOSA	81	70 - 110 mg/dL	Normal
GOT	46	0 - 38 U/L	Alto
GPT	62	0 - 41 U/L	Alto
PROT TOTALES	5.1	6.1 - 7.9 g/dL	Bajo
UREA	14	10 - 50 mg/dL	Normal

24 ago 2018

06:40 hrs

Paciente se encuentra tranquila en su unidad, no refiere molestias.

Al examen: en regular estado de hidratación,

Piel: hidratadas

Mamas: blandas no secretantes

Abdomen: útero contraído bajo de cicatriz umbilical

Diagnóstico: Puérpera 5 días de parto abdominal

Indicación: Se continúan con indicaciones

25 ago 2018

06:50 hrs

Paciente se encuentra tranquila en su unidad, no refiere molestias.

al examen: en regular estado de hidratación,

Piel: hidratadas

Mamas: blandas no secretantes

Abdomen: útero contraído bajo de cicatriz umbilical

Diagnóstico: Puérpera 6 días de parto abdominal

Indicación: Se continúan con indicaciones

PROTEÍNAS EN 24 HORAS	145 mg/24 hras	30 – 140 mg/24 hras
-----------------------	----------------	---------------------

26 ago 2018

06:48 hrs

Paciente se encuentra tranquila en su unidad, no refiere molestias.

Al examen: en regular estado de hidratación,

Piel: hidratadas

Mamas: blandas no secretantes

Abdomen: útero contraído bajo de cicatriz umbilical

Diagnóstico: Puérpera 7 días de parto abdominal

Indicación: Se continúan con indicaciones

INFORME DE ALTA DEL SERVICIO

Edad: 13 años

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: Primigesta de 41 semanas x UR, preeclampsia, óbito fetal, Síndrome de HELLP.

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS: Hospitalización, control de funciones vitales, cesárea segmentaria transversa.

TRATAMIENTO COMPLETO: Dextrosa 10% sulfato de magnesio, nifedipino, omeprazol, metildopa, omeprazol, vitamina k, haloperidol, furosemida, cabergolina.

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Puérpera de parto abdominal

PRONÓSTICO: Favorable

RECOMENDACIONES: cita: 28-08-18

Cefalexina 300 mg vo c/6hrs x 4 días, metildopa 500 mg 8 hrs x 10 días, tramadol + paracetamol tab vo c/8hrs x 3 días.

EPICRISIS

Fecha Ingreso 20 ago 2018, edad: 13 años

SÍNTOMAS Y SIGNOS AL INGRESO

Presenta convulsiones 5 veces

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

1. Primigesta de 41 semanas
2. No Labor de Parto
3. Eclampsia
4. Óbito fetal
5. Síndrome de HELLP

DIAGNÓSTICOS FINALES DE EGRESO

1. Cesárea de emergencia.
2. Eclampsia
3. Óbito fetal

INDICACIONES DE ALTA

cita 28.08.18

Cefalexina 500 mg vo, metildopa 500 mg vo c/8 horas

En condiciones de alta, se indica Planificación familiar.

2.3. Discusión

- La atención de una mujer con síndrome HELLP siempre es un reto para el equipo multidisciplinario pues tiene una serie de complicaciones, más aún si este caso se presenta en una zona de difícil acceso geográfico y que hace más compleja su referencia, aunado a ello la edad de la gestante y la sintomatología que va desarrollando a medida que van pasando las horas, si bien se realiza el traslado consideramos que esto se hace de manera inoportuna pues por los antecedentes se debió derivar a la gestante con anterioridad para poder anticiparse a todo lo que sabemos que ha acontecido.
- El manejo en la institución se dio de manera adecuada pero una vez más no se pudo establecer una referencia a un lugar de mayor resolución, y si bien en este caso se salvó la vida de la madre, esto quizás pudo complicarse, por eso es que debemos resaltar al equipo de atención pues con pocos recursos logró manejar adecuadamente el caso.
- El manejo se dio acorde a lo establecido en las normas y protocolos lo que de alguna manera contribuye a seguir una misma pauta y que los resultados sean mejores a si actuáramos por nuestra experticia solamente.

2.4. Conclusiones

- Uno de los principales objetivos del personal de salud es preservar la vida del binomio madre niño, y cuando este no se da por diversas causas se busca velar por que al menos uno de los dos tenga la menor repercusión posible. En el presente caso el manejo de la gestante fue acorde a lo establecido en la norma técnica, se hizo la referencia y el manejo de forma adecuada a pesar de que las distancias y los lugares de atención no tuvieran el acceso geográfico que uno quisiera, pero que es la realidad de nuestro país.
- El óbito fetal tardío que se ha presentado en este caso pudo ser manejado por un parto vaginal pero la presencia del síndrome HELLP y la edad de la gestante conllevo a realizar una cesárea como método de tratamiento eficaz para conservar y preservar la vida de la madre.
- El síndrome HELLP fue manejado de manera adecuada, si bien se buscó la transferencia a un establecimiento de mejor resolución no se encontró la respuesta adecuada, y a pesar de lo complejo de la situación el equipo multidisciplinario actuó de manera adecuada y acorde a las limitaciones que tenía. Lo que demuestra que las capacidades muchas veces suplen las deficiencias que se puedan tener.
- La complicación inicial que se presentó antes y en el establecimiento fue la presencia de convulsiones, la presión arterial era inestable, y la disminución de plaquetas no fue tan intensa como se habría esperado, consideramos que el actuar del equipo multidisciplinario contribuyo a manejar estas complicaciones a pesar del estado en que ingreso al establecimiento.

2.5 Recomendaciones

- Mejorar los sistemas de referencia, pues ello permitirá que el traslado de las pacientes sea más eficiente.
- Capacitar al personal de salud en el manejo de las diversas patologías hipertensivas.
- Establecer de manera adecuada los sistemas de referencia y contrarreferencia que permitan salvar más vidas.
- Acciones de prevención a la población para evitar embarazos a tan temprana edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arigita Lastra M, Martínez Fernández GS. HELLP syndrome: controversies and prognosis. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Jun 18];37(4):147–51. Available from: www.elsevier.es/hipertension
2. Tigrero K, Zamora M, Ibáñez D, Ramos Á. Mortalidad materna en síndrome de HELLP. *RECIMUNDO* [Internet]. 2020 Mar 14 [cited 2021 Jun 18];4(1(Esp)):229–35. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/795/1314>
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de adolescentes 2019 [Internet]. Ministerio de Salud. 2019 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>
4. Krebs V, Silva M, Bellotto P. Síndrome de Hellp e Mortalidade Materna: Uma revisão integrativa / Hellp Syndrome and Maternal Mortality: An Integrative Review. *Brazilian J Heal Rev* [Internet]. 2021 Mar 24 [cited 2021 Jun 18];4(2):6297–311. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/26920>
5. Agüero A, Kourbanov S, Polanco D, Ramírez J, Salas F. Actualización y conceptos claves del Síndrome de HELLP. *Rev Cienc y Salud Integr Conoc* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Jun 18];4(3):ág. 65-75. Available from: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/133/228>
6. Ghelfi A, Garavelli F, Passarino F, Diodati S, Calcaterra MG, Hails EA, et al. HELLP Syndrome: clinical-analytical characteristics and evolution observed in two years of experience. *Hipertens y Riesgo Vasc*. 2020 Oct 1;37(4):152–61.
7. Jaramillo-Mejía M, Chernichovsky D. Early adolescent childbearing in colombia: Time-trends and consequences. *Cad Saude Publica*. 2019 Jan 1;35(2).
8. Mao M, Chen C. Corticosteroid therapy for management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP) syndrome: A meta-analysis. *Med Sci Monit*. 2015 Dec 3;21:3777–83.
9. Julca Yupanqui BK. Universidad Nacional De Cajamarca Facultad De Medicina Escuela Profesional De Medicina Humana Tesis "Factores De Riesgo Asociados A Preeclampsia Temprana Y Tardía Complicada Con Síndrome De HELLP[Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 2021 [cited 2021 Jun 18]. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4212>
10. De V. UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui. Universidad José Carlos Mariátegui; 2020 [cited 2021 Jun 18]. Available from:

<https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/941>

11. Baezsilva A. Factores de riesgo para óbito fetal en pacientes de la unidad de servicios de salud Simón Bolívar – sub red norte durante el periodo de 2006 a 2019 [Internet]. [cited 2021 Jun 18]. Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/4484>
12. Zapata BM, Ramírez JO. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2020 Feb 3 [cited 2021 Jun 18];66(1):57–65. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2233>
13. Cárdenas Reynoso A. Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre 2015. *Univ Priv Norbert Wiener* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 18]; Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/722>
14. Sánchez M de los Á, Chapues GL, Cáceres MJ, Medina ML. Características clínicas del síndrome de HELLP. *RECIMUNDO* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Jun 18];5(2):169–78. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1051>
15. Yang L, Ren C, Mao M, Cui S. Prognostic factors of the efficacy of high-dose corticosteroid therapy in hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome during pregnancy: A meta-analysis. *Med (United States)*. 2016;95(13):e3203.
16. Plas C. Universidad Estatal De Milagro Facultad De Salud Y Servicios Sociales Trabajo De Titulación De Grado. 2019.
17. Wallace K, Harris S, Addison A, Bean C. HELLP Syndrome: Pathophysiology and Current Therapies. *Curr Pharm Biotechnol* [Internet]. 2018 Jul 12 [cited 2021 Jun 18];19(10):816–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29998801/>
18. Abildgaard U, Heimdal K. Pathogenesis of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP): A review. Vol. 166, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2013. p. 117–23.
19. Fajardo J. Variables de interés en el síndrome de HELLP. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019 [cited 2021 Jun 18]. Available from: www.fcm.ug.edu.ec
20. Susana M, Castillo J, Ximena A, Andagua S, Alarcón PG, Riobamba - Ecuador A. Universidad Nacional de Chimborazo Facultad de Ciencias De La Salud Carrera de Medicina Proyecto de Investigación Previo A La Obtención Del Título De Médico General [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2020 Jan [cited 2021 Jun 18]. Available from:

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7256>

21. Gomez-Tolub R, Rabinovich A, Kachko E, Benshalom-Tirosh N, Tirosh D, Thachil J, et al. Placental abruption as a trigger of DIC in women with HELLP syndrome: a population-based study. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 10]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2020.1818200>
22. Rivas P. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Obstetricia Trabajo de Titulación presentado como requisito [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2019 [cited 2021 May 7]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41800>
23. De La Cruz Vargas D. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018 [Internet]. Repositorio institucional - URP. Universidad Ricardo Palma; 2020 [cited 2021 May 12]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3347>
24. Benavides B. Reducción de la mortalidad materna en el Perú [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v62_n3/reduccion.htm
25. Arigita M, Martínez G. HELLP syndrome: controversies and prognosis. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Jun 18];37(4):147–51. Available from: </pmc/articles/PMC7428701/>
26. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO. 2015.
27. Espinoza AJ, Yáñez LH, Guerra MC, Iza LC. Expectant management vs active management of premature membrane rupture: A retrospective cohort study. *Authorea Prepr* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Jun 7]; Available from: <https://www.authorea.com/doi/full/10.22541/au.160157499.94242248?commit=0cfc5c74ad106de8693720b2a122d251cc7ce61b>