



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

COMPLICACIÓN POR ECLAMPSIA, SÍNDROME DE HELLP EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL “JULIO
CÉSAR DEMARINI CARO” - CHANCHAMAYO - JUNIN 2018.

PRESENTADO POR

ANTONIA MUÑOZ SAUÑE

ASESORA

MGR. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

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

MOQUEGUA – PERU

2019

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESÚMEN.....	vi
CAPÍTULO I:	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3. MARCO TEÓRICO	4
1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	4
1.3.2. MARCO TEORICO.....	13
1.3.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	42
CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO	48
INTRODUCCIÓN.....	48
2.1. OBJETIVOS.....	49
2.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	49
2.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	49
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLINICO.....	49
2.3. DISCUSIÓN.....	65
2.4 CONCLUSIONES	68
2.5 RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFIA	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: HEPATOGRAMA: VALORES NORMALES.....	49
TABLA 2: HEMOGRAMA.....	56
TABLA 3: EXÀMENES AUXILIARES.....	63

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en forma descriptiva, y participativa donde hubo búsqueda bibliográfica así como revisión de historia clínica de una gestante de 35 años de edad con 26 semanas de gestación por altura uterina, y por última regla 31 semanas de gestación, que llegó al establecimiento de Salud Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio Cesar Demarini Caro” de la ciudad de Chanchamayo, con signos de pos convulsión, cuyo diagnóstico obstétrico fue: hipertensión arterial crónica más pre eclampsia sobre agregada.

La información fue captada de los familiares y la recolección de datos de la historia clínica.

En pacientes con eclampsia hay compromiso de órganos nobles, en este caso clínico hubo muerte materna por hemorragia cerebral masiva.

La muerte materna fue de una causa directa, inevitable en atención secundaria, evitable en atención primaria.

Siendo la hipertensión arterial crónica uno de los factores de riesgo para desencadenar la eclampsia y síndrome de HELLP, por ello es importante realizar un adecuado control prenatal, captación y seguimiento oportuno de la gestante, para evitar consecuencias como la muerte materna.

Palabras claves: Eclampsia, síndrome de HELLP, muerte materna.

CAPITULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos hipertensivos del embarazo son complicaciones que se presentan en una mujer gestante en edades extremas como la adolescencia y mujeres añosas, son causa de morbilidad materna perinatal, su incidencia es de 2% a 25% en diferentes partes del mundo (1), considerado como la segunda causa de muerte materna en el Perú.

La eclampsia y el síndrome de HELLP son complicaciones de pre eclampsia severa, es un problema de salud que afecta a la gestante y tiene repercusión en la familia y la sociedad por las consecuencias y/o secuelas que ocasiona.

La eclampsia tiene una incidencia de 1.6 % a 10% en países desarrollados (2) a nivel local donde se realizó el presente trabajo en el año 2017 se encontró 3.6% de casos de pre eclampsia, 0.01% de casos de eclampsia y un 0.05% de casos de síndrome de HELLP, con una muerte materna.

Los trastornos hipertensivos del embarazo, es una complicación que se presenta en una mujer embarazada, y termina cuando finaliza el embarazo, es un problema de salud pública, que abarca en todas partes del mundo dependiendo de cómo se

controla, el porcentaje aumentará o disminuirá y es causa de morbimortalidad materna.

El diagnóstico se realiza según varias literaturas, con la toma de la presión arterial donde la presión sistólica es mayor o igual a 110 milímetros de mercurio y la presión diastólica se encuentra en 90 milímetros de mercurio o más, en dos tomas con intervalo de cinco minutos en el mismo brazo.

Se clasifica en:

Hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial crónica más pre eclampsia sobre agregada, hipertensión gestacional, pre eclampsia. Dentro de las complicaciones de pre eclampsia se considera a la eclampsia y síndrome de HELLP. (3)

La pre eclampsia es una enfermedad de origen desconocido y ocasionada por muchos factores que va deteriorando la funcionabilidad de varios órganos de la mujer, si no es controlada a tiempo lleva a originar la eclampsia, caracterizada por convulsiones tónico clónicas generalizadas o localizadas que se presentan en las diversas etapas del embarazo, y como el organismo de la mujer está alterado en sus funciones y no se toma las medidas necesarias y oportunas el cuadro se va acentuando hasta llegar a síndrome de HELLP, caracterizado por la destrucción de glóbulos rojos ocasionado por las alteraciones hepáticas, renales, cardiovasculares, hematológicas y como consecuencia deja secuelas tanto a la madre o a su recién nacido o en casos extremos ocasiona la muerte que puede ser de la madre y el niño por nacer, el recién nacido, o solo salvar la vida del neonato señalan algunos autores, como es el caso del trabajo de investigación.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico se realizó porque la incidencia de pre eclampsia va en aumento en nuestro país y así mismo pretendo describir cuales fueron las causas que presentó la gestante en estudio del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio Cesar Demarini Caro”, alteraciones que llevó a complicación de eclampsia, síndrome de HELLP y muerte, para tomar decisiones urgentes en la prevención y manejo de estas patologías disminuyendo las complicaciones y sus secuelas que conllevan.

Así mismo profundizar los conocimientos para mejorar el manejo de eclampsia y síndrome de HELLP que pudieran presentarse en los establecimientos de salud, realizando a través de un análisis sobre el caso clínico en estudio, obtener información que estamos seguros ayudará a mi establecimiento de salud a mejorar las acciones a tomar en el manejo de esta complicación, cumpliendo con los protocolos de atención de pre eclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP.

Reconocer que la participación de la familia y sociedad, en la identificación de los factores de riesgo, los signos y síntomas de esta enfermedad a través de la información impartida por personal de salud es muy importante, así como el seguimiento de las gestantes y puérperas por el primer nivel de atención de salud aunado al manejo oportuno y cumpliendo con los protocolos de atención de pre eclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP por los Hospitales, cumpliremos con nuestro anhelado sueño de tener indicadores de Salud Materno Neonatales óptimos y que menos mujeres y su niños por nacer mueran en nuestro País.

Actualmente trabajos de investigación de eclampsia, síndrome de HELLP son muy escasos, motivo por el cual me llevó a realizar un análisis sobre esta complicación de tal manera con la información obtenida pueda ayudar a los profesionales de salud a mejorar las acciones a tomar en el manejo de este evento con connotaciones generalmente mortales..

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Motte Alarcón MC. Patricia (4). En su investigación titulada: “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 Toluca México, presentada el año 2013. En dicho trabajo señala: Dentro de las complicaciones del embarazo, las enfermedades hipertensivas son las más frecuentes, entre ellas el síndrome de HELLP, complicación caracterizada por hemolisis, disminución de plaquetas y aumento de enzimas hepáticas, con una frecuencia de 10% a 20%. Su objetivo fue demostrar la frecuencia de la pre eclampsia y síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos. El estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal encontrando como resultado, enfermedad hipertensiva del embarazo en 67.2% de las cuales 31 pacientes con Síndrome de HELLP, que corresponde a un 16.8%, cuyos factores de riesgo más importantes fue ser primigesta, de 20 a 35 años, estado civil casada, con bajo nivel socio económico, inadecuada alimentación y sin control del embarazo. Dentro de las manifestaciones de la gestante que presentaron señala la cefalea, dolor zona de hipocondrio derecho, epigástrica y convulsiones tónico

clónicas, coma. La pre eclampsia severa fue la más común de las enfermedades hipertensivas del embarazo, ocupando un 54.8% de los casos estudiados, de los cuales el 77.4% presentó edema, y en un total de 100% presento albuminuria.

Llegando a la conclusión que el ingreso de gestantes con Síndrome de Hellp a Unidad de Cuidados Intensivos fue en un 16.8 %, cuya causa más frecuente fue la Pre eclampsia severa.

Berrios Estrada M. O. (5) En su trabajo de tesis que lleva por título “Síndrome de HELLP en pacientes con pre eclampsia severa”. Esta tesis fue realizada en Guatemala durante el 2014, en el hospital regional de Santa Rosa, en el servicio de Gineco obstetricia refiere el autor que: Realizó esta investigación por la afluencia de pacientes con diagnóstico de pre eclampsia severa, su objetivo fue hallar la incidencia y prevalencia del síndrome de HELLP en los años 2007 a 2012. La investigación fue descriptiva, para lo cual se realizó revisión de la historia clínica de gestantes entre 12 a 49 años, y tiempo de embarazo mayor de 20 semanas con diagnóstico de pre eclampsia y síndrome de hellp. Hallando como resultado que 80 gestantes presentaron síndrome de Hellp que hacen un 13% del total de historias revisadas, casos nuevos fue el 14% y la prevalencia del 86%, cifras que coinciden con la mayoría de investigaciones, el 44% de paciente sus edades estuvo entre los 15-20 años. Las primigestas que acudieron al establecimiento ocupó el 65%. Dentro de la atención pre natal adecuado recibieron un 26 % y un 74% recibió una atención pre natal inadecuada. En cuanto a la mortalidad materna se registró un 2%. La edad gestacional que predominó fue entre 36-40 semanas que hicieron un 51%. Llegando a la conclusión que las primigestas ocuparon un porcentaje alto y no recibieron

atención prenatal adecuada, dentro de las edades de las pacientes en estudio la más frecuente fluctúan entre 15-20 años de edad.

Garcés Hernández W, Castillo Clavel Y, Bandera Ávila E, Dra. Fayat Saeta Y.

(6) Realizaron un estudio de investigación titulada “Factores de riesgo y condiciones permitidas de la pre eclampsia-eclampsia” realizada en el hospital general Juan Bruno Zayas el año 2013 en Santiago de Cuba. Señalan: Las enfermedades hipertensivas en la gravidez se caracterizan por el aumento de la presión arterial igual o mayor a 140/90 milímetros de mercurio (mm Hg).

El objetivo de su trabajo era mencionar los factores de riesgo más comunes en la gestantes que presentaron pre eclampsia- eclampsia y su consecuencia en la repercusión de la peri nato. El estudio fue descriptivo, longitudinal, prospectivo, que presentaron pre eclampsia-eclampsia en su embarazo, estudiaron 20 gestantes. Obtuvieron que el 50% han presentado pre eclampsia agravada, en el 80% pertenecen a edades de 18-25 años, donde las nulíparas presentaron pre eclampsia agravada en un 60%; condiciones perinatales no favorables ocupó el primer lugar con un 56.3%, el bajo peso, en segundo lugar con 53.8% el parto pre término y un 35,7% con distocias asociadas a 5 factores de riesgo. Llegó a la conclusión, que en las edades que fluctúan entre 18-25 años predominó la pre eclampsia agravada y en especial en nulíparas. Dentro de los factores de riesgo halló hipertensión arterial crónica, los antecedentes de pre eclampsia, multiparidad. Los factores de riesgo que presentó la gestante fue una condición desfavorable para el perinato.

Palabras claves: Pre eclampsia, eclampsia, factores de riesgo, embarazo, gestosis.

Laurenis Labarca.MS, José Ramón Urdaneta M, María E. Gonzales I, Alfi Contreras Benites, Nasser Saleh BaabelZ, Mariem Fernández Correa, Maria

Lorena Nava, Ángel Silva Bentacour. (2) En la revista Chil Obstet Ginecol publicada el 2016 señalan:

Como objetivo precisar la prevalencia de síndrome de HELLP en pacientes gestantes internadas en la unidad de cuidados intensivos Obstétricos de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, de Maracaibo, Zulia, Venezuela, entre los años 2011 a 2015. El método que utilizaron para el presente estudio fue descriptivo con diseño retrospectivo, para los cuales revisaron historias clínicas en gestantes que fueron diagnosticadas con Síndrome de HELLP.

Teniendo como resultado casos nuevos en 13.60%, prevalecieron las características clínicas como la: edad entre 25 años, estancias en unidad de cuidados intensivos obstétricos ,embarazos pre términos en 69,37%, gestantes con abortos anteriores en 24,32%, gestantes con primer parto 42,34%, gestantes sin control o insuficiente, gestantes con pre eclampsia 67,57%, con factores de riesgo 47,75%, consumo de tabaco o alcohol previo 81,99%, total de ingresos de gestantes 89,19% y terminaron en parto abdominal un 74,77%.ocupando en un 56.76 % el síndrome de HELLP incompleto, siendo las complicaciones más observadas la disfunción hematológica (98.2%),disfunción hepática (91,9%) y disfunción renal (70,3%).

Llegando a la conclusión de que los resultados de la prevalencia de síndrome de HELLP fue elevada en comparación con estudios nacionales e internacionales, cuyas formas clínicas y epidemiológicas, debe tener en cuenta para su diagnóstico y prevención. En el presente estudio un porcentaje alto fueron embarazadas con control prenatal deficiente con edades promedio de 25 años, seguida de embarazo pre término, de las cuales el tipo parto que con mayor porcentaje fue la cesárea. Los casos de síndrome de HELLP diagnosticadas en su mayoría incompletas

predominaron las alteraciones hematológicas seguidas por alteraciones hepáticas y renales.

Palabras Claves: Pre eclampsia, síndrome de HELLP.

1.3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Osorio Rosales J. (7) En su trabajo de tesis denominada “Factores de riesgo para desarrollo de síndrome de HELLP, en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco” realizada años 2010-2014 indica: Como objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo para desarrollar el síndrome de HELLP en gestantes con Pre eclampsia severa. El estudio fue realizado en los años 2010 al 2014. El método utilizado fue el estudio retrospectivo, transversal, observacional, analítico de tipo casos y controles. Realizó estudios comparativos en 76 gestantes con pre eclampsia severa 76 que no presentaron Síndrome de HELLP (control) y 76 gestantes con pre eclampsia severa que presentaron síndrome de HELLP (caso). La población en estudio fue entre los 14 y 44 años de edad. El análisis logístico no demostró variación entre los aspectos de desarrollo del Síndrome de HELLP y el antecedente de hipertensión crónica, el nivel plaquetario, antecedentes de factores de riesgo como pre eclampsia, eclampsia trombofilia, gestante joven, gestante añosa, fumadoras, sobre peso/obesidad, mala nutrición, paridad, situación social. La pre eclampsia severa para desarrollar síndrome de HELLP presentaron plaquetopenia moderada y severa en forma significativa, con relación a las pacientes de pre eclampsia severa que no manifestaron síndrome de HELLP. Llegando a la conclusión de que los antecedentes de síndrome de HELLP, de pre

eclampsia/ HELLP aumentaron significativamente como factor de riesgo para presentar el síndrome de HELLP, esto demostró con el análisis multivariado.

Heredia Capcha I, (8) cuyo trabajo de tesis titulada. “Factores de riesgo asociados a pre eclampsia” en el hospital regional de Loreto durante el año 2010 al 2014. Señala que el incremento de la presión arterial en mujeres con cifras normales de la presión arterial puede deberse al embarazo. Tiene una frecuencia del 2% y 25%, se manifiesta mayormente en mujeres que presentan factores de riesgo, de tal forma se considera una de las complicaciones más graves del embarazo cuya causa de morbilidad materno fetal y perinatal es frecuente. Tuvo como objetivo valorar los factores de riesgo que se presentan en gestantes con pre eclampsia. Utilizó el método de diseño observacional y caso control, de tipo transversal y retrospectivo. En la investigación se toma en cuenta a gestantes con Pre eclampsia que acudieron al servicio de servicio de Gineco obstetricia del Hospital en estudio. Los datos se recolectaron en una ficha tomada en cuenta de estudios previos y revisadas por los investigadores. Dentro de los resultados menciona que las pacientes con pre eclampsia, el 58% fluctuaron entre 20 a 34 años de edad, el 1.8% presento índice de Masa Corporal bajo, el 62.7 % tuvo índice de Masa Corporal normal, sobrepeso llegó a 24.4 %, y la obesidad alcanzó a 10.9%, en cuanto al tiempo de embarazo al momento de diagnóstico fue de 37 semanas. Llegó a la conclusión de que gestantes con menor de 37 semanas, el embarazo múltiple, la hipertensión arterial crónica, está relacionada significativamente con la pre eclampsia y son factores de riesgo estadísticamente significativo, la edad menor de 20 años, mayores de 34 años, el sobre peso, la diabetes durante el embarazo, y

enfermedad hipertensiva en la familia, son también hallados como factores de riesgo estadísticamente significativos.

Palabras clave: Factores de riesgo, pre eclampsia,

Ponce Vega E.S. (9). En su tesis que lleva por título “Factores de Riesgo Maternos para Síndrome HELLP en pre eclampsia severa”, realizada en el instituto nacional materno perinatal de Lima-Perú durante el periodo 2011-2013, refiere:

Como objetivo precisar los factores de riesgo para el Síndrome de hellp en embarazadas con pre eclampsia severa en el instituto materno perinatal de Lima – Perú en los años 2011-2014.

Realizó un estudio observacional, analítico, transversal, de 54 casos (gestante con diagnóstico de Pre eclampsia severa que presentó síndrome de HELLP) y 70 casos control (gestantes con diagnóstico de pre eclampsia severa; que no desarrolló síndrome de HELLP) durante el periodo de estudio. Dentro del resultado obtenido la edad de las gestantes que desarrollaron síndrome de HELLP fue de un promedio de 20 años, y de las que no desarrollaron la complicación, fue un promedio de 25 años, las gestantes con antecedente de diabetes fue de 4.8%, el 14.5% tuvo el antecedente de hipertensión, el 19.4% de pre eclampsia, el 4% antecedente de eclampsia, el grupo de gestantes adolescentes representó el 16.1%, y 20.2% gestantes añosas.

El 4.8% eran fumadoras. Hubo una mayor frecuencia de plaquetopenia severa en el 38.7% de los casos. El 83.9% tuvo riesgo bajo social. El 54 % fueron multíparas. Concluye que los factores de riesgo fueron la edad, el antecedente de pre eclampsia, antecedente familiar de pre eclampsia, la plaquetopenia severa y la multiparidad.

Vargas Corimaya L. (10) En su trabajo titulado “Factores predictores de eclampsia en pacientes con pre eclampsia atendida en el hospital nacional docente madre y niño San Bartolomé” durante el periodo 2010-2014 en la ciudad de Lima.

El autor tiene como objetivo investigar los factores predictores de eclampsia en pacientes con pre eclampsia, el método utilizado es un estudio observacional analítico de casos y controles, retrospectivos y de corte transversal, que consideró a gestantes con pre eclampsia conformadas en dos grupos, primer grupo casos conformada por 31 pacientes pre eclámpicas con diagnóstico de eclampsia, y el segundo grupo control conformada por 62 gestantes con pre eclampsia sin eclampsia, obteniendo como resultado que la hipertensión arterial antes de las 37 semanas de embarazo fue un factor de riesgo personal para presentar eclampsia, la obesidad- sobrepeso se consideró otro factor de riesgo, y el consumo de tabaco como antecedente personal es otro factor de riesgo, dentro de los factores ginecológico se consideró como un factor protector el tener una sola pareja sexual, en cuanto a los factores obstétricos, el bajo peso del recién nacido se consideró un factor de riesgo para presentar eclampsia, otro de los factores de riesgo se considera los resultados de los exámenes de laboratorio; cuando se realizó el análisis multivariado encontró que el bajo peso fue uno de los factores predictores para la eclampsia.

Llegó a la conclusión que dentro de los factores predisponentes de eclampsia en pacientes con pre eclampsia fueron el bajo peso al nacer y el nivel de aspartato aminotransferaza.

Palabras claves: Factores predictores, pre eclampsia, eclampsia.

1.3.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Mesa Altamirano, M.P. (11) Realizó un estudio de investigación en la ciudad de Huancayo cuyo título es “Síndrome de HELLP en un hospital nacional a 3259 msnm” y señala dentro de sus objetivos identificar las características epidemiológicas diagnosticables y de tratamiento del síndrome de HELLP, el estudio fue descriptivo y retrospectivo y tomó en cuenta 60 historias clínicas. El resultado obtenido fue una incidencia de casos de este síndrome de 1.7%; en un porcentaje mayor de síndrome de HELLP parcial, en cuanto a la edad consideró de 18- 35 años de edad, y mayormente en gestantes multíparas, en embarazo pre término, en gestantes sin adecuado control pre natal.

En cuanto a la sintomatología en un 58.3% presentaron cefalea , un 66% presentaron hipertensión arterial, dentro de los exámenes de laboratorio en un 60% presentaron proteinuria donde las cifras de deshidrogenasa láctica no fue específico, encontró plaquetopenia en un 71.7%, halló con frecuencia alteraciones renales y respiratorias en un 23.3% .Dentro del tratamiento más utilizado fue el nifedipino como antihipertensivo y sulfato de magnesio como anticonvulsivante y plasma congelado como hemoderivados. Llego a las conclusión que dentro de la incidencia de síndrome de HELLP; un 1.7% fueron mujeres gestantes jóvenes y nulíparas y tiene como antecedente la obesidad, en cuanto a los síntomas más resaltantes fue la cefalea, epigastralgia y la hipertensión arterial en un porcentaje mayor; influyo dentro del estudio la falta de un adecuado control prenatal.

Mendoza Contreras, R.(12) Dentro de su tesis titulada “Factores de Riesgo asociadas a pre eclampsia” realizada en el hospital el Carmen el año 2014, señala como objetivo; determinar los principales factores de riesgo asociadas al desarrollo de pre eclampsia, para lo cual utilizó estudio observacional; retrospectivo, descriptivo, transversal. Obtuvo los datos de 185 historias clínicas de gestantes que acudieron al hospital El Carmen de Huancayo.

El resultado que obtuvo es una incidencia de 4.52% de pre eclampsia y dentro de los factores de riesgo señala que la edad materna mayor a 35 años, las primigestas, el control prenatal inadecuado y el estado civil soltera, fueron de mayor porcentaje y recomienda una propuesta de educación preventiva de las pacientes con los factores de riesgo señalados.

Palabras claves: Pre eclampsia, factores de riesgo, primigravidez.

1.3.2. MARCO TEORICO

1.3.2.1. ECLAMPSIA

Se denomina eclampsia a la presencia de convulsiones en una gestante con preeclampsia y que no pueden ser atribuidas a otras causas (13,14).

Mercedes Valverde Pareja y colaboradores (15), definen como la presencia de unas o más convulsiones generalizadas, y que no padezca otras alteraciones neurológicas, es una complicación de la pre eclampsia severa, enfermedad devastadora de la segunda mitad del embarazo y del puerperio, puede ir precedida de hipertensión arterial o presencia de proteínas en orina.

Anticipa signos premonitorios como cefalea intensa, cambios en la visión, náuseas, epigastralgia.

A. INCIDENCIA:

La incidencia por eclampsia es alta y constituye un factor determinante en la morbilidad y muerte tanto para la madre como para el feto en varias ciudades del mundo. En nuestro país la incidencia se encuentra entre 5 a 7% de todos los embarazos.

Valverde Pareja M. y colaboradores (15) refieren que la incidencia de eclampsia se ha mantenido relativamente estable en 1,6- 10 casos por 10,000 nacimientos en los países desarrollados, es frecuente en 2,3% de las gestantes con pre eclampsia que no recibieron tratamiento anticonvulsivante, ocurren en 38% -55% antes del parto, en 0.06% en gestantes que no tuvieron signos de alarma, en el intraparto se presentaron en 13-36% y 48 horas del pos parto la incidencia fue de 6-39 %.

B. ETIOLOGÍA:

La eclampsia se desarrolla posterior a la pre eclampsia, algunos autores indican que tiene etiología desconocida pero puede atribuirse su etiología a una inadecuada placentación, al parecer por un trastorno inmunológico ocasionando daño en el endotelio vascular siendo la principal causa el stress oxidativo celular, alteraciones del sistema de coagulación, donde las sustancias vaso constrictoras (tromboxano) se encuentran alteradas así como las sustancias vasodilatadoras como la prostaciclina.

C. FISIOPATOLOGÍA

Valverde Pareja M, y colaboradores (15). Señala que la causa exacta es desconocida, pero mantiene dos hipótesis:

1) Regulación del flujo cerebral a la alta presión sanguínea dando lugar a vaso espasmos de la arterial cerebral que lleva a una reducción del flujo de sangre a nivel del cerebro y aumento en la permeabilidad vascular (sucede en el intracelular).

2) Pérdida de regulación del flujo sanguíneo cerebral en respuesta a la alta presión sistémica produciendo hiper perfusión, daño endotelial y edema vaso génico (sucede en el extracelular). La disfunción cerebral debida al daño endotelial afecta en la microcirculación del cerebro puede causar hipoxia, trombosis y dar como resultado la convulsión.

D. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La eclampsia señala, Valverde Pareja M. y colaboradores (15), ha clasificado en manifestaciones maternas y fetales.

Dentro de las manifestaciones maternas la gestante con pre eclampsia presenta una o más convulsiones llegando hasta un estado de coma en ausencia de otras alteraciones neurológicas. Las convulsiones normalmente duran 60-75 segundos. En algunas oportunidades antes de la convulsión presentas síntomas como cefalea, alteraciones visuales, dolor en zona epigástrica, estado mental confuso.

Todavía no está definida la relación entre el valor de la presión arterial y la convulsión en una gestante hipertensa cuya orina no tiene proteínas.

Paralelamente el feto presenta durante o después de las crisis convulsiva una desaceleración que dura de 3-5 minutos y administrando anticonvulsivantes, antihipertensivos puede mejorar los latidos fetales ocasionados por la hipoxia que sufre la madre durante una convulsión.

El diagnóstico diferencial. Mercedes Valverde y colaboradores. (15). Señala que se realice un diagnóstico diferencial con las patologías que se menciona:

- El síndrome de leuco encefalopatía reversible
- Alteraciones cerebro vasculares
- Enfermedades hipertensivas
- Lesiones como tumores del sistema nervioso central
- Alteraciones metabólicas como hipoglicemia, hiponatremia, hipernatremia
- Infecciones como meningitis, encefalitis
- Purpura trombocitopenia
- Epilepsia vasculitis que afecten al sistema nervioso central

E. PRUEBAS AUXILIARES

Sobre exámenes de laboratorio varios autores coinciden con solicitar lo siguiente:

Para la determinación de la función renal

- la creatina que se encuentra elevada mayor de 1.2 miligramos/decilitro siendo su valor normal de 0.8 miligramos/ decilitro
- Uremia que permitirá diferenciar de una nefropatía, su valor normal se considera de 35-40 miligramos %.
- Proteínas en 24 horas mayor o igual a 300 miligramos en esta patología, siendo su valor normal ausente o trazas o menor a 300 miligramos/día
- Si se detecta presencia de cilindros granulosos en el sedimento urinario indicativo de daño renal.
- Orina cualitativa. Con ácido sulfo salicílico o tira reactiva, se halla 2 cruces ó 3 cruces en esta patología.

Estudios hematológicos:

- Hematocrito, donde el 35% o más indica hemolisis, normalmente se considera hasta 35% en segundo trimestre 37% al término.

- Hemoglobina, existe hemoconcentración, su valor es 11%
- Recuento de plaquetas, valor menor de 100,000 o consumo elevado, su valor normal se encuentra entre 150,000 a 300,000/milímetros cúbicos
- Coagulograma, refiere en la guía de Práctica Clínica del Instituto Materno Perinatal (16) con fibrinógeno, en pre eclampsia, eclampsia hay hipo fibrinogenemia, el valor normal hasta 50% a más (200-400 %).
- Hemograma, hay una anemia hemolítica con presencia de desviación izquierda.
- Creatinina urea, suelen estar elevados en 20% de los casos como elementos de falla renal aguda.
- Tiempo de sangría prolongada.

Función hepática

- Transaminasa glutámico pirúvica TGP, aumentada en 350 unidades internacionales/ mililitro (UI/ml)
- Transaminasa glutámico oxalacético (TGO) elevada mayor de 70 unidades internacionales.
- Deshidrogenasa láctica, incrementada a mayor de 600 unidades internacionales y determina la fragmentación de eritrocitos, normal hasta 230 m%. (3)
- Bilirrubina elevada a expensas de la indirecta que indica presencia de un proceso hemolítico.

En la guía de Práctica Clínica del 2010 (3) refieren solicitar:

- Test no estresante
- Test estresante

Evaluación cardiovascular:

- Electrocardiograma

- Examen clínico cardiológico

Examen de fondo de ojo.

Ecografía renal

Ecografía Doppler,

- Para ver arterias uterinas
- Perfil biofísico mencionado en Guía de prácticas clínica 2010. (3)

F. FACTORES DE RIESGO

La guía del instituto Materno Perinatal (9) considera:

- En cuanto a edad menor de 20 años y más de 40 años
- Paridad primigestas y multíparas
- Cambio de pareja
- Periodo intergenésico largo
- Antecedentes de pre eclampsia, hipertensión crónica
- Enfermedad renal
- Antecedentes familiares con sobrepeso, diabetes mellitus.
- Enfermedad trofoblástica
- Embarazo gemelar

G. CLASIFICACION

Varios autores clasifican en:

- Eclampsia Típica: Caracterizada por convulsiones tónico clónicas generalizadas y compleja, generalmente auto limitadas, con recuperación del estado de conciencia en las siguientes 2 horas de la crisis.

- Eclampsia Atípica: Cuadro neurológico que aparece antes de las 24 semanas del embarazo o después de 48 después del parto.
- Eclampsia Complicada: Cuando los cuadros clínicos anteriores se acompañan con encefalopatías hipertensivas, alteraciones de la coagulación, alteraciones neurológicas y puede presentar 3 o más convulsiones, coma prolongado.

H. FORMAS CLINICAS Y FRECUENCIA

Motte Alarcón .P (4). Refiere que se presenta en una mujer embarazada convulsiones o en el puerperio y que tenga hipertensión arterial, proteinuria presencia o no de edema, puede presentar signos de alarma como cefalea persistente, fotofobia, visión borrosa, irritabilidad, cambios mentales transitorios, dolor en el cuadrante superior derecho o epigastralgia, náusea vómito.

I. PREVENCIÓN

- Captación de gestantes a temprana edad gestacional
- Control pre natal oportuna, adecuada y periódica
- Realizar una historia clínica teniendo en cuenta los antecedentes de enfermedades hipertensivas personales y familiares
- Dar a conocer a la gestante, familia y comunidad de los síntomas que desencadena esta enfermedad.
- Orientar sobre una adecuada alimentación.
- Administración de ácido acetil salicílico en dosis baja para prevenir en gestantes que tienen alto riesgo de desarrollar enfermedad hipertensiva

- En la guía de práctica clínica del instituto Materno Perinatal 2014(16) señala lo siguiente:
- Considerar su presión arterial basal y presión arterial media
- Cuando hay incremento de las cifras de la presión arterial en el embarazo, solicitar exámenes de laboratorio y monitoreo de perfil renal, de coagulación hepático, proteinuria en 24 horas.
- Evaluar el peso ganado semanalmente en el último trimestre y registrar
- Evaluar el crecimiento uterino respecto al percentil 50 y registrar
- Solicitar exámenes como el ácido sulfo salicílico a partir de las 20 semanas
- Solicita ecografía Doppler entre el segundo y tercer mes de embarazo y otra entre el quinto y sexto mes de embarazo.
- Solicitar exámenes auxiliares de laboratorio como hemoglobina, creatinina, ácido úrico, transaminasa glutámico oxalacético, transaminasa glutámico pirúvico, recuento de plaquetas, glicemia basal, tamizaje de proteínas.
- Evaluar estos resultados con respecto a los resultados tomados en el primer trimestre
- Realizar el rodamiento de (test de Gantt) a toda paciente con sospecha de pre eclampsia entre las 28 y 32 semanas de embarazo
- Registra el índice de masa corporal y la ganancia de peso y tener en cuenta que el índice de masa corporal menor de 20 Kg/m², la ganancia de peso entre 12 a 18 Kg

- Diagnosticar tempranamente y realizar seguimiento oportuno y adecuado
- Toda gestante debe ser evaluada en forma oportuna y continua si presenta algún resultado de exámenes patológicos
- Hallazgo con eco doppler de retardo de crecimiento intrauterino.
- Presencia de oligohidramnios
- Manejo de la enfermedad en forma oportuna con protocolos establecidos y prevenir las convulsiones iniciando tratamiento con medicamentos en dosis adecuadas.

Dentro de las medidas generales (16)

- Hospitalizar a gestante que presente algunos de los signos que indiquen una convulsión.
- Monitorización de funciones vitales como presión arterial, pulso, respiración, en forma estricta.
- Control de diuresis
- Solicitar batería laboratorial, como perfil renal, de coagulación, perfil hepático, proteinuria en 24 horas.
- Vigilar el bienestar fetal
- Se debe considerar la culminación del embarazo independientemente de la edad gestacional, por indicación materna:
 - Cuando hay presencia de plaquetopenia menor a 100,000 por milímetros cúbico
 - Hipertensión severa persistente a pesar del tratamiento
 - Presencia de signos pre monitorios

- Dolor continuo en zona epigástrica o hipocondrio derecho

Indicación fetal. (16)

- Registro patológico en registro cardio toco gráfico
- Presencia de alteraciones en el bienestar del feto
- Resultado de Perfil biofísico menor de 4.
- En la gestante canalizar 2 vías endovenosa periférica, utilizar catéter de calibre 16 o 18 iniciar hidratación con cloruro de sodio al 9/oo .Tener en cuenta que en este síndrome por alteraciones en la circulación sanguínea puede presentar oliguria, se debe asegurar una buena expansión con la hidratación a un goteo de 50-60 gotas x´, en caso continúe iniciará con administración de coloides
- Cateterizar sonda Foley permeable y controlar la diuresis

Hospitalizada la paciente el manejo es: (16)

- Control de la presión arterial (PA) estrictamente cada hora
- Mantener el volumen intra vascular
- Brindar una oxigenación adecuada
- Si se presenta complicación diagnosticar y dar tratamiento adecuado
- Terminar el embarazo
- Administrar oxigenoterapia con catéter nasal a una cantidad adecuada
- La otra vía para manejo de sulfato de magnesio y prevenir las convulsiones puede ser administrado en volutrol de la siguiente manera:

- Sulfato de magnesio al 20%, 50 centímetros cúbico (cc). (5ampollas) solución salina al 9/oo 50cc, que equivale 1 gramo de sulfato de magnesio por cada 10cc de cloruro de sodio, iniciar a 4 gramos que equivale a 40cc. durante 15 minutos, para continuar con 1 gramo por hora o 10cc dosis de mantenimiento durante 24 horas.

Cuando se administre sulfato de magnesio se deberá controlar lo siguiente:

- Presencia de reflejo rotuliano.
- La frecuencia respiratoria debe ser mayor de 14 respiraciones x´
- La diuresis deberá ser más de 30 milímetro en una hora
- Mantener la saturación de oxígeno en cifras normales

En el manual de procedimiento de clave azul del Instituto materno perinatal señala, si convulsiona mientras se está administrando el sulfato de magnesio, administrar 2 gramos (20cc) en 10 minutos y luego 2 gramos por hora hasta un máximo de 40 gr en 24 horas y continuar dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio en el puerperio hasta por 24 horas.

- Si se presenta arreflexia tendinosa suspender la administración de sulfato.
- Si se presenta alteración de la conciencia o la ventilación superficial es lenta se debe administra el antagónico que es el gluconato de calcio al 10% una ampolla diluida en 20cc de cloruro de sodio al 9/°° por vía endovenosa lenta.
- En insuficiencia renal administrar el sulfato de magnesio con mucho cuidado
- En cuanto a los hipertensivos debe ser utilizado solo si la presión arterial sistólica es mayor o igual ($>$ o $=$) a 160 milímetros de mercurio o si la

presión diastólica es \geq a 110 mm hg, siempre controlando que no llegue a una hipotensión arterial.

- El tratamiento con nifedipino es de 10 mg (miligramos) por vía oral y repetir a los 30 minutos, en una dosis de 10-20 mg cada 6-8 horas, hasta lograr el control de la presión arterial a cifras adecuadas se puede administrar un máximo de 120 mg por día y el tratamiento deberá continuar hasta los 7 días post parto, tener en cuenta la asociación con el sulfato de magnesio, la administración por vía sublingual.
- Algunos autores consideran el tratamiento con alfa metildopa una tableta de 500 miligramos o dos tabletas de 500 miligramos en dos dosis hasta que las cifras de la presión arterial se encuentre normal, cuidando de no producir la disminución por debajo de las cifras normales.
- La maduración pulmonar en gestante menores de 34 semanas para lo cual se debe administrar corticoides, como la dexametasona 6 mg por vía endovenosa cada 12 horas en 4 dosis o betametasona 12 mg endovenoso cada 24 horas en 2 dosis.

En la guía de la OMS (17) menciona:

Si es gestante mayor de 34 semanas o la madurez fetal está segura se debe terminar el embarazo.

La culminación de embarazo independientemente de las semanas de gestación se debe dar por:

Indicación materna como.

- Presencia de disminución de plaquetas menor a 100,000/mm³

- Hipertensión arterial severa que con tratamiento no disminuye a cifras normales
- Presencia de signos premonitorios
- Si se evidencia convulsiones en la gestante
- Síndrome de HELLP
- Oligoanuria por alteraciones de la funcionabilidad de los riñones
- Edema pulmonar
- Signos de desprendimiento de placenta
- Tinnitus , escotomas, náuseas cefalea
- Dolor continuo y agudo en zona epigástrica o cuadrante superior derecho

Indicación fetal. (16)

- Registro patológico en registro cardio tocográfico
 - Alteraciones los latidos fetales ocasionando taquicardia y/o bradicardia fetal
 - Perfil biofísico menor de 4.
 - Hallazgo con eco doppler de retardo de crecimiento intrauterino.
 - Presencia de oligohidramnios
- La preferencia la vía del parto debe ser la cesárea
- Durante la convulsión se evitará los traumas o lesiones por mordedura de lengua o labios, si sangra puede obstruir la vía aérea, al cesar las convulsiones colocar tubo de mayo y aplicar vías seguras.
 - Liberar la vía aérea:

- Realizar levantamiento del mentón
- Desplazar mandíbula hacia atrás
- Extraer cuerpos extraños de la boca fosas nasales
- Aspirar secreciones con perilla de goma o aspirador eléctrico
- Colocar tubo de mayo para evitar mordedura de la lengua y mantener vía aérea despejada y mantener la ventilación.

Oxigenoterapia:

- A 5 litros por minuto para mantener una saturación de 95 %, evaluar la referencia a un centro de atención de mayor complejidad.
- Después del parto las pacientes deben ser monitorizadas no menor a 72 horas, teniendo presente que la redistribución de líquidos durante el puerperio incrementa el riesgo de edema pulmonar.

Manejo antihipertensivo:

- Comprende la monitorización continua de la presión arterial
- Objetivo es controlar la pérdida de la autorregulación cerebral sin llevar a hipo perfusión del sistema útero placentario
- Lograr en el puerperio una presión arterial menor a 140/90 mm Hg.

Evaluación clínica:

- Debe ser examen clínico general
- Considerar la evaluación del estado de conciencia
- Evaluar la coloración de la piel mucosa, buscar petequias, hemorragias en piel y mucosas.
- Auscultar aparato cardiovascular y pulmonar
- Descartar hepatomegalia

- Dentro de la evaluación obstétrica tenemos:
- Evaluación del crecimiento fetal por altura uterina
- Presencia de dinámica uterina y si las bolsas están integras
- Detectar movimientos fetales y frecuencia cardiaca fetal
- Explorar tono de útero observar si presenta sangrado
- Evaluar estado de cérvix
- Si es puérpera evaluar útero si esta contraído,
- Cuantificar volumen de sangrado
- Si es cesareada examinar herida operatoria.
- Brindar medidas de soporte como una buena ventilación correcta
- Comodidad y abrigo. (16)

J. CRITERIOS DE ALTA.

Para el alta de paciente con eclampsia se debe considerar varios criterios como:

- La gestación debe haber culminado
- Cifras de presión arterial con tendencia a normalizarse.
- Proteínas en orina de 24 horas debe estar ausente, perfil de coagulación, hepático y renal se encuentren dentro de los valores normales
- Puérpera sin presentar sintomatologías
- El control ambulatorio deberá ser antes de la semana, y durante las 12 semanas post parto, si persiste de después de ese tiempo se debe considerar como hipertensión arterial crónica.

K. CRITERIOS DE REFERENCIA

La guía de la OMS (17) señala:

La referencia a un establecimiento de mayor complejidad se realiza para permitir una vigilancia continua.

La referencia viene hacer un proceso administrativo asistencial para continuar su atención por su estado crítico y deberá seguir las siguientes acciones en forma paralela.

- Comunicar la referencia con el establecimiento designado de acuerdo a normas y disponibilidad
- Mantener vías aéreas libres administrar oxígeno según indicación anterior
- Mantener vía segura permeable
- Mantener en posición decúbito lateral izquierdo
- Abrigar a la paciente para mantener la temperatura corporal
- Monitorizar y registra las funciones vitales, diuresis y cualquier signo de alarma como epigastralgia, acúfenos, cefalea, alteraciones de sensorio
- Paciente debe ir acompañada por personal de salud capacitado, que
- Responda la emergencia que se pueda presentar durante el traslado, como maniobras de resucitación.
- Debe acompañar un familiar cercano
- Importante es el consentimiento informado, firmado copia de la historia clínica, hoja de referencia, insumos necesarios como la clave azul
- El vehículo de transporte debe ser adecuado y tener los materiales necesarios para manejarlos en algún imprevisto.
- Mantener la comunicación con el establecimiento con la frecuencia necesaria del caso.

L. REPERCUSIONES MATERNAS, PERINATALES Y SOCIALES

Valverde Pareja M. (15). Refiere que la repercusión depende del estado general de la paciente y la calidad de atención que se brinda considera las siguientes:

Repercusiones maternas

- Parto pre término
- Infección pos parto
- Desprendimiento normo inserta de placenta
- Hemorragia puerperal
- Coagulación intravascular diseminada
- Enfermedad renal aguda
- Rotura hepática
- Riesgo a enfermedad cardiovascular más adelante
- Desordenes cerebro vascular
- Riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo II

El riesgo está relacionado con la severidad de la enfermedad, dentro de la

Repercusión fetal (15)

Frecuentemente después de la convulsión de la gestante se presenta una desaceleración cuya duración puede llegar de tres a cinco minutos en algunos casos y administrando tratamiento anticonvulsivante, antihipertensivo se estabiliza al feto intra útero y se recupera del estado de hipoxia que sufrió durante la convulsión de la madre, además considera:

- Hipoglicemia, hipocalcemia

- Depresión al nacer
- Membrana hialina
- Síndrome aspirativo
- Distrés respiratorio
- Hiperbilirrubinemia
- Bajo peso al nacer
- Apgar menor a 7 en 1 minuto
- Asfixia neonatal infección neonatal
- Dificultad respiratoria
- Gastroenterocolitis necrotizante

Repercusión social

La mujer gestante tiene derecho a una maternidad saludable y segura para lo cual se debe participar en forma multisectorial y con compromiso de la sociedad, para brindar una maternidad saludable.

Si ocurre una muerte materna se debe analizar los años perdidos por una muerte prematura. El impacto de la muerte materna afecta a la sociedad en la economía y productividad. En cuanto a la morbilidad queda educar a la población sobre estilos de vida saludable a través de redes sociales y comunidad.

1.3.2.2. SINDROME DE HELLP

La guía de práctica clínica del Instituto Materno Perinatal (3) define al síndrome de hellp como una complicación aguda de pre eclampsia severa caracterizada por:

- a) Anemia hemolítica micro angiopática definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia.

b) Elevación de enzimas hepáticas como aspartato de amino transferasa o HDL.

c) Plaquetopenia, plaquetas menor de 100,000mm³

Algunos autores describen que esta patología se presenta desde la segunda mitad del embarazo y durante el post parto.

A. INCIDENCIA

Se ha encontrado que la raza blanca es un factor que predispone a las pacientes de presentar mayor incidencia síndrome de HELLP, gestantes mayores de 25 años o multíparas añosas. El promedio de tiempo de embarazo va de 27.3 semanas y la muerte materna oscila entre 0-24% a más, la muerte perinatal oscila entre 7,7% a 60% cuyas causa son los partos prematuros.

B. ETIOLOGÍA

Varios autores señalan que la causa en el síndrome de HELLP no está clara se supone que igual que en la pre eclampsia se deba a una placentación inadecuada la cual llevaría a un proceso inflamatorio más agudo que la pre eclampsia, la invasión trofoblástica errónea ocasiona la falta de ajuste de las arterias espirales de la pared uterina, que en el embarazo aumenta varias veces su diámetro para satisfacer los requerimientos de la unidad feto placentaria, esto ocasiona isquemia placentaria que genera gran cantidad de radiales libres con gran capacidad oxidativa y alteración de las funciones celulares, que lesiona el endotelio vascular materno.

C. FISIOPATOLOGÍA

Castillo Gonzales C.(18) Señala que está asociada a un daño micro vascular con lesión endotelial e hipo perfusión orgánica y con deposición de fibrina en los vasos sanguíneos, esto ocasionará un desequilibrio con la prostaciclina que es una

sustancia vasodilatadora y la serotonina, endotelina 1 y tromboxana A2 que son sustancias vasoconstrictoras produciendo consumo de plaquetas, alteraciones en los sistemas de coagulación y la microcirculación, todo este proceso finalmente ocasiona la disminución del flujo entre el útero y la placenta. La fibrina que se sitúa en los sinusoides hepáticos, lo obstruye, produce daño hepato celular, la clásica lesión hepática que es la necrosis del parénquima periportal o focal, que va a ocasionar aumento de enzimas hepáticas, dolor en el cuadrante superior derecho y el epigastrio, el aumento de la presión intrahepática va aumentando progresivamente, se forman hematomas subcapsulares y distensión de la capsula de Glisson y son los eventos continuados que pueden ocasionar ruptura hepática, y como consecuencia ocasionar peligro inminente de la vida.

Al haber alteraciones en la presión arterial habrá lesión glomerular que ocasionará proteinuria

La característica principal es la hemólisis que ocasiona la anemia hemolítica microangiopática.

La trombocitopenia, es la disminución del recuento plaquetario el cual se debe al consumo de plaquetas en los sitios de daño endotelial también se ve un recambio plaquetario aumentado, por una disminución del tiempo de vida por lo que originará una agregación de las plaquetas y su destrucción. (18)

En cuanto a las consecuencias que ocasiona el daño endotelial afecta al hígado producido por el hematoma, insuficiencia renal, edema de pulmón, afecta el corazón produciendo insuficiencia, hematológicamente es afectado produciendo coagulación intravascular diseminada, isquemia en el sistema nervioso central, con referencia a la placenta ocasiona desprendimiento de placenta, retardo de

crecimiento intra uterino, este daño endotelial también afecta al órgano de la visión. (18)

D. DIAGNOSTICO

Parra Ramírez P. y colaboradores (19). Señala que el diagnóstico de este síndrome, es por exámenes de laboratorio y no directamente por las manifestaciones clínicas presentes.

El diagnóstico de hemólisis se ha basado en la presencia de anemia hematíes fragmentados, aumento de enzimas hepáticas como la deshidrogenasa láctica más de 600 unidades internacionales, bilirrubinas y hemoglobina libre 1.

En relación a la disfunción hepática, esto se evalúa principalmente con la elevación del aspartato aminotransferasa (AST) alanino aminotransferasa (ALT) y deshidrogenasa láctica (DHL).

La trombocitopenia considerada como el tercer criterio de diagnóstico esencial, es la más temprana anormalidad en la coagulopatía se considera niveles de este síndrome menores de 150,000/milímetros cúbicos.

E. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Parra Ramírez P. y colaboradores (19) refiere, considerar dentro de los más importantes hacer el diagnóstico diferencial con púrpura trombocitopénica, trombocitopenia gestacional, hígado graso en el embarazo, síndrome urémico hemolítico.

F. EXAMENES AUXILIARES

En Síndrome de HELLP: los exámenes a solicitar es similar a eclampsia se debe agregar exámenes de:

- Colesterol, triglicéridos que se encuentran incrementadas

- Calcio sérico, se encuentra disminuida
- Tiempo de sangría está prolongada. Refiere en su trabajo Estrada Berrios M.(1)

G. FACTORES DE RIESGO (16)

- Considera mayores de 25 años o más de 40 años,
- Multiparidad
- Intervalo intergésico y cambio de paternidad
- Embarazo múltiple
- Raza blanca
- Hábitos tóxicos como el alcohol, tabaco
- Antecedentes de pre eclampsia, hipertensión crónica, eclampsia
- Alteraciones en la función renal
- Lupus eritematoso
- Antecedentes familiares, sobre peso, dislipidemias
- Reproducción asistida
- Ecografía doppler con alteraciones en la arteria uterina entre las 18 semanas y 24 semanas de embarazo.
- Enfermedad trofoblástica
- Infecciones durante la gestación como infecciones del tracto urinario, chlamydia colagenopatías

H. CLASIFICACIÓN

Motte Alarcón (4) en su trabajo de investigación consideró las clasificaciones realizadas por Martín y Sibai sobre el síndrome de hellp:

Clasificación Tennessee, según Sibai:

HELLP completo. Cumple con los siguientes criterios:

Hematías deshidrogenasa láctica (LDH) de 600,000 unidades internacionales,
frotis anormal anemia hemolítica.

Elevación de enzimas hepáticas transaminasas glutámico oxalacético mayor a
70 unidades internacionales.

Trombocitopenia, plaquetas menor a 100,000 células/mm³.

HELLP parcial o incompleto. Caracterizado por 1 o 2 factores:

ELP. Elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia

EL. Elevación de enzimas hepáticas

HEL. Hemólisis y elevación de enzimas hepáticas

LP. Trombocitopenia.

Clasificación Mississippi realizada el 2006:

I: Trombocitopenia severa:

Plaquetas menores a 50,000 células/ mm³

Transaminasas glutámico oxalacético mayor a 70 unidades
internacionales/litro.

Deshidrogenasa láctica mayor a 600,000 unidades internacionales/litro.

II: Trombocitopenia moderada:

Plaquetas de 50,000-100,000 células/mm³

Transaminasa glutámico oxalacético mayor a 70 unidades internacionales/litro.

Deshidrogenasa láctica mayor a 600, unidades internacionales

III. Trombocitopenia leve:

Plaquetas 100,000-150,000 células/mm³

Transaminasas glutámico oxalacético mayores a 40 unidades internacionales.
/litro.

Deshidrogenasa láctica mayor a 600 unidades internacionales/litro

I. FORMAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN

Motte Alarcón, P.(4) Señala, que el síndrome de HELLP tiene diversidad de sintomatologías, se toma en cuenta los criterios de laboratorio y criterios clínicos considerándose a mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, en mujeres de raza blanca, multíparas, gestantes sin control pre natal, y en embarazo menores a las 36 semanas.

Dentro de las formas clínicas tenemos:

- Náusea vómitos
- Alteraciones neurológicas y vaso espasmódicas como cefalea
- Ataque al estado general
- Sangrado a cualquier nivel, ictericia, hipoglicemia
- Hematuria, hemolisis
- Enzimas hepáticas elevadas, bilirrubinas incrementadas
- Deshidrogenasa láctica elevada.
- Plaquetopenia

Mercedes Valverde Pareja y colaboradores (15). Refiere sobre la frecuencia, se presenta en un 0-0,6% de embarazos con pre eclampsia y no se evidenció signos de alarma, en 38% al 55% puede presentarse antes del parto, durante el parto en un 13-36%, en las 48 horas post parto en un 5-39% y pasadas las primeras 48 horas post parto.

J. MANEJO (3)

Control de la presión arterial

Prevención de las convulsiones

Mantener el volumen intra vascular

Culminar el embarazo

Dentro de las medidas generales se considera:

- Hospitalización
- Control de funciones vitales
- Control de diuresis
- Control de exámenes de laboratorio
- Monitoreo fetal
- Canalizar doble vía una de cloruro de sodio al 9/°° a 45 gotas por minuto para evitar oliguria
- Otra vía para manejo de anticonvulsivante
- Colocar sonda Foley permeable, para control de diuresis
- Oxigenoterapia a 5 litros por minuto
- Administra antihipertensivos que se utilizará si la presión arterial es mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio.
- Culminación del embarazo, administrando corticoides para maduración pulmonar.

K. PREVENCIÓN

El síndrome de HELLP es una patología muy grave de inicio imprevisto y con mal pronóstico por lo que se debe prevenir a través de:

- Captación temprana de gestantes y seguimiento
- Adecuado control pre natal, periódico y multidisciplinario
- El control de la presión arterial adecuada, teniendo en cuenta su presión arterial basal.
- Detectar cualquier complicación que se relacione con la presión arterial
- Interpretación de los resultados de exámenes de laboratorio y tomar decisiones oportunas.
- Promoción de los signos y síntomas de este síndrome a gestantes familia y comunidad.
- Evitar las complicaciones de la pre eclampsia y eclampsia
- Vigilar y realizar seguimiento más frecuente a gestantes con factores de riesgo.
- Inicio de tratamiento si es diagnosticado previamente
- El control después del parto.

L. CRITERIOS DE ALTA

Refiere algunos autores que la estancia hospitalaria van de 9.3 días + - 5 días post parto.

Según guía de la OMS para la aplicación del CIE 10 (17). Para el alta de paciente con síndrome de HELLP se debe considerar varios criterios como:

- Cifras de presión arterial con tendencia a normalizarse.
- Proteínas en orina de 24 horas debe estar ausente
- Otros exámenes como perfil de coagulación, hepático renal con valores normales.

- El control ambulatorio comprende la evaluación durante las 12 semanas.
- Después del parto el alta será entre el 3ro y 4to día si se controla las cifras de la presión arterial

M. CRITERIOS DE REFERENCIA

La referencia en este síndrome es igual que en la eclampsia y se realiza para un monitoreo continuo de la paciente y se debe tener en cuenta los siguientes criterios. (16):

- Mantener vías aéreas libres administrar oxígeno
- Mantener vía segura permeable
- Mantener en posición decúbito lateral izquierdo
- Abrigar a la paciente para mantener la temperatura corporal
- Monitorizar y registra las funciones vitales, diuresis y cualquier signo de alarma como epigastralgia, acúfenos, cefalea, alteraciones de sensorio.
- Paciente debe ir acompañada por personal de salud capacitado, que
- Responda la emergencia que se pueda presentar durante el traslado, como
- Maniobras de resucitación.
- Debe acompañar un familiar cercano
- Importante es el consentimiento informado , firmado ,copia de la historia clínica, hoja de referencia, insumos necesarios como la clave azul

- El vehículo de transporte debe ser adecuado y tener los materiales necesarios para manejarlos en algún imprevisto.
- Mantener la comunicación con el establecimiento con la frecuencia necesaria del caso.

N. REPERCUSIONES MATERNAS, PERINATALES Y SOCIALES

La repercusión depende del estado general como se le encuentra a la gestante, la morbilidad materna grave es una de las repercusiones en el embarazo, en el parto, durante el puerperio ocasionando muerte materna y perinatal y depende de la calidad de cuidados maternos, oportunos, y tiene repercusiones tanto maternas como fetales, dentro de las repercusiones tenemos:

Repercusiones maternas considera. (16)

- Parto pre término
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Hemorragia puerperal
- Coagulación intra vascular diseminada
- Enfermedad renal aguda
- Insuficiencia hepática
- Rotura hepática
- Infección puerperal
- Riesgo a enfermedad cardiovascular más adelante
- Desordenes cerebro vascular
- Hemorragia cerebral

- Riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo II
- La incapacidad temporal o permanente puede considerarse dentro de esta repercusión.
- El riesgo está relacionado con la severidad de la enfermedad

Repercusión fetal tenemos: (16)

- Distrés respiratorio
- Apgar menor a 7 en 1 minuto
- Asfixia neonatal
- Infección neonatal
- Hipoglicemia, hipocalcemia
- Depresión al nacer
- Membrana hialina
- Síndrome aspirativo
- Hiperbilirrubinemia
- Bajo peso al nacer
- Enterocolitis necrotizante

Repercusión social

El impacto de la morbimortalidad de este síndrome afecta a la sociedad en la parte de la economía y productividad

Se debe participar en forma multisectorial y con compromiso de la sociedad.

1.3.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Prueba de Gantt o Rollover test.**- (Prueba de rodamiento) entre la 28 a 32 semanas, esta prueba es predictiva de hipertensión arterial inducida por el embarazo tiene alto porcentaje de efectividad (20).
- **Clave Azul.** - Sistema de respuesta rápida frente a un peligro inminente de falla o disfunción orgánica severa, como consecuencia de los trastornos hipertensivos del embarazo (21).
- **Emergencia Hipertensiva.**- Incremento brusco de los valores de la presión arterial que se acompaña de síntomas como, cefalea, epigastralgia, alteraciones visuales , donde la presión arterial es mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio. (16).
- **Urgencia Hipertensiva.**- Cuando las cifras de presión arterial son de riesgo y la paciente no presenta síntomas. Es muy frecuente en pacientes con hipertensión crónica sin tratamiento, por lo cual la presión arterial debe ser monitorizado teniendo cuidado de los síntomas y los resultados de laboratorio en las siguientes horas (16).
- **Presión Arterial.**- (PA) Es la presión que ejerce la sangre en la circulación contra las paredes de la arteria, se mide en arterias de gran y menor calibre, capilares, vénulas.
- **Presión Arterial Sistólica.**- (PAS) Mide la presión de la sangre sobre las arterias cuando el corazón se contrae. Mide con que fuerza el ventrículo se contrae, para que la sangre circule por el cuerpo.

- **Presión Arterial Distólica.**- (PAD) Mide la presión de la sangre sobre las arterias, cuando las cavidades del corazón estén relajadas y llenas de sangre.
- **Presión Arterial Media.**- (PAM) Fuerza media que tiende a impulsar la sangre por el tiempo. Es la presión efectiva.
- **Cifras hipertensivas.**- Se considera si la Presión Arterial $\geq 140/90$ mm hg o (PAM) presión arterial media ≥ 106 mm hg o PAS $<$ de 140 mm hg y diastólica < 90 mm hg con un incremento de 30 mm hg en la cifra sistólica y de 15 mm hg en la diastólica de los basales, o presión arterial media < 106 mm hg con un aumento de 20 mm hg en comparación a cifras basales.
- **Amaurosis Súbita.**- Considerada por los neurólogos como cuadro clínico de mayor gravedad que las convulsiones.
- **Proteinuria.**- Se define como existencia de 300 miligramos o más de proteínas en orina de 24 horas o bien 30 miligramos/decilitro (3).
- **Sospecha de Proteinuria.**- En un examen de orina al azar utilizando tira reactiva se encuentran proteínas en una cruz o ácido sulfo salicílico positivo.(3)
- **Gestante Hipertensa.**- Gestante a quien se haya encontrado presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg, tomada por lo menos en 2 oportunidades con un intervalo mínimo de 4 horas sentada y en reposo.
- **Escotomas.**- Es una zona de ceguera parcial, temporal o permanente.

- Acúfenos o tinnitus.**- Es percibir un sonido como “un zumbido, un pitido, un ruido”. Puede ser percibido en un oído, en ambos y en la cabeza.
- Endotelio Vascular.**- Es un órgano estructuralmente simple y funcionalmente complejo, es una capa unicelular que cubre la superficie interna de los vasos sanguíneos y conforma la pared de los capilares.
- **Mortalidad Materna Extrema.**- Situación de la salud materna que pone en peligro inminente la vida de la gestante, por lo general causada por hemorragia, hipertensión arterial o la infección así como otra patología recurrente.(22)
- Muerte Materna.**- Según la OMS define como muerte de una mujer durante su embarazo o los 42 días después del parto, independientemente de la edad gestacional y de la ubicación del embarazo, debido a cualquier causa incidental o accidental. (17)
- Muerte Materna Directa.**- Resulta de las complicaciones obstétricas del embarazo, parto, puerperio de intervenciones u omisiones, tratamiento incorrectos o de una cadena de acontecimientos, originadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. (17)
- Muerte Materna Indirecta.**- Resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que surge durante el mismo, no debidos a causas obstétricas directas, pero si agravada por los cambios fisiológicos del embarazo. (17)
- Causa Básica.**- Son aquellas causas directas, indirectas que dan secuencia de inicios que al final condujo a la muerte (es la enfermedad o lesión que desencadena la secuencia de eventos que condujo directamente a la muerte

o a las circunstancias del accidente o agresión que provocan la lesión mortal. (17)

–**Causas intermedias.**- Son los procesos desencadenantes como resultado de la causa básica y que en la sucesión de eventos fisiopatológicos es el hecho más importante que al no ser intervenido, lleva irreparablemente a la muerte. (17)

–**Causa final o terminal.**- Son los procesos que en la cadena de eventos desencadenantes por la causa básica producen la muerte de la paciente.

– **Estados Hipertensivos.**- Según Guía de Práctica Clínica del Instituto Materno Perinatal (3). Señala que los estados hipertensivos; son complicaciones con mayor frecuencia en la salud materna. Continúan siendo una de las 4 primeras causas de mortalidad materna de la mujer embarazada tanto en países desarrollados y no desarrollados y son también causa de morbilidad potencialmente grave generalmente transitoria, pero con riesgo de secuelas permanentes de alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas, renales.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo algunos autores refieren que es una complicación del embarazo y se caracteriza por el incremento de la presión arterial en la cual la presión arterial sistólica es mayor o igual a 110 milímetros de mercurio y la diastólica es mayor o igual a 90 milímetros de mercurio, se realizan dos tomas y en el mismo brazo con intervalo de cinco minutos y gestante en reposo.

- **Hipertensión arterial crónica.**- Es aquella que se presenta antes del embarazo o antes de las 20 semanas de embarazo y no se relaciona con enfermedad trofoblástica del embarazo. (13).
- **Hipertensión Arterial Crónica más Pre Eclampsia sobre Agregada.**- Caracterizada por incremento repentino de proteínas en orina de 24 horas a una cantidad mayor de 300 miligramos en gestante hipertensas, se puede hallar plaquetopenia (13).
- **Hipertensión Gestacional.**- Gestante que por primera vez tiene elevada la presión arterial a mayor o igual de 140/90 milímetros de mercurio, sin proteinuria y estas cifras de la presión arterial se normalizan entre las 12 semanas después del parto, puede presentar cuadro de pre eclampsia. (13)
- **Pre Eclampsia.**- Definen algunos autores como un síndrome que se presenta en forma multisistémica, se manifiesta después de las 20 semanas, luego del parto o entre las dos a seis semanas después de producido el parto. La pre eclampsia a su vez se clasifica:
 - **Pre Eclampsia Leve.**- La presión arterial es mayor o igual de 140/90 milímetros de mercurio o aumenta en 30 milímetros de mercurio la presión sistólica y 15 milímetros de mercurio la diastólica, tomadas en dos oportunidades con un intervalo de 6 horas, presencia de proteínas en orina en menos de 5 gramos en 24 horas tomadas en dos ocasiones con un intervalo de 6 horas entre ellas. (14)
 - **Pre Eclampsia severa.**- Cuando la presión arterial es mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio, proteínas en 24 horas mayor de 5 gramos,

puede acompañar signos premonitorios (14), dentro de las complicaciones de la pre eclampsia tenemos a la eclampsia y síndrome de HELLP. (2)

Tabla 1: HEPATOGRAMA O PERFIL HEPÁTICO: VALORES NORMALES

Por María Gabriela Díaz. (23)

Parámetro	valor normal
GPT (alaninoaminotransferasa)	30,0 y 65,0 unidades por litro
GOT o ast (aspartato amino transferasa)	15,0 y 37,0 unidades por litro
GGT (gama glutamiltranspeptidasa)	5,0, y, 85,0 unidades por litro
ALP (fosfatasa alcalina)	50.0 y 136 o unidades por litro
Proteínas totales	6,4 y 8,2 gramos por decilitro (g/dl)
ALB (albúmina)	3,4 y 4,0 gramos por decilitro
TBI (tiempo de bilirrubina total)	0,20 y 1,00 miligramos por decilitro
DBIL (tiempo de bilirrubina directa)	0,00 y 0,30 miligramos por decilitro
PERFIL HEMATOLÓGICO	
Hb (hemoglobina)	11gr %
Hto (hematocrito)	41.0- 53.0 %
Recuento plaquetario	150,000-450,000mm ³ (milímetros cúbicos)
Fibrinógeno	50 % a +

Tiempo de protrombina	12-14" (segundos)
Pruebas de función renal	
Creatinina*	0.6-1.0 mg/dl
Examen de orina con tira reactiva	0
Examen de orina en 24 horas	Trazas o < 300mm ³
Urea*	10-50mg/dl

CAPÍTULO II: CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

En el estudio se tomó el caso de una gestante de 31 semanas de embarazo por fecha de última regla y 26 semanas de embarazo por altura uterina, que ingresó al servicio de emergencia. Se consideró para la toma de datos la historia clínica y la información de los familiares que acompañó a la paciente. El antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo, ocasionó a llegar al cuadro de eclampsia y posteriormente al síndrome de HELLP.

La muerte materna fue en el periodo del puerperio inmediato, ingreso a unidad de cuidados intensivos cuya causa fue pre eclampsia, eclampsia,

desprendimiento prematuro de placenta, disturbio cerebro vascular, hemorragia cerebral, hemorragia sub aracnoidea masiva se obtuvo a un recién nacido vivo pre término, con retardo de crecimiento intra uterino.

La complicación con respecto con el recién nacido es la prematuréz, restricción en el crecimiento intra uterino, bajo peso al nacer, ingreso a la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatal).

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar como afecta la eclampsia y síndrome de HELLP en el embarazo y neonato en la gestante atendida en el hospital regional de medicina tropical Julio Cesar Demarini Caro.

2.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Indicar las complicaciones que ocasiona la eclampsia y síndrome de HELLP en la gestante atendida en hospital regional de medicina tropical Julio Cesar Demarini Caro.
- Señalar el manejo de eclampsia y síndrome de HELLP en gestantes.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLINICO

DATOS DE FILIACIÓN

Fuente: Carnet perinatal

ANAMNESIS

Nº de historia clínica :

Fecha de ingreso : 01/03/2019

Hora : 14.35

Procedencia : Pasco. Oxapampa. Puerto Bermúdez
Edad : 35 años
Sexo : Femenino
Estado civil : Conviviente
Fecha de nacimiento : 10/10/81
Grado de instrucción : 5to de primaria
Ocupación : Ama de casa

ANTECEDENTES

Antecedentes personales : Hipertensión Arterial
Antecedentes familiares : Ninguno
Antecedentes obstétricos : P 3003
Periodo intergenésico : 10 años

EMBARAZO ACTUAL:

Un solo control pre natal
Primer control prenatal : 12/10/2016
Fecha de última regla : 26/07/2016
Fecha probable de parto : 02/05/2017
Edad gestacional : 18 semanas
Peso de gestante : 72.80 kilogramos
Incremento de peso : 2.8 kilogramos
Control de funciones vitales : temperatura=38.8°C
Presión arterial =120/80 mmhg
Altura uterina : 18 cm
Presentación : transversa
Latidos fetales : 142 x´
Movimientos fetales : ++

Edema de miembros inferiores	:	sin edema
Pulso materno	:	78 x'
Consejería en planificación familiar	:	no tiene
Visita domiciliaria	:	no tiene
Sulfato ferroso	:	1/30
Participación de pareja	:	si
Riesgo identificado por personal de salud	:	no
Examen de orina	:	no
Establecimiento de atención	:	Centro de salud puerto Bermúdez
Responsable de atención	:	obstetra

Examen de laboratorio realizado en control prenatal

Fecha : 12 de Octubre del 2016

RPR : Negativo

VIH : No reactivo

Ecografía Obstétrica

Fecha : 03 de enero 2017

Impresión diagnóstica:

- Gestación de 22 semanas y 1 día por biometría fetal
- Placenta inserción baja sugestivo a placenta previa total
- Evaluación feto placentaria adecuada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Fuente: historia clínica

A. ESTADO ACTUAL:

Tiempo de inicio 30' antes del ingreso al establecimiento de salud

ESTADO GENERAL:

Mal estado general, no orientada en lugar, espacio y tiempo, letárgica, aparenta post convulsión, post signo de aspiración, pupilas midriáticas.

Síntomas podrómicos:

- Cefalea : si
- Tinnitus : No
- Epigastralgia : No
- Visión borrosa : No

B. ANTECEDENTES:

Gineco-obstétricas:

- Gesta : 3 Para: 3003
- FUR: 26-07-2016 : FPP:02-05-2017
- Tiempo de gestación : 31 semanas
- Periodo intergenésico : 10 años
- Gestaciones previas : 3
- Parto eutócico : 3

Patológicos:

- Enfermedades previas : hipertensión arterial.
- Intervención quirúrgica previa: ninguno

C. EXAMEN FISICO:

- PA (Presión arterial) : 140/90mmhg
- FC (Frecuencia Cardiaca) : 119 X'
- T (Temperatura) : 37°C

FR (Frecuencia Respiratoria) : 26 X'
Cardio vascular : taquicárdica rítmica
Torax y pulmones : respiración no rítmicas
dificultosa.

ABDOMEN:

Utero: Altura Uterina : 25 cm
Latidos cardiacos fetales : 109 x'
Dinámica Uterina : Ausente

GENITALES

a) Externos, se evidencia sangrado vaginal oscuro en escasa cantidad.

b) Tacto vaginal:

Dilatación : 0
Borramiento : 0
Altura de presentación : -3
Membranas : Integras.
Variedad de posición : Longitudinal cefalica izquierda

D. ECOGRAFÍA:

Fecha: 01-03-2017

Diagnóstico: Gestación única activa de 26 semanas x
biometría fetal, descartar desprendimiento prematuro de
placenta-sufrimiento fetal agudo, bradicardia fetal.

E. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Multigesta de 26 semanas x altura uterina y 31 por fecha de última regla, no labor de parto.

ARO:

- ✓ Trastorno Hipertensivo del Embarazo
- ✓ Eclampsia
- ✓ Desprendimiento Prematuro de Placenta
- ✓ Sufrimiento Fetal Agudo/ Bradicardia fetal
- ✓ Descartar aspiración pulmonar, disturbio cerebro vascular
- ✓ Parto pretérmino
- ✓ No control pre natal.

RESULTADO EXAMENES DE LABORATORIO

Tabla 2: HEMOGRAMA

Fecha :	01/03/2017
Grupo sanguíneo y FRh	O +
Hemoglobina	11 gr%
Leucocitos	9,700 x campo
Plaquetas	169,000/ mm ³ (milimetro cúbicos)
Tiempo de coagulación y sangría	6 minutos con 30 segundos
Transaminasa glutámico pirúvico	48 unidades por litro
Ttansaminasa oxalacético	72 unidades por litro

Proteína total	5.1 gramos por litro
Albúmina	2-4 gramos por decilitro
Globulina	2-7 gramos por decilitro
Acido úrico	5.4 (-)miligramos por decilitro
Proteínas Creativa	Negativo
Glicemia	121 miligramos por decilitro

Fuente: historia clínica

PROCEDIMIENTO

Gestante ingresa al servicio de emergencia obstétrica a las 14.35 horas en mal estado general, no orientada en lugar tiempo y espacio, inconsciente letárgica, que aparenta post convulsión, post aspiración, con sangrado vaginal en poca cantidad, se ausculta latidos fetales bradicárdicos familiares refieren que en su domicilio presentó cefalea, convulsión y pierde conocimiento unos 30 minutos antes de llegar al establecimiento de salud y que tenía antecedentes de sufrir de presión arterial alta.

Se procede a canalizar inmediatamente 2 vías permeables y seguras, se aplica manejo de clave azul, se procede a trasladarla al ambiente de trauma shock, mientras se va preparando para el manejo con clave azul, en la cual se prepara cinco ampollas de sulfato de magnesio en 50 centímetros de cloruro de sodio al 9/00, administrando 40cc de esta solución a 120 microgotas, por minuto ya que se utilizó volutrol, la atención fue multidisciplinaria, el ginecoobstetra mientras realizaba un barrido ecográfico y el personal de enfermería realiza aspiración de secreciones, oxigenoterapia a 5 litros por minuto, la presión arterial en la primera toma no se percibió en el servicio de emergencia obstétrica, ya en el ambiente de

trauma shock con el control de monitor multiparámetro se registra las funciones vitales, se precedió a colocar sonda foley N° 14 donde se visualiza escasa orina (3 centímetros). La paciente se traslada inmediatamente a SOP(sala de operaciones), a las 14.48 horas con diagnóstico de multigesta de 26 semanas por altura uterina y 31 semanas por fecha de última regla, no labor de parto. Alto riesgo obstétrico: Trastorno hipertensivos del embarazo eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo/ bradicardia fetal , descartar aspiración pulmonar, disturbio cerebro vascular, parto pretermino, no control prenatal .

INDICACIONES PRE SOP

SOP(sala de operaciones)

- Cloruro de sodio al 9°/oo endovenoso(ev), luego a 45 gotas por minuto
- Cloruro de sodio al 9°/oo + sulfato de magnesio 4 gramos por vía endovenosa
- Nifedipino 10 mg (miligramos) por vía sub lingual si Presión arterial > o =160/110 mmHg(no se administró por el estado de coma de la paciente)
- Control obstétrico: dinámica uterina(DU) + latidos fetales(LF)

Pasar a Sala de operaciones

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA EN SOP:

- Hora : 14.52

Control de funciones vitales:

Presión arterial =120/60 mmhg, frecuencia cardiaca = 110 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, saturación de oxígeno 98%, sangrado vaginal 40 centímetros cúbicos.

- Diuresis 250 centímetros cúbicos
- Torax crepitante
- Aparato cardíaco vascular: taquicárdico

Sala de operaciones

- Fecha de ingreso : 01 de Marzo del 2017
- Hora : 15.10
- Hallazgos post operatorio

Paciente ingresa en posición semifowler, con máscara de reservorio de oxígeno

Reporte operatorio: cesarea segmentaria mas empaquetamiento uterino

DIAGNÓSTICO POS OPERATORIO:

1. Puépera inmediata de parto por cesárea eclampsia/preeclampsia
2. Bradicardia fetal/Sufrimiento Fetal Agudo
3. Descartar disturbio cerebro vascular
4. Síndrome aspiratorio + atonía uterina.
5. Desprendimiento prematuro de placenta en 95%,
6. Mioma uterino 5 x 4 en pared posterior de útero.
7. Recién nacido: sexo masculino.
8. APGAR: 6 y 8
9. Hora de nacimiento 15:45 horas

INDICACIONES POS SOP:

- Nada por vía oral (NPO)
- Na Cl 9‰ + ocitocina 30 UI a 30 gotas por minuto
- Clindamicina 600 miligramos (mg) endovenoso(ev) cada 8 horas
- Amikacina 1 gramo(gr) ev c/24 horas
- Sulfato de magnesio (So4 Mg) 1 gr endovenoso cada hora
- Ketorolaco 60 mg endovenoso cada 8 horas
- Nifedipino 10 mg sub lingual condicional a presión arterial $\geq 160/110$ mm Hg
- Metil dopa 750 mg cada 12 hs
- Balance Hídrico Estricto (BHE)
- Sonda foley permeable
- Pasar a unidad de cuidados intensivos (UCI)

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Fecha de ingreso: 01/03/2017
- Hora de ingreso: 16 horas

Procedimiento invasivo

Colocación de cateter venosa central, acceso yugular post, al primer intento sin complicación

- Rx de torax control.
- Información a familiares sobre estado crítico de paciente.
- Pronóstico malo a corto plazo.
- AGA control: PH= 7.23 PCO2= 32. PO2= 72.2. HCO3: 13.8

- Acidosis Láctica severa.

16.05 horas

Control de Funciones Vitales:

Frecuencia Respiratoria : 16 por minuto

Frecuencia Cardíaca : 106 por minuto

Indicaciones por médico intensivista:

1. Nada por vía oral
2. Cloruro de sodio al 9/°° + Kalium 01 ampolla 800cc/ hora
3. Sulfato de magnesio
4. Antibióticos: ceftriaxona 2 gramos endovenosos cada 24 horas, metronidazol 500 gramos por vía endovenoso cada 8 horas.
5. Omeprazol 4 miligramos endovenoso cada 24 horas
6. Tramadol 100 miligramos endovenoso cada 8 horas
7. Urcurimiel 300cc por vía endovenoso stat ,luego 150 por vía endovenoso cada 4 horas.
8. Lidocaina sin epinefrina 80 miligramos (4cc) endovenoso en 30 minutos.
9. Dextrosa al 5%+ hipersodio+ ocitocina 30 unidades internacionales a 30 gotas por minuto vía endovenoso.
10. Infeon 08 mililitros en 100cc -0.3/ kiligramo vía endovenoso
11. Poligelina 500cc stat. Vía endovenoso

Reporte de médico intensivista

- Paciente procedente de sala de operaciones con diagnóstico de cesárea segmentaria transversa primaria + empaquetamiento uterino. Desprendimiento prematuro de placenta, 95% atonía uterina, ventilando asistidamente con ambú.
- Al examen neurológico score Glasgow: RO:1
- No reflejo pupilares, midriáticas, no dolor a evaluación con tubo de mayo, sonda foley. orina 80 cc claro.
- Maniobra de ojo de muñeca (-)
- Reflejo de córnea (-)

Control de Funciones Vitales

Presión Arterial	:	220/100mmhg
Frecuencia Cardiaca	:	148 x'
Frecuencia respiratoria	:	Asistida
Hemodinamia	:	Inestable sin vasoactivos
Diuresis	:	No se consigna

Impresión diagnóstica en unidad de cuidados intensivos:

- Descartar disturbio cerebro vascular , hemorragia masiva
- Post operatorio inmediato, cesárea segmentaria transversa primaria, empaquetamiento uterino.
- Desprendimiento prematuro de placenta 95%- atonía uterina
- Pre eclampsia severa / Eclampsia
- Transtornos hipertensivos del embarazo
- Transtorno ácido básico.

Tabla 3: EXÁMENES AUXILIARES - HORA 16:24

T°= 37	T°=35	Na= 122 mmol/L
PH=7.23	PH=7.259	K= 2.8 mmol/L
Pco2= 32.9mmhg	Pco2=30.1mmhg	Ca = 0-46mmol/L
Po2=122mmhg	Po2=110mmhg	Hcto= 27% PVC
B efect. 14 mmhg		Hb= 9.29 gr/dl
Hco3= 13.8 mmhg		
Tco2= 15 mmhg		
So2= 98%		

Fuente: historia clínica

- Hora; 18:10 minutos, paciente presentó paro cardiorrespiratorio, se realizó maniobra de reanimación cardio pulmonar avanzado sin éxito, se comprobó cese de funciones vitales, pasa a la morgue.
- Posteriormente se planteó necropsia de ley, porque paciente estuvo 3 horas 35 minutos desde el momento del ingreso.

EPICRISIS

Fecha de ingreso : 01-03-2017

Fecha de egreso : 01-03-2017

Edad : 35

Gestaciones : 3

Paridad : 3003

Síntomas y signos de ingreso

- Mal estado general
- No orientada en lugar tiempo y espacio
- Inconsciente
- Letárgica
- Pupilas midriáticas
- Post convulsión
- Signos de aspiración
- Sangrado vaginal escaso, oscuro

Diagnóstico de ingreso.

- Multigesta de 26 semanas gestación por altura uterina y 31semanas de embarazo por fecha de última regla no labor de parto.
- ARO: Transtorno hipertensivo del embarazo
- Eclampsia
- Desprendimiento prematuro de placenta,
- Sufrimiento fetal agudo
- Bradicardia fetal
- Descartar aspiración pulmonar
- Descartar disturbio cerebro vascular
- Parto pretérmino, no control pre natal.

Exámenes auxiliares realizados

Hemograma, grupo sanguíneo factor Rh, hemoglobina, hematocrito, recuento plaquetario, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo de protrombina,

VIH, sífilis, hepatitis, exámen de orina completa, acido sulfosalicílico, úrea, creatinina, transaminasa glutámico oxalacético, transaminasa glutámico pirúvico, proteína total y fraccionadas, bilirrubina total y fraccionada.

Intervenciones y /o procedimientos realizados.

- Cesárea segmentaria transversa primaria
- Empaquetamiento uterino
- Cateter venosa central
- Oxigenaterapia
- Reanimacion cardiorespiratorio

Tratamiento instaurado

- Clave azul, cloruro de sodio 9/°° 50 cc + sulfato de magnesio 5 gramos, dosis de ataque 4 gr en 20' dosis de mantenimiento 1 gramo por hora via endovenoso
- Clindamicina 600mg cada 6 horas ev
- Amikacina 1 gr c/24 horas vía ev
- Ketorolaco 60mg/8 horas vía ev
- ceftriaxona 2 gr c/24 hs.vía ev
- Metronidazol 500mg c/8hs vía endovenoso
- Omeprazol 40mg c/24 hs.vía endovenoso
- Urcoruniel 300mg ,y 150 mg c/4hsvía ev
- Imferon 8/100cc.
- Poligelina 500cc vía endovenoso

- Dextrosa al 5 % +hipersodio 1 amp+ocitocina 30 UI a 30 gtts X'vía endovenoso

Evolución

Malo a corto plazo

Complicaciones

- Síndrome de HELLP, falla hepática, hemorragia sub aracnoidea, atonía uterina.

Condiciones de egreso

- fallecida

Indicaciones de alta

Traslado a morgue

Recien nacido

Sexo: masculino

Peso:1340 gramos

Apgar: 6-7-8 al minuto

Talla: 44 centímetros

Edad gestacional por capurro 32 semanas

Pequeño para edad gestacional, pretérmino

Observaciones: Recién nacido hospitalizado en UCIN.

Diagnósticos finales de egreso

- Síndrome de HELLP, falla hepática
- Atonia uterina

- Hemorragia subaracnoidea masiva
- Hipertensión endocraneana
- Paro cardiorespiratorio

Fuente: historia clínica

2.3. DISCUSIÓN

La eclampsia y síndrome de HELLP son complicaciones que pueden conducir a alteraciones en las funciones de muchos órganos nobles, agudizándose y ocasionar morbimortalidad materna perinatal como refieren varios autores.

En este caso fue una muerte materna de causa directa, muerte materna inevitable en atención secundaria, 35 Años de vida perdidos por mortalidad materna. dejó 4 niños en orfandad.

La falta de conocimiento y sensibilización a paciente familia y comunidad hacen que lleguen en mal estado general y tardamente, como es el caso.

El personal atendió de forma oportuna según norma técnica.

Las consecuencias que ocasionó fue la muerte materna por acudir tardamente a su atención y no reconocer los signos tempranamente.

Según certificado de defunción la causa básica fue síndrome hellp, causa intermedia hemorragia subaracnoidea masiva, la causa final hipertensión endocraneana y causa asociada falla hepática, disturbio cerebro vascular hemorrágica.

Según comité de muerte materna la causa básica fue pre eclampsia-eclampsia, causa intermedia desprendimiento prematuro de placenta, disturbio cerebro vascular, causa final hemorragia cerebral, hemorragia subaracnoidea masiva a descartar ruptura aneurismática y la causa asociada hipertensión arterial crónica.

La eclampsia y síndrome de HELLP que presentó la paciente en estudio, afectó en la funcionalidad de los órganos blanco deteriorandolo.

El manejo se realizó de acuerdo a protocolos establecidos, pero no dieron resultados por la complicación de la enfermedad y el ingreso tardío de la paciente al establecimiento.

El factor de riesgo materno para la pre eclampsia, eclampsia y disturbio cerebro vascular fue el antecedente de hipertension arterial , nueva pareja en embarazo actual(aloinjerto), la multiparidad, la edad límite.

Hubo falta de interés para acudir a control pre natal, desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación (signos y síntomas de alarma).

El número de gestantes que acuden al Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio Cesar Demarini Caro” de la ciudad de Chanchamayo, por el servicio de emergencias obstetricas es de 2600 pacientes durante el año 2018, de las cuales 62 gestantes con pre eclampsia , haciendo un 3.64% de casos, 2 gestante con eclampsia, que hacen un 0.01 % , 1 caso con sindrome de HELLP y muerte materna que hace un 0.05% .

Se concluye que el sindrome de HELLP viene hacer una complicación de eclampsia que ocasionó falla de órganos blancos que condujo a la muerte materna.

La eclampsia, síndrome de HELLP constituye causa importante de morbimortalidad materno fetal como refiere muchos autores.

La paciente fue multípara, considerada uno de los factores de riesgo de este cuadro, tenía 35 años de edad otro factor de riesgo, nueva pareja en este embarazo, pueda que haya sido el factor determinante para desarrollar esta patología en la literatura indica como factor de riesgo.

El antecedente de hipertensión arterial crónica es otro de los factores que presentó. La tasa más alta de mortalidad materna según momento de fallecimiento en el Perú 2011-2012 es en la etapa del puerperio haciendo un 56%. En este trabajo clínico la muerte fue en este periodo.

De acuerdo a grupos de edad en el Perú en el año 2013 la mortalidad materna, la tasa más alta es entre 30-34 años de edad. Haciendo un porcentaje de 22.2%, la paciente en estudio tuvo 35 años de edad.

2.4 CONCLUSIONES

Como podemos analizar, los factores de riesgo en la literatura de muchas investigaciones, coinciden con el presente trabajo y la falta de conocimiento de los signos de alarma llevó a que la patología se complique con el daño de órganos blanco, en este caso se afectó el cerebro por que presentó de acuerdo a la autopsia, hemorragia sub aracnoidea masiva, siendo la causa final la hipertensión endocraneana

En cuanto al recién nacido actualmente vivo, para el mes de diciembre del 2017 tenía un peso de 7.880 kilogramos con un diagnóstico de acuerdo a su control en historia clínica de retraso en su desarrollo.

La detección y manejo temprano en mujeres con factores de riesgo son decisivos para el manejo de la hipertensión inducida por el embarazo y la prevención de las convulsiones

2.5 RECOMENDACIONES

- Elaboración del Plan de parto al 1er control pre natal cuya responsabilidad del personal que atiende su 1ra consulta, de acción inmediata.
- Captación oportuna y seguimiento a gestantes por personal de salud con competencias, en forma inmediata.
- Sensibilización a familia y comunidad sobre el autocuidado en gestantes
- Acompañamiento a gestantes en Control Prenatal por familiar
- Coordinación de referencia y contrareferencia con otros establecimientos y/o consultorios particular en forma oportuna.
- El personal del establecimiento de salud debe realizar acciones de educación para la salud a los miembros inmediatos de la familia, para que comprendan la importancia del control pre natal y la identificación de los signos del avance de la hipertensión inducida por el embarazo.
- Se debe coordinar sobre orientación alimentaria en gestantes. Cambios en estilo de vida saludables.
- Mejorar el requerimiento de insumos de laboratorio en Hospitales del ministerio de salud.
- Mejorar el sistema de información sobre signos de alarma durante el embarazo, prestar mayor atención a gestantes con algún factor de riesgo por parte del personal de salud.
- Establecer un comité de vigilancia en la salud materna y reducir la morbimortalidad materna perinatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Heredia Capcha I C. “Factores de Riesgo asociados a Pre eclampsia. (Tesis). Universidad Privada Antenor Orrego.Loreto.2014. 78(5)
2. Laurenis Labarca.M S, Ramón Urdaneta J, María, Gonzales I M, Contreras Benites A, Nasser Saleh B, Fernández Correa M, Silva Bentacourt A, María Lorena Nava. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. 2016. Vol. 81.Nº 3(194).
3. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología Instituto Materno Perinatal, Lima, 2010
4. Motte Alarcón, Patricia M.C. “Frecuencia de la enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y Síndrome de hellp” (Tesis).Universidad de Mexico.2013;(5)
5. Berríos Estrada. M. O. Síndrome de hellp en pacientes con pre eclampsia severa (tesis).Universidad de San Carlos de Guatemala 2015.50 (24-27)
6. Garcés Hernández W, Clavel Castillo Y, Bandera Ávila E, Fayat. Saeta Y. Factores de Riesgo y condiciones Perinatales de la Pre eclampsia.
7. Osorio Rosales Judith Nelsy. “Factores de riesgo para desarrollo de síndrome de hellp” (Tesis). universidad mayor de San Marcos. Lima – Perú 2015. 43. (22-24-46).
8. Heredia Capcha I C. “Factores de Riesgo asociados a Pre eclampsia. (Tesis). Universidad Privada Antenor Orrego.Loreto.2014. 78(5)
9. Ponce Vega, E.S. “Factores de riesgo materno para síndrome de Hellp en pre eclámpticas severas”. (Tesis) Universidad mayor de San Marcos.Lima-Perú.2014. (36).

10. Vargas Corimaya Lourdes A. “Factores predictores de eclampsia en pacientes con pre eclampsia atendidas en el hospital nacional docente madre y niño “San Bartolomé” (Tesis), 2010-2014.Lima-Perú(43)
11. Mesa Altamirano Mariana del Pilar. Tesis Síndrome de hellp en un hospital nacional a 3259 msnm-Perú 2017
12. Mendoza Contreras Roger. Tesis. Factores de riesgo asociados a pre eclampsia en el hospital el Carmen -2014-Huancayo-Peru
13. Jordi Bellart A, Comino Delgado R, Gratacós Solsona E, Iglesias Diz M, Perales Marín A, Reque Cereijo J.A, “Estados hipertensivos del embarazo en documento de consenso” S.E.G.O.29 (1-4)
14. Guía Nacional de atención Integral de salud Sexual y Reproductiva Lima-Perú. (272). Ministerio de Salud Atención de las Emergencias Obstétrica.
15. Valverde Pareja M, Hurtado Sánchez F, Vico Zúñiga I, Puertas Prieto A. Eclampsia (2-10)
16. Guía Clínica y procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Materno Perinatal. Lima-2014(.426 P).
17. Guía de la OMS para la aplicación de CIE-10 a las mujeres ocurridas durante el embarazo, parto, puerperio
18. Castillo Gonzales D. de la C. Revista Cubana. De Hematología, Eclampsia. Revista (artículo) 16 de Abril- 2014 vol. 254
19. Parra Ramírez P, Bakles- Maxwell M. Diagnóstico y Manejo Oportuno del Síndrome de Hellp .Acta médica Costarricense online versión ISSN 0001-6012 Vol.47 N1 San José Jan.2005
20. Norma técnica .RM-827-2013 -MINSA.V.01

21. Manual de procedimientos en las claves de emergencia obstétricas, Lima, Perú
.2017. (115 –p)
22. Sociedad Argentina de Hipertensión y embarazo. Documento de
consenso.F.A.S.G.O.2006
23. Gabriela Díaz M. Valores Normales de TGO y TGP o pruebas de función
hepática. 2016