



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**MUERTE MATERNA POR SÍNDROME HELLP EN  
GESTANTE DE 36 SEMANAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL  
II, 2017**

**PRESENTADO POR:**

**GABY ROXANA DELGADO CASTAÑEDA**

**ASESOR**

**MGR. PIERINA CÁCERES CAVALLO**

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

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE GENERAL

Portada	
Índice general	i
Índice de figuras	i
Resumen	ii
Summary	iii

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Justificación	4
1.3. Marco teórico	4

### CAPÍTULO II

#### CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos	15
2.2. Historia clínica	15
2.3. Discusión	25
2.4. Conclusiones:	26
2.5. Recomendaciones	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Muerte materna según causa de fallecimiento, SE 22-2019	2
Figura 2 Tratamiento farmacológico para síndrome de HELLP	13



## RESUMEN

Los trastornos Hipertensivos en la gestación son la primera causa de muerte materna <sup>(1)</sup>, se presenta un caso clínico de Síndrome HELLP asociado a preeclampsia. <sup>(2)</sup> **Objetivos:** Describir el manejo de un caso clínico de muerte materna asociada a Síndrome de HELLP e identificar las demoras presentadas durante la atención brindada a la paciente. **Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de la historia clínica. **Resultado:** El caso terminó con mal pronóstico, produciéndose el deceso materno. Considerándose la demora presentada en la institución hospitalaria al momento de manejar el caso. **Conclusiones y recomendaciones:** es importante revisar el caso para evaluar las fallas presentadas al momento de atender los cuadros por síndrome HELLP, de tal manera que los índices de muerte materna disminuyan y evaluar si el personal médico cumple con las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud.

**Palabras claves:** Síndrome de HELLP, Eclampsia, muerte materna, óbito fetal y paciente sin atención prenatal.

## SUMMARY

Hypertensive disorders in pregnancy are the first cause of maternal death (1), a clinical case of HELLP syndrome associated with preeclampsia is presented. (2)

**Objectives:** Describe the management of a clinical case of maternal death associated with HELLP syndrome and identify the delays presented during the care provided to the patient. **Methodology:** Descriptive and retrospective study, based on the review of the clinical history. **Result:** The case ended with a poor prognosis, resulting in maternal death. Considering the delay presented in the hospital institution when handling the case. **Conclusions and recommendations:** it is important to review the case to evaluate the failures presented at the time of attending to the cases due to HELLP syndrome, in such a way that the rates of maternal death decrease and evaluate if the medical staff complies with the technical standards established by the Ministry of Health.

**Keywords:** HELLP syndrome, Eclampsia, maternal death, fetal death and patient without prenatal care.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Descripción del problema**

Las muertes maternas de acuerdo con el boletín epidemiológico hasta la semana epidemiológica del 2019, se notifica 154 mm directas e indirectas con un aumento de 7,7 %, lo cual significa 11 muertes más en relación al año 2018. Otro dato importante es el 74% de las muertes maternas ocurrieron a nivel institucional, las cuales estuvieron distribuidas de la siguiente manera 62% en centros de salud del MINSA, 7,6% en establecimientos de ESSALUD, 3.3% en clínicas privadas y 1,1% en puestos de salud de la PNP/FFAA). El 26 % restantes corresponde a muertes maternas ocurridas fuera de los establecimientos de salud y se sub clasificaron como sigue: el 16,3% al interior de su domicilio, el 8,7% de camino a un establecimiento de salud y el 1% en otros lugares. <sup>(3)</sup>

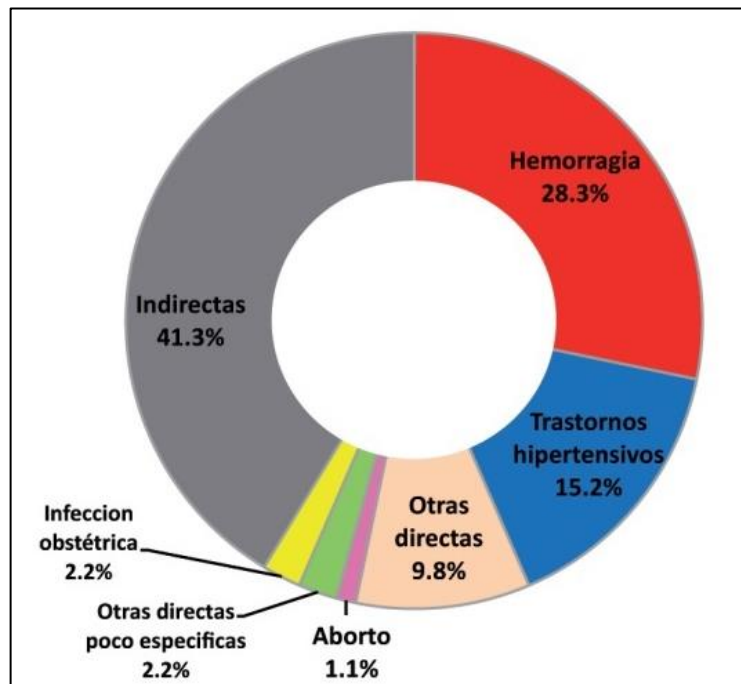


Figura 1. Muerte materna según causa de fallecimiento, SE 22-2019

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- MINSA\* Hasta la SE22-2019. Se consideraron muertes notificadas como directas e indirectas.

El síndrome HELLP se considera como una variedad de la preeclampsia, es una complicación de la gestación, la cual puede resultar mortal para las madres gestantes. Estas complicaciones se pueden presentar en el último trimestre del embarazo o en el puerperio inmediato, se suscitan por lo general durante las etapas finales del embarazo, también hay casos en los que ocurren después del parto. <sup>(1)</sup>

Este síndrome a veces resulta difícil de determinar, por lo que debería hacerse un diagnóstico diferencial, considerando que muchas veces no se encuentra proteína en orina y la presión a veces resulta normal. Además, puede confundirse con hepatitis aguda, gastritis, influenza, dolor de la vesícula biliar, u otras condiciones <sup>(2)</sup>.

En el año 2017 ocurrieron 375 muertes maternas (entre causas directas e indirectas), dentro de las causas de muerte maternas por causas Obstétricas directas fueron 62,1%, por causas indirectas el 31,6% y el 6,3% se debió causas incidentales, los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio, ocuparon el primer puesto con 24.1%, seguido por las hemorragias obstétricas de 23.4%. <sup>(3)</sup>

El caso Clínico ocurrió en el departamento de la Libertad, en la parte de la sierra, cabe resaltar que aquí el número de muertes maternas entre los años 2016-2017, disminuyó de 26 a 23 casos, si bien es un buen indicador, cabe señalar que es el 6.2% del total de las 375 muertes maternas en el 2017, y en comparación con los departamentos de Moquegua, Tacna y Tumbes que tiene 1,2 y 3 muertes maternas respectivamente, es alto el número de muertes maternas. <sup>(2, 3)</sup>

En este trabajo se busca lograr una óptima descripción el manejo de un caso clínico de muerte materna asociada a Síndrome de HELLP e identificar las demoras presentadas durante la atención brindada a la paciente; es necesario hacer un análisis y evaluar el manejo de este caso clínico para examinar si se cumplió con las guías de las normas técnicas que establece el Ministerio de Salud como ente rector. Es necesario tener conocimiento de cada uno de los sucesos ocurridos en el transcurso de la gestación hasta el deceso de la paciente, el modo de identificar a los puntos críticos determinantes en el protocolo de atención del Síndrome de HELLP, es de suma importancia para disminuir los índices elevados de mortalidad materna en las instituciones hospitalarias



## **1.2. Justificación**

Es importante describir y reconocer que el profesional de salud es un actor principal, para diagnosticar, tratar y solucionar la problemática de la mortalidad materna <sup>(4)</sup>. La Preeclampsia y el Síndrome de HELLP, es una patología de etiología desconocida, por tal motivo es importante predecir tempranamente, para la prevención y tratamiento oportuno.

En este trabajo se busca una óptima descripción del manejo de un caso clínico de muerte materna asociado a Síndrome de HELLP e identificar las demoras presentadas durante la atención brindada a la paciente; es necesario hacer un análisis y evaluar el manejo de este caso clínico para examinar si se cumplió con las guías de las normas técnicas que establece el Ministerio de Salud como ente rector. Es necesario tener pleno conocimiento de los eventos ocurridos a partir del inicio del embarazo de la paciente hasta su muerte, luego se procede a identificar cuáles son los puntos críticos en el protocolo de atención de la Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP, para de esta manera disminuir los elevados índices de muertes maternas

## **1.3. Marco teórico**

### **1.3.1. Antecedentes internacionales**

SALAZAR D. et al, México (2013). “Morbimortalidad materna del síndrome de HELLP en Yucatán”. Siendo el síndrome de HELLP considerado como una patología de nivel multisistémico, asociada a preeclampsia o eclampsia, representa un elevado índice de mortalidad. Como principal objetivo se tenía Conocer la tasa de morbimortalidad en Yucatán por causa del síndrome de HELLP. El estudio tenía

un diseño descriptivo multicéntrico. Población: Cuarenta pacientes con una edad media de  $25 \pm 7$  años, con síndrome de HELLP. Método: Se valoró lo siguiente: aspectos clínicos, edad gestacional, resolución del embarazo, resultados de laboratorio y la morbimortalidad materna. Resultados: Veinte pacientes (50%) presentaron preeclampsia y 12 pacientes (30%) presentaron eclampsia; las pacientes restantes no presentaron la enfermedad hipertensiva del embarazo. Nueve pacientes (22.5%) desarrollaron insuficiencia renal aguda. Siendo el porcentaje de muerte el 7.5%. Conclusiones: el síndrome de HELLP tuvo un bajo índice de muerte materna. <sup>(5)</sup>

CURIEL E. et al. Málaga (2013). En la investigación “Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica”. El objetivo fue realizar la descripción del perfil clínico y epidemiológico, asimismo la incidencia existente en las pacientes con preeclampsia grave que hayan requerido ingreso a Cuidados Intensivos. El diseño del estudio fue observacional prospectivo. Población: 262 pacientes que ingresaron por preeclampsia grave, eclampsia o síndrome HELLP. Intervención: Análisis descriptivo de la población y de las complicaciones en UCI, así como de la mortalidad intrahospitalaria. Resultados: La edad osciló entre los 30 a 47 años, el 78% de pacientes ingresaron con diagnóstico de preeclampsia grave, 16% ingresó por síndrome HELLP y el 6% por eclampsia, alrededor de las 32 a 36 semanas de gestación. El 63% de las pacientes fueron primigestas con bajo porcentaje de enfermedades previas. La tasa de complicaciones fue del 14% a nivel cardiaco con el 9%, insuficiencia renal aguda con un 5% y coagulopatía con un 2%. La

mortalidad materna fue del 1,5% (4 pacientes). Conclusiones: La preeclampsia grave presentó un bajo índice de mortalidad con un 1,5%, las complicaciones arrojaron un 14% presentándose mayormente en nulíparas durante el tercer trimestre de gestación. <sup>(6)</sup>

BELTRÁN CM. Málaga (2013). “Complicaciones posparto del síndrome HELLP: diagnóstico post mórtem”. En su estudio manifiesta que el síndrome afecta alrededor del 0,1% a 0,6% a las gestaciones que cursan con preeclampsia. Esta patología tiene poca asociación con rotura hepática, resultando muy raro, pero sin embargo resulta mortal en las gestantes. Se relaciona con un 2% de incidencia; sin embargo, algunos autores han manifestado que se relaciona con un 9%. La referencia es que un 80% de las gestantes con hematoma subcapsular hepático espontáneo durante la gestación, han manifestado preeclampsia grave o síndrome HELLP. Lamentablemente cuando esta patología se acompaña de rotura hepática, la incidencia de muerte materna y neonatal suben a un 50% y un 80%, respectivamente. Este caso corresponde a una primípara de 38 años de edad, con rotura espontánea de un hematoma hepático secundario a un síndrome HELLP no diagnosticado clínicamente. <sup>(7)</sup>

### **1.3.2 Antecedentes nacionales**

CÁRDENAS A. Lima (2016). “Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre 2015”. Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se revisaron 31 historias clínicas de pacientes diagnosticadas con Síndrome de HELLP. Resultados: las edades estuvieron

comprendidas entre los 20 a 34 años de edad; en cuanto al nivel educativo, el 64.5% tenía nivel de instrucción secundaria y en relación al estado civil el 74.2% eran convivientes. Resultados: este síndrome tiene una alta incidencia de morbilidad materna con un 96.8%, manifestando como complicación la anemia con un 64.5%, posterior a ello se produjo el prematuro desprendimiento de la placenta con el 19.4%, finalmente se manifestó ascitis con síndrome de distrés respiratorio de la gestante con un porcentaje del 16.1%. Este estudio mostró solamente un caso de muerte materna; llegándose a las siguientes conclusiones: El Síndrome de HELLP se relacionó con una elevada incidencia de morbilidad materna la cual a su vez mostró relación con la anemia de la gestante además del prematuro desprendimiento de placenta. <sup>(8)</sup>

### **1.3.3. Bases teóricas**

#### ***Síndrome HELLP Definición:***

The Preeclampsia Foundation (2019), refiere que el síndrome HELLP es un derivado de la preeclampsia que viene a complicar el embarazo poniendo en peligro la vida de la madre, presentándose generalmente en las últimas etapas del embarazo y muchas veces, después del parto. <sup>(9)</sup>

El Dr. Luis Weinstein (1982), fue el que nombró este síndrome basado en sus características: H (hemólisis, que implica la ruptura de los glóbulos rojos), EL (enzimas hepáticas elevadas), LP (bajo recuento de plaquetas).

Este síndrome a veces resulta dificultoso para diagnosticar, en los casos cuando la hipertensión y proteinuria no se han manifestado. Su sintomatología es muchas

veces confundida con mal de la vesícula biliar, hepatitis aguda, gastritis, influenza, entre otras enfermedades.

La tasa de mortalidad global del síndrome de HELLP está alrededor del 25%. Por tal motivo, las mujeres deben ser conscientes de esta patología, y asistir regularmente a los controles prenatales para que tengan un diagnóstico temprano.

#### *Clasificación del síndrome HELLP*

La clasificación va en relación con la gravedad del síndrome, y en relación con el conteo de plaquetas en sangre materna, dividiéndose en tres clases según el sistema denominado "Clasificación Mississippi".<sup>(9)</sup>

- Clase I (trombocitopenia grave): plaquetas por debajo de 50000/mm<sup>3</sup>
- Clase II (trombocitopenia moderada): plaquetas entre 50.000 y 100.000/mm<sup>3</sup>
- Clase III (AST > 40 UI/L, trombocitopenia leve): plaquetas entre 100.000 y 150.000/mm<sup>3</sup>

#### *Riesgo de desarrollar HELLP en embarazos futuros*

Hay un mayor riesgo en mujeres que presentaron anteriormente el síndrome HELLP, siendo candidatas a un mayor riesgo de todas las formas de la preeclampsia en embarazos subsiguientes. Se calcula que la incidencia en embarazos posteriores es entre el 16 a 52%, con mayor énfasis si el síndrome se presentó durante el segundo trimestre.<sup>(9)</sup>

### ***Epidemiología***

Está asociada con la presencia de complicaciones perinatales graves y al aumento de la mortalidad materna. Se presenta con el 0,5% al 0,9% de embarazos y para el caso específico de preeclampsia-eclampsia ocurre en aproximadamente del 10 a 20% de casos. Resulta importante detectar esta complicación tempranamente, para que se atienda oportunamente a la madre y el niño, de tal forma que se prevengan situaciones potencialmente fatales para ambos. Se estima que a nivel mundial del 0,1% - 0,9% de embarazos son afectados con síndrome HELLP, por otro lado, cabe resaltar que un promedio del 15% de embarazos con preeclampsia grave también son afectados <sup>(2)</sup> y para gestantes con eclampsia es seguro que un 50% del total de dichos casos sean afectados <sup>(5)</sup>. Esta patología presenta un alto índice de mortalidad; en la madre se presenta con un rango del 1 a 24% en la madre y 7 a 34% en el feto. En Latinoamérica se registra que el 27.6% de las mujeres que desarrollan eclampsia presentan el síndrome de HELLP, con un índice de mortalidad del 14%. <sup>(10)</sup>

### ***Fisiopatología***

Esta patología implica el daño endotelial, su fisiopatología es desconocida presumiéndose que a veces sus mecanismos resultan complicados de distinguir con los de la preeclampsia, ya que los resultados de los exámenes de este síndrome no son característicos de él. Un supuesto teórico para desarrollar esta patología durante el embarazo, podría ser la débil e inadecuada implantación de las células del citotrofoblasto, que atraviesan la porción decidual de las arterias espirales, sin atravesar el segmento miometrial. Estas arterias espirales, se mantienen estrechas (isquemia placentaria), disminuyendo el flujo placentario activando el endotelio

vascular materno, elevando la endotelina y el tromboxano; por tanto, eleva la sensibilidad vascular a la angiotensina II disminuyéndola formación de agentes vasodilatadores (óxido nítrico y prostaciclina). Estas modificaciones inducen una elevación de las resistencias vasculares, incremento de plaquetas, aceleración del sistema de coagulación y disfunción a nivel endotelial, produciendo sintomatología que indica dicha enfermedad. <sup>(10)</sup>

Hemólisis: La baja súbita de eritrocitos al momento del síndrome HELLP, se piensa que es producto del daño celular ocasionado por el depósito de fibrina formado por injuria endotelial seguido del rompimiento de los glóbulos rojos debido al contacto con la zona dañada. Esta condición empeora con respecto a la anemia a nivel hemolítico, asimismo con la microangiopática. <sup>(10)</sup>

Enzimas hepáticas elevadas: se produce desintegración de parénquima periportal con depósitos de fibrina en el espacio sinusoidal, siendo el posible encargado de elevar las enzimas hepáticas, obstruyendo el flujo sanguíneo a nivel hepático, lo cual implica distensión del hígado. El aumento de las enzimas hepáticas podría indicar afectación hepática. <sup>(10)</sup>

Bajo recuento plaquetario: originado por un mayor consumo de plaquetas, las cuales se activan y se pegan a las células endoteliales vasculares dañadas, elevando el recambio de plaquetas con una vida útil más corta. La trombocitopenia es el mayor causante que se altere la coagulación en el síndrome HELLP. <sup>(10)</sup>

### ***Etiología***

El síndrome HELLP se presenta como una complicación grave de la preeclampsia severa/eclampsia, repercutiendo en la madre y el feto. Diversos estudios concuerdan que el origen radica en el daño de la capa íntima endotelial, de causa desconocida, y que también se relaciona con posibles alteraciones en la placenta, complejos inmunes y a la misma hipertensión. Los factores genéticos tienen un rol importante ya que algunos genotipos maternos y fetales conceden un alto riesgo de presentación y desarrollo del HELLP. <sup>(10)</sup>

### ***Manifestaciones clínicas***

Las manifestaciones clínicas de este síndrome pueden confundirse con los que se manifiestan en la preeclampsia y eclampsia. Por lo que debería realizar un diagnóstico diferencial. Siendo el síndrome de HELLP una enfermedad primariamente coagulopatía en origen, se debe evaluar el inicio de los dolores epigástricos, anemia y consumo plaquetario por medios microangiopáticos. También debe considerar si el paciente manifiesta sucesos de vómitos y náuseas. En algunas ocasiones se ha reportado cefalea y cambios visuales. Como producto de la trombocitopenia, pueden presentar sangrado de las mucosas, hematuria, hemorragia petequiral o equimosis. A pesar que algunas pacientes presentan presión arterial elevada, ésta podría no estar presente, la causa de esto es desconocida. <sup>(10)</sup>

### ***Diagnóstico***

Generalmente se diagnostica en pacientes que presentan preeclampsia severa, sin embargo, se debe tener en cuenta los parámetros característicos de laboratorio:



hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia <sup>(9)</sup>. Estos exámenes de laboratorio siempre se deben solicitar para casos de preeclampsia, eclampsia y en gestantes con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. La hemólisis se diagnostica a través de una biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático (se encuentra la mengua de los niveles de hematocrito), hematíes fraccionados, también llamados esquistocitos, incremento en la deshidrogenasa láctica (DHL) y la bilirrubina >1,2 mg/dL (36, 38). La disfunción hepática implica un incremento de las enzimas aspartato aminotransferasa (AST) en suero de >70 IU/L y alanina aminotransferasa (ALT) en suero de >70 IU/L (39-41). Existen dos sistemas de clasificación para el diagnóstico del síndrome de HELLP. El sistema Mississippi <sup>(9)</sup> y el sistema de Tennessee que define al síndrome de HELLP como completo o verdadero si cumplen los tres requisitos: Trombocitopenia moderada a severa con plaquetas en 100000/uL o menos. Disfunción hepática se diagnostica cuando el AST > a 70 UI/L, evidenciando hemólisis con un extendido de sangre periférica anormal, además de enzimas DHL mayores de 600 UI/L.

### ***Complicaciones***

Se han reportado diversas complicaciones severas, sobre todo con negligencias durante el manejo de esta patología, las que se consideran como ceguera cortical, ruptura de hígado, edema cerebral, hemorragia subaracnoidea y derrame hemorrágico. La hemorragia se presenta cuando la presión arterial sube a 30/15 mmhg, además de proteinuria y edema.

## ***Tratamiento***

El tratamiento concluyente es el parto definitivo: Algunos recomiendan esperar hasta después de las 34 semanas de gestación en espera de la maduración y desarrollo fetal. <sup>(10)</sup>

- **En pacientes con manejo conservador y a los que se decida la resolución**
- **La T/A debe controlarse**
  
- **Antihipertensivos: se administran en T/A S  $\geq$  150 mmHg y D  $\geq$ 100 mmHg**
  - Nifedipino(a) 10-20mg VO cada 30min. (dosis máx. 120mg al día)
  - Hidralazina en dosis 5-10mg bolo IV con una frecuencia de 20-40 min; (dosis máx. 30mg)
  - Alfametildopa es administrado simultáneamente para preparar el manejo a largo plazo a dosis de 250-500mg cada 6 u 8 h.
  - Betabloqueadores: Labetalol en dosis 20 bolo IV incrementando la dosis hasta una T/A satisfactoria cada 10-15min. (dosis máx. 220-300mg)
  
- **IECA – contraindicados en el embarazo.**

*Figura 2 Tratamiento farmacológico para síndrome de HELLP*

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

Se presenta el caso de una gestante multípara de 28 años, que cuenta con dos atenciones prenatales a las 29 semanas (El 09.03.17) y a las 33 semanas (10.04.17), durante los controles cuenta con exámenes de laboratorio que indican una ITU, pero la gestante se niega a la hospitalización en referencia a no tener con quien dejar a sus menores hijos. Su tercera atención prenatal se programa para el 25.04.17, no pudiéndose concretar debido que se presenta en la emergencia en la IPRESS de segundo nivel de atención el día 23.04.17 a las 20:35 por presentar episodio de convulsión tónico-clónica, presentando un segundo episodio en el servicio de emergencia, con diagnóstico de gestante de 36 semanas, Eclampsia, SFA, D/c DPP. Se realiza su hospitaliza, para realizar la batería de Preeclampsia y otros exámenes de laboratorio, se inicia tratamiento de SO4Mg., Anticonvulsivantes y antibioterapia, dos horas posteriores a su llegada a emergencia pasa a sala de operaciones El diagnóstico para la realización de la cesárea fue gestante de 36 ss, Eclampsia Óbito fetal, y posterior Puérpera post CST por eclampsia y Síndrome de HELLP concomitante.

Se continuó tratamiento, con evolución estacionaria, Hemodinámicamente estable, se transfundió dos paquetes globulares y presentó estadio de segunda convulsión el 24-04-2017 a las 1:25 am, deteriorándose paulatinamente su salud, y no teniendo condiciones para referir, se da el deceso de la paciente.

A continuación, se describe el caso clínico, se comienza presentando sus dos atenciones prenatales y su negativa a hospitalizar continuando con su ingreso a la emergencia, se termina con autopsia verbal, teniendo un caso clínico completo para realizar su análisis, y validación del tratamiento realizado, este acorde a lo establecido en las guías y protocolos clínicos, además también si se realiza el llenado de la historia clínica, según la normativa vigente

## **2.1. Objetivos**

- Describir el manejo de un caso clínico de muerte materna asociada a Síndrome de HELLP.
- Identificar las demoras presentadas durante la atención brindada a la paciente.

## **2.2. Historia clínica**

Atención Prenatal Reenfocada

La gestante se realizó 2 Atenciones Prenatales

### **2.2.1. Datos de la historia clínica general:**

23-04-2017 (20:35) Atención en Emergencia:

## DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS

### SERVICIO DE EMERGENCIA

**FECHA DE INGRESO:** 23-04-2017

**HORA DE INGRESO:** 20:35

**Signos y Síntomas Principales:** Paciente traída por familiar por presentar en domicilio un episodio de convulsión tónico-clónica, presentando un segundo episodio en el servicio de emergencia.

#### **Antecedentes Obstétricos:**

G4 P3003

EG: 36 sem.

#### **Examen Clínico:**

PA 150/100mmHg

T°: 36.2°C

F.R: S.D.

Peso habitual:50 Kg.

P: 68x´

Talla :1.42 m.

#### **Antecedentes Obstétricos:**

G4 P3003

EG: 36 sem.

#### **Examen Clínico:**

PA 150/100mmHg

T°: 36.2°C

F.R: S.D.

Peso habitual:50 Kg.

P: 68x´

Talla :1.42 m.

1. Lúcido: SI Orina S.D Deposiciones S.D
2. Cabeza: Normo céfalo, conjuntivas pálidas
3. Cuello: cilíndrico, no adenopatías.

4. Tórax: Pulmones: BPMV en ACP Senos: Tamaño: N Tumor: ---  
Dolor: --- Signos de Gestación:
5. Abdomen: AU: 31 cm, SPP: LCD, L. Fetal: 50-60 x' C.U:  
Hipertónico
6. Columna: S/ alteraciones
7. Miembros: ++, ROT Aumentado  
Ginecológico: TV: Cérvix: P: Posterior C: Blanda D: No I:  
No MO: Integras Pelvis: Ginecoide
8. Neurológico: sin alteraciones

#### **2.2.2. Diagnósticos presuntivos al ingreso:**

1. Gestante de 36 sem.
2. Eclampsia
3. SFA.
4. D/ DPP

#### **Informe Operatorio**

Tipo de anestesia: endovenosa

Comienzo de operación: Hora: Terminó de operación:

Operación realizada CST

#### **Diagnóstico Pre operatorio**

- Gestante de 36 sem.
- Eclampsia
- Óbito fetal

**Hallazgos:**

1. RN a término Óbito.
2. Placenta Fúndica
3. Abundante líquido libre.
4. LA Claro.
5. Sangrado 500 CC.

**Procedimiento:**

1. P. DO+A.A +CCE
2. Incisión PHANNESTEL
3. Disección por planos.
4. Histerotomía.
5. Extracción de RNV +PCC.
6. Alumbramiento.
7. Escobillonaje.
8. Revisión de hemostasias y conteo de gasas completas.
9. Cierre de pared por planos necesarios

**Diagnostico Post. Operatorio:** Ídem +HELLP

**2.2.3. Plan de trabajo:**

Se Hospitaliza

**Atención en Emergencia: 23-04-2017 Hora: 20:55**

FCF: 00 Óbito fetal

**Indicaciones:**

- Reposo
- CFV c/15´
- NPO
- Na Cl 0.9% x 1L – Pasar 1L a chorro; luego 60 gts x´
- Na Cl 0.9% x 1L + SO4Mg 20% 5 Amp. 30gts x´
- Gluconato de calcio 10% EV lento PRN a intoxicación con SO4Mg.
- SO4Mg 20% EV lento PRN a convulsiones.
- Ranitidina 50 mg EV stat.
- Dexametasona 4 mg EV stat.
- Metroclorpramida 10 mg EV stat.
- Preparar CST emergencia al estabilizar.
- Furosemida 02 amp EV, hidratación
- Hma completo, perfil hepático, úrea, creatinina y perfil de coagulación.

**Orden****Indicaciones****23-04-2017**

1. Reposo

**22:20:**

2. CFV + CS c/15´ x 2h, luego c/6h

3. NPO

4. NaCl 0.9% x 1L a chorro

5. NaCl 0.9% x 1L + SO4Mg 20% 5 amp a 20 gts x´

6. NaCl 0.9% x 1L + Oxitocina 20 UI + Metamizol 3

g+ Tramadol 100 mg a 30 gts x´



7. Gluconato de calcio 10% EV lento PRN a intoxicación SO<sub>4</sub>Mg
8. Nifedipino 10 mg VO PRN PA  $\geq$  160/100
9. Cefazolina 1 g EV c/8h
10. Ranitidina 50 mg EV c/8h
11. Hidrocortisona 250 mg EV stat
12. BHE
13. Sonda Foley permeable
14. Hma completo, perfil hepático en 6h

### **Evolución Médica**

<p>Hora y fecha</p> <p><b>24-04-2017</b></p> <p><b>1:25 am</b></p> <p>PA: 150/100</p> <p>P: 108 x´</p> <p>SO<sub>2</sub>: 90%</p> <p>Diuresis:100cc</p> <p>En 2 hrs.</p>	<p>Paciente presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas.</p> <p>Se procede a administrar Diazepam 10 mg EV y se comunica a anestesiólogo de turno para reevaluación por haber pérdida de conciencia e irritabilidad hemodinámica.</p> <p>Posibilidad de intubación.</p> <p>Indicación</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na Cl 0.9% x 3hrs. (a chorro)</li> <li>2. Diazepam 10 mgr EV stat</li> </ol>
--	--

### **Evolución Médica por Anestesiólogo**

<p>Hora y fecha</p> <p><b>24-04-2017</b></p> <p><b>2: 00 am</b></p> <p>Glasgow 8</p>	<p>Se Acude al llamado de ginecólogo de turno y se reporta paciente con convulsiones tónicas clónicas hace 30 mins+/-</p> <p>Se procede a intubación orotraqueal bajo sedoanalgesia con TE N° 6.5, intubación limpia con buen pasaje de MV en ACP.</p>
--	--



7:20 am. Hemodinámicamente estable. 8:30 a.m. paciente presenta paro cardiorrespiratorio por segunda vez, equipo médico realiza maniobras de reanimación sin resultado. 8:50 a.m. paciente no presenta signos de vida.

#### **2.2.4. Autopsia Verbal**

##### **19-05-2017 (11:28 h) Domicilio:**

Se reunieron abuela paterna y tía de la fallecida, conjuntamente con Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de Hospital Leoncio Prado. Esposo se encuentra en Chugay; Familiares refieren:

**23-04-2017:** A las 16:30 h se alistaron para ir al Culto. Sin embargo, la paciente no quiso ir porque iba a enseñar las tareas a sus hijos.

**23-04-2017:** Aprox. 19:00 hrs el hijo de 7 años comunica a la vecina que la paciente se encontraba enferma, acudiendo a su casa los vecinos. Paciente refería que tenía dolor de estómago “tipo arcadas”, vómitos y dolor de cabeza. Atribuyendo esto a un “chucaque” por lo que la vecina la limpió con huevo.

- *A las 19:30* la vecina, al ver que la paciente no mejoraba optó por llamar por celular a los familiares de la paciente que se encontraban en el culto, quienes solicitaron apoyo al pastor con su camioneta.
- *A las 19:40* llegaron a la casa de la paciente, encontrándola vomitando con sudoración y “ataques” (convulsionando). Subiéndola de inmediato a la camioneta llevándola al culto (por el Coso Taurino) para que oren por ella.

- 20:00 h llegan al culto y realizan oraciones estando la paciente dentro de la camioneta. Al observar que no hay mejora deciden llevar a la paciente hacia el Hospital Leoncio Prado.
- 20:25 h llegan a Hospital Leoncio Prado.

### **2.2.5. Diagnóstico Social**

#### ***Familia:***

La relación con la pareja fue una relación estable, pero esposo se encontraba laborando en Pataz.; El embarazo fue planificado; tiempo de convivencia = 13 años. La familia refiere que la atención en el hospital fue mala porque creen que “la operaron mal”; Sus creencias religiosas son más fuertes que la necesidad de buscar atención en salud.

#### ***Comunidad:***

El domicilio de la gestante queda a 20 min caminando del hospital. A pesar de ello no tienen acceso a movilidad por estar ubicada en un pasaje. En la localidad donde vivía la paciente no existe ninguna red social de apoyo. En cuanto a la municipalidad no está incluido el tema de salud materna en el presupuesto participativo.

#### ***Establecimiento De Salud:***

Captación tardía de la gestante.

### **Análisis de los retrasos.**

- *1<sup>er</sup> Retraso:* Demora para el reconocimiento de signos de alarma. La paciente y sus familiares no reconocieron los signos de alarma.
- *2<sup>do</sup> Retraso:* Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud. La paciente y sus familiares no decidieron de inmediato acudir al establecimiento de salud.
- *3<sup>er</sup> Retraso:* Demora para el traslado de la paciente. La paciente y sus familiares acudieron en un primer momento a la casa del pastor.
- *4<sup>to</sup> Retraso:* Demora en la capacidad de instalar un tratamiento oportuno y adecuado, relacionado con la capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos. La atención en el hospital fue oportuna; sin embargo, al no contar con UCI y banco de sangre, no debió ser cesareada.

#### **2.2.6. Diagnóstico clínico**

1. Eclampsia
2. Síndrome de HELLP
3. Puérpera inmediata post CST

#### ***Diagnóstico de causalidad***

Hubo Demora en el 1<sup>er</sup>, 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> Retraso; Al no identificar oportunamente signos de alarma y no llevarla de inmediato a los servicios de salud.

Hubo demora en el 4<sup>to</sup> Retraso: Al decidir realizar cesárea sin contar con UCI y banco de sangre.

### 2.3. Discusión

Gestante tiene como diagnóstico ITU antes del evento convulsivo, no recibiendo tratamiento hospitalario, debido a la negativa de la Hospitalización, por tal motivo se presenta el documento de Exoneración de Responsabilidad, se evidencia las demoras, 1er RETRASO: Demora para el reconocimiento de signos de alarma y la 2do RETRASO: Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud.

El plan de Parto el cual se aplica en un instrumento que forma parte de la historia clínicas, en el cual se evalúa sus condiciones sociales para poder recibir apoyo social, debido que su domicilio de la gestante queda a 20 min caminando del hospital. Pero no cuenta con acceso a movilidad por estar ubicada en un pasaje. Además de no existir ninguna red social de apoyo.

Se Aplicó Na Cl 0.9% x 1L – Pasar 1L a chorro; luego 60 gts x´ y Na Cl 0.9% x 1L + SO4Mg 20% 5 Amp. 30gts x´, siendo el tratamiento indicado en la Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive.

Se debió realizar el traslado a una IPRESS de mayor nivel de Atención, presentando el 4to RETRASO: Demora en la capacidad de instalar un tratamiento oportuno y adecuado, relacionado con la capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos. El no contar con la Unidad de Cuidado Críticos y banco de Sangre no pudo brindar una atención integral y oportuna.

#### **2.4. Conclusiones:**

1. La Gestante no se encuentra Cubierta en las atenciones prenatales, según lo establecido en la Norma Técnica de Atención Prenatales.
2. La Gestante y su Familia no reconoce oportunamente los signos de peligro del embarazo.
3. La visita Domiciliaria, el Radar Obstétrico, y la conformación de SIVICOS son estrategias que se deben mantener actualizadas en las IPRESS de Primer de Atención para poder realizar el seguimiento y visitas domiciliarias oportuno, que permita verificar la periodicidad del APN y la asistencia oportuna por emergencia y así evitar la mortalidad materna.
4. Se acude tardíamente al establecimiento de salud, siendo esta una de las causas de muerte materna por no recibir oportunamente el síndrome HELLP.
5. Se observó una demora en la referencia a otro nosocomio de mayor capacidad resolutive para mitigar el síndrome HELLP.
6. Las creencias religiosas influyen en el traslado y aplicación de indicaciones que se deben realizar oportunamente a la paciente.

## **2.5. Recomendaciones**

1. Ejecutar el protocolo establecido, correspondiente al caso presentado, según estipula las Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas, con el fin de disminuir las muertes maternas.
2. Realizar capacitaciones periódicas en emergencias obstétricas, al profesional de salud acerca del manejo clínico, enfatizando que las guías clínicas describen el manejo que debe realizarse en las diferentes patologías que se presenten, en los diversos niveles de capacidad resolutive.
3. Realizar capacitaciones periódicas al personal de salud, acerca del flujograma que debe seguir el personal hospitalario, para que pueda referir a las pacientes oportunamente en una emergencia obstétrica, adecuadamente y sobre todo calidad a los servicios de con alta capacidad resolutive.
4. El equipo multidisciplinario debe trabajar activamente en la mejora de la atención prenatal reenfocada, para detectar oportunamente signos de alarma y factores de riesgo que amenacen la integridad de la madre y el niño.
5. Establecer el flujo de comunicación en el servicio de referencia y contrarreferencia.
6. Elaborar e implementar planes comunicacionales sobre signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio.
7. Trabajar con Gestión de Territorio para contar con redes sociales de apoyo.
8. Toda paciente con Eclampsia, síndrome HELLP o ambos, deben ser estabilizados Hemodinámicamente y referida inmediatamente a Hospital Belén Trujillo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO VOLUMEN 27 - SE 26. [Online].; 2018. Disponible en:  
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/26.pdf>.
2. Valdés Yong, Hernández Núñez. Factores de riesgo para preeclampsia. Revista Cubana de Medicina Militar. 2014; 43(3): p. :307-316.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú VOLUMEN 26 SE 52-2017. [Online].; 2017. Disponible en:  
[http://www.dg Naciones Unidas. Bienvenido a las Naciones Unidas. Son su mundo. \[Online\].; 2018. Disponible en:  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/.e.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/52.pdf>.](http://www.dg Naciones Unidas. Bienvenido a las Naciones Unidas. Son su mundo. [Online].; 2018. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/.e.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/52.pdf)
- Salazar Escalante, DC., Negreros Castillo, A., Díaz Cervera, I., Garrido Hadad EM. Morbimortalidad materna del síndrome de HELLP en Yucatán. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2013;19(2):45-49  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2013/ti052a.pdf>
4. E. Curiel-Balsera E., Prieto-Palomino MA, Muñoz-Bono J., Ruiz de Elvira M.J., Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbilidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica.

5. Rev Med Intensiva. 2013;35(8):478---  
483.<http://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569111001525>
6. Beltrán C.M., Pérez-Jorge P.J., Martínez M.C. Complicaciones posparto del síndrome HELLP: diagnóstico post mórtem. Cuad. med. forense [Internet]. 2013 Dic [citado 2019 Jul 23]; 19(3-4): 123-126. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062013000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062013000200010&lng=es).
7. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062013000200010>
8. Cárdenas Reynoso Aida, Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre 2015. Tesis para obtener Licenciatura. Universidad Norbert Wiener.
9. The Preeclampsia Foundation.  
<https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/sindrome-hellp>
10. Bracamonte-Peniche, Jimena & López-Bolio, Vanesa & Mendicuti-Carrillo, María & Ponce-Puerto, José & Sanabraís-López, María & Méndez, Nina. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Revista Biomédica. 29. 10.32776/revbiomed. v29i2.612.
- Lacunza Paredes R. Diagnóstico de preeclampsia: antiangiogénesis, el nuevo estándar. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017; 63(4).