

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad en Alto Riesgo
Obstétrico



PREECLAMPSIA SEVERA - SÍNDROME HELLP

Trabajo Académico

presentado por la Obstetra:

Chirinos Cayllahua

Benedicta Luz

Para optar el Título de
Segunda Especialidad en:

Alto Riesgo Obstétrico

Asesora: Dra. Oviedo Tejada,
Verónica Florencia

Arequipa – Perú

2021



Universidad Católica
de Santa María

(5154)382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

AREQUIPA - PERU

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 28 de mayo del 2021

INFORME DE DICTAMEN DE TRABAJO ACADEMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

- A : DRA. JANNET ESCOBEDO VARGAS
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
- DE : Mgter. Lourdes Arencio Heredia
Mgter. Victoria Sotomayor Martínez
Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Dictaminadores de Trabajo Académico de Segunda Especialidad

TITULO DEL TRABAJO ACADEMICO:

"Preeclampsia Severa – Síndrome Hellp"

PRESENTADO POR:

Licenciada: Benedicta Luz, Chirinos Cayllahua

Para optar el título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico.
Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado
TRABAJO ACADÉMICO, se da DICTAMEN FAVORABLE.

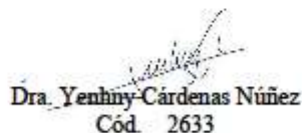
Atentamente.



Mgter. Lourdes Arencio Heredia
Cód. 0790



Mgter. Victoria Sotomayor Martínez
Cód. 1550



Dra. Yenhny-Cárdenas Núñez
Cód. 2633



DEDICATORIA

“A mi familia, especialmente a mis nietas Ariana y Luciana para expresarles que la edad siempre es joven; pero exige esfuerzo, gracias por su amor infinito, que me ha permitido poder cumplir hoy una meta profesional más”



EPÍGRAFE

Ocuparse de sus semejantes con bondad, modestia, compasión y moderación, es nuestra primordial ocupación.

Alí Ben Raban (s. X)

RESUMEN

OBJETIVO: Realizar la revisión del caso clínico de la paciente con los diagnósticos de Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP (*H Hemolysis E Elevated L Liver enzymes L Low P Platelets count*) con el fin de analizar los antecedentes de la paciente, describir los signos y síntomas asociados a las patologías de diagnóstico, que permitieron brindar un tratamiento adecuado que aseguró el bienestar materno y fetal.

El caso clínico inicia el 14 de abril del 2021, paciente de 37 años, segundigesta primípara, gestación de 25 semanas 4 días, con antecedente de Preeclampsia Severa en su primer embarazo que presenta dolor en zona escapular que se irradia a hipocondrio derecho, acude al Hospital III EsSalud de la ciudad de Puno, donde es evaluada y se le indica control de Presión Arterial interdiario, exámenes de laboratorio (hemograma, glucosa, creatinina, TGO, TGP, DHL, BT, BI, BD, sedimento urinario) y control por consultorio en 7 días.

El 20 de abril asiste por consultorio, refiriendo dolor opresivo en pecho, es evaluada y se le diagnostica Preeclampsia Severa, es hospitalizada y se inicia, tratamiento de ataque, con Sulfato de magnesio 2 amp. en 80cc. de CINA 9%, según Guías de Práctica Clínicas Basadas en Evidencias de EsSalud, posteriormente es referida al HNCASE (Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo). Ingresa por emergencia del HNCASE con los diagnósticos de Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP, se indica tratamiento de mantenimiento, con Sulfato de magnesio 10 amp. en 900cc. de CINA 9% a 1gr/hora, analítica (hemograma, glucosa, creatinina, TGO, TGP, DHL, BT, BI, BD, sedimento urinario), se decide cesárea segmentaria. Durante el post operatorio se va normalizando, las signos vitales, y los niveles de laboratorio (Leucocitos: 27,000/mm³, Hemoglobina: 13.1g/dl, Plaquetas: 222,000/mm³ TGP: 32 U/L, TGO: 22.6 U/L, LDH: 326 U/L, BT: 0.215 mg/dl, BD: 0.081 mg/dl BI: 0.134 mg/dl TPT: 34 s Creatinina: 0.63 mg/dl), indiscutiblemente es una de las patologías de mayor riesgo de mortalidad.

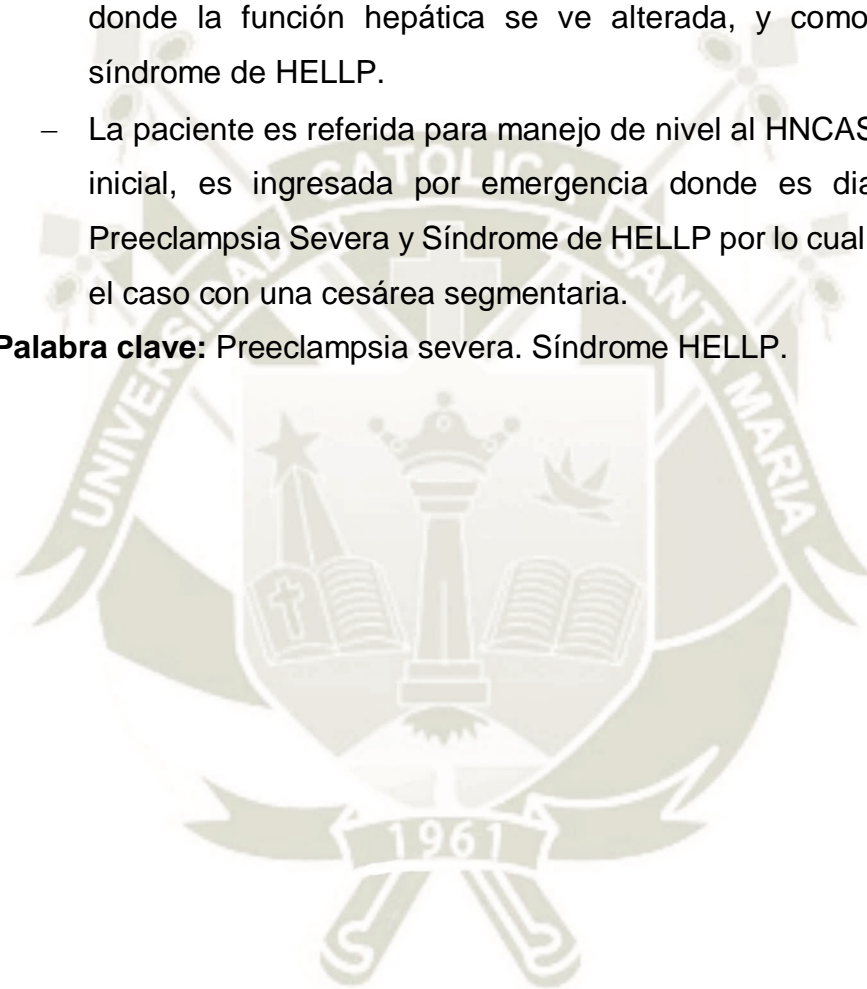
CONCLUSIONES:

- La paciente tuvo el antecedente de Preeclampsia Severa, en el primer

embarazo, no asiste en el primer trimestre a su control prenatal debido a la poca accesibilidad a los servicios de salud materna por la emergencia sanitaria que atravesamos con la pandemia, hay falta de información, en la paciente, sobre el riesgo que implica haber tenido este antecedente.

- El síntoma que presenta, dolor en hipocondrio derecho es muy importante, conlleva a una complicación de riesgo a la gestante, a nivel hepático, donde la función hepática se ve alterada, y como consecuencia el síndrome de HELLP.
- La paciente es referida para manejo de nivel al HNCASE con tratamiento inicial, es ingresada por emergencia donde es diagnosticada como Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP por lo cual se decide resolver el caso con una cesárea segmentaria.

Palabra clave: Preeclampsia severa. Síndrome HELLP.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To review the clinical case of the patient with the diagnoses of Severe Preeclampsia and HELLP Syndrome (H Hemolysis E Elevated L Liver enzymes L Low P Platelets count) in order to analyze the patient's history, describe the signs and symptoms associated with diagnostic pathologies, which allowed adequate treatment to be provided that ensured maternal and fetal well-being.

The clinical case begins on April 14, 2021, a 37-year-old patient, second primiparous pregnancy, gestation of 25 weeks 4 days, with a history of Severe Preeclampsia in her first pregnancy who presents pain in the scapular area that radiates to the right hypochondrium, goes to the Hospital III EsSalud of the city of Puno, where inter-day Blood Pressure control, laboratory tests (hemogram, glucose, creatinine, TGO, TGP, DHL, BT, BI, BD, urinary sediment) and control by office in 7 days.

On April 20, she attended the office, referring oppressive chest pain, was evaluated and diagnosed Severe Preeclampsia, was hospitalized and started, attack treatment, with magnesium sulfate 2 amp. in 80cc. of CNa 9%, according to EsSalud Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, later it is referred to the HNCASE (Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital). He was admitted to the HNCASE by emergency with the diagnoses of Severe Preeclampsia and HELLP Syndrome, maintenance treatment is indicated, with magnesium sulfate 10 amp. in 900cc. of CNa 9% at 1gr / hour, analytical (hemogram, glucose, creatinine, TGO, TGP, DHL, BT, BI, BD, urinary sediment), segmental cesarean section was decided. During the postoperative period, vital signs and laboratory levels normalize (Leukocytes: 27,000 / mm³, Hemoglobin: 13.1g / dl, Platelets: 222,000 / mm³ TGP: 32 U / L, TGO: 22.6 U / L, LDH: 326 U / L, BT: 0.215 mg / dl, BD: 0.081 mg / dl BI: 0.134 mg / dl TPT: 34 s Creatinine: 0.63 mg / dl), it is indisputably one of the pathologies with the highest risk of mortality.

CONCLUSIONS:

- The patient had a history of Severe Preeclampsia, in the first pregnancy, she does not attend her prenatal check-up in the first trimester due to poor accessibility to maternal health services due to the health emergency that we went through with the pandemic, there is a lack of information , in the patient, about the risk implied by having had this antecedent.
- The symptom that it presents, pain in the right upper quadrant is very important, it leads to a risk complication to the pregnant woman, at the liver level, where liver function is altered, and as a consequence the HELLP syndrome.
- The patient is referred for level management to the HNCASE with initial treatment, she is admitted by emergency where she is diagnosed as Severe Preeclampsia and HELLP Syndrome, for which it is decided to resolve the case with a segmental cesarean section.

Key word: Severe preeclampsia. HELLP syndrome.



INTRODUCCIÓN

La preeclampsia severa es un tipo de enfermedad hipertensiva que tiene gran importancia a nivel mundial y en nuestro país debido a que tiene graves consecuencias tanto en la madre, el feto y el recién nacido. Es una enfermedad que progresa muchas veces de forma irreversible, afectando diversos órganos y es la causa directa de muertes maternas y perinatales (1).

En cuanto al Síndrome de HELLP podemos decir que es el trastorno hipertensivo más grave con una mortalidad parecida a la de la preeclampsia/eclampsia. Es la descripción de varias entidades: trombocitopenia, elevación de enzimas y hemólisis. Es una complicación que suele ocurrir en gestantes con preeclampsia severa, pero algunos autores no encuentran esta relación y mencionan que se puede presentar incluso en pacientes normotensas (1).

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera: Capítulo I, revisión del Marco Conceptual. Capítulo II Marco Metodológico, donde se plasmará la Historia Clínica. Capítulo III que comprende la discusión del caso clínico, las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I.....	1
MARCO CONCEPTUAL	1
1. PREECLAMPSIA SEVERA.....	1
1.1 Definición.....	1
1.2 Características.....	1
1.3 Criterios de preeclampsia con signos de severidad	1
1.4 Etiología.....	2
1.5 Complicaciones.....	2
1.6 Manejo de la preeclampsia severa.....	2
1.7 Indicaciones para finalizar el embarazo	3
2. SINDROME HELLP.....	4
2.1 Definición.....	4
2.2 Características.....	4
2.3 Etiopatogenia.....	4
2.4 Manifestaciones clínicas.....	5
2.5 Clasificación	5
2.6 Diagnóstico	6
2.7 Tratamiento y manejo del Síndrome de HELLP	6
CAPITULO II.....	7
MARCO METODOLÓGICO.....	7
CAPITULO III.....	34
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

1. PREECLAMPSIA SEVERA

1.1 Definición

Es un síndrome que se caracteriza porque aparece presión arterial elevada con presencia de proteinuria. Inicia luego de las 20 semanas de embarazo en una mujer con niveles normales de presión, no continúa luego de las dos semanas después del parto (1).

1.2 Características

- Presión arterial mayor a 160/110 mm Hg, en dos tomas con 4 horas de diferencia.
- Proteínas en orina de 5 g en 24 horas
- Edema masivo en cara, extremidades y abdomen.
- Ascitis, incluso anasarca.
- Signos y síntomas de severidad: trastornos cerebro-visuales, dolor en hipocondrio derecho, cianosis e hiperreflexia.
- Resultados de laboratorio: plaquetas menores a cien mil por mm³. Incremento de las transaminasas. Oliguria.
- Edema pulmonar.
- Insuficiencia renal aguda (1).

1.3 Criterios de preeclampsia con signos de severidad

- Presión arterial sistólica mayor a 160 mm Hg o diastólica mayor a 110 mm Hg La toma debe ser en dos oportunidades con 4 horas de diferencia entre ellas.
- Trombocitopenia: número de plaquetas menor a cien mil por mm³
- Disfunción hepática: valor de las transaminasas en más del doble de su valor normal.

- Distensión de la cápsula de Glisson que se manifiesta con un dolor permanente en epigastrio, náuseas o vómitos.
- Insuficiencia renal: creatinina sérica con un valor mayor a 1.1 mg/dl.
- Edema pulmonar (2).

1.4 Etiología

Se desconoce su causa, pero hay diversos mecanismos que pretenden explicarla. La preeclampsia no es solo una enfermedad sino un conjunto de factores maternos, placentarios y fetales.

Actualmente los mecanismos más importantes son:

- Al implantarse la placenta se produce una invasión anormal de las arterias uterinas por trofoblasto.
- Problemas inmunológicos que no permiten una adaptación entre los tejidos maternos, paternos la placenta y el feto.
- Inadecuada adaptación a los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema cardiovascular.
- La genética, puede existir una predisposición y herencia (2).

1.5 Complicaciones

- Maternas: edema pulmonar, insuficiencia hepática y renal, enfermedad cerebro vascular, coagulación intravascular diseminada, problemas respiratorios y crisis convulsivas.
- Fetales: prematuridad, alteración del bienestar fetal y retardo del crecimiento intrauterino.
- Neonatales: hiperbilirrubinemia, infecciones, hipocalcemia, hipoglucemia (3).

1.6 Manejo de la preeclampsia severa

El manejo debe ser efectivo, multidisciplinario y oportuno.

- Evaluar el bienestar materno: de la función renal (urea, creatinina y ácido úrico). Hematológica y bioquímica (conteo de plaquetas). Función hepática (transaminasas y lactato deshidrogenasa).

- Evaluar el bienestar fetal: monitoreo fetal electrónico (test estresante y no estresante), perfil biofísico y estudio Doppler de las arterias umbilical y uterina. Valorar el grado de madurez pulmonar fetal (3).
- Hospitalización inmediata para poder realizar un manejo adecuado que permita controlar la presión arterial, prevenir la aparición de convulsiones, mejorar el volumen intravascular, permitir que la oxigenación arterial sea adecuada y realizar todas las acciones para prevenir complicaciones.
- El tratamiento final de la preeclampsia es interrumpir la gestación, tomando en cuenta la condición de la madre independientemente de su edad gestacional y el bienestar fetal.

Si es una gestación de 34 semanas a más o la madurez fetal está asegurada se debe concluir el embarazo lo más pronto posible por cesárea o vía vaginal (4).

Si son gestaciones de menos de 34 semanas donde no haya descompensación materna o fetal se debe iniciar la administración de corticoides para madurar el pulmón fetal con 12 mg IM de betametasona cada 24 horas en 2 dosis o 6 mg de dexametasona IM cada 12 horas en 4 dosis.

Se puede optar por una conducta expectante para lograr la maduración fetal y mejorar el pronóstico del feto, pero previa evaluación materna de la función hepática, hematológica y renal.

1.7 Indicaciones para finalizar el embarazo

- Indicaciones maternas: presión arterial elevada que persiste a pesar del tratamiento, plaquetas por debajo de cien mil o es progresiva, deterioro progresivo de la función hepática y renal, eclampsia, oliguria, rotura hepática, cefalea persistente, epigastralgia persistente, desprendimiento prematuro de placenta y alteraciones en la visión.
- Indicaciones fetales: resultado de monitoreo fetal patológico, perfil biofísico con menos de 4, severa restricción del crecimiento del feto, oligohidramnios y Doppler de la arteria umbilical con presencia de diástole ausente o revertida (4).

2. SINDROME HELLP

2.1 Definición

Se describió por primera vez en 1954 por Pritchard pero el término lo acuñó en 1982 Weinstein.

Se trata de una complicación del embarazo que afecta múltiples sistemas que se caracteriza por presencia de hemólisis, incremento de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas. Tiene un alto riesgo de morbilidad materna y perinatal sobre todo por las complicaciones renales y hepáticas, su mortalidad es de cerca del 25% (5).

2.2 Características

- Hemólisis: es la principal característica y se comprueba porque en el frotis de sangre periférica se observa cambios morfológicos en el glóbulo rojo, hay incremento de la deshidrogenasa láctica sérica y de las bilirrubinas totales, la hemoglobina y el hematocrito disminuyen.
- Elevación de enzimas hepáticas: de la deshidrogenasa láctica sérica, de la alanina transferasa y de la Aspartato transaminasa.
- Plaquetas disminuidas: conteo de plaquetas menor a cincuenta mil en el HELLP clase-tipo I, entre 50 y 100 mil en el de tipo II y entre 100 mil y menor a 150 mil en el tipo III. En general algunos autores sugieren que el conteo debe ser menor a cien mil plaquetas para considerar como Síndrome HELLP (5).

2.3 Etiopatogenia

Se han descrito muchos mecanismos patológicos para su aparición, pero aún la etiología no está totalmente clara. El principal mecanismo descrito que lo explica es la invasión trofoblástica anormal. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas (6).

2.4 Manifestaciones clínicas

Son iguales a las de la preeclampsia, pero en el 2011 Sibai encontró que un 20% de las pacientes no tenían hipertensión, entonces no se puede excluir el diagnóstico de Síndrome HELLP en pacientes normotensas.

Los signos y síntomas se relacionan con el impacto del vasoespasmo en el hígado de la madre. La mayor parte de las pacientes van a presentar compromiso hepático que se traduce en los siguientes signos y síntomas: ictericia, náuseas, vómitos y epigastralgia. También puede aparecer dolor en hombro derecho, cefalea, sangrado mucocutáneo, trastornos visuales, malestar general. Al realizar el examen físico se encuentra edema periférico y dolor leve en el cuadrante superior derecho. Es usual la presencia de presión alta y proteinuria. A nivel del hígado hay anomalías como necrosis focal parenquimatosa con deposición hialina, fibrina microtrombos, hemorragia periportal y esteatosis. Por el riesgo de hemorragia está contraindicada la biopsia hepática (7).

2.5 Clasificación

Sirve para la identificación de pacientes con mayor riesgo de morbilidad, permite guiar el tratamiento y evaluar si los resultados son eficaces.

Clasificación de Tennessee:

- HELLP completo o verdadero. Si reúne los siguientes criterios: trombocitopenia moderada a severa, transaminasas elevadas, hemólisis, enzimas hepáticas y bilirrubinas elevadas.
- HELLP parcial o incompleto. Si solo están presentes algunos de los parámetros antes indicados.

Sistema Mississippi: se basa en el conteo de plaquetas (8).

- Clase I: trombocitopenia severa con plaquetas en menos de 50 mil, disfunción hepática y hemólisis.
- Clase II: criterios similares a la clase anterior, pero con una moderada trombocitopenia, plaquetas entre 50 mil y cien mil.
- Clase III: trombocitopenia y disfunción hepática leve, presencia de hemólisis y no hay cambio en las bilirrubinas.

2.6 Diagnóstico

Se debe sospechar de Síndrome de HELLP en pacientes que cursen el tercer trimestre de embarazo o en el puerperio y tengan signos y síntomas de preeclampsia/eclampsia, por lo cual se solicitarán los siguientes exámenes de laboratorio:

- Frotis de sangre periférica.
- Estudios de coagulación.
- Hemograma con conteo plaquetario.
- Cuantificación de enzimas hepáticas: AST, creatinina, glucosa, bilirrubina y DHL (9).

2.7 Tratamiento y manejo del Síndrome de HELLP

La finalidad del tratamiento es que disminuyan los eventos adversos principalmente los que afecten el sistema nervioso central (10).

El manejo consistirá en:

- Dosar plaquetas, DHL, TGO, TGP, perfil de coagulación.
- Hidratación: NaCl 9‰ 300 – 500 cc en 20 min, regular goteo.
- Prevención de convulsiones con Sulfato de Magnesio.
- Manejo de la hipertensión severa con el uso de medicamentos.
- Dexametasona 10 mg EV. cada 12 horas.
- Sonda Foley.
- Tomografía computarizada, ecografía abdominal: evaluación del hematoma subcapsular.
- Evaluación del bienestar fetal: monitoreo fetal, perfil biofísico, ecografía para descartar un retardo del crecimiento.
- Culminar el embarazo dependiendo del tiempo de embarazo: 34 a más semanas se culmina el embarazo inmediatamente, menos de 34 semanas iniciar tratamiento con corticoides y a las 48 horas culminar el embarazo (10).

CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO

2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

I. ANAMNESIS

1.1 FILIACIÓN

- a. Nombre : M.F.E.
- b. Edad : 37 años
- c. Cama : 210C
- d. Seguro : Titular
- e. DNI : 44298069
- f. Fecha de nacimiento : Puno
- g. Lugar de nacimiento : Puno
- h. Lugar de procedencia : Puno
- i. Domicilio : Prolongación Chejoña M: A L: 5
- j. Grado de Instrucción : Superior Universitaria completa
- k. Raza : Mestiza
- l. Sexo : Femenino
- m. Estado Civil : Casada
- n. Religión : Católica
- o. Idioma : Castellano
- p. Ocupación actual : Trabajadora Social
- q. Pareja : W.Ñ.S. de 37 años
- r. Ocupación de la pareja : Técnico instalador de telecomunicaciones
- s. Persona responsable : W.Ñ.S.
- t. Fecha de ingreso : 20/04//2021
- u. Forma de ingreso : Referencia de Puno
- v. Tipo de anamnesis : Directa
- w. Nro. de historia clínica : 964427
- x. Historia Clínica elaborada por: Benedicta Luz Chirinos Cayllahua
- y. Fecha de elaboración : 26/04/2021

1.2 ENFERMEDAD ACTUAL

- a. Fecha : 26/04/2021 Hora: 09:00
- b. Tiempo de enfermedad: 06 día
- c. Síntoma principal: Leve dolor en región operatoria
- d. Historia de la enfermedad: Paciente refiere que hace 06 días acude a Consultorio externo del Hospital III Puno para su control prenatal, donde le encuentran presión arterial elevada, es hospitalizada y es referida al HNCASE, realizándosele Cesárea Segmentaria de urgencia

Funciones Biológicas

- a. Apetito: aumentado
- b. Sed: normal
- c. Sueño: conservado
- d. Micción: claras normales
- e. Deposiciones: normales

1.3 ANTECEDENTES PERSONALES:

a) Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo: normal
- Nacida de parto: eutócico
- Atención: domiciliaria
- Lugar: Puno
- Lactancia materna / tiempo: 1 año
- Vacunas: completas
- Dentición: normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: normal
- Inicio de marcha: aprox. 1 año y medio

b) Antecedentes patológicos

- Enfermedades eruptivas de la infancia: ninguna
- Enfermedades de la adolescencia: ninguna
- Enfermedades de la adultez: litiasis vesicular
- Patología de la cadera: ninguna

- Intervenciones Quirúrgicas: Colelap 2014
- Accidentes o traumatismos: ninguno
- Hospitalizaciones: en 02 oportunidades
- Transfusiones sanguíneas: no
- Alergias a medicamentos: a Nifedipino
- Alergias a alimentos: no

c) Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Menarquia: 10 años
- Régimen Catamenial: 05/30
- Cantidad: 4 a 5 toallas por día
- Dismenorrea: no
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años
- Nro. de parejas sexuales: 04
- FUM: 17/10/2020
- Dispareunia: no
- Flujo genital: no
- Prurito vulvar: no
- Infecciones ginecológicas: no
- I.T.S.: no
- Uso de MAC: no
- PAP: 2019 negativo
- Examen de mamas: se realiza autoexamen de mamas
- Tratamiento de infertilidad: no
- Fórmula Obstétrica: G2 P0202
- Nro. De gestaciones: 02
- Nro. De partos a término: 0
- Nro. De partos prematuros: 02
- Nro. De abortos: 0
- Nro. De hijos vivos: 02
- Nro. De hijos fallecidos: 0

- Operaciones gineco-obstétricas:

FECHA	PARTO	EDAD GEST.	ATENCIÓN	PATOLOGÍA	PESO	VIVO
2011	Cesárea	36	Hospitalaria	Prematuro tardío	2500 g	si
2021	Cesárea	26	Hospitalaria	Prematuro inmaduro extremo	580 g	si

1.4 ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre: ninguno
- Madre: hipertensión arterial, litiasis renal
- Hermano/a: ninguno
- Pareja: ninguno
- Hijo/s: no

1.5 ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Enfermedades de padres y hermanos

- Sífilis: niega
- Diabetes: niega
- Taras nerviosas y mentales no
- Malformaciones congénitas: no
- Enfermedades y causa de fallecimiento: no

1.6 ANTECEDENTES DEL ESPOSO

- Enfermedades venéreas: no
- Antecedentes en su familia de partos múltiples: no
- Malformaciones congénitas en su familia: no

1.7 ANTECEDENTES COSMICO AMBIENTALES:

- Vivienda: Propia
- Zona: Rural

- Material: Noble
- Nro. de habitaciones: 02
- Nro. de habitantes: 03
- Saneamiento: agua y desagüe
- Eliminación de basura: Carro recolector de basura
- Residencias anteriores: no
- Armonía en la familia: si
- Ambiente laboral: tranquilo
- Crianza de animales: perro y gato

1.8 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

- Ocupación del jefe de la familia: Técnico instalador de telecomunicaciones
- Nivel educacional: superior universitario incompleto
- Nro. de personas dependientes: una
- Ingreso familiar mensual: 5,500 soles
- Persona responsable de sustento familiar: ambos

1.9 ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

- Situación familiar: buena
- Situación personal: buena
- Vida afectiva: tranquila
- Horas de sueño: 7- 8 horas

1.10 HABITOS Y COSTUMBRES

- Fuma: no
- Ingiere bebidas alcohólicas: no
- Consume drogas: no
- Bebe gaseosas: de vez en cuando
- Bebe té: si ocasionalmente
- Bebe café: si una vez por mes

- Nro. De veces al día que se alimenta: 3 veces
- Tipo de alimentación: normosódica, carbohidratos, proteínas, ingesta baja de ensaladas, frutas de 1 a 2 veces por día.

II EMBARAZO ACTUAL:

- a. Fórmula obstétrica: G2P0202
- b. Fecha de la última menstruación: 17/10/2020
- c. Fecha probable de parto: 24/07/2021
- d. Nro. de controles prenatales: 04
- e. Inicio de control prenatal: 14 semanas
- f. Lugar de controles prenatales: Hospital III Puno EsSalud.
- g. Examen de mamas: si
- h. Examen de Papanicolaou: no
- i. Evaluación nutricional**
 - Peso previo: 70 kg
 - Talla: 1.55 m
 - IMC: 29 Sobrepeso
 - Peso actual: 77.500 kg
 - Ganancia de peso: 7.500 kg
 - Actividad sexual: si
 - Gestación planificada: si
 - Estimulación prenatal: no
 - Psicoprofilaxis Obstétrica: no
- j. Molestias durante el embarazo**
 - Antecedentes del primer trimestre: ninguna
 - Antecedentes del segundo trimestre: ninguna
 - Administración profiláctica de sulfato ferroso: Si
 - Trabaja haciendo esfuerzo físico: no, trabajo remoto
 - Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones, radiación solar: no
 - Tamizaje de VIH/SIDA: negativo
 - Tamizaje de violencia familiar: no

- k. Consejería recibida: si
 - Nutricionales: no
 - Métodos anticonceptivos: si
 - VIH/SIDA: no
 - Violencia familiar: no
 - Signos de alarma: si
- l. Visita domiciliaria: no
- m. Vacunación antitetánica: no
- n. Examen odontológico: no
- o. Exámenes auxiliares: si el 05/01/2021
 - Grupo sanguíneo: O Rh: positivo
 - Hb: 16 mg/dl
 - Glucosa: normal
 - VDRL: negativo
 - Prueba rápida de VIH: No reactiva
 - Examen de orina: negativoPrimera ecografía: 16/01/2021 =14 semanas

EXAMEN CLINICO

Signos vitales:

Presión Arterial: 130/80 mm Hg. Pulso: 88x´ Temperatura Corporal: 36.6 °C
Respiración: 18 x´ SO2: 96%

Antropometría:

Peso: 77.750 kg Talla: 1.55 m IMC: 32

EXAMEN CLINICO GENERAL

ABEG, ABEH, ABEN,

Conciencia: LOTEPE

PIEL: color trigueño, turgor y elasticidad conservada, signo de pliegue negativo

CABEZA: Normocéfala, **CABELLO:** color negro, implantación adecuada uñas: color rosado, **TCSC:** regular

OJOS: parpados móviles, mucosas palpebrales húmedas, conjuntivas rosadas, escleróticas anictéricas, pupilas isocóricas, agudeza visual conservada.

NARIZ: conformación adecuada, tabique central, no secreciones.

OIDOS: implantación simétrica Pabellones: CAE permeable, no secreciones

BOCA: LABIOS rosados móviles, MUCOSAS húmedas PIEZAS DENTARIAS:
en buen estado de conservación OROFARINGE no congestiva

CUELLO: central no adenopatías, tiroides no palpable

APARATO RESPIRATORIO: TORAX: Móvil simétrico, amplexación conservada

APARATO CARDIOVASCULAR: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

EXAMEN PREFERENCIAL

Mamas: INSPECCION: mamas simétricas, turgentes, pezones hiperpigmentados

ABDOMEN: con cicatriz infraumbilical blando, depresible, ruidos hidroaereos normales,

PALPACIÓN: doloroso a la palpación profunda, involución uterina de AU: 18 cm

Genitales externos de nulípara: con presencia de loquios serohemáticos, de características normales, no mal olor

Extremidades superiores: simétricas móviles, no edemas

Extremidades Inferiores: simétricas móviles, no edemas, ROT conservados

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Puerperio mediato
- Post operatorio en 5to día por Cesárea segmentaria
- Preeclampsia Severa
- Síndrome de HELLP

TRATAMIENTO E INDICACIONES

- Dieta blanda
- Deambulación
- Control de signos vitales
- Control de signos de alarma (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, secreción por la herida operatoria, sangrado excesivo, mal olor).

- Baño diario
- Higiene vulvoperineal
- Cuidados de la herida operatoria
- No relaciones sexuales por 45 días
- Control por emergencia en cinco días

Paciente en condiciones de alta.

MEDICACION:

- Alfametildopa 250 mg. c/8h por cinco días
- Paracetamol 1tb c/8h por cinco días

EVOLUCIÓN CASO CLINICO

Puerperio mediato

Post operatorio en 5to día por Cesárea segmentaria

1.- SERVICIO DE EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL III PUNO ESSALUD

Fecha 14/04/2021

Paciente refiere que después de desayunar siente dolor en zona escapular derecho y que se irradia a hipocondrio derecho de inicio brusco, de moderada intensidad, por lo que acude al hospital.

Signos vitales: PA: 120/70 mm Hg. FC: 76 x' T: 36.6°C Funciones Biológicas: conservadas

FUR: 17/10/2020 FPP: 24/07/2021 FO: G2:P0101

Examen Clínico: normal

ID: Gestación de 25 semanas 4 días

Feto vivo

Indicaciones

- Control de Presión Arterial interdiario por una semana
- Exámenes de laboratorio
- Reevaluación por Centro Asistencial Inmediato (CAI) en 7 días

2.- SERVICIO DE CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL III PUNO ESSALUD

Fecha 20/04/2021

Paciente refiere que por la mañana siente dolor opresivo en pecho de inicio brusco, de moderada intensidad, por lo que acude al hospital, donde fue evaluada.

TE: 1 semana

Signos vitales: PA: 177/118 mm Hg. FC: 112 x' T: 36. 8°C

Analítica: Proteinuria cualitativa: +++

ID: Gestación de 26 semanas 3 días por FUR

Preeclampsia Severa

Indicaciones: Se hospitaliza

3.-SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA HOSPITAL III PUNO ESSALUD

Fecha 20/04/2021

Paciente refiere dolor precordial, de moderada intensidad, cefalea.

Antecedentes:

Enfermedades: no

Alergias: no

Cirugías: Cesárea segmentaria 2011, Colelap 2014

Signos vitales: PA: 150/110 mm Hg FC: 78 x' T36.6 °C R: 18 x'

Examen clínico: Abdomen doloroso

Ecografía:

Feto en posición indiferente

Ponderado Fetal 650 g <P10

ILA: adecuado

Placenta fúndica Grado: II/III

Doppler:

ACM: 1.45>P5 normal

AU: 2.50>P95 alterado

DV: 0.75 normal

Analítica: Proteinuria cualitativa: +++, plaquetas: 120,000 mm³

ID: Gestación de 26 semanas 3 días por FUR

No trabajo de parto

Preeclampsia Severa

RCIU

Indicaciones: Se hospitaliza

- CINA 9%o 1litro: 500 ml a chorro luego a XX gotas x´
- Sulfato de magnesio 2 amp. en 80cc. de CINA 9%
- Betametasona 12 mg IM c/24h
- Nifedipino 10 mg Condicional a PAD: >160/110 mm Hg (no fue administrado por que la paciente informa sobre su alergia)
- Control de PA c/30´
- Coordinar referencia a HNCASE

4.- SERVICIO DE EMERGENCIA GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL CARLOS SEGUIN ESCODEDO AREQUIPA ESSALUD

Fecha 20/04/2021 Hora: 20.33

Anamnesis:

Edad: 37 años

FUR: 17/10/2020 FPP: 24/07/2021 FO: G2:P0101

EG: gestación de 26 semanas 3 días

Alergias: a Nifedipino

Operaciones: Cesárea hace 10 años por Preeclampsia

Paciente referida de Puno llega a las 20.33 en camilla, con venoclisis dosis de ataque con Sulfato de magnesio 2 amp. en 80cc. de CINA 9%, se coloca sonda Foley permeable con bolsa colectora. Paciente refiere que el día 14 de abril después de desayunar siente dolor en zona escapular derecho, motivo por el cual acude al Servicio de Emergencia del Hospital Puno, niega otras molestias, no cefalea, no epigastralgia, no visión borrosa, no escotomas. El 20 de abril al ser hospitalizada verifican en el sistema que el día 14 de abril tenía plaquetas en 120,000/mm³, el mismo 20 de abril aproximadamente a las 11 de la mañana se vuelven a dosar las plaquetas encontrando un valor de 85,000/mm³.

EXAMEN CLINICO GENERAL

AREG, AREH, ABEN, Conciencia: LOTEP

Signos vitales: PA.:160/100 mm Hg FC: 96 x' T: 36.6 °C Funciones Biológicas:
conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL:

Abdomen: Globuloso con abundante panículo adiposo.

AU: 26 cm.

Feto: indiferente LCF: 130 x'

Tacto: no modificaciones cervicales

Ecografía: Ponderado Fetal: 870 g., ILA: adecuado

ID: Gestación de 26 semanas 3 días

Feto vivo

Cesárea anterior

Preeclampsia Severa

Plan de trabajo:

Se hospitaliza

Indicaciones

- Control Signos vitales cada hora
- Control obstétrico, (Latidos Cardíofetales, Dinámica Uterina, Movimientos Fetales)
- Exámenes de laboratorio: Hemograma, glucosa, creatinina, TGO, TGP, DHL, BT, BI, BD, sedimento urinario.
- Prueba Rápida COVID: no reactivo
- Tiene Clave azul: DHL: 545
- Continuar con Sulfato de magnesio 10 amp. en 900cc. de C1Na 9%° a 1gr/hora
- Comunicar a medico de turno

5.- SERVICIO DE HOSPITALIZACION OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL CARLOS SEGUIN ESCODEDO AREQUIPA ESSALUD

Fecha 20/04/2021 Hora: 21.10

Se realiza historia Clínica

Anamnesis:

Edad: 37 años

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 01 día

Síntoma principal: Presión arterial elevadas

Historia de la enfermedad: Paciente evaluada en Puno donde se le encuentra PA: 170/110 mm Hg, antecedente de cesárea segmentaria por preeclampsia severa hace 10 años, se coordina su referencia, paciente es evaluada en emergencia con PA: 160/110 mm Hg. Niega síntomas y signos premonitorios, percibe movimientos fetales.

Alergias: a Nifedipino

Transfusiones: no

Operaciones: Cesárea hace 10 años por Preeclampsia, Colelap 2014

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarquia: 10 años

Régimen Catamenial: 05/30

Cantidad: 4 a 5 toallas por día

Dismenorrea: no

Inicio de relaciones Sexuales: 17 años

Número de parejas sexuales: 04

Anticonceptivos: ninguno

Cesárea hace 10 años por Preeclampsia

PAP: hace 2 años no refiere resultados

FUR: 17/10/2020

FPP: 24/07/2021

G2:P0101

ID: Gestación de 26 semanas 3 días

Preeclampsia Severa

Cesareada anterior

Indicaciones

- NPO
- Control Signos vitales cada hora

- Control obstétrico
- Control de signos de alarma (sangrado, signos premonitorios)
- Sonda Foley permeable
- Control de diuresis
- Balance hidroelectrolítico
- Higiene vulvoperineal
- Vendaje de miembros inferiores
- Pendiente resultado de laboratorio
- Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos
- Interconsulta a Cardiología

MEDICACIÓN

- Sulfato de magnesio 10 amp. en 900 cc de ClNa 9% a 1g/hora
- Cefazolina 2 g EV preoperatorio

Se traslada a Unidad de Bienestar Fetal para toma de Electrocardiograma, Dinamometría, toma de Signos vitales, PA: 166/126 mm Hg FC: 100 x' T: 36.7C R: 22 x' SO2: 94%. LCF: 118x'

Se tramita Historia Clínica, se entrega Junta médica al Servicio de Neonatología Se traslada a paciente a Sala de Operaciones.

SALA DE OPERACIONES

Fecha 20/04/2021 Hora: 22.00

Dx. Preoperatorio:

- Síndrome de HELLP
- Cesárea anterior
- Gestación de 26 semanas 3 días
- Alto riesgo reproductivo

Dx. Postperatorio: el mismo

Cirugía: Cesárea segmentaria + Bloqueo tubárico bilateral

Hallazgos: Abierta cavidad abdominal, se encuentra útero gestante con segmento formado, abierta cavidad uterina, se evidencia salida de líquido amniótico verde claro sin mal olor, feto en cefálica, sexo masculino, con Apgar 6 al minuto y 8 a los cinco minutos, placenta fúndica de 15 x 15 cm de diámetro. Peso Fetal: 580 g., Sangrado Intraoperatorio: 400cc

Indicaciones

- NPO
- Control de Signos vitales cada hora
- Control de signos de alarma (sangrado, signos premonitorios)
- Sonda Foley permeable
- Control de diuresis
- Balance hidroelectrolítico
- Higiene vulvoperineal
- Control de Clave azul
- Interconsulta a Shock trauma

MEDICACIÓN

- Sulfato de magnesio 10 amp. en 900cc de ClNa 9‰ a 1g/hora
- Alfametildopa 1 g c/12h VO
- Amlodipino 10 mg c/12h VO
- Metamizol 2 g c/8h EV
- Tramadol 100 mg. SC condicional a dolor intenso
- Ranitidina 50 mg c/8h EV

6.-SERVICIO DE HOSPITALIZACION OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL CARLOS SEGUIN ESCODEDO AREQUIPA ESSALUD

Fecha 21/04/2021 Hora: 00:15

Paciente de 37 años, que llega en camilla de Sala de recuperación, en su postoperatorio inmediato de Cesárea Segmentaria, Bloqueo Tubárico Bilateral (BTB), Síndrome de HELLP, con efectos de la anestesia es trasladada a su cama, viene con ClNa 9‰ + Ocitocina 20 UI a XXX gotas x', Sulfato de magnesio 10 amp. 900cc de ClNa 9‰ a 1g/hora en bomba, con sonda Foley permeable y bolsa colectora orina 100cc de características normales

EXAMEN CLINICO GENERAL

AREG, ABEH, Conciencia: LOTEP

Signos vitales: PA: 130/100 mm Hg FC: 100 x' T: 36.6 °C R: 22 x' SO2 95%

Funciones Biológicas: conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL: conjuntivas palpebrales pálidas, mucosas orales

húmedas

Mamas: blandas

Abdomen: blando depresible, con apósito operatorio seco, doloroso a palpación con útero contraído, altura uterina: 20cm, loquios hemáticos normales, miembros inferiores con edema ++, ROT conservados

Se confecciona certificado de nacimiento.

SIGNOS VITALES POR TURNO

Fecha	21/04/2021	21/04/2021	21/04/2021	21/04/2021
Hora	00.15	02.00	04.00	06.00
PA sistólica mm Hg	130	140	132	136
PA diastólica mm Hg	100	95	86	98
Pulso x minuto	100	96	86	92
Temperatura °C	36.6	36.6	36.2	36.2
Frecuencia Resp. x'	22	22	20	20
Saturación O2 en %	94	90	92	95

FUENTE: Historia Clínica

BALANCE HIDRICO Fecha: 21/04/2021

Hora	02.00	03.00	04.00	05.00	06.00	07.00	TOTAL
INGRESOS							
V. Oral							0
Dextrosa							500
Salinos							
SO4Mg	50	50	50	50	50	50	300
Medicación	100				100		200
Agua de Oxidación							63
SOP							1700
TOTAL							2763
EGRESOS							
Perdidas SOP							1500
Diuresis	200	100	100	70	50	60	580
Perdidas in.							152
TOTAL							2232
BALANCE							+531

FUENTE: Historia Clínica

Análítica 21/04/2021: Leucocitos: 31,000/mm³, Abastionados: 8%, Hemoglobina: 15.9 g/dl Plaquetas: 143,000/mm³, TGP: 47 U/L, TGO: 55.2 U/L, LDH: 529 U/L, BT: 0.5 mg/dl, BD: 0.19 mg/dl BI: 0.35 mg/dl TPT: 34 s Creatinina: 0.7 mg/dl

Fecha 22/04/2021 Hora: 07:15

Paciente de 37 años, en su 1er día postoperatorio mediato de Cesárea Segmentaria, BTB, Síndrome de HELLP, cesareada anterior, gestación de 26 semanas 3 días.

Síntomas: al momento paciente despierta, colabora con el interrogatorio, niega síntomas y signos premonitorios, no náuseas, no vómitos, tolera dieta deambula.

Signos vitales: PA.:144/80 mm Hg FC: 88 x' T: 36.6 °C SO₂: 95% R: 17 x'
Funciones Biológicas: conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL: AREG, BEH, conjuntivas palpebrales pálidas, mucosas orales húmedas, Mamas: blandas.

Abdomen: blando depresible, con herida operatoria en buenas condiciones, doloroso a palpación con útero contraído, altura uterina: 18 cm, loquios escasos hemáticos sin mal olor, miembros inferiores sin edema, ROT conservados

Analítica: 22/04/2021: Leucocitos: 27,000/mm³, Hemoglobina: 13.1g/dl, Plaquetas: 222,000/mm³ TGP: 32 U/L, TGO: 22.6 U/L, LDH: 326 U/L, BT: 0.215 mg/dl, BD: 0.081 mg/dl BI: 0.134 mg/dl TPT: 34 s Creatinina: 0.63 mg/dl

Indicaciones

- Dieta Blanda
- Deambulación asistida
- Control Signos vitales cada 2 horas
- Control de signos de alarma (sangrado, signos premonitorios)
- Peso diario
- Control de diuresis
- Control de loquios
- Control de involución uterina
- Higiene vulvoperineal

MEDICACIÓN

- Alfametildopa 1 g c/12 h VO
- Paracetamol 1 g c/8 h VO

Fecha 23/04/2021 Hora: 07:35

Paciente de 37 años, en su 2do día postoperatorio mediato de Cesárea

Segmentaria, BTB, Síndrome de HELLP, cesareada anterior, gestación de 26 semanas 3 días.

Síntomas: al momento paciente despierta, colabora con el interrogatorio, niega síntomas y signos premonitorios, no náuseas, no vómitos, tolera dieta deambula.

Signos vitales: PA: 140/80 mm Hg FC: 84 x' T: 36.4 °C SO₂: 95% R: 16 x'

Funciones Biológicas: conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL: ABEG, BEH, conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, Mamas: turgentes con secreción calostrada.

Abdomen: blando depresible, con herida operatoria en buenas condiciones, altura uterina: 18 cm loquios escasos hemáticos sin mal olor, miembros inferiores sin edema, ROT conservados

Indicaciones

- Dieta Blanda
- Deambulación
- Control Signos vitales cada 2 horas
- Control de signos de alarma (sangrado, signos premonitorios)
- Peso diario
- Control de diuresis
- Control de loquios
- Control de involución uterina
- Higiene vulvoperineal

MEDICACIÓN

- Alfametildopa 1 g c/12 h VO
- Paracetamol 1g c/8 h VO

Fecha 24/04/2021

Paciente de 37 años, en su 3er día postoperatorio mediato de Cesárea Segmentaria, BTB, Síndrome de HELLP, cesareada anterior, gestación de 26 semanas 3 días.

Síntomas: paciente despierta, colabora con el interrogatorio, niega síntomas y signos premonitorios, no náuseas, no vómitos, tolera dieta deambula.

Signos vitales: PA: 130/85 mm Hg FC: 78 x' T: 36.4 °C SO₂: 94% R: 16 x'

Funciones Biológicas: conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL: ABEG, BEH, conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, Mamas: turgentes con secreción láctea.

Abdomen: blando depresible, con herida operatoria en buenas condiciones, altura uterina: 18 cm Loquios escasos hemáticos sin mal olor, Miembros inferiores sin edema, ROT conservados

Indicaciones

- Dieta Blanda
- Deambulación
- Control Signos vitales cada 2 horas
- Control de signos de alarma (sangrado, signos premonitorios)
- Peso diario
- Control de diuresis
- Control de loquios
- Control de involución uterina
- Higiene vulvoperineal

MEDICACIÓN

- Alfametildopa 1g /12h VO
- Paracetamol 1g c/8h VO

Fecha 25/04/2021

Paciente de 37 años, en su 4to día postoperatorio mediato de Cesárea Segmentaria, BTB, Síndrome de HELLP, cesareada anterior, gestación de 26 semanas 3 días.

Síntomas: paciente despierta, colabora con el interrogatorio, niega síntomas y signos premonitorios, no nauseas, no vómitos, tolera dieta deambula.

Signos vitales: PA: 132/80 mm Hg FC: 86 x' T: 36.4 °C SO2: 95% R: 16 x'

Funciones Biológicas: conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL: ABEG, BEH, conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, Mamas: turgentes con secreción láctea.

Abdomen: blando depresible, con herida operatoria en buenas condiciones, altura uterina: 18 cm loquios escasos hemáticos sin mal olor, miembros inferiores sin edema, ROT conservados

Indicaciones

- Dieta Blanda
- Deambulaci3n
- Control Signos vitales cada 2 horas
- Control de signos de alarma (sangrado, signos premonitorios)
- Peso diario
- Control de diuresis
- Control de loquios
- Control de involuci3n uterina
- Higiene vulvoperineal

MEDICACI3N

- Alfametildopa 1g c/12 h VO
- Paracetamol 1g c/8 h VO

Fecha 26/04/2021

Paciente de 37 a1os, en su 5to d1a postoperatorio mediato de Ces1rea Segmentaria, BTB, S1ndrome de HELLP, cesareada anterior, gestaci3n de 26 semanas 3 d1as.

S1ntomas: paciente despierta, colabora con el interrogatorio, niega s1ntomas y signos premonitorios, no nauseas, no v3mitos, tolera dieta deambula.

Signos vitales: 130/80 mm Hg Pulso: 88x' Temperatura Corporal: 36.6 3C
Respiraci3n: 18 x' SO2: 96% Funciones Biol3gicas: conservadas

EXAMEN PREFERENCIAL: ABEG, BEH, conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales h1medas, Mamas: turgentes con secreci3n l1ctea.

Abdomen: blando depresible, con herida operatoria en buenas condiciones, altura uterina: 18 cm loquios escasos hem1ticos sin mal olor, miembros inferiores sin edema, ROT conservados

Indicaciones

- Dieta blanda
- Deambulaci3n
- Control por emergencia en 5 d1as
- Control de signos de alarma (fiebre, malestar general, n1useas, v3mitos,

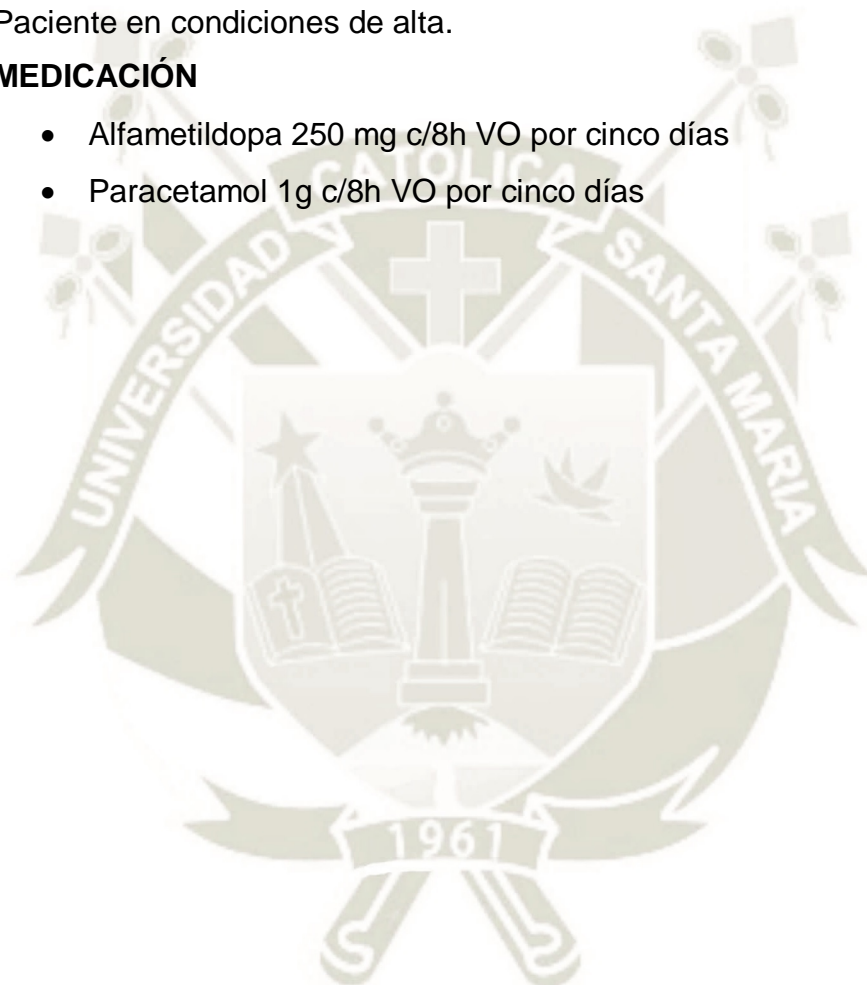
dolor de cabeza, secreción por la herida operatoria, sangrado excesivo, mal olor)

- Baño diario
- Higiene vulvoperineal
- Cuidados de la herida operatoria
- No relaciones sexuales por 45 días

Paciente en condiciones de alta.

MEDICACIÓN

- Alfametildopa 250 mg c/8h VO por cinco días
- Paracetamol 1g c/8h VO por cinco días



CUADRO RESUMEN DE ANALÍTICA

NOMBRE	PUNO	PUNO	HNCASE	HNCASE	HNCASE
FECHA	14/04/ 2021	20/04/ 2021	20/04/ 2021	21/04/ 2021	22/04/ 2021
EXAMENES DE LABORATORIO HEMATOLOGICOS					
HB (g/dl)	16.8	16	16.1	15.9	13.1
HTO (%)	49.5	46.4	48.4	47.9	37.3
PLAQUETAS (mm3)	120,000	85,000	100,000	143,000	222,000
LEUCOCITOS (mm3)	17,140	17,430	16,300	31,600	27,000
ABASTONADOS (%)	3%	2%	2%	3%	6%
HEMATIES (mm3)	5,5	5,1	5,33	5,3	4,13
EXAMENES DE LABORATORIO BIOQUIMICO					
GLUCOSA (mg/dl)	86	93	98	138	96
CREATININA (mg/d)	0.72	0.73	0.7	0.71	0.63
AC. URICO (mg/dl)	5.50	5.20			
TGP (U/L)	28	82	60.5	47.2	32
TGO (U/L)	64	146	76.8	65.2	22.6
HDL (U/L)	307	571	446.2	529.5	326.6
BT (mg/dl)	0.26	0.77	0.71	0.545	0.215
BD (mg/dl)	0.07	0.44	0.348	0.195	0.081
Bl (mg/dl)	0.63	0.73	0.362	0.35	0.134
EXAMENES DE LABORATORIO SEDIMENTO URINARIO					
LEUCOCITOS	7 - 9 x C	8 - 10 x C	3 -10 x C		
HEMATIES	3 -5 x C	no	No		
BACTERIAS	1+	escasos	escasos		
PROTEINURIA	+++	+++			

FUENTE: Historia Clínica

ECOGRAFIA FETAL					
FETO		indiferente			
PLACENTA		Grado II/III			
ILA/POZO MAX.		Adecuado	Adecuado		
PONDERADO F.		650 g.<P10	870grs.		
DOPPLER FETAL					
ARTERIA UTER.		2.50 alterado			
ART.CERB.MED.		1.45 normal			
ICP		0.58			
DV		0.75 normal			

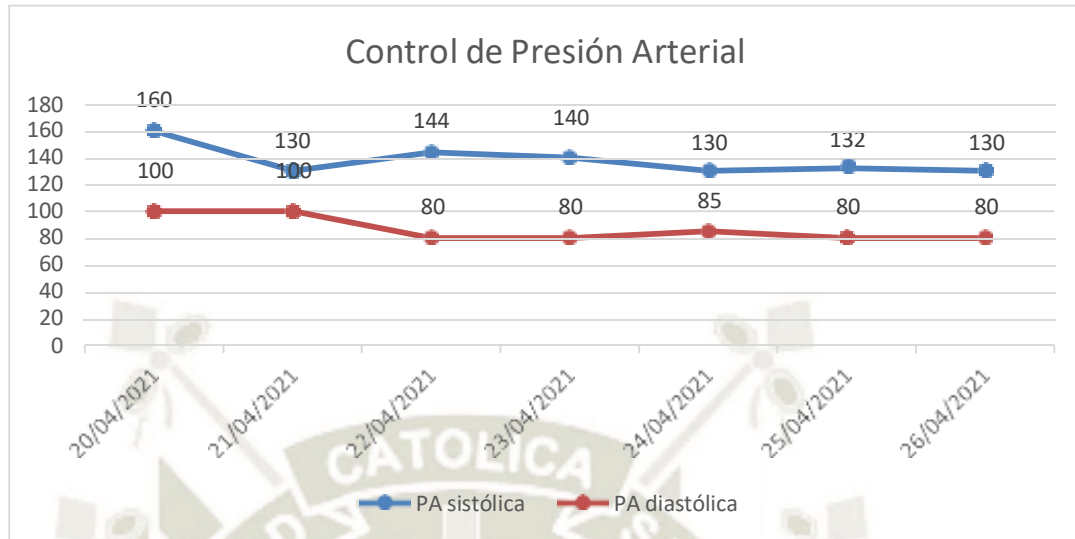
FUENTE: Historia Clínica

CUADRO RESUMEN DE SIGNOS VITALES

Fecha	2021						
	20/04	21/04	22/04	23/04	24/04	25/04	26/04
Hora	20.33	07.00	07.00	07.00	07.00	07.00	09.00
PA sistólica (mm Hg)	160	130	144	140	130	132	130
PA diastólica (mm Hg)	100	100	80	80	85	80	80
PAM presión arterial media (mm Hg)	120	110	101	100	100	97	96
Pulso (por minuto)	96	100	88	84	78	86	88
Temperatura (°C)	36.6	36.6	36.6	36.4	36.4	36.4	36.6
Frecuencia Respiratoria (por minuto)	22	22	17	16	16	16	18
Saturación de O2	94	95	95	95	94	95	95

FUENTE: Historia Clínica

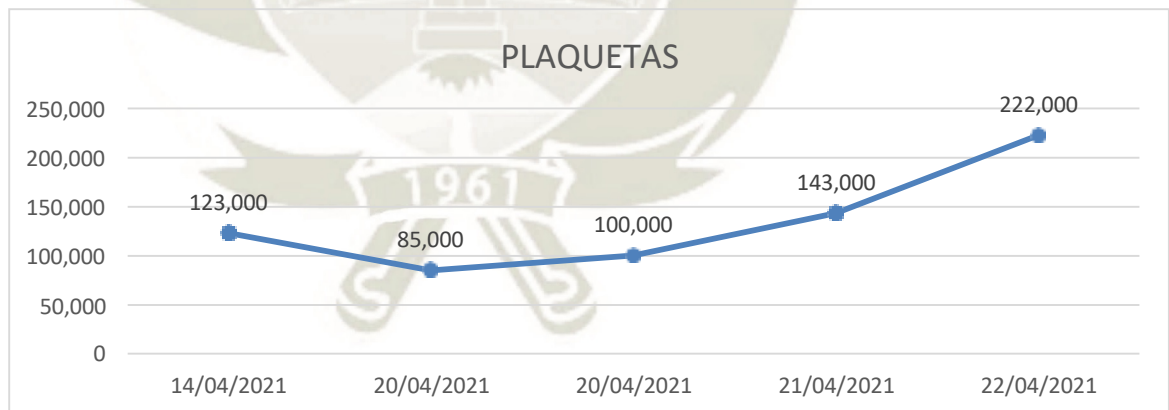
Gráfica 1: Control de Presión Arterial



Fuente: Historia Clínica

INTERPRETACIÓN: El día 20 de abril se realizó la cesárea, podemos ver como el primer día de postoperatorio la presión arterial empieza a disminuir, tal como lo dice la literatura, hasta el momento del alta donde se estabiliza.

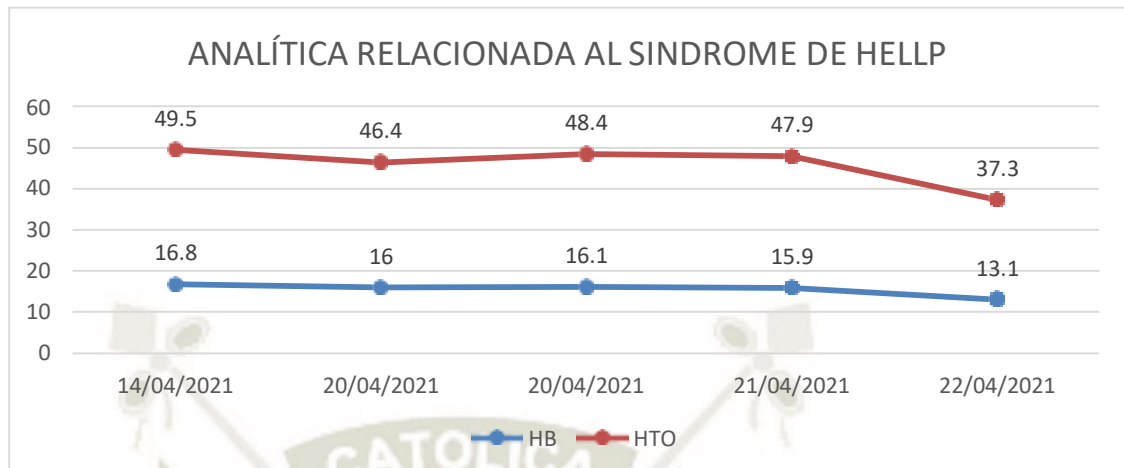
Gráfica 2: Control de Plaquetas



Fuente: Historia Clínica

INTERPRETACIÓN: Se puede observar como a partir del inicio de la enfermedad, cuando acudió la paciente, por primera vez a consulta por las molestias inicia un descenso en el número de plaquetas, es decir, una plaquetopenia, signo característico del síndrome de HELLP.

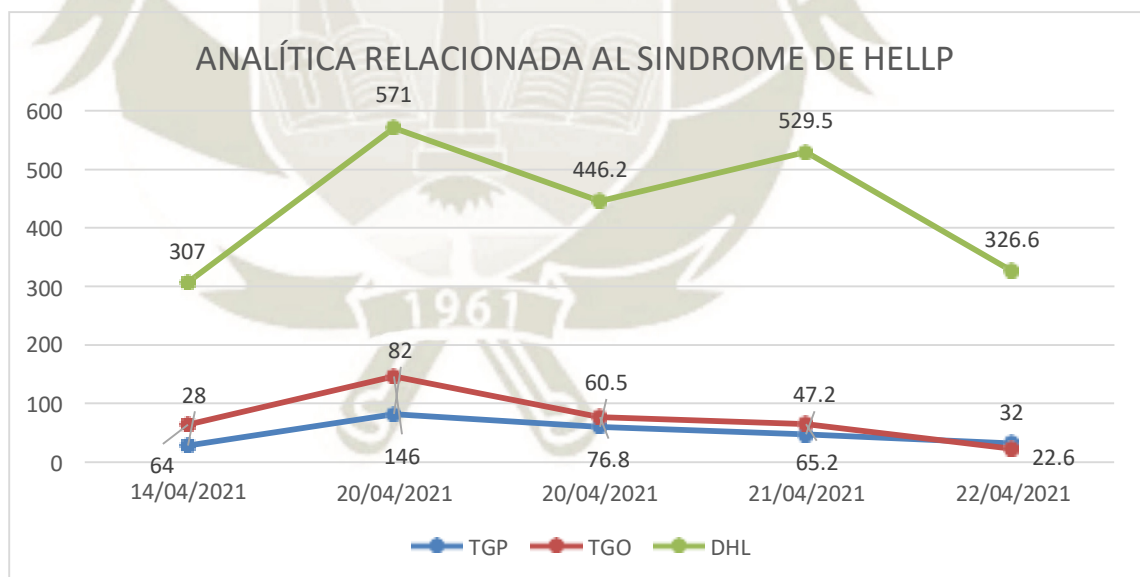
Gráfica 3: Control de Hemoglobina y Hematocrito



Fuente: Historia Clínica

INTERPRETACIÓN: El día 20 de abril se observan signos de hemólisis (Síndrome HELLP), con discreta disminución del hematocrito.

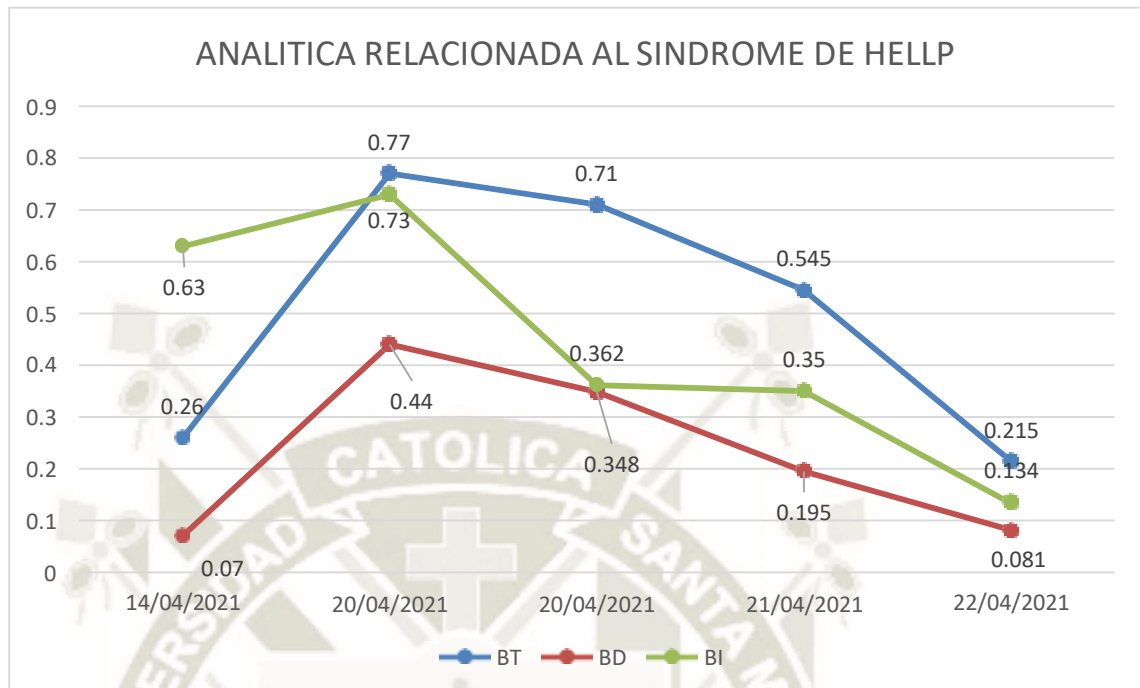
Gráfica 4: Control de TGP, TGO Y DHL



Fuente: Historia Clínica

INTERPRETACIÓN: El día 20 de abril se observa el incremento de las enzimas hepáticas, otro signo característico del Síndrome HELLP, que va disminuyendo luego de la cesárea.

Gráfica 5: Control de Bilirrubinas



Fuente: Historia Clínica

INTERPRETACIÓN: El día 20 de abril se observa el incremento de las bilirrubinas, signo de daño hepático característico del Síndrome HELLP, que va disminuyendo luego de la cesárea.

CAPITULO III DISCUSIÓN

- **Anicama Mendoza, J.** “Características clínicas y epidemiológicas del Síndrome de HELLP” Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Lima”. 2017. Se encontró una frecuencia de 1,69% en relación con el total de partos. La frecuencia de HELLP entre las pacientes con preeclampsia severa fue 38,4% y con eclampsia 50%. En cuanto a las características clínicas y epidemiológicas; la edad materna promedio fue 31 años. El 40% fue primigesta. El 75% de las gestantes el diagnóstico fue parto y 25% en el puerperio. La hipertensión (90%), cefalea (81,7%), edema (73,3%) e hiperreflexia (58,3%) fueron los signos y síntomas más frecuentes. Se encontró una hemoglobina promedio de 11,42 gr/dl, un recuento plaquetario de 133,617/mm³, TGO promedio de 202,18 U/L, DHL promedio de 1275,3 U/L y una proteinuria de 24 horas promedio de 1452,6 mg/dl. En cuanto al tratamiento antihipertensivo; el 86,7% recibió nifedipino, el 50% metildopa, el 48,3% utilizó nifedipino asociado a Metildopa. En el 100% de pacientes se realizó cesárea de urgencia (11). En el estudio del caso, la paciente tiene 37 años y es segundigesta, no concordando con este estudio, sin embargo, hay una relación directa con el diagnóstico parto y el término del embarazo, la cesárea; es importante considerar también que se coincide con diagnóstico de preeclampsia severa que, se complicó con Síndrome de HELLP, debemos actuar sobre los factores de daño, mejorando los cuidados en la gestante y el manejo oportuno.
- **Cárdenas Reynoso A.** En su estudio “Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP Hospital María Auxiliadora – Lima”. 2017. En las pacientes estudiadas que presentaron Síndrome de HELLP el 64.5% presentaron edades entre los 20 a 34 años, el 64.5% cursaron educación secundaria y el 74.2% fueron convivientes. El Síndrome presenta una alta tasa de morbilidad materna (96.8%) siendo la anemia la principal complicación (64.5%), seguido del desprendimiento prematuro de placenta (19.4%), ascitis y síndrome del distrés respiratorio del adulto de igual

porcentaje (16.1%). Se presentó un caso de muerte materna (12). En cuanto a la edad, el nivel de educación, el estado civil, del caso en estudio, no coincide con este estudio. La paciente es nacida y vive actualmente en el altiplano, Estos hallazgos confirman que los factores de riesgo son diferentes para cada realidad.

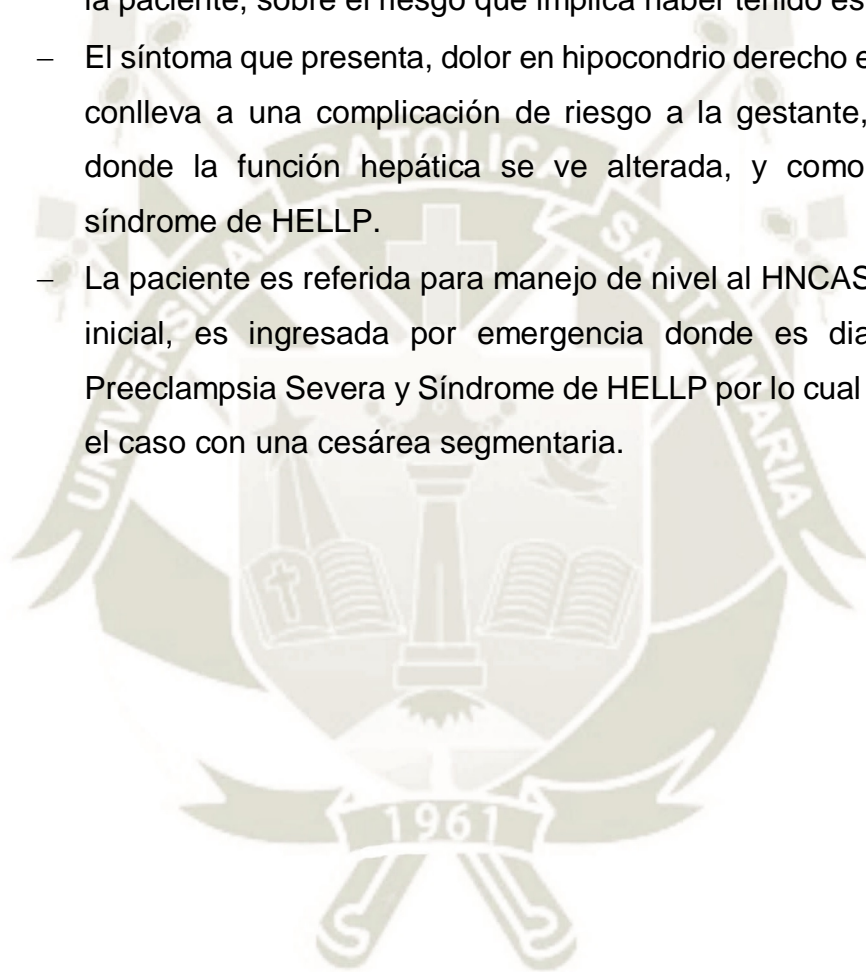
- **Cabrera W. (2020)**, en su tesis Relación entre los niveles de presión arterial y la presencia de síndrome de HELLP concluyó que el 61% de gestantes que desarrollaron Síndrome de HELLP fueron normotensas, un 33% hipertensión leve y un 6% presentaron hipertensión severa (13). Es decir, en este caso hubo relación; porque la paciente del estudio era normotensa, durante el embarazo y tuvo Síndrome de HELLP. La paciente asiste una semana antes a emergencia refiriendo dolor es zona escapular que se irradia a hipocondrio derecho; pero no por cefalea, no acufenos, no escotomas.
- **Vicetti M. et al (2019)**. realizó el estudio Síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen: Presentación clínica y complicaciones de una emergencia obstétrica, donde concluyó que la edad de presentación fue de 20 a 35 años, tenían antecedente de preeclampsia severa y aborto, las complicaciones más frecuentes fueron insuficiencia renal y distress respiratorio (14). El desenlace de esta patología va a depender de que se realice un diagnóstico temprano y un manejo oportuno. En el estudio la paciente tuvo antecedente de preeclampsia severa en su primer embarazo, teniendo relación con el estudio de Vicetti, ello nos da una visión real, que tenemos que profundizar en el estudio de las complicaciones a fin de tratar de prevenirlas y estar en alerta permanente, para tratar de disminuir la morbimortalidad materna.
- **Ruiz Caro J. (2016)**, en su estudio Marcadores de severidad maternos en Preeclampsia severa en los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Antonio Lorena, concluyó que fueron marcadores útiles para determinar la severidad de la preeclampsia severa son creatinina, TGO, TGP, LDH, hematocrito y recuento plaquetario; mientras que no tuvieron significancia estadística para este fin fueron ácido úrico, proteinuria, presión arterial media e índice de masa corporal (15). En el presente estudio del caso, se consideró también la

analítica como criterios de ayuda diagnóstica: creatinina, TGO, TGP, LDH, el recuento plaquetario, sin embargo, la presión arterial fue un factor decisivo y la proteinuria para realizar una cesárea de urgencia, no teniendo relación esto último con el estudio de Ruiz Caro.



CONCLUSIONES

- La paciente tuvo el antecedente de Preeclampsia Severa, en el primer embarazo, no asiste en el primer trimestre a su control prenatal debido a la poca accesibilidad a los servicios de salud materna por la emergencia sanitaria que atravesamos con la pandemia, hay falta de información, en la paciente, sobre el riesgo que implica haber tenido este antecedente.
- El síntoma que presenta, dolor en hipocondrio derecho es muy importante, conlleva a una complicación de riesgo a la gestante, a nivel hepático, donde la función hepática se ve alterada, y como consecuencia el síndrome de HELLP.
- La paciente es referida para manejo de nivel al HNCASE con tratamiento inicial, es ingresada por emergencia donde es diagnosticada como Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP por lo cual se decide resolver el caso con una cesárea segmentaria.



RECOMENDACIONES

- A las Obstetras realizar educación sanitaria en diferentes momentos como: al alta de la paciente, en el control del puerperio, en la consulta de planificación familiar, de tal manera que, el siguiente embarazo sea planificado, tomando en cuenta las medidas de prevención, ante posible desarrollo de un cuadro similar de Preeclampsia Severa. Informar al entorno familiar sobre los signos de alarma y escuchar a las mujeres y lograr en ellas no sólo los mejores resultados, sino también la mejor satisfacción en el proceso de la atención.
- A los médicos Gineco-obstetras y Obstetras del Hospital III Puno, brindar educación e información durante las consultas prenatales sobre los signos de alarma para que la gestante pueda identificarlos de forma oportuna, para que acuda a un Centro de salud, para su diagnóstico y tratamiento eficaz. Las mujeres deben estar informadas, sobre los sistemas de atención, disponibles y ser partícipes activas en el proceso de su cuidado y su atención sobre las decisiones de su parto.
- Al personal de salud, para la toma de decisiones oportunas se debe priorizar la experiencia en la práctica del uso de las Guías de Práctica Clínica de Clave Azul de EsSalud. Es necesario realizar una evaluación de nuestra atención mediante diversos mecanismos. El cambio debe involucrar a todos quienes participan en la atención de la salud materna y perinatal, se debe incluir a las gestantes para el logro de esta transformación conociendo sus opiniones y necesidades, para de esta forma brindarle un mejor servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cristobal Valentin J. “Perfil Clínico de las Gestantes con Preeclampsia Severa del Hospital de Apoyo Pichanaki”. 2017. [citado el 28 de Abril del 2021] <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2248>
2. Zuñiga Ramirez L. “Factores de Riesgo Asociado a Preeclampsia Severa y Eclampsia en Gestantes de 18 a 40 años en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz – Lima”. 2017. [citado el 28 de Abril del 2021] <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1270>
3. Castillo Apaza Y. “Factores de Riesgo Asociados con Preeclampsia Severa en Gestantes Atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón – Puno”. 2017. [citado el 28 de Abril del 2021] <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6418#:~:text=Se%20concluye%20que%20la%20edad,de%20riesgo%20asociados%20a%20preeclampsia.>
4. Caiza S. “Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidas en el hospital José maría Velasco Ibarra-Tena en el periodo enero 2009 enero 2010”. Ecuador. 2018. [citado el 28 de Abril del 2021]
5. Rivas E, Mendivil C. “Síndrome de HELLP: Revisión”. Revista Científica Salud Uninorte. 2015. [citado el 28 de Abril del 2021] <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1901>
6. Coveñas Vilchez H. “Preeclampsia Severa y su Relación con el Parto Pretérmino en Gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes”. 2016. [citado el 28 de Abril del 2021] <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/220>
7. Álvarez A Z, Álvarez V A, Martos F D. “Caracterización de las pacientes con síndrome HELLP”. Rev cubana Obstet Ginecol. 2016. [citado el 28 de Abril del 2021] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400003
8. Arroyo Bardales C. “Predictores de Mortalidad en Gestantes con Síndrome de HELLP del Hospital Regional de Cajamarca”. 2018. [citado

- el 28 de Abril del 2021]
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3983>
9. Osorio J N. “Factores de riesgo para el desarrollo de síndrome de HELLP”. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. [citado el 28 de Abril del 2021]
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4044>
10. Meza Altamirano M. “Síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale -Huancayo”. 2017. [citado el 28 de Abril del 2021]
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPLA_75a09ddbc4eae3812da74ae81f0624ce/Details
11. Anicama Mendoza, J. “Características clínicas y epidemiológicas del Síndrome de HELLP” Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Lima”. 2017. [citado el 28 de Abril del 2021]
<http://repositorio.unifsc.edu.pe/handle/UNJFSC/1034>
12. Cárdenas Reynoso A. “Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP Hospital María Auxiliadora – Lima”. 2017. [citado el 28 de Abril del 2021]
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/722>
13. Cabrera W., “Relación entre los niveles de presión arterial y la presencia de síndrome de HELLP”. 2020. [citado el 28 de Abril del 2021]
<https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612/627>
14. Vicetti M. et al., “Síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen: Presentación clínica y complicaciones de una emergencia obstétrica”. 2019. [citado el 28 de Abril del 2021]
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400004
15. Ruiz Caro J., “Marcadores de severidad maternos en Preeclampsia severa en los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Antonio Lorena”. 2016. [citado el 28 de Abril del 2021] <http://especializada.unsaac.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15002>