

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia**

**MANEJO CLÍNICO DEL SÍNDROME DE HELLP EN  
GESTANTE DEL III TRIMESTRE EN EL HOSPITAL  
SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**Presentado por:**

**Lic. MARLENE AYALA MARTÍNEZ  
Lic. EVERY CORTEZ MORALES**

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:  
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas**

**TACNA – PERÚ**

**2023**

# UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

## “MANEJO CLÍNICO DEL SÍNDROME DE HELLP EN GESTANTE DEL III TRIMESTRE EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2021”

### TRABAJO ACADÉMICO: CASO CLÍNICO

Presentado por: Ayala Martínez, Marlene  
Cortez Morales, Every

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: Alto Riesgo  
Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado:



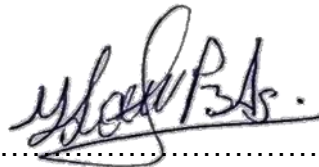
.....  
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo  
Presidenta Del Jurado



.....  
Mgr. Jackeline Rosemary Flores Flores  
Secretario(a)



.....  
Mg Soledad Sotelo Gonzales  
Vocal



.....  
Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar

Asesor


## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°11504 -2022 FACS-UNJBG del trabajo académico titulado: **“Manejo clínico del síndrome de HELLP en Gestante del III Trimestre en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2021”**

Presentado por las estudiantes: AYALA MARTÍNEZ MARLENE con código de matrícula N° 2020-297012, CORTEZ MORALES EVERY con código de matrícula N° 2020-295057, para optar el título de especialidad en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual Turnitin cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 15%. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del Trabajo académico está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio Institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del grado/ título/ especialidad.



---

FIRMA DEL ASESOR

DNI: 41196108

Nombre y apellidos del asesor: Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, porque sin él nada hubiera sido posible.

A nuestra asesora, Mgr. Yubitza Perez Aguilar, por su tiempo y apoyo en la realización del presente trabajo.

A la Mgr. Soledad Carmen Sotelo Gonzales, quien con mucha paciencia y acierto nos brindó sus conocimientos y su constante apoyo y preocupación para la presentación del trabajo académico.

Al personal del Hospital San Juan de Lurigancho por darnos las facilidades para la obtención de la Historia Clínica.

Al área de Emergencia Gineco-obstetricia x facilitarnos los registros de pacientes ingresadas en el 2021 para la obtención de datos estadísticos.

## **DEDICATORIA**

Dedicamos el presente trabajo a nuestros padres, hermanos, hijos por ser una motivación e inspiración para poder superarnos día a día.

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>2</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>8</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>8</b>
2.1 SÍNDROME HELLP	8
2.1.1 Definición	8
2.1.2 Diagnóstico	8
2.1.3 Clasificación	10
2.1.4 Incidencia	11
2.1.5 Etiología	11
2.1.6 Factores de riesgo	12
2.1.7 Fisiopatología	12
2.1.8 Formas clínicas	13
2.1.9 Diagnóstico diferencial	14
2.1.10 Exámenes auxiliares	15
2.1.11 Tratamiento de síndrome de Hellp	17
2.1.12 Complicaciones	22

2.1.13 Pronóstico	25
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>56</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>60</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>68</b>

## RESUMEN

En el presente trabajo se analiza el caso clínico de síndrome de Hellp en una gestante del III trimestre atendida en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2021. Tiene como objetivos describir el cuadro clínico, determinar factores de riesgo, tratamientos realizados del Síndrome de Hellp y conocer las limitaciones del nosocomio mencionado que tuvo para la atención adecuada del paciente.

La técnica para el análisis del caso clínico que se usó fue el análisis documental y el instrumento fue la historia clínica de la paciente solicitada en el departamento de Gineco – obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Las conclusiones más relevantes a la que se llegó fueron que el síndrome de Hellp se puede presentar también en pacientes que no presentan factores de riesgo; el tratamiento que se usó fue el sulfato de magnesio, protocolo de clave azul y terminar la gestación oportunamente y las limitaciones halladas fueron la ausencia de Banco de Sangre en el Hospital San de Lurigancho, también el no contar con suficientes camas de Unidad de Cuidados Intensivos. Y destacar el trabajo en equipo multidisciplinario pese a dichas limitaciones el área de Hospitalización de alto riesgo obstétrico pudo manejar de manera exitosa el caso mostrado.

**Palabras clave:** Síndrome de Hellp, gestantes, clínico.

## ABSTRACT

This paper analyzes the clinical case of Hellp syndrome in a 3rd trimester pregnant woman treated at Hospital San Juan de Lurigancho Lima 2021. Its objectives are to describe the clinical picture, determine risk factors, treatments performed for Hellp Syndrome and to know the limitations of the mentioned hospital that it had for the adequate care of the patient.

The technique for the analysis of the clinical case that was used was documentary analysis and the instrument was the clinical history of the patient requested in the Gynecology - Obstetrics department of the San Juan de Lurigancho Hospital.

The most relevant conclusions reached were that Hellp syndrome can also occur in patients who do not present risk factors; The treatment that was used was magnesium sulfate, blue code protocol and timely termination of pregnancy and the limitations found were the absence of a Blood Bank at the San de Lurigancho Hospital, as well as not having enough Intensive Care Unit beds. And highlighting the multidisciplinary teamwork, despite these limitations, the high-risk obstetric Hospitalization area was able to successfully handle the case shown.

**Key words:** Hellp syndrome, pregnant women, clinical.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en el embarazo constituyen la segunda razón de muerte a nivel mundial con un 14%, siendo más de 166 mil muertes aproximadamente por preeclampsia anualmente. El síndrome HELLP es una de las patologías más graves del embarazo y es de origen multisistémica. Sin embargo, existen escasos estudios sobre el tema, pese a la elevada morbi-mortalidad materna y neonatal a la cual se le asocia. En este contexto la importancia del diagnóstico, manejo y/o tratamiento oportuno de esta complicación es de suma importancia.

El Hospital San Juan de Lurigancho nivel II-2, siendo un hospital de referencia de 34 establecimientos de salud y contando con el Área de Gineco-Obstetricia en su actividad diaria maneja con frecuencia pacientes gestantes con diversas patologías siendo una de ellas los trastornos hipertensivos del embarazo y las posibles complicaciones como el Síndrome Hellp.

Por ello, se realizó el presente estudio con el objetivo de describir el manejo clínico, lo que permitirá unificar criterios y contribuir más adelante a un mejor manejo del síndrome HELLP en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Una de las patologías más severas y críticas del embarazo lo constituye el síndrome HELLP caracterizada por presentar destrucción de los glóbulos rojos (Hemólisis), aumento de las enzimas hepáticas y destrucción de las plaquetas (plaquetopenia), la cual provoca altas tasas de morbilidad materna y perinatal. La complicación más frecuente del Síndrome Hellp es la hemorragia, por lo cual se necesita transfusiones de sangre y/o hemoderivados para corregir la hipovolemia, anemia o coagulopatía, causada generalmente por un hematoma hepático espontáneo (1).

A nivel mundial la preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad materno fetal. Los trastornos hipertensivos del embarazo y su complicación el síndrome de Hellp afectan a alrededor del 10 % de las embarazadas de todo el mundo y son una razón fundamental de morbilidad aguda grave, mortalidad y discapacidad crónica para las gestantes, los fetos y los recién nacidos (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en el embarazo constituyen la segunda razón de muerte a nivel mundial con un 14%, siendo más de 166 mil muertes

aproximadamente por preeclampsia anualmente. La complicación de los trastornos hipertensivos se da alrededor del 5 al 10% en la gestación y la mortalidad en los países en vía de desarrollo es de 5 a 9 veces más (4). Los trastornos hipertensivos son causa de muerte materna; una décima parte en los continentes asiáticos y africanos; mientras que una cuarta parte en América Latina (3).

En el Perú existen estudios que muestran datos estadísticos, por ejemplo, en el año 2020, los trastornos hipertensivos fueron la primera causa de muerte materna con un 21,5%. De los trastornos hipertensivos encontrados la preeclampsia obtuvo un 56,9%. Entre el año 2007 y el 2018 hubo 97 casos de mortalidad materna, y la preeclampsia fue la principal razón con un 44,3% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (5) (6). Entre el año 2012 y el 2018 en el instituto Nacional Materno Perinatal hubo 1870 casos de morbilidad materna, originadas por las complicaciones de la presión arterial en la gestación con el 56,6% (4).

La prevalencia de los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en la gestación en Hospitales de la capital del Perú, se desarrollan entre 14,2% a 10%. Los trastornos leves a severos de la presión arterial en el embarazo son en 4,8%, 5,36%, 6,6%, hasta 7,31%, en pacientes gestantes que se atienden en los hospitales, siendo la primera causa de atención a nivel nacional, por lo cual se trata de hacer un diagnóstico oportuno para el manejo adecuado y a tiempo, con el fin de disminuir la mortalidad materna y perinatal en el país (6).

En el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021, se presentaron 214 casos de trastornos hipertensivos en el embarazo, de los cuales 7 fueron síndrome de Hellp.

Se puede evitar y/o prevenir la mortalidad materna causada por la preeclampsia y sus complicaciones realizando una atención e identificación oportuna de la patología en los centros de primer nivel de atención para iniciar tratamientos preventivos con suplementos como el calcio; y hacer una referencia oportuna a un Hospital de mayor complejidad en caso sea necesario. La detección precoz del síndrome de HELLP aumenta el pronóstico en la evolución materno-perinatal. El personal de salud debe estar bien capacitado para identificar los signos y síntomas de alarma de esta patología para activar la clave azul en el momento adecuado con el apoyo del equipo multidisciplinario (7).

Frente a esta problemática se plantea realizar la revisión de una historia clínica donde la patología principal es la preeclampsia con criterios de severidad y su complicación con síndrome de Hellp en el Hospital San Juan de Lurigancho.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el manejo clínico del síndrome de Hellp en una gestante del tercer trimestre, en el Hospital San Juan de Lurigancho en mayo de 2021?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El embarazo al ser un evento fisiológico en la mayoría de las veces cursa sin complicaciones, pero existen otras donde se desarrollan distintas alteraciones propias del embarazo o el agravamiento de patologías previas, como son los estados hipertensivos del embarazo (EHE) (8).

El Síndrome de HELLP es una de las complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo, la cual se inicia de forma insidiosa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en nuestro territorio peruano (6).

El Hospital San Juan de Lurigancho nivel II-2, siendo un hospital de referencia de 34 establecimientos de salud y contando con el Área de Gineco-Obstetricia en su actividad diaria maneja con frecuencia pacientes gestantes con diversas patologías, siendo una de ellas los trastornos hipertensivos del embarazo y las posibles complicaciones como el Síndrome Hellp. Actualmente el Hospital San Juan de Lurigancho maneja una data aproximada la cual revela que del total de gestantes atendidas en el periodo 2021 un 33% curso con un cuadro de preeclampsia y de este porcentaje tenemos que el 3% desarrollo síndrome de Hellp siendo algunas referidas a establecimientos de mayor complejidad, y quedando algunas pacientes sin poder ser aceptadas por otros establecimientos como es el presente caso clínico en mención.

Por ello consideramos de suma importancia el análisis del caso clínico expuesto en esta revisión, trabajo que fue desarrollado principalmente para unificar criterios en cuanto al diagnóstico oportuno y manejo del síndrome de HELLP, describiendo así el caso clínico de una gestante con diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad, quien cursó además con síndrome de Hellp en dicho Hospital público sin poder ser aceptada en otro establecimiento de mayor complejidad.

El presente trabajo se justifica por su:

- ❖ **Naturaleza:** Se busca realizar un diagnóstico oportuno del síndrome HELLP y así contribuirá disminuir la morbimortalidad materna causada por esta patología.
- ❖ **Magnitud:** En el Perú, son pocos los estudios realizados sobre el síndrome HELLP pese a ser una de las causas más importantes de la morbimortalidad materna y neonatal.
- ❖ **Trascendencia:** El diagnóstico y el manejo adecuado y oportuno del síndrome HELLP contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, obteniendo un beneficio para la población tanto del distrito de San Juan de Lurigancho como para el Perú.
- ❖ **Factibilidad:** El presente estudio es posible de ser realizado gracias a las coordinaciones y permisos solicitados, contando a su vez con recursos humanos, económicos y técnicos para su desarrollo.

También es importante mencionar que a nivel científico y académico se proveerá información, el cual contribuirá para un buen manejo de este tipo de pacientes.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Describir el manejo clínico del Síndrome de Hellp en una gestante del tercer trimestre, en el Hospital San Juan de Lurigancho en mayo de 2021.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- ❖ Conocer el cuadro clínico de la preeclampsia con signos de severidad, complicada con síndrome de Hellp.
- ❖ Determinar el tratamiento realizado en el síndrome de Hellp en gestante del tercer trimestre.
- ❖ Determinar los factores de riesgo asociados al síndrome de Hellp en una gestante del tercer trimestre.
- ❖ Determinar las limitaciones en el manejo clínico del síndrome de Hellp en la gestante del tercer trimestre.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1 SÍNDROME HELLP**

##### **2.1.1 Definición**

El síndrome HELLP, es una complicación del trastorno hipertensivo que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos (Hemólisis), aumento de las enzimas hepáticas y destrucción de las plaquetas (plaquetopenia). Las pacientes que han tenido complicaciones de trastornos hipertensivos en sus anteriores embarazos son más propensas a tener Síndrome Hellp en sus futuras gestaciones. Se produce en 0,1 a 0,2 % de las gestaciones y en 10 a 20% de las pacientes atendidas que han tenido preeclampsia severa. Generalmente se da en la semana 28 y 36 del embarazo o en el puerperio (2).

También se dice que el síndrome de HELLP es una complicación multisistémica del embarazo, es decir afecta muchos órganos en particular a los órganos blancos como el hígado. La causa del síndrome de Hellp aún es desconocida, sin embargo, algunos autores refieren que se da por la alteración de la cascada de coagulación (6).

##### **2.1.2 Diagnóstico**

Las pacientes con Síndrome de Hellp presentan variables manifestaciones clínicas como cefalea intensa, escotomas, epigastralgia, náuseas y/o vómitos, malestar general, edemas en miembros inferiores y

superiores, dolor en hombro derecho, hipertensión y proteinuria, entre otros; sin embargo, no son suficientes para un diagnóstico; ya que se puede confundir con los signos y/o síntomas de los trastornos hipertensivos como la preeclampsia o eclampsia. Por lo cual podemos decir que puede haber Síndrome de Hellp con o sin síntomas premonitorios, por ello se debe hacer una anamnesis y/o evaluación detallada de cada paciente para identificar los factores de riesgo de esta patología (1). La toma de presión arterial y los exámenes de ayuda diagnóstica también son importantes para el diagnóstico de estos trastornos hipertensivos. La presión arterial alta no se presenta aproximadamente en el 20% y es leve en el 30% de los casos de Síndrome de Hellp (1).

Generalmente los criterios diagnósticos para síndrome Hellp son los siguientes:

- ❖ Presión sistólica > 160 mmhg
- ❖ Presión diastólica > 110 mmhg
- ❖ Plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>
- ❖ AST y/o ALT > 70 UI/L
- ❖ LDH > 600 UI/L<sup>9</sup>

Los criterios diagnósticos son relativamente referenciales ya que la patología puede manifestarse a la ausencia de estos criterios y también se puede presentar con otros signos y/o síntomas como el daño de órganos

blancos. Por ello es importante el control y atención adecuada de cada paciente con o sin factores de riesgo (12).

### 2.1.3 Clasificación

Generalmente el síndrome de Hellp se manifiesta en las embarazadas desde las 27 semanas y se puede extender hasta la etapa del postparto. En la etapa del postparto y/o puerperio es alto el riesgo de daño renal agudo y daño pulmonar (13). Para el diagnóstico de esta patología tenemos las clasificaciones del sistema de Martín o Mississippi y de Tennessee (6).

**Tabla 1**

*Clasificación del Síndrome de HELLP*

Clase HELLP	Clasificación de Mississippi	Clasificación de Tennessee
1	Plaquetas <50 000/ml AST o ALT≥ 70 UI/L LDH≥600 UI/L	Plaquetas ≤100 000/ml AST o ALT≥70 UI/L LDH≥600 UI/L
2	Plaquetas, 50000-100 000/ml AST o ALT≥70 UI/L LDH≥600 UI/L	
3	Plaquetas, 100 000- 150 000/ml AST o ALT≥40 UI/L LDH≥600 UI/L	No aplica
Parcial/Incompleto	No aplica	Preeclampsia severa + uno de los siguientes hallazgos: ELLP, EL, LP.

**Fuente:** Bracamonte Peniche Jimena

Algunos pacientes no manifiestan alteración de estos parámetros o solo un porcentaje de ello, por lo cual se llama síndrome de HELLP atípico o parcial (6).

#### **2.1.4 Incidencia**

La incidencia de la preeclampsia y el síndrome de Hellp ha aumentado un 25% en las últimas 2 décadas en los Estados Unidos (26).

La preeclampsia es un problema de salud pública a nivel mundial cuya incidencia oscila entre el 2 al 10% de los embarazos, siendo la incidencia 7 veces mayor en países en vías de desarrollo frente a los países desarrollados según la OMS (27).

En el Perú existen estudios que muestran datos estadísticos, por ejemplo, en el año 2020, los trastornos hipertensivos fueron la primera causa de muerte materna con un 21,5%. De los trastornos hipertensivos encontrados la preeclampsia obtuvo un 56,9%.

En el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2021 hubo 214 casos de trastornos hipertensivos, de los cuales 7 fueron síndrome de Hellp.

#### **2.1.5 Etiología**

Hay muchos mecanismos patológicos que se han desarrollado para tratar de explicar la aparición de la preeclampsia y sus complicaciones como el síndrome de Hellp, pero aún la etiología o causa no está totalmente clara.

La teoría más aceptable es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. Entre otras teorías aceptables están la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y feto placentarios, mala adaptación de la madre a

cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas (25).

### 2.1.6 Factores de riesgo

**Tabla 2**

*Factores de riesgo*

<b>Factores de riesgo</b>
Nuliparidad
Hipertensión crónica preexistente
Trastornos vasculares (trastornos renales, vasculopatía diabética)
Diabetes preexistente o gestacional
Edad materna avanzada (> 35) o muy joven (< 17)
Antecedentes familiares de preeclampsia
Preeclampsia o malos resultados en embarazos previos
Embarazo multifetal
Obesidad
Trastornos trombóticos (síndrome de los anticuerpos antifosfolipídicos (27)

Fuente: Bracamonte Peniche Jimena

### 2.1.7 Fisiopatología

La fisiopatología del síndrome de Hellp posee diversas teorías de las cuales la más aceptable es donde refiere que los trastornos hipertensivos se dan por una alteración en la implantación de las células del citotrofoblasto, estas se filtran en la porción decidual de las arterias espirales, pero no ingresan a la parte miometrial. Por lo que las arterias espirales se mantienen

estrechas y/o angostas produciendo la disminución en el flujo placentario y da como resultado una alta velocidad de perfusión en el espacio intervilloso, lo que genera estrés de cizallamiento en el trofoblasto (6).

En el síndrome de Hellp se produce generalmente la Tríada de Anormalidades de Laboratorio:

- ❖ **Hemólisis:** La destrucción de glóbulos rojos por la presencia de microtrombos produce una anemia hemolítica microangiopática con la presencia típica de fragmentos de eritrocitos y hematíes crenados en un extendido de sangre periférica.
- ❖ **Alteraciones hepáticas:** El daño hepático produce la elevación de la TGP, TGO y LDH las que tienen relación directa con la severidad del síndrome. La distensión de la cápsula de Glisson produce dolor en el cuadrante superior derecho y epigastrio. La incidencia de la ruptura hepática en el síndrome de Hellp es de 1/45000.
- ❖ **Trombocitopenia:** Se da por la destrucción de plaquetas en los sitios de daño endotelial. Se produce un recambio plaquetario aumentado y una disminución de tiempo de vida de las plaquetas (13).

### 2.1.8 Formas clínicas

Las pacientes con esta patología o complicación pueden tener muchas veces los mismos signos y síntomas que pacientes con preeclampsia-eclampsia u otras alteraciones, siendo por ello muchas veces altamente inespecíficos (29).

Se describen 2 tipos de Hellp el que va acompañado de sintomatología típica cuyo cuadro de presentación es de manera insidiosa, caracterizada, por dolor en hipocondrio derecho y/o en epigastrio (65-90%), malestar general (90%), náuseas o vómitos (35-50%), cefalea (30%), escotomas e hipertensión arterial. Existe también Síndrome de HELLP atípico es decir en ausencia de hipertensión arterial y proteinuria (10-20%), por causas aún desconocidas (29) (6).

El síndrome de Hellp, como consecuencia de la trombocitopenia propia de esta complicación puede presentar síntomas tales como sangrado de las mucosas, hematuria, hemorragia petequiral o equimosis. Sin embargo, Sibai definió el término Hellp parcial (atípico) en los casos en que se presentan por lo menos uno de los criterios ya conocidos (6).

### **2.1.9 Diagnóstico diferencial**

Otras enfermedades también pudieran dar los mismos signos y síntomas del síndrome de Hellp causando confusión dando diferente tratamiento y pronóstico, por lo que se debe realizar una cuidadosa evaluación diagnóstica para evitar un error clínico o diagnóstico tardío que pudiera agravar el pronóstico materno y perinatal (14).

Algunas de las enfermedades con las que se pudiera confundir esta patología incluyen: El hígado graso agudo del embarazo, síndrome urémico hemolítico, púrpura trombocitopénica, síndrome antifosfolípido, lupus

eritematoso sistémico, y algunos procesos infecciosos del hígado y vías biliares, como la hepatitis y colangitis (6).

**Tabla 3**

*Diagnóstico diferencial del síndrome de HELLP*

Diagnóstico diferencial del síndrome HELLP					
Signos y síntomas/ hallazgos de laboratorio	HELLP	Hígado graso agudo del embarazo	Púrpura trombótica trombocitopénica	Síndrome hemolítico urémico	Lupus eritematoso sistémico
Hipertensión	85%	50%	20-70%	80-90%	80% si AAF o nefritis
Proteinuria	85%	30-50%	Asociado a hematuria	80-90%	100% si nefritis
Anemia hemolítica	50- 100%. Severa	Poco frecuente	100%. Severa	100%. Severa	7% si AAF
Lactato deshidrogenasa	> 600	Variable	> 1.000	> 1.000	Si AAF
Plaquetopenia	> 20x x10 <sup>9</sup> /L	> 50 x10 <sup>9</sup> /L	< 20 x10 <sup>9</sup> /L	> 20 x10 <sup>9</sup> /L	> 20 x10 <sup>9</sup> /L
Transaminasas	++	++	+/-	+/-	Elevadas si AAF
Insuficiencia renal	20%	90-100%	30%	100%	40-80%
Hipoglucemia	No	Presente. Severa	No	No	No
Coagulación Intravascular Diseminada (CID)	Raro	Frecuente	Raro	Raro	Raro
ADAMTS 13 < 10%	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente
SFLI1/PLGF	> 85	< 38	< 38	< 38	< 38

**Fuente:** Bracamonte Peniche Jimena

### 2.1.10 Exámenes auxiliares

La base clínica es el sustento del diagnóstico de la Preeclampsia Severa, sin embargo, en la mayoría de casos, se confirma con estudios del laboratorio clínico, como el ya conocido perfil de preeclampsia en el cual se evalúa la biometría, la química clínica, la gasometría arterial y el uro análisis. Los parámetros más utilizados del perfil pre eclámpico son:

- ❖ **Hemoglobina:** La hemólisis microangiopática relacionada o no al síndrome HELLP o una hemorragia cuantiosa produce una reducción de la Hemoglobina (28).
- ❖ **Recuento plaquetario:** Se debiera evitar resultados <100.000 plaquetas / $\mu$ L. Las gestantes con valores inferiores poseen mayor riesgo de sangrado quirúrgico, hematoma subcapsular hepático, evento vascular cerebral hemorrágico, hemorragia petequirial difusa, hematoma subcapsular hepático, y síndrome HELLP (28).
- ❖ **Glucosa:** Se tiende a desarrollar hiperglucemia (glucosa >140 mg/dL). en pacientes en estado crítico (28).
- ❖ **Creatinina sérica:** En la gestación su valor normal es de 0,4 a 0,8mg/dL. En la Preeclampsia Severa con una creatinina >1,1mg/dL nos indica una posible lesión renal aguda y/o insuficiencia renal aguda (28).
- ❖ **Ácido úrico:** En ningún trimestre de la gestación su nivel normal debiera pasar de los 4 mg/dL. Su incremento en casos de Preeclampsia Severa en embarazos lejanos al término, se relaciona con la proliferación y destrucción acelerada de las células del trofoblasto. Cuando esto sucede cerca al término de la gestación, se asocia con lesión renal aguda o con insuficiencia renal aguda (28) (6).
- ❖ **Aspartato aminotransferasa:** AST enzima que es hallada principalmente en tejido cerebral, pulmonar, cardíaco y muscular. En casos de Preeclampsia Severa su valor sanguíneo >70U/L muchas

veces significa daño hepatocelular o forma parte del síndrome HELLP (28) (6).

- ❖ **Deshidrogenasa Láctica:** DHL enzima intracelular, cuando supera los 600 U/L refleja daño parenquimatoso hepático (6).
- ❖ **PH en sangre arterial:** En el desarrollo de la gestación el nivel gasométrico del pH normal es de 7,35 a 7,45. Valores del pH < 7,32 se asocian a graves estados de hipoperfusión tisular y anaerobiosis, por ende, a falla multiorgánica (6).
- ❖ **Lactato sérico:** El lactato es producto del glucólisis anaeróbica y refleja una isquemia generalizada, acidosis tisular y falla multiorgánica (6).

En general los resultados de laboratorio pueden variar por diversos factores como severidad del cuadro, características propias de la paciente, entre otros factores (6).

### **2.1.11 Tratamiento de síndrome de Hellp**

La característica del tratamiento del síndrome de Hellp es de tipo multidisciplinario, efectivo y oportuno. El tratamiento consiste en la finalización del embarazo; previa estabilización de la gestante (18).

Se establecen tres tipos de manejo:

- 1.- Término inmediato del embarazo: en caso de pacientes que presenten gestaciones mayores de 34 semanas.

2.- Término del embarazo en las 48 horas posteriores al diagnóstico: se da después de la estabilización y tratamiento con corticoides en embarazos menores de 34 semanas para maduración pulmonar fetal.

3.- Manejo expectante mayor de 48-72 horas: suele ser una opción en embarazos con semanas tempranas y de esa manera bajar la morbilidad neonatal (15).

#### ❖ Manejo inicial

En caso de presunción de síndrome HELLP en primera instancia se realiza la evaluación de la gestante con el fin de establecer el diagnóstico. Se evalúa el cuadro clínico y se realiza la exploración física general y obstétrica. Se solicitarán exámenes de laboratorio como hemograma, perfil de coagulación, aspartato aminotransferasa, deshidrogenasa láctica, haptoglobina o frotis periférico para estudio de esquistocitos y descarte de presencia de proteínas en orina. El estado fetal se evaluará mediante registro cardiotocográfico fetal y ecografía (15).

El término de la gestación es de suma importancia en el caso del tratamiento porque se busca eliminar el estímulo placentario, por ende, se debe iniciar maduración pulmonar en gestaciones menores a 34 semanas en el caso de preeclampsia severa, es vital el control de la presión arterial (21).

El tratamiento se iniciará con fluidoterapia, medicación antihipertensiva en caso de Hipertensión Arterial y tratamiento con sulfato de magnesio como

preventivo de posibles complicaciones neurológicas (15). Tanto la fluidoterapia y balance hídrico deberán asegurar una diuresis mínima de 0.5 ml/kg/h. Se deberá restringir de forma moderada los líquidos, entre 1500-2000 cc de cristaloides en 24 horas, siendo medicada en bomba de infusión. Hemoterapia: transfusión de plaquetas, la SEGO da la indicación de administrar 10 concentrados previo al parto con un recuento de plaquetas <40,000/ $\mu$ L en pacientes que serán cesareadas o <20.000/ $\mu$ L en gestantes que terminarán en parto vaginal (8).

#### ❖ Manejo expectante del síndrome HELLP

En embarazos inferiores a 34 semanas se indica realizar un manejo conservador del síndrome HELLP durante las primeras 48-72 horas de manera que permita que los corticoides realicen la maduración pulmonar fetal. Después de las 48 horas se produce una gran controversia acerca de mantener el manejo conservador. Hasta el momento no se han realizado ensayos clínicos de manera aleatoria que comparen manejo expectante mayor a 48 horas versus manejo activo con culminación inmediata del embarazo, sin embargo, el manejo conservador pudiera ser una alternativa en caso de embarazos pretérmino, siempre y cuando esté bajo una estricta vigilancia materna y fetal (15). En caso de intentar un tratamiento conservador los exámenes de laboratorio se deben realizar de manera seriada (22).

Los beneficios de un manejo conservador se deben contrapesar con el riesgo de posibles complicaciones tanto en la madre como en el feto (15). El

manejo expectante se puede dar en gestaciones muy pretérmino es decir menor a 24 semanas o 500 gr, quienes aún no son considerados viables (18). A pesar de optar por un manejo conservador, las primeras 48 horas o después de las 48 horas, la existencia de complicaciones graves tanto maternas como fetales es una indicación para culminar la gestación de manera inmediata (15).

#### ❖ **Terapia con corticoides en el síndrome HELLP**

La utilización de corticoides en partos pretérminos inferiores a las 34 semanas para acelerar la madurez pulmonar fetal cuenta con varios estudios científicos (15). La maduración fetal se realiza con betametasona 12 mg cada 24 horas en 2 dosis o dexametasona 10 mg cada 12 horas intravenosos en 4 dosis (18). La administración de altas dosis de betametasona se utiliza para evitar las complicaciones neonatales y también en casos de síndrome HELLP. Hasta el momento se produce una gran controversia, por la utilización de corticoides para evitar las complicaciones maternas (15).

La utilización de corticoides en gestantes con síndrome HELLP en caso de embarazos pretérmino mejora el resultado materno por acelerar la recuperación de las alteraciones bioquímicas y del cuadro clínico. Los beneficios de la administración de los corticoides en el síndrome HELLP actúa como efecto estabilizador sobre las células endoteliales y las plaquetas activadas, produciendo propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras, explicando así los efectos clínicos (22).

### ❖ Finalización de la gestación

La finalización de la gestación se dará independientemente de la edad gestacional en caso de presentarse: alteraciones como Hipertensión Arterial incontrolable a pesar de haberse administrado más de 3 fármacos a dosis máximas, afectación orgánica progresiva, eclampsia persistente, complicación materno-fetal grave como hemorragia cerebral, edema de pulmón, ruptura hepática, desprendimiento prematuro de placenta o riesgo de pérdida de bienestar fetal (18).

La cesárea no es una indicación en caso de síndrome HELLP por tal motivo el parto vaginal es la vía de elección en caso no exista contraindicaciones obstétricas. En caso de parto vaginal la transfusión de plaquetas se da por debajo de  $20 \times 10^9/L$  y en caso de cesárea electiva por debajo de  $50 \times 10^9/L$  (15).

### ❖ Post Parto

Después del parto, las alteraciones bioquímicas pueden agravarse en las primeras 24 o 48 horas posparto y regresar a la normalidad dentro de los 3 a 11 días. Para hablar de una resolución del cuadro clínico posparto en el síndrome HELLP se tiene q presentar ciertos datos como la: a) presión arterial materna controlada menor o igual a 150/100 mm Hg); b) una diuresis adecuada con un ritmo diurético de 100 ml/h por 2 horas seguidas en ausencia de bolos Intravenosos de líquidos o de diuréticos; c) recuento

plaquetario materno mayor a 100.000 cel./ml y disminución del lactato deshidrogenasa (LDH); y, por último, d) parámetros clínicos estables (22).

Usualmente los valores plaquetarios retornan a sus rangos normales en un lapso de 4 días, es allí la importancia de las citas post partos y realizar las pruebas de laboratorio necesarias, con el fin de hacer seguimiento y ver la normalidad de los trastornos ocasionados durante la presentación del cuadro clínico de dicha patología durante el embarazo (18).

### **2.1.12 Complicaciones**

#### **❖ Complicaciones maternas**

En la mayoría de las pacientes con síndrome HELLP el pronóstico es bueno, pero comúnmente las complicaciones maternas se asocian con presencia de sintomatología severa y anomalías de laboratorio (15).

Entre las complicaciones secundarias a este síndrome se encuentran la ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada, la hemorragia cerebral, el edema pulmonar y la insuficiencia renal, las que se producen en un 12.5 a 65% de todos los casos (16). El desarrollo de un hematoma subcapsular hepático y la ruptura de este, representa una de las complicaciones más graves para la gestante y el feto, el índice de morbilidad y mortalidad es muy alta, por lo que habitualmente requieren un manejo quirúrgico oportuno, agresivo y multidisciplinario, los síntomas son principalmente epigastralgia persistente o dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, acompañado de choque hipovolémico. La patología

mencionada corresponde a una mortalidad materna de 60 a 80% y la fetal de 56 a 75% (16). La detección temprana de esta patología y un adecuado manejo quirúrgico de tipo agresivo son los cimientos para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada. Se reportan varias técnicas quirúrgicas con diferentes resultados, es de suma importancia referir de manera temprana a centros especializados en cirugía hepática y trasplante a este tipo de casos dependiendo de su gravedad (21).

Una de las principales causas de muerte fetal y de hemorragia postparto es el desprendimiento de placenta la cual puede producirse hasta en el 16% de los casos. El síndrome HELLP también suele complicarse por la presencia de coagulación intravascular diseminada (CID), en un 20% de las gestantes y se relaciona muchas veces a la hemorragia postparto. La coagulación intravascular diseminada se suele dar en pacientes con síndrome HELLP que han presentado desprendimiento de placenta, y en este panorama se muestra un incremento en el riesgo de fracaso renal agudo, edema pulmonar y necesidad de transfusiones (15).

En los casos reportados de sangrado, el 55% va a necesitar transfusiones y el 2% laparotomía por sangrado intraabdominal. La lesión a nivel renal agudo se observa en 7.7% de los casos y se encuentra vinculado con un incremento en el riesgo de desarrollar una enfermedad renal crónica, así como enfermedad cardiovascular e hipertensión. El síndrome de HELLP en el postparto produce mayor incidencia de lesiones renales agudas y edema cerebral en un 6% (17).

También es importante tomar en consideración las posibles secuelas psicológicas y psiquiátricas que pueden afrontar este tipo de pacientes, como es la depresión y ansiedad (30%), especialmente a aquellas que hayan tenido estancias hospitalarias largas y la muerte del neonato(17).

#### ❖ **Complicaciones neonatales**

La morbimortalidad perinatal está en franca relación con la edad gestacional en la que se presenta el síndrome. Las complicaciones neonatales, que se manifiestan son hipoglicemia neonatal severa, bajo peso al nacer, trombocitopenia neonatal (15-38% de los casos), displasia broncopulmonar, sangrado intraventricular, síndrome de distrés respiratorio, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia, enterocolitis necrotizante y muerte neonatal, intrauterina o posparto. Se recomienda manejar al neonato en la unidad de cuidados intensivos debido a las altas posibilidades de complicaciones. Una de las causas más comunes de muerte es la restricción de crecimiento intrauterino y el desprendimiento de placenta (15).

Las complicaciones neonatales se dan por la disminución de la funcionalidad placentaria. El pronóstico neonatal no varía por la existencia de síndrome de HELLP, estos neonatos suelen nacer con 33-34 semanas de embarazo incluso menos y muchas veces presentan patologías propias de la edad gestacional y de la restricción de crecimiento intrauterino. Respecto al tratamiento del recién nacido, estos embarazos deben ser considerados como de alto riesgo obstétrico y por tal motivo los ambientes de sala de parto deben estar acondicionados y preparados para una posible

reanimación. Las atenciones posteriores que se le brindará al neonato se realizarán en función a la edad gestacional y al peso que manejan. El soporte respiratorio, los ionotrópicos, la corrección de trastornos metabólicos son medidas usuales que se brindarán en caso de complicaciones (8).

### **2.1.13 Pronóstico**

El pronóstico en casos de síndrome de HELLP va a depender de diversas variables, sin embargo, va de la mano con la rapidez del diagnóstico y la prontitud del tratamiento. La mortalidad materna es de aproximadamente el 1%, y más aún si se complica con ruptura hepática por hematoma. Aproximadamente del 7% al 20% es la mortalidad neonatal y sus principales causas son, el desprendimiento de placenta y restricción de crecimiento intrauterino y un 56% respecto a la mortalidad perinatal ocasionada por la prematuridad, crecimiento intrauterino retardado de crecimiento intrauterino, insuficiencia placentaria, y abrupción de la placenta. Se presume que el riesgo de volver a presentar el síndrome de HELLP es del 3% al 27%. En aquellas mujeres con antecedente de síndrome de Hellp presentan un mayor riesgo de al menos 20% y un 5-52% de que puedan desarrollar alguna forma de hipertensión gestacional en embarazos posteriores. También se ha visto e identificado a otro grupo de mujeres que presentan el síndrome acompañadas con enfermedades psiquiátricas como ansiedad y depresión en casi un tercio de la población, y esto se da por los antecedentes de haber cursado con largas hospitalizaciones y/o complicaciones neonatales (18).

La patogénesis de la preeclampsia no está bien definida por lo que hasta el momento no se encuentra un tratamiento para la prevención de la preeclampsia y del síndrome HELLP. Las mejores herramientas para la detección temprana y el tratamiento oportuno del síndrome de Hellp sigue siendo un control prenatal continuó, la vigilancia de los síntomas y signos de preeclampsia, y la educación continua tanto de las pacientes como del personal de salud (22).

## 2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ❖ **Proteinuria:** Se define a la proteinuria como la presencia de proteínas en orina mayor o igual a 300 mg en una recolección de 24 horas. No es indicador exacto para el diagnóstico de síndrome de Hellp (12).
- ❖ **Hipertensión gestacional:** Se define como la presencia de aumento de la presión arterial después de las 20 semanas y presencia en el puerperio por primera vez, si vuelve a la normalidad antes de las 12 horas se llama hipertensión transitoria (19).
- ❖ **Preeclampsia:** Es la presencia de un aumento de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación asociada a proteinuria, si no presenta proteinuria la preeclampsia se puede diagnosticar por criterios como trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar y disturbio cerebrales o visuales (19).
- ❖ **Eclampsia:** Se define eclampsia como la presencia de convulsiones tónico clónicas generalizadas y/o coma en una mujer que sufre

preeclampsia (12).

- ❖ **Síndrome de HELLP:** Se asocia a la presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia, la cual representa una complicación grave de la preeclampsia (20).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente trabajo académico describe el manejo clínico del Síndrome HELLP en una gestante a término cuyo caso se presentó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho en el mes de julio del 2021.

#### **3.1 ANAMNESIS**

##### **3.1.1 Filiación**

Paciente de 25 Años de edad, de sexo femenino, raza mestiza, estado civil soltera, religión católica, con nivel de educación secundaria completa, estado civil soltera, y ocupación ama de casa.

##### **3.1.2 Enfermedad actual**

**Fecha 23/07/2021 (Hora 12:28)**

Paciente acude a Servicio de Emergencia Gineco Obstetricia referida de su Centro de Salud por presentar proteína en orina +++/+++ . Niega síntomas premonitorios de eclampsia. Niega contracciones uterinas. Niega pérdida de líquido amniótico. Percibe movimientos fetales. Trae tarjeta de control pre natal con solo 01 control hace 2 días. Funciones biológicas: No hay registro.

**Antecedentes:**

- ❖ **Personales y patológicos:** Niega antecedentes patológicos personales y quirúrgicos.
- ❖ **Gineco obstétricos:** No hay datos relacionados con la menarquía, régimen catamenial, inicio de actividad sexual y Papanicolaou. Paciente con fórmula obstétrica G4 P2012 Mayor Peso Fetal: 3744 gr.
- ❖ **Embarazo actual:** Fecha Última Regla: 16/10/20. Fecha Probable Parto: 12/07/21. Edad Gestacional: 39.3ss. ASS (ácido sulfosalicílico) +++/+++

### 3.1.3 Examen físico

Funciones vitales: temperatura (T°): 36.8 °C, presión arterial (PA) 120/60 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (FR):16 respiraciones por minuto y una saturación (SAT) de 97%.

Al examen general: paciente en regular estado general (AREG) regular estado nutricional (AREN) lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP).

Respiratorio: se evidencia buen pasaje del murmullo vesicular, no presenta ruidos agregados, ruidos cardíacos rítmicos: no soplos, abdomen: blando y depresible.

Al examen obstétrico: altura uterina: 33 cm, frecuencia cardiaca fetal(FCF): 138 latidos por minuto, situación longitudinal en presentación cefálica y posición izquierda, movimientos fetales presentes. No se evidencia dinámica

uterina, genito urinario: conservado. Tacto vaginal: cérvix posterior sin cambios, locomotor y neurológico no se evidencian alteraciones.

#### **3.1.4 Impresión diagnóstica**

- ❖ Gestante de 39 3/7 semanas por fecha de última regla.
- ❖ No trabajo de parto.
- ❖ Descartar Preeclampsia.

#### **3.1.5 Tratamiento y evolución**

##### **❖ Fecha 23/07/2021 (Hora 12:28)**

Paciente gestante es atendida por emergencia como una prioridad II.

Se le solicita exámenes de laboratorio, ecografía y pruebas de bienestar fetal con indicación de reevaluación con resultados.

##### **❖ Fecha 23/07/2021 (Hora 18:40)**

Gestante de 25 años con 40 semanas de embarazo por ecografía con proteinuria en orina alterada, funciones vitales estables, dinámica uterina ausente, sin cambios cervicales. Llegan resultado de Laboratorio más resultados de prueba de bienestar fetal por lo cual el equipo de guardia concluye que la gestante es una paciente con proteinuria evidente, con riesgo de preeclampsia, por lo cual se debe terminar la gestación, indicando un test de estrés fetal.

##### **❖ Fecha 23/07/2021 (Hora 21:10)**

Funciones vitales: temperatura: 37°C, presión arterial: 130/80 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación 98%.

Paciente presenta cefalea intensa y epigastralgia en área de Monitoreo fetal, por ello se suspende test de estrés fetal.

Al examen obstétrico: Latidos fetales en 152 x minuto, dinámica uterina esporádica, movimientos fetales presentes (++) al tacto vaginal cérvix dehiscente, incorporación 50%, altura de presentación en -3/-4.

**Apreciación diagnóstica:**

- Gestante de 40 semanas.
- Pródromos Trabajo de Parto.
- Preeclampsia con signos de severidad.

**Plan de trabajo:** Cesárea

**Tratamiento:**

- Nada por vía Oral
  - Vía Salinizada
  - Cefazolina 2 gr Endovenoso STAT
  - Control obstétrico + Control de funciones vitales
  - Preparar para cesárea de urgencia
- ❖ **Fecha 24/07/2021 (Hora 02:00)**

Funciones vitales: temperatura: 37°C, presión arterial: 169/100 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca: 83 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación 98%.

Se revalora paciente en área de recuperación quirúrgica con set de Preeclampsia alterado: hemoglobina (HB) 9.7 g/dl; plaquetas 144 000/ml; Lactato deshidrogenasa(LDH) 1049 UI/L; Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO) 210 UI/L; Transaminasa Glutámico Pirúvica(TGP) 128 UI/L. Paciente al momento niega signos premonitorios de eclampsia.

Al examen obstétrico: útero: contraído a 2 cm debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria: cubierta por apósito limpio y secos, genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

#### **Apreciación diagnóstica:**

- Post Cesárea por trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia con signos de severidad.

**Plan de trabajo:** Neuroprotección, uterotónico, analgésicos y antibióticos.

#### **Tratamiento**

- Nada por vía oral por 8 Horas, luego probar tolerancia oral.
- Cloruro de sodio 9 %. 1000 centímetros cúbicos (cc) + 30 unidades internacionales (UI) Oxitocina I-II frascos cada 24 horas xx gotas/ min.
- Sulfato de magnesio 5 ampollas(amp) + Cloruro de sodio 9% 1000 centímetros cúbicos(CC). 50 CC: 40 CC durante 20 minutos(min), luego 10 mililitros por hora(ml/h) hasta completar 24 horas.

- Cefazolina 1 gramo endovenoso cada 8 Horas x 3 dosis.
- Metildopa 1 gr vía oral cada 8 horas.
- Nifedipino 30 miligramos(mg) vía oral cada 12 horas.
- Tramadol 100 mg + Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas.
- Nifedipino 10 mg vía oral condicional a presión arterial mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio(mmHg).
- Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal.
- Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte.
- Sonda foley permeable, no retirar.
- Balance hídrico + control de diuresis.
- Se solicita interconsulta a unidad de cuidados intensivos(UCI).
- Pendiente hemoglobina y hematocrito control (6 horas post operatorios).

❖ **Fecha 24/07/2021 Hora 03:50**

Funciones vitales: temperatura: 37°C, presión arterial: 140/104 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca: 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación: 97%.

Se revalora paciente en área de recuperación quirúrgica. Paciente al momento niega cefalea, tinnitus, escotomas o epigastralgia. Área de Unidad de Cuidados Intensivos responde interconsulta, recomendando añadir antihipertensivo Labetalol 25 mg endovenoso STAT o Nifedipino 30 mg vía oral cada 12 horas y coordinar referencia a centro de mayor complejidad.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, regular estado nutricional, regular estado de hidratación, abdomen blando y depresible. útero: contraído a 2 cm debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria cubierta: por apósito limpio y seco. genitales externos: loquios hemáticos, escasos sin mal olor.

**Apreciación Diagnóstica:**

- Post Cesárea por trastorno hipertensivo del embarazo(THE): Preeclampsia con signos de severidad.

**Plan de trabajo:** Pasa a hospitalización en alto riesgo obstétrico para Neuroprotección, Uterotónicos, analgésicos y antibióticos.

**Tratamiento**

- Nada por vía oral X 2 horas luego probar tolerancia oral
- Cloruro de sodio 9%.1000 CC + 30 UI oxitocina I-II frascos /24 horas xx gotas/ minutos
- Sulfato de magnesio 5 amp + Cloruro de sodio 9% 50CC: 40 cada durante 20 minutos, luego 10 ml/h hasta completar 24 horas.
- Cefazolina 1 gr endovenoso cada 8 horas x 3 dosis.
- Metildopa 1 gr vía oral cada 8 horas.
- Nifedipino 30 mg vía oral cada 12 horas.
- Tramadol 100 mg + metoclopramida 10 mg endovenosa cada 8 horas.
- Nifedipino 10 MG vía oral condicional a presión arterial mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio.

- Control de funciones vitales.
- Control de sangrado vaginal.
- Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte.
- Sonda foley permeable, no retirar.
- Balance hídrico + control de diuresis.
- Se solicita control de set de preeclampsia 8 am.

❖ **Fecha 24/07/2021 Hora 16:50**

Funciones Vitales: temperatura de 37°C, presión arterial en 120/88 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca con 83 latidos por minuto, frecuencia respiratoria con 18 respiraciones por minuto, saturación de 97%.

Paciente recibe protocolo de preeclampsia con dosis de mantenimiento, actualmente no refiere síntomas de irritación cortical, niega cefalea, niega tinnitus, niega escotomas, leve dolor en herida operatoria.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, regular estado nutricional, regular estado de hidratación, piel: palidez moderada, edemas: 2++/3+++, reflejos rotulianos: 2/4, abdomen: blando y depresible con leve dolor en herida operatoria, útero: contraído, genitales externos: presencia de sonda foley con orina con una diuresis total de 700 cc en 9 horas y presencia de loquios hemáticos en poca cantidad.

**Apreciación diagnóstica:**

- Post Cesárea por preeclampsia con signos de severidad
- Síndrome de Hellp (Disfunción hepática + disfunción hematológica)

**Plan de trabajo:** Referencia al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas e interconsulta con la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Tratamiento:**

- Continuar indicaciones médicas.
- Insistir en referencia
- Comunicar alguna eventualidad.
- Vigilar signos de alarma.

❖ **Fecha 24/07/2021 Hora 22:00**

Funciones vitales estables. temperatura de 37°C, presión arterial: 120/89 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación 97%.

Paciente actualmente en decúbito dorsal somnolienta, responde a las interrogantes con coherencia. Se receptionan exámenes de laboratorio con resultados alterados, Plaquetas en 34 000 u/l, Hemoglobina 9.2 gr/dl, Lactato deshidrogenasa (LDH) 2168 mg/dl, Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO) 630 u/l; Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP )373 u/l), Creatinina 0.8mg/dl.

Al examen: Paciente en mal estado general con regular estado nutricional y mal estado de hidratación, se muestra lúcida orientada en el tiempo espacio y persona, piel: palidez generalizada, aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos sin alteraciones, herida operatoria: en buenas condiciones,

útero: contraído debajo del ombligo, genitales externos y miembros inferiores conservados.

### **Apreciación Diagnóstica**

- Post Cesárea por preeclampsia severa.
- Síndrome de Hellp (Disfunción hepática + plaquetopenia severa).
- Pronóstico reservado.

**Plan de trabajo:** Transfusión de plaquetas, previa coordinación con médico jefe de guardia, quien se comunica con Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas manifestando que a horas de la media noche darán 5 unidades de plaquetas. Se continua con solicitud de referencia a todos los hospitales, obteniendo en todas, respuestas negativas.

Nota: Se comunica al familiar (pareja) el estado crítico de la paciente.

### **Tratamiento**

- Transfusión de 05 unidades de plaquetas, luego un hemograma con lámina periférica a las 02 horas.
- Interconsulta a Unidad de cuidados Intensivos y continuar con tratamiento.

#### **❖ Fecha 25/07/2021 Hora 08:00**

Funciones Vitales: temperatura de 37°C, presión arterial: 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto y una saturación de 97%.

Postcesareada refiere dolor moderado en sitio operatorio. Niega cefalea, tinnitus, escotomas o epigastralgia. Ha sido transfundida con 05 unidades de plaquetas. Se procede a lectura de resultados de laboratorio, Set de preeclampsia con valores aún alterados, Creatinina: 0.78 mg/dl; hemoglobina 7.2 gr/dl; Plaquetas 75000/ml; deshidrogenasa láctica 1649 UI/L; Transaminasa Glutámico Oxalacética 287 UI/L; Transaminasa Glutámico Pirúvica 198 UI/L.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, mamas: blandas/secretantes de calostro, abdomen: blando y depresible, útero: contraído 2 cm debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis, genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

### **Apreciación Diagnóstica**

- Postoperada de cesarea segmentaria transversa de segundo día por preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp.
- Anemia severa.

**Plan de trabajo:** Antihipertensivos, analgésicos, hematínicos, reposo, transfusión de paquete globular.

### **Tratamiento**

- Dieta completa + líquido a voluntad.

- Cloruro de sodio 0.9% .1000 cc endovenoso a xxx gotas X min (Frasco I Y II) Tramadol 100mg mas Metoclopramida 10 mg endovenoso cada /8 horas.
- Metildopa 1 gr vía oral cada 8 horas.
- Nifedipino 10 mg vía oral condicional a presión arterial mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio.
- 01 paquete globular endovenoso previa prueba cruzada.
- Control funciones vitales + control de sangrado vaginal.
- Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte.
- Sonda foley permeable.
- Balance hídrico + diuresis.
- Interconsulta a unidad de cuidados intensivos.
- Referencia a centro de mayor complejidad.
- Avisar cualquier eventualidad.

❖ **Fecha 25/07/2021 (Hora 12:00)**

Funciones vitales: presión arterial: 90/60 mmHg, pulso: 80 x min, frecuencia respiratoria: 16 x min, temperatura: 37 °C, saturación: 97 %.

Paciente evaluada por unidad de cuidados intensivos. Deja sugerencias e insiste en referir al paciente a hospital de mayor complejidad.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona; piel: palidez cutánea marcada ++/+++; mamas: blandas/ secretantes de calostro; abdomen: blando/depresible, útero:

contraído 2 centímetros debajo de cicatriz umbilical; herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis; genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor; miembros inferiores: con edema distal ++/+++.

Paciente con evolución estacionaria evaluada por UCI, sugiere la transfusión de 01 paquete globular. Retirar Nifedipino y disminuir Metildopa y control de set de preeclampsia.

**Apreciación diagnóstica:**

- Postcesareada de +/- 2 días por preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de hellp.
- Anemia severa.

**Plan de trabajo:** Insistir en referencia a hospital de mayor complejidad. Monitoreo permanente, antihipertensivos, analgésicos, hematínicos, reposo y transfusión de 01 paquete globular.

**Tratamiento**

- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- Cloruro de sodio 9%.1000 cc endovenoso a xxx gotas por minuto (Frasco I Y II)
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas.
- Tramadol 100 mg + Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas
- Metildopa 1 gr vía oral cada 12 horas.

- Nifedipino 10 mg vía oral por razón necesaria a presión arterial mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio.
- 01 paquete globular endovenoso previo a prueba cruzada.
- Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal.
- Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte.
- Sonda foley permeable.
- Balance hídrico + diuresis.
- Interconsulta a Unidad de cuidados intensivos.
- Referencia a centro de mayor complejidad.
- Avisar eventualidad.

❖ **Fecha 25/07/2021 (Hora16:50)**

Funciones vitales presión arterial: 110/70 mmHg, pulso: 67 por minuto, frecuencia respiratoria: 16 por minuto, temperatura: 37.2 ° centígrados, saturación: 98 %.

Postcesareada de 2 días al momento refiere leve dolor en herida operatoria, niega síntomas de alarma, tolera dieta, orina por sonda foley con diuresis 1200 ml. Se realiza lectura de resultados de set de preeclampsia tomado a las 12:17 horas con resultados alterados. Hemoglobina: 5.5 gr/dl, plaquetas: 49000/mg; leucocitos 8900 UI/L; creatinina 0.68 mg/dl; bilirrubina total 0.34 mg/dl; bilirrubina indirecta 0.06 mg/dl; bilirrubina directa 0.28 mg/dl; lactato deshidrogenasa 1187 UI/L; transaminasa glutámica oxalacética 203 UI/L; transaminasa glutámico pirúvica 164 UI/L.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, piel: palidez cutánea marcada ++/+++, mamas: blandas/ secretantes de calostro, abdomen: blando/depresible, útero: contraído 2 cm debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis, leve dolor a la palpación de hemiabdomen inferior, genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor, miembros inferiores: con edema distal ++/+++.

Paciente con evolución estacionaria, hemodinámicamente estable al momento. Se transfunde 01 paquete globular. Pendiente resultado de hemoglobina control.

NOTA: se comunica a jefe de guardia estado actual de paciente y la necesidad de evacuar a un hospital de mayor complejidad y/o manejo de uci. También se insiste en el área de referencias. Jefe de guardia nos indica que hay posibilidad de traer plaquetas al hospital.

Respuesta de interconsulta a unidad de cuidados intensivos: médico encargado de guardia reevalúa a paciente e indica verbalmente agregar Dexametasona e insistir con referencia. No responde por escrito la interconsulta.

**Apreciación diagnóstica:**

- Postoperada de 2 días por cesárea segmentaria transversa primaria por preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp.

- Anemia severa.

**Plan de trabajo:** Insistir referencia a hospital de mayor complejidad continuar con monitoreo permanente, antihipertensivos, analgésicos, hematínicos, transfusión de plaquetas y reposo.

### **Tratamiento**

- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 centímetro cúbico endovenoso a xxx gotas por minutos (Frasco I Y II).
- Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas.
- Tramadol 100 miligramos + Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 8 horas.
- Metildopa 1 gramo vía oral cada 12 horas.
- Nifedipino 10 miligramos vía oral por razón necesaria a presión arterial mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio.
- Dexametasona 4 mg endovenoso cada 8 horas.
- Transfusión de plaquetas, en espera de contar con plaquetas en el hospital.
- Monitoreo de funciones vitales permanente.
- Control de presión arterial 4 horas en hoja aparte.
- Sonda foley permeable.
- Balance hídrico + diuresis.
- Control de set de preeclampsia 10 pm.

- Referencia a centro de mayor complejidad.
- Avisar eventualidad.

❖ **Fecha 25/07/2021 (Hora 23:00)**

Llegan resultados del set de preeclampsia tomado a las 21 horas. Hemoglobina 8.3 g/dl; plaquetas 48000 uL; leucocitos 8900 uL; creatinina 0.71 mg/dl; bilirrubina total 0.31 mg/dl; deshidrogenasa láctica 1187 UI/L; transaminasa glutámica oxalacética 203 UI/L; transaminasa glutámico pirúvica 164 UI/L. Paciente refiere tener escalofríos, niega signos de alarma, con funciones vitales: presión arterial: 165/85 mmhg pulso: 75 X min, frecuencia respiratoria: 20 X minuto, temperatura: 36.5 °C saturación:98%. Paciente con evolución estacionaria, hemodinámicamente inestable. Se transfunde 01 paquete globular. Hemoglobina control 8.3 g/dl

Al examen: paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, piel: palidez cutánea marcada ++/+++, Mamas: blandas/ secretantes de calostro, genitales externos: Loquios hemáticos escasos sin mal olor, miembros inferiores: con edema distal ++/+++.

**Apreciación diagnóstica:**

- Postcesareada por cesárea segmentaria transversa primaria por preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp
- Anemia severa.

**Plan de trabajo:** Insistir en referencia a hospital de mayor complejidad, monitoreo permanente, antihipertensivos, analgésicos, reposo, transfusión de plaquetas.

**Nota:** Informa laboratorio que recientemente llegaron 10 unidades de plaquetas normales, O positivo.

### **Tratamiento**

- Dieta completa + Líquidos a voluntad.
- Cloruro de sodio 0.9% .1000 cc endovenoso a xxx gotas por minuto (Frasco I y II).
- Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas.
- Tramadol 100mg + Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas.
- Metildopa 1 gramo vía oral cada 12 horas.
- Nifedipino 30 miligramos vía oral cada 12 horas.
- Nifedipino 10 miligramos vía oral condicional a presión arterial mayor o igual a 160/110 mmhg.
- Dexametasona 4 mg endovenoso cada 8 horas.
- Transfusión de 10 unidades de plaquetas.
- Monitoreo de funciones vitales permanente.
- Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte.
- Sonda foley permeable.
- Balance hídrico + diuresis.
- Control de set de preeclampsia 06 am.

- Referencia a centro de mayor complejidad.
- Avisar cualquier eventualidad.

❖ **Fecha 26/07/2021 (hora 08:00)**

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg, pulso: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 16 x min, temperatura: 36.5 °C, saturación: 98 %.

Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio. Niega cefalea, tinitus, escotomas o epigastralgias. Hasta el momento se han transfundido en total 15 unidades de plaquetas y 01 paquete globular. Control de set de preeclampsia 06:07 am, hemoglobina:8.4 g/dl, plaquetas 163 000/mg, deshidrogenasa láctica 820 UI/L, transaminasa glutámica oxalacética 94 UI/L, transaminasa glutámico pirúvica 120 UI/L.

Al examen: Lúcida orientada en tiempo espacio y persona, aparente regular estado general, mamas: blandas/secretantes de calostro, abdomen: blando/depresible, útero: contraído a 3 cm debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis, genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

**Apreciación diagnóstica:**

- Post operada por cesárea segmentaria transversa por Preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp.
- Anemia moderada.

**Plan de trabajo:** Insistir referencia a centro de mayor complejidad. Antihipertensivos, analgésicos, hematínicos, transfusión de paquete globular y reposo.

### **Tratamiento**

- Dieta completa + Líquidos a voluntad.
- Cloruro de sodio 0.9% .1000 cc endovenoso a xxx gotas por minuto (Frasco I y II).
- Hierro sacarato 2 ampollas + cloruro de sodio 9%. 200 cc endovenosos lento STAT.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas.
- Dexametasona 4 mg endovenoso cada 8 horas.
- Paracetamol 1 gr vía oral cada 8 horas.
- Tramadol 50 mg subcutáneo por razón necesaria a dolor intenso.
- Metildopa 1 gr vía oral cada 12 horas.
- Nifedipino 10 mg vía oral por razón necesaria a presión arterial mayor o igual a 160/110 mmhg
- Se solicita set de preeclampsia para las 14:00 horas.
- Monitoreo permanente: Control de presión arterial cada 4 horas en hoja aparte.
- Retirar sonda Foley.
- Insistir referencia a centro de mayor complejidad.
- Avisar eventualidades.

❖ **Fecha 27/07/2021 (Hora 08:00)**

Funciones vitales: presión arterial 130/60 mmhg, pulso:80 x min, frecuencia respiratoria: 16 x min, temperatura:36.5 °C, saturación :98 %.

Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio. Niega cefalea, tinitus, escotomas o epigastralgias. Control de set de preeclampsia 17:37 Hemoglobina 8.3 g/dl; Plaquetas 160 000/ mg; Deshidrogenasa Láctica 752 UI/L; Transaminasa Glutámico Oxalacética 74 UI/L; Transaminasa Glutámico Pirúvica 102 UI/L.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, Mamas: blandas/secretantes de calostro, Abdomen: blando/depresible, Útero: contraído a 3 centímetros debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria afrontada sin signos de flogosis, Genitales externos: Loquios hemáticos escasos sin mal olor.

**Apreciación diagnóstica:**

- Post operada de +/- 4 días por cesárea segmentaria transversa primaria por Preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp
- Anemia moderada

**Plan de trabajo:** Antihipertensivos, analgésicos, hematínicos y reposo.

**Tratamiento**

- Dieta completa + líquidos a voluntad.

- Cloruro de sodio 0.9% .1000 cc endovenoso a xxx gotas por minuto (Frasco I Y II).
- Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 12 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas.
- Dexametasona 4 mg endovenosa cada 8 horas.
- Paracetamol 1 gr vía oral cada 8 horas.
- Tramadol 50 mg subcutáneo por razón necesaria a dolor intenso.
- Metildopa 1 gr vía oral cada 8 horas.
- Nifedipino 10 mg vía oral por razón necesaria a mayor o igual a 160/110 mmhg.
- Se solicita set de preeclampsia.
- Monitoreo permanente: Control de presión arterial cada 2 horas en hoja aparte.
- Avisar eventualidad.

❖ **Fecha 28/07/2021 (Hora 08:00)**

Funciones vitales: presión arterial 130/70 mmhg, pulso:80 x min  
frecuencia respiratoria: 16 x min, temperatura: 36.4 °C, saturación :98 %.

Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio. Niega cefalea, tinitus, escotomas o epigastralgias. Control de set de preeclampsia 17:19, hemoglobina 7.5 g/dl; plaquetas 144 000 / mg; deshidrogenasa láctica 836 UI/L; transaminasa glutámica oxalacética 145 UI/L; transaminasa glutámico pirúvica 159 UI/L.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, mamas: blandas/secretantes de calostro, abdomen: blando/depresible, útero: contraído a 3 centímetros debajo de cicatriz umbilical. herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis, Genitales externos: loquios hemáticos escasos sin mal olor.

**Apreciación diagnóstica:**

- Postoperada de +/- 5 días por cesárea segmentaria transversa primaria por Preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp.
- Anemia moderada.

**Plan de trabajo:** Antihipertensivos, analgésicos, hematínicos y reposo.

**Tratamiento**

- Dieta completa + Liquido a voluntad.
- Cloruro de sodio 0.9%. 1000 cc endovenoso a xxx gotas por minuto (Frasco I Y II).
- Hierro Sacarato 2 ampollas + cloruro de sodio 9 %. 200 cc endovenoso lento STAT.
- Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas.
- Paracetamol 1 gramos vía oral cada 8 horas.
- Tramadol 50 miligramos subcutáneo por razón necesaria a dolor intenso.

- Metildopa 1 gramo vía oral cada 12 horas.
- Nifedipino 10 mg vía oral por razón necesaria a presión arterial mayor o igual a 160/110 mmhg.
- Se solicita set de preeclampsia.
- Monitoreo permanente: Control de presión arterial cada 2 horas en hoja aparte.
- Avisar eventualidad.

❖ **Fecha 29/07/2021 (Hora 08:00)**

Funciones vitales: presión arterial 126//76 mmhg, pulso:82 x min, frecuencia respiratoria: 16 x min, temperatura:36.4, °C saturación :98 %.

Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio. Niega cefalea, tinnitus, escotomas o epigastralgias. Control de set de preeclampsia del 28/07/2021 14:26 horas, Hemoglobina 8.6 g/dl; plaquetas 184 000/ mg; deshidrogenasa láctica 771 UI/L; transaminasa glutámico oxalacética 77 UI/L; transaminasa glutámico pirúvica 123 UI/L.

Al examen: Paciente en aparente regular estado general, lúcida orientada en tiempo espacio y persona, mamas: blandas/secretantes de calostro, abdomen: blando/depresible, útero: contraído a 4 centímetros debajo de cicatriz umbilical. Herida operatoria: afrontada sin signos de flogosis, Genitales externos: Loquios hemáticos escasos sin mal olor.

**Apreciación Diagnóstica:**

- Postoperada de +/- 6 días por cesárea segmentaria transversa primaria por Preeclampsia con signos de severidad.
- Síndrome de Hellp.
- Anemia moderada.

**Plan de trabajo:** Alta con indicaciones médicas.

**Tratamiento:**

- Cefuroxima 500 mg, 1 tableta vía oral cada 2 horas por 5 días.
- Paracetamol 500 mg, 2 tabletas vía oral cada 8 horas por 5 días.
- Sulfato ferroso 300 mg, 1 tableta vía oral cada 12 horas por 15 días.
- Metildopa 250 mg, 2 tabletas vía oral cada 8 horas por 7 días.
- Se explican signos de alarma.
- Control de presión arterial en centro de salud diario.
- Control en centro de salud en 7 días.

**3.1.7 Exámenes auxiliares**

Fecha/hora Exámenes	23/07/21 16:46	24/07/21	24/07/21	24/07/21	24/07/21	25/07/21	25/07/21	26/07/21	26/07/21	27/07/21	28/07/21
		01:29	09:15	19:55	06:11	12:17	21:02	06:07	17:37	17:19	14:26
Ácido Úrico	6.61 mg/dl	5.69 mg/dl	5.71mg/dl	5.71mg/dl	3.95 mg/dl	4.58mg/dl			4.65 mg/dl	3.68 mg/dl	4.34 mg/dl
Bilirrubina total		0.29 mg/dl	1.49mg/dl	1.27mg/dl	0.58 mg/dl	0.34mg/dl	0.31mg/dl	0.38mg/dl	0.41 mg/dl	0.30 mg/dl	0.38 mg/dl
Bilirrubina Directa	0.12 mg/dl	0.14 mg/dl	0.81mg/dl	0.91mg/dl	0.47 mg/dl	0.28mg/dl		0.23mg/dl	0.17 mg/dl	0.03 mg/dl	0.15 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.10 mg/dl	0.15 mg/dl	0.68mg/dl	0.36mg/dl	0.11 mg/dl	0.06mg/dl		0.15mg/dl	0.25 mg/dl	0.27 mg/dl	
Creatinina	0.94 mg/dl	90 mg/dl	0.81mg/dl	0.80mg/dl	0.78 mg/dl	0.68mg/dl	0.71mg/dl		0.68 mg/dl	0.60 mg/dl	0.59 mg/dl
Glucosa	71 mg/dl	90 mg/dl	148 mg/dl	180 mg/dl	78 mg/dl				116 mg/dl	91 mg/dl	67 mg/dl
Leucocitos	9 150 /uL			9 900/uL		8 900 /uL	10 410/uL	11 820/uL	12 180 /uL		11 740 mg/dl
Plaqueta	165000/ uL	144000/uL	72 000/uL	34000/ uL	75 000/ uL	49 000/uL	48 000/uL	163000 u/L	160 000 u/L	144 000 u/L	184 000 u/L
Hemoglobina	11.2 g/dl	9.7 g/dl	11.5 g/dl	9.2 g/dl	6.2 g/dl	6.5 g/dl	8.3 g/dl	8.4 g/dl	8.3 g/dl	7.5 g/dl	8.6 g/dl
Abastondados		02%		0.3%	05%	01%	02%		0.2 %	00 %	0.2%
Segmentado		87%		79%	72%	76%	76%		86 %	67 %	68%
Deshidrogenasa Láctica (LDH)	533 UL	1049 U/L	2559 U/L	2168 U/L		1187 U/L	972 U/L	820 U/L	752 U/L	836 U/L	771 U/L
Transaminasa Glutámico Oxalacética TGO	50 U/L	210 U/L	720 U/L	630 U/L	287 U/L	203 U/L	146 U/L	94 U/L	74 U/L	145 U/L	77 U/L
Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP)	35 U/L	128 U/L	373 U/L	329 U/L	198 U/L	164 U/L	146 U/L	120 U/L	102 U/L	159 U/L	123 U/L
Urea	31.8 mg/dl	35.6 mg/dl		31.8mg/dl	28.5 mg/dl	27.8mg/dl	22.0mg/dl		18 mg/dl	17.4 mg/dl	21.5 mg/dl
Tiempo de coagulación	6 min	7 min	5 min 15'sg	6 min	5 min 50 seg	7 min		7.15 min	6 min	6 min	5 min
Tiempo de sangría	1 min 30'sg	2 min 15'sg	1 min 17'sg	1 min 45'sg	1 min 15'seg	2 min		2 min	2 min	1 min 30 s	2 min
Tiempo de protrombina	10.2 S	11.1 S		11 S	11.7 S	11.0 S		10.8 S	9.9 S	11.2 S	12.9 S
Tiempo parcial tromboplastina	26.2 S	26.8 S		25.6 S	31.0 S	28.2 S		27.6 S	30.7 S	22.8 S	32 S

### 3.1.7 Epicrisis

**FECHA Y HORA DE INGRESO:** 23/07/2021 12:28 pm

Paciente: RRPJ

Servicio: hospitalización obstetricia

#### **DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:**

Parto por cesárea, sin otra especificación O82.9

Eclampsia, en periodo no especificado O15.9

#### **RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:**

**Examen físico:** No se registra en la epicrisis.

**Exámenes auxiliares:** No se registra en la epicrisis.

**Evolución:** Estable

#### **Tratamiento:**

- Cefuroxima 500 mg, 1 tableta vía oral cada 2 horas por 5 días.
- Paracetamol 500 mg, 2 tabletas vía oral cada 8 horas por 5 días.
- Sulfato ferroso 300 mg, 1 tableta vía oral cada 12 horas por 15 días.
- Metildopa 250 mg, 2 tabletas vía oral cada 8 horas por 7 días.

**Recomendaciones:** Educación sanitaria y orientación en signos de alarma: sangrado abundante o con mal olor, fiebre, dolor de cabeza intenso, si presenta alguno de los signos de alarma acudir por emergencia al hospital más cercano. Consumir alimentos ricos en proteínas, carnes, huevos, menestras, pescados, sangrecita, entre otros. Baño diario. Lactancia materna exclusiva. Acudir a su centro de salud en 7 días para control post parto. Control de presión arterial a diario en centro de salud.

**Resumen de la enfermedad actual:** Postcesareada hemodinámicamente estable.

**Complicaciones:** Si

Síndrome de Hellp, transfusión de 15 paquetes de plaquetas y transfusión de paquete globular.

**DIAGNÓSTICO DE EGRESO:**

Parto por cesárea sin otra especificación.

Eclampsia en periodo no especificado.

Anemia que complica el embarazo, el parto y puerperio.

Diagnóstico de mortalidad: Ninguno.

**CONDICIÓN DE EGRESO:** Estable.

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

El síndrome HELLP, es una complicación del trastorno hipertensivo que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos (Hemólisis), aumento de las enzimas hepáticas y destrucción de las plaquetas (plaquetopenia) (2).

Las pacientes con Síndrome de Hellp presentan manifestaciones clínicas de tipo variable como cefalea intensa, escotomas, epigastralgia, náuseas y/o vómitos, malestar general, edemas en miembros inferiores y superiores, dolor en hombro derecho, hipertensión y proteinuria, entre otros; sin embargo, en algunos casos, se puede presentar con presión arterial dentro de los límites normales; es decir, con tensión arterial sistólica menor de 140 mmhg y diastólica menor de 90 mmhg. Por ello no es suficiente el cuadro clínico para el diagnóstico; ya que se puede confundir con los signos y/o síntomas de otros trastornos hipertensivos como la Preeclampsia o eclampsia (1).

Aquellas gestantes que cursan con preeclampsia severa y HELLP, tienen 3 a 25 veces más riesgo que una gestación normal de presentar complicaciones graves como: coagulación intravascular diseminada (15%), falla renal (3%), edema pulmonar (8%), hemorragia intracraneana (1,5%), requerimiento de transfusión sanguínea (25%), abruptio placentae (4,1-

22,9%) y mortalidad perinatal (22,6%) entre otros. A largo plazo, 20% de las pacientes desarrollarán hipertensión o microalbuminuria y aumento en el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular (16). Es ahí donde radica la importancia de realizar un oportuno y adecuado diagnóstico para un enfoque terapéutico inmediato, que permita controlar las posibles complicaciones agudas de esta patología (1).

La paciente gestante que se presenta en el caso clínico ingresa a emergencia normotensa sin signos premonitorios de eclampsia, con una referencia de su centro de salud por proteinuria +++, sin embargo, en el transcurso de las horas mostró sintomatología e hipertensión por lo que el equipo de guardia decide terminar la gestación por vía alta. En el estudio realizado por Jimena Bracamonte Peniche 2018 el cual fue una revisión sistemática de artículos el cual buscó presentar las características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp con el objetivo de diferenciar las sintomatología y semiología de dicha patología. (6)

La paciente en mención contaba con un solo control prenatal, por lo que se considera como paciente de riesgo por el inadecuado control obstétrico, también presentó un incremento de peso de 23 Kg según el dato recolectado de la tarjeta de control prenatal. En el estudio realizado en el 2017 por Meza Altamirano, Mariana Del Pilar en una de sus conclusiones hacen mención sobre los controles prenatales inadecuados con un 58.33% de los casos reportados en dicho estudio y 28.3% para obesidad. (5)

Los exámenes de perfil de preeclampsia al ingreso no estaban alterados, sin embargo, los exámenes realizados post cirugía muestran un perfil de preeclampsia con resultados patológicos, los cuales al transcurrir las horas y días fueron alternándose aún más. La clasificación de Mississippi considera un punto de corte para Plaquetas con resultados menores 50,000/ml (Mississippi clase I) AST o ALT menores o igual a 70 UI/L y en Tennessee, valores menores o iguales a 100.000/ml, AST o ALT menores o igual a 70 UI/L y LDH: mayor o igual a 600 UI/L (6). En el caso presentado la paciente mostró a su ingreso plaquetas y enzimas hepáticas dentro de los rangos normales y hacia el post operatorio +/- 19 horas presentó plaquetas en 77 000/ml más enzima hepáticas alteradas (TGP: 720 TGO:373) llegando a su momento más crítico a las 24h post cesárea con valores de Plaquetas en 34 000/ml, TGO:630 UI/L TGP: 373 UI/L Y LDH: 2165 UI/L cumpliendo así con los tres criterios establecidos en la clasificación Mississippi clase I y la de Tennessee (6).

Se intentó en reiteradas oportunidades la referencia a otro centro de salud de mayor complejidad y a la misma vez I/C con servicio de U.C.I, respondiendo no contar con camas, sin embargo, esto no fue una limitación, pues se logró transfundir a la paciente durante los días de hospitalización 15 paquetes de plaquetas y un paquete globular. En el estudio de tipo descriptivo, retrospectivo realizado por Betsy Micol Zapata Díaz y colaboradores en año 2020 mostró una alta tasa (85%) de pacientes

que requirieron transfusiones con hemoderivados y/o plaquetas, confirmando con este estudio esta prevalencia. (2)

El Hospital San Juan de Lurigancho pese a sus limitaciones por no contar con un Banco de Sangre que pueda proveer los paquetes globulares y plaquetas, asimismo, sin contar con camas disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuenta con el apoyo de otros hospitales para la dotación de sangre y derivados para los casos de urgencia con el compromiso de ser devueltos por los familiares esto permitió realizar un manejo adecuado y oportuno por lo que la paciente evolucionó de manera favorable, siendo dada de alta al 6to día de hospitalización, ayudando así a la reducción de la mortalidad materna por esta patología como es el Síndrome de HELLP.

## CONCLUSIONES

- 1 El cuadro clínico expuesto en el presente trabajo académico se caracterizó por presentar la tríada clásica de esta patología como son la hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y plaquetopenia, presentando además hipertensión proteinuria, anemia, dolor epigástrico, cefalea y malestar generalizado.
- 2 El tratamiento con sulfato de magnesio, control de la presión arterial, reposición de hemoderivados y el parto oportuno del feto y de la placenta parecen ser las mejores formas y las más seguras para detener el avance de la enfermedad y reducir los resultados adversos.
- 3 Los factores de riesgo maternos identificados para el síndrome HELLP en pacientes preeclámpticas severas son principalmente antecedentes de preeclampsia, antecedente de síndrome Hellp, antecedente de Hipertensión arterial crónica y embarazo múltiple, sin embargo, en el presente caso la paciente no presentó ninguno, lo cual nos lleva a concluir que también se puede presentar en pacientes sin ningún factor de riesgo.

- 4 Dentro de las limitaciones halladas se remarca la ausencia de Banco de Sangre en el Hospital San Juan de Lurigancho y también el no contar con suficientes camas en Unidad de cuidados intensivos. Pese a estas limitaciones el área de Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico pudo manejar de manera exitosa el caso mostrado.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la jefatura de Gineco Obstetricia realizar la socialización de casos a través del análisis clínico y epidemiológico de la preeclampsia y síndrome de Hellp con los diferentes profesionales de salud involucrados en la salud materna y fetal, la cual nos permitirá evaluar acciones de mejora para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
2. Se recomienda a la jefatura de Gineco Obstetricia , Obstetricia y Neonatología difundir y socializar la Guía Clínica del hospital San Juan de Lurigancho con los diversos profesionales involucrados en la atención de la gestante y feto, para realizar un manejo y tratamiento oportuno de la preeclampsia y del síndrome de Hellp con protocolos actualizados según nivel de capacidad resolutive.
3. Se recomienda a la jefatura de Gineco-Obstetricia y Obstetricia tener identificado con claridad los factores de riesgo para el desarrollo de estas patologías a través de capacitaciones constantes para poder realizar una identificación oportuna de la patología y estar preparados para dar una atención oportuna y evitar muertes materno y fetales.

4. Se recomienda a la dirección ejecutiva promover y gestionar la creación de Banco de sangre del Hospital San Juan de Lurigancho, por ser uno de los distritos con mayor demanda de pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zapata Díaz BM, Ramírez Cabrera JO. Diagnóstico y manejo oportuno del síndrome HELLP. Vol. 66, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2020. p. 57–65.
2. Zapata Díaz BM, Ramírez Cabrera JO, Díaz Lajo VH, Catari Soto KD, Flores Valverde M. Diagnóstico y manejo del síndrome HELLP en un hospital peruano TT - Diagnosis and management of HELLP syndrome at a Peruvian hospital [Internet]. Vol. 66, Rev. Peru. ginecol. obstet. (En línea). 2020. p. 19–24. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322020000100019](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100019)
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. Vol. 1999, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 2014. 1–48p. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333\\_spa.pdf;jsessionid=982EEC1AAF194B655AB55641C4A64242?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=982EEC1AAF194B655AB55641C4A64242?sequence=1)
4. Perinatal INMP. La preeclampsia, problema de salud pública. 2019;8(2):7–8. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147/151>
5. Pilar MAM de la Universidad Peruana Los Andes [Internet]. Universidad Peruana Los Andes. 2017. p. 77. Available from: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/389/gutierrezquintana marco antonio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Bracamonte-Peniche J, López-Bolio V, Mendicuti-Carrillo M del M, Ponce-Puerto JM, Sanabrais-López MJ, Mendez-Dominguez N. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Rev Biomed [Internet]. 2018;29(2):33–41. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-84472018000200033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472018000200033)
7. OPS. Synthesis of evidence and recommendations for the management of calcium supplementation before and during

- pregnancy for the prevention of preeclampsia and its complications. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* [Internet]. 2021;45:1–7. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55079/v45e1342021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Borrego Cabezas L, Matas Rodriguez C, Del Fresno Serrano M. Actualización en el manejo del Síndrome de Hellp [Internet]. Vol. 15, *Amf*. 2019. p. 184–91. Available from: <https://www.youtu>
  9. Castaño Toro Y, Marcela. Relación de factores asociados al síndrome de Hellp en pacientes del Hospital Universitario Clínico San Rafael, 2012 -2017 [Internet]. Factores asociados al síndrome de Hellp en pacientes del Hospital Universitario Clínico San Rafael, 2012 - 2017. 2019. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/20023/CastañoToro-YaisaMaritza-2019.pdf?sequence=1>
  10. Jerry D la PMW, Alberto DS, Ronald MS, Hernan SM. Síndrome hellp: resultado materno fetal. Unidad de cuidados intensivos materno del instituto nacional materno perinatal. in 2017. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/94/89>
  11. Cardenas Reynoso A, Fernandez Polin M. Lima – Perú. Perú. Anuario de estadísticas ambientales. 2017. p. 696.
  12. OPS. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [Internet]. 2019. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51029>
  13. Cindy MVH. Síndrome de Hellp (Hellp Syndrome) Dra. Cindy Monge von Herold. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2018;3(1):13–6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181c.pdf>
  14. Cesar GA, Julio AR, Olga CR, David GA. Síndrome de Hellp, diagnóstico y tratamiento. *Hematología* [Internet]. 2012;13(4):195–200. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2012/re124h.pdf>
  15. Lastra M, Martínez G. Síndrome de HELLP: controversias y pronóstico. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2020;37(4):147–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183720300684>

16. Noriega-Salas L, Rivera-Luna EN, Robledo-Meléndez A, Moreno-Ley PI, Velázquez-García JA, Ayala-López EA, et al. Ruptura hepática en el síndrome de HELLP. Revisión del tratamiento quirúrgico. *Cir Gen.* 2020;42(1):31–7.
17. Agüero, A; Kourbanov, S; Polanco, D; Ramírez, J; Salas F. Síndrome de Hellp art. *Rev Cienc Salud Integr Conoc* [Internet]. 2020;4(3):65,74. Available from: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/133/212>
18. Paula AC, Catalina G, Sofia AV. Síndrome de Hellp , una triada que puede llegar a ser mortal , revisión breve. 2022;7(7). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms227p.pdf>
19. Cabezas C, Espinoza M, Caballero P. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -. Ministerio Salud. 2017;2:1–274.
20. Pérez R, Arturo L, Cruz R, Arturo L, Vega V, Daniela M, et al. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. 2019;13.
21. Cruz-Santiago José, Meza-Jiménez Guillermo, Ayala-López Ernesto Alonso, Velázquez-García José Arturo, Moreno-Ley Pedro Iván, Robledo-Meléndez Arlette et al . Ruptura hepática en el síndrome de Hellp. Revisión del tratamiento quirúrgico. *Cir. gen* [revista en la Internet]. 2020 Mar [citado 2022 Ago 26] ; 42( 1 ): 31-37. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992020000100031&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992020000100031&lng=es). Epub 24-Sep 2021. <https://doi.org/10.35366/92709>.
22. Cetin A. Revisión terapéutica de la eclampsia y el síndrome HELLP. *Artículos Originales Ginecología* 15:1-6, Sep 2018. Available from: [https://www.siicsalud.com/pdf/ao\\_ginecologia\\_15\\_o2218.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/ao_ginecologia_15_o2218.pdf)
23. Camac Lobatón W. Influencia de los factores personales y obstétricos en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2020 [Internet]. 2020. Available from: [https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/10019/Tesis\\_influencia\\_factorespersonales\\_obstetricos\\_preeclampsia\\_gestantesatendidas\\_hospitalSanJuandeLurigancho.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/10019/Tesis_influencia_factorespersonales_obstetricos_preeclampsia_gestantesatendidas_hospitalSanJuandeLurigancho.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Angulo Toro W. Factores relacionados a la preeclampsia en adolescentes en el Hospital San Juan de Lurigancho - 2018 TESIS

[Internet]. Vol. 0, Tesis de pregrado. 2019. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10368>

25. Kimberly Herrera Sánchez. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia Vol.3 Núm:3 Marzo 2018. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2018 Marzo [citado 2021 Ago 29] pp: 8 – 12 ISSN:2215-4523 EISSN:2215-5279 ; . Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
26. Nidia Lopez, Julio Sahe Malamud, – José Rosario Nores Fierro, – Sara Inés Córdoba Papa, "Estados hipertensivos y embarazo" Consenso de Obstetricia FASGO 2017 [Internet]. 2017 [citado 2021 Ago 29] ; : pag1. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_Fasgo\\_2017\\_Hipertension\\_y\\_embarazo.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf)
27. Karla Mirella Franco Lopez. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de enero-diciembre del año 2017. Lima - Perú 2019 <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1771/KFRANCO.pdf?sequence=1&isAllowed>
28. Vázquez-Rodríguez JG, Hernández-Castilla DS. Marcadores del laboratorio clínico en pacientes con preeclampsia severas admitidas en una unidad de cuidados intensivos. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2019 [citado el 5 de enero de 2023];46(3):95–101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-marcadores-del-laboratorio-clinico-pacientes-S0210573X18300637>
29. Vista de Presentación atípica del síndrome de Hellp: reporte de caso clínico [Internet]. Edu.co. [citado el 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/178/147>

## ANEXOS

### Anexo N° 1: Hoja de filiación

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO		Hospital San Juan de Lurigancho		04/08/2021	
Av. Canto Grande S/N, Alt. Pdro 11 San Juan de Lurigancho. Lima		TELEFONO: (01) 388-6516, (01) 388-6494		01:40 a.m.	
Pagina 1 de 1					
<b>HOJA DE FILIACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO</b>					
			<b>N° H.Clínica</b>	<b>48818543</b>	
			<b>N° Cuenta</b>	<b>97399</b>	
<b>Apellidos Y Nombres:</b>					
<b>Edad (años)</b>	25 Años	<b>Sexo</b>	Femenino		
<b>Fecha nacimiento</b>	30/11/1995	<b>Teléfono</b>	956697035		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	<b>N° Documento</b>	48818543 DNI		
<b>Dirección</b>	SIN DATOS	<b>Provincia</b>	Lima		
<b>Departamento</b>	Lima	<b>Centro Poblado</b>			
<b>Distrito</b>	San Juan De Lurigancho	<b>N° Cama</b>			
<b>Servicio</b>	TOPICO GINECOLOGIA	<b>Fecha Alta</b>			
<b>Fecha ingreso</b>	23/07/2021	<b>Hora Alta</b>			
<b>Hora ingreso</b>	12:28	<b>Plan</b>	<b>SIS</b>		
<b>Médico Tratante</b>					
<b>Origen (Transf)</b>					
<b>DIAGNOSTICOS</b>	Dx.Ing: (O82.9 ) Parto por cesarea, sin otra especificacion				

## Anexo N° 2: Historia clínica de ingreso

PERÚ Ministerio de Salud Hospital San Juan de Lurigancho		HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA		Cuenta	97399
Nro Historia:	48818543	Tipo Numeración:	Automatica	N° Doc.:	48818543
Paciente:		F y H Ingreso:	23/07/2021 12:28PM	Fuente:	SIS
Consultorio Medico:	TOPICO GINECOLOGIA	Medico de Ingreso:		Edad:	25 Años
Lugar de Nac.:	Santa Anita - Lima - Lima			F. Nac.:	30/11/1995
Grado Instruccion.:	Secundaria Completa			Sexo.:	Femenino
Ocupacion.:	--			E. Civil.:	Soltero
Direccion.:	SIN DATOS - San Juan De Lurigancho - Lima - Lima			Religion.:	--
Acompañante.:	--			N° Doc. Acompañante:	--
Domicilio Acomp.:	--				
Telefonos.:	956697035				

PA :	FR :	T* :	FC :	SAT.O2 :	PESO	TALLA
120/60	16	36.8	80	90	65	1.47

ANAMNESIS	
TIEMPO DE ENFERMEDAD	--
MOTIVO DE CONSULTA	REFERIDA DE CENTRO DE SALUD
RELATO	PACIENTE REFERIDA DE CENTRO DE SALUD POR PRESENTA PROTEINA EN ORINA ++++ NIEGA SINTOMAS PREMONITORES DE ECLAMPSIA. NIEGA CONTRACCIONES UTERINAS. NIEGA PERDIDA DE LIQUIDO TV. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES. TRAE CPN CON SOLO 01 CONTROL HACE 02 DIAS.
ANTECEDENTES	G4 P2012 FUR: 20/10/20 ECO: 36S 3D (12/07/21) FPP: 06/08/21 ANT PER: NIEGA ANT FAM: NIEGA ANT QX: NIEGA RAM: NIEGA
EXAMEN FISICO :	LOTEP ABEG
GENERAL	BUEN PASAJE DEL MV. NO RALES
RESPIRATORIO	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. NO SOPLOS
CARDIOVASCULAR	AU: 33CM SPP: LCI LCF: 136 DU: AUSENTE MF: ++
ABDOMEN	TV: CERVIX POSTERIOR SIN CAMBIOS
GENITOURINARIO	TONO Y FUERZA CONSERVADA
LOCOMOTOR	GLASGOW 15/15
NEUROLÓGICO	ASS (++++)
OTROS	

DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO	CIE10	TIPO DE DIAGNOSTICO
Preeclampsia, no especificada	O14.9	Definitivo

PLAN DE TRABAJO	
1 ATENCION DE EMERGENCIA. PRIORIDAD II (**)	

TRATAMIENTO :		TERAPEUTICA
CANTIDAD	MEDICAMENTOS	--

OBSERVACION DEL TRATAMIENTO :  
SS. ECO TV. SS NST. SET PREECLAMPSIA

EVOLUCION	
DX	
- GESTANTE DE 39.9 X UR	
- NTP	
- D/C PREECLAMPSIA	

OBSERVACIONES

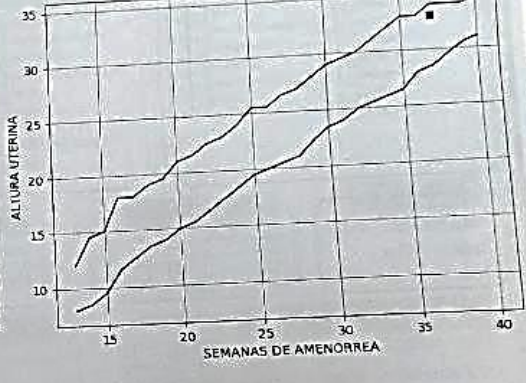
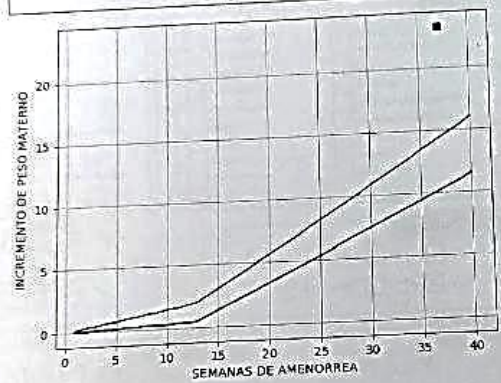
DESTINO DE ALTA			
Domicilio - Alta ( )	Hospitalización ( )	Contrareferencia ( )	Fallecido ( )
Retiro Voluntario ( )	Sala de operaciones ( )	Transferencia ( )	Llego Cadaver ( )

PAG 1 DE 2



Fecha y hora de admisión	21/07/2021
Edad Gest (semanas)	37 5/7 x EGD
Peso (medida)	65.3
Temperatura a(°C)	36.6
Frecuencia arterial (mmHg)	100/60
Pulsos (latidos por min)	80
Alcance uterino (cm)	33
Edad Anál. T/NA	L
Presión Arterial (P/NA)	C
Presión (D/NA)	I
F.C. Fetal (min/NA)	146
Act. Fetal (min/NA)	+++
Presión	NSH
Edad (semanas) (4-4-4-SE)	NSH
Edad (semanas) (3-3-3-SE)	+++
Forma de Feto (Corona, No, Corneo, 20, Espina)	FORMADO
Edad Fetal (semanas) (1-1-1-SE)	30
Pres. Cerebral (presión arterial en mmHg)	120
Info. Act. Fetal	
Edad Fetal (semanas) (1-1-1-SE)	37 5/7
Pres. Arterial (semanas) (1-1-1-SE)	NSH
Edad (semanas)	29/7/2021
Fecha de admisión (D/M/Año)	21/07/2021
Fecha de admisión (D/M/Año)	BAYOVAR



S2-F3.

Patologías Maternas (CIE 10)

Fecha:

1

2

3

Referencia - Consulta externa    SI  No  No Aplica  Fecha  Establ. Trasl.

Referencia - Emergencia        SI  No  No Aplica  Fecha  Establ. Trasl.

Referencia - Apoyo al diagnóstico    SI  No  No Aplica  Fecha  Establ. Trasl.

PSICOPROFILAXIS  ESTIMULACION PRENATAL  PLAN DE PARTO SI  No  No aplica  Alojada en casa de  SI  No  No aplica

## Anexo N° 4: Epicrisis

PERU		Ministerio de Salud		Hospital San Juan de Lurigancho	
<b>EPICRISIS</b>					
<b>F y H Ingreso:</b> 2021-07-23 12:28PM			<b>N° H.C:</b> 48818543		
<b>Paciente:</b> [REDACTED]			<b>Cuenta:</b> 97399		
<b>Servicio:</b> HOSP-OBSTETRICIA			<b>Cama:</b> HOB25		
			<b>N° Filiación:</b> 48818543		
<b>DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO</b>			<b>CIE10</b>	<b>TIPO DE DIAGNOSTICO</b>	
1) Parto por cesarea, sin otra especificacion			O82.9	D = Definitivo	
2) Eclampsia, en periodo no especificado			O15.9	D = Definitivo	
<b>RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:</b>					
<b>Exámen Físico:</b> -					
<b>Exámenes auxiliares:</b> -					
<b>Evolución:</b> ESTABLE					
<b>Tratamiento:</b>					
CEFUROXIMA 500MG: 1 TABL VO CADA 12 HORAS X 5 DIAS / PARACETAMOL 500MG: 2TABL VO CADA 8 HORAS X 5DIAS / SULFATO FERROSO 300MG: 1 TABL CADA 12 HORAS X 15 DIAS / METILDOPA 250MG : 2 TABL VO CADA 8 HORAS X 7 DIAS /					
<b>Recomendaciones:</b>					
EDUCACION SANITARIA Y ORIENTACION EN SIGNOS DE ALARMA: SANGRADO ABUNDANTE O CON MAL OLOR, FIEBRE, DOLOR DE CABEZA INTENSO, SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA ACUDIR POR EMERGENCIA AL HOSPITAL MAS CERCANO. CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN PROTEINAS, CARNES, HUEVOS, MENESTRAS, PESCADOS, SANGRECITA, ENTRE OTROS. BAÑO DIARIO. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. ACUDIR A SU CENTRO DE SALUD EN 7 DIAS PARA CONTROL POST PARTO. CONTROL DE PRESION ARTERIAL A DIARIO EN CENTRO DE SALUD.					
<b>Resumen Enfermedad Actual:</b>					
POST CESAREADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE					
<b>Complicaciones:</b>					
SI: SINDROME DE HELLP TRANSFUSION DE 15 PAQUETES DE PLAQUETA TRANSFUSIONM DE UN PAQUETE GLOBULAR					
<b>CITA CONTROL EN:</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>FECHA DE CITA SUGERIDA</b>			
NINGUNO					
<b>PROCEDIMIENTO TERAPEUTICOS Y/O DIAGNÓSTICOS REALIZADOS:</b>					
<b>Cant.</b>	<b>Procedimientos</b>				<b>CPT</b>
1) 2	TRANSFUSION DE SANGRE O COMPONENTES SANGUINEOS				36430
2) 1	COLOCACION DE SONDA FOLEY				51702
3) 1	TEST NO ESTRESANTE				59025
4) 1	CESAREA				59514
5) 1	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD PARA CADA UNIDAD TECNICA DE ANTIGLOBULINA				86922
6) 1	PATOLOGIA: PIEZA OPERATORIA GRANDE				88380
7) 1	INYECCION PROFILACTICA, DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA; SUBCUTANEA O INTRAMUSCULAR				90782
8) 1	INYECCION PROFILACTICA, DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA, INTRAVENOSA				90784
9) 1	INFUSION IV				96365
10) 1	CURACION DE HERIDAS				97597
11) 1	ATENCION DE ENFERMERIA EN II, III NIVEL DE ATENCION				99206
12) 1	CUIDADOS HOSPITALARIOS INICIALES (**)				99221
13) 1	ATENCION PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACION (**)				99231
<b>DIAGNOSTICO(S) DE EGRESO</b>			<b>CIE10</b>	<b>TIPO DE DIAGNOSTICO</b>	
1) Parto por cesarea, sin otra especificacion			O82.9	D = Definitivo	
2) Eclampsia, en periodo no especificado			O15.9	D = Definitivo	
3) Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio			O99.0	D = Definitivo	
<b>DIAGNOSTICO(S) DE MORTALIDAD</b>			<b>CIE10</b>	<b>TIPO DE DIAGNOSTICO</b>	
INFORMACION EN CASO DE FALLECIMIENTO					
<b>CONDICION DE EGRESO</b>					
Mejorado (X)	Curado ( )	Retiro Voluntario ( )	Fuga ( )	Fallecido ( )	
<b>TIPO DE ALTA</b>					
Definitiva ( )	Transitoria ( )		Traslado ( )		
<b>FECHA ALTA :</b> 2021-07-29		<b>HORA ALTA :</b> 12:02PM		<b>DIAS DE ESTANCIA :</b> 6	
[REDACTED]					
Firma del Médico Responsable Atencion/Emergencia					