

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



UPLA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO: PREECLAMPSIA SEVERA Y SINDROME DE HELLP

Para optar el título de:

OBSTETRA

AUTOR:

NAVARRO BARJA, Lucero

ASESOR:

Mg. HUATUCO MATEO, Wilfredo

LINEAS DE INVESTIGACION DE UNIVERSIDAD:

Salud sexual y reproductiva.

LUGAR O INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN:

Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé- Huancayo

HUANCAYO, PERÚ

2022

I. PRESENTACIÓN

En el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé- Huancayo, se brinda atención a toda mujer en el proceso de la gestación, parto y puerperio. Durante la gestación se puede dar patologías propias de esta etapa, las mas recurrentes son agrupadas de acuerdo a su origen, etiología o similitud para poder resolver oportunamente y evitar una mortalidad materna y/o perinatal.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. La optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS ha formulado las presentes recomendaciones presentes basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas posibles para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.¹

1. DEDICATORIA

Agradezco a Dios por guiarme y cuidarme en este largo camino universitario.

A mis padres y hermana por permitirme desarrollarme en mi vocación y enseñarme que con perseverancia y responsabilidad puedo lograr mis metas.

A mis padrinos por darme la fuerza y aliento para no rendirme y no abandonar mis sueños.

A mi padre que me dejó en la recta final de esta carrera y desde el cielo sigue ayudándome y enseñándome lo maravilloso de esta carrera.

A mi alma mater y asesor por las enseñanzas y permitirme desenvolverme a lo largo de mi carrera.

2. AGRADECIMIENTO

Bueno en primer lugar agradecer a Dios por cuidarme, darme fuerza para continuar haciendo bien las cosas, sobre todo por protegerme y guiarme durante la elaboración de este Caso Clínico, le agradezco a Dios por que sin el nada soy, a mi padre por ser mi motivación y mi fortaleza desde el cielo.

Al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé y al personal del área de Ginecología- Obstetricia que laboran en dicha institución, por haber contribuido de manera integral permitiéndome el acceso a las historias clínicas y poder brindarme la información para la elaboración de este Caso Clínico.

A mi Alma Mater, la Universidad Peruana Los Andes, su plana docente y demás profesionales que con sus enseñanzas hicieron posible mi formación profesional, personal y espiritual.

A mi asesor, por ser no solo un guía y maestro en esta etapa de formación, sino también por ser un apoyo incondicional y la fortaleza que me brindó día a día para continuar con mas fuerza a cada minuto y por la oportunidad de descubrir conocer y aprender cada actividad en los distintos servicios.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

PREECLAMPSIA SEVERA Y SINDROME DE HELLP

Cuyo autor (es) : NAVARRO BARJA LUCERO
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : OBSTETRICIA
Asesor (a) : MG. HUATUCO MATEO WILFREDO ALCIDES

Que fue presentado con fecha: 14/06/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 20/06/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 27%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 21 de junio de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 218 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

3. CONTENIDO

I.	PRESENTACIÓN.....	2
1.	DEDICATORIA	3
2.	AGRADECIMIENTO	4
3.	CONTENIDO.....	6
4.	RESUMEN	7
5.	ABSTRACT	8
II.	INTRODUCCIÓN.....	9
1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.	OBJETIVOS	9
III.	MARCO TEÓRICO.....	9
IV.	CONTENIDO.....	13
1.	HISTORIA CLINICA.....	13
2.	EXAMEN CLINICO GENERAL	14
3.	EVALUACION INTEGRAL	14
4.	DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO	16
V.	PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	23
1.	FORMULACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL.....	23
2.	PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO	25
VI.	DISCUSION.....	27
VII.	CONCLUSIONES	28
VIII.	RECOMENDACIONES	29
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31

4. RESUMEN

Se determinó el manejo y prevención de la preeclampsia con signos de severidad y síndrome de Hellp para la intervención oportuna. En el presente caso clínico se utilizaron medicamentos como sulfato de magnesio, Nifedipino y dexametasona las cuales controlan las complicaciones del cuadro clínico que presentaba la paciente, ejecutando adecuadamente el protocolo de atención y la activación de la clave azul, tanto en el manejo primario como en el momento de la derivación del paciente, así reduciendo las complicaciones de este binomio, llegando a la conclusión de que un manejo preventivo y de pruebas puede llevarnos a descubrir los antecedentes o condiciones de estas afecciones.

Palabras clave: preeclampsia, síndrome de hellp, clave azul

5. ABSTRACT

The management and prevention of preeclampsia with signs of severity and Hellp syndrome was determined for timely intervention. In the present clinical case, medications such as magnesium sulfate, Nifedipine and dexamethasone were used, which control the complications of the patient's clinical condition, properly executing the care protocol and activating the blue key, both in primary management and in the moment of patient referral, thus reducing the complications of this binomial, reaching the conclusion that preventive management and testing can lead us to discover the history or conditions of these conditions.

Keywords: preeclampsia, hellp syndrome, blue key

II. INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo y prevención de la preeclampsia con signos de severidad y síndrome de Hellp para la intervención oportuna?

2. OBJETIVOS

Determinar el manejo y prevención de la preeclampsia con signos de severidad y síndrome de Hellp para la intervención oportuna.

III. MARCO TEÓRICO

En el presente trabajo tenemos el propósito de detectar las patologías asociadas a las patologías principales que son los trastornos hipertensivos como la HTA Crónica, Preeclampsia sobreagregada, Preeclampsia con signos de severidad, Síndrome de HELLP:

1.- SOBREPESO:

Fernandez,J (2) en su investigación titulada Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: Estudio de cohortes retrospectivo, entre diciembre del 2011 a enero de 2022. Tuvo como objetivo determinar si el sobrepeso y/o la obesidad materna al inicio de la gestación se asocian a un incremento del riesgo de padecer algún estado hipertensivo del embarazo en una población del sur de España. Empleo una metodología de estudio de cohortes retrospectivo, se estudiaron 4711 casos en los cuales se había registrado el IMC al inicio de la gestación. Grupos de estudio: a) sobrepeso; y b) obesidad al inicio de la gestación (desglosada por tipo de obesidad). Grupo control: IMC normal al inicio de la gestación. Se calculó el riesgo de presentar estados hipertensivos del embarazo (EHE) en general, hipertensión arterial (HTA) gestacional, preeclampsia, HTA crónica y preeclampsia sobreañadida a HTA Crónica. Obtuvo como resultados que el sobrepeso materno se asocio a un incremento del riesgo de padecer algún EHE y aun incremento del riesgo de padecer HTA gestacional e HTA crónica. La obesidad materna asoció a un incremento de padecer algún EHE, HTA gestacional, HTA crónica y preeclampsia. En el análisis multivariante, el sobrepeso se

asoció a un riesgo aumentado de padecer HTA gestacional, HTA crónica y preeclampsia; la obesidad también incrementó el riesgo de HTA gestacional, HTA crónica y preeclampsia.

2.- EDAD MATERNA AVANZADA:

Ayala,F (3) en su artículo original titulado Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes, en el estudio se planteó un estudio observacional, correlacional, retrospectivo, transversal, con una población de 6475 gestantes añosas y 7645 gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal que se han controlado y culminado parto en la institución en el periodo comprendido entre enero del 2012 a diciembre del 2015. Tuvo como objetivo determinar si la gestación en la edad materna avanzada esta asociada a mayor riesgo de complicaciones materno perinatales que en la gestación adolescente. Obtuvo como resultado que las complicaciones mas frecuentes en gestantes añosas fueron en primer lugar preeclampsia, seguida de anemia y RPM. En cuanto a gestantes adolescentes las mas frecuentes fueron en orden de aparición: RPM, anemia y preeclampsia. Se observó asociación entre el riesgo de complicaciones maternas con las gestantes de edad materna avanzada, asicomo también se encontró que no existe asociación entre las edades materna avanzada y la morbilidad perinatal. Teniendo la conclusión se halló que el grupo de gestantes con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas fue el de la edad materna avazada con un OR de 1.08 en comparación a las adolescentes.

3.- HTA CRÓNICA:

Urrea,J(4) en su artículo especial titulado Hipertensión arterial en la mujer es la condición médica crónica más común en el cuidado primario y uno de los factores de riesgo cardiovascular modificable más trascendental en hombres y mujeres. Es la principal causa de muerte; por tanto, reducir la presión arterial en ambos sexos previene la morbi-mortalidad. Aunque el sexo masculino tiene mayores cifras de presión arterial en todos los rangos de edad en comparación con el femenino, las mujeres añosas

tienen una prevalencia ligeramente mayor de hipertensión arterial y casi siempre menos controlada. Además de la edad, hay factores de riesgo específicos y del estilo de vida que contribuyen al desarrollo de la hipertensión en mujeres; estos incluyen obesidad, raza, diabetes y enfermedad renal crónica. Se requiere el uso de estrategias de reducción del riesgo para disminuir la hipertensión; mantener un cuerpo saludable a través de la dieta y el ejercicio, reducir la ingesta de sal y alcohol, son solo algunas aproximaciones. Por tanto, deben enfrentarse estos problemas y generar esfuerzos para resolver situaciones que rodean el tratamiento y control de la hipertensión en mujeres.

4.- PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD:

Martinez,C(5) en su artículo de revisión titulada Factores de riesgo de la preeclampsia que tuvo como objetivo demostrar aquellos factores que puedan desencadenar un episodio sintomatológico referido a un cuadro de preeclampsia. Empleó una metodología que hizo una revisión bibliográfica de artículos científicos enfocados en los factores de riesgo de la preeclampsia. Obtuvo como resultado que los factores de riesgo que se analizaron fue la nutrición en una mujer embarazada, tiene que ser correcta debido a que debe cumplir con las necesidades propias y la del bebe, es por ellos que el gasto energético total con una ingesta diaria de 2150 kcal y 2200 kcal. Otros factores fueron las edades de interés obstétrico siendo el parto pretérmino en un 9.8% de las madres jóvenes (20-35años), en un 23,3% de las mujeres adolescentes (<20 años) y en un 33,3% de las mujeres adultas (>35 años adultas). Posteriormente se pudo recopilar una serie de datos post- análisis estadísticos, que mostraron una clara importancia de las condiciones cardiovasculares como un factor importante para presentar preeclampsia, así como cofactores que pueden acompañar o generar cualquier estado atípico en el sistema cardiovascular.

5.- SINDROME DE HELLP:

Zapata,B(6) en su artículo Diagnostico y manejo del síndrome de HELLP en un hospital peruano que tuvo como objetico describir la presentación clínica, diagnostico, complicaciones y manejo de los casos con síndrome

de HELLP en un hospital peruano. Obtuvo como resultados que, en 30618 partos atendidos, se encontró 71 casos de síndrome de HELLP, con una incidencia de 0.23%. fueron multíparas el 68%, con edad promedio de 33 años. El diagnóstico se confirmó durante el embarazo en 46% y en el puerperio en 54%. De las gestantes, 58% desarrolló síndrome de HELLP antes de las 37 semanas. La morbilidad materna incluyó insuficiencia renal en 25%, hematoma hepático con o sin rotura en 11, insuficiencia respiratoria en 7%, eclampsia en 6%. El 85% de las pacientes requirió transfusiones de hemoderivados y/o plaquetas. La mortalidad materna fue en 3%. Se utilizó un método de estudio descriptivo, retrospectivo de los casos designados con síndrome de HELLP en un hospital peruano.

6.- UCI POR CAUSAS OBSTÉTRICAS:

Feitosa,L(7) en su investigación titulada Ingresos en UCI por causas obstétricas entre el año 2016. Tuvo como objetivo analizar los ingresos de mujeres en edad fértil en una Unidad de cuidado intensivos obstétrica. Se empleó un estudio transversal, documental y retrospectivo, realizado en una unidad de terapia intensiva obstétrica, ubicada en Fortaleza/Ceará, con la presencia de mujeres en edad fértil admitidas en la unidad en el año 2016, mediante un formulario semiestructurado y analizados por medio de estadística descriptiva, siendo incluidos 106 registros. Obtuvo como resultado que las causas obstétricas directas (61.1%) las principales fueron Eclampsia (34.4%), Síndrome de HELLP (15.1%) y preeclampsia grave (11%)y para las causas obstétricas indirectas (38.9%), se observan las siguientes: Insuficiencia renal (13,5%), edema agudo de pulmón (11,5%) y cardiopatía (9,6%). Los datos revelan una línea tenue en lo que concierne la atención a la salud de las mujeres dentro del ciclo gravídico-puerperal.

IV. CONTENIDO

1. HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS DE HOSPITAL DE REFERENCIA II ESSALUD HVCA (01/03/2022 07:00)

Paciente primigesta de 34 5/7 x UR con diagnóstico: Hipertensión crónica + hipertensión sobreañadida, actualmente cursa con elevación de enzimas hepáticas y elevación de presión arterial. También refiere epigastralgia desde hoy por la mañana

28/02/2022 Ponderado fetal:1850 gr

28/02/2022 TGO 19U/L, TGP 17U/L, DHL 322, Creatinina: 0.7

01/03/2022 TGO 142 U/L, TGP 118 U/L, DHL: 515, Creatinina: 0.7

DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA:

- 1.- Primigesta añosa de 34 5/7 x UR
- 2.- No trabajo de parto
- 3.- Hipertensión crónica+ preeclampsia con signos de severidad sobreagregada.

Tratamiento:

- Completa maduración pulmonar 28/02/2022.
- Se inicia CLAVE AZUL.
- Metildopa 500mg 9am
- Nifedipino 10mg 7:30, 7:50

ANAMNESIS DE INGRESO AL HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ (01/03/22 16:30)

Paciente de 38 años referida de Huancavelica con diagnóstico:

- 1.- Primigesta de 34 5/7 por FUR
- 2.- No labor de parto.
- 3.- Hipertensión crónica+ preeclampsia con signos de severidad.

4.- Sobrepeso

Es evaluada por medico de turno que indica Hospitalización; percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido amniótico.

Ant Personales: Hipertensión Crónica

Ant. Familiares: Hipertensión crónica (madre)

Ant. Quirúrgicos: Niega

Ant Gineco- obstétricos: G1P0000

RAM: Niega

FUM: 29-06-2021

FPP: 06-04-2022

2. EXAMEN CLINICO GENERAL

Al examen:

LOTEP, AREG, AREH

FV: PA: 170/100mmHg, FC: 76xmin, FR: 18xmin, T°: 36.6°C

Piel y mucosas: Tibias, hidratadas, elásticas.

Mamas: Blandas, no secretoras

Abdomen: Ocupado por útero grávido, AU: 31cm, SPP: LCD, LCF: 145x minuto, MF: Presentes, DU: Ausente.

Genitales Externos: No se evidencia sangrado vaginal, no se evidencia perdida de líquido amniótico

Tacto Vaginal: Evaluado por medico de turno, cérvix sin modificaciones ni cambios cervicales.

3. EVALUACION INTEGRAL

Paciente de 38 años, con DX: Primigesta de 34 5/7 Ss x UR

Presenta los siguientes datos en su ficha de control pre natal:

- Antecedentes Familiares: Hipertensión arterial (madre)
- Antecedentes Personales: Hipertensión arterial (sin tratamiento)
- Vacunas previas: Niega
- Peso habitual: 65.20 kg
- Talla: 1.49cm
- IMC: 29.36 (SOBREPESO)
- Vacuna antitetánica: 1ra dosis= 02/01/2021
- Vacuna Influenza: 1ra dosis= 02/02/2022
- Tipo de sangre: O “+”
- Hospitalización: 05/01/2021
CIE10: O14.9 Gestante de 27 Ss, D/C Hipertensión inducida por el embarazo.
- Exámenes de laboratorio:
 - Hemoglobina: 21/09/21 14.5g/Dl
 - Hemoglobina: 02/02/22 12.0gr/Dl
 - RPR: 21/09/21 No reactivo
 - RPR: 02/02/22 No reactivo
 - VDRL: 21/09/21 No reactivo
 - HEPATITIS B: 21/09/21 Negativo
- Controles prenatales:

ATENCIÓNES PRENATALES	Atención 1	Atención 2	Atención 3	Atención 4	Atención 5	Atención 6	Atención 7	Atención 8	Atención 9
fecha y hora de atención	21/09/2021	3/10/2021	2/11/2021	3/12/2021	2/01/2022	5/01/2022	2/02/2022	17/02/2022	24/02/2022
edad gestacional	12	13	17	22	26	27	31	33	34
peso madre	65.6	66	67.1	67.5	69.6	71	75	73	74
temperatura	36.2	36.5	36.4	36.5	36.7	36.6	36.6	36	36
presión arterial	120/80	119/75	129/77	120/80	110/78	130/90	110/75	120/70	130/80
pulso materno	86	78	77	79	84	75	80	90	80
altura uterina	9	-	16	18	20	20	30	30	29
situación	NA	NA	NA	NA	NA	NA	L	L	L
presentación	NA	NA	NA	NA	NA	NA	C	C	C
posición	NA	NA	NA	NA	NA	NA	I	D	D
F.C.F.	NA	NA	NA	NA	138	139	132	125	136
movimientos fetales	NA	NA	NA	+	+	+	+	+	++

proteinuria cualitativa	Negativo	Negativo	++	144	RN	-	Negativo	Negativo	Negativo
edema	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE
reflejo osteotendinoso	++	++/+++	++	++	+/>+++	++	++	++	++
examen de pezón	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado
indic. Hierro/ ac. Fólico	NA	NA	1 SF	2SF	3SF	NA	4SF	5SF	6SF
indic. Calcio	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1°	NA
indic. Ac. Fólico	I/30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Orientación y consejería	Nutrición	Nutrición	Nutrición	ITS	NA	NA	PPFF	Nutrición	Nutrición
eg de eco. Control	NSH	NA	NA	NA			30 6/7	NSH	NSH
perfil biofísico	NA	NA	NA	NSH	NSH	NSH	08/08	NSH	NSH
cita	21/10/2021	3/11/2021	3/12/2021	3/01/2022	2/02/2022	8/02/2022	17/02/2022	22/02/2022	4/03/2022
visita domiciliaria	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
plan de parto	Control	NA	NA	NA	NA	NA	NSH	NSH	NSH
estab. De la atención									
responsable atención									
nro formato sis									

4. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

1.- Gestante 34 ss. 5/6 por UR

2.- No labor de parto

3.- Preeclampsia con signos de severidad

Rp:

1.- Hospitalización

2.- S/s análisis de laboratorio

3.- Canalización de vía periférica con ClNa 9% 1000ml

17:10 se prepara a paciente para sala de operaciones, se coloca sonda Foley; Diuresis +/- 900cc colurica.

17:15 se administra Nifedipino 10mg VO Stat por indicación médica.

17:16 se continua con SoMg4 con dosis de mantenimiento (50 MI DE SULFATO DE MAGNESIO AL 20%+450 ml de CNa 9%).

17:40 se administra cefazolina 2gr EV Stat por indicación médica.

17:50 paciente sube a sala de operaciones con: pulsera, tarjeta de control prenatal, prueba COVID- negativo, exámenes de laboratorio impreso. LDF: 140X min, DU: ausente, MF: presentes, PA: 170/100mmHg.

01/03 2022 Indicaciones Médicas – POST SOP

- 1.- NPO 6hrs
- 2.- CNa 9% 1000 + Oxitocina 30UI= I- II Fco a xx gotas
- 3.- Continua con SO4Mg dosis de mantenimiento
- 4.-Cefazolina 1gr c/8hrs EV
- 5.- Metamizol 1grc/8hrs EV
- 6.- Metoclopramida 10mg c/8hrs EV
- 7.- Tramal 100mg c/12hrs SC
- 8.- Control de PA c/2hrs
- 9.- Nifedipino 10mg PRN a PA \geq 160/110
- 10.- Control de peso diario.
- 11.- Control de diuresis horario
- 12.- I/C UCI
- 13.- Control de funciones vitales+ Observación de signos de alarma
- 14.- Ss Hemoglobina control+ Perfil de preeclampsia
- 15.- AGA control.

01/03/22 22:45 Evolución Obstétrica

Paciente con DX: post operada inmediata CSTP X preeclampsia con signos de severidad+ síndrome de hellp

CFV: PA: 115/85, P: 84x min, T°: 36.6° C

Al examen: AREG- LOTEPE- VPP, vía CINA 9%00+ 30 UI Oxitocina II Fco.

Mamas secretantes, útero contraído duro, herida operativa afrontado con apósito seco, G.E: Loquios hemáticos normales.

23:00 paciente inicia dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio.

23:00 paciente cumple tratamiento de Ranitidina 50mg EV

23:10 paciente cumple con tratamiento de Metoclopramida 10mg EV

23:20 paciente cumple con tratamiento de Nifedipino 10mg VO

23:30 paciente niega signos de intoxicación por sulfato de magnesio

CFV: PA 134/80 P 86x min T° 36.7°C Sat 92% ROT ++/+++

00:00 paciente niega molestias, continua con tratamiento, dosis de mantenimiento SOMg4 1GR/HORA

CFV: PA 114/82 P 82x min T° 36.6°C FR 20 x min Sat 92% D:40cc

01:00 Paciente con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio, niega molestias.

CFV: PA 115/82 P 84 x min T° 36.6°C FR 20x min D: 30cc

Paciente cumple con tratamiento de Cefazolina 1gr EV

02:00 CFV PA 114/80 P 80x min T° 36.5°C FR 20x min D: 54cc

03:00 CFV PA 127/80 P87x min T° 36.5°C FR 20x min D: 50CC

04:00 CFV PA 118/79 P 80x min T° 36.5°C FR 20x min D: 50 CC

05:00 CFV PA 115/80 P 82x min T° 36.4°C FR 20x min D: 80CC

Continua con dosis de mantenimiento 1GR/HORA se evalúa S.A. y P.A. control

06:00 CFV PA 113/74 P 80x min T° 36.5° C FR 20xmin D: 70CC

06:50 paciente continua en su unidad en AREG, LOTEPE, VPP, pasando dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio 1 GR/HORA.

TTO: CINA9%0 + 30UI Oxitocina, II Fco por pasar.

Mamas secretantes, útero contraído a la altura de cicatriz umbilical, HO en buen estado, Loquios normales, sonda Foley permeable.

DIURESIS TOTAL 400cc+100cc = 500cc

06:55 paciente cumple con tratamiento de metamizol 1gr EV

06:55 paciente cumple con tratamiento de ranitidina 50mg

06:55 paciente cumple con tratamiento de Metoclopramida 10mg EV

Paciente niega molestias.

02/03/2022 09:05 Indicaciones Medicas

- 1.- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2.- CNa 0.9%1000cc Vía + Dieta blanda luego de 8hrs
- 3.- CNa 0.9% 50cc + SO4Mg 05 amp = 10cc/hora (completar 24 horas)
- 4.- Cefazolina 1gr EV c/8hrs
- 5.- Metamizol 1gr EV c/8hrs
- 6.- Tramadol 1gr SC c/12hrs
- 7.- Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110
- 8.- Control de PA c/4hrs
- 9.- Control de peso y diuresis
- 10.- Vigilar signos de intoxicación por SO4Mg
- 11.- Control de funciones vitales+ Control de sangrado vaginal
- 12.- I/C UCI
- 13.- Dexametasona 10mg EV c/12hrs

02/03/2022 07:00 Evolución Obstétrica

Post operada inmediata de 13 horas por Preeclampsia con signos de severidad + síndrome de HELLP.

Paciente con VPP+ bomba de infusión con dosis de mantenimiento de SO4Mg, paciente niega signos de severidad.

Al examen: LOTE-AREG- AREN

CFV: PS 120/75mmHg P 70x min T° 36.4°C FR 19X min Sat: 92%

Piel y anexos: hidratadas, tibias, elásticas.

Mamas: blandas y secretantes

Abdomen: blando, doloroso útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical

Herida Operatoria: afrontada con equimosis alrededor de HO.

Genitales externos: sonda vesical con orina clara.

Paciente queda en su unidad en control de FV.

08:00 CFV: PA 120/70mmHg P 74xm FR 19xm T°36.4°C ROT ++/+++ D: 50CC

Asintomática

09:00 CFV: PA 115/70mmHg P 75xm FR 20xmin T°36.4°C ROT ++/+++ D: 50cc Asintomática

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

10:00 CFV: PA 116/68 mmHg P 77xm FR 19 xm T°36.6°C ROT ++/+++ D: 200cc Asintomática

11:00 CFV: PA 120/70mmHg P 73xm FR 19xm T° 36.4°C ROT: ++/+++ D:300cc Asintomática

12:00 CFV: PA 135/80mmHg P 80xm FR 20xm T° 36.5°C ROT: ++/+++ D: 100cc Asintomática

Se administra tramadol 100mg SC

Se administra Dexametasona 10mg EV lento.

13:00 CFV PA 130/80mmHg P 88xm FR 20xm T° 36.7 Sat. 91% ROT ++/+++ D: 200cc Asintomática

14:00 CFV PA 140/85mmHg P 79xm FR 20xm T° 36.6°C Sat 91%
ROT++/+++ D:150cc Asintomática

15:00 CFV PA 146/88mmHg P 78xm FR 19xm T° 36.8°C Sat 92% ROT
++/+++ D:200cc Asintomática

16:00 CFV PA 140/80mmHg P 82xm FR 19xm T° 37°C Sat 92% ROT
++/+++ D:450cc Asintomática

17:00 se administra cefazolina 1gr EV lento y diluido

CFV PA 130/85mmHg P 90xm FR 20xm T° 36.6°C Sat 91% ROT ++/+++
D:350cc Asintomática

18:00 CFV PA 124/79mmHg P 95xm FR 19xm T° 36.6°C Sat 91% ROT
++/+++ D:150cc Asintomática

19:00 CFV PA 130/80mmHg P 94xm FR 20xm T° 36.5°C Sat 92% ROT
++/+++ D:150cc Asintomática

Paciente cumple con indicaciones médicas, pasa el día sin peculiaridades,
queda en su unidad en OSA, con dosis de mantenimiento de SO4Mg
1gr/hora.

Diuresis total: 2300cc

RN: Neonatología.

02/03/2022 19:10 Evolución Obstétrica

Se encuentra paciente de 38 años, con diagnóstico:

Post operada de 1 día+ hora por CSTP por Preeclampsia+ Síndrome de
HELLP

Al examen: en LOTEPE, AREG

CFV: PA 134/76mmHg P 87xm FR 20xm T° 36.3°C

Piel y mucosas: tibias, pálidas.

Mamas: blandas

Abdomen: blando, doloroso, útero contraído.

Herida operatoria: Apósito limpio y seco.

Genitales Externos: Loquios hemáticos escasos.

23:00 se administra metamizol 2gr EV

00:00 Se administra tramadol 100mg SC

Se administra dexametasona 10mg EV, paciente descansa en su unidad, termina su sulfato dosis de mantenimiento.

01:00 Se administra cefazolina 1gr EV

CFV PA 157/77mmHg P 72xm FR 20xm T° 36.5°C

07:00 Se administra dexametasona 10mg EV

Queda puérpera 1 día+ 13 horas

Diuresis noche 1150

Total, 24horas 3450cc

Peso 74.00kg

03/03/2022 09:00 Indicaciones Medicas:

- 1.- Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2.- Vía salinizada
- 3.- Dexametasona 10mg EV c/12hrs
- 4.- Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110
- 5.- Metamizol 1gr EV PRN a dolor.
- 6.- Paracetamol 1gr VO c/12hrs
- 7.- Control de PA c/4hrs en hoja aparte
- 8.- Control de peso y diuresis.
- 9.- Control de sangrado vaginal+ control de funciones vitales.
- 10.- Retiro de sonda Foley.

03/03/2022 07:30 Evolución Obstétrica:

Post operada 1 día por preeclampsia severa+ síndrome de HELLP+ Anemia leve, se encuentra en el servicio en AREG-LOTEP con:

CFV PA 135/85mmHg P 78xm FR 20xm T° 36.8°C Sat: 90%

Con vía salinizada refiere escotomas

Al examen:

Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria no flogótica, loquios hemáticos normales, sonda Foley permeable, orina clara.

09:00 Se administra Cefazolina 1gr EV

11:30 CFV PA 130/80mmHg P 82xm FR 18xm T° 36.6°C ROT: ++/+++

Paciente asintomática con útero contraído, herida operatoria no flogótica, loquios hemáticos normales, se retira sonda Foley

12:00 Se administra dexametasona 10mg EV

Se administra paracetamol 1gr VO

15:30 CFV PA 120/80mmHg P85 xm FR 18xm T° 36.4°C ROT: ++/+++

Paciente asintomática con útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria no flogótica, loquios hemáticos normales.

RN en alojamiento conjunto.

V. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

1. FORMULACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL

01/03 2022 Indicaciones Médicas – POST SOP

- 1.- NPO 6hrs.
- 2.- CNa 9% 1000 + Oxitocina 30UI= I- II Fco a xx gotas.
- 3.- Continua con SO4Mg dosis de mantenimiento.
- 4.-Cefazolina 1gr c/8hrs EV.

- 5.- Metamizol 1grc/8hrs EV.
- 6.- Metoclopramida 10mg c/8hrs EV.
- 7.- Tramal 100mg c/12hrs SC.
- 8.- Control de PA c/2hrs.
- 9.- Nifedipino 10mg PRN a PA \geq 160/110.
- 10.- Control de peso diario.
- 11.- Control de diuresis horario.
- 12.- I/C UCI.
- 13.- Control de funciones vitales+ Observación de signos de alarma.
- 14.- Ss Hemoglobina control+ Perfil de preeclampsia.
- 15.- AGA control.

02/03/2022 09:05 Indicaciones Medicas

- 1.- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2.- CINA 0.9% 1000cc Vía + Dieta blanda luego de 8hrs
- 3.- CINA 0.9% 50cc + SO4Mg 05 amp = 10cc/hora (completar 24 horas)
- 4.- Cefazolina 1gr EV c/8hrs
- 5.- Metamizol 1gr EV c/8hrs
- 6.- Tramadol 1gr SC c/12hrs
- 7.- Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110
- 8.- Control de PA c/4hrs
- 9.- Control de peso y diuresis
- 10.- Vigilar signos de intoxicación por SO4Mg
- 11.- Control de funciones vitales+ Control de sangrado vaginal
- 12.- I/C UCI

13.- Dexametasona 10mg EV c/12hrs

03/03/2022 09:00 Indicaciones Medicas:

1.- Dieta completa + líquidos a voluntad

2.- Vía salinizada

3.- Dexametasona 10mg EV c/12hrs

4.- Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110

5.- Metamizol 1gr EV PRN a dolor.

6.- Paracetamol 1gr VO c/12hrs

7.- Control de PA c/4hrs en hoja aparte

8.- Control de peso y diuresis.

9.- Control de sangrado vaginal+ control de funciones vitales.

10.- Retiro de sonda Foley.

2. PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO

02/03/2022 09:05 Indicaciones Medicas

1.- Dieta blanda + líquidos a voluntad

2.- CNa 0.9%1000cc Vía + Dieta blanda luego de 8hrs

3.- CNa 0.9% 50cc + SO₄Mg 05 amp = 10cc/hora (completar 24 horas)

4.- Cefazolina 1gr EV c/8hrs

5.- Metamizol 1gr EV c/8hrs

6.- Tramadol 1gr SC c/12hrs

7.- Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110

8.- Control de PA c/4hrs

9.- Control de peso y diuresis

10.- Vigilar signos de intoxicación por SO₄Mg

11.- Control de funciones vitales+ Control de sangrado vaginal

12.- I/C UCI

13.- Dexametasona 10mg EV c/12hrs

03/03/2022 09:00 Indicaciones Medicas:

1.- Dieta completa + líquidos a voluntad

2.- Vía salinizada

3.- Dexametasona 10mg EV c/12hrs

4.- Nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110

5.- Metamizol 1gr EV PRN a dolor.

6.- Paracetamol 1gr VO c/12hrs

7.- Control de PA c/4hrs en hoja aparte

8.- Control de peso y diuresis.

9.- Control de sangrado vaginal+ control de funciones vitales.

10.- Retiro de sonda Foley.

04/02/2022 09:00 Indicaciones medicas

1.- Dieta completa+ líquidos a voluntad

2.- Retiro de vía periférica.

3.- Paracetamol 1gr VO C/12hrs

4.- Alta con indicaciones

5.- Orientación y consejería en signos de alarma.

6.- Cita en 07 días para retiro de puntos en su establecimiento de salud de origen.

Paciente sale de alta en condición: Mejorada; sin contra referencia.

VI. DISCUSION

1. SULFATO DE MAGNESIO:

Las pruebas científicas clínicas apoyan el uso del sulfato de magnesio en todas las pacientes con preeclampsia. En ámbitos en los que haya limitaciones en los recursos para la administración de sulfato de magnesio en forma segura a todas las mujeres con preeclampsia, es posible que sea necesario asignar mayor prioridad a los casos más graves. El sulfato de magnesio es eficaz para la prevención de las convulsiones tanto en la preeclampsia leve como grave. Sin embargo, se señaló que se deben tratar más mujeres para prevenir una convulsión (8).

Los estudios clínicos grandes evaluaron y demostraron la eficacia del tratamiento completo con sulfato de magnesio, que incluyen una dosis inicial seguida de dosis de mantenimiento durante 24 horas.

2. NIFEDIPINO

Es posible que algunos antihipertensivos no sean opciones viables en muchos ámbitos. Se reconoció que la hidralazina, la alfa metildopa, los betabloqueantes (incluido el labetalol) y la nifedipina se han utilizado ampliamente y, por lo tanto, estos agentes parecerían ser elecciones razonables hasta que surjan más pruebas científicas. El grupo señaló que no hubo pruebas científicas que sugirieran que la nifedipina interactúa en forma adversa con el sulfato de magnesio (1). Asimismo, se consideró que debe evitarse el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueantes de los receptores de angiotensina y nitroprusiato de sodio por cuestiones relacionadas con la seguridad. (1)

3. DEXAMETASONA

En vista de la calidad muy baja de la base de las pruebas científicas sobre este tema y la relativa facilidad de uso y disponibilidad/asequibilidad de los corticoesteroides, sin embargo, en muchos estudios se asignó a los corticoesteroides para el tratamiento del síndrome HELLP alta prioridad para investigaciones futuras. (1)

VII. CONCLUSIONES

En el desarrollo de este caso clínico tenemos en cuenta las patologías principales la preeclampsia con signos de severidad y síndrome de HELLP, el cual tiene un protocolo de atención inmediata que es la CLAVE AZUL que maneja diferentes medicamentos que evitan las complicaciones de las patologías principales.

En el presente caso se observa que tanto en el manejo primario y al ser referida la paciente se cumplen los protocolos de atención inmediata y la activación de la CLAVE AZUL a tiempo y así poder disminuir las complicaciones para este binomio, llegado a la conclusión de que un manejo preventivo y detección de antecedentes o condiciones que nos pueden direccionar a estas patologías.

VIII. RECOMENDACIONES

1. En áreas donde la ingesta de calcio en la dieta es baja, se recomienda la administración de suplementos de calcio durante el embarazo (en dosis de 1,5 a 2,0 g de calcio elemental por día) para la prevención de la preeclampsia en todas las mujeres, pero especialmente en aquellas que tienen un riesgo alto de desarrollar preeclampsia.
2. Se debe comenzar la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirina, 75 mg) para la prevención de la preeclampsia en las mujeres que tienen un riesgo alto de desarrollarla.
3. Se debe comenzar la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirina, 75 mg/día) para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones relacionadas antes de las 20 semanas de embarazo.
4. Las mujeres con hipertensión grave durante el embarazo deben ser tratadas con antihipertensivos.
5. La elección y la vía de administración de un antihipertensivo, con preferencia sobre otros, para tratar la hipertensión grave durante el embarazo deben basarse principalmente en la experiencia del médico tratante con ese medicamento en particular, el costo y la disponibilidad local.
6. Los diuréticos, particularmente los tiazídicos, no se recomiendan para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones.
7. Se recomienda la administración de sulfato de magnesio, con preferencia sobre otros anticonvulsivos, para prevenir la eclampsia en mujeres con preeclampsia grave.
8. Se recomienda la administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para el tratamiento de mujeres con eclampsia.
9. Se recomiendan los tratamientos completos con sulfato de magnesio por vía intravenosa o intramuscular para la prevención y el control de la eclampsia.
10. En los ámbitos donde no es posible administrar el tratamiento completo con sulfato de magnesio, se recomienda administrar una dosis inicial de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a

un establecimiento asistencial de nivel más complejo en mujeres con preeclampsia y eclampsia graves.

11. No se recomienda el uso de corticoesteroides con el propósito específico de tratar a las mujeres con síndrome HELLP.
12. Se recomienda la inducción del trabajo de parto en mujeres con preeclampsia grave cuando por su edad gestacional el feto no es viable o es poco probable que alcance la viabilidad en el plazo de una o dos semanas.
13. En mujeres tratadas con antihipertensivos prenatales, se recomienda continuar el tratamiento antihipertensivo posparto.
14. Se recomienda el tratamiento con antihipertensivos para la hipertensión posparto grave.
15. En base a los estudios analizados podríamos llegar a tomar en cuenta que si se tomaran diferentes medicas en cuanto a la prevención de estas patologías, se disminuiría el riesgo de presentar complicaciones o incluso evitarlas en un considerable porcentaje.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Recomendación de la OMS para la prevención y el tratamiento de la Preeclampsia y Eclampsia [Internet]. 1.^a ed. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 4 abril 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf?sequence=1
2. FERNANDEZ ALBA, J. J., MESA PAEZ, C., VILAR SANCHEZ, A., & SOTO PAZOS, E. (2018). Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo, estudio de cohortes retrospectivo. *Nutrición Hospitalaria*, 1, 1–7. <https://doi.org/04/042022>.
3. AYALA F, BERROCAL O, GUEVARA E, LUNA A, CARRANZA C. GESTANTES DE EDAD MATERNA AVANZADA PRESENTAN MAYOR RIESGO MATERNO PERINATAL QUE LAS GESTANTES ADOLESCENTES [Internet]. 6.^a ed. LIMA; 2017 [citado 4 abril 2022]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/76/76>
4. URREA, J. K. (2018). Hipertensión arterial en la mujer. *Revista Colombiana De Cardiología*, 25(25(s1), 1–5. <https://doi.org/17/01/2018>.
5. MARTINEZ, C., BOWEN, N., MACAS, C., ORREGO, J. D., & VELIZ, Y. (2021). Factores de riesgo de la preeclampsia. *Revista Universitaria Con proyección científica, académica Y Social*, 6(25(s1), 1–8. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i1.1557.2022>.
6. ZAPATA DIAZ, B, RAMIREZ CABRERA J, DIAZ LAJOV, CATARI SOTO K, FLORES VALVERDE M. Diagnostico y manejo del síndrome de HELLP en un hospital peruano. *Rev Perú Ginecol Obstet*. 2022;66(1):19-24. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2227>
7. FEITOSA MOURAO, L., & CORDEIRO MENDES, I. (2019). Ingresos en UCI por causas obstétricas . *Enfermería Global*, 53(16-95-6141), 3–6. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.302341>.
8. Guevara Ríos Enrique, Meza Santibáñez Luis. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev. peru. ginecol*.

obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2022 Oct 02]; 60(4): 385-394.

Disponible

en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es