



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS, MANAGUA



TEMA:

“Abordaje Clínico y Farmacológico de las pacientes con diagnóstico de Síndrome de HELLP ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017”

AUTORES:

Br. HELLEN TIJERINO COREA.

Br. YURI SOLÓRZANO AREAS.

Br. JOHEMAN URBINA OBANDO.

TUTOR:

Msc M.D José de los Ángeles Méndez.

GINECO-OBSTETRA

PROFESOR TITULAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNAN-MANAGUA

ÍNDICE

CAPITULO I. GENERALIDADES:

Tabla de contenido

ÍNDICE	
CAPITULO I. GENERALIDADES	
DEDICATORIA:	i
AGRADECIMIENTO:	ii
OPINIÓN DEL TUTOR:	iii
RESUMEN:	1
INTRODUCCION:	2
ANTECEDENTES:	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	5
OBJETIVOS:	6
MARCO TEÓRICO:	7
Factores de Riesgo	7
Fisiopatología	8
Manifestaciones Clínica.....	9
Criterios diagnósticos	9
Clasificación	10
Complicaciones	10
Diagnósticos Diferenciales	12
Criterios de gravedad	13
Conducta terapéutica.....	14
DISEÑO METODOLÓGICO:	16
Tipo de estudio:.....	16
Área de estudio:	16
Universo:	17
Muestra:	17
Tipo de muestreo:.....	17
Criterios de inclusion:	17
Criterios de Exclusión:	17

Técnicas y procedimiento:	18
Plan de tabulación y análisis.....	18
Enunciado de variables	19
Operacionalización de variables	21
Aspectos Éticos.....	25
RESULTADOS:	26
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES:	31
RECOMENDACIONES:	32
BIBLIOGRAFIA:	33
ANEXOS:	34

DEDICATORIA:

Esta investigación está dedicada a todas las pacientes y futuras usuarias del servicio de unidades de cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque, cuyos resultados esperamos sean para su beneficio, mejorando la atención de salud brindada, fortaleciendo las practicas higiénicas y de bioseguridad y promoviendo la el uso de las mismas en el hogar después del alta hospitalaria

AGRADECIMIENTO:

Queremos agradecer a todas las personas que participaron e hicieron posible la realización de este trabajo, con especial mención a nuestro tutor científico, al personal médico encargado del cuidado y manejo del expediente clínico, base fundamental de nuestra investigación, y al personal administrativo del área de estadística y archivo por facilitar la revisión de los mismos.

Finalmente, se merece agradecimiento la paciencia, comprensión y apoyo que cada uno de nosotros recibió de familia y amigos

OPINIÓN DEL TUTOR:

Cuando se habla de complicaciones Médicas asociadas al embarazo, se habla de situaciones muy especiales, ya la, Muerte materna es para nosotros los médicos un hecho muy lamentable.

En este esfuerzo investigativo se evidencia la importancia de valorar como se está manejando este tipo de complicaciones

Los resultados de este estudio servirán de base para modificar, cambiar o crear nuestras estrategias en el manejo de esta patología, pensando siempre en la salud Materno-fetal. Reciban los investigadores mis felicitaciones sinceras por el esfuerzo concluido.

Atentamente:

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez
Tutor

Resumen:

Objetivo: Describir el abordaje clínico y farmacoterapéutico del Síndrome de HELLP en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.

Material y método: Estudio Descriptivo cuyo nombre común es Serie de Casos en el que se estudió 18 pacientes ingresadas al servicio de unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de síndrome de HELLP.

Resultados: La edad predominante fue el grupo etario de 20 a 34 años se encontró el 72% y un 28% de menores de 19 años, En cuanto a la escolaridad de las pacientes se obtuvo que el 50% se encontraban en primaria, en secundaria y analfabetas, con un 44% y 6% respectivamente. Con respecto a los antecedentes patológicos personales el 11% registró hipertensión arterial, 17% pre-eclampsia y la mayoría, un 72% no ha presentado ningún problema de salud. Según las manifestaciones clínicas presentadas por las pacientes, cabe resaltar, que el total de la muestra, el 100% presentó hipertensión arterial, con respecto a la Proteinuria, el 94% de las pacientes presentó esta entidad, El 61% de las pacientes presentó dolor en Hipocondrio Derecho y el edema generalizado estuvo presente en el 11% de las atendidas. El tipo de Síndrome de HELLP, se puede organizar a las pacientes en cuatro grupos: aquellas que presentaron el Tipo I, equivale al 20%; las que presentan el Tipo II, 62% y quienes presentaron el Tipo III 16%. De acuerdo al tratamiento, el 100% recibió antihipertensivos y sulfato de magnesio, en un 44% diurético, 45% corticoides y únicamente un 39% de ellas necesitó plaquetas

Conclusiones: El grupo estareo de 20-34 años sigue siendo un problema determinante en la embarazada como factor de riesgo para desarrollar síndrome de HELLP. Los síntomas asociados con mayor frecuencia dentro de la población estudiada fué la hipertensión arterial en todas nuestras pacientes del estudio y en gran mayoría proteinuria, dolor en hipocondrio derecho y cefalea. La mayor incidencia de síndrome de HELLP corresponde a pre eclampsia grave.

Recomendaciones: Seguir Promoviendo en cumplimiento de búsqueda de las pacientes embarazadas en todas las comunidades del país para realizar los controles prenatales, y poder detectar a tiempo factores de riesgo importantes para el binomio madre-hijo. Optimizar de manera efectiva el uso farmacológico de las pacientes con esta patología en sus unidades de cuidados intensivos, de tal manera que su buena terapéutica sea aún mejor de lo que es y su respuesta como unidad de atención.

Palabras claves: Síndrome de HELLP, abordaje clínico y farmacoterapéutico, Morbi-mortalidad

INTRODUCCION:

El síndrome de HELLP es un trastorno severo del estado grávido-puerperal, reconocido en relación con las formas graves de pre eclampsia (PE) y eclampsia (E), que ha sido también considerado como pre eclampsia "atípica". Que aparece sobre todo en el tercer trimestre de la gestación, se asocia con diversas complicaciones e implica riesgo de vida para la madre y el feto.

El 72% de los casos son reconocidos durante el periodo prenatal, más frecuente a partir de la semana 34 de embarazo, el resto de ellos siendo identificados en el transcurso de la primera semana del puerperio

Dado que en Nicaragua se carece de estudio de esta entidad y el protocolo elaborado por el ministerio de salud toma a esta enfermedad como parte de la pre- eclampsia grave y no como una patología independiente se carece de un manejo clínico y fármaco-terapéutico individualizado. Por lo tanto se pretende mediante este estudio, aportar una estrategia terapéutica que permita mejorar el pronóstico del binomio materno-feto y mejorar la calidad de vida de las pacientes que han padecido esta patología.

Para realizar el presente estudio monográfico, se investigará en una muestra de pacientes ingresadas al servicio de UCI del Hospital Bertha Calderón Roque con el diagnóstico de Síndrome de HELLP del periodo de Enero a Octubre del año 2017.

El síndrome de HELLP es una complicación multisistémica grave embarazo secundario a una microangiopatía y una respuesta inflamatoria sistémica que aparece sobre todo en el tercer trimestre de la gestación. Constituye la forma más grave de los trastornos hipertensivos del embarazo, presentando un alto impacto en la morbimortalidad materna como perinatal, siendo de gran preocupación en todos los países del mundo. Su incidencia en la mayoría de los servicios de obstetricia oscila entre un 5% a un 10% del total de los embarazos.

Por tanto es esencial su diagnóstico inmediato para poder brindar una terapéutica apropiada, dado que muchos autores indica la interrupción del embarazo como la única vía de tratamiento definitivo esto es motivo de controversia, ya que la supervivencia del feto dependerá de su edad gestacional, lo que con frecuencia crea conflictos en la toma de decisiones para interrumpir el embarazo de manera inmediata o esperar a conseguir la madurez pulmonar fetal.

Dado que en Nicaragua se carece de estudio de esta entidad y el protocolo elaborado por el ministerio de salud toma a esta enfermedad como parte de la pre-eclampsia grave y no como una patología independiente se carece de un manejo farmacológico individualizado y por lo tanto la importancia de este estudio radica en aportar una estrategia terapéutica que permite mejorar el pronóstico del binomio materno-fetal y mejorar la calidad de vida de las pacientes que han padecido esta patología.

ANTECEDENTES:

Estudio descriptivo realizado en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. El Objetivo principal fue determinar la incidencia y prevalencia de síndrome de Hellp en pacientes con Preeclampsia severa durante el periodo de enero de 2007 a diciembre de 2012. Se evaluaron un total de 1050 historias clínicas de pacientes con preeclampsia severa de las cuales 80 desarrollaron síndrome de Hellp correspondiendo este dato a un 13% del total de casos estudiados. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento una boleta en la cual se incluyó información sobre datos generales de las personas objeto de estudio así como otros de interés para la investigación. Destaca en el estudio que la incidencia de Síndrome de Hellp fue del 14% y la prevalencia del 86% respectivamente, datos porcentuales que van acorde a lo mencionado por la mayoría de las literaturas, por lo que se puede decir que dicha aseveración fue comprobable en esta investigación.

Keiser et al 2010 evaluaron los resultados del embarazo en pacientes con síndrome HELLP con y sin eclampsia concurrente y concluyeron que la eclampsia no parece incrementar el riesgo significativo sobre el desarrollo o resultado de gestaciones con síndrome HELLP.

Yucesoy et al 2010 realizaron un estudio para evaluar los resultados maternos y fetales en 44 gestantes con síndrome HELLP para investigar el papel de las plaquetas en su pronóstico. Concluyeron que el síndrome está asociado con una alta incidencia de morbimortalidad materna y fetal y los pacientes con plaquetopenia pueden tener un riesgo mayor

Ivania Sequeira Mejía, evaluó el manejo expectante de la pre eclampsia severa en manejo de las pacientes embarazadas lejos del termino en el servicio de alto riesgo obstétrico del HBCR en el año 2013, donde encontró las edades predominantes entre 20 a 29 años, la mayoría no tenía antecedentes patológicos personales ni familiares, el manejo farmacológico más frecuente fue hidralazina IV e IM, alfametildopa, corticoides y sulfato de magnesio, se logró prolongar los embarazos en un periodo medio de 1 a 7 días, la vía más frecuente de terminación del embarazo fue la vaginal (81.4%) las complicaciones maternas más frecuentes fueron: hipertensión uterina, pre-eclampsia severa refractaria al tratamiento e inminencia de eclampsia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los cuadros de hipertensión asociados al embarazo continúan presentando un alto impacto en la morbimortalidad materna como perinatal, siendo de gran preocupación en todos los países del mundo. Una complicación grave, que puede desarrollarse antes del parto (usualmente en el 3º trimestre) o en el posparto, es llamado Síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia). La mortalidad perinatal y materna se elevan considerablemente; la primera debido, fundamentalmente, a muerte fetal, retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad y, la segunda, a coagulación intravascular diseminada, edema cerebral, insuficiencia renal aguda y edema de pulmón.

Teniendo en cuenta la importancia de esta afección y las implicancias sobre el binomio madre feto que podrían repercutir en una muerte de ambas partes, es la razón por la cual investigar sobre el abordaje de pacientes con esta patología se hace esencial, pues no son casos comunes, la incidencia en la mayoría de los servicios de obstetricia oscila entre un 5% a un 10% del total de los embarazos. Por lo cual nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuál es el Abordaje Clínico y Farmacológico que se les da a las pacientes con Diagnóstico de Síndrome de HELLP ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre de 2017?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Describir los resultados Maternos – Fetales de los pacientes con síndrome de HELLP ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.

Objetivos Específicos:

- Describir los datos generales del grupo de mujeres en estudio.
- Enlistar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.
- Describir el abordaje clínico del grupo de mujeres en estudio.
- Describir el manejo Farmacoterapéutico del grupo de mujeres en estudio.
- Describir la evolución de la madre.
- Describir la evolución de fetal y/o recién nacido.

MARCO TEÓRICO:

Generalidades

El síndrome de HELLP es un trastorno severo del estado gravidopuerperal, reconocido en relación con las formas graves de preeclampsia (PE) y eclampsia (E), que ha sido también considerado una preeclampsia "atípica". (A. Toirac Lamarque, V. Pascual López, Y. Torrez , 2002). El crédito por su descripción e informe original se atribuye al norteamericano Louis Weinstein, quien el 15 de mayo de 1981 sometió a revisión y el 15 de enero de 1982 publicó la observación de los primeros 29 casos diagnosticados en pacientes preeclámplicas y eclámplicas, tomando como base estos hallazgos se tomó en cuenta el acrónimo HELLP, que expresa la relevancia otorgada a los hallazgos bioquímicos, como condición necesaria para el diagnóstico:

- ✓ Hemolisis
- ✓ Elevado
- ✓ Niveles de enzimas Hepáticas
- ✓ Bajo
- ✓ Recuento de plaquetas

El 72% de los casos son reconocidos durante el periodo prenatal, más frecuente a partir de la semana 34 de embarazo, el resto de ellos siendo identificados en el transcurso de la primera semana del puerperio. Se asocia con diversas complicaciones e implica riesgo de vida para la madre y el feto. (Aller Juan, 2005)

Factores de Riesgo

La literatura médica reporta que el síndrome de HELLP ocurre en cerca de 0.5 a 0.9% de todos los embarazos y en el 10 al 20% de los casos con pre-eclampsia severa. El 70% se desarrolla antes del parto, entre las semanas 27 y 37 de gestación. El 10% ocurre antes de la semana 27 y el 20% más allá de la semana 37. En la serie reportada por Sibai et al, los pacientes con síndrome HELLP fueron significativamente mayores (edad promedio 25 años) a diferencia de las que

presentaban únicamente preeclampsia-eclampsia en la que el promedio de edad fue de 19 años. La incidencia de este síndrome fue más alta en la población blanca y entre pacientes multigestas y aunque puede ser variable, su inicio es usualmente rápido. En el período postparto, suele iniciarse en las primeras 48 horas en mujeres que han cursado con proteinuria e hipertensión antes. Muchas de las mujeres con síndrome HELLP han tenido hipertensión y proteinuria, pero estas pueden estar ausentes en el 10 al 20 % de los casos.

Los factores de riesgo para síndrome HELLP difieren de aquellos asociados con preeclampsia. El primero generalmente se presenta durante el tercer semestre de la gestación, aunque bien puede tener lugar a menos de las 27 semanas de gestación encerca del 11% de las pacientes. (José Antonio Rojas Suárez, 2008)

Fisiopatología

La Etiología del Síndrome de HELLP está pobremente comprendida, ninguna causa ha sido reportada. Existen hipótesis, las cuales afirman que resulta de una reactividad de las arterias hepáticas, vasoconstricción e hipoperfusión de dicho órgano.

La lesión histopatológica a nivel hepática, característico del Síndrome, es la necrosis parenquimatosa periportal y/o focal, en la cual largos depósitos de fibrina pueden ser vistos en los sinusoides. Estos hallazgos pueden ser responsables de la elevación de las enzimas hepáticas y del dolor en el cuadrante abdominal superior derecho.

En algunos casos, la necrosis celular y la hemorragia pueden ser tan severas que darían como resultado una hemorragia intrahepatica y formación de un hematoma subcapsular que podría conducir a la ruptura de la capsula Glisson.

En este síndrome se provoca un daño al endotelio microcapsular que conduce a la activación plaquetaria intravascular, lo que resulta una liberación de Tromboxano A2 y serotonina, causando vasoespasmo, aglutinación y agregación plaquetaria, que posteriormente dañaran el endotelio y conducirán a la reducción de producción de prostaciclina y a la activación plaquetaria. (González, 2006)

La anemia hemolítica micro-angiopática, es la marca del Síndrome, se piensa es el resultado del paso de los glóbulos rojos a través de los vasos sanguíneos con daño en la íntima y depósitos de fibrina. Esto conduce a la aparición en el extendido periférico de células triangulares, células de Borr, equinocitos y esferocitos. (Vial Y, 1992)

Manifestaciones Clínica

El inicio de la enfermedad es rápido, algunas pacientes pueden encontrarse asintomáticas inicialmente; sin embargo 90% de las pacientes tienen síntomas inespecíficos que preceden a las manifestaciones clínicas típicas del Síndrome de HELLP.

En 50% de los casos la enfermedad es precedida por edema generalizado y aumento de peso desproporcionado. El dolor abdominal en el hipocondrio derecho o epigastrio es el síntoma más común y puede ser el único síntoma hasta en 50% de los casos. El dolor abdominal, frecuentemente, es de tipo cólico y fluctuante.

Otras manifestaciones clínicas frecuentes son: cefalea en 60% de los casos, visión borrosa (20%), náusea, vómito y malestar general. En la mayoría de las pacientes la presión arterial puede encontrarse elevada pero en 20% de los casos se encuentra dentro de límites normales. Con menos frecuencia se observan datos clínicos relacionados con las complicaciones de esta entidad, como es la disnea por edema pulmonar o ictericia por daño hepático. (César Homero Gutiérrez-Aguirre, 2012)

Criterios diagnósticos

Los criterios son los siguientes:

1. Anemia hemolítica microangiopática

- a) Frotis en sangre periférica de hematíes deformados, fragmentados, esquistocitosis, reticulocitosis.
- b) Bilirrubina ≥ 1.2 mg/dl.
- c) Lactato deshidrogenasa ≥ 600 UI.

2. Trombocitopenia

- a) Tipo I (< 50,000 mm³).
- b) Tipo II (50,000 a 100,000 mm³).
- c) Tipo III (101,000 a 150,000 mm³).

3. Elevación de enzimas hepáticas

- a) Transaminasa glutámico-oxalacética (TGO) > 70 UI.
- b) Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP) > 70 UI. (MINSA, 2013)

Clasificación

Martin y col establecieron una clasificación de acuerdo a los niveles de plaquetas, en la Universidad de Mississippi, se propuso el nivel de plaquetas como el índice más fácilmente medible de la gravedad de la enfermedad. Este sistema tiene en cuenta el recuento de estas células para definir tres clases de síndrome HELLP, en cada una de estas debe existir la evidencia de laboratorio de anemia hemolítica microangiopática y alteración de las enzimas hepáticas. El sistema es el siguiente:

- CLASE I: recuento de plaquetas de 50.000/mm³o menos.
- CLASE II: recuento de plaquetas entre 50.000 – 100.000 /mm³
- CLASE III: recuento de plaquetas entre 100.000 – 150.000/mm³

LDH igual o mayor de 600 UI/L

TGO, TGP o ambas mayores de 40 UI/l (J. A. Rojas Suárez, O. L. De la Ossa Mercado, 2009)

Complicaciones

- Complicaciones renales.

Es frecuente observar compromiso de la función renal, desarrollan proteinuria persistente, mientras la presión arterial llega a sus valores normales. La insuficiencia renal aguda tiene una prevalencia de 7-9% en las pacientes con Síndrome de HELLP

Con el desarrollo de trombos fibrino-plaquetarios, estos ocluyen la luz glomerular, provocando isquemia tubular. (A. Toirac Lamarque, V. Pascual López, Y. Torrez , 2002)

- Trastornos de la coagulación.

La coagulopatía por consumo es una complicación poco frecuente del síndrome, asociándose con una elevada morbilidad. En presencia del síndrome, otras causas pueden generarla: desprendimiento placentario, feto muerto retenido, hemorragias graves en el período periparto y con menor frecuencia la presencia de extensos hematomas hepáticos. Se refiere una prevalencia de 4-38%, pero si se excluyeran los factores enunciados, resultaría inferior a 5% de los casos. (Eduardo, 2007)

- Necrosis y hematomas hepáticos.

El hígado es uno de los principales órganos blancos del Síndrome de HELLP, los hematomas se observan en 1-2% de las pacientes con esta entidad patológica. Resultan de la necrosis y hemorragia periportal a consecuencia de la trombosis sinusoidal.

Los hematomas podrán presentar síntomas en el preparto, parto o el puerperio, incluye dolor en hipocondrio derecho o en la región del epigastrio con irradiación al hombro derecho.

Puede haber ruptura del hematoma, que frecuentemente es localizado en el lóbulo derecho, cuya ruptura puede ocasionar un hemoperitoneo con shock hemorrágico. (Drs. Ernesto Perucca, 2003)

- Complicaciones encefálicas.

Pueden presentarse convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas. En 1973 Sheehan y Lynch efectuaron una amplia revisión de lesiones encefálicas en necropsias de pacientes fallecidas por Síndrome de HELLP, en la cual encontraron hematomas y edema encefálico difuso.

En los exámenes imagenológicos, como TAC mostraría edema difuso o lesiones regionales cortico-subcorticales hipodensas, bilaterales aunque no simétricas, con predominio en los lóbulos parieto-occipitales. (José Antonio Rojas Suárez, 2008)

- Complicaciones respiratorias.

La lesión difusa está constituida por edema pulmonar exudativo, descomposición de la arquitectura alveolar normal, reemplazo de células epiteliales alveolares tipo I por tipo II, daño de los capilares pulmonares, con depósito de material fibrinoide y células inflamatorias en el intersticio pulmonar.

Las reacciones inflamatorias activas generan una gran cantidad de mediadores inflamatorios como citoquinas, prostaglandinas, leucotrienos, factores de la coagulación e inmunoglobulinas, algunos de éstos, son mediadores importantes de la inflamación local como los radicales de oxígeno o las enzimas proteolíticas y otros, son amplificadores de la lesión y la reacción inflamatoria como son los factores del complemento, sustancias quimiotácticas y broncoactivas. El proceso inflamatorio intersticial genera trastornos de la difusión de oxígeno de manera inicial y posteriormente genera desequilibrio ventilación/perfusión (V/Q), formando un incremento importante del cortocircuito intrapulmonar, como causa principal de la hipoxemia, que suele ser intensa y no se corrige con fracciones altas de oxígeno (hipoxemia refractaria).

En el Síndrome de HELLP puede existir un mecanismo de disparo de sustancias pro-inflamatorias como el factor de necrosis tumoral, interleucina 1 y la interleucina 6, los cuales participan de manera importante en la activación de neutrófilos, aumentando su adhesividad endotelial, la activación anormal de neutrófilos genera liberación de radicales libres de oxígeno, generando daño en las células endoteliales, aumentando la permeabilidad capilar y la agregación plaquetaria (Dr. José Antonio Hernández Pacheco, 2003)

Diagnósticos Diferenciales

- Necrosis grasa hepática del embarazo.
- Púrpura trombocitopénica trombótica.

- Síndrome hemolítico-urémico del puerperio.
- Apendicitis aguda.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Síndrome de Budd-Chiari.
- Enteritis necrotizante.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Colecistitis.
- Hepatitis viral fulminante.
- Síndrome antifosfolípidos.
- Herpes simple diseminado.
- Shock séptico o hemorrágico.
- Pancreatitis aguda.
- Ingestión de medicamentos (hepatotóxicos, nitrofurantoína, fenitoína, a metildopa).

Criterios de gravedad

Condiciones preexistentes como hipertensión arterial crónica, diabetes tipo 1, neuropatía o lupus eritematoso sistémico, se vinculan con peor pronóstico. Una vez desarrollada la enfermedad, niveles más bajos de plaquetopenia se relacionan con mayor prevalencia de complicaciones.

La brusca caída de la tensión arterial asociada con dolor abdominal podría indicar la ruptura de un hematoma hepático en la cavidad abdominal. En otras ocasiones es manifestación de desprendimiento placentario. Marcada ascitis, por encima de 1000 ml cursa con mayor índice de complicaciones cardiacas y pulmonares.

Se relacionó con elevada morbilidad la existencia de valores de:

1. LDH superiores a 1400 UI/L
2. Transaminasas hepáticas mayores de 150 UI/L
3. Uricemia por encima de 7.8 mg/dl

La hipoglucemia persistente refleja el severo compromiso hepático y se relaciona con mal pronóstico. (Eduardo, 2007)

Conducta terapéutica

Todas las pacientes deben ingresar en áreas de cuidados críticos obstétricos en centros asistenciales del tercer nivel.

- Interrupción de la gestación: Es el único tratamiento con efectividad reconocida, se ha propuesto prolongar aquellos embarazos con menos de 34 semanas con la finalidad de lograr maduración fetal con menor morbimortalidad perinatal.
- Parto o cesárea: La presencia de síndrome de HELLP no justifica la indicación de operación cesárea en todos los casos. En ausencia de complicaciones, pacientes con síndrome de HELLP en trabajo de parto o con ruptura de membrana pueden parir por vía vaginal
- Anestesia y analgesia: Con recuentos plaquetarios por debajo de 75.000/mm se evitará la anestesia regional. Con recuentos inferiores a 50.000/mm se efectuarán transfusiones previas a la anestesia regional con una unidad por cada diez kilogramos de peso corporal, esta conducta logra un efecto transitorio pero suficiente a los fines para los que se indicó.
- Prevención y tratamiento de las convulsiones: La profilaxis de la eclampsia se implementara en todos los casos con sulfato de magnesio. La paciente ecláptica debe manejarse preferiblemente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a fin de prevenir y evitar traumas y mordedura de la lengua se debe sujetar de forma cuidadosa, evitando la inmovilización absoluta y la violencia; El Sulfato de Magnesio es el fármaco de elección para prevenir y tratar las convulsiones. Con la utilización del esquema de Zuspan: Dosis de carga: 4 gr. de Sulfato de Magnesio al 10% (4 ampollas) IV diluido en 200 ml de Solución Salina Normal al 0.9% o Ringer. Administrar en infusión continua en 5-15 min.

Dosis de mantenimiento: 1gr. por hora IV durante 24 horas después de la última convulsión. Preparar las soluciones de la siguiente forma: para cada 8 horas, diluir 8 gr. de Sulfato de Magnesio al 10% en 420 ml de Solución Salina Normal o Ringer y pasarla a 60 microgotas o 20 gotas por minuto.

La dosis para las siguientes 24 horas se calcula sobre los criterios clínicos preestablecidos para el monitoreo del Sulfato de Magnesio. Durante la infusión de sulfato de magnesio debe vigilarse que la diuresis sea >30 ml/hora, la frecuencia respiratoria igual o mayor de 12 por minuto y los reflejos osteotendinosos deberán ser normales. (MINSA, 2013)

- Tratamiento de hipertensión arterial: El objetivo es mantener la sistólica por debajo de 160mm/hg y diastólica entre los 90 y 105mm/hg con el fin de evitar complicaciones neurológicas como las convulsiones y hemorragias encefálicas, sin mayor deterioro de la circulación uteroplacentaria. En episodio agudo, la hidralacina en dosis de 5g por vía IV durante 1-2 in. Podrá repetirse en caso de no obtener el efecto deseado cada 10 minutos hasta un máximo de cuatro dosis.
- Corticoides: Se destaca la acción beneficiosa de los corticoides en el síndrome de HELLP durante el parto, que se expresa por la rápida recuperación de la plaquetopenia y disminución de las transaminasas hepáticas con normalización de la tensión arterial en la mayor parte de los casos. El efecto de los corticoides sobre las plaquetas es desconocido, aunque se sugiere una acción inmunológica, también propuesta a nivel endotelial. La dosis de dexametasona referida en la literatura es de 10mg cada 12 horas.
- Transfusión de plaquetas: Está indicada en todos los casos de recuentos plaquetarios menores de 20.000/mm³ por el riesgo de hemorragias espontáneas, particular de localización encefálica en casos de eclampsia.
- Tratamiento del hematoma hepático: La presencia de un hematoma encapsulado requiere de conducta expectante, evitando aquellos factores mecánicos que favorecen la ruptura, tales como palpación abdominal, vómitos y convulsiones. En caso de ruptura deberá tratarse de inmediato el shock hemorrágico mediante expansión de la volemia, reposición de la masa globular mediante transfusiones y corrección de la coagulopatía con hemoderivados. (Eduardo, 2007).

DISEÑO METODOLOGICO:

Tipo de estudio: DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.

Nombre común es: **SERIE DE CASOS.**

Área de estudio:

El Hospital Bertha Calderón Roque se encuentra ubicado del Centro Comercial Zumen 1C Al Oeste. Esta designado para ser unidad hospitalaria de mayor calidad y capacidad de resolución del país con servicios de salud de alta complejidad, integrados en un solo local, con recursos humanos altamente calificados y motivados para brindar la más alta calidad de servicios a sus usuarias. Es el Hospital de referencia nacional para la mujer nicaragüense.

Actualmente el Hospital cuenta con los siguientes servicios:

- Obstetricia
- Ginecología
- Oncología
- Neonatología
- Emergencia
- Unidad de Cuidados Intensivos

A nivel interno, el hospital cuenta con 15 consultorios externos, con 228 camas censables, 12 camas no censables, y con 5 quirófanos. Actualmente cuenta con 600 recursos humanos que se encargan de la atención de las pacientes.

Se realizan 31,950 consultas médicas, con 24,649 consultas en la emergencia, con 18,624 egresos y 5,593 operaciones en el hospital.

Universo:

El Universo fué constituido por un total de 18 pacientes que ingresaron al servicio de UCI del Hospital Bertha Calderón Roque con el diagnóstico de Síndrome de HELLP del periodo de Enero a Octubre del año 2017.

Muestra:

El estudio fué conformada para un total de 18 expedientes clinicos de los pacientes con diagnostico de HELLP en el periodo de Enero a Octubre del 2017 y que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo utilizado fue alaeatorio por conveniencia

Criterios de inclusion:

- ✓ Expedientes clínicos con letra legible y completos.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Expedientes clínicos no completos para el estudio.

Técnicas y procedimiento:

Para la recolección de datos se necesitó de cartas de solicitud al docente y medico base encargado de la sala de unidad de cuidados intensivos para poder tener acceso a los expedientes clínicos.

Para cumplir a cabalidad los objetivos planteados se diseñó y valido una ficha en la cual se recolectará la información del expediente clínico de las pacientes seleccionadas.

Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos se tabularon y fueron ingresados al programa SPSS, diseñado específicamente para este fin y así sometidas al análisis de frecuencia y porcentaje.

Los resultados del procesamiento de datos se presentan en cuadros y gráficos según las características de las variables, que fueron elaborados en SPSS.

Enunciado de variables:

Objetivo #1

- ✓ Edad
- ✓ Escolaridad
- ✓ Procedencia
- ✓ Ocupación

Objetivo #2

- ✓ Antecedentes Patológicos Personales y Familiares
 - Tuberculosis
 - Diabetes
 - HTA
 - Pre-eclampsia
 - Eclampsia
- ✓ IVSA
- ✓ Gestaciones
- ✓ Partos
- ✓ Cesáreas

Objetivo #3

- ✓ Hipertensión Arterial
- ✓ Proteinuria
- ✓ Edema
- ✓ Cefalea
- ✓ Visión borrosa
- ✓ Escotoma
- ✓ Náuseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Dolor en hipocondrio Derecho
- ✓ Dolor en Epigastrio
- ✓ Convulsiones
- ✓ Oliguria
- ✓ Ictericia
- ✓ Petequias

Objetivo #4

- ✓ Tratamiento Anti-hipertensivo
- ✓ Corticoides
- ✓ Hemoderivados
- ✓ Sulfato de magnesio
- ✓ Diuréticos

Objetivo #5

- ✓ Satisfactoria
- ✓ No satisfactoria

Objetivo #6

- ✓ Satisfactoria
- ✓ No satisfactoria
- ✓ Semanas de Gestación

Operacionalización de variables:

Variable	Concepto	Indicador	Escala /Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha de su ingreso a la UCI	Segun expediente	<19 años 20-34 años >35 años
Escolaridad	Ultimo año de estudio aprobado por la paciente, al momento del ingreso a la UCI	Segun expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Alfabeta
Procedencia	Área geográfica donde habita o de donde procede la paciente	Segun expediente	Urbano Rural
Ocupación	Empleo, oficio o actividad a la cual se dedica la paciente.	Segun expediente	Ama de casa Obrera Comerciante Estudiante Otros
Antecedentes Patológicos Personales	Enfermedades padecidas por la paciente en embarazos anteriores o antes del embarazo actual	Segun expediente	TBC Diabetes Mellitus HTA
Antecedentes Patológicos Familiares	Enfermedades padecidas por algún familiar de la paciente.	Segun expediente	TBC Diabetes Mellitus HTA Pre-Eclampsia

IVSA	Edad en la que la paciente tuvo su primera relación sexual	Segun expediente	<15 años 16-19 años >20 años
Gestaciones	Número de embarazos que la paciente ha presentado, haya o no sido pretérmino.	Segun expediente	0 1-2 ≥3
Partos	Número de nacimientos por vía vaginal que la paciente ha presentado previo al embarazo actual	Segun expediente	0 1-2 ≥3
Cesáreas	Número de nacimientos vía abdominal que la paciente ha presentado previo al embarazo actual	Segun expediente	0 1-2 ≥3
Semanas de Gestación	Semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto	Según expediente	-De 20 a 27 Semanas -De 28 a 36 Semanas -De 37 a 41 -Más de 42 Semanas
Hipertensión Arterial	Enfermedad crónica caracterizada por aumento de las presiones sistólicas y diastólicas	Segun expediente	Si No

Proteinuria	Proteínas en orina en cantidad superior de 150 mg.	Segun expediente	Si No
Edema	Acumulación de líquido en el espacio intersticial	Segun expediente	Si No
Cefalea	Dolores localizados en cualquier parte de la cabeza de la paciente.	Segun expediente	Si No
Visión Borrosa	Perdida de la agudeza visual e incapacidad para visualizar pequeños detalles	Segun expediente	Si No
Escotomas	Ceguera parcial, temporal o permanente	Segun expediente	Si No
Nauseas	Situación de malestar que indica el esfuerzo que acompañan a la necesidad de vomitar.	Segun expediente	Si No
Vómitos	Expulsión violenta y espasmódica del contenido estomacal.	Segun expediente	Si No
Dolor en Hipocondrio Derecho	Experiencia sensorial y desagradable en el cuadrante abdominal superior derecho.	Segun expediente	Si No
Dolor en Epigastrio	Experiencia sensorial y desagradable en el cuadrante abdominal superior medio.	Segun expediente	Si No

Convulsiones	Actividad neuronal que conlleva a la contracción y distensión de varios músculos, de manera brusca y violenta.	Segun expediente	Si No
Oliguria	Disminución de la producción de orina en el día.	<500 ml en 24 horas	Si No
Ictericia	Pigmentación amarillenta de la piel y mucosas debidas a un aumento de bilirrubina.		Si No
Petequias	Lesiones pequeñas de color rojo, provocadas por la extravasación de eritrocitos.		Si No
Tratamiento Anti-hipertensivo	Fármacos que se utilizan para disminuir las presiones arteriales.	Segun expediente	Hidralazina Labetalol
Corticoides	Hormonas producidas por la glándula suprarrenal	Segun expediente	Si No
Hemoderivados	Productos obtenidos por extracción y purificación a través del procesamiento industrial del plasma humano.	Segun expediente	Plasma fresco congelado Paquete Globular Plaquetas
Sulfato de Magnesio	Compuesto químico de magnesio que se utiliza como tratamiento para convulsiones.	Segun expediente	Si No
Diuréticos	Sustancia que al ser ingerida provoca la eliminación de agua.	Segun expediente	Furosemda Dopamina Otros

Evolución Materna	Desarrollo de los sucesos que acontecen en la madre durante la enfermedad	Segun expediente	Satisfactoria No sastifactoria
Evolución Fetal	Desarrollo de los sucesos que acontecen en el feto durante el proceso patológico	Segun expediente	Satisfactoria No sastifactoria

Aspectos Éticos:

Para la realización del presente estudio, se solicitó el permiso oficial de la dirección docente del Hospital Bertha Calderón Roque, a cargo del Dr. José de los Ángeles Méndez, así como a los Jefes del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se garantiza la protección de los datos de los pacientes, puesto que no se utilizara su información personal, sino que nos referiremos a ellos como un conglomerado, de esta forma será confidencial. Además se guardara la confidencialidad, es decir que no se divulgaran los datos personales recibidos.

RESULTADOS:

Conforme al trabajo realizado, se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto a las edades de las pacientes, se encontró que la edad predominante fue el grupo etario de 20-34 años con un 72%, a diferencia con el grupo etario de menor o igual a 19 años se encontró el 28% **(ver anexos cuadro #1)** En cuanto a la escolaridad de las pacientes se obtuvo que el 50% se encontraban en primaria, en secundaria y analfabetas, con un 44% y 6% respectivamente **(ver anexos cuadro #2)**

En la procedencia de las pacientes, el 17% de las pacientes resultaron ser del área urbana, siendo el 83% de las pacientes de la zona rural **(ver anexos cuadro #3)**. Con respecto a la ocupación de las pacientes ingresadas, se encontró que el 89% eran amas de casa, y únicamente el 11% eran estudiantes **(ver anexos cuadro #4)**

En relación a la edad en que las pacientes iniciaron su vida sexual, el 45 % la inició en la primera etapa de la adolescencia, es decir antes de los 15 años, el 33% entre los 16 a los 19 años y tan sólo un 22% después de los 20 años **(ver anexos cuadro #5)**.

El 72% de las pacientes en estudio no han estado embarazadas mientras que un 28% han estado encinta una o dos veces **(ver anexos cuadro #6)**. Un 90% de las mujeres atendidas no ha dado a luz, el 10% restante tuvo de uno a dos partos **(ver anexos cuadro #7)**. En relación al número de cesáreas de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque, un 83% no ha sido sometida a esta cirugía, mientras que un 17% sí pasado por esta operación **(ver anexos cuadro #8)**.

Los antecedentes del paciente en un diagnóstico son de vital importancia, tomando en cuenta los datos registrados de las mujeres atendidas se encontró que un 11% registró hipertensión arterial, 17% pre-eclampsia y la mayoría, un 72% no ha presentado ningún problema de salud **(ver anexos cuadro #9)**.

Con respecto a los antecedentes patológicos de familiares de las pacientes se obtuvieron los siguientes datos: la Hipertensión Arterial fué la más común con un 28%, seguida por la Diabetes Mellitus 22%, la pre-eclampsia ocupa el tercero con el

11% y un 39% no registró ningún tipo de antecedente patológico **(ver anexos cuadro #10)**.

Con respecto a las manifestaciones clínicas presentadas por las pacientes, cabe resaltar, que el total de la muestra, el 100% presentó hipertensión arterial **(ver anexos cuadro #11)**. Con respecto a la Proteinuria, el 94% de las pacientes presentó esta entidad, mientras que el otro 6% no lo presentó **(ver anexos cuadro #12)**. El edema generalizado estuvo presente en el 11% de las atendidas, un 89% no mostró ese tipo de inflamación **(ver anexos cuadro #13)**.

El 56% de las pacientes no presentó cefalea, mientras que el 44% sí sufrió de este mal **(ver anexos cuadro #14)**. Sólo un 17% presentó visión borrosa, en el 83% restante su vista estaba bien **(ver anexos cuadro #15)**.

En el 89% de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque no presentó escotomas, en el 11% presentaron dicho síntoma **(ver anexos cuadro #16)**. El 33% de las pacientes presentó náuseas **(ver anexos cuadro #17)**, mientras que el 28% de las pacientes presentaron vómitos **(ver anexos cuadro #18)**.

El 61% de las pacientes presentó dolor en Hipocondrio Derecho; sin embargo, el 39% restante no presentó esta molestia **(ver anexos cuadro #19)**. Las pacientes ingresadas en el 22% presentaron dolor en el epigastrio, en el 78% no se presenta este síntoma **(ver anexos cuadro #20)**.

Las convulsiones no fueron un problema común en las pacientes, de tal forma que solamente el 6% lo sufrió y el 94% no presentó este tipo de complicación **(ver anexos cuadro #21)**. De las mujeres atendidas (17%) presentó problemas de disminución en el volumen de la orina y un 83% no presentó oliguria **(ver anexos cuadro #22)**.

Con respecto a ictericia, el 6% de la muestra presentó este signo, en el 94% no se observa **(ver anexos cuadro #23)**. En el 100% de las pacientes no presentaron petequias **(ver anexos cuadro #24)**.

El 45% de las pacientes mantuvo una media de presión arterial por encima de los 126 mmHg; el 33% oscilaba entre los 106 y 125 mmHg; mientras el otro 22% presentó una presión menor a los 105mmHg **(ver anexos cuadro #25)**.

Un 22% de las pacientes demostró tener menos de 50,000 plaquetas x mm³, 61% de ellas evidenció entre cincuenta y cien mil milímetros cúbicos. El 17% restante presentó entre 101 mil y 150 mil mm³ **(ver anexos cuadro #26)**.

El 94% de las pacientes demostró tener elevación de las enzimas hepáticas y el 6% restante no padeció este problema **(ver anexos cuadro #27)**. El 100% de las pacientes no presentaron ningún frotis sanguíneo **(ver anexos cuadro #28)**.

El análisis de sangre de las pacientes demostró que el 50% tenía un alto nivel de bilirrubina mientras el 50% estaba en los niveles normales de esta sustancia **(ver anexos cuadro #29)**. El 100% de las mujeres presentó Lactato Deshidrogenasa en gran cantidad **(ver anexos cuadro #30)**.

Con respecto al tipo de Síndrome de HELLP, se puede organizar a las pacientes en cuatro grupos: aquellas que presentaron el Tipo I, equivale al 22%; las que presentan el Tipo II, 62%; quienes presentaron el Tipo III, 16% y quienes no presentaron ninguno de estos tipos, 0% **(ver anexos cuadro #31)**.

Para tratar la hipertensión, el total de las pacientes de la muestra fue tratada con Hidralazina **(ver anexos cuadro #32)**. Al 45% de las pacientes se le aplicó Tratamiento con corticoides y el restante 55% no pasó por este método **(ver anexos cuadro #33)**.

Sólo un 39% de las pacientes había pasado por el uso de hemoderivados, en especial de plaquetas, mientras el 61% no utilizaron hemoderivados **(ver anexos cuadro #34)**. Todas las mujeres ingresadas se le administró sulfato de magnesio **(ver anexos cuadro #35)**.

El 44% de las pacientes ingresadas habían sido tratadas con medicamentos diuréticos y el 56% no se le administró diuréticos **(ver anexos cuadro #36)**. En el total de las pacientes en estudio su evolución fué satisfactoria **(ver anexos cuadro #37)**. **En todas las pacientes el feto cursó una evolución satisfactoria. (ver anexos cuadro #38)**.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Los resultados del estudio muestran de manera general el porcentaje correspondiente a cada variable de acuerdo a los objetivos tomados en cuenta para este estudio.

Según la Caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio, el 72% de correspondían a pacientes de 22-34 años lo que desde su inicio corresponde un factor de riesgo en un embarazo, esto se corresponde con un estudio que realizó Ivania Sequeira Mejía, quien evaluó el manejo expectante de la pre eclampsia severa en manejo de las pacientes embarazadas lejos del término en el servicio de alto riesgo obstétrico del HBCR en el año 2003, donde encontró las edades predominantes entre 20 a 29 años, lo que viene a representar un dato muy importante ya que están siendo las personas jóvenes las afectadas con problemas hipertensivas.

La mayoría de estas pacientes tenían primaria aprobada como mayor grado de escolaridad y en un 83% de procedencia urbana, esto corresponde con que la mayoría son amas de casa y sólo en un 11% son estudiantes, al menos en un 72% era su primer embarazo y el 83% de estas termino en cesárea, esto nos ayuda a inferir que la gran mayoría de estas pacientes que presentó preclampsia grave terminó su parto vía cesárea.

De acuerdo a los Antecedentes Patológicos Personales y Familiares de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos la gran parte de las pacientes no presentó algún antecedente personal que pudiera haberse visto relacionado con su ingreso a cuidados intensivos y solo una minoría del 11% presentó antecedentes de hipertensión arterial, en un 22% tenían diabetes mellitus como antecedente familiar, esto nos permite saber que no se necesitó en estas mujeres la presencia de algún antecedente patológico ya sea personal o familiar que sirviera de gran énfasis para poder intervenir y evitar su complicación.

Los signos y síntomas presentados por la población en estudio Un 100% de estas pacientes fueron ingresadas por hipertensión arterial, el 94% de ellas presentó proteinuria, un 44% cefalea, visión borrosa un 17%, 11% manifestó edema

generalizado, 45% con presión arterial media mayor de 126 mmhg, 33% de las pacientes presentó náuseas, oliguria en un 17%, vómitos en un 28%, bilirrubina total aumentada en un 50%, LDH aumentada en el 100%, 22% presentó dolor en hipocondrio, en un 17% manifestó visión borrosa, plaquetopenia mayor a $>101,000-150,000$ mm³ en un 61%, enzimas hepáticas elevadas en el 94% de los casos, un menor porcentaje del 6% presentó convulsiones, en el 11% de estas pacientes tuvo como síntoma escotomas, dolor en epigastrio en el 22% e ictericia en el 6%, estos datos nos permiten saber el orden de la sintomatología de estas pacientes.

Según la Clasificación del Síndrome de HELLP en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos un 22% fue tipo I, para tipo II en el 62 % y III en el 16%, y en un 0% No aplicaron para ninguna de las clasificaciones.

De acuerdo al tratamiento fueron tratadas en un 100% con antihipertensivos y sulfato de magnesio, en un 44% diurético, 45% corticoides y únicamente un 39% de ellas necesitó plaquetas, esto nos permite saber el porcentaje en orden de utilización en cada una de estas pacientes, según la patología es aceptable ver aumentado hasta un 100% el uso de antihipertensivos y sulfato de magnesio, que a su vez están relacionados con el manejo de preclampsia grave según el protocolo. En el 100% de las pacientes en estudio su evolución fue satisfactoria, al igual que el feto.

CONCLUSIONES:

1. En relación a los estudios Sociodemográficos la población se caracterizó de 20-34 años, así como la escolaridad, con estudios primarios, ama de casa y vivir en el área rural.
2. En cuanto a los antecedentes patológicos del grupo de mujeres en estudio, podemos decir que estas pacientes se caracterizaron por inicio de vida sexual de 20-34 años, primípara, con antecedente familiar de diabetes mellitus.
3. Del Abordaje Clínico, el grupo de pacientes se caracterizó por presentar hipertensión arterial, proteinuria, dolor en hipocondrio derecho.
4. En cuanto a los criterios diagnósticos empleados se realizó por Hipertensión Arterial, la plaquetopenia, con enzimas hepáticas elevadas.
5. Hablando del abordaje terapéutico, todas las pacientes recibieron fármacos antihipertensivos como hidralazina y sulfato de magnesio. La evolución de todas las pacientes del grupo en estudio y de los recién nacidos fue satisfactoria.

RECOMENDACIONES:

A las autoridades Ministerio de Salud de la República de Nicaragua junto a los directores del SILAIS y Jefes de unidad de salud:

Conformar un equipo que permita continuar y mantener los esfuerzos de vigilancia sobre todas aquellas embarazadas sin hacer caracterización de grupos étnicos, ya que todas corren el riesgo de tener una alteración hipertensiva que puede llevarla a un síndrome de HELLP por un lado, a la misma vez mantener una vigilancia estricta sobre el personal de salud que brinda atención prenatal, que cumpla con todos los requisitos emitidos en la normativa para poder identificar de forma oportuna aquellas pacientes que se pueden complicar hipertensión y llegar a un síndrome de HELLP.

A las autoridades de los centros de atención de embarazadas junto a su equipo de trabajo:

Establecer un plan de formación y actualización de forma periódica y continua sobre normas y protocolo emitidos por el ministerio de salud para el abordaje integral de las pacientes en el control prenatal y detectar los factores de riesgos asociados a hipertensión y síndrome de HELLP.

A las autoridades de la unidad de salud:

Revisar de forma periódica los requisitos y normativas de la transferencia oportuna de las pacientes con factores de riesgo importantes en el desarrollo de hipertensión a síndrome de HELLP a una unidad de salud de mayor resolución.

A las autoridades del hospital Bertha Calderón junto a su equipo de colaboradores médicos y enfermeras

Instarlos a que sigan realizando esta labor de manejo adecuado a las pacientes con síndrome de HELLP como lo han estado haciendo hasta ahora, apegado a normas y protocolos.

BIBLIOGRAFIA:

- A. Toirac Lamarque, V. Pascual López, Y. Torrez . (2002). Síndrome de Weinstein-HELLP. *MEDISAN*, 1-5.
- al., M. e. (1999). Descripción de 100 casos en Bogotá. Síndrome de HELLP. *SCIELO*.
- Aller Juan, P. G. (2005). *Obstetricia Moderna*. McGraw Hill-interamericana.
- César Homero Gutiérrez-Aguirre, J. A.-R.-R.-A. (2012). Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. *PubMed*, 195-200.
- Dr. José Antonio Hernández Pacheco, *. D. (2003). Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda asociado al Síndrome de HELLP. *Asociación mexicana de medicina crítica*, 144-149.
- Drs. Ernesto Perucca, C. D. (2003). Ruptura Hepática en el Síndrome de HELLP. *SCIELO*, 7-12.
- EDC, S. (2005). Morbimortalidad del Síndrome de HELLP en Yucatan. *Revista Mexicana Médica*, 45-49.
- Eduardo, M. (2007). *Obstetricia crítica*. McGraw Hill- interamericana. González,
- D. D. (2006). Síndrome de HELLP. *Revista cubana de Hematología*.
- J. A. Rojas Suárez, O. L. De la Ossa Mercado. (2009). *SINDROME HELLP, Consideraciones generales, Diagnóstico y tratamiento*. México: S.E. .
- José Antonio Rojas Suárez, O. L. (2008). Protocolo de Síndrome de HELLP. *SCIELO*.
- MINSA. (2013). *Síndrome hipertensivo gestacional*. Managua, Nicaragua: Biblioteca Nacional de salud.
- Moraga, C. y. (1995). *Complicaciones de la Eclampsia en pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderon Roque en el periodo de Enero 1991 a Junio 1995*. Managua: Unan-Facultad de Ciencias Médicas.
- Vial Y, H. P. (1992). HELLP Syndrome Diagnosis; Pre-eclampsia Diagnosis. *Journal of Obstetrics and Gynecology*..

ANEXOS:

Cuadro #1: Datos sociodemograficos de Edad en base a frecuencia y porcentaje.

Edades de las pacientes		
	N	%
≤19 años	5	28
20-34 años	13	72
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #2: Datos socioeconomicos de Escolaridad en base a frecuencia y porcentaje

Escolaridad de las pacientes		
	N	%
Primaria	9	50
Secundaria	8	44
Alfabeto	1	6
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #3: Datos sociodemografico de Procedencia en base a frecuencia y porcentaje

Procedencia de las pacientes		
	N	%
Urbano	3	17
Rural	15	83
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #4: Datos socioeconomicos de Ocupación en base a frecuencia y porcentaje

Ocupación de las pacientes		
	N	%
Ama de casa	16	89
Estudiante	2	11
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #5: Datos sociocultural Inicio de vida sexual activa en base a frecuencia y porcentaje

IVSA de las pacientes		
	N	%
≤15 años	8	45
16-19 años	6	33
≥20 años	4	22
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #6: Datos sociocultural Número de embarazos en base a frecuencia y porcentaje

Embarazos de las pacientes		
	N	%
0	13	72
1-2	5	28
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #7: Número de partos en base a frecuencia y porcentaje

Partos de las pacientes		
	N	%
0	15	83
1-2	3	17
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #8: Número de Cesáreas en base a frecuencia y porcentaje

Cesáreas de las pacientes		
	N	%
0	15	83
1-2	3	17
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #9: Antecedentes Patológicos Personales de las pacientes en base a frecuencia y porcentaje

Antecedentes Patológicos Personales de las pacientes		
	N	%
Hipertensión Arterial	2	11
Pre-eclampsia	3	17
Ninguno	13	72
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #10: Antecedentes Patológicos Familiares de las pacientes en base a frecuencia y porcentaje.

Antecedentes Patológicos Familiares de las pacientes		
	N	%
Diabetes Mellitus	4	22
Hipertensión Arterial	5	28
Pre-eclampsia	2	11
Ninguno	7	39
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico .

Cuadro #11: Presencia de Hipertensión Arterial en base a frecuencia y porcentaje

Hipertensión Arterial en las pacientes		
	N	%
Si	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #12: Presencia de Proteinuria en base a frecuencia y porcentaje

Proteinuria en las pacientes		
	N	%
Si	17	94
No	1	6
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro #13: Presencia de Edema Generalizado en base a frecuencia y porcentaje

Edema Generalizado en las pacientes		
	N	%
Si	2	11
No	16	89
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #14: Presencia de cefalea en base a frecuencia y porcentaje

Cefalea en las pacientes		
	N	%
Si	8	44
No	10	56
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #15: Presencia de visión borrosa en base a frecuencia y porcentaje

Fuente: Expediente clínico

Visión borrosa en las pacientes		
	N	%
Si	3	17
No	15	83
Total	18	100

Cuadro #16: Presencia de escotomas en base a frecuencia y porcentaje

Escotomas en las pacientes		
	N	%
SI	2	11
No	16	89
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #17: Presencia de nauseas en base a frecuencia y porcentaje

Nauseas en las pacientes		
	N	%
Si	6	33
No	12	67
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #18: Presencia de vómitos en base a frecuencia y porcentaje

Vómitos en las pacientes		
	N	%
Si	5	28
No	13	72
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #19: Presencia de dolor en hipocondrio derecho en base a frecuencia y porcentaje

Dolor en Hipocondrio Derecho en las pacientes		
	N	%
Si	11	61
No	7	39
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #20: Presencia de dolor en epigastrio en base a frecuencia y porcentaje

Dolor en epigastrio en las pacientes		
	N	%
Si	4	22
No	14	78
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #21: Presencia de convulsiones en base a frecuencia y porcentaje

Convulsiones en las pacientes		
	N	%
Si	1	6
No	17	94
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #22: Presencia de oliguria en base a frecuencia y porcentaje

Oliguria en las pacientes		
	N	%
Si	3	17
No	15	83
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #23: Presencia de ictericia en base a frecuencia y porcentaje

Ictericia en las pacientes		
	N	%
SI	1	6
No	17	94
Total	18	100

Fuente: Expediente clinico

Cuadro #24: Presencia de petequias en base a frecuencia y porcentaje

Petequias en las pacientes		
	N	%
No	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #25: Presión arterial media en base a frecuencia y porcentaje

Presión arterial media en las pacientes		
	N	%
>126 mmHg	8	45
106-125 mmHg	6	33
<105 mmHg	4	22
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #26: Plaquetopenia en base a frecuencia y porcentaje

Plaquetopenia en las pacientes		
	N	%
<50,000 mm³	4	22
50,000-100,000 mm³	11	61
>101,000-150,000 mm³	3	17
N/A		
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #27: Enzimas hepáticas en base a frecuencia y porcentaje

Enzimas Hepáticas Elevadas en las pacientes		
	N	%
Si	17	94
No	1	6
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #28: Frotis Sanguíneo en base a frecuencia y porcentaje

Frotis Sanguíneo en las pacientes		
	N	%
N/A	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #29: Bilirrubina Total en base a frecuencia y porcentaje

Bilirrubina Total elevadas en las pacientes		
	N	%
Si	9	50
No	9	50
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #30: Lactato Deshidrogenasa en base a frecuencia y porcentaje

LDH elevada en las pacientes		
	N	%
Si	18	100
No	0	0
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #31: Clasificación del Síndrome de HELLP en base a frecuencia y porcentaje

Clasificación del Síndrome de HELLP en las pacientes		
	N	%
Tipo I	4	22
Tipo II	11	62
Tipo III	3	16
N/A	0	0
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #32: Tratamiento anti-hipertensivo en base a frecuencia y porcentaje

Tratamiento anti-hipertensivo en las pacientes		
	N	%
Hidralazina	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #33: Tratamiento con corticoides en base a frecuencia y porcentaje

Corticoides en las pacientes		
	N	%
Si	8	45
No	10	55
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #34: Uso de Hemoderivados en base a frecuencia y porcentaje

Hemoderivados en las pacientes		
PLAQUETAS	N	%
Si	7	39
No	11	61
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #35: Uso de sulfato de magnesio en base a frecuencia y porcentaje

Sulfato de Magnesio en las pacientes		
	N	%
Si	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #36: Uso de diuréticos en base a frecuencia y porcentaje

Diuréticos en las pacientes		
	N	%
SI	8	44
No	10	56
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #37: Evolución Materna

Evolución Materna		
	N	%
SATISFACTORIA	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

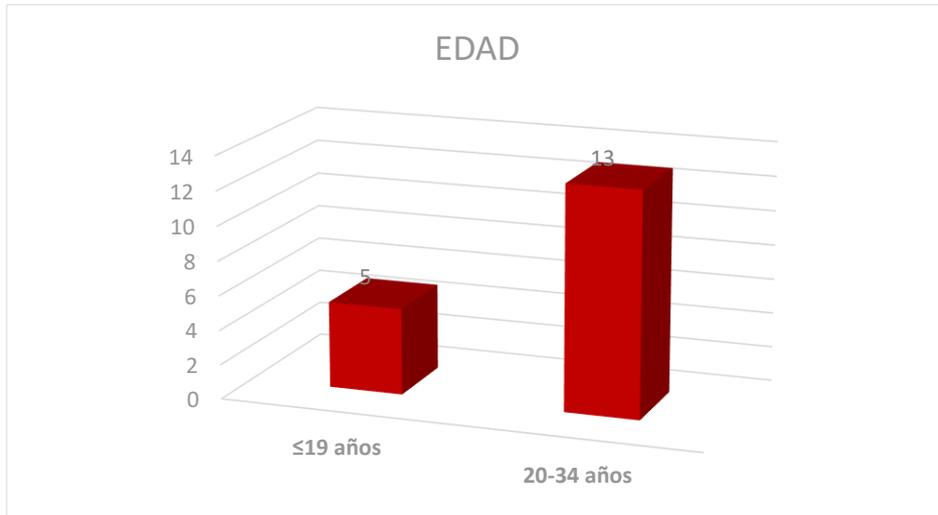
Cuadro #38: Evolución Fetal

Evolución Fetal		
	N	%
SATISFACTORIA	18	100
Total	18	100

Fuente: Expediente clínico

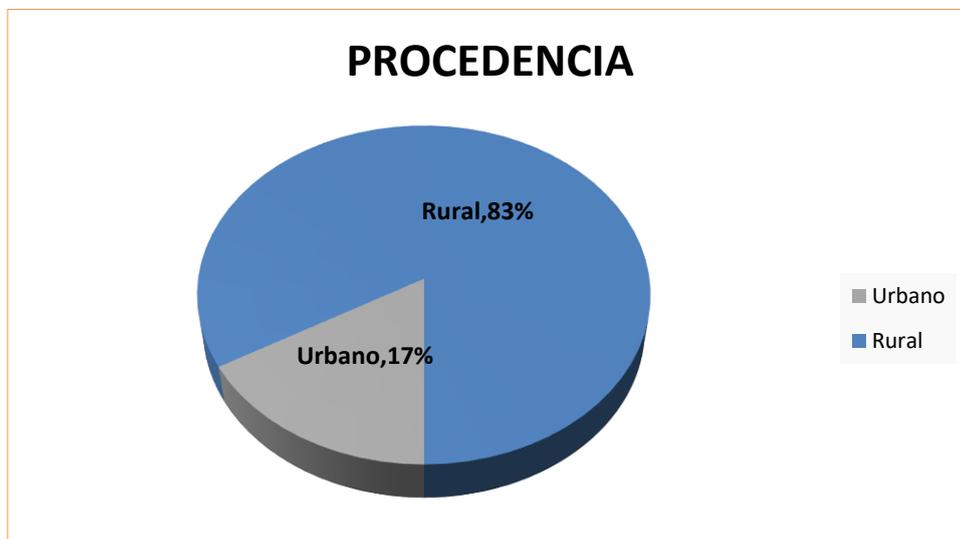
GRÁFICOS:

Grafico #1: Edades de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



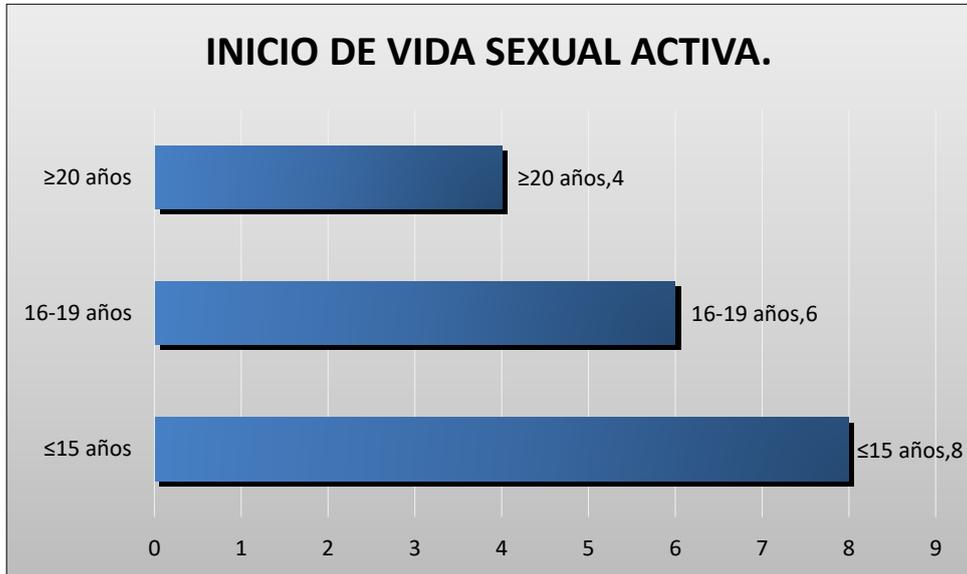
Fuente: Cuadro #1

Grafico #3: Procedencia de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente: Cuadro #3

Grafico #5: Inicio de vida sexual activa de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente: Cuadro #5.

Grafico #6: Número de embarazos de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.

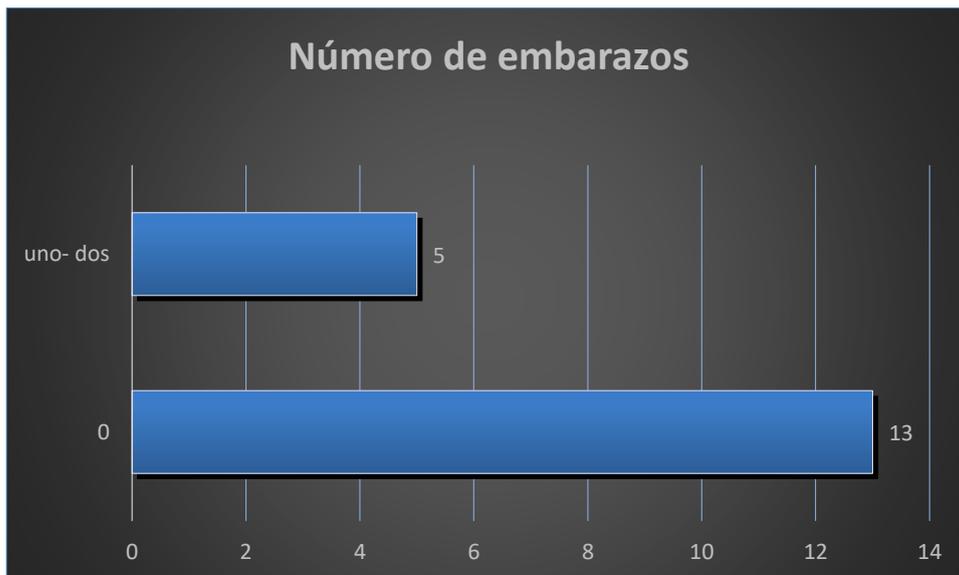
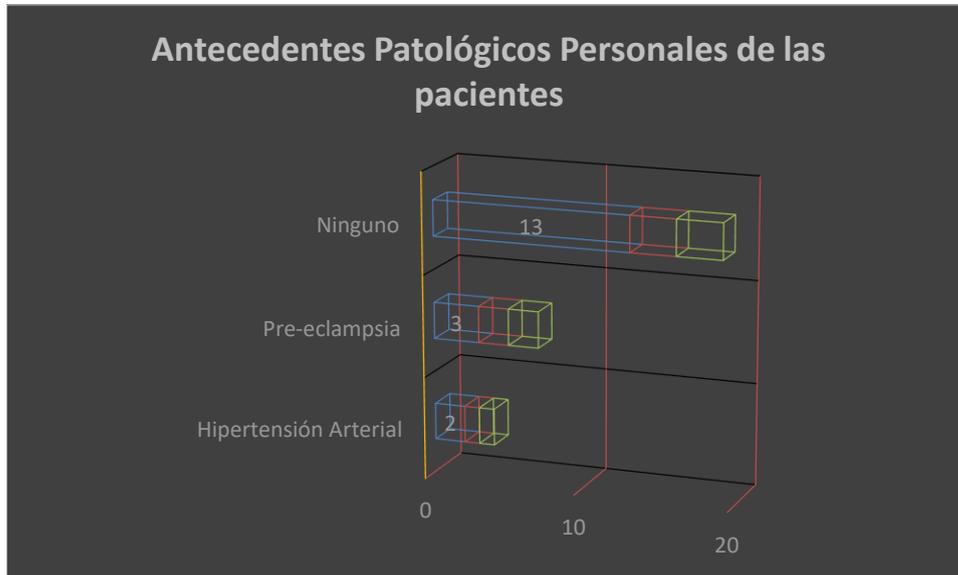


Grafico #9: Antecedentes Patológicos Personales de las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



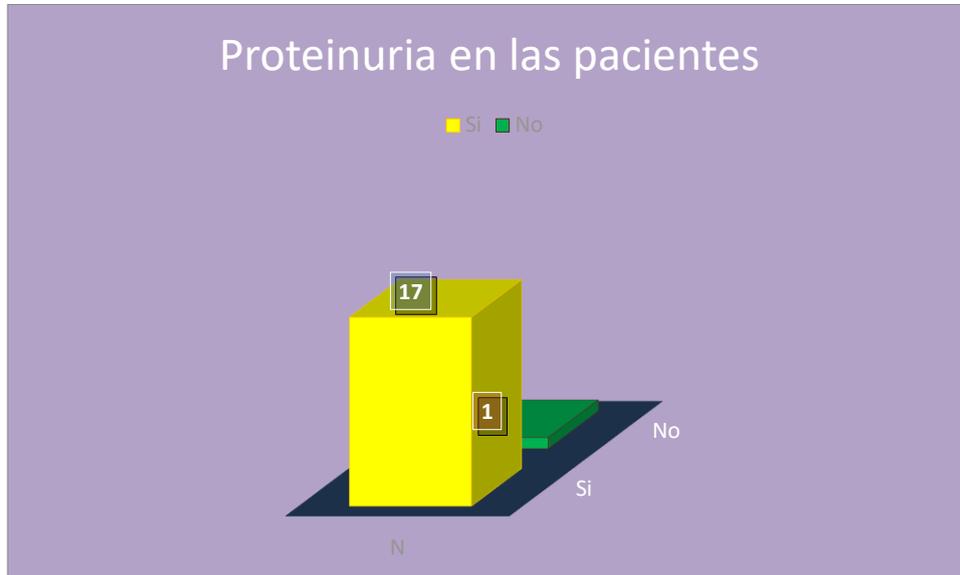
Fuente: Cuadro #9

Grafico #11: Presencia de Hipertensión Arterial en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



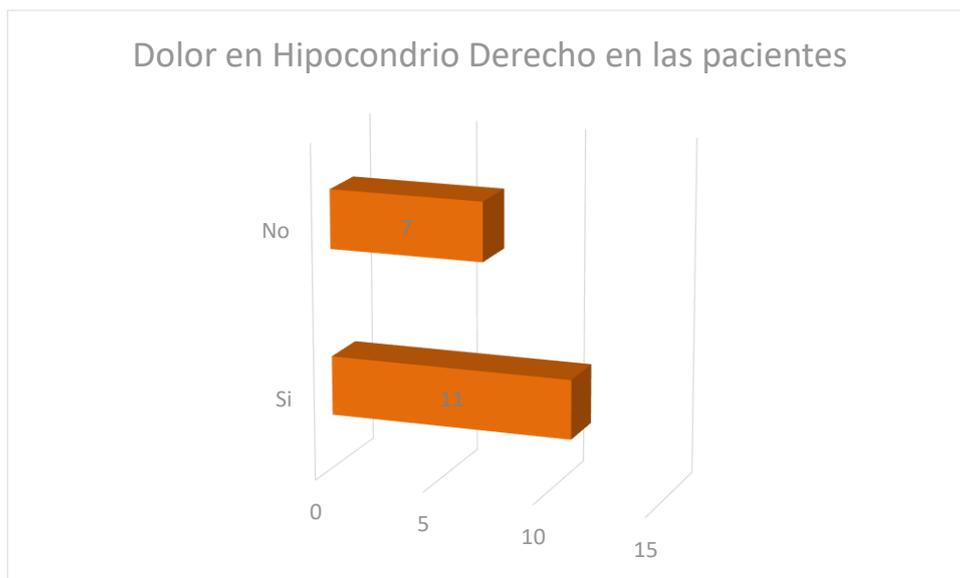
Fuente: Cuadro #11

Grafico #12: Presencia de Proteinuria en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017



Fuente: Cuadro #12

Grafico #19: Presencia de dolor en hipocondrio derecho en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017



Fuente: Cuadro #19

Grafico #20: Presencia de dolor en epigastrio en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente: Cuadro #20

Grafico #21: Presencia de convulsione en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente: Cuadro #21

Grafico #22: Presencia de oliguria en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente:cuadro # 22

Grafico #26: Plaquetopenia en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.

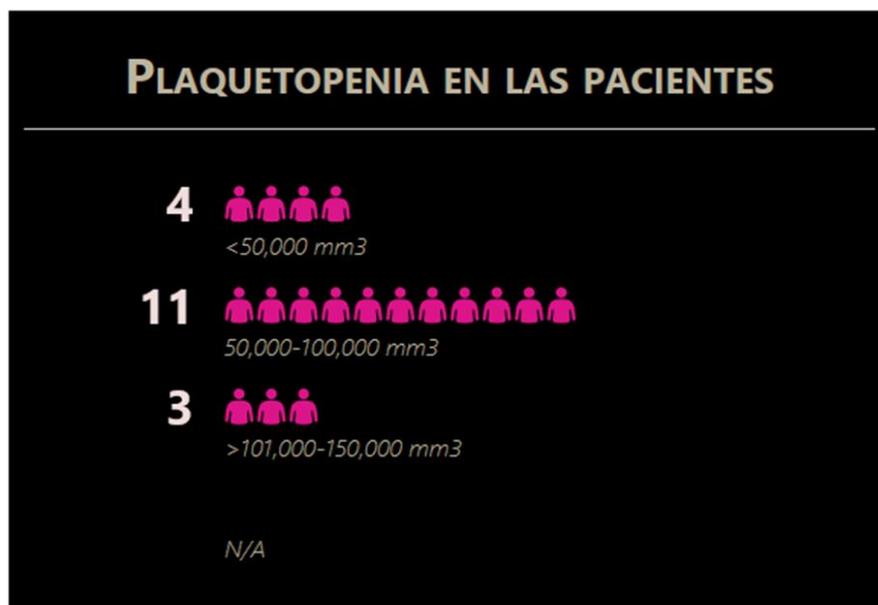
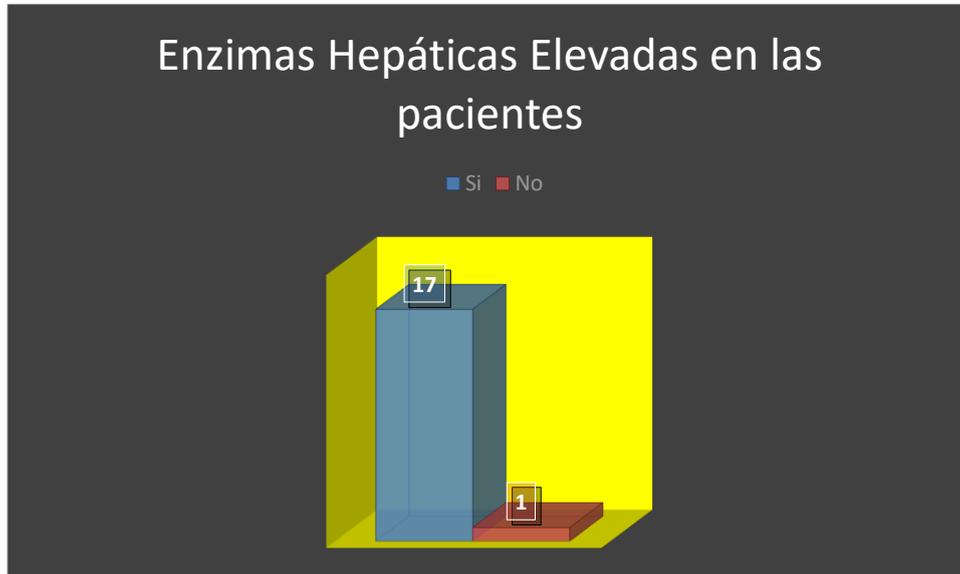
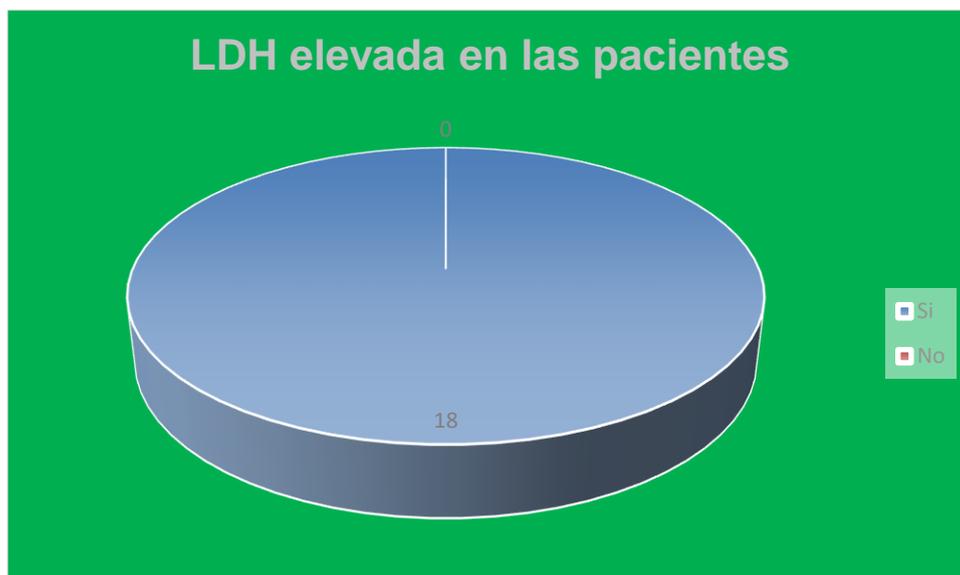


Grafico #27: Enzimas hepáticas en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



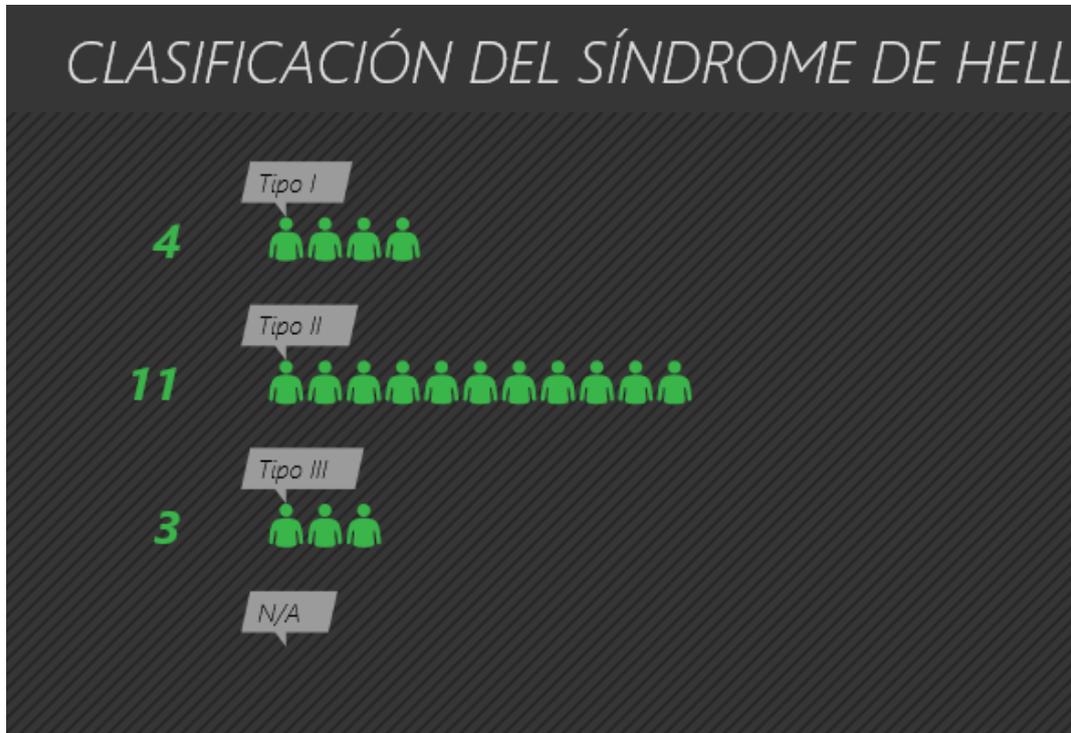
Fuente: Cuadro #27

Grafico #30: Lactato Deshidrogenasa en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



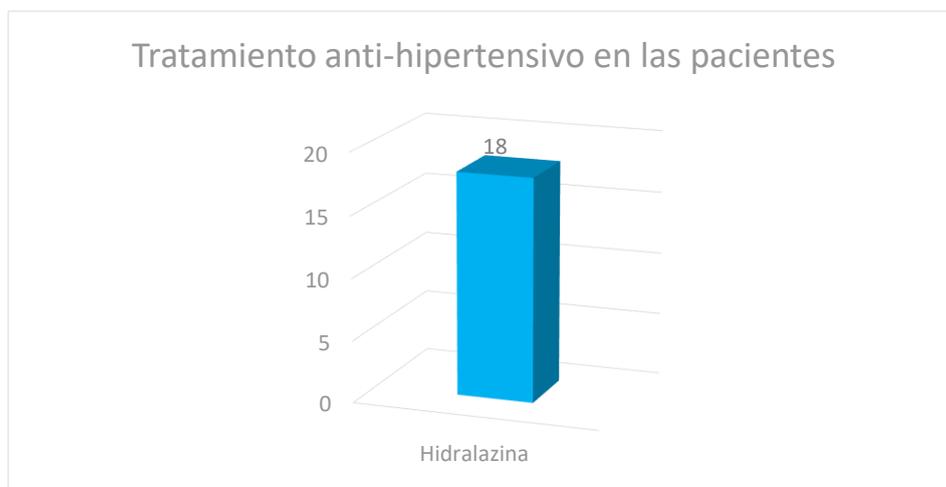
Fuente: cuadro # 30

Grafico #31: Clasificación del Síndrome de HELLP en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roue en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



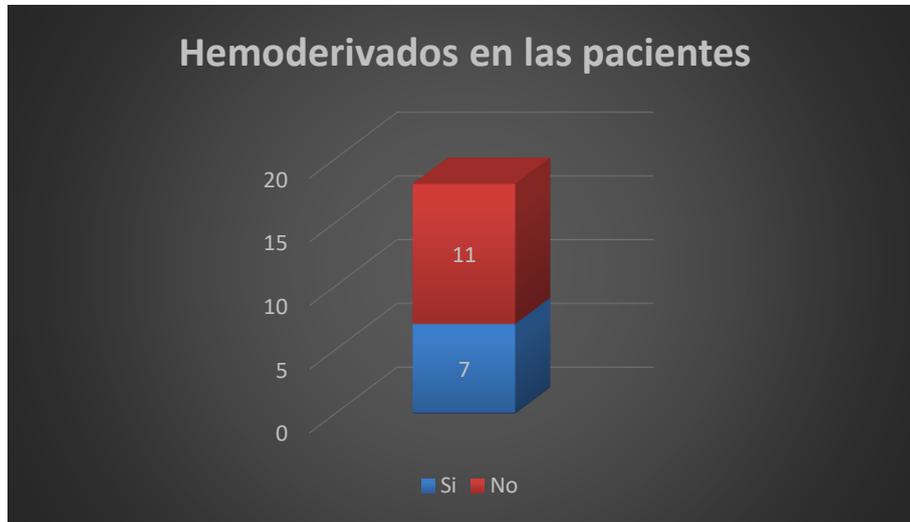
Fuente: Cuadro #31

Grafico #32: Tratamiento anti-hipertensivo en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



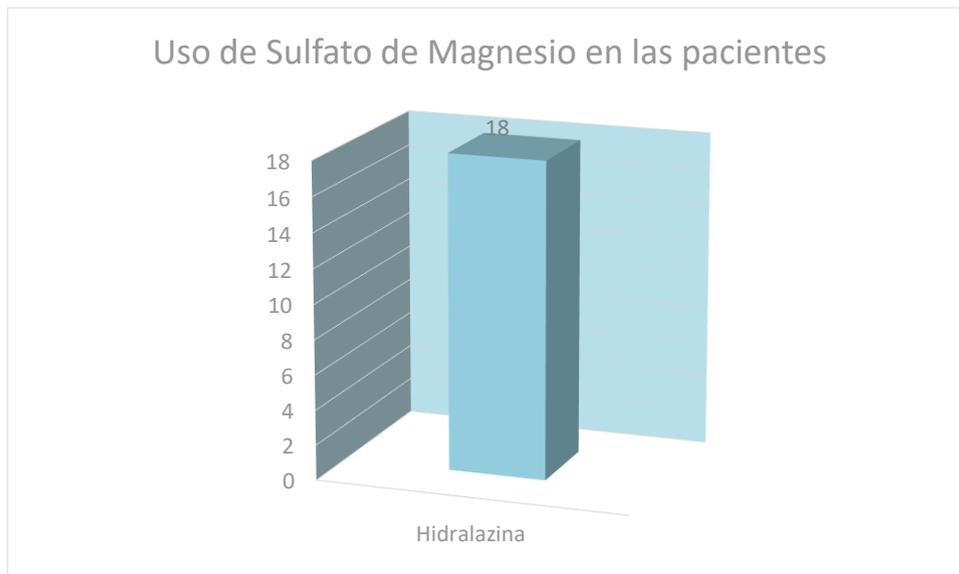
Fuente: Cuadro #32

Grafico #34: Uso de Hemoderivados en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente: Cuadro #34

Grafico #35: Uso de sulfato de magnesio en las pacientes ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.



Fuente: Cuadro #35

FICHA:

Hospital Bertha Calderón Roque

Abordaje Clínico y Farmacoterapéutico de las pacientes con diagnóstico de Síndrome de HELLPs ingresadas en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Octubre del 2017.

No. Ficha: _____ Datos Generales		
Edad _____	Expediente _____	Procedencia _____
Escolaridad _____	Ocupación _____	IVSA _____
Gesta _____	Partos _____	Cesáreas _____
Datos de Unidad de Cuidados Intensivos		
Fecha de Ingreso _____	Hora de ingreso: _____	
Edad Gestacional _____		
Antecedentes		
Familiares		Personales
		TBC
		Diabetes Mellitus
		HTA
		Pre-eclampsia
		Eclampsia
Datos Clínicos		
Hipertensión Arterial	Proteinuria	
Edema	Cefalea	
Visión Borrosa	Escotomas	
Nauseas	Vómitos	
Dolor en Hipocondrio Derecho	Dolor en Epigastrio	
Convulsiones	Oliguria	
Ictericia	Petequias	

Criterios Diagnósticos**Presión Arterial Media**

>126 mmHg 106-125 mmHg
 <105 mmHg

Plaquetopenia

<50,000 mm³ N/A
 50,000-100,000 mm³
 101,000-150,000 mm³

Enzimas Hepáticas (>70UI)

Sí No N/A

Frotis Sanguíneo

Hematíes Deformados
 Hematíes Fragmentados
 Esquistocitos
 Reticulocitos
 N/A

Bilirrubina Totales (>1.2 mg/dl)

Sí No N/A

LDH (>600 UI)

Sí No N/A

Clasificación del Síndrome de HELLP

Tipo I
 Tipo II
 Tipo III
 N/A

Manejo Farmacológico**Tratamiento Anti-Hipertensivo**Hidralazina Labetalol Nifedipina **Uso de Corticoides**Sí No **Uso de Hemoderivados**Plasma Fresco Congelado Paquete Globular Plaquetas **Uso de Sulfato de Magnesio**Sí No **Uso de Diuréticos**Furosemida Dopamina Otros