



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de
Obstetiz/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“Conducta Obstétrica en paciente multipara de 32 años con 34 semanas
de gestacion y sindrome de HELLP”

AUTOR

Lady Stefania Moran Mendoza

TUTOR

Obst. Ana Emperatriz Yupa Pallchisaca

Babahoyo– Los Ríos– Ecuador



2021

ÍNDICE

I.AGRADECIMIENTO	4
II.DEDICATORIA	5
III.TEMA	6
IV. RESUMEN	7
V.ABSTRACT	8
VI.INTRODUCCIÓN	9
1.MARCO TEÓRICO	10
1.1DEFINICIÓN	10
1.2 CAUSAS.....	11
1.2.1 Incidencia.....	22
1.2.2 Factores de Riesgo.....	12
1.2.3 Complicaciones.....	12
1.3 ETIOLOGÍA.....	13
1.4 FISIOPATOLOGÍA.....	15
1.5 EPIDEMIOLOGÍA.....	15
1.6 PRONÓSTICO.....	15
1.6.1 Materno.....	15
1.6.2 Neonatal.....	16
1.7CLASIFICACIÓN	186
1.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	18
1.9 DIAGNÓSTICO.....	188
1.10 TRATAMIENTOS.....	188



1.11 JUSTIFICACIÓN	211
1.12 OBEJTIVOS	222
1.12.1 Objetivo General	22
1.12.2 Objetivo Específico	
1.13 Datos Generales	222
2 METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO.....	232
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	232
2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	23
2.3 ANAMNESIS.....	255
2.4 EXPLORACION CLINICA	255
2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	277
2.6.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	27
2.6.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	27
2.6.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	27
2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	288
2.8 TRATAMIENTO.....	28
2.9 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	37
2.10 SEGUIMIENTO.....	377
3 OBSERVACIONES	387
4 CONCLUSIONES.....	38
5 BIBLIOGRAFÍA	408
6 ANEXOS	40



I. AGRADECIMIENTO

No se si logre plasmar todo mi agradecimiento y gratitud a todas las personas que han me han brindado su apoyo durante el transcurso de la carrera y de este proyecto de grado, principalmente agradecer en su totalidad a Dios, quien a sido mi pilar fundamental en este caminar, a mi familia por su esfuerzo y dedicación que me ayudaron a culminar mi carrera universitaria, y a todos aquellos que han estado siempre presente dándome el apoyo suficiente para no decaer en ninun momento y si lo hacia pues estaban ahí para levantarme.

Ahora gracias a ellos estoy a nada de poder festejar un logro demasiado importante para mí y mi diario vivir.

Lady Moran Mendoza.



II. DEDICATORIA

En el presente trabajo investigativo dedico principalmente a Dios por ser el motor y El Centro de mi vida. Por la inteligencia y sabiduría que me a dado en el transcurso de cada dia.

A mi familia por su apoyo incondicional y a esas personas que siempre han estado en mi vida, con su apoyo incondicional e inspirarme cada dia a cumplir mis metas y anhelos propuestos, llegando así hacer una mujer preparada para enfrentar la vida, y asi a todos los que están poniendo su granito de arena en mi caminar universitario y en este proceso investigativo, a todos ellos con mucho cariño les dedico todo mi esfuerzo y dedicación puesto en este proyecto de grado.

Lady Moran Mendoza.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



III. TEMA

“Conducta Obstétrica en paciente multipara de 32 años con 34 semanas de gestacion y síndrome de HELLP”



IV. RESUMEN

El síndrome de HELLP según sus siglas en inglés significa hemólisis, la elevación de las enzimas hepáticas y la disminución de plaquetas. Este síndrome es un trastorno que se encuentra asociado con una grave morbilidad y mortalidad materna y fetal. Para llegar a distinguir este síndrome de otros trastornos que tienen relación con el embarazo comúnmente se convierte en un desafío y por lo cual puede resultar un retraso del tratamiento apropiado. El diagnóstico diferencial incluye el hígado graso agudo del embarazo, síndrome antifosfolípido, púrpura trombocitopénica trombótica y síndrome urémico hemolítico. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas y van desde síntomas que son generales como: la fatiga, vómitos y debilidad, hasta de manera severa como puede ser la pérdida de la visión, hemorragias hepática e intracraneal, entre otras manifestaciones clínicas. En el presente caso clínico se decidió dar un estudio y seguimiento a dicha patología con paciente multípara de 32 años con 34 semanas de gestación, el cual se presentó en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. De esta manera detalla aquellos factores que son de riesgos y que de esta manera desencadenan este síndrome, entre los cuales encuentra: la eclampsia, multíparas (partos seguidos), preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, un embarazo anterior con el síndrome de HELLP, entre otros.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de Hellp, embarazo, hipertensión, preeclampsia y eclampsia.



VI. ABSTRACT

HELLP syndrome stands for hemolysis, elevated liver enzymes and decreased platelets. This syndrome is a disorder that is associated with severe maternal and fetal morbidity and mortality. To distinguish this syndrome from other disorders that are related to pregnancy commonly becomes a challenge and therefore may result in a delay in appropriate treatment. The differential diagnosis includes acute fatty liver of pregnancy, antiphospholipid syndrome, thrombotic thrombocytopenic purpura, and hemolytic uremic syndrome. The clinical manifestations can be varied and range from general symptoms such as: fatigue, vomiting and weakness, to severe symptoms such as loss of vision, hepatic and intracranial hemorrhages, among other clinical manifestations. In the present clinical case, it was decided to carry out a study and follow-up of this pathology with a 32-year-old multiparous patient with 34 weeks of gestation, who presented at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital. In this way, it details those risk factors that trigger this syndrome, among which are: eclampsia, multiparas (consecutive deliveries), pre-eclampsia or pregnancy-induced hypertension, a previous pregnancy with HELLP syndrome, among others.

KEY WORDS: HELLP syndrome, pregnancy, hypertension, Pre-eclampsia and eclampsia.



V. INTRODUCCIÓN

El síndrome fue descrito originalmente como EPH (edema, proteinuria, hipertensión) gestosis tipo B por quienes afirmaron que había sido reportado en la literatura obstétrica durante aproximadamente 100 años. La hemólisis, la elevación de las enzimas hepáticas y la disminución de plaquetas (síndrome HELLP) han sido descritas bien como complicaciones de la preeclampsia y la eclampsia durante muchos años. Sin embargo, existe un gran debate sobre la incidencia, la naturaleza, la importancia clínica y el tratamiento del síndrome HELLP en la preeclampsia y la eclampsia graves.

Según (MacKenna J, Dover NL, 1983) consideraron el síndrome HELLP como preeclampsia mal diagnosticada, mientras que (Weinstein, 1982) primero consideró que esta condición era una variante única de la preeclampsia grave y la llamó "síndrome HELLP" en referencia a las anomalías de laboratorio, y por otra parte (Greer IA, Cameron AD, 1985) lo consideraron como una coagulación intravascular diseminada leve que se pasó por alto debido a una "insuficiencia técnica". La mayoría de las mujeres tendrá hipertensión moderada o grave, pero el espectro del síndrome se ha ampliado para incluir mujeres con las características 'HELLP' pero con una elevación normal o leve de la presión arterial y sin proteinuria significativa.

Este trastorno está asociado con las formas graves de preeclampsia y eclampsia. La preeclampsia es una enfermedad específica que aparece en un 5-10% de los embarazos y que llega a manifestarse posteriormente de la semana 20 de gestación. Una de sus características principales es la hipertensión y proteinuria. En la eclampsia también, surgen las convulsiones y los síntomas cerebrales. Este trastorno denominado síndrome de HELLP sucede aproximadamente en un 0,2-0,6 % de los embarazos y por lo cual condiciona a un aumento en la tasa de morbimortalidad materno-fetal. (Ligia Andrea Obando Morales, 2014).



1. MARCO TEÓRICO

1.1. DEFINICIÓN

Es una afección poco frecuente del embarazo, pero que pone en riesgo la vida. Provoca la descomposición de los glóbulos rojos de la sangre. También causa problemas hepáticos, de sangrado y de presión arterial. Generalmente está relacionado con la preeclampsia y la eclampsia. Es frecuente que aparezca antes del parto. (Health, 2021)

El síndrome de HELLP es un trastorno hemorrágico que es muy poco frecuente debido a una anomalía plaquetaria adquirida caracterizado por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia que afecta a las mujeres durante su etapa de gestación o también en la etapa del posparto, y que se asocia frecuentemente a grave preeclampsia. Los síntomas que presenta este síndrome son variables e incluyen típicamente dolor en el cuadrante superior derecho o dolor abdominal epigástrico, vómitos, náuseas, hipertensión, edema generalizado, dolor de espalda y/o cefalea, excesiva ganancia de peso, malestar general, dolor en el hombro derecho. La ruptura hepática y hemorragia, la insuficiencia renal y el edema pulmonar pueden llegar a provocar la muerte tanto de manera materna y/o fetal. (Orpha, 2021)

El síndrome HELLP El síndrome de HELLP, es una de las complicaciones que son más temidas y que terminología viene por sus siglas en inglés H (Hemolysis), EL (Elevated Liver Enzymes), LP (Low Platelet Count). El término de síndrome de HELLP fue propuesto por en 1982 por Weinstein, a pesar que sus alteraciones inicialmente fueron descritas en 1954 por Pritchard, aunque no precisamente se trata de un síndrome, se sigue utilizando esta terminología como tal para seguir dando continuidad a la descripción original. El presente síndrome puede que se desarrolle en alrededor del 0,2-0,6% de todos los embarazos, principalmente en mujeres con preeclampsia severa y eclampsia,



aunque también puede ser diagnosticado en mujeres embarazadas con preeclampsia agregada o hipertensión gestacional. (Castillo Plaza et al., 2016)

1.2 CAUSAS

1.2.1 INCIDENCIAS

La incidencia a nivel mundial reportada en la literatura internacional, que va desde un rango del 2% hasta 12% en pacientes con preeclampsia-eclampsia y asimismo también es responsable dentro del rango 7,4- 20,4% de las muertes perinatales y 3,5-10,5% de las muertes maternas. (Castillo Plaza et al., 2016).

Según (De La Rubia et al., 2001) Los trastornos o alteraciones hipertensivas del embarazo son un grupo de complicaciones asociadas con la gestación y estos se clasifican en cuatro subgrupos de acuerdo a sus características principales. La preeclampsia y eclampsia sucede con una frecuencia que va desde el 2 al 10% en todos los embarazos. También, es una de las tres principales causas de muerte materna a nivel mundial, y la segunda en Latinoamérica. Con estos datos se estima que a nivel mundial cada año fallecen 50,000 mujeres por causas relacionadas con la hipertensión; desafortunadamente el 95 y 97% de estos fallecimientos suceden en países que tienen bajo ingreso per cápita. La preeclampsia y eclampsia afectan a la madre y a su hijo, por lo cual la preeclampsia es una de las causas principales de prematuridad y mortalidad neonatal. Estas son las principales razones por las que esta complicación es objeto de que se realicen múltiples estudios y también de educación médica continuada.

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, en pacientes que se encuentran con preeclampsia grave, eclampsia, e hipertensión gestacional y preeclampsia agregada, que puede ocurrir en el embarazo o puerperio. De esta manera se puede observar entre el 0,5-0,9% de todas las gestaciones, entre el 4-14% de todas aquellas con preeclampsia/eclampsia y en un 4% en el posparto. La tasa de



mortalidad materna se acerca entre el 1-24%, y esto debido principalmente a las hemorragias cerebrales, y por otra parte la mortalidad perinatal es del 40%, causado principalmente a la prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y abrupto de placenta. Habitualmente, estos suelen manifestarse en el tercer trimestre. (Herold, 2018)

(Rivas Perdomo & Mendivil Cíodaro, 2011) menciona que en el 70% de los casos, el síndrome se diagnostica anteparto: EL 10% sucede antes de las 27 semanas de gestación, 70% entre las 27 y 37 semanas de gestación y 20% después de las 37 semanas. En el 30% de los casos suele ser diagnosticado en el posparto y la tasa de recurrencia de este síndrome es del 27% en los próximos embarazos, y por otra parte la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo es del orden del 30% en mujeres con historias previas de síndrome HELLP.

1.2.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgos que pueden llegar a aumentar el riesgo de desarrollar el síndrome de HELLP son: Tener preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, el embarazo en la adolescencia, la edad, grupo étnico caucásico y ser múltipara (Haber dado a luz dos o más veces), un embarazo anterior con el síndrome de HELLP.

1.2.3 COMPLICACIONES

Las complicaciones que se presentan en el síndrome de HELLP son las siguientes:

- Insuficiencia hepática
- Insuficiencia renal
- Sangrado excesivo (hemorragia)
- Edema pulmonar (líquido en los pulmones)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Trastorno de coagulación



1.3 ETIOLOGIA

HELLP es un síndrome es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias consecuencias tanto para la madre como para el feto.

Las diferentes teorías que han sido propuestas comparten la misma idea de que el inicio del proceso de esta enfermedad es el daño que se produce en la capa íntima endotelial, que es causado por mecanismos que hasta el momento son aún inciertos, pero que se encuentran asociados a las alteraciones en la placentación, complejos inmunes y a la misma hipertensión. Además los factores genéticos desempeñan un papel esencial; y también al parecer, ciertos genotipos maternos y fetales confieren un riesgo de manera aumentada de presentación y desarrollo del síndrome de HELLP. (Bracamonte-Peniche Jimena et al., 2018).

1.4 FISIOPATOLOGIA

HELLP es un síndrome caracterizado por trombocitopenia, anemia hemolítica y disfunción hepática que se cree que es el resultado de la activación endotelial microvascular y la lesión celular.

Según (emedicine, 2021) La fisiopatología del síndrome de HELLP está mal definida. Algunos teorizan que, debido a que HELLP es una variante de la preeclampsia, la fisiopatología proviene de una fuente común. En la preeclampsia, la remodelación vascular placentaria defectuosa durante las semanas 16 a 22 de embarazo con la segunda ola de invasión trofoblástica en la decidua da como resultado una perfusión placentaria inadecuada. Luego, la placenta hipóxica libera varios factores placentarios, como el receptor 1 del factor de crecimiento endotelial vascular soluble (sVEGFR-1), que luego se une al factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y al factor de crecimiento placentario (PGF), causando disfunción de las células endoteliales y de la placenta al prevenir que se unan a los receptores de células endoteliales. El



resultado es hipertensión, proteinuria y aumento de la activación y agregación plaquetaria.

Además, la activación de la cascada de la coagulación provoca el consumo de plaquetas debido a la adhesión sobre un endotelio dañado y activado, además de la hemólisis microangiopática causada por el cizallamiento de los eritrocitos al atravesar capilares cargados de depósitos de plaquetas y fibrina. La lesión microvascular multiorgánica y la necrosis hepática que causan disfunción hepática contribuyen al desarrollo de HELLP.

Según (Weiner E et al., 2016) al informo que, aunque la preeclampsia grave y el síndrome HELLP tienen hallazgos histopatológicos placentarios similares, el síndrome HELLP se asoció con tasas más altas de lesiones del suministro vascular materno placentario y pequeñas para la edad gestacional.

Otra hipótesis propone el rechazo inmunológico materno agudo debido a que las células maternas inmunocompetentes entran en contacto con un feto genéticamente distinto, alterando el equilibrio inmunológico materno-fetal y provocando disfunción endotelial, activación y agregación plaquetaria e hipertensión arterial.

Otras teorías incluyen errores innatos del metabolismo oxidativo de los ácidos grasos secundarios a mutaciones de ácidos grasos de cadena larga y media, que causan daño hepático secundario a una oxidación mitocondrial insuficiente de los ácidos grasos necesarios para la cetogénesis.

Según (Bracamonte-Peniche Jimena et al., 2018) menciona que es una afección inflamatoria aguda instigada por la placenta que se dirige al hígado. Además, se ha propuesto que la disfunción en el sistema del complemento a través de una activación excesiva o una regulación defectuosa para una cantidad determinada de lesión endotelial causa daño a los vasos hepáticos en HELLP.

Muchas hipótesis intentan definir la patogenia del síndrome HELLP, pero la verdadera patología sigue siendo un misterio.



1.5 EPIDEMIOLOGÍA

Según (emecine, 2021) menciona que el síndrome de HELLP se presenta en el 0,1% al 0,6% de todos los embarazos y en el 4% al 12% de las pacientes con preeclampsia. El síndrome de HELLP ocurre típicamente entre la semana 27 de gestación y el parto, o inmediatamente después del parto en el 15% - 30% de los casos.

La incidencia del síndrome HELLP es significativamente mayor en blancos y mujeres de ascendencia europea.

Se ha demostrado que HELLP se presenta en grupos de edad materna mayores, con una edad promedio de 25 años. Por el contrario, la preeclampsia es más común en pacientes más jóvenes (edad media, 19 años).

1.6 PRONÓSTICO

La mayoría de los pacientes con síndrome HELLP se estabilizan en 24 a 48 horas, con el tiempo de recuperación posparto más prolongado en pacientes con enfermedad de clase 1.

La tasa de recurrencia es del 2 al 27% en embarazos posteriores.

Las pacientes tienen un mayor riesgo de preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, además de parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y desprendimiento de placenta en embarazos futuros. Las mujeres con síndrome HELLP también tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión y enfermedades cardiovasculares. (Lichtman et al., 2010).

1.6.1 MATERNO

(Barton JR; Sibai BM, 2004) señala que mortalidad materna oscila entre el 1% y el 3%, con una tasa de mortalidad perinatal del 35%. La clase 1 o HELLP completa (consulte Etapas) se asocia con la mayor incidencia de morbilidad y mortalidad perinatal. El sesenta por ciento de las muertes ocurren en pacientes con enfermedad de clase 1; la hemorragia cerebral es el hallazgo más común de la autopsia. La morbilidad incluye lo siguiente:



- Coagulación intravascular diseminada (CID) (20%)
- Desprendimiento de placenta (16%)
- Insuficiencia renal aguda (7%)
- Edema pulmonar (6%).

1.6.2 NEONATAL

Las tasas de morbilidad y mortalidad fetal oscilan entre el 9 y el 24%, y suelen ser el resultado del desprendimiento de placenta, la asfixia intrauterina o la prematuridad.

1.7 CLASIFICACIÓN

Menciona (Herold, 2018) que el síndrome de HELLP tiene dos clasificaciones: La clasificación de Tennessee la cual se refiere a que existe una presentación parcial o incompleta del síndrome y la clasificación de Mississippi la cual divide el síndrome de HELLP en tres clases según el nivel plaquetario. La cual se estableció para de esta manera poder predecir la rapidez de la recuperación de la enfermedad posparto, y el riesgo de recurrencia.

Según (Perdomo & Ciódaro, 2011) los sistemas de clasificación han sido desarrollados para poder ayudar a los médicos a identificar a los pacientes que tienen riesgo de sufrir una significativa morbilidad materna y de esta manera sirve para guiar la intervención terapéutica de manera más correcta, también así como para evaluar los resultados y su eficacia y de esta manera permitir, comparar los diferentes resultados. La clasificación de Tennessee define al HELLP como completo o verdadero si están presentes todos los criterios siguientes:

- Trombocitopenia moderada a severa con plaquetas en 100 000/ ml o menos.
- Disfunción hepática con transaminasas AST70UI o más.
- Evidencia de hemólisis con un extendido de sangre periférica anormal, además de enzimas LDH \geq 600 UI/l o bilirrubinas \geq 1,2mg/ dl.



Aquellos pacientes que solo lleguen a presentar algunos de los parámetros mencionados anteriormente son denominados hellp parcial o incompleto

El sistema Mississippien cambio divide al síndrome HELLP en tres clases de acuerdo con el conteo de plaquetas:

- Clase 1: Trombocitopenia severa (plaquetas $\leq 50\ 000/\text{ml}$), evidencia de disfunción hepática (AST o ALT $\geq 70\ \text{UI/L}$) y evidencia sugestiva de hemólisis (LDH sérica total $600\ \text{UI/l}$).
- Clase 2: Requiere similares criterios, excepto que la trombocitopenia es moderada ($>50\ 000$ a $100\ 000/\text{ml}$).
- Clase 3: Incluye pacientes con trombo-citopenia leve ($> 100\ 000$ a $150\ 000/\text{ml}$), disfunción hepática leve (AST o ALT $\geq 40\ \text{UI/L}$) y hemólisis (LDH $\geq 600\ \text{UI/l}$). Las anomalías de bilirrubinas no son encontradas.

1.8 MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas que aparecen al inicio suelen ser las mismas que aparecen en la preeclampsia. De esta manera se estima que el síndrome HELLP es una complicación o una forma terciaria de la preeclampsia - eclampsia.

Según (Perdomo & Ciódaro, 2011) los signos y síntomas clásicamente están relacionados con el impacto del vasoespasmo sobre el hígado materno. Así, la gran parte de las pacientes que presentan signos y síntomas de sean de compromiso hepático y que incluyan ictericia, náuseas (con vómito o sin este) y dolor epigástrico. Otros síntomas que pueden aparecer incluyen cefalea, dolor en el hombro derecho, malestar general, sangrado mucocutáneo y disturbios visuales. Cuando se realiza el examen físico puede revelar un leve dolor en el cuadrante superior derecho y un edema periférico.

Comúnmente las pacientes tienen hipertensión y proteinuria. Las anomalías patológicas a nivel hepático incluyen hemorragia periportal, fibrina microtrombos, necrosis focal, esteatosis y parenquimatosa con



deposición hialina. La realización de biopsia hepática no está indicada por el motivo de riesgo a inducir hemorragia.

1.9 DIAGNÓSTICO

Según (Padden, 1999) las tres principales anomalías que se encuentran en el síndrome HELLP son hemólisis, niveles elevados de enzimas hepáticas y un recuento bajo de plaquetas. El hematocrito puede estar disminuido o ser normal y suele ser la última de las tres anomalías en aparecer. El hallazgo de una concentración sérica de haptoglobina disminuida puede confirmar la hemólisis en curso cuando el hematocrito es normal.⁸ Las concentraciones séricas de transaminasas pueden elevarse hasta 4000 U por L, pero son típicas elevaciones más leves. El recuento de plaquetas puede descender hasta 6.000 por mm³ (6×10^9 por L), pero cualquier recuento de plaquetas inferior a 150 por mm³ (150×10^9 por L) merece atención. A menos que haya CID, el tiempo de protrombina, el tiempo de tromboplastina parcial y el nivel de fibrinógeno son normales en pacientes con síndrome HELLP. En un paciente con un nivel de fibrinógeno en plasma de menos de 300 mg por dL (3 g por L), se debe sospechar CID, especialmente si también están presentes otras anomalías de laboratorio.

La proteinuria y el aumento de la concentración de ácido úrico son útiles para diagnosticar la preeclampsia, pero no el síndrome HELLP. El recuento de plaquetas es el mejor indicador de este último. Por lo tanto, se debe sospechar el síndrome HELLP en cualquier paciente que muestre una caída significativa en el recuento de plaquetas durante el período prenatal. Recientemente se ha informado que una prueba positiva del dímero D en el contexto de la preeclampsia predice pacientes que desarrollarán el síndrome HELLP. El dímero D es un indicador más sensible de coagulopatía subclínica y puede ser positivo antes de que los estudios de coagulación sean anormales.

1.10 TRATAMIENTOS

El tratamiento del síndrome HELLP comienza con el reconocimiento temprano e inmediato del diagnóstico. La estabilización del paciente comienza en el



entorno prehospitalario. Si hay convulsiones e hipertensión, ambos deben controlarse en el camino al hospital. La salud puede verse afectada de manera rápida en las pacientes que presente este síndrome, con una gran afectación tanto de manera materna como fetal. Las pacientes que presente preeclampsia severa y con sospecha del síndrome HELLP deben ser tratadas con el protocolo de preeclampsia severa, para poder confirmar o a su vez descartar el síndrome y de esta manera evaluar todos los diagnósticos diferenciales posibles.

El tratamiento que se le realiza a paciente embarazada con el síndrome HELLP difiere de cierta manera con el del protocolo de la paciente con preeclampsia severa sin que presente el síndrome. Las pacientes que requieren el tratamiento antihipertensivo para la hipertensión severa, conjuntamente de sulfato de magnesio para así poder evitar y tratar las convulsiones, al igual que a las pacientes que se presenten preeclampsia severa. El tratamiento definitivo para esta enfermedad es realizar la interrupción del embarazo.

Sulfato de magnesio: con la sospecha y el diagnóstico ya realizado en estas pacientes, deben de recibir una dosis de 4 a 6 g de sulfato de magnesio administrado vía intravenosa, diluido según la concentración de preparación del medicamento a aplicarse. Cuando la concentración llega a ser del 10%, la dilución de los 4 g puede llegar a realizarse en 50 a 100 cc de lactato ringer o dextrosa en agua al 5%, transfundido dentro de un lapso de tiempo de 10 a 20 minutos. Posteriormente se debe mantener una dosis de manera continua de 1 a 2 g cada hora, y que puede ser hasta por 24 horas después al nacimiento. (Castillo Plaza et al., 2016)

Antihipertensivos: La hipertensión se trata de manera similar a la hipertensión en la preeclampsia. El objetivo de la presión arterial (PA) es mantener la sistólica en 160 o menos y la diastólica en 105 o menos. La hidralazina y el labetalol son los fármacos que se recomiendan para realizar el tratamiento en una crisis hipertensiva. La hidralazina, labetalol o nifedipino. Se decide iniciar el tratamiento cuando la tensión sistólica es ≥ 160 mmHg o la diastólica ≥ 110



mmHg. El objetivo con este tratamiento es mantener la tensión diastólica entre 90 y 100 mmHg, pues las tensiones más bajas significan el riesgo materno y fetal.

Por otra parte la hidralazina se prescribe en dosis de 5 mg y que administre en vía intravenosa en un lapso de tiempo de 15 a 20 minutos y que se puede repeter en caso de ser necesario de tres a cinco veces; cuando no se llegue a obtener el efecto satisfactorio con hidralazina se recomienda usar labetalola en dosis de 20 mg a través de vía intravenosa y si no hay una disminución adecuada de la tensión arterial se tiene que duplicar la dosis después de 10 a 20 minutos y, de ser necesario, esta última dosis puede ser repetidas hasta tres veces cada 10 a 20 minutos.

Terapia con corticosteroides: Aunque controvertido, los corticosteroides se pueden administrar como un régimen de tratamiento para el manejo antes y después del parto en pacientes con HELLP. Se teoriza que los esteroides alteran el grado de lesión endotelial intravascular y previenen la muerte de los hepatocitos y la activación plaquetaria. Si bien la evidencia de mejoría materna es limitada, los estudios han demostrado mejores resultados de laboratorio, incluidos mejores recuentos de plaquetas, función hepática, presión arterial y producción de orina con el uso de dexametasona en dosis altas. (Huma Khan et al., 2018)

Los glucocorticoides intravenosos parecen ser superiores a los esteroides intramusculares y dependen de la dosis. Por lo tanto, se ha recomendado una terapia intensiva con dosis altas de dexametasona sobre los regímenes estándar utilizados para mejorar la madurez pulmonar fetal. También se cree que los esteroides mejoran la morbilidad fetal al reducir la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia intraventricular, así como la morbilidad materna.

Dosificación para pacientes de alto riesgo con enfermedad grave (recuento de plaquetas <20.000 o disfunción del SNC): 20 mg de dexametasona IV cada 6 horas hasta 4 dosis. Dosificación para todos los demás pacientes con síndrome



HELLP: 10 mg de dexametasona IV cada 6 horas para 2 dosis y luego 6 mg de dexametasona IV cada 6 horas para 2 dosis.

Interrupción del embarazo: Las pacientes que presentan el síndrome HELLP y se encuentran en una edad gestacional superior a 34 semanas o menos de 24 semanas, su embarazo deberá ser interrumpido lo antes posible cuando el diagnóstico se ha confirmado. En las pacientes que estén en un rango de 24 a 34 semanas de embarazo deberá de ser considerado la prescripción de corticoides para la maduración fetal y, de ser posible, la interrupción después de que hayan recibido el fármaco. En las pacientes con una edad gestacional que sea superior a las 34 semanas no tiene que esperarse más tiempo; por el contrario, las complicaciones que se presenten de manera materna y fetal pueden ser incluso aún peores.

En los casos que sean inferior a 24 semanas no existe evidencia que proponga que la no interrupción ayude a mejorar el resultado perinatal y contrariamente el riesgo materno es aún mayor, de hecho la mortalidad perinatal que existe en este grupo de edad gestacional puede llegar a ser de un 90%.(Castillo Plaza et al., 2016)

1.11 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como propósito dar a conocer los factores de riesgo principales que desencadenan el síndrome de HELLP en las mujeres que se encuentran en estado de gestación. El síndrome HELLP (**h**emólisis, **e**nzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas) es una complicación rara y grave del embarazo que amenaza la vida y por lo general es considerado como una variante de la preeclampsia. Estas condiciones suelen ocurrir por lo general durante las últimas semanas del embarazo o en algunas ocasiones después del parto.

Se estima que el síndrome de HELLP ocurre aproximadamente en 3 de cada 1 000 embarazos, de esta manera causando una mortalidad materna que va del



1 al 2 % y una tasa de mortalidad fetal del 10 al 35 %, lo cual depende en la edad gestacional al momento de realizar el parto. Con una recurrencia del 27 % en embarazos próximos y la incidencia de los trastornos hipertensivos del embarazo llega a ser del 30 % en mujeres que cuenta con historias previas del síndrome de HELLP. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

El síndrome HELLP suele ser complejo de diagnosticar, en especial cuando la presión arterial y proteína en la orina no se encuentran presentes. Los síntomas que presenta pueden ser confundidos a veces otras patologías como hepatitis aguda, gastritis, enfermedad aguda del hígado graso del embarazo, gripe, enfermedad de la vesícula biliar, u otras condiciones similares. Por lo cual es muy importante que las mujeres en estado de gestación, tomen todas las precauciones, medidas correspondiente y necesaria en el caso de presentar afectaciones en contra de su salud

1.12 OBEJTIVOS

1.12.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores que desencadenan el síndrome de Hellp en una paciente de de 32 años con 34 semanas de gestación

1.12.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar los factores de riesgos principales del síndrome de Hellp
- Describir las características del síndrome de Hellp
- Detallar los eventos relacionados a la conducta obstétrica del síndrome de Hellp

1.13 DATOS GENERALES

Código: PABAMAEU

Edad: 32 años

Género: Femenino

Fecha de nacimiento: 12/04/1988

Nacionalidad: Ecuatoriana

Ocupación: Ama de casa



Nivel de estudio: Primaria

Raza: Indígena

Religión: Católica

Nivel socioeconómico: Bajo

Domicilio: Guanujo- Guaranda

Hospital: Alfredo Noboa Montenegro

2 METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad, acude al área de emergencia Gineco- Obstétrico de esta casa de salud, por sus familiares en estado postictal, paciente cursa embarazo de 34 Semanas de Gestación por Altura Uterina, como antecedente manifiestan verbalmente familiares de presentar 3 episodios de convulsiones tónico-clónicas generalizadas con una duración de 40 segundos aproximadamente, cada una, para lo cual acuden a medio particular "Clínica San Patricio" de donde refieren a esta casa de salud e ingresa somnolienta con score mama de 8.

2.2 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes Personales y Familiares

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Hábitos: No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco- Obstétricos



Menarquía: 13 años

Ciclos menstruales: 28 días

Planificación familiar: No usaba.

Inicio de vida sexual: 20 años

Parejas sexuales: 3

Gestas: 3

Partos:

2Abortos:0Cesáreas: 0

FUM: Desconoce

Controles prenatales: 4 CS. Guanujo.

Vacunas: 2

Ecografía en Cs: 2

Periodo intergenésico: 7 años 0

ITS: ninguno

meses

Primera atención de la paciente (19/04/2021)

Preparación:

PESO: 56,6 KG

TALLA: 144 CM

SCORE MAMA: 8

TA:130/95

FC:135Lx'

T: 38,7 C

FR: 23 Rx'

SPO2: 94%

ESTADO DE CONCIENCIA:

Somnolencia.

PROTEINURIA: +++

Escala de Glasgow



Parámetros para valorar	Puntuación	
Reflejo ocular	3	
Función motora	4	
Verbal	3	Glasgow Moderado
Total	10/15	

2.3 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 32 años de edad, cursando un embarazo de 34 semanas de gestación por Altura Uterina, multípara, acude al área de emergencia Gineco- Obstétrico de esta casa de salud, por sus familiares, Paciente ingresa en muy malas condiciones, estado somnoliente, sin respuesta a estímulos dolorosos, Glasgow 10/15, presentando tres convulsiones tónico-clónicas generalizadas con una duración de 40 segundos aprox. cada una. En Domicilio.

Al examen físico: abdomen globoso compatible con embarazo de 34 semanas por Altura uterina, feto único vivo con FCF: 135lpm. Se observa masa en cuello de lado derecho de +/- 20 cm semimovil.

2.4 EXPLORACION CLINICA

Examen Físico

GENERAL: Estado inconsciente, Glasgow 10/15, presenta dos convulsiones tónico-clónicas de 40 segundos aprox. cada una en Domicilio.

- **Cabeza:** normo cefálica, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales semihúmedas.
- **Cuello:** masa lado derecho de 20 cm dura, semimovil.
- **Tórax:** Simétrico, a la auscultación se evidencia estertores crepitantes bilaterales en bases pulmonares, ruidos cardíacos rítmicos. Mamas



asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

- **Abdomen:** suave depresible, levemente globuloso a nivel de hipogastrio, sin visceromegalias o masas, no doloroso a la palpación. FCF: 135 latido por minuto, movimientos fetales presentes
- **RIG:** Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal. Se coloca sonda vesical con diuresis hematórica.
- **Extremidades:** simétricas, sin patología aparente, no edemas

Información de exámenes complementarios al momento

EXAMENES DE LABORATORIO

GRUPOSANGUINERO	O
FACTOR RH	POSITIVO
HEMOGLOBINA	13.5 g/dl
HEMATOCRITO	42%
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30pg
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	92pg
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32pg
PAQUETAS	67.000 10/uL
LEUCOCITOS	11.500 10/uL
LINFOCITOS	10%
SEGMENTADOS	88%
EOSINOFILOS	2%
MONOCITOS	1%
TIEMPO DE PROTROMBINA	30.5''



BIOQUIMICASANGUINEA

GLUCOSA	100.8 mg/dL
UREA	28.8 mg/dL
CREATININA	0.80 mg/dL
TGO/AST	64.1 U/L
TGP/ATL	124.2 U/L
LDH	484.5 UI/L

EXAMENESSEROLOGICOS

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO

OTROS

T3	1.79
T4	94.33
TSH	2.09
SARS-COV-2 + IGM+ IGG	NEGATIVO

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

2.6.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Embarazo de 34 semanas de gestación por altura uterina más eclampsia más paridad satisfechamás bocio multinodular.

2.6.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las Pacientes con preeclampsia y eclampsia cursan signos y síntomas peculiares. Estas manifestaciones clínicas pueden aparecer en pacientes con síndrome de Hellp; no obstante a ello, existen otras complicaciones obstétricas



que pueden provocar signos y síntomas parecidos. También, alrededor del diez por ciento de las pacientes con síndrome de Hellp no puedan sufrir de hipertensión o llegar a manifestar una hipertensión muy leve y también de tener complicaciones que afecten a las vías respiratorias, gastrointestinales o hematológicas, lo que de manera errónea puede llevar al médico clínico a sospechar que exista alguna alteración que sea distinta a la preclampsia y eclampsia. (De La Rubia et al., 2001)

Entre las alteraciones atípicas a la pre-eclampsia deberá descartarse el hígado graso agudo del embarazo, purpura trombocitopenica idiopática, síndrome urémico hemolítico, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipidico, colelitiasis, pancreatitis aguda, y demás.

El trastorno que suele generar más confusión es el hígado graso agudo del embarazo; peso a ello, en el síndrome de Hellp es poco probable la hipoglucemia, hipocolesterolemia e hipotrigliceridemia. También las náuseas, el vómito e ictericia son frecuentes en pacientes que tienen el hígado graso agudo durante el embarazo. (De La Rubia et al., 2001)

2.6.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Embarazo de 34 semanas de gestación por Eco más Síndrome de Hellp tipo II, mas bocio multinodular.

2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EVOLUCIÓN

Ingreso

19/04/2021 12h00 PM

Paciente femenina de 32 años de edad que es traída a esta casa de salud por sus familiares en estado postictal como antecedentes que manifiestan verbalmente familiares de presentar 3 episodios de convulsiones para lo cual acuden a médico particular de donde refieren a esta casa de salud e ingresa



somnolienta con score mama: 8, es valorada por medico tratante de turno quien indica impregnacion y mantenimiento de sulfato de magnesio para eclampsia y culminacion de embarazo por via alta.

Ademas se decide realizar un rastreo ecográfico en el cual se evidenciasue dad gestacional de 34 semanas y el latido clinico fetal con valores de 151 latidos por minuto. Y por la presencia de una masa a nivel de cuello de lado derecho de 20 cm dura, semimovil. Se solicita examines complementarios y valoracion por terapia intensiva.

Debido a que la paciente no reacciona y se mantiene en estado estuporosa se decide activar clave azul para lo cual se trata de mejorar el cuadro clinico con las siguientes indicaciones en el momento.

2.8 TRATAMIENTO

- Activar Clave azul
- Ingreso a Ginecologia
- Control de signos vitales mas score mama cada 15 minutos
- Control de tensión arterial
- Colocar sonda vesical
- Control de ingesta y excreta
- Control de diuresis horaria
- Control de roots
- Nada por via oral
- Control obstétrico stat
- Via 1: cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar intravenoso a 28 gotas por minuto
- Via 2: sulfato de magnesio 6 gr mas 70 ml de cloruro de sodio 0.9% pasar intravenoso a 300ml/h en bomba de infusión a 100 gotas por minuto en equipo de venocllisis en 20 minutos, luego dosis de mantenimiento 20 gr de sulfato de magnesio mas400ml de cloruro de sodio 0.9% pasar intravenoso a 50ml/hora o 2gr/hora.



- Gluconato de calcio 1gr intravenoso, si existe signos de intoxicación por sulfato de magnesio
- Protocolo de Hidralazina si tensión arterial $> o = 160/110$ mmhg
- Ceftriaxone 1 gr intravenoso stat.
- Heparina de bajo peso molecular 60 mg subcutáneo, cada día.
- Parte operatorio
- Consentimiento informado
- Vendaje de miembros inferiores
- Comunicar anesthesiología
- Comunicar a neonatología
- Exámenes de laboratorio: Biometria hemática, química sanguínea, ttp, tp, serología, pruebas rápidas de covid 19
- Pedido de perfil toxémico: TGO/TGP/LDH.
- Proteinuria en 24 horas
- Ecografía obstétrica stat
- Ecografía de partes blandas
- Tac de cráneo
- Valoración por medicina interna.

19/04/2021

13h30 PM

Diagnostico preoperatorio embarazo 34 semanas de gestacionmas labor de parto massyndrome de Hellp II mas paridad satisfecha mas masa tumoral en cuello.

Diagnostico Post operatorio: cesarea mas eclampsia mas ligadura mashemisalpingectomiabilateral.

Hallazgos: utero gestante, liquidoclaro con grumos, Recien nacido vivocefalico,

- sexo: masculino
- Apgar 8/9
- Peso: 2390 gr
- Perimetrocefalico: 34.5 cm



- Talla:45cm
- Capurro:34 semanas
- Diagnostico neonato: pretermino leve mas bajo peso al nacer.

Placenta fundica anterior, anexos normales, sangrado de 400ml, sin complicaciones, diuresis de 110 orina colurica

Prescripcion

- Nada por via oral
- Control de signos vitales
- Score mama cada 15 minutos por 2 horas, luego cada hora.
- Control de diuresis horaria
- Control de loquios
- Mantener sonda vesical por 24 horas
- Control de perfil toxemico, biometría hematica en 8 horas, bilirrubinas
- Cloruro de sodio 1000ccmas 10 UI de oxitocina intravenoso 28 gotas.
- Sulfato de magnesio 2gr por hora
- Ceftriaxona1gr intravenoso cada 12 horas
- Tramadol100mg intravenoso cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg intravenosocada 12 horas
- Protocolo de hidralazina si TA es mayor o igual 160/110
- Protocolo de gluconato de clacio si roots y frecuencia respiratorio y diuresis están alterados
- Monitorización permanente
- Dexametasona 10 mg y intravenoso cada 12 horas
- TAC cerebral y cuello
- Interconsulta terapia intensiva
- Gasometría total
- Control de roots cada hora
- Proteinuria en 24 horas.



19/04/2021

18h00 PM

Paciente de 32 años de edad, con diagnóstico de puerperio quirúrgico por embarazo de 34 semanas de gestación por eco más eclampsia más síndrome de Hellp II más paridad satisfecha más masa tumoral en cuello. Paciente sale a sala de Ginecología, somnolienta desorientada, mucosas orales semihúmedas, con control de score mama al momento. FC: 98X', PA: 138/92, FR:18rpm, T°: 36.3 °C, SpO2: 94%, confusa, proteinuria: +, dando score mama de 5.

Revisada por médico tratante de Ginecología, con viaperiférica permeable, vía 1: Cloruro de sodio masoxitocina a 28 gotas, vía 2: sulfato de magnesio a 50ml/hora, apósito a nivel de herida quirúrgica, limpio y seco, loquios hemáticos poca cantidad, diéresis horaria con control de ingesta y excreta con monitorización continua, roots presenta. Se administra medicación preescrita.

20/04/2021

06h10 AM

Paciente femenina de 33 años, al momento con diagnóstico de puerperio quirúrgico de 18 horas de evolución por embarazo de 34 semanas de gestación por eco más eclampsia más síndrome de Hellp tipo 11 más masa tumoral en cuello más paridad satisfecha más anemia leve.

Paciente consciente orientada en tiempo espacio y persona, afebril, mucosas orales semihúmedas a nivel de cuello de lado derecho presencia de masa semimóvil de 20cm no dolorosa a la palpación. SCORE MAMA: 1

Al examen físico abdomen suave depresible leve dolor a la palpación con presencia de apósito seco, altura fondo uterino: 0-1, región inguinal: presencia de sonda vesical permeable con diéresis clara, loquios hemáticos en escasa cantidad, no fetidos, extremidades superiores hematomas producto del rechazo del paciente a procedimientos como toma de muestras de exámenes, extremidades inferiores roots: hiperreflexia, edema +/+++.

Prescripción

- Dieta blanda y líquidos



- Control de score mama cada 4 horas
- Control de diuresis horaria
- Control de roots y frecuencia respiratoria
- Mantener sonda vesical
- Sulfato de magnesio 2gr intravenoso cada hora
- Ceftriaxone 1gr intravenoso cada 12 horas
- Tramadol 100 gr intravenoso cada 8 horas
- Protocolo de hidralazina si TA >160/110 mmhg
- Heparina de bajo peso molecular 60mg subcutáneo
- Pedido de proteinuria en orina de 24 horas
- Perfil toxemico stat
- Biometría hemática
- Eco de cuello "partes blandas".

21/04/2021

06h15 AM

Paciente femenina de 33 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico de 42 horas de evolución por embarazo de 34 semanas de gestación por eco más eclampsia más síndrome de HELLP tipo 11 más paridad satisfecha más masa tumoral en cuello más anemia moderada.

Score mama: 1, paciente consciente orientada en tiempo espacio y persona, al examen físico abdomen suave depresible leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, útero contraído altura de fondo uterino: 0, región inguinal: loquios hemáticos de escasa cantidad, extremidades: simétricos, no edema, paciente al momento hemodinámicamente estable, en espera de resultados de control.

Prescripción

- Dieta blanda más líquidos
- Control de signos vitales y score mama cada 4 horas
- Control de involución uterina y loquios hemáticos
- Control de signos de alarma



- Control de ingesta y excreta
- Control de roots y edemas
- Reposo relativo
- Solución salina al 009% 1000ml pasar intravenoso a 28 gotas por minuto
- Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg via oral cada 6 horas
- Protocolo de hidralazina por razones necesarias
- Nifedipino 10 mg via oral cada 8 horas
- Eco abdominal pélvico
- TAC cuello

22/04/2021 06h00 AM

Paciente femenina de 32 años de edad con diagnostico de puerperio quirurgico de 66 horas de evolucion por embarazo de 34 semanas de gestacion por eco mas eclampsia massyndrome de help tipo II mas paridad satisfecha mas masa tumoral en cuello mas anemia moderada. Paciente al momento estable con un score mama: 1, al examen fisicoabdomen suave, depressible no doloroso a la palpacion, regioninginogenital: loquios hematicos en escasa cantidad.

23/04/2021 06h00 AM

Paciente femenino de 32 años con diagnostico de puerperio quirurgico de 80 horas de evolucion por embarazo de 34 semanas de gestacion x eco mas eclampsia massindrome de Hellp mas paridad satisfecha mas maso tumoral en cuello mas anemia moderada, paciente refiere dolor de moderada intensidad en sitio quirurgico y cefalea de leve intensidad, paciente conciente orientada en tiempo, espacio y persona, score mama: 1, al examen fisico abdomen suave depressible doloroso a la palpacion superficial en sitio de herida quirurgica, altura de fondo uterino 0+1 loquios hematicos en cantidad moderada, extreidadessimetricas sin edema.

Preescrpcion

- Dieta blanda



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



- Score mama cada 6 horas
- Ambulatorio
- Cuidados Dish
- Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas
- Paracetamol 500 mg via oral cada 6 horas
- Cloruro de sodio al 0.9% 300ccmas 3 ampollas de hierro parenteral pasar intravenoso lento en 3 horas.
- Interconsulta a endocrinología
- Interconsulta a medicia interna (bocio multinodular)
- Biometría hematica de control.

24/04/2021

06h10 AM

Paciente de 33 años con diagnostico puerperio quirurgico de 5 días de evolucion por embarazo de 34 semanas de gestacion por eco mas eclampsia massindrome de help (resuelto) mas paridad satisfecha mas bocio multinodular mas anemia moderada (resuelta).

Paciente al momento no refiere ninguna molestia, conciente orientada en tiempo espacio y persona. Afebril, hidratada, orofaringe no congestive, score mama: 1,al examen fisico abdomen altura fondo uterino:0-1, herida sin signos de infeccion, regioninginogenital no se evidencia loquios, extremidades simetricas tono y fuerza conservado.

Paciente con evolucion favorable al momento estable, valoracion por medicina interna por bocio multinodular y resultado de proteinuria en 24 horas, ademas paciente con turno para especialidad de endocrinologia en la ciudad de Riobamba.

Paciente en condiciones de alta hospitalaria ya que se encuentra hemodinamicamente estable.



ALTA HOSPITALARIA (24/04/21)

<p>Después de cinco días de evolución favorable, bajo control, cuidados de enfermería por puerperio post quirúrgico mediato.</p> <p>Paciente femenino de 32 años de edad, hemodinámicamente estable, activa electiva orientada en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15</p> <p>Abdomen blando depresible no doloroso, no se evidencia loquios, útero contraído.</p> <p>Score mama (1)</p> <p>PA: 110/60</p> <p>FC: 69</p> <p>FR: 20</p> <p>T: 36.1</p> <p>SPO2: 96%</p> <p>ESTADO CONCIENCIA: ALERTA</p> <p>PROTEINURIA +++</p>	<p>EXÁMENES DE LABORATORIO</p> <p>HTCO:29%</p> <p>HGB: 9.4 mm</p> <p>PLT:261.000 mm</p> <p>LEUCO:5.800</p> <p>SEG:66%</p> <p>EOS: 3%</p> <p>LIN:31%</p> <p>UREA: 21.1 mg/dl</p> <p>CREATININA: 0.7 mg/dl</p> <p>Medidas generales y terapéuticas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cefalexina 500 mg cada 8 horas por 5 días.• Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días.• Ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días.• Sales de hierro (60 de hierro + 400 mcg de ácido fólico) cada 24 horas por 30 días.• Control en consulta en endocrinología.
--	--



2.9 SEGUIMIENTO

Paciente femenino de 33 años de edad, acudio a esta casa de salud a los 8 dias por control, con antecedente de parto por cesarea hace 8 dias por embarazo de 33 semanas de gestacionmasSindrome de Hellps tipo II mas bocio multinodular, que permanecio en este hospital por 5 dias con una evolucion favorable, por antecedente de bocio lo cual tuvo una cita en endocrinologia quien valora a paciente por consulta externa en la ciudad de Riobamba donde refiere turno para puncion en la fecha indicada.

2.10 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Dentro de la guía práctica clínica del Ministerio de Salud Pública sobre las enfermedades hipertensivas en el embarazo Se recomienda el uso de sulfato de magnesio para prevención de convulsiones en el síndrome de HELLP(Ministerio de Salud Pública, 2016)

Las convulsiones eclámpticas frecuentemente preceden o siguen al desarrollo del síndrome de hellp (S)H, por tal motivo es recomendable que toda paciente con síndrome de hellp (SH) reciba infusión intravenosa de sulfato de magnesio de 4-6 g en bolo, seguida de una infusión constante de 1.5-4 g /hora. Se debe de monitorizar a las pacientes con el reflejo patelar, diuresis y niveles séricos de magnesio. Se puede continuar su administración hasta 48 horas posparto, dependiendo de la condición materna.

Además de prevenir y de tratar las convulsiones eclámpticas, el sulfato de magnesio tiene propiedades de ser un modesto relajante vascular tanto a nivel central como periférico.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, cuando el paciente presenta signos y síntomas de preeclampsia - eclampsia y la tríada de anormalidades de laboratorio que sugieren anemia hemolítica por destrucción de glóbulos rojos,



daño y disfunción hepática y trombocitopenia, los cuales se presentan más comúnmente en el tercer trimestre o en el posparto. (Rivas Perdomo & Mendivil Ciódaro, 2011)

3 OBSERVACIONES

Se tomo como referencia diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de saber cómo es el correcto manejo de las pacientes con esta patología y el tratamiento que se puede emplear en las mismas.

En este caso se debe destacar el manejo de la paciente teniendo en cuenta la etiología antes mencionada los factores de riesgo como lo son la edad y los signos clínicos que presento al momento del ingreso y al momento de la referencia.

Se debe actuar de manera precisa en momentos de detectar dichos casos con un control correcto de las presiones y recordando que en un hospital básico no se cuenta con todos los implementos por lo cual no se puede descartar la clínica del paciente ya que en estos casos son raros y pasan desapercibidos con respecto al bocio multinodular

4 CONCLUSIONES

En conclusión, el síndrome de Hellp es una enfermedad muy poco común y la cual presenta múltiples complicaciones y de manera grave tanto de forma materna como perinatal en las mujeres gestantes o también después del parto, por lo cual este síndrome deber de ser diagnosticado lo más antes posible.

Para el desarrollo de este caso clínico se baso en la información prescrita en su la historia clínica, la conducta gineco obstétrica de la paciente la cual fue muy importante para de esta manera llevar un mejor control y evolución del embarazo, todos los procedimientos y medidas que fueron aplicadas en este caso tuvieron fundamentación bibliográfica que fueron obtenidas de artículos científicos, libros, guías de practicas clínicas y demás fuentes de origen bibliográfico.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



Los factores principales que se encuentran asociados de manera directa con el síndrome de Hellpy que a su vez son de mayor riesgo son los que se menciona a continuación: Los Antecedentes Hipertensivos, Trastornos Hipertensivos (preeclampsia, eclampsias), primigestas. , multíparas (mayor a 2 partos).

La prescripción de corticoides para disminuir la morbilidad y mortalidad materna o neonatal no ha demostrado su eficacia e inocuidad. Su protocolo consiste en la interrupción del embarazo y tratamiento de las complicaciones asociadas.



5 BIBLIOGRAFÍA

- Barton JR; Sibai BM. (2004). *Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome*.
<https://reference.medscape.com/medline/abstract/15519429>
- Bracamonte-Peniche Jimena, López-Bolio Vanesa, Mendicuti-Carrillo María, Ponce-Puerto José María, Sanabrais-López María José, M.-D. N. (2018). *Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp*.
<https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612/627>
- Castillo Plaza, A., Laurenis Labarca, V., Ramón Urdaneta, J. M., Elena González, M. I., Contreras Benítez, A., Saleh Baabel, N. Z., Fernández Correa, M., Silva Bentacourt, Á., & Lorena Nava, M. (2016). Trabajos Originales. In *REV CHIL OBSTET GINECOL* (Vol. 81, Issue 3).
- De La Rubia, J., Pérez, F., & Navarro, A. (2001). HELLP syndrome. *Medicina Clínica*, 117(2), 64–68. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72014-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72014-3)
- Greer IA, Cameron AD, W. J. (1985). *HELLP syndrome: pathologic entity or technical inadequacy? Am J Obstet Gynecol*.
- Herold, C. M. Von. (2018). *SINDROME DE HELLP*. 3(1), 13–16.
- Huma Khan, MD; Chief Editor: Ronald M Ramus, M. (2018). *HELLP Syndrome*. Jan 08, 2018. <https://emedicine.medscape.com/article/1394126-treatment#d11>
- Lichtman, M, Kipps T, Seligsohn U, Kaushansky K, P. J. (2010). *Williams Hematology* (8th editio). 16 Aug 2010.
- Ligia Andrea Obando Morales. (2014). Síndrome de Hellp. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI (610) 191 - 193, 2014*.
- MacKenna J, Dover NL, B. R. (1983). *Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets--an obstetric emergency?*
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo*.



Guía de Práctica Clínica (GPC). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

Padden, M. O. (1999). HELLP syndrome: recognition and perinatal management. *American Family Physician*, 60(3), 829–836, 839. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10498110>

Perdomo, E. E. R., & Ciódaro, C. M. (2011). *Síndrome de Hellp : Revisión Hellp Syndrome : Review*. 27(2), 259–274.

RIVAS PERDOMO, E., & MENDIVIL CIÓDARO, C. (2011). Síndrome Hellp: Revisión /Hellp Syndrome: Review. *Revista Científica Salud Uninorte*, 27(2).

Weiner E; Schreiber L; Grinstein E; Feldstein O; Rymer-Haskel N; Bar J, kovo M. (2016). *The placental component and obstetric outcome in severe preeclampsia with and without HELLP syndrome*. <https://reference.medscape.com/medline/abstract/27780546>

Weinstein, L. (1982). Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 142(2), 159–167. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)32330-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)32330-4)



6 ANEXOS

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTA DE INGRESO
7/9/21	11:30 am	<p>Nota de Ingreso</p> <p>Datos de filiación: Nombre: María Eugenia Apellidos: Paquay Bayas Edad: 38 años Fecha de nacimiento: 12/04/1988 Lugar de nacimiento: Guandáez Lugar de residencia: Guandáez Etnia: indígena Institución: Ahimaria Capacidad: a ma de casa Estado Civil: soltera Grupo sanguíneo: no sabe Teléfono: 0981131790 Fuente información: Hermano</p> <p>- Antecedentes Personales Difíciles: no refiere Cinco: no refiere Quirúrgicos: no refiere</p> <p>- Antecedentes Familiares no refiere</p> <p>- Antecedentes gineco-obstétricos Menstruales: no refiere Útero: no refiere Duración: no refiere Dismenorrea: no refiere FUM: no sabe FAP: G: 5 A: 0 P: 2 C: 0 ECOS: 2 Córceas: 4 Fe, vitaminas: no refiere Complicaciones: no refiere Hospitalizaciones: no refiere PT: no refiere IVSA: no refiere IS: no refiere ETS: no refiere</p> <p>- Síntomas Respiratorios: No Contacto Paciente COVID-19: No</p> <p>- Motivo de consulta: convulsiones + dolor</p> <p>- Enfermedad actual: Paciente acude a la casa de salud en compañía</p>

FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	PRESCRIPCIONES
7/9/21	11:30 am	<p>1) Activar clave azul</p> <p>2) Ingreso a Ginecología</p> <p>3) CBT score mama 4/15 ml</p> <p>4) Control de Tensión arterial</p> <p>5) Colocar soncha vesical</p> <p>6) Control de ingesta y excreta</p> <p>7) Control de diuresis horaria</p> <p>8) Control de P0010</p> <p>9) NPO</p> <p>10) Control Obstétrico STAT</p> <p>11) Vía 1 → Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar IV a 20gtx x' hora</p> <p>12) Vía 2 → sulfato de magnesio 6gr + 70ml de cloruro de sodio 0.9% pasar IV a 500 ml/h en bomba de infusión a 100gtx x' en equipo de venadisis en 20 minutos, luego dosis de mantenimiento 20gr de sulfato de magnesio + 400ml de cloruro de sodio 0.9% pasar IV a 50 ml/h 0.2gr/h</p> <p>13) Glucosa de calcio 1gr IV si existe signos de intoxicación por sulfato de magnesio</p> <p>14) Protocolo de Hiperkalemia SI TA > 160/110 mmHg</p> <p>15) Ceftriaxone 1gr IV STAT</p> <p>16) Heparina de Bajo Peso mo lecular 60 mg SC qd</p> <p>17) Parte operatoria</p> <p>18) Consentimiento informado</p> <p>19) Verboje de miembros inferiores</p> <p>20) Comunicar anestesiología</p> <p>21) Comunicar a neonatología</p> <p>22) Exámenes de laboratorio no: BH, GS, TTP, TP Serología, Pruebas rápidas de COVID-19</p> <p>23) Pd perfil toxémico TGO / TGP / LDH</p> <p>24) Probar a las 24 horas</p>	<p>25) Exámenes Obstétricos STAT</p> <p>26) Ecografía de partes blandas</p> <p>27) TAC de cráneo</p> <p>28) Valoración por medicina interna</p> <p>29) Comunicar novedades</p> <p>Dr. López Med. Obstetria</p> <p>Dr. David Galdo López M.D. M.Sc. MEDICINA FETAL GINECOLOGÍA OBSTETRIA REG. ESP. MED. 000034320</p> <p>INFORMACIÓN DEL PACIENTE E.S. 020228003</p>

Anexo1: Evidenciando la Nota de ingreso de la paciente al area de Gineco-Obstetricia.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



NOMBRE: MARIA EUGENIA PAGUAY BAYAS
 EDAD: 32 AÑOS
 CEDULA: 0202076956
 FECHA: 19/04/2021
 SOLICITA: CONSULTA EXTERNA

QUIMICA SANGUINEA		
EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA BASAL	100,8	(70 - 110) mg/dl
UREA	28,8	(15 - 45) mg/dl
CREATININA	0,80	(0,60 - 1,30) mg/dl
TGO (AST)	64,1	MENOR DE 37 U/L
TGP (ALT)	124,2	H: MENOR 45U/L M: MENOR 35U/L
DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)	484,5	(225,0 - 450,0) U/L

ANALISTA RESPONSABLE: L.C.D.A. EMILY DIAZ G.
 LABORATORISTA
 Registro Aceso: 10743284

NOMBRE: MARIA EUGENIA PAGUAY BAYAS
 EDAD: 32 AÑOS
 CEDULA: 0202076956
 FECHA: 19/04/2021
 SOLICITA: CONSULTA EXTERNA

HORMONAS		
EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
T3	1,79	(0,69 - 2,15) ng/ml
T4	94,33	(52 - 127) ng/ml
TSH	2,09	(0,3 - 4,5) uIU/ml

METODO: ECLIA

ANALISTA RESPONSABLE: L.C.D.A. EMILY DIAZ G.
 LABORATORISTA
 Registro Aceso: 10743284

COMPONENTE	FECHA DE TRANSCRIPCIÓN	RESPONSABLE DE LA TRANSCRIPCIÓN	FECHA DEL REPORTE
1. HEMATOLOGICO	29/04/2021	EMILY DIAZ G.	29/04/2021
2. UROLOGICO			
3. COPROLOGICO			
4. QUIMICA SANGUINEA			
5. SEROLOGIA			
6. BACTERIOLOGIA			
7. OTROS			

CONCENTRADO DE LABORATORIO

COMPONENTE	FECHA DE TRANSCRIPCIÓN	RESPONSABLE DE LA TRANSCRIPCIÓN	FECHA DEL REPORTE
1. HEMATOLOGICO	29/04/2021	EMILY DIAZ G.	29/04/2021
HEMATOCRITO / HEMOGLOBINA	29 / 94		
SEDIMENTACIÓN			
PLAQUETAS	261000		
LEUCOCITOS	5800		
FORMULA LEUCOCITARIA	CAY BAS SEG 66 MON EOS 3 LIN 34		
HCM / CMHC	30,3 / 32,8		
GRUPO SANGUINEO / FACTOR Rh			
T. PROTROMBINA / TTP			
T. COAGULACIÓN / T. SANGRIA			
VCM:	98		

Anexo 2: evidencia de los resultados de laboratorio



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Informe de Medición
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

OMNI C	15284
Fecha/Hora	19.04.2021 13:51
Muestra	19125
ID Pac.	798CD02F15284
Nombre	MARIA
Apellido	PAGUAY
Muestra	Sangre
Baro	557.1 mmHg
Temp.	37.0 °C
A/F	adulto
PO2	134.6 mmHg
PCO2	23.7 mmHg ↓
pH	7.413
Na	Pendiente nOk 1074
Cl	163.1 mmol/L
iCa	Pendiente nOk 1074
K	No activado 1070
Hct	29.1 %
BE	-7.6 mmol/L
BEcf	-9.8 mmol/L
cHCO3	14.8 mmol/L ↓
cHCO3st	18.2 mmol/L
SO2(c)	99.0 %
Indice P/F	640.9 mmHg

Anexo 3: evidencia de los resultados de la gasometria.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL PROVINCIAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"
DEPARTAMENTO DE IMAGEN
SERVICIO DE ECOGRAFÍA

Guaranda, 19/04/21 12:05:07

NOMBRE: María Eugenia Paguay Bayas 32 Años
CI: 0202075956

EXAMEN:
ECOGRAFIA OBSTETRICA BIOMETRICA.

INFORME:

Útero gestante, se observa:

Feto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho, movimientos fetales espontáneos.

Corazón con cuatro cavidades, FCF: 138 latidos por minuto.

DBP: 8.2 cm L.F: 6.8 cm. CA: 29.8 cm PC: 31.7 cm PESO: 2399 gramos aprox.

Placenta: fundicaGII

Líquido amniótico: disminuido. ILA: 4.9cc

CONCLUSIÓN:

Embarazo único de 34.3 semanas de gestación por Eco +/- 1 semana .

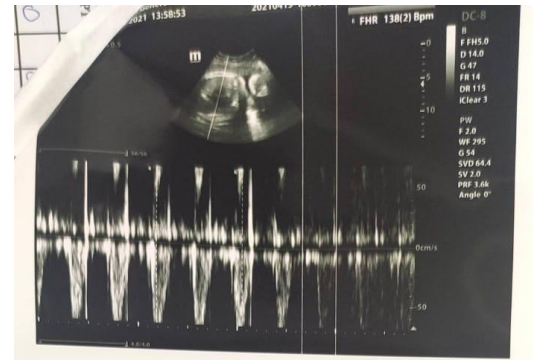
Oligohidramnios .

NOTA: Estudio ecografico limitado solamente a las medidas biométricas y bienestar fetal, no se logro visualizar extremidades fetales en su totalidad ni cara fetal ni otras estructuras por ser paciente de dificil manejo con alto grado de excitabilidad y poca colaboracion ante el presente estudio.

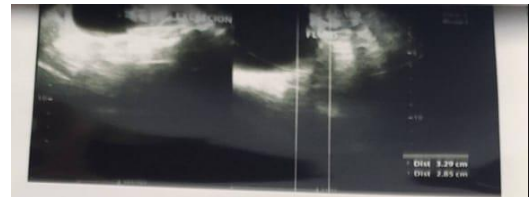
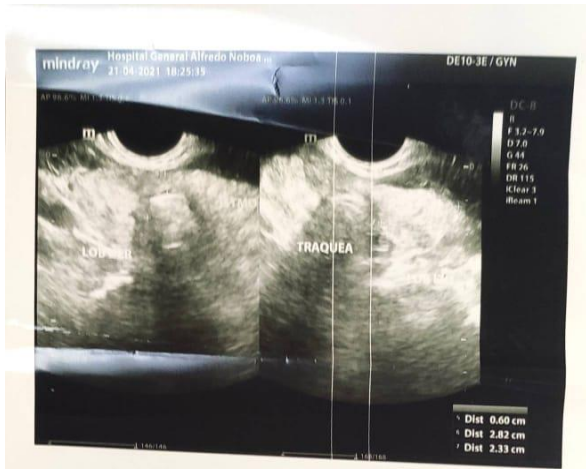
Atentamente,

Dra. Inés Muñoz López
MEDICO HANM

Selva Alegre y J.M Cisneros - TELF: (03) 2980-230 - 2 982840
inpa@babahoyo.uba.edu.ec



Anexo 4: evidencia de la ecografiaobstetrica.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



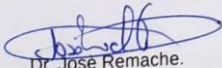
Dirección Provincial de Salud de Bolívar
Hospital Provincial "Alfredo Noboa Montenegro"

ECOGRAFIA TIROIDEA.

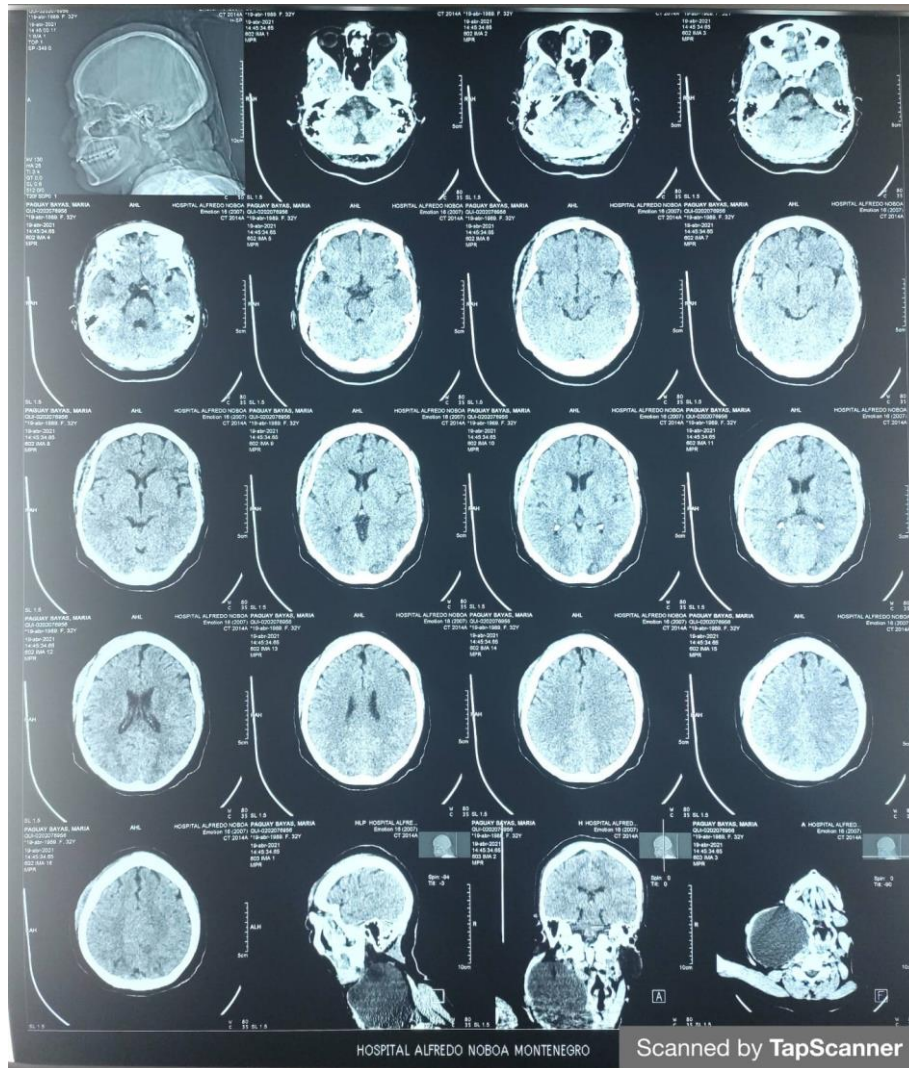
PACIENTE: 21/04/2021
SRA. MARÍA EUGENIA PAGUAY 0202076956 32 AÑOS

Glándula tiroides aumentada de tamaño a predominio del lóbulo derecho, presenta ecoestructura heterogénea identificando en el sector medio homolateral conglomerado de nódulos hipoecoicos de márgenes mal definidos sin halo periférico, contienen microcalcificaciones, al doppler color con flujo anárquico central y periférico, miden entre 7 y 15 mm altamente sospechosos, asociado se constata varias adenopatías metastásicas yugulo-carotídeas, también con microcalcificaciones bilaterales nivel II de 8 y 21 mm. Lóbulo izquierdo sin lesiones focales nodulares ni quistes. Además existe en la región lateral del cuello importante formación quística de paredes finas contenido anecoico homogéneo, con excreción nodular de bordes microlobulados y extenso flujo, mide 35 x 29 mm, dicho quiste mide 10.43 x 9.98 cm, volumen 505 ml, puede corresponder a quiste tiroideo, quiste branquial y/o higroma complejo. Se recomienda PAAF. Lóbulo derecho Mide: 5.78 x 2.45 x 2.82 cm. Lóbulo izquierdo Mide: 4.53 x 1.92 x 2.34 cm. Istmo de 6mm. Glándulas Parótidas y Submaxilares sin patología.

CONCLUSIÓN. EN PRINCIPIO BOCIO MULTINODULAR UNILATERAL DERECHO-NÓDULOS SOSPECHOSOS-CONSIDERAR CARCINOMA PAPILAR MULTIFOCAL-TI-RADS CATEGORIA 5-ADENOPATÍAS BILATERALES-FORMACIÓN QUÍSTICA COMPLEJA A INVESTIGAR.


Dr. José Remache.
MÉDICO RADIOLOGO
MSP.1031-R06-13-70

Anexo 5: evidencia de los resultados de la ecografía tiroidea



Anexo 6: evidencia de los resultados del TAC de cráneo.

COMPONENTE		HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO											
FECHA DE TRANSSCRIPCIÓN		27/04/21											
RESPONSABLE DE LA TRANSSCRIPCIÓN		M. R. Calderón											
FECHA DEL REPORTE		27/04/21											
1. HEMATOLOGICO	HEMATOCRITO / HEMOGLOBINA	34 / 11											
	SEDIMENTACIÓN												
	PLAQUETAS	38000											
	LEUCOCITOS	6000											
	FORMULA LEUCOCITARIA	CVY	BAS	CVY	BAS	CVY	BAS	CVY	BAS	CVY	BAS	CVY	BAS
		SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON
		EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN
	HCM / CMHC	37.8 / 41.4											
	T. PROTROMBINA / TTP	0.4											
	T. COAGULACIÓN / T SANGRIA	124.6											
	VCOT	96											

5. SEROLOGIA	LATEX / ASTO	No Reactivo
	VDRL / VIH	
	AGLUTINACIONES FERRILES	
6. BACTERIOLOGIA		negativo
TROS	FOG	negativo
	JGM	

Anexo 7: evidencia de los resultados del seguimiento.