



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



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

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del  
grado académico de Obstetra**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

**Diagnóstico y tratamiento del síndrome de hellp en embarazo de 39 semanas**

**AUTOR**

**MIGUEL ANGEL VERA TROYA**

**TUTOR**

**DR. Marlon Martínez Alvarez**

**Babahoyo- Los ríos- Ecuador**

**2020**



## INDICE

I.AGRADECIMIENTO .....	I
II.DEDICATORIA .....	II
III.TEMA .....	III
IV.RESUMEN .....	IV
V.ABSTRACT .....	V
1. MARCO TEORICO .....	1
DEFINICION .....	1
ETIOLOGÍA.....	1
FISIOPATOLOGIA .....	2
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	3
DIAGNOSTICO .....	3
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	4
TRATAMIENTO .....	4
<b>COMPLICACIONES</b> .....	6
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
1.3 DATOS GENERALES.....	8
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	8
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	8
HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE .....	9
2.2 ANAMNESIS.....	10
2.3 EXPLORACIÓN FISICA .....	10
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	11
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. ....	14
CONDUCTA A SEGUIR.....	14



2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ....	14
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	15
2.8 SEGUIMIENTO.....	15
2.9 OBSERVACIONES .....	21
3. CONCLUSIONES .....	22
3.1 ANEXOS .....	22



## I.AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mis padres y hermanos por guiarme por buen camino y lograr alcanzar unos de mis objetivos. A mis amigos con los cuales compartí momentos muy importantes en mi carrera universitaria, a cada uno de mis docentes los cuales me impartieron todos sus conocimientos, gracias a todos ellos por ayudarme a superarme cada día.

MIGUEL ANGEL VERA TROYA



## II.DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia por ser mi apoyo incondicional que me ayudo cada día a cumplir mis metas y ser una persona preparada para enfrentar la vida, por luchar junto a mí durante toda mi preparación profesional apoyándome en todo momento cuando lo necesité. A Dios por brindarme salud e inteligencia a lo largo de mi vida, a todos ellos con mucho amor y cariño les dedico todo mi esfuerzo y dedicación puesto en la realización de este trabajo investigativo.

MIGUEL ANGEL VERA TROYA



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



### III.TEMA

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE HELLP EN EMBARAZO DE 39 SEMANAS



#### IV.RESUMEN

El síndrome de HELLP es considerado como una de las principales complicaciones que se presentan con preeclampsia-eclampsia sin embargo, también se presenta sin enfermedad hipertensiva del embarazo, este síndrome se caracteriza por daño endotelial micro vascular sin embargo, su fisiopatología aún no está bien definida , puede ocurrir en el embarazo o puerperio, se caracteriza por hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y plaquetopenia y su relevancia reside en que está asociado con la aparición de graves complicaciones perinatales e incremento de la mortalidad materna.

Se evidencia un caso de una paciente femenina cursando un embarazo de 39 semanas que acude al hospital para ser valorada por el área de emergencia ginecobstetrica donde presenta cuadro clínico caracterizado por cefalea holocraneana, que se acompaña de, fotopsia, epigastralgia, aumento de la presión arterial alteraciones en el perfil toxemico donde se da el respectivo manejo terminado el embarazo por cesárea posteriormente paciente es dada de alta en buenas condiciones.

**Palabras claves:** HELLP, hemólisis, Plaquetopenia, Preeclampsia, eclampsia



## V.ABSTRACT

HELLP syndrome is considered one of the main complications that occur with preeclampsia-eclampsia, however, it also occurs without hypertensive disease of pregnancy, this syndrome is characterized by microvascular endothelial damage, however, its pathophysiology is not yet well defined, it can occur in pregnancy or the puerperium, it is characterized by hemolysis, increased liver enzymes and plateletopenia and its relevance lies in the fact that it is associated with the appearance of serious perinatal complications and increased maternal mortality.

There is evidence of a case of a female patient with a 39-week pregnancy who goes to the hospital to be evaluated by the gynecology-obstetrics emergency area where she presents a clinical picture characterized by holocranial headache, which is accompanied by photophobia, epigastric pain, increased blood pressure alterations in the toxemic profile where the respective management is given after the pregnancy by cesarean section, subsequently patient is discharged in good condition.

**Keywords:** HELLP, hemolysis, plateletopenia, preeclampsia, eclampsia





## VI.INTRODUCCIÓN

La medicina perinatal reconoce los Trastornos Hipertensivos del embarazo como entidades clínicas causadas por diferentes vías o mecanismos patológicos, lo cual deja de lado la interacción de los factores epidemiológicos para que los trastornos Hipertensivos del embarazo se manifiesten clínicamente de determinada manera , son muchas las teorías que intentan explicar el desarrollo de los diferentes Trastornos Hipertensivos del embarazo , La más aceptada es que comparten características fisiopatologías, incluso similares a las de las aterosclerosis y a las enfermedades cardiovasculares como, por ejemplo, el índice iatrogénico tomado como uno de los tantos marcadores bioquímicos para la predicción de los trastornos hipertensivos en el embarazo. (Díaz Pérez, Roca Pérez, Oñate Díaz, & Castro Gil, 2017)

En este documento se estudiara sobre una de las complicaciones de los trastornos hipertensivo del embarazo donde se presenta un caso de una paciente gestante que acude al hospital para ser valorada por el área de emergencia ginecobstetrica donde por su cuadro clínico, examen físico y posterior exámenes de laboratorio se diagnostica síndrome de hellp donde se realiza el manejo oportuno, toma de decisiones y seguimiento del mismo. Recordando que el síndrome de hellp si no se actúa de manera adecuada puede producir fallas multiorganicas y en algunos casos la muerte.



## 1. MARCO TEORICO

### DEFINICION

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, el cual se caracteriza por daño endotelial microvascular, seguido por la activación, agregación y consumo de plaquetas que conllevan a una isquemia distal y necrosis hepatocelular. Suele ser considerado como una complicación de la preeclampsia grave; sin embargo, en el 15 % de los casos puede ocurrir en ausencia de signos de la misma. (Ministerio de salud, 2016)

El síndrome de HELLP es una complicación multisistémica del embarazo que se distingue por el trastorno hipertensivo más la triada: Hemólisis microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y disminución del conteo de plaquetas, está asociado con la aparición de graves complicaciones perinatales e incremento de la mortalidad materna. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

Las pacientes con síndrome HELLP tienen mayor riesgo de complicaciones maternas, como: hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, hematoma rotura hepática, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de placenta y, en algunas ocasiones, muerte materna. (Gracia, 2015)

### ETIOLOGÍA

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto. Las diferentes teorías propuestas comparten que el inicio del proceso de la enfermedad es el daño en la capa íntima endotelial, causado por mecanismos aún inciertos, pero asociado a alteraciones en la placentación, complejos inmunes y a la misma hipertensión. Los factores genéticos también desempeñan un papel fundamental; al parecer, ciertos genotipos maternos y fetales confieren un riesgo aumentado de presentación y desarrollo del HELLP. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)



Por lo general se inicia durante el último trimestre del embarazo, afecta entre 0.5 y 0.9% de todos los embarazos y hasta 20% de los embarazos complicados con preeclampsia grave. Se observa un pico de máxima incidencia entre las semanas de gestación 27 y 37 y solo el 10% se manifiesta antes de la semana 27 de embarazo. Pritchard y colaboradores describieron, en 1954, la asociación de la preeclampsia con elevación de las enzimas hepáticas y alteración de la coagulación, sin embargo no fue hasta 1982 cuando Weinstein acuñó el término síndrome de HELLP como acrónimo de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopena. (César Homero Gutiérrez-Aguirre, 2012)

## **FISIOPATOLOGIA**

Las diferentes teorías propuestas comparten que el inicio del proceso de la enfermedad es el daño en la capa íntima endotelial, causado por mecanismos aún inciertos pero que se ha asociado a alteraciones en la placentación, complejos inmunes y a la misma hipertensión, en todo caso lo que se produce es una injuria endotelial donde se estimula el depósito de fibrina en el lumen vascular con subsecuente ruptura de los elementos de la sangre por el contacto con el área dañada. Esto producirá un desequilibrio entre las sustancias vasodilatadoras (prostaciclina) y vasoconstrictoras (Tromboxano A<sub>2</sub>, serotonina, endotelina-1) a favor de éstas últimas que tendrían un papel fundamental en la patogenia del proceso al producir una activación del sistema de la coagulación, con consumo de plaquetas y provocar además un espasmo vascular en la microcirculación con trombosis arterial, hipertensión y reducción del flujo uteroplacentario. (Pablo Parra- Ramírez, 2005)



## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Según (Herold, 2018) La presentación clínica del síndrome de HELLP es variada. Las manifestaciones clínicas iniciales suelen ser las mismas que se presentan en la preeclampsia.

---

Nauseas

Vómitos

Malestar general

Ictericia

Cefalea

Alteraciones visuales

Dolor en cuadrante superior derecho (86%)

Manifestaciones hemorrágicas

Edema periférico

Hipertensión

Proteinuria

---

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico del síndrome de HELLP se identifica normalmente en pacientes que presentan preeclampsia severa, con la correcta anamnesis pero se basa en el reconocimiento de parámetros de laboratorio característicos; hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopena. Las pruebas de laboratorio son importantes para el diagnóstico del síndrome, y siempre deben solicitarse en casos de preeclampsia, eclampsia y en mujeres embarazadas con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

El diagnóstico de hemólisis se establece mediante biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático en las que se encuentra una disminución de los valores de hematocrito normal, hematíes fragmentados, aumento en la deshidrogenasa láctica y la bilirrubina, la disfunción hepática lleva al incremento de las enzimas aspartato aminotransferasa en suero de  $>70$  IU/L y alanina aminotransferasa en suero de  $>70$  IU/L. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)



En la siguiente imagen se muestra el sistema de clasificación del síndrome de hellp **Fuente:** (Martin JN, 2006)

Tabla 1. Sistemas de clasificación del síndrome HELLP

CLASE HELLP	CLASIFICACIÓN DE MISSISSIPPI	CLASIFICACIÓN DE TENNESSEE
1	PLAQUETAS <50 000/ml AST o ALT $\geq$ 70 UI/L LDH $\geq$ 600 UI/L	PLAQUETAS $\leq$ 100 000/ml AST o ALT $\geq$ 70 UI/L LDH $\geq$ 600 UI/L
2	PLAQUETAS, 50000- 100 000/ml AST o ALT $\geq$ 70 UI/L LDH $\geq$ 600 UI/L	
3	PLAQUETAS, 100 000- 150 000/ml AST o ALT $\geq$ 40 UI/L LDH $\geq$ 600 UI/L	NO APLICA
PARCIAL/ INCOMPLETO	NO APLICA	PREECLAMPSIA SEVERA + UNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS: ELLP, EL, LP

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para llevar a un correcto diagnostico del síndrome de hellp se tiene que descartar otras patologías. (Gracia, 2015) Pueden ser el hígado graso agudo del embarazo, púrpura trombocitopénica idiopática gestacional, síndrome urémico hemolítico, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, colelitiasis, pancreatitis aguda, preeclampsia severa. El trastorno que genera más confusión es el hígado graso agudo del embarazo; sin embargo, en el síndrome HELLP es poco probable la hipoglucemia, hipocolesterolemia e hipotrigliceridemia. Además, las náuseas, el vómito e ictericia son frecuentes en pacientes con hígado graso agudo del embarazo.

## TRATAMIENTO

El tratamiento se realiza para evitar eventos adversos y complicaciones como accidentes cerebro vascular y otras manifestaciones del sistema nervioso central.



El parto es la única terapia definitiva, aunque, en casos clínicamente leves, el enfoque recomendado es esperar y vigilar hasta después de la semana 34 para permitir la maduración completa del desarrollo fetal. En casos severos, el parto debe completarse inmediatamente o entre las 24-48 horas como máximo, acelerando la maduración del pulmón fetal con la administración de corticosteroides. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

### **TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO**

Usar en caso de PA diastólica >105- 110 o PA sistólica >160mmHg. Se puede utilizar Hidralazina, 5mg en bolo c/15-20min, con un máximo de 20mg/hora. Se debe controlar la PA c/15min. Si no se logra la meta (PA <160/105mmHg), se debe utilizar labetalol, de 20-40mg IV c/10-15min, con un máximo de 220mg/hora. También puede usar Nifedipina, de 10-20mg VO c/30min, con una dosis máxima de 50mg/hora. (Herold, 2018)

### **PREVENCIÓN DE LAS CONVULSIONES CON SULFATO DE MAGNESIO**

**IMPREGNACIÓN:** 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos). (Ministerio de salud, 2016)

**MANTENIMIENTO:** 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora). (Ministerio de salud, 2016)

### **TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS EN EL SÍNDROME HELLP**

En caso de un conteo de plaquetas  $\geq 50\ 000\ \mu\text{L}$  con síndrome de HELLP, la transfusión de plaquetas y paquetes globulares podría ser considerada previa al parto por vía vaginal o cesárea. Este procedimiento se realizara únicamente



en los casos en donde se presente sangrado excesivo, disfunción plaquetaria previa conocida, decremento rápido en el conteo de plaquetas o coagulopatias (Ministerio de salud, 2016)

## **VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO**

Las pacientes con síndrome HELLP y edad gestacional superior a 34 semanas o menos de 24 deberán interrumpir el embarazo lo antes posible cuando se confirme el diagnóstico. En las pacientes con 24 a 34 semanas de embarazo deberá considerarse la prescripción de corticoides para maduración fetal y, de ser posible, la interrupción después de recibir el fármaco. En las pacientes con edad gestacional superior a 34 semanas no deberá esperarse más tiempo; por el contrario, las complicaciones maternas y fetales pueden ser peores. (Gracia, 2015)

## **COMPLICACIONES**

Se han identificado múltiples y variadas complicaciones severas relacionadas con esta enfermedad y la negligencia a la hora de tratarla, entre éstas se incluyen ceguera cortical, ruptura de hígado, edema cerebral, hemorragia subaracnoidea y, el más común de todos, hemorragia intraparequimatosas. (Bracamonte-Peniche Jimena, 2018)

El desarrollo del síndrome, horas después del parto normal en un ambiente sano, puede presentarse sin que haya síntomas presentes o la paciente puede quejarse de malestar general, cefalea, náuseas, vómitos y dolor epigástrico en el cuadrante superior derecho, este último como único síntoma. (Dra. Ana Catalina, 2020)

Los signos clínicos incluyen presión arterial elevada, hiperreflexia, dolor en el cuadrante superior derecho y proteinuria. La mayoría de los casos postparto se resolverán espontáneamente dentro de las 48 horas; sin embargo, casi todos los casos de los casos necesitan tratamiento para prevenir el accidente



cerebrovascular y, en algunos la condición puede empeorar, con el desarrollo de edema agudo pulmonar o insuficiencia renal aguda, requiriendo el ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos. (Dulce María Pérez Martínez, 2012)

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación se lo realiza para dar a conocer la importancia de la patología del síndrome de HELLP dando a conocer las complicaciones que se pudieran presentar si el diagnóstico no se lo realiza oportunamente, utilizando distintos puntos de vista de autores y guías prácticas clínicas con el fin de tomar una mejor decisión en cuanto al manejo de esta afección por parte del personal de salud y así disminuir la morbilidad materno fetal de esta enfermedad.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar el síndrome de hellp como complicación grave de los trastornos hipertensivos en el embarazo

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Detallar el manejo adecuado y el tratamiento en pacientes con síndrome de hellp en embarazo a término
- ✓ Realizar un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones en gestante con la patología de hellp





### 1.3 DATOS GENERALES

<b>Nombres completos: xxx</b>	<b>Sexo: femenino</b>
<b>Cedula de identificación: 0923176424</b>	<b>Edad: 32</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Estado civil : Soltera</b>
<b>Nacionalidad: Ecuatoriana</b>	<b>Ocupación: ama de casa</b>
<b>Nivel de estudio: Primaria</b>	<b>Raza: mestiza</b>
<b>Dirección: Milagro</b>	<b>Religión: católica</b>
<b>Nivel sociocultural/económico: medio</b>	<b>Hospital: Dr. León becerra Camacho</b>
<b>Fecha de ingreso: 2020-02-02</b>	<b>FUM: 08-05-2019</b>

Elaborado por: Estudiante egresado de obstétrica

## II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que llega a la emergencia en compañía de su hermana para valoración por el área de emergencia presenta cuadro clínico caracterizado por cefalea de inicio en área parietal para luego convertirse en holocraneana de moderada a gran intensidad, que se acompaña a de epigastralgia tipo ardor de moderada intensidad, fotopsia, nauseas y vómitos en 4 ocasiones, la primera de contenido alimenticio y las siguientes de contenido líquido.



## HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

<b>Antecedentes patológicos personales : No refiere</b>
<b>Antecedentes patológicos familiares: no refiere</b>
<b>Antecedentes quirúrgicos: cesárea hace 10 años</b>
<b>Alergias: no refiere</b>
<b>Hábitos: no refiere</b>
<b>Antecedentes Gineco-Obstetricos</b>
<b>Menarquía: no recuerda</b>
<b>Ciclos Menstruales: regulares</b>
<b>Inicio de vida sexual: 20</b>
<b>Planificación Familiar: no</b>
<b>Parejas sexuales: 1</b>
<b>Gestas:3</b> <b>Partos : 2                                    cesáreas: 1                                    abortos : 0</b>
<b>Periodo intergenesico: 2 años</b>
<b>Fecha de la última menstruación: 08-05-2019</b>
<b>Controles prenatales del embarazo actual: 3</b>
<b>Ecografías: 1</b>
<b>Edad gestacional: 39 semanas por Ecografía y fecha de ultima menstruación 39.1 semanas</b>
<b>Papanicolaou: no</b>

**Elaborado por:** Estudiante egresado de obstétrica



## 2.2 ANAMNESIS

Paciente que llega a la emergencia en compañía de su hermana para valoración por el área de emergencia presenta cuadro clínico caracterizado por cefalea de inicio en área parietal para luego convertirse en holocraneana de moderada a gran intensidad, que se acompaña a de epigastralgia tipo ardor de moderada intensidad, fotopsia, náuseas y vómitos en 4 ocasiones, la primera de contenido alimenticio y las siguientes de contenido líquido. Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan. Presión arterial 180/100 mmhg. Frecuencia cardíaca 95 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 20 rpm. Temperatura 37 grados. Saturación de oxígeno 98 % proteinuria positiva se valora score mama dando resultado de 7, presenta ecografía obstétrica de control prenatal del 02/09/2019 que reporta embarazo de +/- 17.2 semanas, que traspolado a fecha actual da 39.1 semanas de gestación.

## 2.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Cabeza:** normocéfalo, fascies algica.
- **Mucosas:** húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** simétrico, Campos pulmonares ventilados, sin agregados. Ruidos cardiacos rítmicos
- **Abdomen:** globuloso compatible con útero gestante de 39 semanas, maniobra de Leopold feto único vivo podálico longitudinal dorso izquierdo.
- **Monitoreo fetal:** Categoría I, frecuencia cardíaca fetal 140 latidos por minutos
- **Examen obstétrico:** cérvix reblandecido, central, Dilatación 2cm Borramiento 20% membranas integra. Plano alto.
- **Extremidades:** simétricas, no edema.



Al momento del ingreso de la paciente registra un SCORE MAMA 7

CLASIFICACIÓN DEL SCORE MAMA		
Parámetro	Valores de la paciente	PUNTAJE
Presión arterial sistólica	180 mmhg	3
Presión arterial diastólica	110 mmhg	3
Frecuencia cardiaca	97	0
Frecuencia respiratoria	18	0
Temperatura	36 °C	0
Saturación de oxígeno	96 %	0
Estado de conciencia	alerta	0
Proteinuria	Positiva	1
Total		7

Elaborado por: Estudiante egresado de obstétrica

#### 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Presenta ecografía obstétrica de control prenatal del 02/09/2019
Que reporta embarazo de +/- 17.2 semanas, que traspolado a fecha de ingreso de la paciente da como resultado 39.1 semanas de gestación

Elaborado por: Estudiante egresado de obstétrica



Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso en la unidad hospitalaria

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	* 11.88 x	10 <sup>3</sup> /μL	4 - 10
NEUTROFILOS	* 77.5 %	%	40 - 70
LINFOCITOS	* 18.1	%	25 - 50
HEMATOCRITO	* 25.6	%	36 - 47
HEMOGLOBINA	* 8.30	g/dl	9.5 - 16
HEMATIES	* 3.23	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
PLAQUETAS	* 109	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
<b>BIOQUIMICA:</b>			
GLUCOSA	86.8	mg/dl	70 - 110
UREA	13.4	mg/dl	12.9 - 42.9
TGO	68	UL37G	40
TGP	65	UL37G	40
CREATININA	1.1	mg/dl	--
LDH	580	U/L	105 - 333
<b>BILIRRUBINAS</b>			
BILIRRUBINA TOTAL	* 1.23	mg/dl	0 - 1.2
BILIRRUBINA DIRECTA	* 0.34	mg/dl	0 - 0.3
BILIRRUBINA INDIRECTA	* 0.89	mg/dl	0 - 0.7



EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
<b>GASOMETRÍA</b>			
PH	7.383	--	7.2 - 7.6
PCO2	31.3	mmHg	30 - 50
PO2	165.0	mmHg	
HCO3-ACT	23	mmol/L	22 - 29
BICARBONATO	12.3	mmol/L	-----
BASE EXCESO	-10.6	mmol/L	-----
CONCENTRACIÓN BICARBONATO	15.9	mmol/L	-----
LACTATO	28	--	2.7 hasta 180.2

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
<b>SEROLOGIA</b>			
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	--	
VDRL	NEGATIVO	--	
<b>TIEMPOS</b>			
TPT	* 42.30	Seg.CentSeg	22.7 - 32
TP	15.4	Seg.CentSeg	10 - 14
<b>TIPO DE SANGRE</b>			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		

**Elaborado por:** Estudiante egresado de obstétrica



## **2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.**

Se realiza la formulación de el diagnostico tomando en cuenta el cuadro clínico de la paciente ayudándose con los datos de los exámenes de laboratorio complementarios lo que lleva a establecer el diagnostico de síndrome de HELLP

### **CONDUCTA A SEGUIR**

**(2020-02-02)** Luego de valoración de las manifestaciones clínica de la paciente y toma de signos vitales con valores elevados se decide ingreso de paciente.

- Se activa clave azul y se solicita que acuda personal de enfermería extra y de laboratorio para toma de muestras.
- Se indica canalización de vías venosa periférica.
- Impregnación: de sulfato de magnesio 4 gramos en clna 0.9 % 80 ml pasara 300 ml hora.
- Hidralazina a dosis de 5mg intravenosa.
- Colocación de sonda vesical para recolección de orina.
- Exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, TP-TTP, enzimas hepáticas, glucosa, proteinuria en 24 horas, serología.
- Score mama
- Se solicita ecografía fetal

## **2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

En pacientes obstétricas el síndrome de hellp se desarrolla como complicación de los trastornos hipertensivos por ello el bienestar materno fetal es primordial para todo el personal de salud, es por esto que se debe hacer un correcto control prenatal para encontrar factores de riesgos que sean identificados en el



desarrollo del embarazo cuando se diagnostica esta patología debe ser manejada por un equipo multidisciplinario para que la intervención sea resuelta de la mejor manera posible.

## 2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

En paciente que desarrollan síndrome de hellp , la acciones que se toman para una terminación del embarazo en un gran porcentaje se lo realiza por una intervención por cesárea porque la mayoría de estas pacientes no mejoran sus cifras tensionales a pesar de aplicarles el manejo con sulfato de magnesio sumados a otros problemas asociados como las elevadas enzimas hepáticas , sufrimiento fetal , productos transversos y podálicos lo que guía mas a tomar decisiones que mejoren el bienestar materno- fetal y disminuya la morbimortalidad.

## 2.8 SEGUIMIENTO.

Nota de ingreso	Prescripción medica
<p><b>Evolución:</b></p> <p>Paciente que llega a la emergencia presenta cuadro clínico caracterizado por cefalea de inicio en área parietal para luego convertirse en holocraneana de moderada a gran intensidad, que se acompaña a de epigastralgia tipo ardor de moderada intensidad, fotopsia, nauseas y vómitos en 4 ocasiones, la primera de contenido alimenticio y las siguientes de contenido liquido.</p> <p>Se procede a realizar la toma de signos vitales que reportan. Presión</p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se activa clave azul</li> <li>➤ Se indica canalización de vías venosa periférica.</li> <li>➤ Colocación de sonda vesical</li> <li>➤ Score mama</li> <li>➤ ecografía fetal</li> <li>➤ Exámenes de laboratorio</li> <li>➤ Perfil toxemico</li> </ul> <p><b>Medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Impregnación: de sulfato de magnesio 4 gramos en clna 0.9</li> </ul>





<p>arterial 180/100 mmhg. Frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 20 rpm. Temperatura 37grados. Saturación de oxigeno 98 % proteinuria positiva se valora score mama dando resultado de 7 por lo que se decide ingreso de paciente para tratamiento especializado.</p>	<p>% 80 ml pasara 300 ml hora.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mantenimiento: Sulfato de magnesio 10 gramos en clna 0.9% 450ml pasar intravenosa a 50 ml hora.</li><li>➤ Hidralazina a dosis de 5mg intravenosa</li></ul>
<p><b>Evolución:</b> Luego de obtener resultados de laboratorio alterados en los valores normales: hematocrito 25.6, hemoglobina 8.30 g/dl plaquetas 109 mm<sup>3</sup>/μL enzimas hepáticas elevadas TGO 50 y TGP 54 ul37g mas el reporte ecográfico que confirmaba el examen físico donde reporta producto único vivo podálico longitudinal izquierdo peso 3.300 gramos y de la persistencias de cifras tensionales elevadas se decide ingreso a quirófano a la paciente para ser intervenida por cesárea de emergencia por bienestar materno.</p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <p><b>Control de signos vitales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pase a quirófano</li></ul> <p><b>Medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ampicilina 2 gramos intravenoso STAT</li><li>➤ Continuar con tratamiento de sulfato de magnesio</li><li>➤ Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 30 gotas por minuto</li></ul>
<p><b>Evolución:</b></p> <p>Se obtiene producto único vivo de sexo masculino apgar 7-9 liquido amniótico claro peso 3330 gramos no se producen complicaciones sangrado</p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Biometría hemática</li><li>➤ Control de sangrado</li><li>➤ Valorar reflejos</li></ul>



<p>transoperatorio de 900 ml por lo que se decide realizar biometría hemática de control transoperatorio obteniendo resultados de hemoglobina de 8.2 hematocrito de 25 con plaquetas 50.000 , por esta razón se decide transfundir dos paquetes globulares . En el postquirúrgico se continuó manejo con sulfato de magnesio a 1 gramo/hora hasta completar 24 horas, Analgesia con Ketorolaco, y antibiótico profiláctico con ampicilina.</p>	<p>osteotendinosos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Score mama</li><li>➤ Control de diuresis</li></ul> <p><b>Medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas</li><li>➤ Ketorolaco 60 mg vía intravenosa cada 8 horas</li><li>➤ Continuar con el mantenimiento de sulfato de magnesio</li><li>➤ Transfusión de 2 paquetes globulares</li></ul>
<p><b>Evolución:</b></p> <p>Se valora paciente se encuentra consciente orientada, abdomen blando despreciable no doloroso a la palpación a la herida quirúrgica en buenas condiciones, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos, extremidades sin edema. En su puerperio inmediato persiste con cifras tensionales elevadas manifiesta, mareo, cefalea. Se maneja con Nifedipino 20 mg cada 8 horas, y con esteroides dexametasona 12mg vía intravenosa cada 12 horas con leve disminución de tensión arterial.</p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Control de score mama</li><li>➤ Control de diuresis</li><li>➤ Perfil toxemico</li></ul> <p><b>Medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 30 gotas por minuto</li><li>➤ Nifedipino 20 mg cada 8 horas por vía oral</li><li>➤ dexametasona por vía intravenosa 12 mg cada 12 horas</li></ul>



<p><b>SIGNOS VITALES :</b> presión arterial sistólica:140 (2) presión arterial diastólica: 98 (2) frecuencia cardiaca : 90 frecuencia respiratoria : 19 saturación de oxígeno: 98 estado de consciencia : alerta proteinuria (-) score mama : 4</p>	<p>➤ Paracetamol cada 8 horas 500 mg vía oral.</p>
<p><b>Evolución:</b> Se valora paciente se encuentra consciente orientada en tiempo y espacio, abdomen blando despreciable no doloroso a la palpación a la herida quirúrgica en buenas condiciones, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos, extremidades sin edema. La paciente durante la hospitalización permanece normotensa el perfil toxemico de control mostró los siguientes resultados Hemoglobina 12.2 g/dl, plaquetas 81.000, tiempos de coagulación normal, creatinina 0.9 mg/dl, TGO 38 U/l, TGP 32 U/l, LDH 220 U/l, bilirrubina total 1,4 mg/dl. La recolección de orina en 24 horas para clasificación, obteniendo un resultado de la proteinuria de 162 mg en 24 horas. Por lo que se decide disminuir</p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Control de score mama</li><li>➤ Analgesia y antibióticos</li><li>➤ Biometría de control</li></ul> <p><b>Medicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 30 gotas por minuto</li><li>➤ Nifedipino 10 mg cada 8 horas por vía oral</li><li>➤ Paracetamol cada 8 horas 500 mg vía oral.</li></ul>



<p>la dosis de la Nifedipina a 10 mg vía oral cada 8 horas más analgesia paracetamol cada 8 horas 500 mg vía oral.</p> <p><b>SIGNOS VITALES :</b></p> <p>presión arterial sistólica : 118 mmhg</p> <p>presión arterial diastólica : 85 mmhg</p> <p>frecuencia cardiaca : 90</p> <p>frecuencia respiratoria : 19</p> <p>saturación de oxígeno: 98</p> <p>estado de consciencia : alerta</p> <p>proteinuria (-)</p> <p>score mama : 0</p>	
<p><b>Evolución:</b></p> <p>Se valora paciente de 5 días de hospitalización, en su puerperio mediato, hemodinámicamente estable consciente orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio, abdomen blando desprezible no doloroso a la palpación a la herida quirúrgica en buenas condiciones, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos extremidades sin edema. Paciente presenta signos vitales en parámetros normales</p> <p><b>SIGNOS VITALES :</b></p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alta medica</li><li>➤ Control en 8 días en consulta externa</li><li>➤ Medicación</li><li>➤ Asesoría de signos de alarma</li><li>➤ Biometría hemática de control</li></ul> <p><b>Medicación de alta :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas</li><li>➤ Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas</li><li>➤ Amoxicilina 500 mg vía oral</li></ul>



<p>presión arterial diastólica : 84 presión arterial sistólica : 115 frecuencia cardiaca : 90 frecuencia respiratoria : 120 saturación de oxígeno: 99 % estado de consciencia : alerta proteinuria (-) score mama : 0</p> <p>Debido a que paciente presenta adecuada evolución clínica y con resultados de laboratorio en el último día de estancia intrahospitalaria, plaquetas presentaron valores 156.000 y enzimas hepáticas en rango normal, se decidió dar egreso a la madre junto al recién nacido. Se solicitó control ambulatorio para la paciente en 8 días por consulta externa con orden de hemograma completo y perfil para respectiva valoración.</p>	<p>cada 12 horas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sulfato ferroso 50 mg vía oral cada 12 horas</li></ul>
<p><b>Evolución:</b></p> <p>Durante el control a los 8 días a su egreso, la paciente se la encontró estable normotensa, con cifras tensionales de presión arterial sistólica 116 mm/Hg y presión arterial diastólica 80 mm/Hg, más otros</p>	<p><b>Medidas generales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Lactancia materna libre demanda</li><li>➤ Asesoría de signos de alarma</li><li>➤ Asesoría en dieta y ejercicio</li></ul>



<p>signos vitales en valores adecuados examen físico sin alteraciones ; la biometría de control Hemoglobina de 12.3 g/dl y Plaquetas 300.000 Teniendo en cuenta la de exámenes de laboratorios normales , la proteinuria en 24 horas menor de 300 mg/24horas y signos vitales controlados durante observación intrahospitalaria por 4 días y control postquirúrgico a la semana, se reafirma e alta a la paciente por servicio de ginecología.</p>	<p><b>Medicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas</li><li>➤ Sulfato ferroso 50 mg vía oral cada 8 horas</li></ul>
--	---

## 2.9 OBSERVACIONES

Debido que esta patología puede resultar mortal si no se maneja adecuadamente y de manera oportuna puede terminar en un desenlace desfavorable para la paciente es por eso que se ha recopilado diferentes fuentes de información con el objetivo de seguir un plan adecuado para el correcto manejo de este síndrome.

Se debe tomar en cuenta que para una mejor resolución en un mayor porcentaje se debe tener una vigilancia adecuada desde las bases es decir desde la captación de la paciente y en el respectivo control prenatal identificando los factores de riesgo y proporcionando una adecuada asesoría a paciente y medicación respectiva para disminuir el desarrollo de mayores riesgo que se puedan presentar en el desarrollo del embarazo.



### 3. CONCLUSIONES

Por medio este estudio se determina que el síndrome de HELLP, es un trastorno poco común, consecuencia de los trastornos hipertensivos del embarazo. Tomando en consideración que dichos trastornos que hacen posible el desarrollo del síndrome de hellp tienen elevada repercusión en la consulta obstétrica, para seguridad de la madre e hijo realizar un seguimiento clínico a mujeres embarazadas con este tipo de patología. (Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia).

#### 3.1 ANEXOS

##### Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	* 11.37	x 10 <sup>9</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	9.30	10 <sup>3</sup> /uL	
NEUTROFILOS %	* 81.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.02	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS %	0.2	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.22	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS %	* 10.8	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.82	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS %	7.2	%	HASTA - 12
HEMATIES	* 3.23	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	* 8.30	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	* 25.6	%	36 - 47
MCV	* 79.2	fl	80 - 98
MCH	* 25.7	pg	27 - 32
MCHC	32.5	%	31 - 36
RDW - CV	* 14.9	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.6	fl	



### Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	* 11.88	x 10 <sup>9</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.02	10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	9.20	10 <sup>3</sup> /uL	
NEUTROFILOS %	* 77.5	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.06	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS %	0.5	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	2.15	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS %	* 18.1	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.45	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS %	3.8	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.04	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	10.40	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	* 32.1	%	36 - 47
MCV	* 79.4	fL	80 - 98
MCH	* 25.7	pg	27 - 32
MCHC	32.4	%	31 - 36
RDW - CV	* 14.6	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.0	fL	
PLAQUETAS	* 109	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450

<b>BILIRRUBINAS:</b>			
BILIRRUBINA TOTAL	* 1.23	mg/dl	0 - 1.2
BILIRRUBINA DIRECTA	* 0.34	mg/dl	0 - 0.3
BILIRRUBINA INDIRECTA	* 0.89	mg/dl	0 - 0.7

### 3.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bracamonte-Peniche Jimena, L.-B. V.-C.-P.-L. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista Biomedica* , 33.

César Homero Gutiérrez-Aguirre, J. A.-R.-R.-A. (2012). Síndrome de hellp , diagnostico y tratamiento. *Revista de hematología* , 13 (4), 195.





Díaz Pérez, A., Roca Pérez, A., Oñate Díaz, G., & Castro Gil, P. (2017). Interacción dinámica de factores de riesgo epidemiológicos presentes en los trastornos hipertensivos del embarazo. *Salud uninorte* , 33 (1), 28.

Dra. Ana Catalina, s. k. (2020). Actualizacion y conceptos claves del síndrome de hellp. *revista ciencias & salud* , 4 (3).

Dulce María Pérez Martínez, \* . V. (2012). Reporte y análisis de casos del síndrome de hellp en el puerperio. *Investigacion Materno Infantil* , 4 (2), 88.

Gracia, D. P.-D. (2015). Síndrome de hellp. *Ginecol Obstet* , 1.

Herold, D. C. (2018). Síndrome de hellp. *Revista Medica Sinergia* , 3 (1), 13.

Martin JN, R. C. (2006). Understanding and managing HELLP syndrome: The integral role of. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* .

Ministerio de salud, P. (2016). Trastorno hipertensivos del embarazo. *Guia Practica Clinica* , segunda ediccion (segunda ediccion), 40,45,47.

Pablo Parra- Ramírez, M. B.-M. (2005). Diagnóstico y manejo oportuno del síndrome de Hellp. *Acta medica Costarricense* , 47 (1), 7-8.