



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Conducta Obstétrica en Gran Multípara de 38 Años con síndrome de Hellp

AUTORA

Melany Andrea Modragón Tuapanta

TUTOR

Dr. Luis Vélez

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2020



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO
Conducta Obstétrica en Gran Multípara de 38 Años



INDICE

I. RESUMEN.....	6
II. ABSTRACT	7
III. INTRODUCCION.....	8
1. MARCO TEORICO	10
1.1. DEFINICION	10
1.2. CAUSAS	11
1.3. ETIOLOGÍA	12
1.4. FISIOPATOLOGIA.....	12
1.5. DIAGNÓSTICO	16
1.6. TRATAMIENTO	18
1.7. JUSTIFICACIÓN.....	23
1.8. OBJETIVOS.....	24
1.8.1. Objetivo general.....	24
1.8.2. Objetivos específicos	24
1.9. DATOS GENERALES	25
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	26
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	26
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	27
2.3. ANAMNESIS.....	28
2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA	29
Siluetas de vista frontal del hombre. Cuerpo humano del vector	29
2.6. CONDUCTA A SEGUIR	¡Error! Marcador no definido.
2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	33
2.8. SEGUIMIENTO.....	34
3. OBSERVACIONES	37
4. CONCLUSIONES.....	39



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



I. DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por que todo se lo debo a él, aún el aire que respiro y la fortaleza que me ha regalado para que pueda encaminarme hacia una vida profesional porque así a mi Padre celestial le ha placido.

A mis padres porque ellos anhelaron de que llegue este momento de mi vida e hicieron todo lo q estaba al alcance de sus manos para ver a su hija llegar a la meta alcanzada.

A mis hermanos Fernanda, Raúl, Meybi por haber creído en mi de manera firme a pesar de los momentos difíciles

Mi esposo amado por cada apoyo brindado y su anhelo de ver a la esposa crecer profesionalmente.



II. AGRADECIMIENTO

A la misericordia de Dios ya que me ha bendecido hasta ahora regalándome la vida y llevando el control de la misma. Por eso agradezco infinitamente a mi padre celestial por haber cursado a mi lado a lo largo de mi carrera y de mis pasos para así hacerme crecer en el ámbito profesional y espiritual, aun en los momentos difíciles me ha regalado de su amor, regocijo y perdón.

A mis padres Raúl y María por llenarme de buenos consejos y apoyo diario en el transcurso de mis estudios, siempre estuvieron ahí sin negarse a nada para que yo pueda ser lo que todo padre desea " una profesional".

A mi abuelo Rafael y tío Rodolfo que partieron de esta tierra y siempre esperaron de mí lo mejor en mi carrera, hasta sus finales me llenaron de amor y consejo.

A mi esposo Omar por apoyarme en lo que sea necesario para cumplir mi meta, siempre con predisposición y amor, dado por Dios mi compañero de vida y mi complemento.

A la universidad técnica de Babahoyo por siempre tener las puertas abiertas para mi enriquecimiento académico de mi formación educativa.

A mis queridos docentes por compartir sus conocimientos diarios a lo largo de estos años.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



I. RESUMEN

La enfermedad de HELLP es una complicación de la cual aún su etiología es desconocida y se da en el embarazo, cuyas propiedades son enzimas hepáticas altas, trombocitopenia, hemólisis, en un porcentaje de 70 se muestra anterior a concluir el embarazo y un porcentaje de 30 se muestra en el postparto a lo largo de las 48 horas consecutivas. Se asocia la preeclampsia con la altura de enzimas hepáticas y coagulación alterada pero al síndrome de HELLP se lo asocia con hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

Palabras clave: Síndrome De HELLP, Preeclampsia, Hipertensión Arterial, Hemolisis, Trombocitopenia.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



II. ABSTRACT

Hellp's disease is a complication of which its etiology is still unknown and occurs in pregnancy, whose properties are high liver enzymes, thrombocytopenia, hemolysis, in a percentage of 70 it is shown before concluding the pregnancy and a percentage of 30 it shows up postpartum for 48 consecutive hours. Preeclampsia is associated with elevated liver enzymes and altered coagulation, but hellp syndrome is associated with hemolysis, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia.

Key words: HELLP syndrome, preeclampsia, arterial hypertension hemolysis, thrombocytopenia.



III. INTRODUCCION

La patología de HELLP es una de complicación que se presenta en el embarazo, cuyas características son enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia, hemólisis, en un porcentaje de 70 se presenta antes de terminar el embarazo y un porcentaje de 30 se presenta en el postparto durante las 48 horas consecutivas. (Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O., 2012)

Los altos índices de padecer esta complicación pueden darse en los embarazos que presentan preeclampsia grave. Se asocia la preeclampsia con la elevación de enzimas hepáticas y coagulación alterada pero al síndrome de HELLP se asocia con hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. (Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O., 2012)

Se debe realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar la muerte materna, teniendo su significativo valor el conocimiento de los factores de riesgo relacionados con la madre, los cuales se describen dentro del marco teórico de este trabajo. (Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O., 2012)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



Las pruebas de laboratorio son de fundamental importancia, unas reflejan anemia hemolítica microangiopática, además la proteinuria y la creatinina elevadas son hallazgos relevantes para el diagnóstico de Hellp, de acuerdo a los valores que presente la embarazada el síndrome se clasifica según la escala de Mississippi o Tennessee, esta clasificación se anotaron en el desarrollo del estudio. (Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O., 2012)

El tratamiento genera cierta controversia, autores indican que el Hellp se termina con la interrupción del embarazo dependiendo la vitalidad del feto de las semanas que curse de gestación, otros autores promueven la aplicación de esteroides, transfusión de plasma fresco, pero sin dejar de lado la estabilización de la hipertensión arterial, hidratación y prevenir las convulsiones. (Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O., 2012)



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

SINDROME DE HELLP

Según (Sciolo, 2013) los criterios diagnósticos para el síndrome de HELLP son: anemia hemolítica microangiopática (esquistocitos en frotis y LDH > 600 UI/L), altura de transaminasas (AST > 70 UI/L) y trombocitopenia (plaquetas < 100.000 mm³)³. En raras situaciones el HELLP puede tener presentaciones atípicas: inicio anterior a las 20 semanas de embarazo, ausencia de proteinuria o hipertensión, e inicio o exacerbación postparto^{2,3}. Presentamos una dama que realiza un síndrome de HELLP a las 21 semanas de embarazo, cuya presión arterial (PA) permanece en rango usual a lo largo de toda su evolución.

El significado de las siglas es:

- H = hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos)
- EL = enzimas hepáticas elevadas (función hepática)
- LP = los recuentos de plaquetas bajas (plaquetas ayudan a la coagulación de la sangre) (Pregnancy, 2015)



1.2. CAUSAS

No se ha encontrado una causa para el síndrome HELLP. Se considera una variante de la preeclampsia. Algunas veces su presencia se debe a causa de una afección subyacente como el síndrome antifosfolípidos. (MEDLINE, 2018)

Este síndrome se presenta en aproximadamente 1 a 2 de cada 1,000 embarazos. En las mujeres con preeclampsia o eclampsia, la afección se desarrolla en 10% al 20% de los embarazos. (MEDLINE, 2018)

Casi siempre, el síndrome se presenta durante el tercer trimestre del embarazo (entre la semana 26 y 40 de gestación). Algunas veces se manifiesta en la semana posterior al nacimiento del bebé. (MEDLINE, 2018)

Muchas mujeres presentan presión arterial alta y se les diagnostica preeclampsia antes de que presenten el síndrome HELLP. En algunos casos, los síntomas de HELLP son la primera advertencia de preeclampsia. La afección a veces se diagnostica erróneamente como:

- Gripe o alguna enfermedad viral
- Colecistopatía
- Hepatitis
- Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)
- Reagudización del lupus
- Púrpura trombocitopénica trombótica



1.3. ETIOLOGÍA

Diversos autores comparten que el principio del proceso de la patología es la lesión en la capa íntima endotelial, que se origina por mecanismos que aún son inciertos, sin embargo asociado a alteraciones en la placentación, complicados inmunes y a la misma hipertensión. Los componentes de los genes además desempeñan un papel importante; al parecer, ciertos genotipos maternos y fetales confieren un peligro incrementado de presentación y desarrollo del HELLP.

Este síndrome se presenta en aproximadamente uno a dos de cada mil embarazos, aunque en las mujeres con preeclampsia o eclampsia, la afección se desarrolla entre el 10% y el 20% de los embarazos.

Casi siempre, **el síndrome HELLP se presenta durante el tercer trimestre del embarazo** y algunas veces se manifiesta en la semana posterior al nacimiento del bebé.

1.4. FISIOPATOLOGIA

(Bracamonte-Peniche, (2018)) expresan que al igual que en otras microangiopatías, el más grande elemento de la perturbación en el síndrome de HELLP lo implica el mal endotelial que se lleva a cabo en esta enfermedad. Las arterias espirales, por consiguiente, no se convierten en canales



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



vasculares de monumental capacitancia, sino que se mantienen estrechas, lo cual resulta en una disminución en el flujo placentario. La isquemia placentaria conlleva a la activación y a la disfunción del endotelio vascular materno, dando como resultado un crecimiento de la producción de endotelina y tromboxano, un crecimiento de la sensibilidad vascular a la angiotensina II y la baja formación de agentes vasodilatadores (óxido nítrico y prostaciclina). Cada una de estas alteraciones ocasionan un crecimiento de las resistencias vasculares, más grande agregabilidad plaquetaria, activación del sistema de coagulación y disfunción endotelial, que se traducen en los indicios y signos de la patología.

Hemólisis El decrecimiento inmediata del número de eritrocitos a lo largo de la presentación del síndrome HELLP se estima resultado del mal celular debido al depósito de fibrina creado por injuria endotelial con subsecuente separación de los glóbulos rojos por contacto con el sector dañada. Este descubrimiento especial es consistente con la anemia hemolítica microangiopática. **Altura de enzimas hepáticas** En la lesión histológica que se asocia con el síndrome de HELLP está necrosis del parénquima periportal con depósitos de fibrina en el espacio sinusoidal, que podría ser responsable de la altura de las enzimas hepáticas. La altura de las enzimas hepáticas puede reflejar el proceso hemolítico y la afectación hepática. La hemólisis ayuda sustancialmente a los niveles altos de lactato deshidrogenasa (LDH), en lo que los niveles mejorados de aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT) se tienen que primordialmente a la lesión hepática. **Bajo recuento plaquetario** El decrecimiento del recuento de plaquetas en el síndrome HELLP se debería a



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



su más grande consumo. La trombocitopenia es la causa primordial y temprana de variación de la coagulación en el síndrome HELLP.

A nivel mundial se estima que el síndrome HELLP afecta del 0,1% al 0,9% de los embarazos, así como del 10% al 20% de los embarazos con preeclampsia grave y 50% de los casos de eclampsia. Esta complicación tiene un elevado índice de mortalidad, encontrándose entre 1 a 24% en la madre y 7 a 34% en el feto.

En América Latina, 27.6% de las mujeres con eclampsia presenta síndrome de HELLP, con un índice de mortalidad del 14%.

En México, las defunciones maternas por hemorragia obstétrica durante el período 2002-2017 presentan una tendencia hacia la baja con ligeros repuntes. Esta disminución en la incidencia se observa mejor a partir del año 2011. Durante el 2015 se registraron 106 defunciones con una razón de mortalidad materna (RMM) de 4.8 defunciones por 100,000 nacidos vivos. Los datos de 2016-2017 son preliminares de la plataforma de Dirección general de Epidemiología, registrándose 96 y 108 defunciones respectivamente en los últimos dos años.

Respecto al síndrome de HELLP, la incidencia varía de 3.8 a 10% en mujeres con preeclampsia-eclampsia. En el anteparto se presenta en 69%, y en el postparto, 31%. El 80% de los casos ocurre entre la 26 y 37 semana de gestación.



Diversos autores comparten que el principio del proceso de la patología es la lesión en la capa íntima endotelial, que se origina por mecanismos que aún son inciertos, sin embargo asociado a alteraciones en la placentación, complicados inmunes y a la misma hipertensión. Los componentes de los genes además desempeñan un papel importante; al parecer, ciertos genotipos maternos y fetales confieren un peligro incrementado de presentación y desarrollo del HELLP.

1.5. SIGNOS Y SINTOMAS

Con frecuencia, las pacientes con síndrome de HELLP desarrollan posteriormente hipertensión inducida por el embarazo, o se espera que se tornen preeclámpticas. Hasta el 8% de los casos se presentan después del parto.

Los síntomas que se presentan de forma típica son cefalea (30%), visión borrosa (90%), náuseas y vómito 30%, dolor epigástrico 65% y parestesias. Puede presentarse edema y su ausencia no descarta el síndrome de HELLP. La hipertensión es frecuente, aunque no es condición para el diagnóstico ya que un 20% se presentan con tensión arterial normal. Puede ocurrir ruptura de la cápsula hepática con hematoma hepática secundaria. Si las pacientes presentan convulsiones o coma, la enfermedad progresa a eclampsia.



La coagulación intravascular diseminada es observada en aproximadamente el 20% de todos los casos de HELLP,² y el 84% cuando se complica con insuficiencia renal aguda.³

La anemia suele ser del tipo hemolítico microangiopático y no autoinmune (Coombs negativo).

Las pacientes en estado temprano de síndrome de HELLP pueden ser diagnosticadas erróneamente, incrementando el riesgo de insuficiencia hepática y morbilidad.⁴ Raramente, en pacientes postcesárea pueden presentar choque simulando embolismo pulmonar o hemorragia reactiva.

1.5. DIAGNÓSTICO

(Bracamonte-Peniche, (2018)) señala que el diagnóstico del síndrome de HELLP se identifica comúnmente en pacientes que muestran preeclampsia severa (34), sin embargo se fundamenta en el reconocimiento de fronteras de laboratorio particulares; hemólisis, enzimas hepáticas altas y trombocitopenia. Las pruebas de laboratorio son relevantes para el diagnóstico del síndrome, y constantemente tienen que solicitarse en casos de preeclampsia, eclampsia y en féminas embarazadas con dolor en el cuadrante preeminente derecho del vientre. Hay 2 sistemas de categorización para el diagnóstico del síndrome de HELLP. La categorización de Tennessee define al síndrome de HELLP como completo o verdadero si permanecen presentes los 3 criterios siguientes: Disfunción hepática con AST superior a 70 UI/L. Prueba de hemólisis con un



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



extendido de sangre periférica anormal, además de enzimas DHL más grandes de 600 UI/L. Dichos tienen la posibilidad de ser: Síndrome de ELLP (no muestra hemólisis), El (sólo muestra crecimiento de enzimas hepáticas), HEL (hemólisis asociado con crecimiento de enzimas hepáticas) y LP (bajo conteo plaquetario), las cuales tienen la posibilidad de progresar hacia una variante completa empeorando el pronóstico.

(BERRÍOS, 2015) Se diagnostica la preeclampsia cuando en una dama preñada nace repentinamente una altura de la presión arterial en 2 lecturas separadas tomadas por lo menos 6 horas aparte, de 140/90 mmHg o más y un grado de proteína en la orina de 300 mg o más. Una altura de la presión arterial de 30 mmHg del costo sistólico y de 15 mmHg del costo diastólico, aun cuando no llegue al requerimiento de 140/90, es considerado de trascendencia aun cuando por el momento no se estima diagnóstico. Originalmente se consideraba que el edema, en especial de las manos y cara eran signos de trascendencia diagnóstica de la preeclampsia, sin embargo la práctica médica presente solo la hipertensión y la proteinuria son requeridos para el diagnóstico. Pese a ello, los edemas inusuales, principalmente en manos, pies o cara, notables dejando una indentación al ejercer presión en el área en cuestión, debe ser considerado importante. Varias madres con preeclampsia poseen una particular tendencia a la adición plaquetaria y a altos niveles de serotonina séricos. Aunque la eclampsia y el síndrome de Hellp son potencialmente letal, la preeclampsia frecuente ser asintomática, por ello su detección es dependiente de los signos investigados, cada



símbolo debería ser considerado fundamental y no menospreciado. El dolor epigástrico, el cual refleja un trastorno hepático, y es característico del síndrome HELLP, puede ser de forma sencilla confundido con acidez, un problema bastante común en el embarazo. Por lo general, ninguno de los signos de la preeclampsia son específicos, inclusive las convulsiones en el embarazo son muchas veces causadas por otros trastornos y no por la eclampsia. En varias damas nace una altura de la presión arterial sin la proteinuria, situación que lleva el nombre de hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional. Tanto la preeclampsia como la hipertensión gestacional son condiciones serias que necesitan monitoreo tanto del feto como de la mamá.

1.6. TRATAMIENTO

La Hidralacina o Dihidrohidalacina es el medicamento de elección para llevar la tensión arterial hasta niveles adecuados siempre que se encuentre hipertensión, el Magnesio es la droga de elección para prevenir y controlar las convulsiones en caso de que aparezcan además de Coadyuvar al tratamiento hipotensor. El uso de líquidos debe ser restringido y administrarse según las necesidades por el peligro de insuficiencia renal que muchos de estos casos desarrollan. Los hemoderivados solo se justifican en caso de ser necesarios y requieren plasma fresco congelados, concentrado de plaquetas y en algunos casos administración de albúmina sérica al 20 %. Se reporta el uso de



esteroides cada 12 horas (Dexametasona o Betametasona), a dosis de 12 mg cada 12 horas con preferencia la Betametasona por vía intramuscular, esto conduce a un decrecimiento de los niveles de Fosfatasa Alcalina cerca de un 10 % diariamente y aumento del recuento plaquetario, reducción de LDH y TGO. En este tipo de paciente se ha podido observar un de crecimiento de los niveles de calcio sérico por lo que el aporte de al menos 1g de calcio oral o intravenoso está justificado. Otra terapéutica coadyuvante guarda relación con la magnitud delas complicaciones, como hemos expresado anterior mente muchos de estos pacientes presentan cuadros de insuficiencia renal por lo que la diálisis precoz estaría indicada. Otro acápite importante lo constituirá la utilización del Recambio Plasmático (RP) y/o Plasmaféresis (PF) términos estos muy afines, pero que no son parte de un mismo proceder, aunque pueden perseguir el mismo objetivo. El primero se tratan de la simple extracción del plasma sino de la sustitución de este. (BERRÍOS, 2015)

El tratamiento puede incluir:

- Reposo en cama, ya sea en casa o en un hospital.
- Transfusiones de sangre para tratar anemia grave y conteo bajo de plaquetas.
- Medicamentos para prevenir convulsiones.
- Medicamentos para bajar la presión arterial.
- Hospitalización con monitoreo fetal.



1.7. COMPLICACIONES DEL SÍNDROME DE HELLP

Los resultados son a menudo buenos si el problema se diagnostica de manera temprana, por ello se recuerda la importancia de tener revisiones prenatales regulares y de no dejar pasar los síntomas descritos.

Cuando la enfermedad no se trata oportunamente, hasta una de cada cuatro mujeres afectadas presenta complicaciones serias y sin tratamiento, un pequeño número de mujeres muere. La tasa de mortalidad entre bebés nacidos de madres con síndrome HELLP depende del peso al nacer y del desarrollo de los órganos del bebé, especialmente de los pulmones, ya que muchos bebés nacen de manera prematura.

Entre las complicaciones del síndrome de HELLP se encuentran: edema pulmonar, insuficiencia renal, insuficiencia y hemorragia del hígado y separación de la placenta de la pared uterina (desprendimiento prematuro de placenta). En algunos casos graves (como si se da coagulación intravascular diseminada o CID, un trastorno en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven demasiado activas), sí se debería terminar la gestación independientemente del tiempo de embarazo.

No obstante, en general el diagnóstico del síndrome de HELLP no supone una cesárea de urgencia, decisión que podría ser peligrosa para la madre o para el feto. Hay que valorar cada caso particularmente.



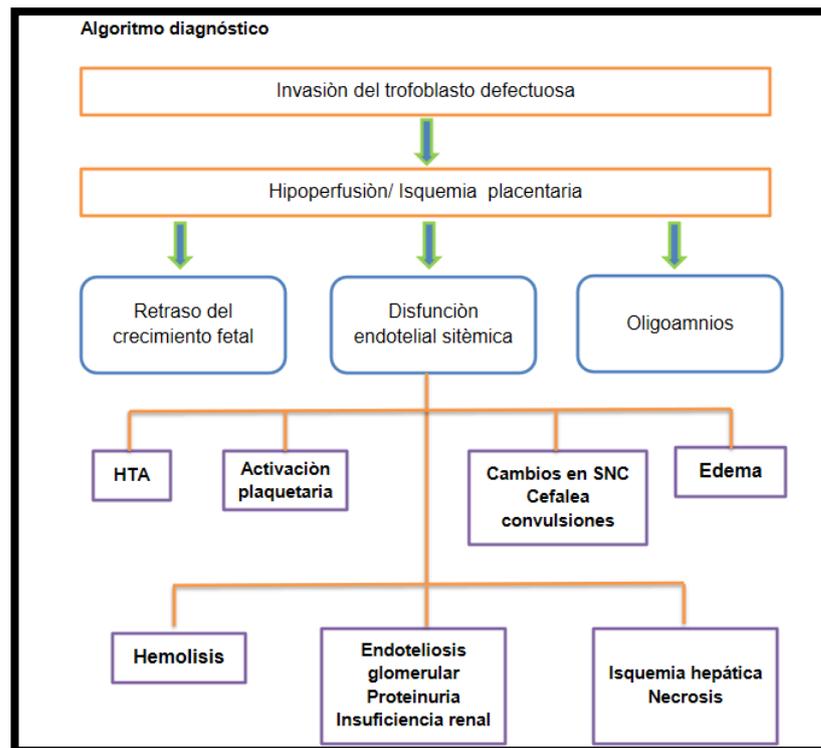
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA**



Repetimos que lo importante es realizar las revisiones durante el embarazo y no dejar pasar los síntomas sospechosos, de este modo un posible caso de síndrome HELLP durante el embarazo, que son poco frecuentes, será diagnosticado a tiempo y controlado sin que revista consecuencias graves.



Algoritmo Diagnóstico:





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



1.8. JUSTIFICACIÓN

Basada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, Meta 3.1 menciona que de aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, el presente trabajo se realizó con el fin de dar a conocer el tratamiento adecuado en la patología de síndrome de HELLP, también se basa en las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Ecuador, dado que un diagnóstico a tiempo, permite realizar un buen abordaje y manejo del Síndrome de Hellp, debe ser de vital importancia que todo el personal de médico de primer nivel en especial se mantengan al día en cuanto a las actualizaciones de protocolos de manejo de dichas patologías, y así evitar las muerte materna.



1.9. OBJETIVOS

1.9.1. Objetivo general

- Dar a conocer la conducta obstétrica a seguir en paciente embarazadas con síndrome de hellp.

1.9.2. Objetivos específicos

- Obtener conocimientos científicos a través del análisis de bibliografía confiable sobre el manejo de síndrome de hellp
- Incentivar a los obstetraz a mantenerse actualizados en conocimientos de protocolos de manejo en diversas pataologías.



1.10. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: XXXXXXXXXXXX	Edad: 38 años
Fecha de nacimiento: 06/05/1992	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Barrio Lindo	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Martín Icaza
Fecha de ingreso: 17/03/2020	FUM: 11/06/2019

Elaborado por: Melany Modragón

Fuente: Historia Clínica de la Paciente



2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 38 años de edad que cursa embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última menstruación (11/06/2019), antecedentes obstétricos: gestas 5, partos 3, cesárea 1, aborto 1, período intergenésico 3 años (cesárea), antecedentes patológicos personales diabetes gestacional acude autoreferida a emergencia por presentar cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar, náuseas, vomitos, cefalea, alteraciones visuales, malestar generalizado, a la ecografía, producto único vivo, longitudinal, podálico, FCF 138 latidos por minuto, dolor tipo contracción 3 en 10 minutos, se evidencia pérdida de tapón mucoso por canal vaginal, diuresis normal, score mama .



2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere
Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	13 años
Ciclos Menstruales:	30 X 3 días
Inicio de vida sexual:	17 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas:	5
Partos:	3
Cesáreas:	1
Abortos:	1
PIG:	3 Años
FUM:	11/06/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	1
Ecografías:	2
Edad gestacional:	39 semanas por FUM y 38 por eco
Papanicolaou:	Ninguno



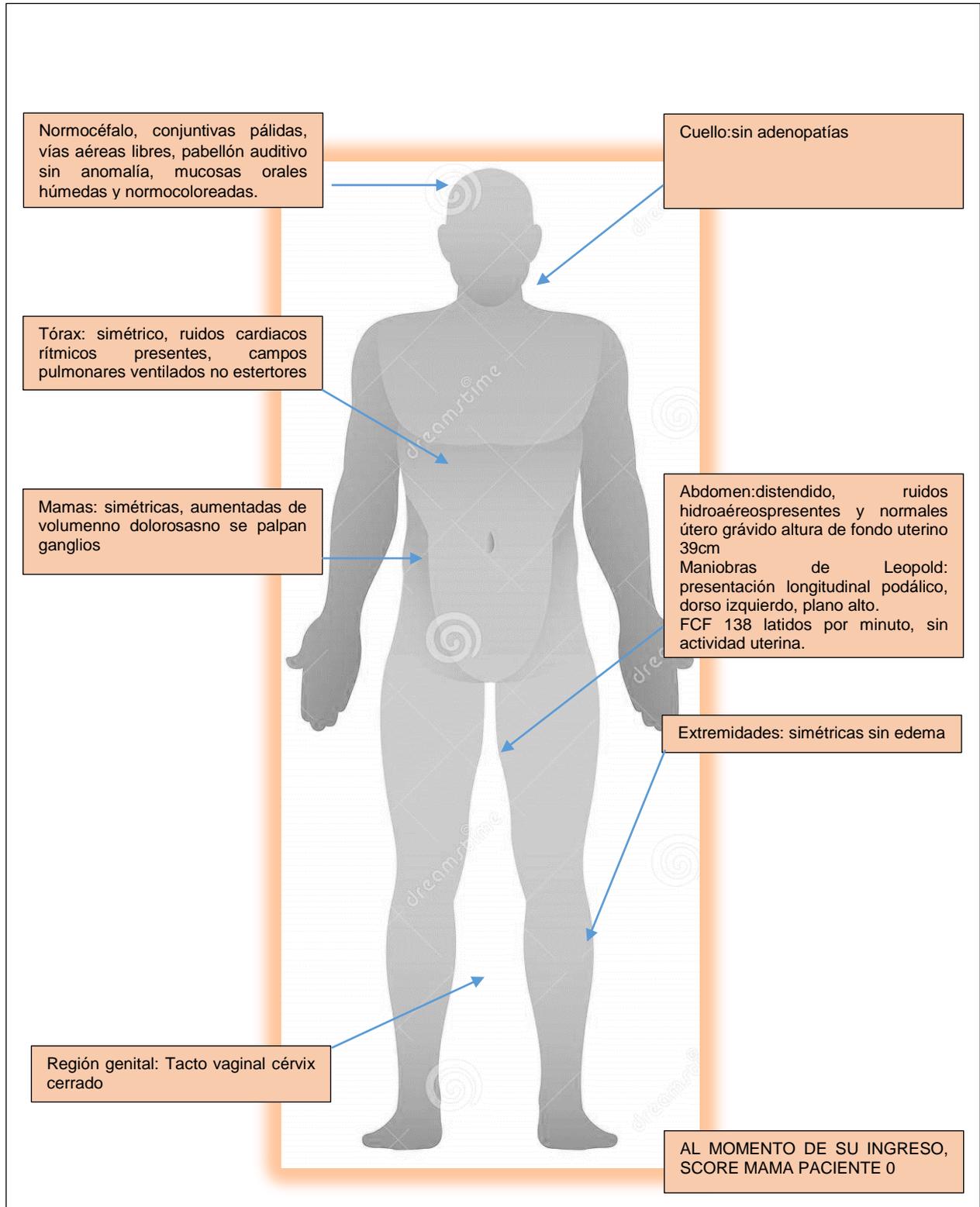
Elaborado por: Melany Modragón

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.3. ANAMNESIS

Paciente de 38 años de edad que cursa embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última menstruación (11/06/2019), antecedentes obstétricos: gestas 5, partos 3, cesárea 1, aborto 1, período intergenésico 3 años (cesárea), antecedentes patológicos personales diabetes gestacional acude autoreferida a emergencia por presentar cuadro clínico de 8 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar, náuseas, vomitos, cefalea, alteraciones visuales, malestar generalizado, a la ecografía, producto único vivo, longitudinal, podálico, FCF 138 latidos por minuto, dolor tipo contracción 3 en 10 minutos, se evidencia pérdida de tapón mucoso por canal vaginal, diuresis normal, score mama .

2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA



Siluetas de vista frontal del hombre. Cuerpo humano del vector (Dreamstime, 2020)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



CLASIFICACION SCORE MAMA	VALORES DE LA PACIENTE
SISTOLE	160 mmHG
DIASTOLE	110 mmHG
FRECUENCIA CARDIACA	102
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 POR MINUTO
TEMPERATURA	36 ° C
SATURACION DE OXIGENO	96%
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA
PROTEINURIA	(+)

Elaborado por: Melany Modragón

Fuente: Historia Clínica de la Paciente



2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Examen	Resultado	Rango referencial
Hemoglobina	9.9 g/dl	11 - 15
Hematocrito	32.7 %	37 - 47
Neutrófilo	79.4%	50 - 70
Linfocitos	16.2%	20 - 40
Urea	31.9 mg/dl	15 - 40
TP	10.7 seg	10 - 14
TTP	29.9 seg	30 - 40
Grupo sanguíneo:	ORh +	

Elaborado por: Melany Modragón

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Los signos o indicios del síndrome de HELLP tienen la posibilidad de confundirse con otras patologías, éstas poseen distinto procedimiento y pronóstico, por lo cual debería hacerse una cuidadosa evaluación diagnóstica para eludir un error clínico o diagnóstico tardío que logren agravar el pronóstico materno y perinatal (1,31). En medio de las patologías con las que se puede confundir se integran: El hígado graso agudo del embarazo, púrpura trombótica trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico, lupus sistémico, síndrome antifosfolípido y ciertos procesos infecciosos del hígado y vías biliares tales podrían ser hepatitis y colangitis



2.6. CONDUCTA A SEGUIR

Paciente de 38 años con embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última menstruación, que acude a consulta por emergencia autoreferida, presentando cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil que se irradia en región lumbar, se realiza valoración Gineco Obstétrica y se decide ingreso de paciente para mantener controlada su hemodinamia, con la siguiente indicación:

- Control de signos vitales
- Rastreo ecográfico
- Exámenes de laboratorio: hemograma completo, tp, tpt, plaquetas, tgo, tgp, glucosa en ayunas,
- Control de diuresis
- Dieta hipocalórica, hiposódica, hipograsa
- Cloruro de sodio al 0.9 % en 500 mL, 100 mL/hora por bomba de infusión.
- Ampicilina 2 gramos iv stat.



2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

A lo largo de la gestación en pacientes multíparas jóvenes o añosas hay más grande peligro de exponer trastornos hipertensivos lo cual desencadenan muchas complicaciones dentro de ellas poseemos el síndrome de Hellp este genera incremento de las enzimas hepáticas, presencia de creatinina en la orina una vez que ya hay fallo renal, hemolisis, trombocitopenia, por consiguiente si estamos frente a un cuadro así debemos continuar la condicha conducta para evadir heridas posteriores a los órganos blandos ya que dichos van a tener un déficit de flujo sanguíneo. El uso de esteroides es controvertido. No está demostrado que mejoren las enzimas hepáticas ni el pronóstico final; en cambio, han demostrado utilidad para aumentar el número de plaquetas y reducir la estancia hospitalaria. Por ello permanecen designados para incrementar el número de plaquetas anterior a la interrupción y reducir de esta forma el peligro de sangrado en el puerperio en pacientes con trombocitopenia grave. La transfusión de plaquetas está indicada previa al parto en la situación de que el número de estas sea inferior a 20,000, y anteriormente a la cesárea para cifras inferiores a 50,000. La utilización de plasmaféresis es además controvertido, empero parece eficaz en pacientes con crecimiento de la bilirrubina o la creatinina y trombocitopenia grave 72horas desde el parto. La vía de interrupción de la gestación se



decidirá en funcionalidad de la situación clínica de la mamá y de la urgencia que sea estricta. Comúnmente a las 48 horas de la interrupción del embarazo se genera una mejoría de los niveles plaquetarios y de las enzimas hepáticas.

2.8. SEGUIMIENTO.

Al ingreso de la paciente se realiza seguimiento para determinar la evolución si es o no favorable, medidas a seguir incluye:

- Cuidados de enfermería,
- Monitorización continua,
- Control de ingesta y excreta,
- Posición semifowler,
- Cambio de posición cada 4 horas,
- Control de glicemias,
- Aseo bucal,
- Curva térmica,
- Sonda vesical y cuidados y diuresis horaria.
- Hospitalización: 1er día;
- Control de signos vitales,
- Monitoreo fetal electrónico,
- Exámenes complementarios y
- Culminación del embarazo por cesàrea,



- Se administra dosis de impregnación y dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio.

Hospitalización: 2do día;

- Se solicita biometría de control paciente presenta disminución de glóbulos rojos, plaquetopenia.
- Se le continúa administrando sulfato de magnesio 1gramo hora,
- Paracetamol 1gramo cada 8 horas via oral,
- Metoclopramida 10mg cada 12horas,
- Tramadol100mg cada 8horas.

Hospitalización: 3er día;

- Paciente pasa a unidad de cuidados intensivos (uci) debido a que no respondía tratamiento se le suministró oxígeno por bigotera por evidencia de retención de co2 en gasometría arterial previa,
- Se transfunden hemoderivados,
- Se difiere uso de esteroides por plaquetopenia al momento 129.000,
- Se administra electrolitos,
- Omeprazol 40mg diario parenteral,
- Piperazilina mas tazobactam 4,5gramos.

Hospitalización: 4to y 5to días;



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



- Paciente con evolución favorable se mantuvo con monitorización continua, antibioticoterapia,
- Protección gástrica y transfusión de hemoderivados.
- Se da de alta en UCI y la paciente pasa a la sala de ginecología.

La paciente paso a sala de parto con parámetros completos y signos vitales normales y bajo normas e asepsia y antisepsia se obtuvo un Recién Nacido (RN) masculino de 39 semanas por capurro, llanto inmediato, APGAR 8-9, peso 3500 gr; estable, el proceso se llevó acaba sin ninguna complicación. Se prescribo como Tratamiento, Cloruro de sodio 0,9% de 1000cc a 30 gotas por minutos, Oxitócina 10 IM stad, Paracetamol 1g VO cada 8 horas. Fue dada de alta al 9nodíaposparto, se instauro tratamiento farmacológico domiciliario, descrito a continuación: Paracetamol 1g VO c8h por 5días. Nifedipino 10 mg cada 8horas por 10 dias. Levornogestrel 0.03mg oral diario por 1mes En los controles posteriores por consulta externa.



3. OBSERVACIONES

El pronóstico de los embarazos complicados por el síndrome HELLP depende del diagnóstico precoz y del ajuste terapéutico matinal.

La universalidad de las pacientes recupera su vivido basal de vitalidad, normalizando su representación renal, de igual modo sus utilidades de AST y DHL en el curso de al menos 5 días, a pesar de rápidamente más tarde del nacimiento los recuentos maternos de plaquetas continúan disminuyendo con una tendencia creciente hasta el tercer día, por otra parte, se ha identificado una notable traza de enfermedades psiquiátricas, como el estrés y ansiedad en casi un tercio de las mujeres con síndrome de HELLP en relación con largas estadías hospitalarias y la pérdida de neonatos.

Algunos pacientes con el síndrome HELLP, especialmente aquellos con DIC (coagulación intravascular diseminada), pueden imputar un veredicto retrasado o igualmente un deterioro en el plazo posparto, incluso, se ha identificado una incidencia de hasta 33% de hipertensión última al síndrome de HELLP.

Se cree que el peligro de recurrencia del síndrome de HELLP es del 3 al 27%. sin embargo, en mujeres con una historia previa de este síndrome conlleva un mayor daño de al menos 20% (rango 5-52%) que alguna forma de hipertensión gestacional se repita en gestaciones posteriores.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA**



La mortalidad materna varía entre 1 y 24%, lo que puede deberse a trastornos de la coagulación, complicaciones hemorrágicas, cardiopulmonares, del sistema paranoia decisivo, trastornos hepáticos y gastrointestinales.



4. CONCLUSIONES

De acuerdo a este estudio realizado , se concluye que el síndrome de HELLP no es común , derivándose como consecuencia inminente de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Observando que este tipo de trastorno tiene mucha incidencia en la consulta obstétrica para seguridad de la madre e hijo es imperativo tomar más seriamente a consideración los síntomas del síndrome de HELLP en todo seguimiento clínico a mujeres embarazadas con este tipo de trastornos.

Los resultados son a menudo buenos si el problema se diagnostica temprano. Es muy importante tener revisiones prenatales regulares. También debe hacerle saber a su proveedor de inmediato si tiene síntomas de esta afección.

Cuando la enfermedad no se trata oportunamente, hasta 1 de cada 4 mujeres afectadas presenta complicaciones serias. Sin tratamiento, un pequeño número de mujeres muere.

La tasa de mortalidad entre bebés nacidos de madres con síndrome HELLP depende del peso al nacer y del desarrollo de los órganos del bebé, especialmente de los pulmones. Muchos bebés nacen de manera prematura (antes de las 37 semanas del embarazo).

El síndrome HELLP puede retornar hasta en 1 de cada 4 embarazos futuros.



5. BIBLIOGRAFÍA

1. BERRÍOS, M. (2015). SINDROME DE HELLP EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA. GUATEMALA. Obtenido de <http://www.repositorio.usac.edu.gt/4408/1/TESIS%20MELVIN%20OMAR%20BERR%C3%8DOS%20ESTRADA.pdf>
2. Bracamonte-Peniche, J. L.-B.-C.-P.-L.-D. ((2018)). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *BIOMÉDICA*, 29(2). Obtenido de <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i2.612>
3. Cruz Hernández, Jeddú, Hernández García, Pilar, Yanes Quesada, Marelys, Rimbao Torres, Gertrudys, Lang Prieto, Jacinto, & Márquez Guillén, Antonio. (JULIO de 2008). Macrosomía neonatal en el embarazo complicado con diabetes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300006&lng=es&tlng=es.
4. Dreamstime. (2020). Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector . *Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector* . Obtenido de <https://es.dreamstime.com/siluetas-de-vista-frontal-y-posterior-del-hombre-cuerpo-humano-vector-image156621965>
5. Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O,. (2012). Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol Mex*.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA



Obtenido de Rev Hematol Mex:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2012/re124h.pdf>

6. MEDLINE, P. (2018). SINDROME HELLP. Obtenido de

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000890.htm>

7. Scielo. (2013). Síndrome de HELLP normotensivo: caso clínico. *Scielo*.

Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

98872013001100015