



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA DR. WITREMUNDO TORREALBA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**SEGUIMIENTO PUERPERAL DE PACIENTES CON SINDROME HELLP,  
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – SEPTIEMBRE 2015**

**Maracay, Noviembre 2015**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA DR. WITREMUNDO TORREALBA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**SEGUIMIENTO PUERPERAL DE PACIENTES CON SINDROME HELLP,  
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – SEPTIEMBRE 2015**

**Maracay, Noviembre 2015**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA DR. WITREMUNDO TORREALBA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**SEGUIMIENTO PUERPERAL DE PACIENTES CON SINDROME HELLP,  
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – SEPTIEMBRE 2015**  
Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Tutora:** Dra. Nepi Daniela

**Autora:** Dra. Schuler Suzanne

**Maracay, Noviembre 2015**



**ACTA DE DISCUSIÓN**  
**TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN**

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

**"SEGUIMIENTO PUERPERALDE PACIENTES CON SINDROME HELLP,  
 HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – SEPTIEMBRE 2015"**

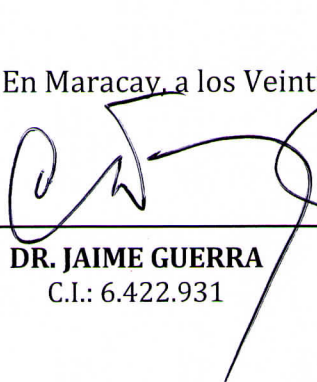
Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA** por la aspirante:

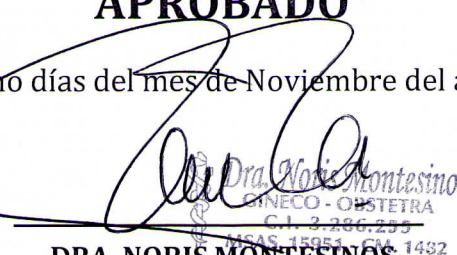
**SUZANNE ROSE SCHULER VELÁSQUEZ**  
 C.I. 17.790.359

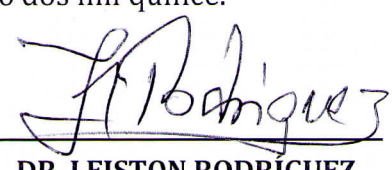
Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

**APROBADO**

En Maracay, a los Veintiocho días del mes de Noviembre del año dos mil quince.

  
 DR. JAIME GUERRA  
 C.I.: 6.422.931

  
 DRA. NORIS MONTESINO  
 C.I.: 3.286.255

  
 DR. LEISTON RODRÍGUEZ  
 C.I.: 3.953.306

*"Democracia y Autonomía, garantía de presente y futuro Universitario"*  
 Final Av. Leonardo Ruiz Pineda - La Morita - Edo. Aragua



## **SEGUIMIENTO PUERPERAL DE PACIENTES CON SINDROME HELLP, HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO – SEPTIEMBRE 2015**

**Autora: Dra. Schuler Suzanne.**

### **Resumen**

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. La hipertensión arterial puede estar presente antes o durante el embarazo o el postparto. El espectro clínico de la enfermedad varía desde síntomas clínicos de mínima significancia hasta el desarrollo de falla orgánica múltiple. La presencia de Síndrome Hellp aumenta las complicaciones médicas; reportándose la mortalidad materna asociada de 1-24%. El propósito de este estudio estuvo orientado a analizar el seguimiento puerperal de pacientes con Síndrome Hellp, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central De Maracay, Enero – Septiembre 2015. Se realizó bajo concepto de estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo; utilizando fichas como instrumento para recolección de datos de las pacientes en estudio, revisión de resumen de egreso del servicio, y posterior seguimiento con valoración clínica y paraclínica periódica. Los resultados demuestran que el Síndrome Hellp se presenta principalmente como complicación en pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Grave, y en primigestas juveniles. Al egreso las pacientes presentaron cifras tensionales controladas y parámetros de laboratorios con tendencia a la normalización. En el seguimiento puerperal, se determinó la ausencia de complicaciones en 87% de los casos; y se hizo diagnóstico de Hipertensión Crónica en paciente que cumplió control a las 12 semanas postparto. Por lo tanto, es pertinente proponer jornadas de actualización en el manejo de estas pacientes; así como, la creación de una consulta postnatal dirigida a pacientes con patologías obstétricas graves.

**Palabras claves:** Hipertensión Arterial, Embarazo, Seguimiento, Síndrome Hellp.

### **Abstracts**

#### **PUERPERAL MONITORING OF PATIENTS WITH SYNDROME HELLP, Maracay Central Hospital JANUARY - SEPTEMBER 2015**

Hypertensive disorders of pregnancy are a major cause of maternal morbidity and mortality. Hypertension may be present before or during pregnancy or postpartum. The clinical spectrum of the disease varies from minimal clinical symptoms of significance to the development of multiple organ failure. The presence of HELLP syndrome increases medical complications; being reported maternal mortality associated 1-24%. The purpose of this study was aimed to analyze the follow-up of patients with postpartum HELLP syndrome, treated at the Department of Obstetrics and Gynecology Central Hospital of Maracay, from January to September 2015 was conducted under the concept of descriptive, longitudinal, prospective study; using records as an instrument for data collection in study patients, reviewing service discharge summary and follow-up with periodic clinical and paraclinical assessment. The results show that HELLP syndrome occurs primarily as a complication in patients diagnosed with Severe Preeclampsia, and primigravid juveniles. At discharge the patients had controlled blood pressure readings and laboratory parameters with a trend towards normalization. In the postpartum follow-up, no complications in 87% of cases were found; and diagnosis of chronic hypertension in patients who turned control 12 weeks postpartum was made. Therefore, it is appropriate to propose sessions of renewal in the management of these patients; as well as creating a postnatal consultation to patients with severe obstetric pathologies.

**Keywords:** Hypertension, Pregnancy Tracking, HELLP syndrome.

## **INTRODUCCIÓN**

La Hipertensión Arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en el mundo, y va en aumento. Según el Séptimo Informe del Joint National Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, aproximadamente 50 millones de personas en los Estados Unidos y 1 billón en todo el mundo, la padece.(1)

Se asocia a tasas de morbi-mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública.(1)

A lo largo de la historia la Hipertensión Arterial y el embarazo han constituido una continua preocupación. Los trastornos hipertensivos se encuentran entre las complicaciones médicas más comunes del embarazo, con una incidencia reportada entre 5 y 10% de todas las embarazadas.(2)

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), en todo el mundo, cada año más de 4.000.000 de mujeres desarrollarán Preeclampsia, cerca de 100.000 presentarán Eclampsia y más del 90% de esos casos ocurrirán en países en desarrollo.(3)

López-Jaramillo y col., reconocen que la mortalidad por Hipertensión Arterial inducida por el embarazo en Estados Unidos y Europa es de 10 por 100.000 nacidos vivos. En Latinoamérica y África, se estima 220 y 430 por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente.(4)

En Venezuela, la incidencia de Hipertensión Arterial inducida por el embarazo es de 1,5 a 6,5%. Para el año 2005, según la Organización Panamericana de la Salud, Venezuela experimentó una tasa de mortalidad materna de 59,9 fallecidos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, y el 28,6% fue representado por los trastornos hipertensivos del embarazo, correspondiendo a la primera causa de muerte materna a nivel nacional.(5)

En el Estado Aragua, según cifras reportadas por el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay para el año 2012, se registraron: 843 pacientes con hipertensión asociada al embarazo; de las cuales, 301 correspondieron a Preeclampsia leve, 316 Preeclampsia Grave, 194 Eclampsia, y 32 a Síndrome Hellp.

La etiología de las complicaciones hipertensivas aún no está del todo clara, pero se sugiere que tiene una base genética e inmunológica que causa un trastorno multisistémico con cambios vasculares y hemodinámicos en los que participan mediadores de la inflamación humoral y celular, a los que se agregan las características propias del embarazo.(6)

Los trastornos hipertensivos durante la gestación han sido objeto de varios sistemas de clasificación.

Por su parte, en Venezuela, en un esfuerzo conjunto entre el Ministerio del Poder Popular para Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se creó un documento, como parte de protocolos de atención médica, con el fin de servir de guía de consulta, con normas aprobadas a nivel mundial y nacional.(7)

En este sentido, el protocolo de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia en su primera edición año 2014, describe: Hipertensión asociada al embarazo: Preeclampsia-eclampsia: Preeclampsia leve, Preeclampsia grave o Eclampsia; Preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica: Preeclampsia leve, Preeclampsia grave o Eclampsia; e Hipertensión de la gestación: Hipertensión transitoria: si la presión arterial se normaliza a las 12 semanas postparto, o Hipertensión crónica: si la presión arterial no se normaliza a las 12 semanas postparto.(7)

Ahora bien, la hipertensión, considerando cualquiera de sus formas clínicas, es el problema médico más común que afecta a la mujer embarazada. Constituye el principal motivo de ingreso obstétrico, por lo que su detección precoz y adecuado tratamiento son mandatorios para evitar complicaciones graves, como ser lesiones retinianas, cerebrales, renales, cardíacas, hematológicas o hepáticas.(2)

Así, considerándose como una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, surge el Síndrome Hellp, observado principalmente en pacientes con preeclampsia grave y eclampsia; sin embargo, también diagnosticado en pacientes con preeclampsia sobreagregada y en mujeres con hipertensión gestacional.(8)

Las primeras descripciones de pacientes con síntomas y signos relacionados a este controvertido síndrome, HELLP, se remontan al siglo XIX, por Schroml quien reportó en literatura obstétrica a pacientes con defectos de la coagulación y microtrombos; no obstante, fue en 1982 cuando Louis Weinstein introdujo las siglas HELLP, para describir la complicación de la preeclampsia y eclampsia que se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiopática, la cual presenta hemólisis intravascular (H), elevación de las enzimas hepáticas (EL) y descenso del conteo plaquetario (LP).(9)

En cuanto a los criterios diagnósticos del Síndrome Hellp, existen distintas postulaciones. Por su parte, la clasificación de Mississippi contempla la división de esta entidad en 3 clases: HELLP clase 1 cuando el conteo plaquetario es menor a 50.000U/L, HELLP clase 2 con nivel de plaquetas entre 50.000 y 100.000U/L y HELLP clase 3 cuando las plaquetas se encuentran entre 100.000 y 150.000U/L; con elevación de las enzimas hepáticas, aspartato transaminasa (AST) mayor o igual a 70U/L; y elevación de la deshidrogenasa láctica sérica (LDH) 600U/L.(8)

El Síndrome Hellp complica del 0.2 al 0.6% de los embarazos, del 4 al 14% de los embarazos con preeclampsia y al 50% con eclampsia.(10)

La mortalidad materna varía ampliamente entre 1 y 24%. Esta divergencia de resultados depende principalmente del momento en que se haga el diagnóstico.(11)

Por su parte, Bacq y Riely citados por Lamarque y colaboradores 2002, aseguran que el Síndrome Hellp se diagnostica anteparto en 70% de los casos, preferentemente antes de las 37 semanas, mientras que 30% restante lo presenta en los primeros 7 días del puerperio, sobre todo en las 48 horas iniciales.(12)

Es así, como en ocasiones estos trastornos hipertensivos y sus complicaciones, no quedan limitados al período gestacional, pudiendo extenderse, debutar o concluir en el puerperio; sin embargo, los datos disponibles en la literatura médica se han centrado principalmente en el manejo prenatal de estas pacientes.

Morales citado por Santana 2012, afirma que la hipertensión arterial, junto a las hemorragias y las infecciones, es considerada una de las principales causas de morbimortalidad durante el puerperio; presentando un elevado riesgo de muerte entre las primeras 24 horas y la primera semana postparto.(13)

Así mismo, plantea que aunque en casi todas las púerperas que desarrollan preeclampsia ante parto o en el parto la presión arterial regresa a la normalidad en las primeras 24 a 48 horas, incluyendo valores de laboratorio que confirman la regresión del proceso; un pequeño número (25%) no tiene estos resultados, incluso desarrollan preeclampsia o eclampsia.(13)

Por su parte, Velásquez, considera que existen dos factores importantes que ayudan a predecir la duración de la hipertensión arterial en el puerperio y son: la severidad de la enfermedad antenatal y el inicio temprano de la preeclampsia. Señala además, que es probable que la



mayor perturbación hemodinámica explique la persistencia de la hipertensión arterial en este período.(14)

De esta manera, el manejo durante el puerperio va encaminado a la vigilancia y detección de complicaciones. Pérez y colaboradores 2012, plantean que toda paciente que presente trastorno hipertensivo del embarazo se debe monitorizar cada 24 horas el perfil plaquetario, la deshidrogenasa láctica y transaminasas; así mismo, valorar el inicio y continuación del tratamiento (esteroides, anticonvulsivos, hipotensores, antibióticos); además de, vigilar manifestaciones de falla renal, cardiopulmonar, hepática, cerebrovascular, entre otras.(10)

Dentro de las morbilidades más graves que las pacientes con Síndrome Hellp pueden presentar durante el puerperio están: la coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón, hematoma subcapsular hepático y desprendimiento de retina.(10)

Es así, como el Síndrome Hellp es considerado la peor complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo; representando mayor posibilidad de complicaciones y muerte materna, incluso superiores a los de la eclampsia.(8)

Por tal motivo, y considerando la poca existencia de datos sobre la evaluación, manejo y diagnóstico de complicaciones de pacientes con Síndrome Hellp durante el puerperio; así como, la falta de un protocolo para un control postparto; se realizó un análisis del seguimiento puerperal de pacientes con Síndrome Hellp, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay, entre Enero- Septiembre 2015.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente trabajo es una investigación cuantitativa, de tipo prospectivo, descriptivo y longitudinal donde se analizó el seguimiento puerperal de pacientes con Síndrome Hellp, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay, en el período comprendido entre Enero y Septiembre 2015.

En este contexto, la población estuvo representada por las pacientes con diagnóstico de Síndrome Hellp atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay, en el período de estudio. No fueron incluidas las pacientes con patologías preexistentes o asociadas a la patología hipertensiva.

La muestra estuvo representada por 15 pacientes, correspondiente al 46,8% de la población, de acuerdo a las estadísticas reportadas por el Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital Central de Maracay para el año 2012.

El seguimiento de las pacientes se realizó bajo la técnica de entrevista estructurada, utilizando una ficha de recolección de datos, donde se anotaron los casos registrados, incluyendo las características socioepidemiológicas de las pacientes, diagnósticos de egreso del servicio, tratamiento hipotensor indicado. Así como, el registro de las cifras tensionales y datos paraclínicos relevantes a la patología hipertensiva: hematología completa, creatinina sérica, ácido úrico, transaminasas (glutámico-pirúvica y glutámico-oxalacética), bilirrubina total y fraccionada, deshidrogenasa láctica sérica; y de esta manera, dar respuesta a los objetivos planteados.

Además, se precisó como tiempo de estudio, 12 semanas posterior al egreso; realizando evaluaciones cada 4 semanas a las pacientes motivo de la investigación.

Previa autorización de Jefe(s) de Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay, las pacientes en estudio se citaron el día de egreso del Servicio de Cuidados Intermedios; utilizando el área de Consulta de Alto Riesgo Obstétrico para realizar el seguimiento pautado.

Así, a través de datos obtenidos del examen físico realizado: medición de presión arterial; y exámenes de laboratorio solicitados en cada cita, se determinó la evolución de las pacientes.

Previo consentimiento informado, en cada evaluación, se realizó un interrogatorio que incluyó aparición o no de complicaciones relacionadas al Síndrome Hellp, continuación o cambio del tratamiento hipotensor indicado a su egreso del centro hospitalario, valoraciones por especialidades de referencia (Medicina Interna, Cardiología, Nefrología); así mismo, se realizó la toma de presión arterial, utilizando tensiómetro digital marca Panasonic, colocado en muñeca izquierda de la paciente, encontrándose ésta en posición sentada y posterior a reposo por 10 minutos. Por otra parte, se tomó muestra para los paraclínicos relevantes a la patología en estudio, por personal de enfermería del servicio, un tubo morado y uno rojo, hematología completa y química sanguínea respectivamente, los cuales en las dos horas próximas a la toma fueron llevados al laboratorio.

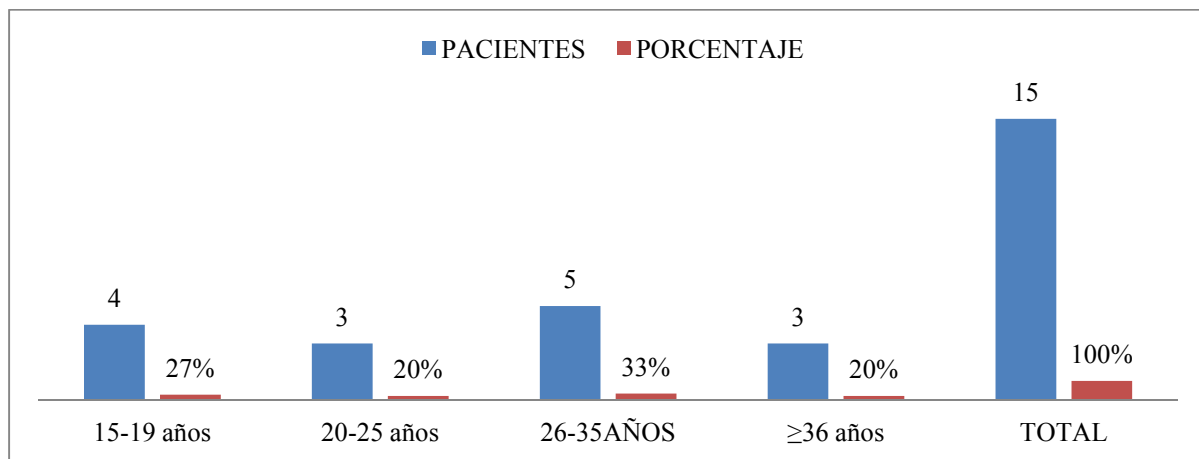
El Laboratorio Clínico Diagnoclinic C.A. fue el encargado de procesar las muestras; ubicado en la torre calicanto, piso 1. Eligiéndose la modalidad de autofinanciamiento, en vista de limitaciones en centro hospitalario.

## RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 15 pacientes con diagnóstico de Síndrome HELLP, con edades comprendidas entre 15 y 43 años, el gráfico 1 muestra la distribución por grupos etarios, en el mismo se observa que 80% (12/15) de la muestra la constituyen mujeres de edades menores o iguales a 35 años de edad.

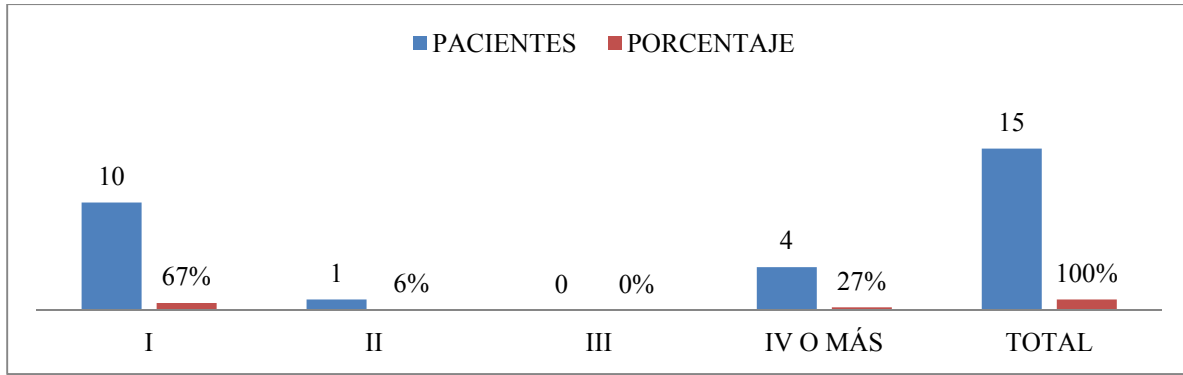
Por otra parte, el 67% de las pacientes refirieron residencia en el Estado Aragua; y 33% ser provenientes de otro Estado.

**Gráfico N° 1. Distribución de pacientes según grupo etario**



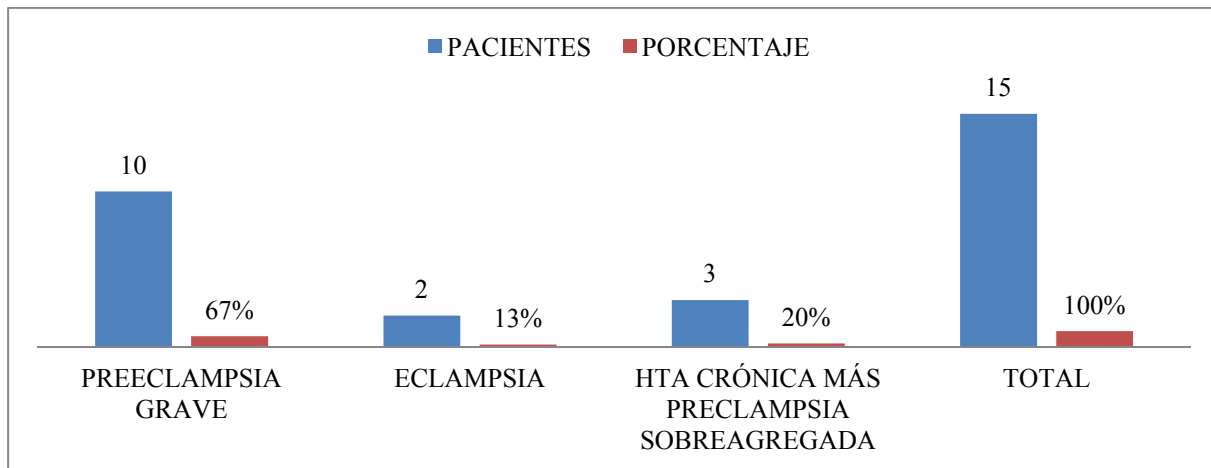
En el gráfico 2, se evidencia que 67% (10/15) de la muestra, fueron pacientes primigestas; y sólo 27% presentaron IV gestas o más.

**Gráfico N° 2. Distribución de pacientes según número de gestación**



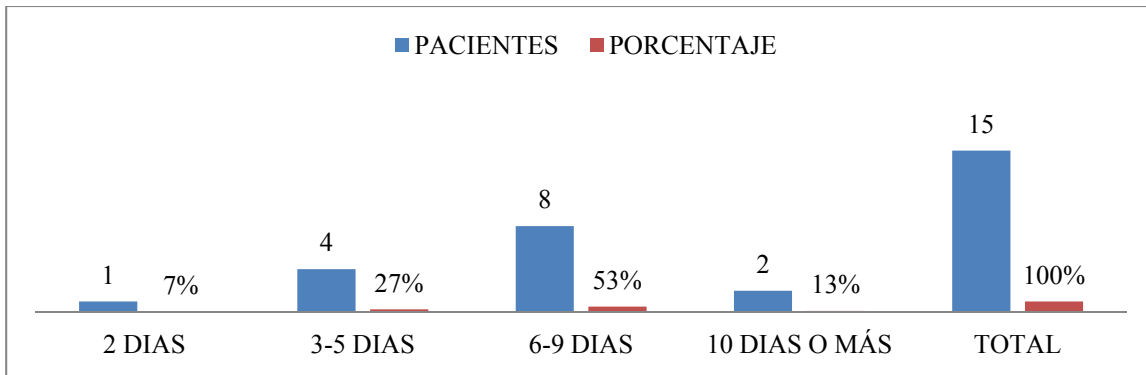
Así mismo, representados en el gráfico 3, se identifican los diagnósticos de egreso de las pacientes en estudio; siendo la Preeclampsia Grave en 67% (10/15) de los casos, el trastorno hipertensivo asociado al Síndrome Hellp; 20% de las pacientes cursaron con Hipertensión Arterial Crónica más Preeclampsia sobreagregada, y 13% con Eclampsia.

**Gráfico N° 3. Distribución de pacientes según Trastorno Hipertensivo complicado con Síndrome Hellp**



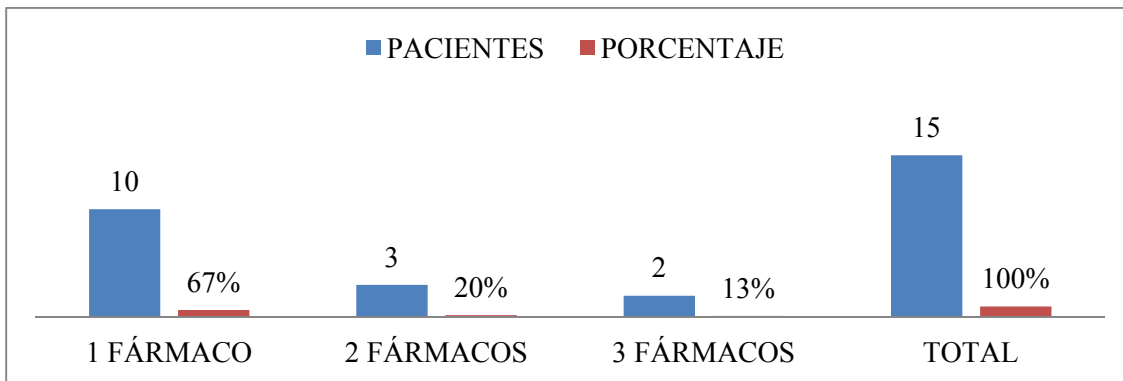
Por otra parte, en el gráfico 4 se evidencia que 53% (8/15) de las pacientes cumplieron evolución intrahospitalaria por un lapso de 6 a 9 días; 27% por un lapso de 3 a 5 días; y 6% egresaron con 2 días de evolución puerperal.

**Gráfico N° 4. Distribución de pacientes según días de hospitalización**



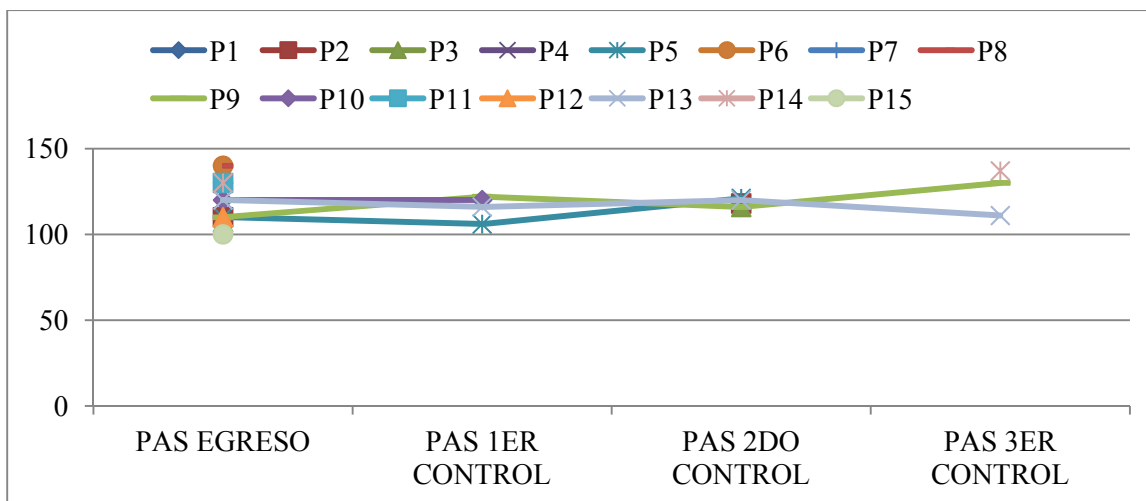
El 67% (10/15) de las pacientes en estudio egresaron del centro hospitalario con indicación de un solo fármaco hipotensor; 20% con asociación de dos fármacos y 13% con tres; representándose en el gráfico 5. Siendo la Nifedipina en 26% de las pacientes, junto con la Hidralazina en 20% y el Losartán Potásico en igual porcentaje, los antihipertensivos indicados por los médicos tratantes.

**Gráfico N° 5. Distribución de pacientes según tratamiento hipotensor indicado al egreso**

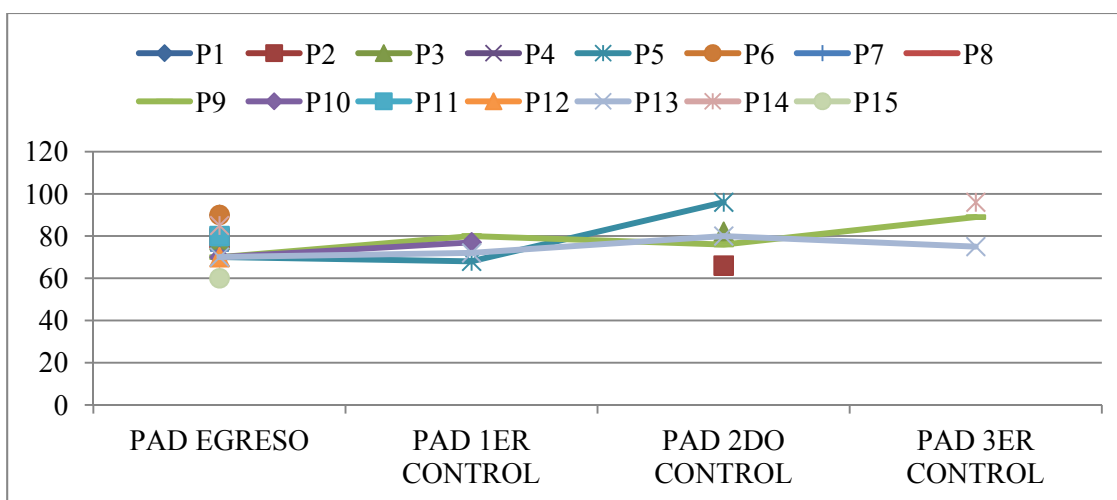


Con respecto al registro de cifras tensionales al egreso de las pacientes y en las consultas sucesivas, se evidencia en los gráficos 6 (presión arterial sistólica) y 7 (presión arterial diastólica) que el 100% de las pacientes egresaron con presión arterial menor o igual a 140/90mmHg. Así mismo, el 100% de la muestra mantuvo en el seguimiento, presión arterial sistólica por debajo de 140mmHg, y en cuanto a la presión arterial diastólica, 87% de las pacientes presentaron cifras igual o menores a 90mmHg; excepto 13% que registraron mayores a 95mmHg.

**Gráfico N° 6. Registro de cifras tensionales al egreso y seguimiento puerperal. Presión Arterial Sistólica**

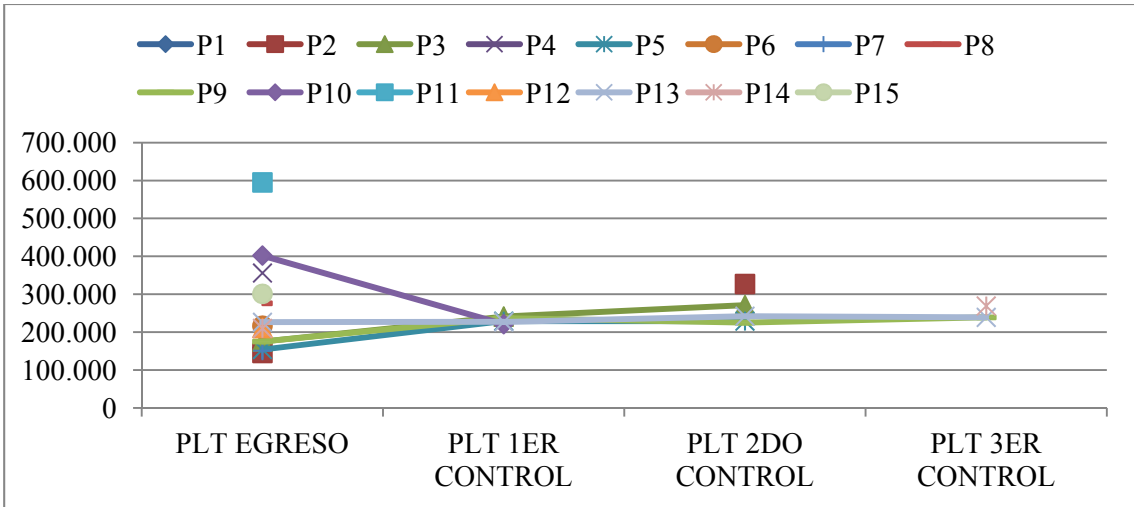


**Gráfico N° 7. Registro de cifras tensionales al egreso y seguimiento puerperal. Presión Arterial Diastólica**

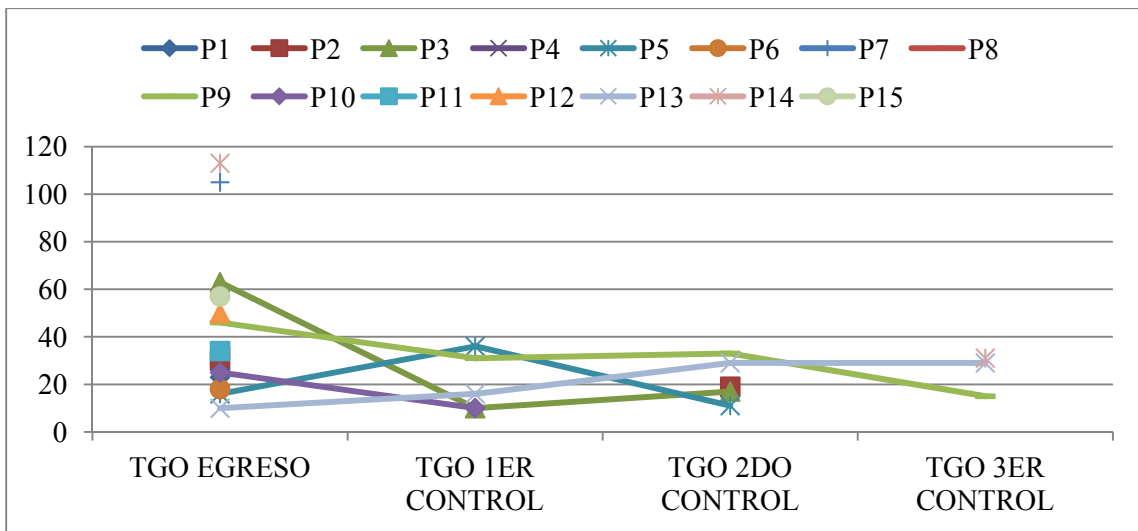


En cuanto a los datos paraclínicos relevantes a la patología hipertensiva solicitados a las pacientes, entre ellos: Hematología completa, perfil hepático y LDH; se evidencia que el 100% de la muestra egresa y mantiene en el seguimiento puerperal, resultados dentro de límites normales con respecto a los criterios diagnósticos del Síndrome Hellp; ver gráficos 8, 9 y 10.

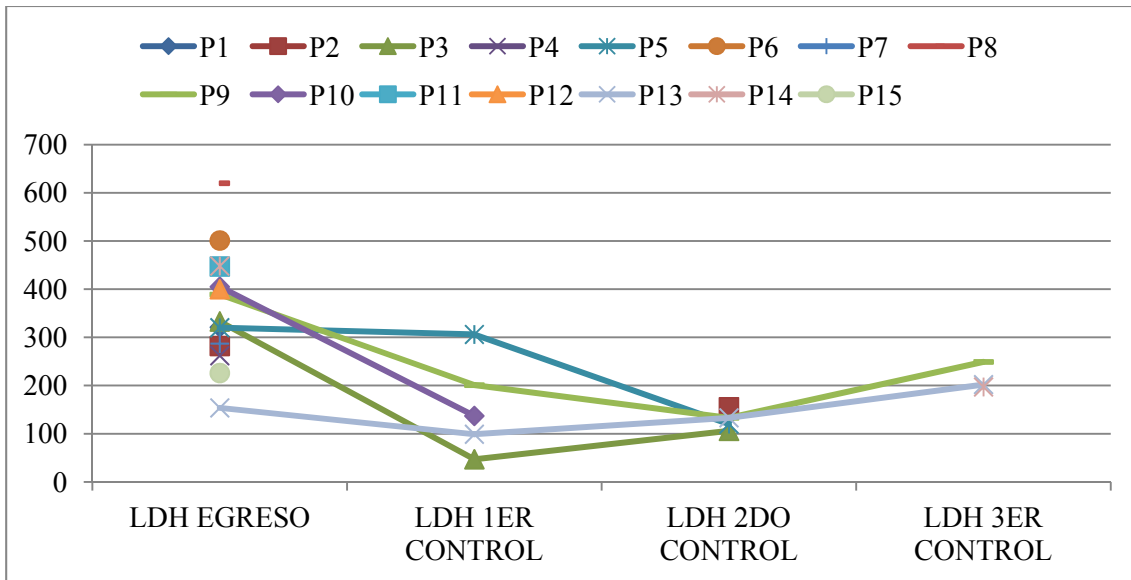
**Gráfico N° 8. Registro de conteo plaquetario al egreso y seguimiento puerperal**



**Gráfico N° 9. Registro de transaminasa glutámico oxalacética al egreso y seguimiento puerperal**

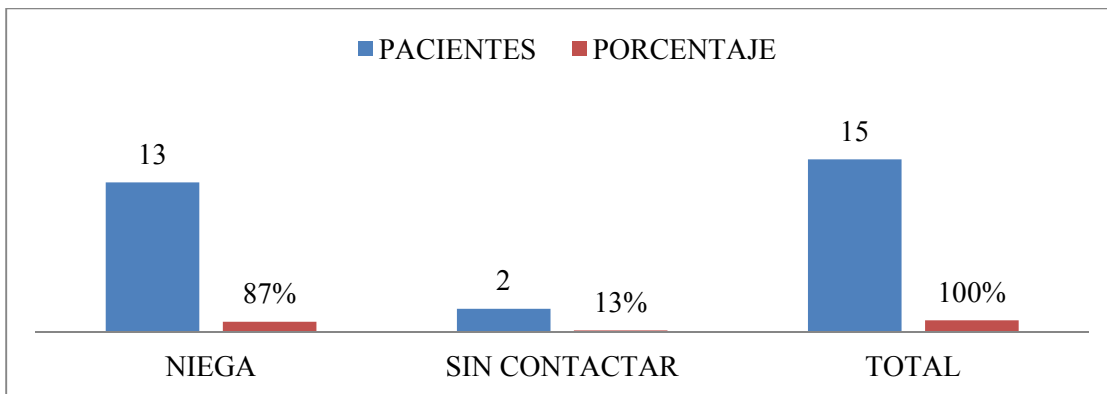


**Gráfico N° 10. Registro de deshidrogenasa láctica sérica al egreso y seguimiento puerperal**



Por otra parte, se determinó que el 87% (13/15) de las pacientes, no presentaron complicaciones en las 12 semanas de seguimiento puerperal; ver gráfico 11.

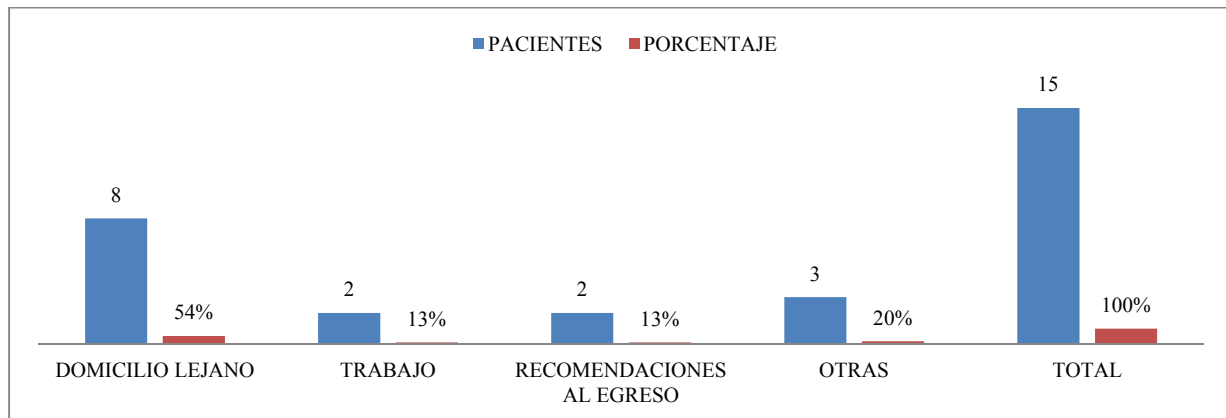
**Gráfico N° 11. Complicaciones en el seguimiento puerperal**



Por último, en cuanto a las razones referidas por las pacientes en estudio, que las motivaron a acudir o por el contrario no asistir a las citas mensuales programadas para realizar el seguimiento puerperal; se muestra en el gráfico 12, que 54% (8/15) de las pacientes refirieron no acudir por domicilio lejano al centro hospitalario; mientras que 13% por razones de trabajo. Las pacientes que acudieron a las tres consultas sucesivas (2/15), refirieron que su asistencia se debía a las recomendaciones dadas por los médicos tratantes en el servicio, antes de su egreso.



**Gráfico N° 12. Razones referidas por las pacientes para su asistencia o no a las consultas de seguimiento puerperal**



## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que la mayoría de las pacientes con diagnóstico de Síndrome Hellp atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay en el período Enero – Septiembre 2015, estuvieron representadas por primigestas con edades comprendidas entre 15 y 35 años de edad, procedentes del Estado Aragua. Así mismo, se evidenció que el mayor porcentaje de pacientes con Síndrome Hellp, fueron complicación en 67% de los casos de Preclampsia Grave; presentando en su mayoría de acuerdo a la clasificación de Mississippi, Síndrome Hellp clase 2.

En este sentido, el estudio coincide con el realizado por Sibai citado por Pérez y colaboradores 2012, quien menciona que el Síndrome Hellp puede presentarse en cualquier edad, con un promedio de 24 años y con límites de edad entre 14 y 40 años. Los mismos autores, además, refieren que el mayor porcentaje de pacientes complicadas con Síndrome Hellp presentan diagnóstico de Preeclampsia Grave (76,2% de los casos); y observaron que el Síndrome Hellp clase 2 se presenta con mayor frecuencia.

Así mismo, coincidiendo con el estudio, Knox refiere mayor frecuencia de Síndrome Hellp en primíparas y en múltiparas con tres o más embarazos.

Estos resultados pueden corresponder al número creciente de embarazos en pacientes adolescentes o de edad cada vez más avanzada y con condiciones médicas de alto riesgo.

Por otra parte, se evidenció que las pacientes cumplen mínimo 48 horas de evolución puerperal intrahospitalaria, con un promedio de 5.8 días de hospitalización; siendo egresadas a criterio del médico especialista encargado; no existiendo documentado, en el servicio de Cuidados Intermedios del centro hospitalario, un protocolo de manejo puerperal de la población estudiada. Ruíz y Gil 2014 en su estudio, sugieren que las pacientes puérperas hipertensas deben ser dadas de alta después del cuarto día postparto y cuando la presión arterial sea menor a 150/100mmHg, para luego ser evaluadas al menos cada siete días externamente.

En este orden de ideas, centros hospitalarios de otros países, como es el caso de La Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Colombia, cuentan con Protocolos de manejo de pacientes con Síndrome Hellp, donde se establecen pautas de seguimiento intra y extrahospitalario. En cuanto a la monitorización de la paciente una vez finalizado el embarazo, el protocolo menciona que debe mantenerse por 48 horas hasta que se produzcan los siguientes cambios: evidenciar una tendencia ascendente continua del recuento plaquetario; descenso del nivel de LDH; mantenimiento de diuresis mayor de 100ml/hora por 2 horas; cifras tensionales controladas con una presión arterial sistólica de 150mmHg y una presión arterial diastólica menor de 100mmHg; evidencia de mejoría clínica; y ausencia de complicaciones.

En Venezuela, cabe mencionar que en el año 2014 con la creación del protocolo de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia en su primera edición, se introdujeron pautas para el manejo de patología médicas asociadas con el embarazo y en su capítulo 21 (Hipertensión asociada al embarazo), se establecen criterios médicos para el egreso hospitalario de éstas pacientes, y se menciona que las mismas deberán ser referidas a los servicios de planificación familiar y consulta externa de Medicina Interna para su control puerperal ambulatorio. Sin embargo, en el estudio se evidenció que dichas pautas no son ejecutadas a cabalidad, al observar que las pacientes a su egreso negaron ser referidas a las consultas externas mencionadas.

En cuanto a las características clínicas y paraclínicas evaluadas al egreso de las pacientes, en el estudio se demuestra que las mismas presentaron cifras tensionales menor o igual a 140/90mmHg; con resultados de exámenes de laboratorios dentro de parámetros normales, en relación a los criterios diagnósticos del trastorno hipertensivo complicado con Síndrome Hellp; así mismo, las pacientes egresaron con indicación de tratamiento hipotensor. Los

fármacos hipotensores en orden de mayor frecuencia indicados al egreso, fueron Nifedipina, Hidralazina y Losartán Potásico, respectivamente. Estas indicaciones, atribuibles a las condiciones clínicas de la paciente y a la respuesta al fármaco. Resulta pertinente mencionar que en la literatura revisada en el estudio, no se encontraron coincidencias ni contraposiciones en cuanto al tratamiento hipotensor indicado en estas pacientes; considerando la existencia de comorbilidades y/o contraindicaciones que puedan presentarse en cada caso.

En el seguimiento puerperal, se evidenció que la mayoría de las pacientes a su egreso no cumplieron las indicaciones médicas; el tratamiento hipotensor es descontinuado por la paciente. Así mismo, la mayoría refirió no ser evaluadas por consultas externas durante el seguimiento puerperal. Todo ello, impidiendo hacer diagnóstico precoz de complicaciones. En este sentido, en la Guía de práctica clínica México 2010, en la sección de seguimiento de egreso hospitalario en pacientes que cursaron con enfermedad hipertensiva del embarazo, los autores señalan que el monitoreo en el puerperio es conveniente; la disfunción de órgano blanco debe ser identificada y tratada oportunamente. Así, sugieren monitorizar diariamente la tensión arterial por lo menos la primera semana postparto; y continuar la terapia antihipertensiva en este período, conservando presión arterial menor de 160/110mmHg.

Por otra parte, el control periódico de los exámenes de laboratorio realizados en el seguimiento puerperal, demostraron que las pacientes posterior a su egreso con parámetros de los mismos dentro de límites normales, al no presentar complicaciones ni comorbilidades, mantienen éstos valores.

El cumplimiento de las consultas sucesivas destinadas para la realización del seguimiento puerperal, estuvo limitado a razones personales referidas por las pacientes; donde preponderó el domicilio lejano, recurso económico y disponibilidad de tiempo.

Se determinó que el 87% de las pacientes no presentaron complicaciones durante el seguimiento puerperal; no precisándose la información para el porcentaje restante. En contraposición, en el estudio realizado por Pérez y colaboradores 2012, la mayoría de las pacientes con Síndrome Hellp presentaron complicaciones en el puerperio, entre las mismas: coagulación intravascular diseminada (9,1%), tromboembolismo pulmonar (9,1%), neumonía (9,1%), insuficiencia renal (9,1%), e insuficiencia hepática (9,1%). De ahí, la importancia del manejo de éstas pacientes obstétricas críticas, las cuales requieren de un equipo

multidisciplinario de especialistas, para el entendimiento y seguimiento de la historia natural de la enfermedad y sus complicaciones durante el puerperio.

Por último, cumpliéndose la tercera consulta de seguimiento a las 12 semanas de puerperio, se evidenció que 7% (1/15) de la muestra, mantuvo cifras tensionales mayor o igual a 140/90mmHg, cumpliendo tratamiento hipotensor y valoraciones por Médico Cardiólogo. De esta manera, se realizó el diagnóstico de Hipertensión Crónica a la paciente; de acuerdo a lo establecido en el Protocolo de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia 2014, que la define como la presión arterial que no se normaliza a las 12 semanas postparto.

Es así, como la información obtenida de este tipo de investigaciones, tendría interés general para estandarizar las condiciones de atención de las pacientes críticas, y generar planteamientos académicos y éticos, con reducción de la mortalidad materna asociada a la patología estudiada.

De igual manera, este tipo de estudio es vital para la viabilidad de protocolos de manejo de pacientes con patologías hipetensivas asociadas al embarazo, y su complicación más grave, el Síndrome Hellp.

## **CONCLUSIONES**

El manejo de las pacientes con Síndrome Hellp durante el puerperio va encaminado a la vigilancia y detección de complicaciones.

El Síndrome Hellp es una patología poco estudiada en el período puerperal, como consecuencia de falta de protocolos de manejo exclusivo de estas pacientes; y así mismo, debido a la no existencia en el centro de salud donde se realizó el estudio, de una consulta para control postparto.

El estudio realizado permitió concluir que el Síndrome Hellp se presenta principalmente como complicación en pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Grave; y en mayoría, primigestas juveniles.

Las pacientes con Síndrome Hellp cumplen en promedio 5.8 días de evolución intrahospitalaria; egresando del centro asistencial con indicación de tratamiento hipotensor, en su mayoría representado por un solo fármaco; siendo los más frecuentemente utilizados los calcio antagonistas, antagonista de los receptores de angiotensina II y la Hidralazina.

Al egreso las pacientes cumplieron con los criterios establecidos en el protocolo de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud 2014: ausencia de sintomatología clínica; cifras de presión arterial inferiores a 140/90mmHg; controles de laboratorio con tendencia a la normalización. Sin embargo, las pacientes comentaron no ser referidas a los servicios de planificación familiar y consulta externa de Medicina Interna para control ambulatorio.

Durante el seguimiento puerperal se evidenció que en la mayoría de las pacientes hubo mejoría de las cifras tensionales; presentando además, resultados de exámenes de laboratorio dentro de límites normales con respecto a los criterios diagnósticos del síndrome.

Se determinó la ausencia de complicaciones en 87% de las pacientes posterior a su egreso; y se hizo diagnóstico de Hipertensión Crónica en paciente que cumplió el seguimiento a las 12 semanas postparto.

De esta manera, se determinó que no se cumple el manejo médico puerperal de pacientes con trastornos hipertensivos asociados al embarazo. No existiendo seguimiento de tan complicados casos clínicos a nivel de la red regional de atención de salud.

Por último, se demostró que no existe suficiente motivación de las pacientes a controlarse posterior a su egreso; enfatizándose en el papel fundamental del médico tratante en la evolución clínica de las pacientes, al documentar que la razón principal de asistencia a las consultas de seguimiento puerperal referida por las pacientes, fue las recomendaciones brindadas por el médico.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se podría advertir la necesidad de realizar jornadas de actualización en el manejo de las pacientes con patologías obstétricas graves dirigidas al personal médico, y así cumplir con las pautas nacional e internacionalmente aceptadas para el beneficio de las mismas. Otro punto a desarrollar, proponer la creación de una consulta postnatal que permita realizar el seguimiento de éstas pacientes.

Fortalecer los programas de planificación familiar a nivel de la red ambulatoria; así como, garantizar el acceso y la calidad de prestación de servicios de salud a la población.

Enfatizar en la formación de los estudiantes de medicina y los residentes de postgrado de Ginecología y Obstetricia, sobre la importancia del seguimiento puerperal de las pacientes con

trastornos hipertensivos asociados al embarazo, identificación de complicaciones, indicación de tratamiento hipotensor, valoración por otras especialidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seventh Report the Joint Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). (Traducción de la Versión original en inglés publicada en 2003). Disponible en <http://www.herrera.unt.edu.ar/eiii/concepcion/emedica/jnc%207.pdf>
2. Guía de Práctica clínica para Detección y diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. México: secretaría de Salud; 2010. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
3. Organización Mundial de la Salud. (2004). Recuperado en 2012, de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema08.htm>
4. López-Jaramillo P; Pradilla LP; Castillo VR; y colaboradores. Patología socioeconómica como causa de las diferencias regionales en las prevalencias de síndrome metabólico e hipertensión inducida por el embarazo. Revista Española de Cardiología; 2007. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/ca/node/2052395>
5. Valarino G; Mora A; y colaboradores. Eclampsia: Morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela; 2009. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322009000300003&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322009000300003&lng=es)
6. Guzmán W.; Ávila M; y colaboradores. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecología y Obstetricia. México; 2012. 80(7), 461-466.
7. Protocolos Atención Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia. Primera edición: Marzo 2014. Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS.
8. Gallo Manuel. 2013. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. AMOLCA. España. 68-72.
9. Castillo González D. Síndrome HELLP Actualización. Revista Cubana Hematología e Inmunología; 2006. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23\\_01\\_07/hih03107.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23_01_07/hih03107.htm)
10. Pérez D; Elizalde V; Téllez G. Reporte y Análisis de casos del Síndrome HELLP en el Puerperio. Revista Médica Electrónica; México 2012. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=119&IDARTICULO=37146&IDPUBLICACION=3944>
11. Almuna R; Vera D; Aedo S; y colaboradores. Antecedentes y Complicaciones en 32 pacientes con Síndrome HELLP. Revista Obstetricia y Ginecología Chile; 2007. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Aedo\\_Socrates/publication/251573693\\_Antecedentes\\_y\\_c](http://www.researchgate.net/profile/Aedo_Socrates/publication/251573693_Antecedentes_y_c)

complicaciones en 32 pacientes con sndrome HELLP/links/00b7d51f145bab396c000000.pdf

12. Lamarque A; López V; González Y. Síndrome de Weinstein- Hellp. MEDISAN 2002. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_2\\_02/san12202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_2_02/san12202.htm)
13. Santana Hernández G. Hipertensión arterial en el puerperio. Revista Médica Electrónica; 2012. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema08.htm>
14. Velásquez JA. Hipertensión Postparto. Revista Colombiana Obstetricia y Ginecología; 2005. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a05.pdf>
15. Ruíz R.; Gil R. Hipertensión Arterial Post-Parto. Revista Médica La Paz; 2014. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a05.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a05.pdf)
16. Rojas J.; De la Ossa O. Protocolo Hellp. E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C; Colombia 2009. Disponible en: [http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO\\_HELHP.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_HELHP.pdf)
17. Rojas J.; González M.; Monsalve G.; y colaboradores. Consenso Colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 65 N° 1; Enero – Marzo 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n1/v65n1a07.pdf>
18. Guevara E.; Meza L. Manejo de la Preeclampsia / Eclampsia en el Perú. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia; Vol. 60 N° 4; Lima Octubre – Diciembre 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>
19. Di Marco I.; Asprea I.; Lipchak D. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Manual breve para la práctica clínica; Argentina Septiembre 2011. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/manual-breve-practica-clinica.pdf>
20. Del Pilar A.; Montenegro I.; Vacca M. Seguimiento al hogar para madres en puerperio con antecedentes de enfermedad hipertensiva de la gestación. Bogotá; 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7065/1/539671.2010.pdf>
21. Vásquez J.; Flores C. Complicaciones maternas en pacientes con Síndrome de Hellp. Revista de Ginecología y Obstetricia; Vol. 79 N° 4. México; 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom114b.pdf>
22. Vigil P.; De Gracia J.; Campana S.; y colaboradores. Módulo de Capacitación en Preeclampsia / Eclampsia; FLASOG. Panamá; 2012. Disponible en: <http://www.flasog.org/wp->

[content/uploads/2013/12/Modulo-de-Capacitacion-en-Preeclampsia-Eclampsia-FLASOG-2012.pdf](#)

23. Sesmero J.; De la Puente E.; García J.; y colaboradores. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Cantabria; 2007. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocoloAtencionEmbarazo.pdf>