

Caso clínico

Manejo del síndrome de HELLP en una gestación pretérmino

Management of HELLP syndrome in preterm pregnancy

Nerea Martínez-Castellón¹, Eloísa Fernández-Ordóñez², Patricia Sánchez-Ruiz³

¹Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. CS Coin. Distrito Málaga-Guadalhorce. ²Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Servicio de Partos. Hospital Regional de Málaga. ³Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Servicio de Partos. Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga

RESUMEN

Introducción: La hipertensión inducida durante el embarazo es una de las principales causas de morbilidad materno-fetal. Afecta a un 10% de las gestantes en todo el mundo, con una incidencia en España del 1,2%.

Caso clínico: Se expone el caso de una gestante gemelar tras una fecundación *in vitro*, de 30 + 5 semanas, que ingresa por presentar cifras tensionales límite (140/90 mmHg), junto con edemas maleolares con fovea y epigastralgia. Tras su valoración, se le diagnosticó una preeclampsia grave que derivó en un síndrome de HELLP (hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y plaquetopenia), por lo que, debido al empeoramiento de la gestante y a la pérdida de bienestar fetal, se decidió finalizar la gestación mediante cesárea urgente.

Conclusión: El manejo del síndrome de HELLP requiere una detección precoz y la participación de un equipo multidisciplinario para disminuir los riesgos de morbilidad materno-fetales.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hipertensión, complicaciones del embarazo, síndrome HELLP, eclampsia, preeclampsia.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension induced by pregnancy is one of principal reasons from morbimortality maternal-fetal, this is affecting around 10% to pregnancy in the world, and 1.2% in Spain.

Clinical case: This case about winpregnancy at 30 + 5 gestational weeks that come to emergencies by high blood pressure (140/90 mmHg), and lower extremity with fovea and epigastralgia. She is diagnosed with serious pre-eclampsia which is derived in HELLP syndrome. The patient's condition worse and multidisciplinary team decided an urgent cesarean.

Conclusion: Management of HELLP syndrome needs an early detection and the participation of multidisciplinary team to minimize morbimortality maternal-fetal.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Hypertension, pregnancy complications, HELLP syndrome, eclampsia, pre-eclampsia

INTRODUCCIÓN

La hipertensión inducida durante el embarazo es una de las principales causas de morbilidad materno-fetal. Afecta a un 10% de las gestantes en todo el mundo¹⁻⁷, y su incidencia en España es del 1,2%⁷. La preeclampsia se ha definido hasta ahora como un cuadro hipertensivo (presión arterial [PA] >140/90 mmHg) acompañado de proteinuria (> 0,3 g/24 h) tras 20 semanas de gestación^{2,4,5,8}, habitualmente asociado a edemas, aunque su ausencia no modificaba el diagnóstico⁷. Actualmente, diferentes entidades científicas han

cambiado la clasificación de esta afección: se mantienen las cifras de PA en 140/90 mmHg en 2 tomas diferentes espaciadas 4 horas, pero se elimina el criterio de presencia de proteinuria, considerando suficientes unas cifras de plaquetas <100.000, un nivel de transaminasas duplicado, un aumento de creatinina sérica >1,1 mg/%, la presencia de edema pulmonar o la aparición de alteraciones cerebrales o visuales¹. La microalbúmina también se utilizará como factor pronóstico de hipertensión arterial en el embarazo¹. Este cuadro puede derivar en un síndrome de HELLP, acrónimo de los signos que

Fecha de recepción: 6/09/17. Fecha de aceptación: 27/01/18.
Correspondencia: N. Martínez-Castellón. Consulta Matrona. C.S. Coin.
C/Subida San Antón, 501. 29100 Coin (Málaga).
Correo electrónico: neream_13@hotmail.com

Martínez-Castellón N, Fernández-Ordóñez E, Sánchez-Ruiz P. Manejo del síndrome de HELLP en una gestación pretérmino. *Matronas Prof.* 2018; 19(2): e17-e20.

caracterizan el cuadro: hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia^{2,3,4,6-14}. No todas las pacientes presentan todos los signos¹⁰.

La presencia de complicaciones materno-fetales derivadas de una preeclampsia, incluida la muerte, variarán según la edad gestacional, la gravedad del cuadro hipertensivo y la calidad del abordaje del equipo multidisciplinario³. Algunos de los factores predisponentes para una preeclampsia son: nuliparidad, embarazo adolescente, obesidad, hipertensión crónica, diabetes gestacional, antecedentes de abortos o placentas grandes (p. ej., en embarazos gemelares)^{4,12}.

El tratamiento definitivo de la preeclampsia y sus complicaciones es la interrupción voluntaria de la gestación tras estabilizar a la madre, intentando evitar la prematuridad fetal y, en caso de finalización prematura, hacerlo transcurridas 48 horas tras la administración de esteroides para la maduración pulmonar fetal^{3,4,8,10}.

La detección precoz del síndrome de HELLP aumenta el buen pronóstico en la evolución materno-fetal, por lo que la matrona debe conocer los signos y síntomas para realizar una intervención inmediata por parte del equipo multidisciplinario¹⁰. Ante la detección de un síndrome de HELLP la gestante debe ser trasladada a un hospital de tercer nivel siempre que sea posible⁸.

La principal sintomatología del síndrome de HELLP es la siguiente: cifras de PA elevadas, dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio, presencia de cefaleas o fotopsias^{3,4,8,10,12,13}. Analíticamente^{3,6,10-13} se observa hemólisis, con una LDH >700 UI/L, cifras de GOT o GPT 2 veces superiores a los límites normales y recuento de plaquetas <100.000 mm³.

HISTORIA CLÍNICA

Primigesta gemelar de 37 años de edad y 30 + 5 semanas de gestación, obtenida mediante fecundación *in vitro* (FIV). La gestante acudió al servicio de urgencias de un hospital comarcal derivada desde la consulta de control del embarazo, debido a un aumento de las cifras de PA (140/90 mmHg) junto con edemas maleolares acompañados de fovea y epigastralgia. No refería cefalea ni fotopsias. En el registro cardiotocográfico se observaba un trazado con frecuencia cardíaca basal de ambos fetos dentro de los límites normales (120-160 lpm), con presencia de ascensos transitorios y sin desaceleraciones, variabilidad en el trazado y ausencia de dinámica uterina. En la exploración ginecológica presentaba un cérvix cerrado y formado, sin presencia de hidrorea. En la ecografía se observaba una placenta normal y un líquido amniótico acorde, además de un Doppler

uterino normal. En la analítica realizada a su ingreso se detectó la presencia de anemia, cifras de plaquetas, LDH y GOT normales, y proteinuria. Se decidió el ingreso inmediato de la paciente en la unidad de obstetricia para realizarle un control tensional y analítico de sangre y orina para la determinación de proteinuria por preeclampsia leve.

VALORACIÓN GENERAL

La paciente no presenta antecedentes personales ni familiares de interés clínico.

La gestación actual, conseguida mediante FIV, estaba controlada debido a un alto riesgo obstétrico por embarazo gemelar bicorial-biamniótico, con ambos fetos en presentación podálica. La evolución del embarazo fue normal. Las serologías resultaron negativas, con rubéola IgG positiva. A las 29 + 1 semanas estuvo ingresada en un hospital comarcal por amenaza de parto prematuro, con tratamiento tocolítico completo con atosibán y pauta de maduración pulmonar completa, que continuó con tratamiento domiciliario de nifedipino v.o.

Tras su ingreso en planta se inició terapia con labetalol 100 mg/8 h v.o. y control de la diuresis de 24 horas.

Durante las 48 primeras horas de ingreso la gestante se encontraba normotensa y con disminución de los edemas maleolares, y refería cierta mejoría. Pasado este tiempo, volvió a presentar dolor en el hipocondrio derecho y una PA de 145/96 mmHg, por lo que se solicitó nuevamente una analítica completa y se aumentó la dosis de labetalol a 200 mg y de nifedipino a 10 mg/6 h, ambos por vía oral. Dos horas más tarde presentó cifras tensionales de 160/99 mmHg y un empeoramiento de la analítica, con hemoglobina de 10,6 g/dL, plaquetopenia (96.000 mm³), GPT 54 UI/L, LDH normal y proteinuria de 500 mg/L, por lo que el equipo médico decidió su traslado a un hospital regional de tercer nivel para garantizar la seguridad materno-fetal debido a la preeclampsia grave.

DIAGNÓSTICO/OBJETIVO

Tras el traslado, la gestante presentó cifras de PA de 160/80 mmHg, se cursó una nueva analítica y se inició perfusión de labetalol a 40 mL/h. En la nueva analítica se detectó anemia (hemoglobina 10,4 g/dL), plaquetas 92.000 mm³, GPT 55 UI/L y proteinuria 3,46 g/L. La frecuencia cardíaca fetal y la eco-Doppler de la arteria umbilical eran normales (120-160 lpm) en ambos fetos. Debido al empeoramiento analítico, y con una sospecha de síndrome de HELLP, se indicó la finalización de la gestación mediante cesárea de urgencia.

EJECUCIÓN/INTERVENCIÓN

La cesárea se realizó sin complicaciones, con resultado de 2 recién nacidos varones: el primero con un peso de 1.840 g, un test de Apgar de 6/9 y un pH de 7,30, y el segundo con un peso de 1.648 g, un test de Apgar de 8/9 y un pH de 7,35. Los recién nacidos fueron ingresados en el servicio de neonatología y la madre en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para recibir observación, control de la diuresis y control tensional, que resultaron normales, encontrándose estable, sin cefaleas, fopsias ni epigastralgia durante 48 horas. Debido a su evolución favorable, se decidió su traslado a planta con tratamiento por vía oral de alfametildopa 250 mg/12 h, labetalol 100 mg/6 h e hidralazina 50 mg/8 h.

EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO

Durante su estancia en planta presentaba cifras de PA en límites altos de normalidad, un buen aspecto de la herida quirúrgica, un útero contraído y loquios normales, y la lactancia materna se instauró sin incidencias.

Al alta la paciente presentaba cifras de PA de 120/80 mmHg, anemia severa (hemoglobina 9,5 g/dL), plaquetas 351.000 mm³, GPT 27 UI/L y proteinuria negativa. Se le indicó que si durante el puerperio presentaba cifras de PA >140/90 mmHg, debía acudir al servicio de urgencias. Se cursó una petición de seguimiento en el servicio de hematología.

INFORME FINAL Y CONCLUSIONES

Ante una sospecha de preeclampsia grave en una gestante, ésta debe ser ingresada para un control de la PA y analítico, y fetal mediante eco-Doppler de la arteria umbilical, cardiotocografía no estresante y estabilización.

Durante el ingreso se establecerá un tratamiento hipotensor i.v., generalmente labetalol (tratamiento de elección), hidralazina o nifedipino¹, evitando el uso de diuréticos; además, se debe evitar que la PA disminuya bruscamente por debajo de 140/90 mmHg, por riesgo de reducir la perfusión placentaria⁸. Se realizarán tomas tensionales por turnos, además de un control de la diuresis y del dolor epigástrico. Se realizarán controles analíticos, al menos cada 48 horas, solicitando un hemograma completo y la determinación de la función renal (ácido úrico, creatinina, ionograma), LDH, GOT, GPT y coagulación^{3,6,10}. La dieta será normocalórica, normoproteica y normosódica.

Si la gestación es inferior a 34 semanas, hay que administrar esteroides para la maduración pulmo-

nar^{5,6,10-12}. En el presente caso los fetos ya estaban madurados debido a su ingreso previo por amenaza de parto prematuro semanas antes del episodio hipertensivo.

El síndrome de HELLP suele cursar con anemia hemolítica. Si no hay mejoría o incluso se produce un empeoramiento del cuadro, se debe finalizar la gestación. Si ésta es a término y la madre y el feto están estables, se debe optar por la vía vaginal^{6,10,12}, aunque en la mayoría de las ocasiones se recurre a la cesárea de urgencia⁴. Sin embargo, en embarazos de menos de 32 semanas se recomienda realizar una cesárea electiva si el índice de Bishop es <5, previo tratamiento conservador con vigilancia estricta siempre que sea posible^{6,10,13}. A pesar de ello, las últimas revisiones Cochrane indican que no hay evidencia científica suficiente para evaluar la mejor vía de parto, por lo que debe haber un consenso entre médico y paciente para conseguir un parto seguro y con los mejores resultados posibles, tanto a corto como a largo plazo¹⁵.

Tras el parto, es preciso realizar la monitorización y el control materno en la UCI. Generalmente, los niveles de plaquetas se estabilizan en menos de 4 días^{3,8,10-13}.

OBSERVACIONES PARA LA PRÁCTICA

La presentación de este caso se debe a la importancia del reconocimiento precoz para disminuir la morbilidad materno-fetal.

El papel de la matrona en el control del embarazo es esencial para detectar este tipo de patologías desde atención primaria. Es importante conocer los signos, síntomas y principales cambios analíticos para derivar a estas gestantes. La matrona debe dar pautas a las embarazadas para que consulten en caso de presentar esta sintomatología.

El equipo multidisciplinario (tanto obstétrico como pediátrico) puede mejorar el estado de la gestante al percibir ésta su empatía y apoyo, lo que disminuye su situación de ansiedad y temor. La importancia de este trabajo reside en ampliar el conocimiento de los profesionales con el fin de mantener correctamente informados tanto a la gestante como a su familia, además de prestar los cuidados correctamente.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la protagonista de este caso y a los profesionales que intervinieron en su asistencia por ayudarnos a aprender para mejorar la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nápoles Méndez D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN*. 2016; 20(4): 516-29 [consultado el 17 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000400013&lng=es
2. Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, De Groot CJM, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2016; 387(10022): 999-1.011 [DOI:10.1016/S0140-6736(15)00070-7].
3. Pinedo A, Orderique L. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. *Ginecol Obstet*. 2001; 47(1): 41-6.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Ginebra: OMS, 2014.
5. La Rosa M, Ludmir J. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. *Rev Peru Ginecol Obstet* [online]. 2014; 60(4): 373-8 [consultado el 19 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013&lng=es&nrn=iso
6. Cararach V, Bartha JL, Bellart J, Comino R, Gratacós E, Iglesias M, Perales A. Estados hipertensivos del embarazo. En: Documentos de Consenso SEGO. Madrid: Editorial Habe, 2007; 143-205.
7. Sánchez-Iglesias JL, Izquierdo González F, Llorba E. Estados hipertensivos del embarazo. Concepto y clasificación de estudio de las diversas formas. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, eds. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A., 2007; 521-4.
8. Cararach Ramoneda V, Botet Mussons F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. En: Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP. Neonatología. Barcelona: AEPED, 2008 [consultado el 19 de mayo de 2015]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
9. Sánchez-Iglesias JL, Cabrero Roura L. Síndrome de HELLP. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, eds. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A., 2007; 533-6.
10. Servicio de Medicina Maternofetal. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínico de Barcelona. Hipertensión y gestación [actualizado en 2013]. Disponible en: http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hipertensi%F3n%20y%20gestaci%F3n.pdf
11. De Oliveira RS, De Matos IC, Da Silva TBP, De Azevedo NM, Andrade M, Do Espírito Santo FH. Síndrome HELLP: estudio de revisión para la atención de enfermería. *Enferm Glob*. 2012; 11(28): 337-45.
12. Gutiérrez-Aguirre CH, Alatorre-Ricardo J, Cantú-Rodríguez O, Gómez-Almaguer D. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol Mex*. 2012; 13(4): 195-200.
13. Núñez Rimola D. Síndrome de HELLP. *Rev Med Costa Rica Centroamérica*. 2013; 70(606): 203-9.
14. Obando Morales A. Síndrome de HELLP. *Rev Med Costa Rica Centroamérica*. 2014; 71(610): 191-3.
15. Amorim M, Souza A, Katz L. Cesárea programada versus parto vaginal programado para la preeclampsia grave. *Cochrane Datab Syst Rev*. 2017; 10: CD009430 [consultado el 17 de mayo de 2017] [DOI: 10.1002/14651858.CD009430].