

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POST-GRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE**

**INCIDENCIA DE SINDROME DE HELLP
EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o.
DE OCTUBRE DEL ISSSTE.**

**TESIS DE POST-GRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :

DR. JUAN CAMPOS ESPIRITU

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

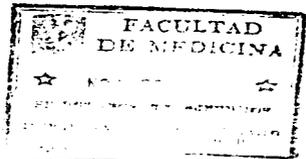
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Julian

DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA.
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

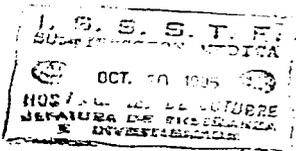
J. Vera

DR. JAVIER VERA MORALES.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
PERINATOLOGIA.
ASESOR DE TESIS



H. Olvera

DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



INDICE

	PAG.
Resumen.....	1
Summary.....	3
Introducción.....	5
Material y Métodos.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	15
Conclusión.....	17
Gráficas.....	18
Bibliografía.....	24

RESUMEN

Se estudiaron un total de 100 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial inducida por el embarazo, de las cuales sólo se seleccionaron aquellas que evolucionaron a síndrome de HELLP.

La incidencia de síndrome de HELLP fué del 20% del total del grupo estudiado, en un 75% las pacientes fueron primigestas y en un 25% fueron multigestas. La edad promedio fué de 24 a 42 años, sin mostrar picos significativos.

La edad gestacional en la que se presentó el síndrome de HELLP, se muestra de la siguiente forma: El 65% en productos de pretérmino; en un 25% en productos inmaduros y el 10% en productos de término.

En el 100% de las pacientes, las manifestaciones clínicas predominantes fueron: Cefalea, hipertensión arterial de difícil control, edema generalizado y en el 85% se asoció con dolor en epigastrio e irradiación en barra.

El síndrome de HELLP en el 100% se corroboró por medio de estudios paraclínicos como son: Exámen General de Orina, pruebas de funcionamiento hepático y biometría hemática.

El total de las pacientes con síndrome de HELLP fué clasificado de la siguiente manera:

- Clase 1 Plaquetas por abajo de 50 000 por microlitro.
- Clase 2 Plaquetas entre 50 000 y 100 000 por microlitro
- Clase 3 Plaquetas de 100 000 a 150 000 por microlitro.

En el 35% de las pacientes con síndrome de HELLP se requirió el ingreso al servicio de terapia intensiva con una tasa de mortalidad directa del 5%.

El 65% restante fué manejada por el servicio de Perinatología con los esquemas establecidos.

En base a los datos obtenidos se corrobora que la frecuencia de la paciente con preeclampsia severa que desarrolla síndrome de HELLP no ha cambiado y hasta se podría sugerir que ha aumentado, sin embargo la mortalidad se ve disminuida en un alto grado.

SUMMARY

We studied one hundred patients with high Blood pressure induced by pregnancy. We selected only Those who developed a HELLP syndrome.

The incidence of the HWLLP syndrome was 20% of the whole group. From these 75% were primiparous and 25% multiparous The age was From 24 to 42 years old.

The gestacional age in which the HELLP syndome ocurred as follows: 65% was in preterm babies, 25% inmature products and only 10% in term products.

The 100% of the patients had clinical manifestations, of these predominantlly were: Cephalea, dificult to control hipertension and generalized edema, 85% of these patients had epigastric pain, simulating a pre-hepatic rupture.

The HELLP syndrome was proved troung laboratory studies such as: Urianalysis, Complete Blood Count and Liver Profile.

The HELLP syndrome was clasificed as follows:

Class 1 Less Than 50 000 Platelets per microliter
Class 2 From 50 000 to 100 000 Platelets per microliter
Class 3 From 100 000 to 150 000 Platelets per microliter

35% of the patients were diagnosed as HELLP syndrome required Intensive Care Treatment. In this group we obtained 5% of direct mortality.

The Other 65% of the patients were treated in Our Perinatology Unit with established schemes. According to these results, our conclusions are: Patients with severe preeclampsia who develop a HELLP syndrome has not changed, furthermore it seems to be increases. However we observed a great diminished mortality.

INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos, además de ser uno de los padecimientos médicos más frecuentes de la gestación, constituyen también una causa importante de morbilidad materno-fetal. En la actualidad se clasifican de la siguiente manera (CNASM-F):

a).- Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo (EHAE) que aparece después de la semana 20 de gestación y esta a su vez se divide en: (1) (2)

a.1).- Preeclampsia leve

Preeclampsia severa

b.2).- Eclampsia convulsiva

b.3).- Eclampsia comatosa

b).- Enfermedad vascular crónica hipertensiva con embarazo (hipertensión esencial).

b.1).- Sin preeclampsia sobreagregada (no hay exacerbación de la hipertensión, ni aparición de proteinuria) hipertensión comprobada antes del embarazo o durante el embarazo, antes de las 20 semanas de gestación.

b.2).- Con preeclampsia o eclampsia sobreagregada, en la que existe exacerbación, de la hipertensión y aparece proteinuria.

c).- Toxemia recurrente.

d).- Toxemia no clasificada (datos insuficientes para realizar el diagnóstico). (3)

La preeclampsia se observa en forma más frecuente en la primigesta joven (menos de 20 años) o añosas (más de 35 años) en grandes multiparas; además existen factores de riesgo que condicionan esta patología como son: embarazadas, solteras, obreras, con embarazo múltiple, embarazo con polihidramnios, mujer desnutrida, anémica e hipoproteínica, en cardiopatas, hipertensas crónicas, nefrópatas, con hepatopatías, neumopatías, diabetes mellitus mujer con antecedentes de toxemia, antecedente de abruptio placentae en otros embarazos, antecedentes de muerte fetal, con antecedente de hipertensión arterial esencial en la familia, antecedentes de enfermedad trofoblástica, mujer con antecedente de síndrome antifosfolípidos primario, mujer con isoimmunización al RH (hidrops fetalís). (4) (6)

La incidencia de la preeclampsia es de un 6.8% de los embarazos y se considera enfermedad de primigestas y en un

1.75% se presenta como eclampsia y el 3.75% como preeclampsia severa y el 94.5% a eclampsia leve.

Se puede deducir entonces que la preeclampsia es una enfermedad generalizada, que se caracteriza por la triada clásica de hipertensión, proteinuria y edema generalizado después de la 20ava. semana de gestación (3) (4) (6), más eclampsia, que es la aparición de convulsiones durante el embarazo o en el postparto. dentro de los criterios que se utilizan para clasificar a la preeclampsia tenemos:

- 1.- Aumento de 30 mmHg en la presión sistólica habitual.
- 2.- Aumento de 15 mmHg o más en la presión diastólica.
- 3.- Presión sistólica igual o mayor de 140 mmHg.

4.- Presión diastólica igual o mayor de 90 mmHg, la cual se debe de detectar por lo menos en 2 ocasiones con un lapso de 6 horas, entre las tomas.

5.- Proteinuria mayor de 300mg/lt en 24 horas (6) (4)
(1)

Para hacer diagnóstico de preeclampsia severa, tomamos en cuenta los siguientes parámetros:

- a).- Proteinuria de 3 gr. o más en orina de 24 horas.
- b).- Presión sistólica igual o mayor de 160 mmHg.

- c).- Presión diastólica igual o mayor de 110 mmHg.
- d).- Alteraciones cerebrales o visuales.
- e).- Dolor en epigastrio.
- f).- Edema agudo de pulmón.
- g).- Trombocitopenia.
- h).- Edema generalizado.

Esta complicación aún más grave de la preeclampsia severa, es la que nos motiva a investigar la incidencia de esa complicación en las pacientes toxémicas. (1) (6) (4)

El síndrome de HELLP es un acrónimo propuesto por primera vez por Weinstein en 1982 para representar la forma más complicada de preeclampsia severa en pacientes con anemia hemolítica microangiopática, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia. (3) También se puede presentar como resultado de una preeclampsia mal diagnosticada o un estado de síndrome de coagulación intravascular diseminada leve. El síndrome de HELLP es la forma de preeclampsia severa que debe ser reconocida como una de las más severas manifestaciones de la enfermedad. (4) (2)

Se trata de una enfermedad rápidamente progresiva y que la valoración de la interrupción del embarazo es la llave de seguridad en el manejo de nuestro binomio (madre y feto). (6) Es una enfermedad que requiere un manejo agresivo para salvar

a la madre ya que generalmente nos enfrentamos a embarazos prematuros y esto condiciona una alta morbimortalidad para el producto (6) (5).

El síndrome de HELLP puede aparecer primero como un ataque de eclampsia, síndrome respiratorio del adulto, choque hipovolémico secundario a ruptura hepática o como síndrome de coagulación intravascular diseminada secundaria a microangiopatía trombótica.(5)

Se dice que el síndrome de HELLP se observa en 1 de cada 150 pacientes con preeclampsia lo que representa el 4 al 12% de todos los casos. (6) (3)

Además de los parámetros de laboratorio establecidos el nivel de plaquetas y la DHL son los mejores datos significativos de laboratorio que reflejan la severidad del síndrome de HELLP así como su recuperación. (5) La presión sanguínea (su estabilización) y la diuresis son dos criterios clínicos usados para estimar cuando la paciente puede ser transferida de una unidad de cuidados intensivos a una sala de recuperación con cuidados de rutina postparto. (5) (3) (2) El deterioro materno se valora en la rápida progresión del síndrome de HELLP, que se manifiesta por oliguria, hipertensión arterial de difícil control, eclampsia o

plaquetopenia progresiva hasta por debajo de 50 000 plaquetas por microlitro. (3)

El desarrollo de preeclampsia severa en el 2o. trimestre del embarazo se asocia con alta morbimortalidad perinatal y significativa mortalidad materna. (1)

La mortalidad materna asociada con síndrome de HELLP es proporcional a la severidad de la enfermedad sistémica, mientras que la morbimortalidad materna en un tercio de los casos del manejo del síndrome de HELLP, se toma en cuenta en un 1 a 2%, y en otros estudios la mortalidad asciende hasta el 24%. (5) Esta mortalidad probablemente se ve favorecida ya que el síndrome de HELLP tiene un alto riesgo para la infección, coagulopatía de consumo, falla renal, síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto, infarto-ruptura hepática y falla cardiopulmonar. (5) (1) (2) Se ha concluido que la paciente que cursó con síndrome de HELLP en su primer embarazo, tiene un 40% de posibilidades de que en su siguiente embarazo se presente el síndrome de HELLP, esto nos conlleva a realizar un control prenatal más especializado e intensivo para diagnósticar antes de la semana 32 de embarazo la posibilidad de presentarse el síndrome de HELLP. (2)

La información referente al síndrome de HELLP que ha sido mencionado, es una variante de la preeclampsia severa,

considerada también como progresiva y que presenta una alta morbimortalidad materno-fetal, esto es lo que nos motiva a realizar un estudio, en nuestro hospital y darnos cuenta de cuál es la frecuencia del síndrome de HELLP en pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo y saber la mortalidad de este síndrome, para ayudar a establecer si nuestra conducta es completa y acertada o requiere seguir actualizándonos en el diagnóstico y manejo de nuestras pacientes, para poder ofrecer un mejor pronóstico.

MATERIAL Y METODOS

El personal médico del servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital Regional lo. de Octubre del ISSSTE en base a comunicaciones previas sobre pacientes con hipertención arterial inducida por el embarazo y que han evolucionado a síndrome de HELLP realizó este estudio retrospectivo, para proporcionar información, acerca de este padecimiento.

Se incluyeron a 100 pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, en el periodo comprendido del 10. de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1994: Se incluyeron parámetros tales como: Edad de la paciente, tipo de hipertensión, edad gestacional, vía de interrupción del embarazo, cuadro clínico y estudios paraclínicos de apoyo. Utilizando un formato realizado por el investigador mediante tablas y gráficas.

Los datos de este estudio son eventos individuales, por lo cual se utilizó el porcentaje como método estadístico, para un mejor análisis de los resultados, obteniéndose una mejor panorámica de la conducta obstétrica en nuestros pacientes.

RESULTADOS

De la población estudiada con hipertensión arterial inducida por el embarazo (HAIE), el 20% cursó con síndrome de HELLP (fig. 1); De esta cifra el 75% fueron pacientes primigestas y un 25% se trató de pacientes multigestas (Fig.2) se observó también que la edad de la paciente no influye para el desarrollo de este padecimiento, ya que se puede presentar en forma indistinta en cualquier momento de la edad reproductiva.

También se observó que la edad gestacional, en la que más se presentó este padecimiento fué, en embarazos pretérmino con productos prematuros (29-36 semanas) en un 65% (Fig. 3), en segundo lugar en embarazos pretérmino con productos inmaduros (21-28 semanas) en un 25% y en un 10% en embarazos de término; tomando en cuenta la edad gestacional y la severidad del padecimiento, la vía de interrupción del embarazo fué por la vía abdominal para mejor pronóstico del binomio.

La sintomatología característica de este padecimiento en un 100% fué: Cefalea, hipertensión arterial de difícil

control, edema generalizado y en un 85% se vió acompañada por dolor en epigastrio con irradiación en barra. (Fig. 4)

En todos los casos el padecimiento se corroboró por exámenes de laboratorio tales como: Proteinuria, elevación de enzimas hepáticas, datos de laboratorio de hemólisis y plaquetopenia. (Fig. 5)

Como sabemos uno de los datos de laboratorio que nos ayuda a clasificar el síndrome de HELLP son las cuentas plaquetarias.

En el total de pacientes que se encontraron con este padecimiento, el 20% fué incluido en la clase 1, en el 30% en la clase 2, y en el 50% en la clase 3. (Fig. 6)

El 35% de las pacientes requirió el ingreso al servicio de terapia intensiva, el resto de estas pacientes (65%) fué manejada por el servicio de perinatología en forma integral.

La mortalidad que se presentó para el síndrome de HELLP fué del 10%.

DISCUSION

Los trastornos hipertensivos, además de ser uno de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación, también se consideran que traduce una alta morbimortalidad perinatal a nivel mundial. Este tipo de enfermedad hipertensiva conlleva a una de las complicaciones más severas como es el síndrome de HELLP, padecimiento que se observa con mayor frecuencia en las pacientes primigestas independientemente de su edad, aún sin antecedentes personales patológicos relevantes.

Se considera que el síndrome de HELLP es la forma de preeclampsia severa que debe ser reconocida como una de las más severas manifestaciones de la enfermedad; se trata de una enfermedad rápidamente progresiva y que la valoración de la interrupción del embarazo es la llave de seguridad en el manejo de nuestro binomio (madre y feto). Enfermedad que requiere un manejo agresivo para salvar a la madre, ya que generalmente nos enfrentamos a embarazos prematuros, aunque esto condiciona una alta morimortalidad para el producto.

El deterioro materno se valora en la rápida progresión del síndrome de HELLP que se manifiesta por oliguria profunda, hipertensión arterial de difícil control, eclampsia o plaquetopenia progresiva por debajo de 50 000 plaquetas por microlitro.

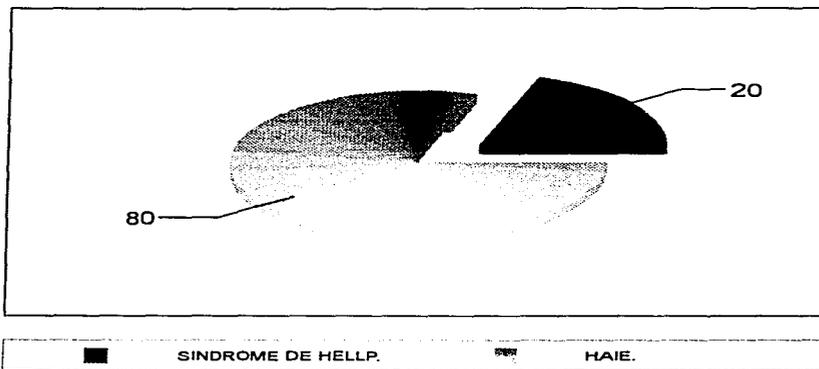
El desarrollo de preeclampsia severa en el 2o. trimestre del embarazo se asocia con alta morbimortalidad perinatal y significativa mortalidad materna. La mortalidad materna en un tercio de los casos depende del manejo para el síndrome de HELLP y se encuentra en un 1 a 2%.

CONCLUSION

Las consecuencias de realizar una buena valoración integral a nuestras pacientes, garantizan la menor incidencia de síndrome de HELLP, y a su vez el diagnóstico y el tratamiento oportuno de este síndrome disminuye la mortalidad materna.

Por lo cuál se concluye que se debe proporcionar una atención prenatal adecuada a todas las pacientes y en forma más estrecha a aquellas que nos dan indicio para sospechar la presentación de hipertensión arterial inducida por el embarazo o sobreañadida, esto con la finalidad de llevar a un buen pronóstico al binomio.

FIG.1 INCIDENCIA DE SINDROME DE HELLP EN PACIENTES CON HIPERTENCION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO.



HAIE: HIPERTENCION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO

**FIG.-2 PARIDAD DE LAS
PACIENTES CON SINDROME DE
HELLP.**

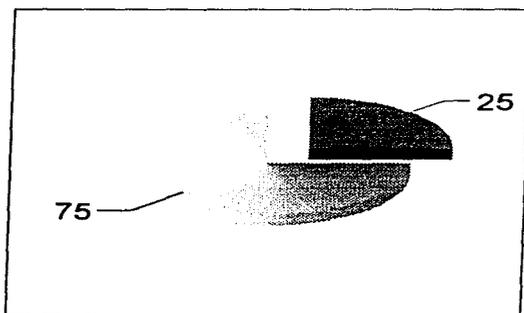


FIG.-3 EDAD GESTACIONAL EN LAS PACIENTES CON SINDROME DE HELLP

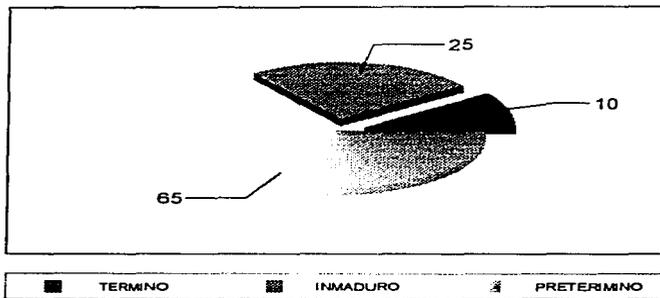


FIG.-4 MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP.

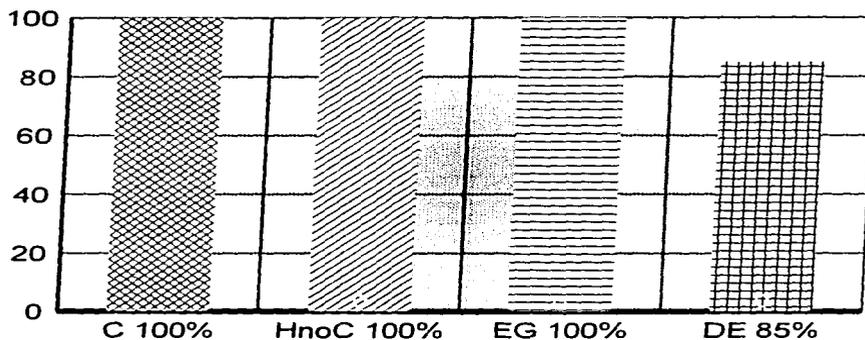
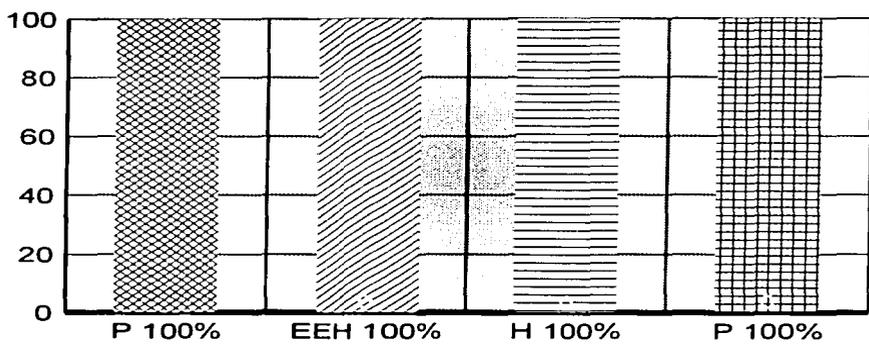
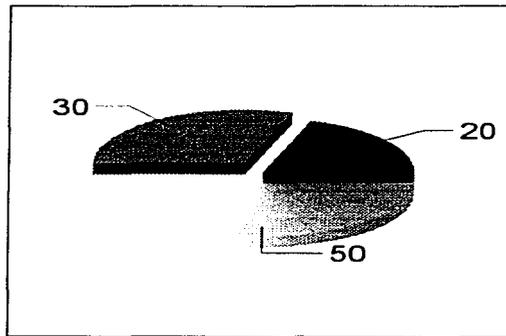


FIG.-5 DATOS DEL LABORATORIO PRESENTES EN LAS PACIENTES CON SINDROME DE HELLP.



**FIG.-6 PLAQUETAS EN
PACIENTES CON SINDROME DE
HELLP.**



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baha M. Sibai, MD., Shecif, MD., Fiana Foirlie MD., and Michael Mocett MD., A Protocol for managing severe pre-eclampsia in the second Trimestre. Am. J. Obstet Gynecol 1991; 163 (3): 733-738.

- 2.- Chistoper A. Sullivan MD., Everett F. Mogan MD., et al. The recurrence risk of the syndrome of hemólisis, elevated lives enzymas, and low platelets (HELLP) in subsequest gestations. Am J. Obstet Gynecol. 1994; 171 (4): 940-943.

- 3.- Everett F. Morgann MD., et al. Factors relevant to mode of preterm delivery with syndrome of HELLP. Am J. Obstet Gynecol. 1994; 170 (6): 1828-1831.

- 4.- Hawood J. Brown MD., Syndrome of HELLP. Am J. Obstet Gynecol. 1994; 170 (6): 1828-1832.

- 5.- Kenneth G. Perry, Jr. MD., and sunnet P. Chau Has, Md., postpartum corticoesteroids: Accelerated recovery from the syndrome of hemolysis, elevated lives enzymas, and low platelets (HELLP). Am J. Obstet Gynecol 1994; 171 (4) 1154-1158.

- 6.- Sthepen Loches, MD., Is Toxemia of pregnancy a better concept. Am J: Obstet Gynecol. 1994; 170 (6): 1832-1834.