



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**EFICACIA TERAPEUTICA DE LA DEXAMETASONA PARA EL CONTAJE
PLAQUETARIO Y FUNCIÓN HEPATICA EN PACIENTES CON SINDROME
HELLP. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO - AGOSTO DEL 2015.**

Autor: Dra. Solórzano Brigitte

CI: 17.165.295

Tutor: Dr. Flores Jean Carlos

CI: 13.150.026

Noviembre 2015



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**EFICACIA TERAPEUTICA DE LA DEXAMETASONA PARA EL CONTAJE
PLAQUETARIO Y FUNCIÓN HEPATICA EN PACIENTES CON SINDROME
HELLP. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO - AGOSTO DEL 2015.**
Trabajo de Grado para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Autor: Dra. Solórzano Brigitte

CI: 17.165.295

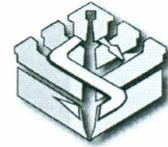
Tutor: Dr. Flores Jean Carlos

CI: 13.150.026

Noviembre 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA



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:

***"EFICACIA TERAPÉUTICA DE LA DEXAMETASONA PARA EL
CONTAJE PLAQUETARIO Y FUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CON
SÍNDROME HELLP. HOSPITAL CENTAL DE MARACAY ENERO -
AGOSTO 2015"***

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

SOLORZANO BRIGITTE OLIMAR

C.I.: 17.165.295

Tutor del Trabajo de Grado: **Jean Carlos Flores, C.I.: 13.150.026**

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.

Profa. María Alejandra Sánchez
C.I.: 12.725.063

Dr. Franqui J. Sandoval M
Ginecología - Obstetricia
R. 6053 61825 cma: 7090
cr: 12-902-988

Prof. Franqui Sandoval
C.I.: 12.902.988

Profa. María E. Verenzuela
C.I.: 4.358.683

"Democracia y Autonomía, garantía de presente y futuro Universitario"
Final Av. Leonardo Ruiz Pineda - La Morita - Edo. Aragua
Telf. 0241-6004000 - 6005000 ext. 404140





**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



EFICACIA TERAPEUTICA DE LA DEXAMETASONA PARA EL CONTAJE PLAQUETARIO Y FUNCIÓN HEPATICA EN PACIENTES CON SINDROME HELLP. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO - AGOSTO DEL 2015.

AUTOR: Dra. Solórzano Brigitte. C.I: 17.165.295

TUTOR: Dr. Flores Jean Carlos. C.I: 13.150.026

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos son los desórdenes médicos más comunes durante el embarazo, siendo el Síndrome Hellp una complicación grave de la pre eclampsia que afecta fundamentalmente a la producción de células sanguíneas y a la función hepática. El trabajo tuvo como objetivos determinar eficacia terapéutica de la dexametasona para el conteo plaquetario y función hepática en pacientes con síndrome Hellp, describir las Características socio epidemiológicas y obstétricas, Catalogar la clase de Síndrome Hellp, Identificar la correlación de tiempo de administración de la dexametasona para el aumento del conteo plaquetario y función hepática, evaluar las pacientes con síndrome hellp que ameritaron la administración de concentrado plaquetario. Un Estudio clínico e investigación de campo, cuantitativa, no experimental, prospectivo de corte trasversal realizado de Enero- Agosto 2015. Se trabajó con una población de 18 pacientes y una muestra tipo censal conformada por la misma cantidad de individuos. Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta y como instrumento un cuestionario mixto, conformado por 13 ítem. La investigación se realizó en estricto cumplimiento de los mandatos éticos de legalidad y legitimidad de investigación médica. Se concluyó que el protocolo del uso de la dexametasona empleado en el servicio de emergencia obstétrica del HCM se aplica a cabalidad en el tiempo. Se recomienda cumplir la indicación emanada por ambos protocolos, ya que se obtuvo en este estudio los resultados esperados, corroborando la eficacia terapéutica de la dexametasona.

Palabras claves: hipertensión, síndrome Hellp, dexametasona, conteo plaquetario y función hepática.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



THERAPEUTIC EFFICACY OF DEXAMETHASONE FOR COUNTING PLATELET AND HEPATIC FUNCTION IN PATIENTS WITH HELLP SYNDROME. MARACAY CENTRAL HOSPITAL JANUARY - AUGUST 2015.

ABSTRACT

Hypertensive disorders are the most common medical disorders in pregnancy, HELLP syndrome remains a serious complication of preeclampsia that primarily affects the production of blood cells and liver function. The study aimed to determine therapeutic efficacy of dexamethasone for platelet count and liver function in patients with HELLP syndrome, describe the epidemiological characteristics and obstetric partner, catalog class HELLP syndrome, identify the correlation time for administration of dexamethasone increased platelet count and liver function, evaluating patients with HELLP syndrome who merited the administration of platelet concentrate. A clinical and field research, quantitative, non experimental, cross-sectional prospective study conducted from January-August 2015. Worked with a population of 18 patients and a sample census type made by the same number of individuals. As data collection technique survey instrument was used as a mixed questionnaire, consisting of 13 item. The research was conducted in strict compliance with the ethical mandates of legality and legitimacy of medical research. It was concluded that the protocol on the use of dexamethasone used in emergency obstetric service HCM applies fully in time. It is recommended meet the indication issued by both protocols, since the expected results obtained in this study, confirming the therapeutic efficacy of dexamethasone

Keywords: hypertension, HELLP syndrome, dexamethasone, platelet count and liver function.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en muchas oportunidades se ha visto amenazado por diversas patologías que pueden afectar el pronóstico materno fetal, una de las principales complicaciones es la hipertensión. Los trastornos hipertensivos son los desórdenes médicos más comunes durante el embarazo; de todos ellos la hipertensión gestacional y preeclampsia - eclampsia constituyen aproximadamente el 70%, el otro 30% está representado por la hipertensión arterial crónica diagnosticada antes del embarazo o en las primeras 20 semanas del mismo. (1)

La preeclampsia, es una patología que aparece exclusivamente durante el embarazo, se caracteriza por la elevación de la tensión arterial, síntomas neurológicos y proteinuria. Es una enfermedad que abarca un espectro clínico que va desde la preeclampsia a la eclampsia y el síndrome hellp. Comprende un grupo de trastornos observados en el embarazo, parto y puerperio por hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación. La preeclampsia puede evolucionar a un proceso agudo con convulsiones generalizadas tónico-clónicas y/o coma, llamándose entonces eclampsia o puede complicarse con un cuadro agudo de ataque multisistémico conocido como síndrome hellp. (1)

El síndrome Hellp es una complicación grave de la preeclampsia que afecta fundamentalmente a la producción de células sanguíneas y a la función hepática. La primera descripción de defectos de la coagulación y la presencia de microtrombos en una embarazada fueron descritos por Schmort en 1893; posteriormente en 1922, Stanke comunicó la presencia de hemólisis y trombocitopenia en la paciente ecláptica. En 1954 Pritchard y col informaron de 3 casos de preeclampsia asociadas a trombocitopenia, elevación de las enzimas hepáticas y hemólisis. Goodlin en 1978 la consideró como una forma temprana y ominosa de preeclampsia grave. Fue escrita por Weinstein 1982, y su nombre viene dado por el acrónimo formado por las iniciales en inglés de los datos de laboratorio que lo caracterizan: hemolysis, elevated liver function test and low platelets count. Se considera, como hemos dicho, una complicación de la preeclampsia, aunque a veces la hipertensión y la proteinuria aparecen después de instaurarse el cuadro. (2)

Ahora bien, Martin y colaboradores en 1990 en la Universidad de Mississippi basaron la clasificación del síndrome hellp de acuerdo a la severidad de la trombocitopenia en: Clase I: <50.000 plaquetas/ mm³. Clase II: 50.000-100.000/ mm³. Clase III: 100.000-150.000/ mm³;

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 (2)

El síndrome Hellp es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal, se desconoce la etiología de este síndrome, pero se postulan cuatro hipótesis, como, la isquemia placentaria, los lípidos maternos, el mecanismo inmunológico y la impronta genética. La hemólisis definida como la presencia de una anemia hemolítica microangiopática, es el factor determinante del síndrome Hellp. La afectación hepática del síndrome Hellp se debe a depósitos de material fibrinoide en el espacio parenquimatoso o periportal. Estos depósitos de fibrina en los sinusoides hepáticos provocan la obstrucción de la capsula hepática probablemente responsable de los síntomas, dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, además de la elevación de las enzimas hepáticas. La disminución de las plaquetas se debe al estado de microangiopatía generalizada, con una activación de la actividad plaquetaria que da lugar a un desequilibrio entre el tromboxano A₂ y la prostaciclina, con un aumento relativo de la secreción de tromboxano A₂ y serotonina. La liberación de tales factores por parte de las plaquetas activadas conlleva al vasoespasmo, la hiperagregabilidad plaquetaria, perpetuando y agravando el daño endotelial y disminución de sustancias vasodilatadoras como la prostaciclina y el óxido nítrico, todo lo cual lleva a un estado de hiperreactividad vascular. (3)

Los cuadros de hipertensión asociados al embarazo continúan presentando un alto impacto; tanto en la morbimortalidad materna, como perinatal, siendo de gran preocupación a nivel global. La incidencia en la mayoría de los servicios de Obstetricia oscila entre un 5% a un 10% de total de los embarazos. Además, es una de las tres principales causas de muerte materna en todo el mundo, y la segunda en Latinoamérica. Se estima que en todo el mundo cada año fallecen 50,000 mujeres por causas relacionadas con la hipertensión; desafortunadamente, entre 95 y 97% de esas muertes ocurren en países de bajo ingreso. (4)

Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2004), cada año más de 4.000.000 mujeres desarrollarán Preeclampsia, cerca de 100.000 presentarán Eclampsia y más del 90% de esos casos y que además la mortalidad por Síndrome Hellp es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo. (5 ,6)

Una complicación grave, que puede desarrollarse antes del parto (usualmente en el III trimestre) o en el post parto, es llamado síndrome Hellp. Su incidencia es variable, dándose cifras como un 2 % en la zona este de EE.UU. y un 30 % en Puerto Rico. En el Perú su incidencia fluctúa entre 3 y 10 % de la población general, siendo más frecuente en las poblaciones menos favorecidas. (7)

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. Se encontró un estudio por Fleitas y colaboradores donde se reportó en 1997 la incidencia de la morbimortalidad materna del síndrome Hellp en Venezuela de 5,13 %, siendo este el único trabajo encontrado en nuestro país con este tipo de información. (8, 20)

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. (9)

Debido la incidencia a nivel mundial se han publicado diferentes resultados sobre el síndrome Hellp, específicamente en México se realizó un trabajo de investigación por, Salazar D. y colaboradores (2005) sobre la eficacia de dosis alta de dexametasona en el tratamiento del síndrome Hellp realizado en la UCI de 3 hospitales de tercer nivel de atención, se estudiaron 54 pacientes, arrojando resultados, un aumento de las plaquetas a las 12, 18 y 24 horas después de la administración del medicamento, además de la disminución de los niveles de transaminasas hepáticas (10).

Por otra parte, en Colombia, Carreño F. (2015) realizó un estudio sobre síndrome Hellp en embarazos preterminos, evidencia fisiopatológica para uso de corticosteroides ante parto, donde estudiaron 17 embarazos complicados con síndrome Hellp pre y posparto, encontraron

reducción de la hemólisis ($p=0,002$) y de las enzimas hepáticas ($p=0,003$) e incremento de las plaquetas ($p=0,0001$) en las primeras 24 horas luego de la administración de dexametasona a dosis similares. (11). A diferencia del estudio realizado por Katz L. Brasil (2007) sobre uso de Dexametasona después del parto para las mujeres con síndrome Hellp, realizó un estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego, donde se llevó a cabo la participación de 105 mujeres con síndrome Hellp, asignados al azar a usar dexametasona ($n=56$) o placebo ($n=49$), concluye que los resultados de este estudio no apoyan el uso de la dexametasona en el puerperio para la recuperación de los pacientes con síndrome Hellp, debido a que el plan de rescate se utilizó en 12,5 % de los pacientes que recibieron dexametasona y en el 18,8 % de los que utilizan el placebo por lo tanto no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. (12)

De igual manera en Chile, Caro J, Vega F. y colaboradores (2008) a pesar de no contar con un protocolo para la terapéutica de síndrome Hellp, realizó un estudio donde evalúa la experiencia del síndrome Hellp en el Hospital Regional De Puerto Montt, en 33 pacientes donde se les aplicaron a un 27 % la dexametasona, no ofrecen conclusiones ya que las dosis y la duración del tratamiento fueron heterogéneas, pero encontraron un reporte de caso clínico en el que su uso fue beneficioso basado en la evolución clínica y de laboratorio por lo que implementaran un protocolo. (13)

Al igual que sucede con la preeclampsia, la terminación del embarazo es la única forma de conseguir la curación definitiva, por lo que la interrupción de la gestación suele ser lo más indicado. Aunque existe desacuerdo en el tratamiento de las pacientes con preeclampsia y síndrome Hellp, algunos autores sugieren que su presencia es expedita de parto o evacuación uterina, entre tanto que otros recomiendan un tratamiento más conservador, con el intento de prolongar el embarazo en casos de inmadurez fetal, en beneficio del feto, sobre todo con el uso más liberal de esteroides en los casos de Síndrome Hellp. Los corticoesteroides del tipo dexametasona introducido por primera vez por Thiagarajah y colaboradores en 1984 donde realizaron un estudio evidenciando su beneficio y mejoría en los resultados bioquímicos y disminuir la morbilidad materna. Los corticosteroides tienden a incrementar la concentración de hemoglobina y el número de eritrocitos en sangre, la capacidad de estos esteroides para retardar la eritrofagocitosis pueden contribuir a su producción, también tienen la capacidad de prevenir o suprimir el desarrollo de las manifestaciones de la inflamación, es por esto que la

dexametasona disminuye o minimiza la lesión o daño endotelial, mejora el flujo sanguíneo, especialmente a nivel de los sinusoides hepáticos y por consiguiente detienen el consumo de plaquetas y la muerte del hepatocito.(14, 15)

Según el Protocolo de atención Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS 2012). Se prefiere la dexametasona a dosis de 10 mg intravenosa cada 12 horas hasta corroborar una tendencia, en un mínimo de 2 controles de laboratorio, de un aumento progresivo del recuento plaquetario y de una mejoría sustancial de los otros marcadores bioquímicos. En ese momento se debe indicar una dosis final de 5 mg vía intravenosa cada 12 horas por dos dosis. (16).

En el Hospital central de Maracay (SAHCM), existe un protocolo el cual se rigen a la dosis inicial de 8 mg vía intravenosa cada 12 horas hasta corroborar una tendencia, en un mínimo de 2 controles de laboratorio, de un aumento progresivo del recuento plaquetario y de una mejoría sustancial de los otros marcadores bioquímicos. En ese momento se debe indicar una dosis final de 4 mg intravenosa cada 12 horas por dos dosis. (17)

Cabe considerar por otra parte, que este Centro Asistencial es un Hospital Tipo IV, al cual acuden o son referidas, a la emergencia obstétrica, las gestantes con complicaciones médicas, con mayor incidencia los trastornos hipertensivos y el síndrome Hellp no escapa a esta situación, siendo este síndrome unas de las causas de ingreso al servicio de la unidad de cuidados intensivos; por la antes descrito se consideró de importancia determinar la eficacia terapéutica de la dexametasona para el conteo plaquetario y función hepática en pacientes con síndrome hellp del Hospital Central de Maracay Enero - Agosto 2015, administrada en las primeras 48 horas de puerperio y enfatizar el impacto que tiene este corticosteroide en el manejo de dicho síndrome. Para lo cual se propone; describir las Características socio epidemiológicas y obstétricas de las pacientes con síndrome Hellp en la emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay Enero –Agosto 2015, catalogar la clase de síndrome Hellp en las pacientes que consultan en el hospital central de Maracay, identificar la correlación de tiempo de administración de dexametasona para el aumento del conteo plaquetario y mejoría de la función hepática, evaluar las pacientes con síndrome hellp que ameritaron la administración de concentrado plaquetario.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Estudio clínico e investigación de campo, cuantitativa, con un diseño no experimental, prospectivo y de corte trasversal realizado desde Enero- Agosto 2015, enmarcado en las Línea de investigación de las enfermedades hipertensivas del embarazo. Cuyo universo en estudio o población está conformado por las pacientes con síndrome Hellp, atendidas en servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Central de Maracay estado Aragua para el periodo propuesto, se trabajó con una población de 18 pacientes conformada por una muestra censal de 18 individuos. Se excluyeron aquellas a las cuales no obedecían a los criterios de elegibilidad típico de una paciente síndrome Hellp según clasificación de Mississippi.

Para el procedimiento de recolección de muestra se realizó una toma de 5 cc de sangre, en un tubo tapa morada (con Anticoagulante) y otro tapa roja (Sin Anticoagulante), la cual son llevadas al laboratorio central del Hospital Central de Maracay, el cual presta su apoyo para procesar las mismas, mediante sistema automatizado, Celldym Emerald, Architet y Baekman Coulter. Para la recolección de los datos de cada variable se usa la técnica de Encuesta, y como instrumento de recolección de datos un cuestionario mixto constituido por los datos socios epidemiológicos como edad, procedencia, antecedentes patológicos previos, antecedentes obstétricos como numero de gestas y edad gestacional al ingreso, Diagnostico de ingreso y clasificación del síndrome Hellp, Análisis de laboratorios, aplicación de Dexametasona y si se usó o no concentrado plaquetario, días de hospitalización. Una vez obtenidos los mismos e insertados en una base de datos Excel 2007, y analizados con paquete estadístico SPSS v 20 para cálculos de frecuencia absoluta y relativa, así como para asociación de variables se usó comparación de medias con matriz ANOVA, grados de libertad y IC95% valor de $p < 0,05$, se realizaron cuadros que analizados y discutidos permitieron establecer conclusiones.

RESULTADOS

Tabla Nro. 1 Caracterización epidemiológica de pacientes con síndrome Hellp.

	Variables	f	%	IC 95%
Edad	15 A 19	5	27,78	7,09-48,47
	20 A 24	4	22,22	3,02-41,43
	25 A 29	4	22,22	3,02-41,43
	30 A 34	3	16,67	0,00-33,88
	35 A 39	1	5,56	0,00-16,14
	> 40	1	5,56	0,00-16,14
	Procedencia	Aragua	16	88,89
Guárico		2	11,11	0,00-25,63
Ante pre mórbito	No	15	88,9	66,12-100,55
	SI	2	11,1	0,00-33,88
Gestas	Primigestas	13	72,22	51,53-92,91
	Múltipara	5	27,78	7,09-48,47
Clasificación	Pretermino inmaduro	1	5,56	0,00-16,14
	Pretermino	17	94,44	83,86-100,00
Total		18	100	

Tabla 1. De la muestra analizada de pacientes con síndrome Hellp en cuanto a su edad estuvo comprendida entre 15 a 43 años con un promedio de $25,39 \pm 7,87$ años, siendo el grupo de edad más frecuente el de 15 a 19 años con el 27.78 % (N:18 IC95% 7,09-48,47). El 88,89% pertenecen al Estado Aragua, el restante 11,11% del Estado Guárico, el 88,9% no presentó antecedentes pre mórbitos, mientras el 11,1 % (n: 2) restante si lo presentó, siendo la Hipertensión arterial crónica la predominante con 100 % de este grupo. El 72,22% de las gestantes con síndrome Hellp fueron primigestas, la edad gestacional con 94,44% correspondió entre 22 a 36 semanas.

Tabla Nro. 2 Diagnostico al ingreso y clasificación síndrome Hellp según Mississippi.

Variables		f	%	IC 95%
Dx Ingreso	Preeclampsia grave	13	72,22	51,53-92,91
	Eclampsia	3	16,67	0,00-33,88
	HTA crónica mas Preeclampsia	2	11,11	0,00-25,63
Hellp	Clase I	5	27,78	7,09-48,47
	Clase II	13	72,22	51,53-92,91
Total		18	100	

Tabla 2. Al catalogar las pacientes según diagnóstico de ingreso es su mayoría fue Preeclampsia grave con el 72,22 %, y al clasificarla según recuento plaquetario y usando la clasificación según Mississippi predomina el clase II con el 72,22%. (N: 18 IC95%; 51,53-92,91).

Grafico Nro. 3 Relación de la variable Tiempo y Laboratorios de las pacientes con síndrome Hellp.

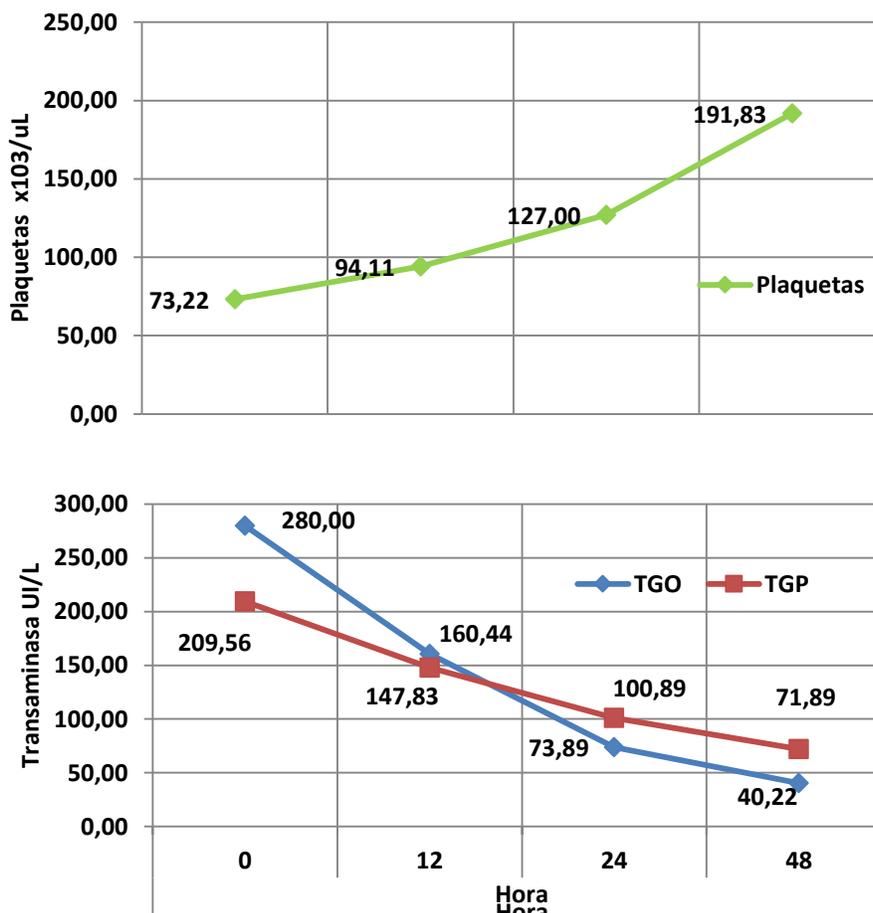


Grafico N° 3 Al cruzar la variable tiempo y laboratorio se evidencian en la muestra general, que el ascenso de las plaquetas es progresivo, así mismo el descenso de las transaminasas, la TGO cuya curva es más inclinada, indicando que el descenso a niveles normales en el tiempo es mas rápido que la TGP sobre todo para el tiempo 24 a 48 horas del inicio del tratamiento.

Tabla Nro. 3 Relación de la variable Tiempo, clase I y II con resultados de Laboratorios de pacientes con síndrome Hellp.

Hora	Plaqueta			TGO			TGP		
	Clase			Clase			Clase		
	I	II	p	I	II	p	I	II	p
0	40,80	85,69	0,000	218,4	303,7	0,505	174,40	223,08	0,548
12	77,80	100,38	0,241	132,0	171,4	0,595	125,60	156,38	0,588
24	107,00	134,69	0,326	75,4	73,3	0,943	97,60	102,15	0,898
48	211,40	184,31	0,533	46,8	37,7	0,513	72,40	71,69	0,976

Tabla 3. Al relacionar las variables tiempo, laboratorio y clase de Hellp, se determina que el ascenso de las plaquetas en el Clase I es más pronunciado que el Clase II a través del tiempo, de igual manera el comportamiento hacia el descenso a la normalidad de las transaminasas, mas rápido en Clase II que en la Clase I, aunque se describe este comportamiento en general y entre ambos grupos, estadísticamente no es significativo ya que $p > 0.05$.

Tabla Nro. 3.1 Relación de la variable clase Hellp y Días de hospitalización.

HELLP	N	Media	Desviación típica	IC 95%		Mínimo	Máximo	F	p
				Límite inferior	Límite superior				
Clase I	5	8,60	5,941	1,22	15,98	4	18	0,342	0,567
Clase II	13	7,31	3,425	5,24	9,38	3	13		
Total	18	7,67	4,116	5,62	9,71	3	18		

Tabla 3.1. En promedio las pacientes con síndrome Hellp clase I permanece más tiempo en hospitalización alrededor de $8,60 \pm 5,94$ días aun cuando la diferencia es mínima con respecto al Hellp clase II con un promedio de $7,31 \pm 3,42$ días, lo cual no fue estadísticamente significativa ya que $p > 0,05$.

DISCUSIÓN

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son motivos de múltiples investigaciones en el campo científico y terapéutico, orientadas a lograr una considerable disminución de la morbimortalidad materna y fetal en las pacientes complicadas con esta enfermedad, no escapa de ello, las investigaciones realizadas en las complicaciones más frecuentes de la preeclampsia como lo son la eclampsia y el síndrome Hellp. En el ámbito mundial se han llevado a cabo investigaciones que aceleran la recuperación de las pacientes acechadas por este síndrome.

De acuerdo a los resultados en la muestra estudiada, 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 – Agosto 2015, que las edades más frecuentes en pacientes con síndrome hellp estuvo comprendida entre los 15 y 19 años, con edad promedio de 25 años, relación semejante a la presentada en el estudio Caro J, Vega F. y colaboradores 2008 donde se observó la distribución según la edad, de 15 – 20 años lo que constituyó un 56,7 % de pacientes con una edad promedio de 26 años. En relación a los antecedentes pre mórbidos el 88,9% lo niega, hay que destacar que el 11,1 %, que si lo declararon en este grupo el 100% refieren presentar como antecedentes la Hipertensión Arterial Crónica. Este estudio coincidió, con el realizado por Soto F. y colaboradores 2014, donde mencionan que su mayor incidencia del 15,6 % corresponden a hipertensión arterial crónica como antecedentes personal patológico. (19) Es importante establecer que esta situación no

difiere de la incidencia de hipertensión arterial en la población general lo cual nos impide considerar este antecedente personal como un factor de riesgo aislado para síndrome Hellp.

Llama la atención, que en la muestra estudiada, la mayoría de las gestantes con síndrome Hellp fueron primigesta con edades gestacionales pretérmino comprendidas entre 22 a 36 semanas, resultado apoyado por el estudio de Ramírez y Hernández 2013, en el cual, la media de edad gestacional al momento del diagnóstico fue 36 semanas con mínima de 22 semanas y máxima de 41 semanas. (20) Igualmente la Organización Mundial de la Salud afirma que el síndrome Hellp se presenta entre la 27 a 37 semanas de gestación (5); lo cual establece su importante relación con prematuridad.

Al comparar los resultados del siguiente estudio, el diagnóstico de ingreso en su mayoría fue preeclampsia grave y de acuerdo a la clasificación Mississippi el Hellp clase II resulto con mayor índice de frecuencia, coincidiendo con el realizado por Sibai citado por Pérez y colaboradores 2012, refieren que el mayor porcentaje de pacientes complicadas con Síndrome Hellp presentaron diagnóstico de Preeclampsia Grave (76,2% de los casos); y observaron que el Síndrome Hellp clase II se presenta con mayor frecuencia. (21) En contraste con el trabajo de Salazar D. 2005, donde el 54 % de las pacientes curso con clase I y 41% clase II.

El comportamiento en general de los laboratorios es el incremento de los valores de las plaquetas en forma gradual y el descenso de las transaminasas, siendo más acentuado entre las 24 a 48 horas, en contraposición con el estudio realizado por Fonseca y colaboradores citados por Caro J. 2008, donde no hubo diferencias en el tiempo de recuperación de plaquetas y transaminasas.

Pero al relacionar este tiempo con la clasificación de Hellp vemos que la recuperación del Hellp clase I, con referencia al conteo plaquetario, exponencialmente alcanza más rápido sus valores normales que la clase II, sucede que para el descenso de las transaminasas a la normalidad de sus valores, es más acentuado en el clase II que en el clase I, este resultado coincide, con referencia al conteo plaquetario, con el estudio realizado por Wallace et al, citado por Carreño F. 2015, donde encontraron aumento de las plaquetas y reducción de las enzimas hepática en las primeras 24 horas con una recuperación más acentuada el Hellp clase I.

Por otra parte, se evidenció en cuanto a el tiempo de hospitalización la paciente con Hellp clase I permaneció en promedio $8,6 \pm 5,94$ días a pesar que en ella la evolución a la normalidad es más rápida pero no muy diferente a las de Hellp clase II.

De acuerdo a los resultados obtenidos ninguna paciente utilizó hemoderivados como concentrado plaquetario, coincidiendo con el estudio con Salazar D. 2005 donde se estudiaron 54 pacientes y con resultados satisfactorios que no utilizaron dichos hemoderivados.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de la muestra estudiada, estableció que el Síndrome Hellp es más frecuente en jóvenes primigestas con edades comprendidas entre 15 y 19 años, sin antecedentes premorbidos, predominando el Hellp clase II según Mississippi.

Asimismo, se observó su mejoría en el tiempo, principalmente entre las 24 y 48 horas de su instauración, tanto para el aumento de las plaquetas como para el descenso de las transaminasas, con una diferencia de acuerdo a su clasificación, debido, que en el Hellp Clase I su recuperación

es más rápida alcanzando sus valores normales de conteo plaquetario que en el Clase II y para el descenso de las transaminasas más acentuado en el Clase II que en el Clase I.

Sin embargo, su estancia hospitalaria no es diferente entre ambos grupos, lo que si se acorta para los mismos. Debido a que la dexametasona aminora el curso de la enfermedad y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Acelera la recuperación de las pacientes con síndrome hellp minimizando la morbilidad materna y los costos derivados de la hospitalización de estas pacientes, demostrado en este estudio.

Igualmente, se observó que ninguna paciente utilizó hemoderivados como concentrado plaquetario. Finalmente, La hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia severa, eclampsia y Síndrome Hellp, constituyen una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal. Si bien su etiología no está del todo definida, es importante que el manejo de éstas, esté basado en su fisiopatología y en esquemas terapéuticos protocolizados, por lo que se recomienda cumplir la indicación del protocolo, a pesar de su diferencia en miligramos, se obtuvo en este estudio los resultados esperados, corroborando la eficacia terapéutica de la dexametasona.

Por otra parte, es necesario que en nuestra población se recalque la importancia de la consulta prenatal, de esta manera se realizaría una detección más temprana de las gestantes con enfermedad hipertensiva, esto con la finalidad de disminuir los resultados perinatales adversos, debido a que en el estudio se demostró la incidencia de este síndrome en edades tempranas de la vida con embarazos preterminos.

Sin embargo, se pone a consideración una línea para el desarrollo de futuras investigaciones, relacionadas con la aplicación de la dexametasona, debido a las diferencias encontradas con la indicación emanada por ambos protocolos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guariglia D. Hipertensión en el Embarazo. Caracas: Disinlimed; 2006; p.15- 95.
2. Usandizaga J De la Fuente P; Obstetricia y Ginecología; Marban; Madrid; 2011; p. 456
3. L. cabero, D. Saldivar, E. Cabrillo. 2007. Obstetricia y Medicina Materno- Fetal. Medica Panamericana. España. 675- 676
4. Martínez A, Cano M. Manejo Anestésico del Síndrome Hellp. Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/rca/files%5Carticulos%5Cv31n1a04.pdf>. Consulta septiembre, 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. (2004). Recuperado en 2012, de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema08.htm>
6. Biblioteca de salud reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial De la Salud. 2015.
7. Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome Hellp: características maternas y resultado neonatal. Unidad de cuidados intensivos maternos. Instituto materno, perinatal. Lima, Perú. Revista en línea. Hosp.Mat.Inf. (2004). 21, 17-23
8. 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
9. Departamento de estadística Médica del Hospital Central de Maracay. Maracay Venezuela 2012.
10. Salazar D, Vega B, Gutiérrez O, Sánchez M; Eficacia de dosis altas de dexametasona en el tratamiento del síndrome de hellp. Rev. Asoc Mex Med Crit; 2005; p.156-162.
11. Carreño F. Síndrome hellp en embarazos preterminos, evidencia fisiopatológica para uso de corticosteroides anteparto. Colombia; (2015). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012103192015000100005&script=sci_arttext&lng=pt.
12. katz L. uso de Dexametasona después del parto para las mujeres con el síndrome Hellp. Brasil. Universidad Estatal de Campinas. 2007. Trabajo de grado en Línea. Consulta [julio10]. Disponible en: <file:///C:/Users/jesus/Desktop/El%20uso%20de%20dexametasona%20en%20pueperas%20con%20el%20s%C3%ADndrome%20HELLP%20ensayo%20cl%C3%ADnico%20aleatorizado%20y%20controlado%20con%20placebo.html>.

13. Caro J, Vega F. Y Colaboradores. Síndrome Hellp: Experiencia Del Hospital Regional De Puerto Montt, Revista Obstetricia Y Ginecología de Chile; 2008. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262008000500007&script=sci_arttext
14. Vigil P. Síndrome Hellp. Revista Médica Electrónica; México 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>
15. L. cabero, D. Saldivar, E. Cabrillo. 2007. Obstetricia y Medicina Materno- Fetal. Medica Panamericana. España. 676
16. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos de Atención cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. 2012. (p-134).
17. Protocolo de Obstetricia emanado del MPPS. Primera edición. 2011. P 125- 139. Actualización de las pautas de tratamiento para hipertensión en el embarazo. Hospital central de Maracay.
18. Pavajeau, J. Características Epidemiológicas De Pacientes Con Síndrome De Hellp Ingresados A La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Universitario De Maracaibo. Universidad del Zulia. 2009. Trabajo de Grado en línea. Consulta [octubre 21] Disponible: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/20/TDE-2011-10-27T13:41:46Z-1991/Publico/pavajeau_ospino_jesus_dario.pdf.
19. Soto F. y colaboradores. Síndrome HELLP: Morbilidad-Mortalidad Materna Y Perinatal. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00487732201400040004
20. Ramírez A, Hernández S. Características Maternas Y Resultado Neonatal En Pacientes Con Preeclampsia En El Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Militar Central Entre Julio De 2011 Y Junio De 2013. Hospital militar central. Bogotá. Trabajo de Grado en Línea. Consulta[mayo 15] Disponible en : <file:///C:/Users/jesus/Downloads/HernandezMartinezSaydaGiovanna2013.pdf>
21. 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>

