

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP.
SERVICIO DE MATERNIDAD DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.
ENRIQUE TEJERA”, ENERO-ABRIL 2014.**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP.
SERVICIO DE MATERNIDAD DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
ENRIQUE TEJERA", ENERO-ABRIL 2014.**

Autora:

Pérez S. Adriana C.

Valencia, Julio 2014



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP.
SERVICIO DE MATERNIDAD DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
ENRIQUE TEJERA", ENERO-ABRIL 2014.**

Autora:

Pérez S. Adriana C.

Tutores:

Antonio Granella
Mireya Zavala

TRABAJO QUE SE PRESENTA ANTE LA ILUSTRE UNIVERSIDAD DE CARABOBO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Valencia, Julio 2014



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECCION DE POSTGRADO
 PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
 CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de Grado titulado: **Caracterización de pacientes con Síndrome de HELLP. Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Enero-Abril 2014.** Presentado por Adriana Pérez Santaella, para optar al título de Especialista en Medicina Interna, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: _____

Nombre y Apellido

C.I.

Firma del Jurado

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer ante todo, a Dios por guiar e iluminar mis pasos durante la elaboración de este proyecto, a mi Padre Rafael Pérez Hernández quien desde el cielo es mi mayor inspiración, a mi Madre Amarillys Santaella por ser ejemplo de lucha y constancia, por apoyarme en la construcción de todos mis sueños, a mi Hermano Rafael Pérez por haber asumido un rol en mi vida de orientación en todo momento siendo parte fundamental de las decisiones que tomo.

Quiero brindar un agradecimiento muy especial a mis tutores Antonio Granella y Mireya Zavala, quienes fueron grandes colaboradores y pilares fundamentales para la elaboración de esta investigación, y a mis compañeros de guardia de Obstetricia: Jaime Parra, Yorlangel Hernández (R3), Margareth Suárez, Sabrina La Cruz (R2) y Marieve Romero, Keila Mercado y Krizvani Natera (R1) por su total apoyo en la búsqueda y seguimiento de las pacientes.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Preliminares	
Agradecimientos	iii
Índice General	iv
Índice de Tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	1
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Metodología	5
Resultados	7
Discusión	10
Conclusiones y Recomendaciones	13
Referencias Bibliográficas	15
Anexo A	17
Anexo B	18
Anexo C	19
Anexo D	20

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:

Distribución según estado civil, nivel socioeconómico, instrucción, ocupación y control del embarazo de las pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” período 2013-2014.....21

Tabla 2:

Características Obstétricas de las pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” período 2013-201422

Tabla 3:

Factores predisponentes asociados a la presencia de Síndrome de HELLP en las pacientes atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” período 2013-2014.....23

Tabla 4:

Manifestaciones clínicas presentes en las pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” período 2013-2014.....24

Tabla 5:

Resultados de los exámenes paraclínicos de las pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” período 2013-2014.....25

Tabla 6:

Complicaciones presentadas en las pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” período 2013-2014.....26

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP.
SERVICIO DE MATERNIDAD DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.
ENRIQUE TEJERA”, ENERO-ABRIL 2014.**

Autora: Pérez S. Adriana C.

Año: 2014

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo constituyen un problema de salud pública a nivel mundial; **Objetivo:** Analizar el Síndrome de HELLP entre las pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero-Abril 2.014; **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y no experimental. La población la integraron todas las gestantes atendidas en dicho servicio, la muestra tipo poblacional y por conveniencia quedo constituida por 30 pacientes que presentaron Síndrome de HELLP. **Resultados:** Se obtuvo que el 43.33% de la muestra eran solteras, el nivel socioeconómico predominante fue el Graffar IV con 80% de la población, la mediana de la edad fue 27 años, con edad gestacional de 33 semanas en adelante, en primigestas, encontrando asociación altamente significativa entre la edad, paridad, gestas y sexarquia, como síntoma predominante fue la cefalea asociado al edema con 29.97%, las alteraciones paraclínicas más relevantes fueron con medianas para la hemoglobina de 9 gr/dl, plaquetas 101 mm^3 , respectivamente, con ascenso de LDH, transaminasas e hiperbilirrubinemia, la complicación más frecuente fue el DPP con óbito fetal en el 60% de la muestra. **Conclusión:** las edades extremas, el poco nivel de instrucción, la falta de control prenatal, la nuliparidad son factores asociados a la presencia de S. de HELLP, por lo que se recomienda promover la asistencia a las consultas de control prenatal y adiestramiento al personal médico para su detección precoz a fin de disminuir la morbilidad materno-infantil.

Palabras Clave: Síndrome de HELLP, Trastornos hipertensivos gestacionales

**CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH HELLP SYNDROME.
MATERNITY SERVICE CITY HOSPITAL "DR. ENRIQUE TEJERA "2013-
2014.**

Author: Pérez S. Adriana C.

Year: 2014

ABSTRACT

Hypertensive disorders associated with pregnancy are a public health problem worldwide; **Objective:** analyze HELLP syndrome among patients treated at the Maternity Service of the City Hospital "Dr. Enrique Tejera " January-April 2014; **Methodology:** a descriptive, longitudinal, prospective, non-experimental study. The population was composed all pregnant women at the service, population-based sample and for convenience I stay consisted of 30 patients who had HELLP Syndrome. **Results:** It was found that the 43.33% of the sample were single, the prevailing socioeconomic Graffar IV was 80% of the population, the median age was 27 years, with a gestational age of 33 weeks onwards, in primiparous, finding highly significant association between age, parity, and sexarquia deeds, as the predominant symptom was headache edema associated with 29.97%, The most relevant paraclinical abnormalities were with medium for hemoglobin of 9 g / dl, platelets 101 mm³, respectively, with the rise of LDH, transaminases and hyperbilirubinemia, the most frequent complication was the DPP with fetal death in 60% of the sample. **Conclusions:** the extreme ages, the low level of education, lack of prenatal care, nulliparity are associated with the presence of S. HELLP factors, it is recommended to promote attendance at antenatal consultations and training to for early medical personnel in order to reduce maternal and child morbidity and mortality detection.

Keywords: HELLP syndrome, gestational hypertensive disorders

INTRODUCCION

En la actualidad, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Esto adquiere cada vez más importancia por el valor que tiene el bienestar del desarrollo materno-fetal como indicador de salud, sobretodo en países en vías de desarrollo, por lo que ha sido objeto de múltiples investigaciones y tema central en las reuniones de Organización Mundial de la Salud con la finalidad de disminuir la tasa de mortalidad de dicho binomio.

La mujer durante el embarazo puede sufrir diferentes complicaciones que ponen en peligro la integridad del feto y de la madre. Entre ellas se encuentran la preeclampsia, la eclampsia y en los casos más extremos el síndrome de HELLP, patologías que deben ser tomadas en cuenta a la hora de la evaluación de la paciente para prevenirlas y evitar las complicaciones futuras ¹.

El Síndrome de HELLP se desprende del acrónimo creado por Weinstein, a partir de las siglas en inglés H (Hemolysis, hemólisis), EL (Elevated liver enzymes, enzimas hepáticas elevadas), LP (Low platelets count, trombocitopenia) para describir los hallazgos que aparecen en un grupo de pacientes que presentan preeclampsia ².

La mortalidad materna sigue presentando cifras increíblemente elevadas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2013 murieron 289.000 mujeres durante el embarazo o el parto a nivel mundial, siendo estos números más elevados en países en vías de desarrollo donde la tasa de mortalidad es de 230 por cada 100.000 nacidos vivos, entre las causas más frecuentes, las complicaciones por hipertensión arterial (preeclampsia, eclampsia y Síndrome de HELLP) ocupan el tercer lugar ³.

Los desórdenes hipertensivos representan la patología médica más común en el embarazo afectando entre 6 y 8 % de las gestantes, de los cuales el 10 % son dadas por la presentación de síndrome de HELLP, cuya aparición aumenta la morbimortalidad materna por las complicaciones que ella supone, tales como, edema pulmonar, hematoma y ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento placentario e insuficiencia renal aguda, es por esto que la detección y tratamiento precoz se vuelve de suma importancia para mejorar la perspectiva de vida materno-fetal ⁴.

La determinación de los factores de riesgo de forma temprana, puede servir para iniciar la prevención del mismo, dentro de estos factores, se han descrito con más frecuencia la nuliparidad, edades maternas extremas (menor de 15 y mayor de 30 años) y antecedentes de abortos ⁵.

La relación de estos factores de riesgo y la presencia de Síndrome de HELLP fue estudiada por Haddad, Barton y Livinstong, quienes encontraron que este se presentó con mayor frecuencia a las 28 semanas de edad gestacional, mayormente en pacientes afroamericanas que de raza blanca y observaron que el riesgo de esta complicación aumenta en pacientes con antecedentes de preeclampsia ⁶.

Durante el año 2011, en un estudio realizado por Gutiérrez-Aguirre y Cantú-Rodríguez para determinar las complicaciones maternas en pacientes con síndrome de HELLP, cuyo objetivo era reportar la prevalencia y tipo de complicaciones maternas en pacientes con dicho síndrome, se obtuvo como resultado que el mismo ocurrió en 35 % de la muestra estudiada, y las complicaciones más observadas fueron oligohidramnios, abrupto placentario y falla orgánica múltiple. ⁷

Aunque en la actualidad no existe una profilaxis validada para la prevención de los trastornos hipertensivos, la estimación de riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho en el control prenatal. ⁸

Dentro de los factores de riesgo que se han reportado en la literatura, se destacan: alcoholismo, antecedentes de preeclampsia en embarazos previos, edad menor de 20 y mayor de 35, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia, cantidad de parejas sexuales, control prenatal.⁸

La naturaleza sutil de la presentación clínica de este síndrome puede hacer que el diagnóstico sea frustrante, dado que la mayoría de las pacientes tiene síntomas inespecíficos o signos leves de preeclampsia. Generalmente, el motivo de consulta es dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio, náuseas y vómitos, cefalea intensa y las alteraciones visuales.⁹

Se ha descrito también que el síndrome HELLP puede presentarse con síntomas asociados a la trombocitopenia tales como sangrado por mucosas, hematuria, petequias o equimosis. Aunque el 82-88% de las pacientes tiene hipertensión, esta es leve en el 15-50% de ellas; el 87% tiene proteinuria detectada por prueba de tirilla reactiva, hay que tener en cuenta que existe un porcentaje de pacientes que cursan sin estas dos manifestaciones.⁹

Las diferentes teorías propuestas comparten que el inicio del proceso de la enfermedad es el daño en la capa íntima endotelial, causado por mecanismos aún inciertos pero que se ha asociado a alteraciones en la placentación, complejos inmunes y a la misma hipertensión, produciéndose una injuria endotelial donde se estimula el depósito de fibrina en el lumen vascular con subsecuente ruptura de los elementos de la sangre por el contacto con el área dañada. Esto producirá un desequilibrio entre las sustancias vasodilatadoras (prostaciclina) y vasoconstrictoras (Tromboxano A2, serotonina, endotelina-1) a favor de éstas últimas que tendrían un papel fundamental al producir una activación del sistema de la coagulación, con consumo de plaquetas y provocar además un espasmo vascular en la microcirculación con trombosis arterial, hipertensión y reducción del flujo útero-placentario.¹⁰

En vista de que las patologías médicas en el embarazo son manejadas de forma conjunta con el Servicio de Medicina Interna, se hace necesario construir referentes locales que sirvan de soporte para la conducta médica en el diagnóstico y tratamiento de una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo como lo es el Síndrome de HELLP, en aras de preservar el bienestar materno-fetal.

Por todo lo antes mencionado y por la importancia que suponen las complicaciones médicas durante el embarazo comprometiendo la integridad del desarrollo de la gestación, surge la necesidad de dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características del síndrome de HELLP en pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero-Abril 2014?

Objetivo General

Analizar el Síndrome de HELLP entre las pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero-Abril 2014

Objetivos Específicos

- ❖ Distribuir a las pacientes con Síndrome de HELLP según edad, estado civil y nivel socioeconómico
- ❖ Describir las características obstétricas de las pacientes estudiadas
- ❖ Determinar factores predisponentes asociados a la presentación de Síndrome de HELLP
- ❖ Enunciar las manifestaciones clínicas presentes
- ❖ Analizar los resultados de los exámenes paraclínicos de las pacientes
- ❖ Enumerar las complicaciones presentadas en las pacientes
- ❖ Conocer las condiciones de egreso.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo.

La población la integraron todas las gestantes atendidas en el Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el período Enero 2014 - Abril 2014, mientras que la muestra tipo poblacional y por conveniencia quedo constituida por 30 pacientes que presentaron Síndrome de HELLP, quienes estuvieron dispuestas a participar en el estudio, previa autorización mediante la firma del consentimiento informado (Anexo A).

La investigación se desarrolló a través de la observación directa recopilando los datos en una ficha (Anexo B) contentiva de las variables en estudio: edad, estado civil, nivel socioeconómico mediante la escala de Graffar (Anexo C) ¹¹, características obstétricas (menarquia, sexarquia, período intergenésico, control de embarazo, edad gestacional, gestas, paras, cesáreas, abortos), manifestaciones clínicas (cefalea, nauseas, vómitos, epigastralgia, edema), las alteraciones paraclínicas (Anemia, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, aumento de transaminasas y LDH) (Anexo D), los factores predisponentes asociados a la presentación de Síndrome de HELLP (Hipertensión previa, Diabetes Mellitus, entre otros), las complicaciones presentadas (Desprendimiento Prematuro de Placenta, Oligohidramnios, Insuficiencia renal aguda, Insuficiencia respiratoria aguda tipo 3), y las condiciones de egreso (mejoría, defunción).

Para el análisis de las alteraciones paraclínicas, se tomo una muestra de sangre de 10cc, bajo la técnica de punción con jeringa, previas normas de asepsia y antisepsia, tomando como criterios diagnósticos para la hemoglobina < 10 gr/dl, Trombocitopenia < 150.000 mm³, LDH > 600 U/L, TGO > 70 U/L, TGP > 40 U/L, BT > 1.2 mg/dl. ⁹

Los datos obtenidos fueron tabulados en una tabla de Microsoft Excel y luego procesados en el paquete estadístico PAST versión 3 analizados por pruebas no paramétricas mediana, P 25 y P 75, valor mínimo y máximo para

la estadística descriptiva de las variables estudiadas y para establecer si hubo o no diferencias significativas se aplicó la prueba de Mann Whitney (corregido por Kendals para datos no pareados) donde el valor de $Z= 1,96$ equivale a un valor de $P<0,05$ (diferencia significativa) y un valor de $Z=2,54$ equivale a un valor de $P<0,01$ es altamente significativo., Kruskal – Walli para comparar más de 3 series de variables y Fridman para variables ordinales. Se define como coeficiente de curtosis al grado de concentración que presentan los valores alrededor de la zona central de distribución, siendo una distribución leptocúrtica cuando presenta un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales de la variable; y platicúrtica cuando presenta un reducido grado de concentración alrededor de los valores centrales de la variable. ¹²

RESULTADOS

El presente estudio de investigación se conformo por 30 pacientes gestantes que presentaron Síndrome de HELLP, las cuales se distribuyeron según sus características socio-epidemiológicas (Tabla 1) obteniéndose que el 43.33% (13 pacientes) de la muestra eran solteras y un 40% (12 pacientes) se encontraban en concubinato, de igual forma el nivel socioeconómico predominante fue el Graffar IV con 80% de la población (24 pacientes), con un nivel de instrucción hasta bachiller en el 36.69% (11 pacientes), siendo la ocupación más frecuente la de Ama de casa en el 63.33% (19 pacientes), quienes en su mayoría no presentaba control de embarazo en un 70% (21 pacientes).

En cuanto a las características obstétricas de las pacientes (Tabla 2), la edad de las pacientes, el período intergenésico, la edad gestacional y el número de gestas presentaron una distribución platicúrtica; el resto de las variables estudiadas presentó una distribución lepticúrtica. La edad, sexarquia y edad gestacional presentaron desviación de la curva a la izquierda, el resto de las variables estudiadas presentó desviación de la curva hacia la derecha. Por otra parte, la mediana de la edad fue 27 años, con una mínima de 14 años y máxima de 42 años, el diagnóstico se realizó durante la semana 36 en la mayoría de los casos, siendo la semana 27 el diagnóstico más precoz, observándose principalmente en primigestas con inicio temprano de la actividad sexual con una edad mínima de 12 años y mediana de 17 años.

En la tabla 3 se evidenció la asociación o no de todas las características obstétricas de las pacientes con S. de HELLP estudiadas, a través de la correlación de Spermán's. Se evidenció que solo hubo asociación altamente significativa entre la edad: número de gestas, paridad y sexarquia; menarquía con gestas; edad gestacional con paridad; y gestas con abortos; teniendo una relación significativa estadísticamente menarquía

con periodo intergenésico; Sexarquia con control prenatal; y edad gestacional con cesáreas. El resto de las variables no presentaron asociación.

Asimismo, con respecto a los síntomas más frecuentes (Tabla 4) se encontró que la cefalea asociado al edema fue el predominante con 29.97% (9 pacientes), seguidos de la cefalea con epigastralgia con un 16.74% (5 pacientes), con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,01464$). El 83,35% de la muestra estudiada (25 pacientes) tuvo como síntoma común la cefalea. La hipertensión se encontró presente en el 100% de las pacientes, con un valor mínimo de 140/100 mmHg y máximo de 190/110 mmHg.

En cuanto a las alteraciones paraclínicas presentadas por las pacientes de la muestra (Tabla 5) se encontró que con respecto a los valores de hemoglobina se obtuvo una mediana de 9 con valores mínimos de 7.7 gr/dl, las plaquetas tuvieron un valor mínimo de 43 mm^3 , con una mediana en 101 mm^3 , la LDH presentó ascenso en el 100% de los casos, mientras que las alteraciones del perfil hepático como hiperbilirruinemia se presentó en el 43.33% (13 pacientes) y elevación de las transaminasas en el 60% de los casos (18 pacientes). Las pruebas de laboratorio que presentaron modificaciones importantes en el 75% de la población estudiada fueron las pruebas hepáticas, con hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina indirecta con un valor de 1,5, las transaminasas a predominio de la TGP en 1204 mg% y la LDH en 2560, que a su vez representó el valor máximo. La distribución fue leptocúrtica, excepto para la Hb, Hto y PLT que presentaron una distribución platicúrtica y la desviación de la curva fue a la izquierda para todas las variables estudiadas (asimetría positiva), sólo las plaquetas tuvieron una desviación de la curva a la derecha (asimetría negativa)

Por otra parte, la mayoría de las pacientes con S. de HELLP presentó complicaciones (18 pacientes) (Tabla 6) lo que representó el 60% de la muestra estudiada y la complicación más frecuente fue DPP asociado a Óbito (3 pacientes) con diferencias estadísticamente significativas. El resto

de las complicaciones se presentó con menor frecuencia y un 40% de las pacientes estudiadas no presentó complicaciones, con diferencias estadísticamente altamente significativas ($p=003813$).

En cuanto a las condiciones de las pacientes al momento del egreso, el 96,66% (29 pacientes) presentó mejoría, solo una paciente falleció representando solo el 3,34% de la muestra estudiada.

DISCUSION

En el presente estudio se evaluaron a 30 pacientes que presentaron Síndrome de HELLP, en el cual se encontró que la mayoría de las pacientes de la muestra eran solteras (43.33%), seguidos por el concubinato representado por el 40%, con un nivel socioeconómico bajo, Graffar IV en el 80% de la población, siendo bachiller el nivel de instrucción más frecuente con 36.69%, predominando la ausencia de control del embarazo en un 70%, resultados similares a los encontrados en una investigación realizada en Perú, por Rivero S. donde se reporto que la mayoría de las pacientes vivían en concubinato, con un bajo nivel de instrucción y socioeconómico.¹³

En cuanto a las características obstétricas se obtuvo que el diagnóstico se realizó durante la semana 36 en la mayoría de los casos, siendo la semana 27 el diagnóstico más precoz, observándose principalmente en primigestas, resultados que podrían compararse con los obtenidos en Chile por Caro, J. y col. donde se realizó el diagnóstico en el último trimestre de gestación siendo para ellos la edad gestacional más frecuente las 33 semanas.¹⁴

Por otra parte, en una investigación realizada en Venezuela en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, se evidenció que la edad de aparición de este Síndrome fue de 20-29 años, lo que contrasta con nuestra investigación ya que predominó en pacientes mayores de 30 años, con una edad mínima de 14 años y máxima de 42 años, situación que se ve sustentada por la literatura donde se expone como factor de riesgo las edades menor de 20 y mayores de 35 años^{8, 15}

En cuanto a la asociación de los factores de riesgo, tomando como referencia la mediana, se encontró que en relación a la edad, a los 27 años, existe un inicio precoz de la sexualidad teniendo como mediana los 17 años, presentando 2 gestaciones y por lo menos una parto; con respecto a la edad gestacional se obtuvo una mediana de presentación a las 33 semanas en

pacientes nulíparas, lo que se encuentra en relación con investigaciones realizadas donde se reporta un aumento de la presencia de Síndrome de HELLP después de las 28 semanas de gestación en pacientes nulíparas.⁶

La forma de presentación del Síndrome de HELLP en las pacientes objeto de estudio fue como síntoma común la cefalea, la cual se encontró en algunos casos en asociación con epigastralgia y edema de forma conjunta y separada, como signo común todas presentaban hipertensión arterial, sin embargo se resalta que el 20% de los casos pueden encontrarse normotensos, no siendo lo ocurrido en esta investigación, por otra parte la forma predominante de presentación de la mayoría de los casos de este estudio concuerda con lo presentado en un trabajo de investigación titulado signos y síntomas premonitorios del Síndrome de HELLP, donde se plantean la cefalea, el edema y la epigastralgia como los síntomas premonitorios para la aparición de este síndrome.^{16, 17}

Las alteraciones paraclínicas encontradas en el estudio fueron la Anemia con valores de hemoglobina mínimos de 7.7 gr/dl, las plaquetas con un valor mínimo de 43 mm³, con ascenso de la LDH en el 100% de los casos, mientras que las alteraciones del perfil hepático como hiperbilirruinemia se presentó en el 43.33% y elevación de las transaminasas en el 60% de los casos, resultados similares a los presentados en la investigación Síndrome de HELLP: presentación clínica y complicaciones donde se reportaron valores mínimos de hemoglobina y plaquetas más bajos comprometiendo de forma importante el bienestar materno fetal.¹⁸

El síndrome de HELLP es un factor de riesgo independiente de muerte materna secundaria a complicaciones graves, en nuestra muestra el 60% de las pacientes presentó complicaciones dentro de las cuales la más frecuente fue el DPP con óbito fetal como máxima expresión de esta complicación, seguidas de Insuficiencia renal aguda llegando a ameritar apoyo de hemodiálisis en 2 de los casos, e Insuficiencia respiratoria aguda tipo 3 con ventilación mecánica en 2 pacientes que presentaron Síndrome de

HELLP, encontrándose algunas similitudes con un estudio realizado en México ⁽⁷⁾ en el cual las complicaciones que estuvieron presentes fue Oligohidramnios, DPP y falla orgánica múltiple, resultados que se correlacionan con los reportados en la bibliografía ²

La condición de egreso predominante fue la mejoría clínica en el 96.6% de los casos (29 pacientes), mientras que solo 1 caso falleció representando el 4.4% de la muestra, en oposición a lo encontrado en la literatura donde se reporta una mortalidad materna hasta de un 24% y la perinatal en un 30-40%. ¹⁰

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Síndrome de HELLP es una complicación multisistémica que trae consigo la presentación de complicaciones importantes que ponen en riesgo la salud del binomio materno fetal, comprometiendo el desarrollo final del feto y la culminación de la gestación, en esta investigación se encontró que las edades extremas, tales como, 14 años o mayor de 30 años, la nuliparidad, el poco o ningún control del embarazo, así como el bajo nivel socioeconómico fueron factores asociados a la presentación de este síndrome.

Por otra parte, la presentación clínica más resaltante fue la cefalea asociada al edema o a epigastralgia, encontrándose todas las pacientes hipertensas al momento del diagnóstico, siendo relevante para la detección precoz tomar en cuenta las manifestaciones más frecuentes encontradas en nuestra población, para disminuir la aparición de complicaciones graves en este grupo de pacientes, que en nuestro estudio el DPP y el Óbito fetal fueron las más llamativas, sin embargo la insuficiencia renal aguda y respiratoria aguda comprometieron la salud materna, prolongando la estancia hospitalaria, incidiendo directamente sobre los indicadores de salud.

Dentro de las recomendaciones que surgen de esta investigación, se plantean, para un nivel de prevención primaria la educación como pilar fundamental para las poblaciones juveniles, quienes presentan un alto riesgo de presentación de este Síndrome; Promoción de la consulta de planificación familiar y control prenatal, así como adiestramiento adecuado del personal que lleva a cabo dichas consultas para la correcta captura de la población con factores de riesgo con la finalidad de que sean derivadas a las consultas especializadas; En el nivel secundario se recomienda asistir a la consulta de forma regular para control continuo de las condiciones de riesgo, tales como cifras tensionales, detección inmediata de signos y síntomas asociados a la presentación de Síndrome de HELLP, como por ejemplo edema de miembros inferiores, con el objetivo de realizar diagnósticos oportunos que

disminuyan la aparición de complicaciones relacionadas con este Síndrome y con ello la morbimortalidad materno-infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Josue C. Prevalencia signos y síntomas de preeclampsia en mujeres atendidas en hospital provincial de la ciudad de Riobamba en el período abril 2009- Marzo 2010. Ecuador 2010.
2. Vázquez J, Flores C. Complicaciones maternas en pacientes con síndrome de HELLP. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(4):183-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mortalidad materna. Nota descriptiva Num 348. Mayo 2014.
4. Andrade J, Bustillo M. Prevalencia de Síndrome de Hellp y sus resultados perinatales en pacientes del Hospital materno-infantil. *Revista de los Postgrados de Medicina UNAH* 2010; 13(3). Disponible: <http://www.lamjol.info/index.php/RMPM/article/view/630/454> Consultado: 07/05/14.
5. Benítez-Condor Y, Bazan-Ruíz S. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un Hospital de Piura, Perú. *Cimel* 2011; 16(2):77-8.
6. Haddad B, Barton JR, Livingston JC. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP Syndrome. *Am J Obst Gynecol.* 2000; 183(2):444-8.
7. Gutiérrez-Aguirre C, Alatorre J, Cantú-Rodríguez O. Síndrome de HELLP diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol Mex* 2012; 13(4):195-200.
8. Morgan-Ortiz F., Calderon-Lara S., Martínez-Félix J. Factores de riesgo asociado con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(3): 153-159
9. Rojas J., De La Ossa O. Síndrome de HELLP: Consideraciones generales, Diagnóstico y Tratamiento. E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Octubre 2009
10. Parra-Ramírez P., Beckles-Maxwell M. Diagnóstico y manejo oportuno del Síndrome de HELLP. *Acta méd. Costarric.* 2005; 47(1)
11. Méndez Castellano H, Méndez MC. Sociedad y estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano, Fundacredesa. Caracas, Venezuela, 1994.
12. Burgos J. Modelos de calidad ambiental. Capítulo 1: Introducción a la estadística descriptiva. Universidad Nacional de Colombia. 2010
13. Rivero S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP: características maternas y resultado neonatal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 2002; 21(1):18-23.
14. Caro J, Anwandter C, Schaffeld S. Síndrome de de HELLP: experiencia del Hospital Regional de Puerto Montt. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008; 73(5):318-24.
15. López J, Scucces M, Herrera J, y cols. Síndrome de HELLP en la maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2001; 61(2):77-81.
16. Rivas E., Mendivil C. Síndrome de HELLP: Revisión. *Salud Uninorte Barranquilla.* 2011; 27(2): 259-274.

17. Bocanegra-Malca M., Constantino-Cerna A. Signos y síntomas premonitorios de Síndrome de HELLP. Acta Med Per. 2012; 29(3).
18. Vicetti C, Franco D, Caballero H. Síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen: Presentación clínica y complicaciones de una emergencia. Acta médica peruana 2009; 26(4): 208-211.

Anexo A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo; _____ portador(a) de la Cédula de Identidad _____, por medio de la presente hago saber que una vez conocidos los fines de la Investigación denominada: **Caracterización de pacientes con Síndrome de HELLP. Servicio de Maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Enero-Abril 2014.** Realizada por la Dra. Adriana Carolina Pérez Santaella, para optar al título de Especialista en Medicina Interna, acepto a formar parte de dicha investigación, como parte de la muestra en estudio, siempre y cuando se guarde la debida discreción en cuanto a los datos recopilados.

Nombre y apellido

C.I.

Paciente

Dra. Adriana C. Pérez S.

C.I.

Investigadora

Anexo B

FICHA DE REGISTRO

NOMBRE Y APELLIDO			
Edad	CI:	Edo civil	
Ocupación	N. Instrucción		
Estrato Socioeconómico		I: 4-6 puntos II: 7-9 puntos. III: 10-12 puntos. IV: 13-16 puntos V: 17-20 puntos	
Características Ginecológicas y Obstétricas	Menarquía	Años	
	Sexarquia	Años	
	Edad Ginecológica	Años	
	Edad Gestacional	Primer trimestre	
		Segundo trimestre	
		Tercer trimestre	
	Gestas		
Paras			
Control del embarazo	Si	No	
Manifestaciones Clínicas	Síntomas	Presente	Ausente
	Cefalea		
	Naúseas/Vómitos		
	Parestesias		
	Edema		
	Otro		
	Signos		
Factores predisponentes	HTA		
	DM		
	Sind Antifosfolipido		
	Abortos previos		

Anexo C

Escala de Graffar

Variables	Puntaje	Ítems
1. Profesión del jefe de familia	1	Profesión Universitaria. Financista, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas. (si tiene un rango de educación superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria. Con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector de la economía informal. (sin primaria completa)
2. Nivel de Instrucción de la Madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficiente espacio.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no.
	4	Viviendas con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Anexo D

REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO

Paciente:		Edad: años					
Examen	Fecha						
HEMATOLOGIA							
HGB							
HCTO							
VCM							
HCM							
CHCM							
PLAQUETAS							
GB							
NEU							
LINF							
MONO							
EOS							
P. COAGULAC.							
PT							
PTT							
INR							
QUIMICA							
Glicemia							
BUN / Urea							
Creatinina							
B. Total							
B. Indirecta							
B. Directa							
TGO / AST.							
TGP / ALT.							
LDH							

Tabla 1.

Distribución de las pacientes según estado civil, nivel socioeconómico, instrucción, profesión u oficio y control del embarazo con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero-Abril 2014

ESTADO CIVIL	f	%
Soltera	13	43,33
Concubina	12	40
Casada	5	16,67
Total	30	100
NIVEL SOCIOECONÓMICO	f	%
Graffar III	6	20
Graffar IV	24	80
Total	30	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	f	%
Analfabeta	1	3,33
Primaria	5	16,66
Primaria incompl	1	3,33
Bachillerato	11	36,69
Bachiller incompl	6	20
Universitaria	5	16,66
Univers Incompleta	1	3,33
Total	30	100
PROFESIÓN U OFICIO	f	%
Ama de casa	19	63,33
Comerciante	2	6,66
Estudiante	3	10,02
Técnico	2	6,66
Profesional	4	13,33
Total	30	100
CONTROL DEL EMBARAZO	f	%
Si	9	30
No	21	70
Total	30	100

Fuente: Datos propios de la investigación

Tabla 2.

Características obstétricas de las pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Enero-Abril 2014.

VARIABLES	Min	P₂₅	Mediana	P₇₅	Max	Kurtosis	Asimetría
Edad (años)	14	20,5	27	30,25	42	-0,54	-0,49
Menarquia (años).	10	11	12	13	16	0,35	0,42
Sexarquia (años).	12	14,75	17	19	28	3,56	-0.02
Periodo intergenésico (años).	0	0	2	4,25	9	-0,31	0.67
Edad Gestacional (sem).	27	28	33	36	38	-0,02	-0,78
Gestas (f).	1	1	2	3	5	-0,86	0,68
Paras (f).	0	0	1	2	4	1,23	1,87
Cesáreas (f).	0	0	0	1	2	0,95	1,77
Abortos (f).	0	0	0	0	2	4.24	1,38

Fuente: Datos propios de la investigación

Tabla 3.

Factores predisponentes asociados a la presentación de Síndrome de HELLP en las pacientes atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Enero-Abril 2014.

Variables	R. Altamente Significativa	R. Significativa
	N° Gestas	
Edad	Paridad	-----
	Sexarquia	
Menarquia	N° Gestas	P. Intergenésico
Sexarquia	-----	Control P.
Edad Gestacional	Primigestas	Cesáreas
Gestas	Abortos	-----

Correlación de Spearman`s: $P < 0,05$ estadísticamente significativa y $P < 0,01$ relación altamente significativa

Fuente: Datos propios de la investigación

Tabla 4.

Manifestaciones clínicas presentes en las pacientes con S. de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero-Abril 2014

CEFALEA	f	%
Cefalea + Edema	9	29,97
Cefalea + Epigastralgia	5	16,74
Cefalea + Edema+ Epigastralgia	4	13,33
Cefalea	3	9,99
Cefalea+Vómitos	1	3,33
Cefalea+ CsUs	1	3,33
Cefalea+Edema+Convulsiones	1	3,33
Cefalea+Épigastralgia+Vómitos	1	3,33
Edema + Epigastralgia	3	9,99
Epigastralgia	1	3,33
Vómitos	1	3,33

Mann Whitney (corregido por Kendal): $z=-2,374$ $P=0,01464$, con diferencias altamente significativas.

Fuente: Datos propios de la investigación

Tabla 5.

Resultados de los exámenes paraclínicos de las pacientes con S. de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Enero-Abril 2014

VARIABLES	Min	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Max	Kurtosis	Asimetría
Hb (gr/dl)	7,7	8,5	9,6	11,45	14,6	-0,51	0,70
Hto (%).	22	26	29	35,25	44	-0,49	0,67
Glicemia (mg/dl).	51	87	93	110,25	169	3,74	0,81
Plaquetas (mm ³).	43	66,5	101	114,25	137	-1,08	-0,76
Creatinina (mg/dl).	0,52	0,59	0,77	1,00	5,74	12,23	1,01
Urea (mg/dl).	13	19	25	40,25	134	4,89	1,14
Bt (mg/dl).	0,22	0,58	1,17	1,5	87	21,19	0,30
Bind (mg/dl).	0,11	0,30	0,61	1,10	2,3	1,15	0,63
Bdir (mg/dl).	0,05	0,23	0,35	0,45	6,8	27,98	0,57
TGO (U/L).	25	70,75	116,5	748	208,25	6,75	0,93
TGP (U/L)	14	55,75	125	1204	1204	14,79	0,83
LDH (U/L)	300	244	549	2560	2560	1,99	1,50

Glicemia -TGP ;; Urea – LDH; Bt con LDH;; Bdir con TGP y LDH; con valores de P<0,05 (estadísticamente significativos).

Plaquetas -bilirrubina total y Bilirrubina indirecta; Creatinina con urea; Bind . Bdir; TGO y TGP con LDH con valores de P < 0,01 (altamente significativo).

Fuente: Datos propios de la investigación

Tabla 6

Complicaciones presentadas en las pacientes y en el producto de las pacientes con S. de HELLP atendidas en la maternidad de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Enero-Abril 2014

	f	%
NINGUNA	12	40
COMPLICACIONES		
DPP	3	10,02
DPP + Óbito	3	10,02
Óbito	2	6,66
ERA	2	6,66
Meconial I	2	6,66
DPP+Oligohidramnios	1	3,33
ERA+Aborto	1	3,33
IRA+VM	1	3,33
DPP+ERA+Obito	1	3,33
HD+Oligohidramnios+Obito	1	3,33
VM+IRA+HD+Obito	1	3,33
TX COMPLICACIONES	18	60

Mann Whitney (corregido por Kendal): $z=-2,786$ $P=0,003813$, con diferencias altamente significativas.

Fuente: Datos propios de la investigación