

Rev Med Post UNAH
Vol. 3 No. 2
Mayo-Agosto. 1998

SÍNDROME HELLP ESTRUCUOIO RETROSPECTIUO REALIZADO EN EL HOSPÍITAL ESCUELA, BLOQUE MATERNO INFANTIL

HELLP SYNDROME RETHROSPECTIVE STUDY PERFORMED AT HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Nolvia Aguilar*

RESUMEN.

Se repisaron 32 casos de Síndrome Hellp diagnosticados y manejados en el Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil en un periodo de 5 años.

Esta patología se presentó con mayor frecuencia en pacientes entre 39-35 años (71.8%), procedentes del área urbana (68,7%), y multíparas entre 2-6 gestas (65.6%1.

Cuatro pacientes (12.5%) fueron remitidos de otro hospital, dos puérperas y dos embarazadas, Prens a ésta patología 7.8% presentaron HIE seuera. El manejo incluyó sulfato ífs magnesio (78.1%), esteroides (87.5%)

Antiníptensivos (43.7%) y transfusiones 193.7%); fueron trasladados a UCI el 84,3%. *la* terminación del *umbarazo* fue por parto (71.8%), tanto el peso de los productos así como el APGAR fue adecuado. HUBO tres óbitos y ocho muertes maternas.

Palabra Clave: Síndrome Hellp, hemolisis, plaquetopenia, HIE,

32 cases of hellp syndrome were recised diagnosticatedand treated in the Hospital Materno infantil in period of five years.

This patologywas presentd with frecuency greater in patient

*Medicos Residentes de III año de postgrado de ginecobstreticia.
Universidad Nacional Autonoma Honduras

between 19 to 55 years (71.8%) coming from the urban area (68.7%) and multiparous between 2-6 pregnancies (65.6%). Four patients (12.5% were referred from hospital, 2 puerpera and 2 pregnancies.

The management included Mg SO₄ (78.1%); steroids (87.5%), antihypertensives (43.7%) and transfusions (93.7%); were transferred to UCI the 84.3%. The pregnancy termination was choriobirih, (71.8%), as much the weight of the newborn children, Like APGAR was fitting.

Were 3 fetal death and 8 maternal death.

Key Words: Syndrome Hellp, hemolysis, low platelet, HIE

INTRODUCCIÓN,

Desde hace muchos años se ha identificado un cuadro de hemólisis, anomalías de la función hepática y trombocitopenia como complicaciones de la pre-eclampsia y eclampsia.

La incidencia es del 4-14% y los embarazos complicados con síndrome de Hellp están asociados con alta mortalidad materna y perinatal.

Suele presentarse antes del parto (80%), pero también se ha presentado en el puerperio, incluso en los seis días después del nacimiento.

La edad promedio es de 25 años y su incidencia ha sido mayor en pacientes de raza blanca y multíparas.

En cuanto al tratamiento la prioridad es estabilizar a la embarazada, principalmente las anomalías de coagulación, el segundo paso es valorar el estado fetal y por último determinar si conviene el parto inmediato, algunos autores consideran que en presencia de éste síndrome debe realizarse cesárea o parto y otros recomiendan una actitud más conservadora. Después del parto la paciente debe permanecer en una Unidad de Cuidados Intensivos por lo menos 48 horas.

El peligro de que el síndrome reaparezca en embarazos posteriores es hasta del 50%.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Et estudio se diseñó de manera retrospectiva revisando todos los expedientes encontrados bajo el diagnóstico de síndrome de Hellp desde Junio 1991 hasta Junio 1996, haciendo un total de 32 casos; para esto se recurrió al Departamento de Estadística del Hospital Escuela.

Para obtener los datos requeridos nos basamos en una encuesta previamente elaborada en donde estaban las variables que nos interesaba estudiar.

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 32 casos de síndrome Hellp en un período de cinco años.

En cuanto a la distribución por edad esta patología se presentó con mayor frecuencia en pacientes entre los 19 y 35 años, con 23 casos (71.8%); la mayoría procedían del área urbana 22 pacientes (68.7%) y

eran multíparas, entre 2-6 gestas 21 casos (65.6%). La edad gestacional era de 37-4t semanas en 27 pacientes (12.5%)- Hubo cuatro pacientes que fueron remitidas de otra hospital, tres de ellas de Hospital Regional (9.3%) y uno de Hospital de flrea (3.1%), es de hacer notar que de ellas, dos pacientes eran puérperas al ser remitidas y dos aún estaban embarazadas.

En cuanto al trastorno hipertensiuo preuio al Síndrome Heflp 23 pacientes (71.8%) presentaron HIE seuera; cuatro (12.5%) HIE ieue; tres (9.3%) HTfIC y dos (6.2%) eclampsia; no se encontró antecedente de HIE en embarazos preuios en el 87.57o de las pacientes (Cuadro 1).

El manejo de las pacientes incluyó sulfato de magnesio en 25 pacientes (78.1%); esteroídes en 28 (87.5%), antihipertensiuos en 14 (43.7%) , y transfusiones en 30 (93.7%) que en su mayoría fue sangre fresca, plaquetas o plasma (Cuadro 2).

CUADRO 1

TRASTORNO HIPERTENSIVO
PREVIO AL EMBARAZO

DESCRIPCION*	NUMERO	%
HIE/Leve	4	12.5
HIE/Severa	23	71.8
HTAC	3	9.3
ECLAMPSIA	2	6.2

* H i h -Hipertensión inducida por el Embarazo.
HTBC-Hipertensión firieríaJ Crónica.

CUADRO 2

MANEJO DEL SINDROME HELLP

MEDICAMENTO	NUMERO	%
Sulfato de mag- nesio	25	78.1
Esteroides	28	87.5
Antihipertensivo	14	43.7
Tranfusión	30	93.7

Fueron trasladadas a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 21 pacientes (84.3%), en donde

permanecieron un promedio de ocho días (Cuadro 3).

CUADRO 3

TRASLADO A UCI

TRASLADO	NUMERO	%
SI	27	84.3
NO	5	15.6

La terminación del embarazo fue por parto en 23 pacientes (71.8%) y sólo se practicó cesárea en nueve (28.1%) cuyas indicaciones fueron desproporción cefalópélvica, presentación pélvica y parto a largo plazo en pacientes con estada en deterioro.

El peso de los productos fue adecuado (2,580-3,999 g) en 29 pacientes (90.6%) así como RPGRR de siete y más de 21 (65.6%), hubo tres óbitos (9.3%).

En cuanto a la evolución de la paciente hubo 24 (75%) que se recuperaron adecuada-

mente, sin embargo hubo ocho defunciones (25%).

DISCUSIÓN.

Los embarazos complicados con síndrome Hellp están asociados con alta mortalidad materna y perinatal, siendo en este estudio de un 28.1% que está acorde con la literatura consultada (1).

La edad promedio de aparición según lo refiere la literatura es a los 25 años lo cual coincide con nuestro trabajo en donde el 71.8% de las pacientes estaban en el rango de edad de 19-35 años (2).

Así también es más frecuente en multíparas, presentándose en este estudio un 65.6% coincidente con otros estudios (2).

La mayoría de las pacientes 23 (71.8%) presentaron HIE severa previo el síndrome Hellp lo cual también coincide con la literatura mundial. No se encontró antecedente de HIE en embarazos previos en

La mayoría de las pacientes (87.5%).

En cuanto al manejo este incluyó sulfato de magnesio, esferoides, antihíper-tensivos y transfusión de sangre fresca, plaquetas y plasma, como se recomienda (4,7).

El manejo en UCI es básico y toda paciente después del parto debe trasladarse a esta unidad en donde debe permanecer por lo menos 48 horas. Una vez estabilizada la embarazada principalmente en cuanto a las anomalías de la coagulación, el segundo paso es evaluar el estado fetal, por medio de pruebas sin contracción, perfil biofísico, ultrasonido para ver si hay retardo del crecimiento y por último determinar si conviene el parto inmediato (4). Algunos autores recomiendan evacuar el producto otros aconsejan una actitud más conservadora.

La prolongación del embarazo suele hacerse en base a diversos tratamientos como

ser: expansores de volumen plasmático, antitrombóticos, esferoides y plasmaféresis, sin embargo conlleva varios riesgos: abrupcio placentae, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, rotura hepática* etc. Por lo tanto en nuestro medio lo más adecuado es la evacuación del producto (4).

En el presente estudio la terminación del embarazo fue por parto en 23 pacientes (71.8%) y cesárea en nueve (28.1%), tanto el peso, como el APGAR de los productos estuvo dentro de los límites normales en la mayoría. Hubo tres óbitos.

En cuanto a la evolución de las pacientes el 75% se recuperaron adecuadamente, sin embargo hubo ocho defunciones (25%), compatible con lo ya expresado.

En todas las pacientes el diagnóstico se hizo en el puerperio una vez que presentaron las manifestaciones clínicas (ictericia y sangra-

dos) y se realizaron los exámenes laboratoriales de los cuales los más alterados fueron las enzimas hepáticas (TSGü, TSGP) y la LDH, así como la plaquetopenia, resultados que son congruentes con la literatura consultada (7,8).

En cuanto a las defunciones maternas, una fue en Sala de Labor y Parto y el resto (siete) en Sala de Cuidados Intensivos, y las causas de éstas fueron ruptura hepática (una), hemorragia intracraniana (una) y encefalopatía (seis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sibai BM, Ramadan MK, Usta L, Mencer BM, Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:1088-1886.
2. Weinstein L. Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count; a Severe Consequence of Hypertension in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1982; 142: 159-167.
3. Sibai B. The Hellp Syndrome: Much ado about Nothing? *RM J Obstet Gynecol* 1998;162:311-316.
4. Barton JR., Sahai BM. Care of the Pregnancy Complicated by Hellp Syndrome. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 18: 165-179.
5. Martin JN Jr., Blake P6., Perry KG Jr., McCaul JF., Hesslw, Martin Riu. 7?ie Na-

- trual History of Hellp Syndrome: Patterns of Disease Progression and Regression. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 1588-1513.
6. Martin JN Jr., Stedman CM. Imitators of Preeclampsia and Hellp Syndrome. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1991; 18: 181-198
7. Magann EF., Bass D., Cnahan SP., Sullivan OL., Martin RUI., Martin JN Jr. Antepartum Corticosteroids: Disease Stabilization in Patients with the Syndrome of Hemolysis. Elevated the Enzymes, and Low Platelets. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171:1148-1153.
8. Weinstein L. Preeclampsia/Eclampsia with Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Thrombocytopenia. *Obstet/Gynecol.* 1995; 66: 657-660

AGRADECIMIENTO.

Al Departamento de Estadística del Hospital Escuela por la valiosa colaboración brindada.