

ARTICULO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

Síndrome HELLP en la Maternidad del Hospital "Joaquina de Rotondaro", Tinaquillo, estado Cojedes, 2008-2009

*Dr. Roger Suárez C., Univs. Rossana Suárez P., Francis Suarez P.,
Digmar Tobon Q., Univ. Victor Agüin
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
E-mail: rossi045@gmail.com

Acta Científica Estudiantil 2009; 7(2):100-106.

Recibido 22 May 09 – Aceptado 30 Jun 09

Resumen

Objetivo: Determinar la incidencia del síndrome HELLP, complicaciones y características del neonato. Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de 22 pacientes con diagnóstico de síndrome HELLP desde enero 2008 hasta enero 2009. Ambiente: Hospital "Joaquina de Rotondaro", Tinaquillo, Estado Cojedes. Resultados: La incidencia fue de 0,27% sobre el total de nacidos vivos en el período de estudio. El grupo de edad predominante fue de 20 a 35 años, (42,11%). El 57,90% fueron embarazos a término y 42,10% pretérminos. El diagnóstico se hizo en el 68,42% durante el embarazo y 31,58% en el puerperio. Las complicaciones útero-placentarias representaron el 31,56%, las renales 26,31%, hematológicas 5,26%. El 47,36% presentó HELLP Clase I; 26,32% Clase II y III, respectivamente. Hubo 2 mortinatos. La tasa de mortalidad fetal fue de 0,43X1000. No se reportaron muertes neonatales ni maternas. Conclusión: Es muy importante hacer un buen control prenatal, para prevenir y diagnosticar precozmente la hipertensión inducida por el embarazo y evitar las complicaciones de esta enfermedad como es el HELLP.

Palabras Clave: Síndrome HELLP, Hipertensión inducida por el embarazo.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

[HELLP Syndrome at the Maternity of the Hospital "Joaquina de Rotondaro", Tinaquillo estado. Cojedes, 2008-2009]

Objective: To determine the incidence of syndrome HELLP, complications and characteristics of the newborn one. Method: Retrospective and descriptive study of 22 patients with diagnosis of syndrome HELLP from January 2008 to January 2009. Atmosphere: Hospital "Joaquina de Rotondaro", Tinaquillo, Cojedes State. Results: The incidence was of 0.27% on the total of been born alive in the period of study. The group of predominant age went of 20 to 35 years, (42.11%). 57.90% were pregnancies upon maturity and 42.10% preterms. The diagnosis became in 68.42% during pregnancy and 31.58% in the childbed. The complications represented 31.56%, renal 26.31%, hematological 5.26%. 47.36% presented/displayed HELLP Class I; 26.32% Class II and III, respectively. There were 2 stillborn ones. The rate of fetal mortality was of 0,43X1000. Neonatal deaths were not reported. Conclusion: It is very important to make a good control prenatal, to prevent and to diagnose precociously the hypertension induced by the pregnancy and to avoid the complications of this disease as it is the HELLP.

Key Words: Syndrome HELLP, Hypertension induced by the pregnancy.

(source: DeCS Bireme)

Introducción

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia, con serias repercusiones para la madre y el feto. Este síndrome fue descrito por primera vez por Weinstein (1) quien enfatizó la triada del cuadro: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia.

De acuerdo a lo expuesto por Sibai (2), hay alteraciones de la bilirrubina, la cual es igual o mayor a 1,2 mg/l, aumento de la deshidrogenasa láctica en cifras = 600 μ l/l y alteraciones de las enzimas hepáticas caracterizadas por un aumento de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) por encima de 70 μ l/l y una disminución importante de las plaquetas.

Por su parte, Martín y col. (3) establecen una clasificación del síndrome HELLP con base al recuento plaquetario: Clase I, si se encuentra por debajo de 50 000, Clase II, si está entre 50 y 100 000 y Clase 3, entre 100 000 y 150 000. Esta clasificación tiene importancia desde el punto de vista clínico y terapéutico, porque permite valorar el grado y pronóstico del síndrome y los medios terapéuticos a emplear. Desde el punto de vista fisiopatológico, el proceso está categorizado por anemia hemolítica microangiopática. El síndrome HELLP complica los casos de preeclampsia/eclampsia entre un 4% y 12% (4,5).

La mayoría de las pacientes presenta signos de compromiso hepático, caracterizado por malestar general, náuseas con vómitos o sin ellos, sensibilidad en hipocondrio derecho a la palpación y en algunos casos, dolor epigástrico evidente (4). Es importante tener presente cuando vamos a hacer el diagnóstico, que el síndrome HELLP tiene características clínicas muy parecidas a la púrpura trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico renal aguda posparto y degeneración aguda del hígado (5,6).

En Venezuela algunos autores (7-10) han revisado este síndrome en sus respectivos centros y, Fleitas y col. (11), hacen una interesante revisión en la Maternidad "Concepción Palacios". Dada la importancia del tema, hemos hecho un seguimiento de las pacientes que presentan clínica compatible con el cuadro de HELLP, durante el periodo enero 2008 – enero 2009.

Materiales y Métodos

El presente trabajo de investigación es de tipo analítico retrospectivo, en el cual se revisaron 327 estados hipertensivos en embarazadas, de las cuales 22, se complicaron con síndrome HELLP, y sus gestaciones se resolvieron en el mencionado centro, en el lapso de enero de 2008 hasta 19 de enero de 2009.

En otras 2 embarazadas se sospechó la ocurrencia del síndrome pero se excluyeron, por no cumplir con algunos de los criterios establecidos. Durante el período se diagnosticaron 327 casos de estados hipertensivos del embarazo, de los cuales 22 presentaron el síndrome HELLP. La incidencia fue de 0,35% sobre el total de nacidos vivos reportados. Características de la población: la edad materna osciló entre los 14 y 39 años, predominó el grupo de 20 a 35 años (42,11%), seguido por el grupo de 30 a 39 años (31,58%). Las adolescentes representaron el 21,05% del total; la edad promedio fue de 19 años.

En cuanto al número de gestaciones, 12 casos (54.5%) fueron primigestas; 4 casos (18.1%) presentaron entre II y VI gestaciones y en 6 casos (27.2%) las pacientes tuvieron VII o más embarazos.

En lo referente a la edad de gestación, el 57,90% de los casos fueron embarazos a término. En el 26,32% la edad del embarazo estuvo comprendida entre 33 y 36 semanas y el 15,78%, fue menor de 32 semanas. Cabe señalar que en 13 casos (68,42%) el diagnóstico se realizó durante el embarazo y en 6 casos (31,58%) durante el puerperio. La hipertensión arterial como antecedente familiar estuvo presente en 12 casos (63,15%) y en cuanto a los antecedentes personales 15,78% (3 pacientes) tuvieron hipertensión arterial y en igual porcentaje, hipertensión inducida por el embarazo.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

Resultados

Los signos y síntomas neurológicos estuvieron presentes en 13 casos (68,42%) (Cuadro 1).

Cuadro 1
Signos y Síntomas asociados en pacientes. Hospital Joaquina de Rotondaro

Signos y Síntomas	N. de casos	%
Neurológicos:		
*Hiperreflexia	10	45,5
* Cefalea	4	18,18
* Tinnitus	2	9
Epigastralgia	3	13,6
convulsiones	3	13,6
total	22	99,8

Fuente: pacientes evaluadas en Hospital "Joaquina de Rotondaro" Tinaquillo Edo Cojedes 2008-2009

Entre las complicaciones presentes, las útero-placentarias (desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal) representaron el 40.9% (9 casos); renales (insuficiencia renal aguda) 22.7% (5 casos); hematológicas (coagulación intravascular diseminada) 4.5% (1 caso) y en el 31.8% (7 casos) no se reportó otras complicaciones. En relación con los tipos clínicos de hipertensión arterial asociados a HELLP, lo observamos. Del total de casos, 9 (47,36%) fueron clasificados como HELLP Clase I, cinco pacientes (26,32%) Clase II y III.

En lo referente a la forma de terminación del embarazo, la mayoría 20 casos (90.9%) tuvieron cesárea, 1 (4.5%) parieron vía vaginal y una (4.5%) fue referida a otro instituto.

En el Cuadro 2 podemos observar el peso al nacer.

El Apgar de los recién nacidos se observa en el Cuadro 3.

La morbilidad neonatal se resume en el Cuadro 4, de 21 recién nacidos, 10 presentaron morbilidad.

Cuadro 2

Peso al nacer de los recién nacidos Vivos Hospital "Joaquina de Rotondaro"

	N. Casos	%
500-2499 gr.	11	55
2500-3499 gr.	7	35
3500-4499 gr.	2	10
total	20*	100

Fuente: pacientes evaluadas en Hospital "Joaquina de Rotondaro" Tinaquillo Edo Cojedes 2008-2009

Cuadro 3

Apgar de los recién nacido vivos al nacer. Hospital Joaquina de Rotondaro

	N. casos	%
0-3 ptos	1	4,5
4 -6 ptos	9	40,9
7 -10 ptos	10	45,4
total	17	90,8

* Mortinatos:2

Fuente: pacientes evaluadas en Hospital "Joaquina de Rotondaro" Tinaquillo Edo Cojedes 2008-2009

Discusión

La incidencia del síndrome HELLP en nuestra casuística fue de 4,90%, cifra comparable a la reportada por Fleitas y col. (5,13%) (11) y guarda relación con lo reportado por Dildy y col. (4), Reubinoff y Schanker (12), Rojas Poceros y col. (13), Uranga y col. (14); quienes consideran que el síndrome HELLP ocurre entre el 4,12% de las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo.

En nuestra serie la edad de las pacientes osciló entre 14 y 39 años, con una media de 19,2 años. Rodríguez y Velarde (15) consideraron que la aparición de la afección ocurre en la tercera década de la vida lo que coincide con nuestros hallazgos, (79,69%). Por otra parte Kably-Ambe y col. (16) y Arqueta y col. (17) reportan una edad promedio de 29 años.

En nuestra revisión, 45.3% tuvo 2 o más embarazo; autores como Mckena, Sibai y Weinstein citado por Dildy (4) señalan que el síndrome HELLP es una enfermedad de las multigrávidas.

En relación con la edad de gestación al ingreso, Rojas y col. (13) señalan que en la mayoría de los casos (80%) el síndrome se presenta entre 26 y 37 semanas, lo cual contrasta con nuestros hallazgos: 42,10% entre las edades de embarazo citadas.

De acuerdo con las observaciones de Fleitas y col. (11) el 20,34% de las pacientes que tenían progenitores hipertensos, desarrollaron síndrome HELLP durante su último embarazo, lo cual difiere de nuestros resultados, en los que el 63,15% de las pacientes tenían padres con antecedentes de hipertensión arterial.

En cuanto a los antecedentes personales, el haber tenido HIE, aumenta el riesgo de desarrollar síndrome HELLP en embarazos subsecuentes en un 13,56% (11), lo cual concuerda con nuestro resultado, 15,78%. Igualmente el padecer de hipertensión arterial previa es un factor de riesgo para desarrollar síndrome HELLP. Es interesante señalar que las mujeres que han padecido el síndrome HELLP tienen un riesgo de recurrencia entre 4% y 27% (18,19).

En relación con los signos y síntomas asociados al síndrome HELLP, Fleitas y col. (11), señalan que la epigastralgia se presenta con mayor frecuencia sola o acompañada con otras sintomatologías, tales como: cefalea, dolor en hipocondrio derecho y escotomas. Otros (12,13,15,20) describen estas mismas manifestaciones. Se señala que algunas pacientes suelen presentar malestar general que puede confundirse con síntomas de tipo viral, previamente a la aparición del síndrome (2,21-23). Entre los signos y los síntomas que presentaron las pacientes en nuestro estudio pudimos observar que las manifestaciones neurológicas (hiperreflexia, cefalea y tinnitus), predominaron sobre los síntomas gastrointestinales (epigastralgia).

En nuestra revisión debemos resaltar que un elevado porcentaje no se controló el embarazo, 63,36% (14 casos). Las graves complicaciones en mujeres con síndrome HELLP, demuestran la importancia del estricto criterio para la definición del mismo. Coincidimos con otros autores (11,12, 15,19,24,25) en que las principales complicaciones son: insuficiencia renal aguda, desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada y muerte fetal. El diagnóstico y manejo adecuado de estas complicaciones puede evitar resultados desastrosos materno-fetales. De las pacientes estudiadas, 15 (68,18%) fueron preeclampsia severa, 4 (18,18%) hipertensión arterial con preeclampsia añadida y 3 casos (13,6%) eclampsia. De acuerdo con la clasificación del síndrome HELLP señalada por Martín y col. (3) el mayor porcentaje de nuestras pacientes (47,36%) se ubicó en la clase I. A pesar de ello, nuestras pacientes respondieron satisfactoriamente a la terapéutica utilizada. Dentro de los criterios diagnósticos de laboratorio para síndrome HELLP, tomando como referencia los valores de nuestro hospital, se incluyen: bilirrubina total = 1,0 mg/dl, bilirrubina indirecta > 0,8 mg/dl, TGO > 46 ui/l, TGP > 50 ui/l.

En lo que respecta a la forma de terminación del embarazo, el 90,9% de nuestros casos terminaron por cesárea. Estos resultados guardan relación con el

reportado por otros autores (16,23,25,26). Fleitas y col. (11) presentan cifras distintas a las nuestras, 59,33% para el parto vaginal y 40,68% para la cesárea.

En relación con el peso de los recién nacidos el 55% tuvo bajo peso al nacer y el 35% nació con pesos entre 2 500 y 3 499 g. En lo que respecta a la puntuación de Apgar el 45,4% tuvo 6 y menos puntos. A este respecto conviene señalar que la clínica del síndrome HELLP es un cuadro que por sus características, compromete seriamente el bienestar fetal, lo cual explicaría la baja puntuación del Apgar reportada.

En nuestro trabajo hubo 2 mortinatos lo cual representa una tasa de mortalidad fetal de 0,43 x1000.

En cuanto a la morbilidad neonatal en 43,65% se reportó prematuridad y en el 12,50% RCIU.

Recomendaciones

- Extremar los cuidados de atención prenatal para identificar precozmente la hipertensión inducida por el embarazo y evitar el avance de la enfermedad a estadios más severos. Detectar precozmente el síndrome HELLP mediante mejora a los cuidados perinatales durante el embarazo, parto y puerperio.
- Entrenar adecuadamente al personal médico en formación, sobre el diagnóstico y manejo terapéutico del síndrome.

Referencias

1. Weintin L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;142:159-167.
2. Sibai BM. Hipertensión durante el embarazo. *Clin Ginecol Obstet* 1992;4:593- 611.
3. Martin Jr. Blake Q, Lowmy SI, Perry K. Pregnancy complicated by preeclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 2000;76:737- 741.
4. Dildy G, Pelan J, Cotton D. Complications of pregnancy induced hypertension. En: Clark S, Cotton D, Harkins G, Phelan J. *Critical care in obstetrics*. 4ª edición. Boston: Blackwell Scientific Publications; 2001.p.267- 273.
5. Dunniho D. Pregnancy induced hypertension. *Fundamentals of gynecology and obstetrics*. 6ª edición. Filadelfia: J.B. Lippincott Co.; 2002.p.539-549.
6. Arias F. Preeclampsia y eclampsia. En: *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*. 9ª edición. España: Ed. Harcourt Bance; 2007.p.185-211.
7. Ulloa G, Di Rocco A, Figueira R, Hernández C, Uzcátegui O. Síndrome HELLP. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001;51:183-186.
8. Corrachano de Mago A, Sukerman E, Martínez E, Guardia M. Patología no obstétrica y embarazo. (Experiencia SMIN 1989-1993). *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:193-209.
9. Guariglia D, Vázquez de Martínez R, Laya C, Magnelli A. Recuento de plaquetas y tiempo de sangría en embarazadas con preeclampsia severa. Pronóstico de morbilidad materno-fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2006;56:89- 97.
10. Méndez M, Delgado C, Rodríguez S, Castillo E. Síndrome HELLP. *Med al Día* 1996;1(2):13-14.
11. Fleitas F, Serfati M, García M, Weibezahn H, Llovera A, Machado A. Síndrome HELLP. Revisión de los años 1991-1993. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997; 57:229-235.

12. Reubinoff BE, Schenker JG. HELPP syndrome a syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count-complicating preeclampsia/eclampsia. *Int J Gynecol Obstet* 1991;36:95-102.
13. Rojas G, López E, Viveras E, Reyes H, Kabby Ambe A. Síndrome de HELLP como manifestación de descompensación de la pre-eclampsia durante el puerperio: presentación de dos casos. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:448-451.
14. Uranga F, Nadal MA, Ronez E, Ruda H, Buvercua A, Jillescas L. Resultado obtenido en el seguimiento de embarazadas hipertensas. *Obstet Ginecol Lat-Amer* 1983;41:127-135.
15. Rodríguez D, Velarde R. Preeclampsia severa y síndrome de HELLP. *Ginecol Obstet Méx* 1999;62:325-329.
16. Kably-Ambe A, Pizano E, Alpi-Cohen I, Godoy-Morales H, Serviere- Zaragoza C. Síndrome de HELLP: una manifestación de la presentación de la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Perinatal Reprod Hum* 1988;2:85-90.
17. Arqueta Z, Méndez N, Plascencia Z, Ibargengoitia F, Vásquez ME. Síndrome de HELLP. Siete años de experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología, México DF. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:217-221.
18. Sullivan CA, Martín JN, Maggan EF, Perry KG, Roberts WE, Blake RN. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and platelets HELLP in subsequent gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:940- 943.
19. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis elevated liver enzymes and low platelets), subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:125-129.
20. Rojas G, Viveros-Rentería E, Kably-Ambe A. Síndrome de HELLP, estado crítico real. Conceptos actuales. *Ginecol Obstet Méx* 1996;64:64-72.
21. Barton J, Sibai BM. Atención del embarazo complicado por el síndrome de HELLP. *Clin Ginecol Obstet* 1991;2:169-183.
22. Tomsen T. HELLP syndrome (hemolysis elevated liver enzymes and low platelets) presenting as generalized malaise. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1876-1880.
23. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets): Much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 2000;162:3111- 316.
24. Vigil De Gracia P, Tenorio F, Cejudo E, Helguera A, García E. Diferencias entre preeclampsia, síndrome de HELLP y eclampsia, evolución materna. *Gynecol Obstet Méx* 1996;64:377-382.
25. Audibert F, Friedman SA, Friendlych AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:460-464.
26. Magann EF, Roberts W, Perry HG Jr., Chauhan SP, Blake PG, Martín JN Jr. Factors relevant to mode of preterm delivery with syndrome of HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets). *Am J Obstet Gynecol* 2004;170:1828-1832.

Declaración de Intereses: No se declararon conflictos de intereses.