

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
HOSPITAL MATERNOINFANTIL GERMAN URQUIDI
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
RESIDENCIA MEDICA

**FACTORES DE RIESGO PARA LA EVOLUCIÓN
MATERNA Y PERINATAL ADVERSA EN
SINDROMES HIPERTENSIVOS SEVEROS DEL
EMBARAZO**

Nombre : Dra. María Inés Molina Argote
Residente III Ginecoobstetricia

Tutor: Dr. Angel Maida Terceros

Marzo de 2006

INDICE

RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
III. MARCO TEORICO.....	2
1. Síndrome de HELLP.....	3
1.1 Hemólisis.....	3
1.2 Aumento de enzimas hepáticas.....	4
1.3 Disminución de plaquetas.....	4
IV. OBJETIVO GENERAL.....	5
V. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
VI. MATERIAL Y METODOS.....	6
1. Tipo de estudio.....	6
2. Area de estudio.....	6
3. Universo.....	6
4. Muestra.....	6
5. Definición de caso.....	6
6. Criterios de inclusión.....	7
7. Variables.....	7
8. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	9
VII. RESULTADOS.....	10
VIII. ANÁLISIS.....	24
IX. CONCLUSIONES.....	25
X. RECOMENDACIONES.....	26
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	28
XII. ANEXOS.....	29

RESUMEN

El presente trabajo de investigación sobre Factores de Riesgo para la Evolución Materna y Perinatal adversa en Síndromes Hipertensivos Severos del Embarazo, se realiza en el hospital Materno Infantil "Germán Urquidi", en un período de un año 2005 de enero a diciembre, en pacientes seleccionadas que cumplan con criterios de selección para diagnóstico de Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP.

Se define como caso de estudio a toda paciente que cursaba con embarazo mayor a 20 semanas de gestación, hipertensa con evidencia de hemólisis microangiopática, elevación de AST, ALT mayor a 70 UI/L, aun cuando la DHL no fuera superior a 600 UI/L.

Se tabula la información de 136 historias clínicas y se encuentra que un 72 % cursan con Preeclampsia Severa y Síndrome de Hellp, en 43 % a las edades de 20 a 29 años, 55 % en primigestas, en el 64 % en pacientes con embarazo entre 37 y 41 semanas de gestación, un 34 % fueron Clase II de Síndrome de Hellp, en un 24 % se juntan las dos patologías, en un 23 % se determinó RCIU, y en el 11 % muerte perinatal, que en 38 % presentan complicaciones perinatales, que en el 59 % las muertes maternas se deben a sepsis obstétrica, dentro las complicaciones maternas están las alteraciones neurológicas en un 20 %.

De todo lo anterior se deduce que las complicaciones que presenta la paciente con Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP, son considerables que repercuten en una alta morbilidad y mortalidad.

Nuevamente se establece que el control prenatal es fundamental para la detección de estos problemas y que permiten tomar decisiones antes de que se complique en su evolución la gestación.

FACTORES DE RIESGO PARA LA EVOLUCIÓN MATERNA Y PERINATAL ADVERSA EN SINDROMES HIPERTENSIVOS SEVEROS DEL EMBARAZO

I. INTRODUCCION

La preeclampsia es un trastorno característico de los embarazos humanos, en cuya fisiopatología la **disfunción endotelial** juega un papel fundamental.

Su etiología permanece desconocida, y se piensa que forma parte de una reacción inflamatoria generalizada.

El síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia) es considerado una complicación grave de la preeclampsia, que afecta a entre 4% y 35% de los embarazos. El porcentaje depende de los criterios utilizados para clasificar el síndrome, ya que diferentes estudios no emplean los mismos criterios de laboratorio. La expresión síndrome ELLP se utiliza para describir el cuadro de enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia, pero sin hemólisis (Síndrome HELLP parcial).

Las pacientes se presentan con gran variedad de síntomas que dificultan el diagnóstico y generalmente son evaluadas antes de las 37 semanas de gestación; 15% se presentan en el 2º trimestre del embarazo y 30% en el posparto.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome HELLP es motivo de mucha controversia con respecto a la definición, diagnóstico, incidencia y tratamiento, aunque hay coincidencia en la mala evolución materna y perinatal.

Su patrón de presentación inconstante condiciona falta de consenso sobre medidas de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno. El problema de equivocar ó retrasar el diagnóstico es muy trascendente. Las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y fetales aumentan en las gestaciones complicadas por el síndrome, a pesar de los avances terapéuticos.

Las complicaciones maternas más importantes son la insuficiencia renal aguda, eclampsia, coagulación intravascular diseminada, hematomas y muerte

III. MARCO TEORICO

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, que aparece a partir de la 20 semana de gestación y se caracteriza por hipertensión arterial, proteinuria y edemas. Cuando evoluciona a eclampsia se añaden convulsiones y coma, debido a la encefalopatía hipertensiva.

Entre las hipótesis sobre su patogenia destacan la alteración de la perfusión placentaria y la disfunción endotelial. La incidencia oscila entre el 5-7% de las gestaciones.

Los síntomas son dolor en epigastrio e hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos. La ictericia se presenta en el 40% de los casos y siempre con tasas de bilirrubina inferiores a 6 m/dl. Si es superior, hay que investigar la existencia de infarto hepático, hemorragia subcapsular o rotura hepática. Las transaminasas están aumentadas de 5-10 veces los valores normales. La biopsia hepática demuestra depósitos de fibrina en los sinusoides periportales, zonas hemorrágicas e incluso trombosis de los vasos pequeños.

Las complicaciones hemorrágicas son muy frecuentes en las formas graves. Los infartos, hematomas y roturas hepáticas se presentan en los casos de preeclampsia grave y en el 80% de la eclampsia. La triada de dolor en hipocondrio derecho, shock hipovolémico y toxemia gravídica

indica hemorragia subcapsular o rotura hepática. La hemorragia cerebral es la causa principal de muerte materna y fetal.

El tratamiento precoz de la toxemia gravídica previene el desarrollo de la disfunción hepática. En los casos leves se puede intentar un tratamiento ambulatorio con reposo en cama y medicación hipotensora. En los graves, dependiendo del cuadro y de la madurez fetal, se indica la interrupción del embarazo.

1. Síndrome de HELLP.

La triada sintomática que caracteriza al cuadro es: hemólisis, alteración de las pruebas de función hepática y disminución del número de plaquetas. La incidencia de este síndrome entre las pacientes con toxemia gravídica es del 4-12% y las manifestaciones son multisistémicas. En algunas mujeres la hipertensión y la proteinuria están ausentes lo que puede dificultar el diagnóstico. La etiopatogenia es desconocida, se ha relacionado con el ADN fetal libre en la madre, que se podría usar como marcador para predecir el inicio del síndrome de HELLP.

El cuadro clínico se inicia antes del parto(70%), pero en un 30% se presenta en el postparto. Habitualmente son pacientes de raza blanca, multíparas y mayores de 25 años. Los síntomas y signos son parecidos a la preeclampsia: dolor en hipocondrio derecho o epigastrio (65%), náuseas y vómitos (36%), cefalea (31%), manifestaciones seudogripales (40%), hemorragias (9%); por último, la ictericia, diarrea y otros síntomas acompañantes se presentan con menor frecuencia.

Los hallazgos de laboratorio más importantes son:

1.1 Hemólisis. Se observan anomalías en el frotis de sangre periférica, la bilirrubina es superior a 1,2 mg/dl y la LDH mayor de 600U/L. Aunque la anemia hemolítica microangiopática es característica, al