

REVISTA MEDICA SINERGIA

ENERO 2018 - VOLUMEN 3 - NUMERO 1

ISSN: 2215 - 4523
EISSN: 2215 - 5279

ARTICULOS



- Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo
- Hipotiroidismo en el embarazo
- Síndrome de HELLP

SOMEA

Sociedad de Médicos de América



PUBLICACION MENSUAL

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Trabajadora independiente, Costa Rica.

EDITOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau - EsSalud. Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú. Lima, Perú.
- Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Hospital Nacional Casimiro Ulloa-MINSA. Lima- Perú
- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud, Lima, Perú.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud. Lima - Perú.

Editorial Esculapio:

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa
Rica

Teléfono: 8668002

E-mail:

revistamedicasinergia@gmail.com



Entidad editora:

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guacimo, Limon.
Costa Rica

Teléfono: 8668002

Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>

REVISTA MEDICA SINERGIA



Publicación Mensual

Fecha de publicación: Enero 2018

Volumen: 3 – Numero: 1

Nombre de editorial: Editorial Médica Esculapio

Lugar de edición: 50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica

Contáctanos:

Teléfono: 86680002

E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com

Encuétranos en: www.revistamedicasinergia.com

AUTORES

Dra. Karen Wedel Herrera Fundación FIMRC, Alajuelita, San José , Costa Rica.
Médico General, cod: 12961.

Dra. Andrea Jiménez Alvarado, Línea Vital de Costa Rica, Puntarenas, Costa Rica.
Médico General, cod: 14091.

Dra. Cindy M. Monge von Herold, Empresa Tremedal S.A, San José, Costa Rica.
Médico General, cod: 14344.



La Revista utiliza las licencias de Creatives Commons (CC) para proteger sus derechos de autor y para garantizar el acceso libre y abierto, específicamente la CC-BY

DEPRESION, ANSIEDAD Y DISFUNCION FAMILIAR EN EL EMBARAZO

(Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:1
Enero 2018 pp: 3 – 8
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279

*Dra. Karen Wedel Herrera
Fundación FIMRC
San José, Costa Rica.

RESUMEN

Al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo está influenciada más por un problema del entorno social en el que se desenvuelve la mujer embarazada que por un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas.

DESCRIPTORES

Depresión, ansiedad, embarazo, salud mental.

SUMMARY

When we analyze the psychosocial variables, many studies have concluded that the pregnancy's evolution is more influenced by social environment problem than biological risk. It has been shown that results could improve if we implement programs especially intended for adolescent pregnancy, maternal and perinatal outcomes are improved

KEYWORDS

Depression, anxiety, pregnancy, mental health.

*Médico General,
graduada de Universidad
Autónoma de Centro
América. Trabaja como
médico en Fundación
FIMRC, Costa Rica.
cod: 12961.

INTRODUCCION

El ser humano, poseedor de una inteligencia diferenciada del resto de la diversidad biológica, debe procurar mantener una salud mental equilibrada, esto, es fundamental para la vida de cualquier persona y por esa razón no se debe pasar por alto, mucho menos durante el periodo prenatal y postparto. En los últimos años se le ha puesto mayor atención a las fases psicológicas y

psiquiátricas del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en éstas esferas sociales, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. Se tienen puntualizados diversos factores asociados con el desarrollo de este tipo de trastornos emocionales,

algunas de estas causas se resumen a continuación:

- Embarazo en adolescentes.
- Embarazo en mujeres mayores de 35 años.
- Ciertos rasgos de personalidad; por ejemplo: neurosis, psicosis, entre otros.
- Antecedentes personales de cuadros depresivos y/o de intentos suicidas.
- Historia familiar con cuadros depresivos y/o para suicidio. Cuadro depresivo durante el embarazo y actitud negativa hacia el embarazo.
- Problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre).

Sucesos relevantes durante el transcurso del embarazo, que pueden o no, relacionarse con éste, como podría ser una mala relación de pareja y/o nulo o escaso apoyo del cónyuge durante período de posparto.

INCIDENCIA

En un estudio realizado, se encontró que de 28 mujeres, el 57,1% presentaron un cuadro depresivo en el embarazo y el 42,7% iniciaron su episodio depresivo después del parto. En otro estudio que llevó entre 208 mujeres embarazadas para ver la importancia de variables psicosociales en el embarazo, se pudo observar lo siguiente: el 16,7% sufrió la muerte o enfermedad de un familiar cercano (en los 6 meses previos a la entrevista), el 31,8% de las mujeres consideró su embarazo como un evento negativo en su vida, el 55,7% de las mujeres no había planificado su

embarazo, un 61,5% de las gestantes tenía 11 o más puntos en la Escala de Goldberg y un 80,7% se encontraba insatisfecha con el apoyo social que tiene; éstos datos son relevantes a la hora de entender el entorno sociocultural y psicosocial de la mujeres embarazadas y da un panorama, si bien general, no por ello intrascendente, de las causas que envuelven la depresión en las mujeres embarazadas.

Estados de ánimo como la ansiedad, la depresión y la inestabilidad emocional influyen para que una mujer tenga partos largos y más complicados. Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto. Berthiaume, David, Saucier y Borgeat llevaron a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación; los resultados indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión intraparto y posparto.

El haber tenido experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencia negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas.

Por otra parte, Condon y Corkindale (1997) realizaron una investigación en la que probaron que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social

fuera de su relación de pareja. Estos resultados ponen en evidencia que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye en su apego maternal.

El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación; durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación. Una posible causa, y por ende explicación

médicoclínica, es que durante el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible, incluso en la mayoría de los casos es a partir del segundo y tercer mes que la mujer es informada de su nuevo estado.

Por otra parte, es durante el segundo trimestre de gestación, cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar su nueva condición biológica y social; ese enfrentar, y enfrentarse a sí misma, suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas, pero una vez adaptada a su nueva condición, las contradicciones de los cuadros depresivos y de ansiedad paulatinamente disminuyen.

Un nuevo informe de la agencia federal Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por sus siglas en inglés) evidencia y, afirma, que la depresión es tan común en las mujeres durante el embarazo, como lo es después del parto. Los responsables de la salud y los pacientes pueden fallar en

reconocer la depresión durante el embarazo, debido a que los síntomas de la depresión, tales como el cansancio, los problemas para dormir, los cambios emocionales y aumento de peso, también pueden ocurrir con el embarazo.

De acuerdo al informe, aproximadamente 1 de cada 20 mujeres estadounidenses embarazadas o que han dado a luz en los últimos 12 meses están sufriendo de depresión mayor. Cuando los episodios de depresión mayor y menor se combinan, hasta un 13% de las mujeres experimentan depresión. El informe define la depresión perinatal, como la que ocurre durante el embarazo y puede que continúe hasta 12 meses después del parto.

El grupo etéreo que presenta mayor frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar está comprendido entre los 20 a 30 años de edad con un 47% para ansiedad, 47% de depresión y 45 % de disfunción familiar.

DEPRESIÓN PERINATAL Y LA IMPORTANCIA DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Socialmente, la presencia de la depresión perinatal, se expresa en la relación madre-infante, pues es en la madre donde se leen y se perciben los efectos que pudieran llegar a causar la depresión en ambos miembros. La relación madre-infante es fundamental en los primeros años de vida de cualquier persona; cuando existe una respuesta asertiva de la madre a las necesidades de acercamiento del hijo, le proporciona protección a este (el hijo/a) y, por ende,

seguridad, con lo que se construye una relación emocionalmente saludable.

La inhibición social está relacionada con la depresión materna y con una relación de apego materno-infantil insegura. Si bien el autor no encontró como significativo el nivel socioeconómico, sí halló la calidad marital y, como parte de ella, el desempleo, el cual se relacionó con el maltrato infantil. Cabe recordar que el núcleo familiar es el campo de socialización principal. En éste, la depresión está estrechamente relacionada con la violencia intrafamiliar, que trae un alto costo en el estado emocional y conductual del bebé, así como en la relación entre éste y la madre.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO

Se define como al menos un periodo de dos semanas de síntomas persistentes de estado de ánimo depresivo, o pérdida de interés, por realizar actividades de la vida diaria, con al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Marcada disminución de interés o placer.
- Insomnio o hipersomnia.
- Sentimientos de menosprecio o culpa.
- Pérdida significativa de peso.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Poca capacidad de concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte
- Agitación psicomotora

El periodo de prevalencia de un episodio depresivo mayor es del 12.7% durante el

embarazo (7.5% de más mujeres corresponden a un episodio nuevo) y 21.9% el primer año posparto. Además es considerada una de las principales complicaciones de un parto.

La depresión puede continuar por meses o años después de un parto, asociando limitación física y psicológica importante para la madre. Existe un riesgo mucho mayor cuando los casos son en los embarazos de adolescentes.

FACTORES DE RIESGO

- Situaciones de vida estresantes.
- Factores genéticos.
- Historia anterior de episodio depresivo.
- Sensibilidad emocional aumentada. Las mujeres con depresión posparto tienen un riesgo más alto, de un 24 a un 35%, de volverlo a presentar con el siguiente embarazo.

FISIOPATOLOGÍA

Investigadores han sugerido que un cambio brusco de esteroides gonadales influye en la fisiopatología del episodio depresivo durante el posparto. Sin embargo deben existir factores de riesgo asociados así como problemas sociales y ambientales que desencadenen un episodio mayor. En distintas investigaciones se han visto relacionados con problemas nutricionales maternos, obesidad, tabaco, alcohol y abuso de drogas.

Un meta análisis ha asociado los episodios depresivos con bajo peso al nacer y con parto pre término, sobretodo

en embarazos adolescentes con una media de 16 años.

TRATAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

La adecuada historia clínica y examen físico a la paciente, además de estudios complementarios para realizar un diagnóstico certero, descartando otras patologías asociadas como el hipotiroidismo, por ejemplo, son de suma importancia para un adecuado abordaje.

El tratamiento se basa en psicoterapia y antidepresivos. Siendo la psicoterapia el preferible y adecuado para todas las pacientes, sin embargo económicamente oneroso y no es asequible para la mayoría de mujeres y esto debería llamar la atención de los encargados de la salud

pública. Es de suma importancia la relación médico-paciente y el apoyo familiar para lograr un buen abordaje y efectos positivos en la mujer.

ANSIEDAD

Diagnóstico y prevalencia

Los síntomas y trastornos de ansiedad pueden darse de la siguiente manera: desorden de ansiedad 5%, ataques de pánico 5%, ansiedad generalizada 3%, trastorno obsesivo compulsivo 6%, fobia social y otras fobias 13% y estrés postraumático 10%.(1) Para realizar un diagnóstico los síntomas deben causar un deterioro en el funcionamiento de la paciente, y sin tratamiento, pueden convertirse en padecimiento crónico.

Fisiopatología

El embarazo, nacimiento y la lactancia, producen alteraciones fisiológicas marcadas que contienen cambios múltiples hormonales, y en el sistema de neurotransmisores, que podrían estar involucrados con los síntomas de ansiedad. Otras causas encontradas son los agonistas B adrenérgicos como la terbutalina que se utiliza en el parto prematuro, precipita ataques de pánico y síntomas de ansiedad. Así mismo el hipertiroidismo que se tiene que considerar como un diagnóstico diferencial.

Efectos en el embarazo y parto

Los síntomas de ansiedad y los trastornos de ansiedad se asocian con un riesgo aumentado de preeclampsia y de fetos con bajo peso al nacer. El estrés psicosocial está altamente relacionado y aumenta los síntomas de ansiedad y los ataques de pánico en las madres. Los hijos de madres con ansiedad y depresión durante el embarazo tienen riesgo elevado de déficit atencional, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desordenes conductuales y ansiedad durante la niñez.

Tratamiento

Cuando la ansiedad afecta el ámbito familiar, laboral y personal es necesario un tratamiento. Al igual que en el episodio depresivo se recomienda la psicoterapia como primera línea. Además responden muy bien a la terapia con antidepresivos. Es de suma importancia valorar bien a la paciente para evaluar costo-beneficio y dar el tratamiento más apropiado e individualizado.

CONCLUSIONES

La depresión perinatal tiene que considerarse un problema serio de salud pública que debe investigarse desde otras perspectivas, con diferentes metodologías para poder proporcionar datos inmediatos sobre una posible presencia de depresión, considerando siempre el aspecto sociocultural.

Una adecuada historia clínica, examen físico y exámenes complementarios es de suma importancia para descartar otras patologías y obtener así un diagnóstico certero. El apoyo familiar, la relación médico paciente y la psicoterapia son los tres pilares del

tratamiento que pueden evitar el uso de antidepresivos en la mayoría de pacientes. Lo anterior tiene como objetivo identificar de manera inmediata y concreta las características socioculturales como posibles factores de riesgo en la presencia de la depresión en mujeres en etapa perinatal; que el personal de salud considere los posibles factores de riesgo para que de esta manera, al identificar un posible ambiente socio-cultural nocivo y, por consiguiente propicio para la presencia de la depresión, canalice a las pacientes a los servicios de salud mental, y por último, que se busquen estrategias para diseñar medidas preventivas ante este serio problema de salud pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Gabbe , Obstetrics Normal and Problem Pregnancies, 7ma edición , capítulo 55 Mental health and behavioral disorders in pregnancy, página 1147 – 1161.
2. Ansiedad, depresión, y disfuncionalidad familiar en el embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno infantil, La Paz, Bolivia. Dra. Beatriz Pimentel Sarzuri. Médico Familiar.
3. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, José Luis Rangel,¹ L Valerio,¹ J Patiño,¹ M García ¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato.
4. DEPRESION Y EMBARAZO, Alexis Rodrigo Picech, Lisandro Javier Flores. Dr. Raúl Alberto Lanser, Dra. Mirta Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz Servicio de Ginecología y Obstetricia: Hospital “Angela Iglesia de Llano”, Corrientes, Argentina.

Recepción: 12 Noviembre de 2017

Aprobación: 20 Diciembre de 2017

HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

(Hypothyroidism in pregnancy)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:1
Enero 2018 pp: 9 – 12
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279

* Dra. Andrea Jiménez Alvarado
Línea Vital de Costa Rica
Puntarenas, Costa Rica.

RESUMEN

La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis de Hashimoto, otras causas pero menos comunes son: tiroiditis asintomática y subaguda, el inducido por fármacos (medicamentos antitiroideos: PTU, metimazol, yodo y litio, carbamazepina, fenitoina y rifampicina, amiodarona, hidróxido de aluminio, sulfato de hierro, calcio, vitaminas y soya), altas dosis de radiación externa en el cuello, hipotiroidismo congénito, trastornos metabólicos hereditarios, y síndromes de resistencia a la hormona tiroidea. En casos de enfermedad hipotalámica o hipofisaria puede existir un hipotiroidismo secundario. Un ejemplo es la hipofisitis autoinmune la cual es de particular interés en obstetricia por su relación al síndrome de Sheehan.

DESCRIPTORES

Hipertiroidismo, embarazo, hashimoto, hipotiroidismo, T4, TSH.

SUMMARY

The most common cause of hypothyroidism is Hashimoto's thyroiditis, other but less common causes are: asymptomatic and subacute thyroiditis, the drug induced (antithyroid drugs: PTU, methimazole, iodine and lithium, carbamazepine, phenytoin and rifampin, amiodarone, aluminum hydroxide, iron sulfate, calcium, vitamins and soy), high doses of external radiation in the neck, congenital hypothyroidism, hereditary metabolic disorders, and thyroid hormone resistance syndromes. In cases of hypothalamic or pituitary disease, there may be secondary hypothyroidism. An example is autoimmune hypophysitis which is of particular interest in obstetrics because of its relationship to Sheehan syndrome.

KEYWORDS

Hyperthyroidism, pregnancy, hashimoto, hypothyroidism, T4, TSH.

*Médico General.
Graduada de la
Universidad Latina de
Costa Rica. Trabaja como
médico en Línea Vital de
Costa Rica, Costa Rica.
cod: 14091.
andreaajima@hotmail.com

INTRODUCCION

Se clasifica en hipotiroidismo explícito al tener una TSH (hormona tiroidea estimulante) elevada con baja concentración de T4 (tiroxina) libre,

mientras que el hipotiroidismo subclínico ocurre donde existe elevación de TSH y T4 normal. Este último es más común. En cuanto a la mujer embarazada se

pueden presentar diversos escenarios como:

- 1) Paciente con hipotiroidismo subclínico diagnosticada por primera vez en el embarazo.
- 2) Mujer hipotiroidea que discontinuo su tratamiento.
- 3) Paciente que requiere mayor dosis de tratamiento debido a que su requerimiento de hormonas tiroideas aumentó durante el embarazo.
- 4) Paciente que no es consistente tomando su medicamento.
- 5) Paciente hipotiroidea con excesiva dosis de tratamiento antitiroideo.
- 6) Aquella mujer en la cual su función tiroidea está afectada por el uso de otros medicamentos como el litio o la amiodarona.

Se pueden observar elevaciones leves de la TSH justo después de la concepción. Se habla entre un 50 a 60% de las mujeres hipotiroideas presentan dichos aumentos al incrementarse la demanda de hormonas tiroideas en las primeras semanas de gestación.

EFFECTO DEL HIPOTIROIDISMO EN EL EMBARAZO

Se ha visto en ciertos estudios que al existir concentraciones elevadas de anticuerpos antitiroperoxidasa (TPO), antimicrosomales (AMA) y antitiroglobulina (ATG), hay un aumento de dos veces en la tasa de aborto espontáneo. Dichos anticuerpos pueden cruzar la barrera placentaria y ocasionar hipotiroidismo neonatal, que podría generar graves consecuencias cognitivas en el neonato. Se han descrito casos donde los hijos de mujeres con hipotiroidismo incluso leve, tienen un IQ

(índice de coeficiente) más bajo que en los hijos de mujeres sanas. Además existe mayor riesgo de presentar complicaciones en el embarazo como: preeclampsia, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, y muerte fetal intrauterina. Por lo tanto es de suma importancia el tratamiento temprano y la vigilancia estrecha para mantener un estado eutiroideo en la paciente gestante para la disminución de dichas complicaciones perinatales.

EFFECTO DEL EMBARAZO EN EL HIPOTIROIDISMO

Ocasiona un aumento de los requerimientos de hormona tiroidea, por lo que hay que vigilar los niveles de TSH materna cada trimestre, con valoración cada 4 semanas si se considera necesario cambiar la dosis del medicamento. Dichas necesidades regresan a los niveles en que se encontraban previos al embarazo luego del parto.

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CLINICO

El tratamiento a elegir es L-tiroxina, siendo el mejor momento para administrarlo en la mañana en ayunas, o si la paciente presenta vómitos y náuseas, ésta se administra una vez que los síntomas hayan cesado. Es importante verificar las concentraciones de TSH cada 4 semanas hasta que sus niveles se encuentren en el límite inferior del rango normal.

Se inicia dosis a 2 ug/kg de peso real, realizando ajustes según la concentración de TSH. Si esta es elevada pero menor a 10 ug/ml se

puede añadir entre 25-50ug/día, si es mayor a 10 pero menor de 20, se puede aumentar de 75 a 100 ug/día. Ya que los requerimientos aumentan durante el embarazo es importante revisar las concentraciones de TSH al inicio y cada trimestre para así poder mantener el eutiroidismo.

Una vez concluido el embarazo, la dosis de medicamento vuelve a ser la misma cantidad previa a la gestación y se evalúa 4 a 8 semanas después del parto la TSH. En las mujeres que presenten enfermedad hipofisaria se debe utilizar la concentración de T4 libre como parámetro de medición y esta debe mantenerse en el tercio superior del rango normal.

HIPOTIROIDISMO SUBCLINICO

Se piensa que sus causas son las mismas que las del hipotiroidismo franco. Este se descubre al encontrar elevaciones de TSH con concentraciones de T4 libre normales, donde la paciente no presenta síntomas de enfermedad tiroidea.

Hasta el momento existe discrepancia en cuanto a la vigilancia del hipotiroidismo en mujeres embarazadas, lo que sí se sabe es que tanto la American Thyroid Association, y la Endocrine Society recomiendan la valoración rutinaria de TSH (con T4 libre si la TSH es anormal), antes de la concepción y en cuanto se determine el embarazo. Mientras que la ACOG no apoya la realización de estudios en aquellas mujeres asintomáticas.

Es importante además tomar en cuenta las mujeres que presentan factores de

riesgo como: las que han recibido tratamiento previo contra hipotiroidismo, altas dosis de radiación en el cuello, tiroiditis posparto anterior, presencia de bocio, antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, tratamiento con amioradona, sospecha de insuficiencia hipofisaria y diabetes mellitus tipo 1; se les debería realizar de pruebas tiroideas.

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CLINICO

En este momento la ACOG no apoya la detección ni el tratamiento para el hipotiroidismo subclínico. En un estudio del presente año publicado en el NEJM no se demostró algún efecto significativo en cuanto a la terapia de reemplazo de hormona tiroidea y sus beneficios sobre función cognitiva en niños y sobre su desarrollo neurológico hasta los 5 años de edad. Se ha asociado al hipotiroidismo subclínico con múltiples complicaciones obstétricas. Sin embargo en estos casos no se ha demostrado una relación directa en cuanto a que el uso de levotiroxina reduzca estos riesgos.

HIPOTIROXINEMIA AISLADA

Se refiere a aquellas pacientes con niveles de T4 libre por debajo del límite de referencia pero con niveles de TSH normal.

La explicación de dicho fenómeno no es clara del todo sin embargo se observa frecuentemente en áreas endémicas de deficiencia de yodo y se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal junto con una mayor incidencia de hipotiroidismo neonatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Casey, B., Thom: A., Varner; M., Sorokin, Y., Hirtz, D., Wapner, R., Thorp, J., Saade, G.; Tita, A., Rouse, D., Sibai, B., Lams, J., Mercer, B., Tolosa; J., Caritis; S. & VanDorsten, P. (2017). Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hypothyroxinemia in Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 376, pp. 815-824.
2. DeCherney, A., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). Enfermedades tiroideas y otros trastornos endocrinos durante el embarazo. En *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos* (pp. 522-524). Mexico: McGraw-Hill Education.
3. Gabbe, S., Niebyl, J., Simpson, J., Landon, M., Galan, H., Jauniaux, E., & Driscoll, D. (2012). Pregnancy and Coexisting Disease. En *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies* (pp. 939-942). United States: Elsevier Saunders.

Recepción: 15 Noviembre de 2017

Aprobación: 20 Diciembre de 2017

SINDROME DE HELLP

(HELLP Syndrome)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:1
Enero 2018 pp:13 -16
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279

* Dra. Cindy Monge von Herold
Empresa Tremedal S.A
San José, Costa Rica.

RESUMEN

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, en pacientes con preeclampsia grave, eclampsia, e hipertensión gestacional y preeclampsia agregada, que puede ocurrir en el embarazo o puerperio. Se observa entre el 0,5-0,9% de todas las gestaciones, entre el 4-14% de todas aquellas con preeclampsia/eclampsia y en un 4% en el posparto. La mortalidad materna se aproxima del 1-24%, principalmente debido a hemorragias cerebrales. La mortalidad perinatal es del 40%, debido a prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y abrupción de placenta. Generalmente, se manifiesta en el tercer trimestre.

DESCRIPTORES

HELLP, embarazo, restricción del crecimiento uterino, complicaciones neonatales.

SUMMARY

One complication of hypertensive disorders during pregnancy, is HELLP syndrome, severe preeclampsia, eclampsia, and gestational hypertension, can occur in pregnancy or puerperium. This can happen in 0.5-0.9% of all pregnancies, 4-14% of all women preeclampsia / eclampsia and in 4% in the postpartum period. Maternal mortality is close to 1-24%, mainly due cerebral hemorrhages. Perinatal mortality is 40%, due to prematurity, intrauterine growth restriction (IUGR), and placental abruption.

KEYWORDS

HELLP syndrome, pregnancy, intrauterine growth restriction, neonatal complications.

* Médico General,
Graduada de la
Universidad Latina de
Costa Rica. Trabaja como
médico en Empresa
Tremedal S.A, Costa Rica.
cod: 14344.
cmvonherold@hotmail.com

INTRODUCCION

No se conoce exactamente como se inicia el síndrome de HELLP, sin embargo, muchas de sus características son parecidas a la preeclampsia grave,

lo que hace pensar que este síndrome también puede catalogarse como una enfermedad inducida por la placenta pero con un proceso inflamatorio agudo más grave y dirigido al hígado principalmente.

Es probable que alteraciones en el desarrollo y funcionamiento de la placenta causen isquemia y estrés oxidativo, que a su vez causan alteraciones en la liberación y en el metabolismo de diversos factores, como las prostaglandinas, endotelina y óxido nítrico, llevando a lesión endotelial, agregación plaquetaria, hipertensión y fallo multiorgánico.

CUADRO CLÍNICO

La presentación clínica del síndrome de HELLP es variada. Las manifestaciones clínicas iniciales suelen ser las mismas que se presentan en la preeclampsia. Pueden presentar náuseas, vómito, malestar general, ictericia, cefalea, dolor en hombro derecho, dolor en cuadrante superior derecho (86%), alteraciones visuales o manifestaciones hemorrágicas, edema periférico, con hipertensión y proteinuria. La hipertensión puede estar ausente en el 20% de los casos y ser leve en el 30%. La mayoría de las pacientes manifiestan el síndrome entre las 27-37 semanas de gestación, pero se puede observar en el puerperio, hasta los 7 días después, con un pico de incidencia a las 48hrs. En el período puerperal, el riesgo de insuficiencia renal aguda y edema pulmonar aumenta.

Tríada de Anormalidades de Laboratorio

Hemólisis: La formación de microtrombos lleva a una anemia hemolítica microangiopática con la presencia típica de fragmentos de eritrocitos y hematíes crenados en un extendido de sangre periférica. En el

15% de los casos puede ocurrir en ausencia de signos de la misma.

Alteraciones hepáticas: Las anomalías patológicas incluyen hemorragia periportal, necrosis focal parenquimatosa con deposición hialina, fibrina microtrombos y esteatosis, que provoca aumento de las enzimas hepáticas. La elevación de la TGP, TGO y LDH reflejan el grado de hemólisis y la disfunción hepática; tienen relación directa con la severidad del síndrome. El dolor en el CSD y epigastrio, es debido a distensión de la cápsula de Glisson. Puede llegar a causar ruptura hepática con peligro inminente para la vida, con una incidencia de 1/45000.

Trombocitopenia: La disminución del recuento plaquetario se debe al consumo de plaquetas en los sitios de daño endotelial; es frecuente verlo tempranamente en la preeclampsia. Se observa un recambio plaquetario aumentado, una disminución del tiempo de vida medio y aumento de la adherencia plaquetaria al colágeno expuesto a la pared endotelial.

COMPLICACIONES NEONATALES

Pueden ser el distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia cerebral y enterocolitis necrotizante, crecimiento intrauterino retardado (30%), depresión neonatal (32%), hipoglicemia (19%), bajo peso al nacer (51%), hiperbilirrubinemia, asfixia perinatal, hipoglicemia, trombocitopenia neonatal y muerte.

COMPLICACIONES MATERNAS

Pueden presentar coagulación intravascular diseminada (CID),

desprendimiento prematuro de placenta (DPP), insuficiencia renal aguda (IRA), ascitis severa, edema pulmonar, derrame pleural, edema cerebral, hematoma subcapsular hepático entre otras. Las cifras de mortalidad materna varían entre 0% y 24%, las causas de muerte más comunes en orden de frecuencia: hemorragia intracraneal (26% - 27%), síndrome de distrés respiratorio del adulto (22%), ruptura hepática (17%), encefalopatía isquémica hipóxica (7,5%) y CID (5,7%) entre otras.

CLASIFICACIÓN

La clasificación de Mississippi divide el síndrome en tres clases según el nivel plaquetario. Se estableció para predecir la rapidez de la recuperación de la enfermedad posparto, y el riesgo de recurrencia. La clasificación de Tennessee se refiere a la presentación parcial o incompleta del síndrome.

TRATAMIENTO

El propósito del tratamiento es disminuir la probabilidad de eventos adversos, como accidentes cerebrovasculares u otras complicaciones del SNC.

El tratamiento definitivo es el parto. Se debe mantener una evaluación constante con monitoreo fetal y signos vitales maternos. En la mayoría de las pacientes se produce una reversión del cuadro en las siguientes 24-48hrs, sin embargo, los síntomas pueden continuar durante 14 días.

Prevención de las convulsiones

Sulfato de magnesio: dosis de carga de 6 g c/ 20min, y una dosis de mantenimiento de 2 g/hora en infusión

continúa. Debe mantenerse hasta 24-48 horas en el puerperio.

Tratamiento antihipertensivo

Usar en caso de PA diastólica >105- 110 o PA sistólica >160mmHg. Se puede utilizar hidralacina, 5mg en bolo c/15-20min, con un máximo de 20mg/hora. Se debe controlar la PA c/15min. Si no se logra la meta (PA <160/105mmHg), se debe utilizar labetalol, de 20-40mg IV c/10-15min, con un máximo de 220mg/hora. También puede usar nifedipina, de 10-20mg VO c/30min, con una dosis máxima de 50mg/hora.

Control de los trastornos de la coagulación y reposición de volúmenes

Con plaquetas <20-40x10⁹ /L, siempre debe utilizarse concentrados de plaquetas. Debe transfundirse la cantidad necesaria para elevar las plaquetas por encima de 50.000/ml, recordando que cada unidad elevará el recuento en 10 000/ml. En casos con manifestaciones hemorrágicas, deben utilizarse siempre en la dosis de 1u /10kg de peso corporal, lo que debe comenzarse desde el preoperatorio y mantenerse en el posoperatorio, según la evolución. El uso de otros derivados de la sangre depende del estado de la paciente. Las alteraciones de los parámetros de laboratorio generalmente duran 48-72 horas posparto. El conteo de plaquetas se normaliza dentro de una semana del parto.

Interrupción de la gestación

Si tiene más de 34 semanas, debe ser inmediato, luego de estabilizar a la

gestante. Si tiene menos de 34 semanas y las condiciones feto-maternas son favorables, se debe proceder a la maduración pulmonar fetal e interrumpir la gestación cumplidas las 24hrs.

Indicaciones de cesárea: todas las gestantes con <30 semanas sin pródromos de parto y escala de Bishop <5, las que tienen diagnóstico del síndrome con menos de 32 semanas, RCIU, oligohidramnios o ambas condiciones y escala de Bishop muy desfavorable. Indicaciones de parto vaginal: la ruptura prematura de membranas, cuando no existen complicaciones obstétricas, edad gestacional de >30 semanas y escala de Bishop ≤5.

Manejo posparto

Debe haber control estricto de signos vitales y mantener el tratamiento antihipertensivo por 48-72hrs regulando las dosis según la PA, y el uso de sulfato

de magnesio como profilaxis de las convulsiones por 48hrs. Se debe administrar un bolo IV de 250-500 ml de líquido si la oliguria es persistente.

Uso de esteroides

Algunos autores recomiendan su utilización temprana con una recuperación más rápida y mejoría de los parámetros de laboratorio, como la trombocitopenia, la hemólisis, la función hepática y renal y el control de la tensión arterial. Se ha recomendado el uso de la dexametasona, en dosis de 10mg IV cada 6-12hrs y mantenerla por 48-72hrs en el puerperio. Dosis de betametasona 6mg IM cada 12 h por 3-4 dosis.

Criterios de Resolución

Estabilidad de las cifras de PA <150/100 mmHg, un recuento plaquetario ≥100x10⁹ /L, disminución de las cifras de LDH y mantenimiento de una diuresis adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Sánchez, A., Álvarez Ponce V., Martos Benítez F., (2016, septiembre- diciembre). Caracterización de las pacientes con síndrome HELLP. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de <http://www.scielo.org.com>.
2. Gutiérrez-Aguirre C., Alatorre-Ricardo J., Cantú-Rodríguez O., Gómez-Almaguer D., (2012). Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. Revista de Hematología México. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2012/re124h.pdf>
3. García V., Echavarría L., Ardila R., Gutiérrez J., (2014) Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000100002&script=sci_arttext&tlng=en
4. Drs. Soto F., Rivera L., Estévez M., Ayala V., Cabrera C., (2014, diciembre) Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322014000400004

Recepción: 1 Noviembre de 2017

Aprobación: 20 Diciembre de 2017

REVISTA MEDICA SINERGIA

Su objetivo es difundir la producción científica en todos los campos de la ciencia médica y afines, tenemos como misión llegar a ser una herramienta valiosa para la difusión de investigaciones en el área de salud a nivel internacional. Su área de cobertura son los temas relacionados con la ciencia de la salud (medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía, pediatría, etc.). Esto se lleva a cabo mediante publicaciones mensuales de artículos de revisiones bibliográficas, originales, investigación, comunicación científica y reporte de casos.

La revista va dirigida principalmente al personal médico y ciencias relacionadas al área de la salud.

Todos los trabajos deben ser de alto interés para la comunidad médica y para el área de la salud en general.

Revista Médica Sinergia es una revista de periodicidad mensual, la publicación se realiza el día 01 de cada mes, publicando un número cada mes del año, contando con 12 números al año.

La Revista utiliza las licencias de Creative Commons (CC) para proteger sus derechos de autor y para garantizar el acceso libre y abierto, específicamente la CC-BY



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Lo puede encontrar en: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

NORMAS DE PUBLICACION

Generalidades

1. Todo artículo a presentarse para evaluación y posible publicación debe ser **original** esto quiere decir que no debe ser postulado simultáneamente en otras revistas u órganos editoriales. Dejando en claro que solo se aceptarán artículos **originales**.
2. Los artículos deben de ser relacionados al área de la salud.
3. Los siguientes documentos deben de ser llenados, firmados y enviados, junto al artículo, previa evaluación, al correo electrónico: revistamedicasinergia@gmail.com o ingresados directamente a la página de la revista: www.revistamedicasinergia.com.
 - a. Carta de Aceptacion de derecho de autor:
 - b. Exigencia de originalidad

NOTA: estas cartas se encuentran en nuestra página www.revistamedicasinergia.com, sino también lo puede solicitar a: revistamedicasinergia@gmail.com, y con gusto los atenderemos.
4. Los artículos deben de ser enviados en formato Word.
5. Los artículos enviados no deben de haber sido publicados total o parcialmente en ninguna revista impresa ni digital, en el mismo o diferente idioma.
6. No deberá presentar el artículo para su evaluación a dos revistas de forma simultánea.
7. El artículo debe de estar ordenado de la siguiente manera: página de título, resumen del artículo en 2 idiomas, palabras claves en 2 idiomas, cuerpo del artículo, bibliografía.
8. Las **referencias bibliográficas** deberán ser elaboradas según el formato de American Psychological Association (APA), el cual es una norma internacional ampliamente aceptada. Algunos ejemplos se encuentra en : www.revistamedicasinergia.com, Además, un tutorial sobre el formato APA está disponible en: <http://www.apastyle.org/learn/tutorials/basics-tutorial.aspx>

Página de título

- **Título:** Debe de ser conciso, específico y sin abreviaturas, debe de ser redactado en 2 idiomas.
- **Autores:** Debe de consignarse el nombre completo del autor(es), debe de estar alineado a la derecha.
- **Nombre de departamento o institución:** Lugar donde el autor perteneció durante la elaboración del trabajo.
- **Palabras claves:** La publicación debe tener por lo menos 4 palabras claves redactadas en 2 idiomas.
- **Enumerar:** Todas las páginas, cuadros y figuras.
- **Fuentes de ayuda:** Persona o instituciones que brindaron ayuda durante la elaboración de la publicación.

TIPOS DE ARTICULOS

1. **Presentación de los artículos:** El autor en caso de ser necesario, deberá presentar todas las fuentes de información originales. La publicación debe ir estructurada de la siguiente manera:
 - **Resumen:** 250 palabras máximo, con una descripción del trabajo, material, métodos utilizados, resultados principales y conclusiones relevantes. Este resumen deben de ir en 2 idiomas. No deben de usarse abreviaturas.
 - **Palabras claves:** Debe de contar por lo menos 4 palabras claves redactadas en 2 idiomas.
 - **Introducción:** Es el texto donde se plantan las hipótesis, y se contesta las preguntas : como y porque de la publicación. Sin olvidar la mención del objetivo principal y secundario. Evitando los resúmenes de los resultados.
 - **Métodos:** Se mencionan los materiales utilizados, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, diseño del estudio, composición y característica de muestras estudiadas. Si el artículo reporta información obtenida de estudios en seres humanos debe incluir una nota donde asegure que el protocolo de estudio cumplió con los requisitos del Comité Ético Científico (CEC) el cual requiere estar debidamente acreditado por el CONIS.
 - **Resultados:** Los resultados deben de seguir una secuencia lógica y concordante, en el texto, cuadros, figuras y tablas. Deben de ser claras y concisas.
 - **Discusión:** Es un análisis de datos obtenidos de la investigación. Se expondrá si los resultados solventan las conclusiones. No se repite información mencionada en introducción ni resultados. Además, se valora si se cumplieron con los objetivos primarios y secundarios.
 - **Agradecimientos (Opcional):** Menciona persona o instituciones que brindaron ayuda durante la elaboración de la publicación.
 - **Elaboración de referencias bibliográficas:** Insertadas consecutivamente con números arábigos en el cuerpo del texto y citadas con toda la información pertinente en el área de referencia. Se usará el formato de American Psychological Association (APA).
 - **Cuadros, figuras y tablas:** Tienen que ser explicativos, deben tener título y numeración consecutiva correspondiente.
2. **Revisiones bibliográficas:** Los artículos deben de ser interés médico científico, actuales, con una bibliografía actualizada, de relevancia (no puede tener más de 5 años de antigüedad).
3. **Opiniones:** Informan temas de la actualidad en los avances científicos de la medicina, con grado de evidencia, bien fundamentado.
4. **Reporte de casos:** La publicación debe estar estructurada de la siguiente forma:
 - Título.
 - Resumen: claro y conciso, este resumen debe de ir escrito en 2 idiomas.

- Introducción: se debe contestar las preguntas: ¿por qué se publica?, ¿qué se publica? Mencionar objetivos primarios y secundarios.
- Presentación del caso: se debe realizar una presentación cronológica de la enfermedad y de la evolución del paciente. Con posible diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Discusión: es un análisis de datos obtenidos de la investigación. Se expondrá si los resultados solventan las conclusiones. No se repite información mencionada en introducción ni resultados.

PRESENTACION DE MANUSCRITO

La publicación será estructurada de la siguiente manera: página de título, resumen en 2 idiomas, palabras claves en 2 idiomas, introducción, cuerpo de la publicación, discusión, conclusiones, referencias bibliográficas. Todos los trabajos deben ser enviados en formato digital en Word para Windows®, los títulos con letra Arial #14 - negrita, el contenido en Arial #11, con espacio 1,15.

Página tamaño carta. Los cuadros deben de ser realizadas en Word con letras Arial#11 y contener su título respectivo en Arial #11.

Las figuras o dibujos deben de ir con su respectivo título en Arial #11.

SISTEMA DE ARBITRAJE Y PROCESO DE EVALUACION DE LOS ARTICULOS

Los artículos enviados a nuestra revista médica, están sujetos a una serie de pasos previos a su publicación.

Como *primer paso*, el Comité Editorial, revisará que el artículo cumpla con las normas relativas a estilo y contenido indicadas en las instrucciones a los autores, si faltara algo, el artículo se devuelve al autor para que complete el faltante. Cuando el artículo cumple a cabalidad con las normas de publicación y presentación de artículos (originales, investigación, comunicación científica, reporte de casos o revisión bibliográfica), este artículo es presentado al Comité Científico para verificar la calidad del contenido científico y la temática que aborda el mismo. Una vez que este manuscrito sea aprobado y se conozca el área de la especialidad del trabajo, se podrá pasar al siguiente paso.

En el *segundo paso*, todos los artículos serán sometidos al proceso de dictaminación con el **sistema de revisión por pares externos**, el artículo será enviado a dos revisores **externos** (propuestos por el Comité Científico), estos revisores son anónimos y ajenos al Consejo Editorial y Comité Científico, la evaluación se realizará según el **modelo doble ciego**. Los revisores tendrán un plazo no mayor de 4 semanas para expresar sus opiniones. La valoración incidirá en el interés del artículo, su contribución al conocimiento del tema tratado, las novedades aportadas, la corrección de las relaciones establecidas, el juicio crítico desarrollado, los referentes bibliográficos manejados, su correcta redacción, etc., indicando recomendaciones, si las hubiera, para su posible mejora. Cabe indicar que para que un artículo sea considerado a publicar, este deberá cumplir con dictamen positivo de los dos revisores. Si un dictamen es positivo y el otro negativo, se buscará un tercer revisor. Si el dictamen de este es negativo, el artículo no se publicará, pero si es positivo entonces se considerará su publicación.

Como *tercer paso*, basándose en las recomendaciones de los revisores; El administrador o coordinador comunicará al autor principal (en un plazo no mayor a 30 días hábiles y vía correo electrónico), el resultado de la revisión, este resultado puede ser: publicación sin cambios; publicación con correcciones menores; no aconsejable para su publicación, así como las observaciones y comentarios de los revisores.

Si el manuscrito ha sido aceptado con modificaciones, los autores deberán reenviar una nueva versión del artículo, en un plazo no mayor de 48 horas, en el cual se deberá realizar los cambios pertinentes, atendiendo a las demandas y sugerencias de los revisores.

Como *cuarto paso*, una vez el manuscrito sea enviado, con las modificaciones sugeridas; El Consejo Editorial, finalmente, se pronunciará y dará la **decisión final** sobre si procede o no la publicación del artículo, apoyados en el dictamen del Comité Científico y los revisores, como se mencionó anteriormente. Esta última decisión es inapelable.

Quinto paso, el administrador o coordinador le enviará el resultado final al autor. Si el dictamen final es positivo, se procederá a la publicación. En este paso NO se podrá realizar modificaciones en la publicación.

Cabe resaltar que, los revisores son especialistas en el tema, ellos pueden ser nacionales o internacionales y realizarán un análisis crítico y exhaustivo de los artículos.

PUBLIQUE CON NOSOTROS

REVISTA MEDICA SINERGIA



La publicación de un artículo científico, revisiones bibliográficas, etc. Contribuye al desarrollo de la sociedad y a que otros investigadores acorten sus tiempos de investigación.

Al publicar artículos se muestra la fortaleza en investigación

Por ello lo invitamos a publicar con nosotros

Contáctenos

Teléfono: 8668002

E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com

Encuétranos en: www.Revistamedicasinergia.com

Índice

REVISIONES BIBLIOGRAFICAS

AREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo

Dra. Karen Wedel Herrera3

Hipotiroidismo en el embarazo

Dra. Andrea Jiménez Alvarado9

Síndrome de HELLP

Dra. Cindy Monge von Herold13

Instrucciones de publicación..... 17