



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: SELENY DOMINGO CARDENAS.

TEMA: SINDROME DE HELLP.

PARCIAL: I.

MATERIA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

LICENCIATURA: ENFERMERIA.

CUATRIMESTRE: 5TO CUATRIMESTRE.

21 DE MARZO 2023.

Síndrome de help.

¿Qué es

El síndrome de HELLP es una afección del embarazo, el cual presenta la triada de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Este síndrome se caracteriza por presentar una afectación multisistémica, además de presentar una alta morbilidad materno-fetal.

afecta entre 0,1 a 0,9% de los embarazos, entre las 27-37 semanas de gestación principalmente; y 10-20% también presentan preeclampsia.

Las pacientes refieren típicamente de dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho del abdomen, náuseas y/o vómito. El diagnóstico se realiza por medio de la presencia de la triada: anemia microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Se debe brindar manejo hospitalario y multidisciplinario debido a las posibles complicaciones de la madre y el feto.

El tratamiento es sintomático y la realización del parto entre 24-48 horas posterior al diagnóstico.

Fisiopatología.

Sus características clínicas son atribuibles al tono vascular irregular, el vaso espasmo extenso y la deficiencia en la coagulación. No sé a logrado dilucidar por completo el mecanismo fisiopatológico, pero existen varias teorías con respecto a sus complicaciones hipertensivas durante el embarazo, la más aceptada hace referencia a la implantación insuficiente de las células en el citotrofoblasto, provocando que las arterias espirales se mantengan estrechas y fibroticas.

Provocando disminución del flujo placentario al feto. Esto debido a diferentes factores placentarios, en los que se encuentra el factor de crecimiento vascular soluble receptor-1, factor de crecimiento endotelial vascular y el factor de crecimiento placentario. Entonces habrá una activación y disfunción del endotelio vascular materno, por lo que será liberado un aumento en la producción de endotelina, tromboxano A, aumento en la sensibilidad vascular a la angiotensina II y una disminución en la formación de agentes vasodilatadores.

Hemólisis: es una característica principal del síndrome y es resultado de una anemia hemolítica microangiopática. La fragmentación de los eritrocitos es secundario al daño endotelial y el depósito de fibrina en las paredes vasculares. También, se cuenta con otros marcadores de hemólisis como es la bilirrubina indirecta, el lactato deshidrogenasa y un marcador más sensible y preciso que es la haptoglobina.

Elevación enzimas hepáticas: refleja el daño producido a la microcirculación hepática y consecuente alteración de su función. Los hallazgos histológicos de estas pacientes revelan depósitos de fibrina intravasculares, los cuales producen obstrucción en las sinusoides por deposición hialina de material fibrinoide, congestión sanguínea y elevación de presión intrahepática, teniendo como resultado necrosis de los hepatocitos focal y/o periportal.

Trombocitopenia: en el embarazo se puede presentar trombocitopenia (plaquetas <150,000/ mm3) debido a trombocitopenia gestacional (59%), púrpura trombocitopénica inmune (11%), preeclampsia (10%) o síndrome de HELLP (12%). Sin embargo, cuando las plaquetas se encuentran <100,000/mm3 el diagnóstico diferencial se reduce a púrpura inmune y síndrome de HELLP

Clasificación.

Existen dos sistemas de clasificación que se utilizan actualmente para las pacientes con síndrome de HELLP, los cuales se desarrollaron con el objetivo de identificar, clasificar y así guiar su manejo de manera ordenada.

- Clasificación Mississippi:**
 - clase 1: plaquetas<=50,000ml., LDH>600 IU/L., AST o ALT>0 70 IU/L.
 - Clase 2: plaquetas<=50,000ml y <=100,000ml, LDH>600 IU/L, AST o ALT>0 70IU/L.
 - Clase 3: plaquetas 100,000ml y <= 150,000ml, LDH>600 IU/L, AST o ALT>0 40 IU/L.

Clasificación Tennessee: plaquetas <= 100,000ml, LDH>600 IU/L., AST o ALT>0 70 IU/L.

Síndrome de hellp

diagnostico

La presentación del síndrome de HELLP es variada (puede o no estar asociada a preeclampsia), usualmente se desarrolla entre la semana 27-37 de gestación (7,9,10), sin embargo un 30% de los casos toma lugar en el puerperio, principalmente entre las primeras 48 horas y hasta unos 7 días después ; y un 80% de estos casos presentaron signos de preeclampsia previo al parto.

Es de suma importancia tomar en cuenta que el síndrome de HELLP es una entidad distinta a la preeclampsia y que en el caso del síndrome la presión arterial no se debe de utilizar para predecir su progresión.

Las principales síntomas descritos se encuentran: dolor en cuadrante superior derecho del abdomen (86%), acompañado o no por cefalea, náuseas, vómito (30-90%), malestar general, omalgia derecha, alteraciones visuales (20%) o auditivas, hematuria, sangrado por sitios de punción y/o encías que se presentan en hasta un 30% de los casos.

Los criterios diagnósticos utilizados en la literatura para el síndrome de HELLP son inconsistentes, sin embargo se tiene un consenso en los siguientes: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas (dos veces por arriba del límite superior), trombocitopenia (<100,000/mm³)(3,9,13) y aumento en lactato deshidrogenasa (LDH) >600 UI/L.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen: síndrome urémico hemolítico, púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), hígado graso agudo del embarazo y síndrome antifosfolípido, siendo las tres primeras entidades las más frecuentes.

Hígado graso agudo del embarazo: Típicamente se presenta en el tercer trimestre, en algunos casos también en el periodo posparto, entre 1-7,000- 15,000 casos por año, sin sintomatología específica, muchas pacientes se presentan con hipertensión, sin embargo, esta característica es más frecuente en el síndrome de HELLP.

PTT: Las pacientes desarrollan un aumento en el LDH, anemia y trombocitopenia severa, pero, a diferencia del síndrome de HELLP, los niveles de ALT y AST se encuentran mínimamente elevados. Y es importante saber si ha sucedido en embarazos previos, ya que tiende a recurrir en un 50% de los embarazos subsecuentes.

Síndrome urémico hemolítico relacionado con el embarazo: Es raro y usualmente se desarrolla en el postparto, lo que marca la diferencia, es que en esta patología la lesión renal va a ser predominante.

Preeclampsia severa: la preeclampsia Se puede presentar con cifras elevadas de presión arterial, angiopatía y disfunción hepática, pero sin embargo, estos parámetros no son tan marcados como en HELLP, y las cifras elevadas de presión arterial no se relacionan con la severidad del síndrome.

Manejo.

Debido a que no se ha dilucidado la fisiopatología del síndrome de HELLP, el manejo de la patología se limita a internamiento, tratamiento sintomático, monitorización y terminación del embarazo. El manejo del síndrome también depende de la edad gestacional en la cual se realiza el diagnóstico, al igual que las condiciones maternas y fetales al momento del diagnóstico

si el embarazo está entre las 24 y 33 semanas, se puede seguir el protocolo de las pacientes con preeclampsia severa, donde se administra sulfato de magnesio, entre 4 a 6 g, por vía intravenosa (IV) diluido en un suero de 100 ml de dextrosa al 5%, en un lapso de 10 a 20 min y luego una dosis de mantenimiento de 1 a 2g por hora hasta 24 horas posparto para evitar convulsiones y protección neurológica.

El inicio de antihipertensivos se recomienda cuando la presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg, con el objetivo de mantener la presión diastólica entre 100 y 90 mmHg,

Entre los antihipertensivos que se pueden utilizar son hidralazina a 5 mg IV cada 15 a 20 minutos y se puede repetir de 3 a 5 veces; si no se logra la presión arterial objetivo, se puede administrar labetalol, 20 mg IV, se monitoriza cada 10 a 20 minutos y se puede subir la dosis a 40 mg, si no se logra la presión arterial objetivo, y repetirla en 3 ocasiones. O dexametasona pa5ra elevar las plaquetas, para mejorar la función hepática y ayudar a la maduración fetal.

Síndrome de hellp

Complicaciones y mortalidad.

El síndrome de HELLP puede resultar en una severa morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto, siendo menor en la madre.

Maternas: Las complicaciones graves son frecuentes, entre ellas se encuentran: sangrado, coagulación intravascular diseminada (CID), desprendimiento de placenta, lesión renal aguda, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático, desprendimiento de retina y muerte, además de hemorragia cerebral, hemorragia hepática debido a ruptura y shock séptico.

En caso del sangrado, el 55% va a requerir transfusiones y 2% laparotomía por sangrado intraabdominal masivo. La coagulación intravascular diseminada es la complicación severa más frecuente, presentándose en un 40% de las pacientes, seguida por ruptura hepática. La lesión renal aguda se observa en 7.7% de las pacientes y se encuentra relacionada con un aumento en el riesgo de enfermedad renal crónica, así como hipertensión y enfermedad cardiovascular.

La incidencia de lesión renal aguda y edema cerebral (6% de los casos) es mayor en pacientes que presentan síndrome de HELLP en el postparto. El hematoma subcapsular hepático es una complicación infrecuente, aproximadamente en el 1% de los casos y suele presentarse alrededor de las 28-36 semanas

Complicaciones y mortalidad.

Neonatal: La morbimortalidad perinatal está en íntima relación con la edad gestacional en la cual se desarrolla el síndrome y algunos autores describen que no hay mayor riesgo comparado con la población de misma edad gestacional provenientes de madres sanas.

Entre las complicaciones neonatales, se presentan hipoglicemia neonatal severa, trombocitopenia neonatal (15-38% de los casos), síndrome de distrés respiratorio, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, sangrado intraventricular, enterocolitis necrotizante y muerte neonatal, intrauterina o posparto.

Debido a la alta probabilidad de complicaciones, se recomienda el manejo del neonato en una unidad de cuidados intensivos para brindarle un adecuado manejo multidisciplinario.

La mortalidad que presentan los neonatos de una madre con este síndrome es de un 7-34%(4,18), y está directamente relacionada con la edad gestacional al momento del parto, 32% de mortalidad en < 32 semanas versus 8% en aquellos >32 semanas, y entre las principales causas de muerte neonatal son por prematuridad, insuficiencia placentaria con o sin restricción de crecimiento intrauterino y desprendimiento de placenta.

pronostico

El pronóstico de pacientes con síndrome de HELLP, está directamente relacionado con el tiempo de diagnóstico y el enfoque terapéutico temprano. Se sabe que en la mayoría de los casos se logra una recuperación del estado basal de la función hepática.

Prevención: hay evidencia que soporta el uso temprano de dosis bajas de aspirina como tratamiento preventivo en pacientes con antecedente de síndrome de HELLP o en aquellas que han presentado trastornos hipertensivos o hipertensión crónica.

Otra medida de prevención, es el tener un alto índice de sospecha cuando una embarazada consulte con síntomas de dolor en cuadrante derecho, náuseas, vómitos, cefalea, entre otros, y realizar la batería de exámenes para lograr un diagnóstico temprano y oportuno de este síndrome.