UDS

Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

NOMBRE DEL ALUMNO: Paulina López Hernández

TEMA: Síndrome de Hellp

PARCIAL: 2do

MATERIA: Ginecóloga y Obstetricia

NOMBRE DEL PROFESOR : Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 5to

SINDROME DE HELLP

- **definición**
  - Es una afección del embarazo, el cual presenta la triada de hemólisis.
  - Se caracteriza por presentar una afectación multisistémica, además de presentar una alta morbimortalidad materno-fetal.
  - se encuentra dentro del compendio de enfermedades de origen placentario.
  - Fisiopatología:
    - figura la afectación multisistémica, con procesos de hemólisis, trombocitopenia y elevación de enzimas hepáticas
- **Métodos:**
  - afecta entre un 0,1% al 0,9% de todos los embarazos(4-8), para un total de 48,000 mujeres
  - también
    - En un 10-20% de los casos se da en embarazos sin hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia(9).
    - Se asocia a complicaciones como coagulopatía intravascular diseminada (CID), síndrome de distress respiratorio del adulto, falla hepática, hematoma subcapsular, edema pulmonar y ruptura hepática.
- **Fisiopatología:**
  - Es una enfermedad con expresión multisistémica, caracterizada por la triada de hemólisis
  - La mayoría de las características clínicas son atribuibles al tono vascular irregular, el vasoespasmo extenso y la deficiencia en la coagulación.
  - Teoría aceptada :
    - se hace referencia a la implantación insuficiente de las células del citotrofoblasto.
    - lo que provoca que las arterias espirales se mantengan estrechas y fibróticas, generando una disminución en el flujo placentario al feto
    - Así mismo, va a haber una activación y disfunción del endotelio vascular materno
    - Debido a estos procesos, se genera un aumento en las resistencia vasculares
    - Principales mecanismos del síndrome:
      - Hemólisis:
        - 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.
            - Estos fragmentos son identificados como esquizocitos y sugieren este tipo de anemia microangiopática.
      - 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.
            - Asimismo, la cápsula hepática se puede distender y por ende producir el dolor característico en hipocondrio derecho
      - Trombocitopenia:
        - Parece ser que se produce un daño endotelial que daña la microvasculatura y produce una agregación plaquetaria intravascular y hemólisis
          - esto
            - da lugar a aglutinación plaquetaria y disminución de cantidad de estas.
              - los mecanismos de homeostasis de la médula ósea aumentan la cantidad de megacariocitos circulantes y como resultado se obtienen plaquetas con una menor vida media
- **Clasificación:**
  - Existen dos sistemas de clasificación que se utilizan actualmente
  - La clasificación de Tennessee lo divide en Síndrome de HELLP completo o parcial
  - utilizando los criterios de trombocitopenia, disfunción hepática y hemólisis
  - Se clasifica como completo en aquellas pacientes que presentan alteración en todos los parámetros.
  - en la Clasificación de triple clase de Mississippi, las pacientes son agrupadas en 3 clases dependiendo de su severidad.
- **Diagnóstico:**
  - usualmente se desarrolla entre la semana 27-37 de gestación
  - un 30% de los casos(3) toma lugar en el puerperio, principalmente entre las primeras 48 horas
  - Y un 80% de estos casos presentaron signos de preeclampsia previo al parto.
  - Principales síntomas:
    - dolor en cuadrante superior derecho del abdomen
    - cefalea, náuseas, vómito
    - Alteraciones visuales o auditivas.
      - cabe resaltar que la intensidad y variabilidad de dichos síntomas es única en cada caso.
  - Criterios diagnósticos:
    - hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y aumento en lactato deshidrogenasa
    - También:
      - Una tríada clásica de anemia hemolítica microangiopática,elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.
- **Diagnóstico diferencial:**
  - Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen:
    - síndrome urémico hemolítico, púrpura trombótica trombocitopénica, hígado graso agudo del embarazo y síndrome antifosfolípido.
    - -Hígado graso agudo del embarazo:
      - Típicamente se presenta en el tercer trimestre, en algunos casos también en el periodo posparto.
        - sin sintomatología específica, muchas pacientes se presentan con hipertensión.
          - Esta es una emergencia obstétrica que puede progresar rápidamente al desarrollo de falla renal, encefalopatía, hipoglicemia severa.
    - -PTT:
      - Las pacientes desarrollan un aumento en el LDH, anemia y trombocitopenia severa
        - A diferencia del síndrome de HELLP, los niveles de ALT y AST se encuentran mínimamente elevados.
          - 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:
      - se desarrolla en el postparto, lo que marca la diferencia, es que en esta patología la lesión renal va a ser predominante.
    - -Preeclampsia severa:
      - suele presentar con cifras elevadas de presión arterial, angiopatía y disfunción hepática
        - estos parámetros no son tan marcados como en HELLP, y las cifras elevadas de presión arterial no se correlaciona con la severidad del síndrome.
- **Manejo:**
  - el manejo de la patología se limita a internamiento, tratamiento sintomático, monitorización y terminación del embarazo.
  - 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%
      - y luego una dosis de mantenimiento de 1 a 2g por hora hasta 24 horas posparto
        - El inicio de antihipertensivos se recomienda cuando la presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 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
            - Algunos autores sugieren la administración de glucocorticoides, como dexametasona, para así elevar la cantidad de plaquetas.
              - también es importante tomar en cuenta las posibles secuelas psicológicas y psiquiátricas que pueden afrontar estas madres, como es la depresión y ansiedad.
                - Este síndrome tiene un alto índice de mortalidad, el cual se estima entre un 1 al 24% de las madres.
- **Complicaciones y mortalidad:**
  - puede resultar en una severa morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto.
    - Maternas:
      - complicaciones graves:
        - sangrado, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de placenta, lesión renal aguda, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático, desprendimiento de retina y muerte.
          - En el caso del sangrado, el 55% va a requerir transfusiones y 2% laparotomía por sangrado intraabdominal masivo.
    - Neonatal:
      - complicaciones:
        - hipoglicemia neonatal severa, trombocitopenia neonatal respiratorio, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar.
          - síndrome de distrés
            - se recomienda el manejo del neonato en una unidad de cuidados intensivos para brindarle un adecuado manejo
- **Pronóstico:**
  - El pronóstico de pacientes con síndrome de HELLP, está directamente relacionado con el tiempo de diagnóstico.
  - Se sabe que en la mayoría de los casos se logra una recuperación del estado basal de la función hepática.
  - El riesgo de desarrollar el síndrome en un embarazo subsecuente de una paciente con síndrome de HELLP es del 19-27%.
    - se describe hasta un 43% de riesgo a presentar preeclampsia en los próximos embarazos
- **Prevención:**
  - se recomienda la prevención primaria:
    - Esta es costo-efectiva y consiste en controlar los factores causales o predisponentes por medio de un control prenatal de calidad.
    - hay evidencia que soporta el uso temprano de dosis bajas de aspirina como tratamiento preventivo en pacientes con antecedente de síndrome de HELLP
    - Otra medida de prevención, es el tener un alto índice de sospecha cuando una embarazada consulte con síntomas de dolor
- **Conclusiones:**
  - es una enfermedad de afectación multisistémica con alta morbimortalidad materna y fetal.
  - es de suma importancia para los médicos tener un panorama claro tanto de la clínica como el diagnóstico y el manejo.
  - Se recomienda que toda embarazada que se presente con dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen, vómitos y cefalea, realizarle una batería de exámenes para poder realizar un diagnóstico certero.
  - se recomienda que se mantenga la monitorización materna y neonatal en caso que amerite manejo por la unidad de cuidados intensivos.