UDS

Mi Universidad

# ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Sady Judith Rodríguez Monzón

TEMA: síndrome de Hellp

PARCIAL:

MATERIA: ginecología y obstetricia

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Ervin Silvestre

LICENCIATURA: enfermería

Creado con Notas

# SÍNDROME DE HELLP

- **Afección del embarazo, se caractiza por presentar una alteración multisistemica. De alta morbi-mortalidad materno-fetal.**
- **Sus primeros registros datan de 1982 por "Weistein" y se encuentra en el catálogo de enfermedades placentarias desarrollada durante el embarazo o postparto.**
  - FisioPatologías
    - Afectación multisistemica, con proceso de hemólisis, trombocitopenia y elevación de ez hepáticas asociado a la disfunción endorelial. Compromiso hemodinamico y neurologico.
- **Métodos:**
  - A Nivel mundial se contabiliza entre 0.1% al 0.9% de TODOS los embarazos, de estos de un 10% a un 20% representan un embarazo sin hipertensión en un mismo porcentaje en embarazo con preclamsia grave y un 50% en embarazo con eclamsia.
- **Clasificación:**
  - De tenessi
    - Completo: aquellas pacientes que presentan alteración en todos los parámetros. Generalmente en pacientes mayores a 35 años.
    - Parcial: las que presentan afección solo en algunos parámetros. Y puede progresar de forma completa.
  - De Mississippi
    - Diagnóstico: usualmente se da entre las 27 y 37 semanas. Este sindrome es distinto a la preclamsia por lo que no debe utilizarse para determinar si progreso.sus principales sitomas pueden ser dolor en el cuadrante superior derecho, cefalea, náuseas, vómito, malestar general, omalgia derecha, alteración visual o auditiva. Sangrando por el sitio de punción o encias que se presentan hasta en un 30% de los casos.
    - Diagnóstico diferencial: síndrome urémico hemolitico (se desarrolla en el postparto y constituyendo una lesión renal predominante), púrpura trombotica, trombositopenica , hígado graso agudo (se presenta en el tercer trimestre o en el postparto), preclamsia severa (no sé correlaciona con la severidad del sindrome).
    - Manejo: el manejo de la patología se limita al internamiento, tratamiento sintomático, monitorización y terminación del embarazo. Depende también de la edad gestacional en l actual se realiza el Dx.
- **Complicaciones y mortalidad.**
  - Maternas
    - Complicaciones graves y frecuentes como: sangrado, coagulación intravascular, desprendimiento de placenta lesión renal aguda, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepatico, desprendimiento de retina y muerte, hemorragia cerebral y hepatica etc.
      - Posibles secuelas psicologicas y psiquiatricas cómo depresión y ansiedad. Alto indice de mortalidad entre el 1 al 24 %
  - Neonatal
    - La morbi-mortalidad perinatal se relaciona con la edad gestacional en el cuál se desarrollo el síndrome.
      - Complicaciones: hipoglicemia neonatal severa, trombositopenia neonatal, síndrome de distre respiratorio, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, sangrado intraventrocular, enterocolitos necrotizante, y muerte neonatal intrauterina o post parto
        - Se recomienda el internado del neonato a la Unidad de cuidados intensivos, la mortalidad va de un 7 a un 34% y está relacionada a la edad gestacional al momento del parto.
- **Pronóstico**
  - Alta recuperación del estado basal en la función hepatica, con monitoreo por 5 años.
  - Existe un 43% de probabilidad que se desarrolle preclamsia en embarazos posteriores.
  - Directamente relacionado con el tiempo de Dx y el enfoque terapéutico temprano.
- **Prevención**
  - la prevención primaria (costo -efectiva)
    - Controlar factores causales o predisponentes por medio de un control prenatal de calidad.
    - En pacientes previos con el síndrome, administrar dosis bajas de Aspirina.
  - Sospecha
    - Cuando una embarazada presente dolor en el cuadrante derecho, náuseas, vómito, cefalea, realizar los exámenes para un Dx oportuno.