



**Mi Universidad**

## **Cuadro sinóptico**

**NOMBRE DEL ALUMNO:**Pablo jafed Davila covian

**TEMA:**síndrome de HELLP

**PARCIAL:**2

**MATERIA:** Ginecología y obstetricia

**NOMBRE DEL PROFESOR:**lic. Ervin silvestre castillo

**LICENCIATURA:** enfermería v

**CUATRIMESTRE:**5to cuatrimestre

# Síndrome de hellp

## Que es ?

El síndrome de hellp es una afección del embarazo en el que se presenta la triada de hemólisis elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

El síndrome de hellp se caracteriza por presentar una afectación multisistémica, además de tener una alta morbilidad materno-fetal.

## Su fisiopatología

Hemólisis: es una característica principal del síndrome y es resultado de una anemia hemolítica microangiopática.

Elevación Enzimas hepáticas: se refleja el daño producido a la microcirculación hepática y consecuente alteración de su función.

La elevación de enzimas hepáticas aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa puede ser mayor o igual a 700 U/ml correlacionando el grado de lesión hepática.

Trombocitopenia: en el embarazo se puede presentar trombocitopenia (plaquetas  $<150,000/mm^3$ ) debido a trombocitopenia gestacional (59%), púrpura trombocitopénica inmune (11%), preeclampsia (10%) o síndrome de HELLP (12%). Sin embargo, cuando las plaquetas se encuentran  $<100,000/mm^3$  el diagnóstico diferencial se reduce a púrpura inmune y síndrome de hellp.

## Su 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 ambos sistemas se detallan en la Tabla 1.

Tennessee

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(1) y siendo la parcial aquellas que presentan afectación de algunos de los parámetros(4,7) y esta puede progresar a la forma completa(7) las pacientes con gestación múltiple y las nulíparas poseen una mayor probabilidad de verse afectadas.

Mississippi

La clasificación de mississippi lo divide en Síndrome de hellp completo o parcial, utilizando los criterios de trombocitopenia, disfunción hepática y hemólisis.

## Diagnóstico diferencial

Hígado graso agudo del embarazo:

Típicamente se presenta en el tercer trimestre en algunos casos también en el periodo posparto.

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.

PTT:

Síndrome uremico hemolitico 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.

Preclamsia severa:

La preeclampsia se presenta 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.

# Síndrome de hellp

## Su manejo

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.

Algunos autores sugieren que, si el embarazo está entre las 24 y 33 semanas, se puede seguir el protocolo de las pacientes con preeclampsia severa

Se administra sulfato de magnesio, entre 4 a 6 g, por vía intravenosa 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 las convulsiones y protección neurológica.

## 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:

Complicaciones graves frecuentes son: 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.

La coagulación intravascular diseminada es la complicación severa más frecuente, presentándose en un 40% de las pacientes, seguida por ruptura hepática.

Este síndrome tiene un alto índice de mortalidad, el cual se estima entre un 1 al 24% de las madres.

### Neonatal:

La morbimortalidad perinatal está en íntima relación con la edad gestacional 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.

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.

## 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, continuando el monitoreo por 5 años, por otro lado, las plaquetas continúan disminuyendo hasta 3 días posparto con una tendencia a la mejoría posteriormente.

El riesgo de desarrollar el síndrome en un embarazo subsecuente de una paciente con síndrome de hellp es del 19-27% y este riesgo es mayor en aquellas que presentaron el síndrome en clase 1

## Prevención

Debido a la alta recurrencia del síndrome y de trastornos hipertensivos en esta población, 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.

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.

tener un alto índice de sospecha cuando una embarazada consulte con síntomas de dolor en cuadrante derecho, náuseas, vómitos, cefalea, etc.

## Conclusiones

El síndrome de hellp es una enfermedad de afectación multisistémica con alta morbimortalidad materna y fetal, la cual no se ha logrado dilucidar su mecanismo fisiopatológico por completo.

Tiene una incidencia de aproximadamente 1% de los embarazos, es de suma importancia para los médicos tener un panorama claro tanto de la clínica como el diagnóstico y el manejo para que haya un adecuado abordaje de estas pacientes y el desenlace sea lo más favorable posible.

Se recomienda que toda embarazada que 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 como sería: hemograma, pruebas de función renal y hepática, proteinuria, electrolitos, además de prestar atención a las cifras de presión arterial y si es posible un ultrasonido abdominal, para lograr abarcar los diferentes diagnósticos probables.