



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 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.

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.