



**Mi Universidad**

## **CUADRO SINÓPTICO**

**NOMBRE DEL ALUMNO: MARLENI ELIZABETH LOPEZ VAZQUEZ**

**TEMA: SINDROME DE HELLP**

**PARCIAL: II**

**MATERIA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO**

**LICENCIATURA: ENFERMERIA**

**CUATRIMESTRE: 5°**

Síndrome de Hellp

Concepto

Es una afección del embarazo, el cual presenta la triada de hemólisis elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

Se caracteriza por presentar una afectación multisistémica, además de presentar una alta morbilidad materna – fetal.

Se estima que afecta entre 0,1 a 0,9% de los embarazos, entre las 27 – 37 semanas de gestación.

Fisiopatología

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

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 los sinusoides por deposición hialina de material fibrinoide

Trombocitopenia

Es una afección que aparece cuando el recuento de plaquetas de la sangre es demasiado bajo

Parece ser que se produce un daño endotelial que daña la microvasculatura y produce una agregación plaquetaria intravascular y hemólisis

Clasificación

Completo

Son aquellas pacientes que presentan alteración en todos los parámetros

Parcial

Son aquellas que presentan afectación de algunos de los parámetros

Diagnostico

La presentación del síndrome es variada (puede o no estar asociada a preeclampsia) usualmente se desarrolla entre la semana 27 – 37 de gestación, sin embargo un 30% de los casos toma lugar en el puerperio.

Síntomas

Dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, acompañado o por cefalea, náuseas, vómito, malestar general, epigastria derecha, alteraciones visuales o auditivas, hematuria, sangrado por sitios de punción

Diferencial

- Hígado graso agudo del embarazo: típicamente se presenta en el tercer trimestre, en algunos casos también es periodo posparto
- PTT: las pacientes desarrollan un aumento en el LDH, anemia y trombocitopenia severa
- Síndrome urémico hemolítico relacionado con el embarazo: se desarrolla en el posparto y la diferencia es que en esta patología la lesión renal va a ser predominante
- Preeclampsia severa: se suele presentar con cifras elevadas de presión arterial y disfunción hepática

Complicaciones y mortalidad

Maternas

Las complicaciones graves son frecuentes, entre ellas se encuentran: sangrado, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de placenta, lesión renal aguda, edema pulmonar, etc.

Neonatal

La morbilidad 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.

Pronostico

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.

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

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, etc. Y realizar la batería de exámenes para lograr un diagnóstico temprano y oportuno