



# **Mi Universidad**

## **Cuadro sinóptico.**

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Mireya López Vázquez

**TEMA:** Síndrome de HELLP

**MATERIA:** Ginecología y obstetricia.

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

**LICENCIATURA:** Enfermería

**CUATRIMESTRE:** Quinto cuatrimestre.

Síndrome de HELLP.

Síndrome de HELLP.

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

Este síndrome se caracteriza por presentar una afectación multisistémica, además de presentar una alta morbimortalidad materno-fetal.

Fisiopatología:

El síndrome de HELLP es una enfermedad con expresión multisistémica, caracterizada por la triada de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

La mayoría de las características clínicas son atribuibles al tono vascular irregular, el vasoespasmo extenso y la deficiencia en la coagulación

Sin embargo, existen varias teorías con respecto a las complicaciones hipertensivas durante el embarazo, en la más aceptada, se hace referencia a la implantación insuficiente de las células del citotrofoblasto.

Elevación enzimas

Refleja el daño producido a la microcirculación hepática y consecuente alteración de su función.

Asimismo, la cápsula hepática se puede distender y por ende producir el dolor característico en hipocondrio derecho.

La elevación de enzimas hepáticas, aspartato aminotransferasa (AST) y alanino aminotransferasa (ALT), puede ser mayor o igual 700 UI/ml, correlacionando el grado de lesión hepática.

Hemólisis:

Esta 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.

También, se cuenta con otros marcadores de hemólisis como es la bilirrubina indirecta, el lactato deshidrogenasa y un marcador más sensible y preciso que es la haptoglobina

La haptoglobina disminuye debido a que la hemoglobina plasmática libre se une a esta y es secuestrada por el hígado. Este mecanismo previene la pérdida de hemoglobina y acumulación de hierro en el riñón

QUE ES.

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen: síndrome urémico hemolítico, náusea trombótica trombocitopenica.

Hígado graso agudo del embarazo y síndrome antifosfolípido, siendo las tres primeras entidades las más frecuentes.

También suele existir una superposición con el pre eclampsia severa, donde las características clínicas e histológicas son tan similares que realizar el diagnóstico en ocasiones resulta un gran reto.

Hígado graso agudo del

Típicamente se presenta en el tercer trimestre, en algunos casos también en el periodo posparto entre 1-7,000-15,000 casos por año

Es de suma importancia hacer un correcto diagnóstico ya que, esta es una emergencia obstétrica que puede progresar rápidamente al desarrollo de falla renal, encefalopatía, hipoglicemia severa.

Preeclampsia severa:

La preeclampsia se suele presentar con cifras elevadas de presión arterial, angiopatía y disfunción hepática.

Sin embargo estos parámetros no son tan marcados como en HELLP, y las cifras elevadas de presión arterial no se correlacionan con la severidad del síndrome.

Síndrome urémico 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

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Manejos.

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.

Autores;

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.

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%.

Inicio de antihipertensivos

Se recomienda cuando la presión sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o diastólica  $\geq 110$  mmHg, con el objetivo de mantener la presión diastólica entre 100 y 90 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; si no se logra la presión arterial objetivo, se puede administrar labetalol, 20 mg IV, se monitoriza cada 10 a 20 minutos y se puede subir la dosis a 40 mg, si no se logra la presión arterial objetivo, y repetirla en 3 ocasiones

Se aconseja que posterior al diagnóstico, el parto debe de realizarse entre las 24 a 48 horas Se debe individualizar cada caso y valorar si se puede realizar un parto vaginal o cesárea, se deben tomar en cuenta el bienestar materno-fetal, edad gestacional y condiciones cervicales, y se debe dar preferencia a la vía vagina

Debido a que varios casos de síndrome de HELLP está acompañado por preeclampsia, esta última aumenta el índice de cesáreas en esta población, entre 29.6 a 55%.

Complicaciones y mortalidad.

Que es;

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.

Provoca la descomposición de los glóbulos rojos de la sangre. También causa problemas hepáticos, de sangrado y de presión arterial. Generalmente está relacionado con la preeclampsia y la eclampsia

Maternas:

Las complicaciones graves son frecuentes, entre ellas se encuentran: sangrado, coagulación intravascular diseminada desprendimiento de placenta, lesión renal aguda, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático, desprendimiento de retina y muerte.

Además de hemorragia cerebral, hemorragia hepática debido a ruptura y shock séptico En el caso del sangrado, el 55% va a requerir transfusiones y 2% laparotomía por sangrado intraabdominal masivo

Neonatal:

La morbimortalidad 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.

Entre las 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.

Pronóstico

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 tanto antes como después del tratamiento

Por lo anterior, se recomienda ampliamente el monitoreo continuo de signos tempranos sobre todo en aquellas pacientes con sospecha preeclampsia, síndrome de HELLP previo o factores de riesgo asociados

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.

Asimismo, hay evidencia que soporta el 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

