



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.

TEMA: Síndrome de hellp.

PARCIAL: I.

MATERIA: Ginecología y obstetricia.

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: 5to.

Frontera Comalapa Chiapas a 11 de abril del 2023.

SINDROME DE HELLP

El síndrome de HELLP es una enfermedad con expresión multisistémica, se encuentra dentro del compendio de enfermedad es de origen placentario desarrolladas durante el embarazo o en el posparto.

Caracterizada por

HEMOLISIS

Es una afección que se presenta cuando se destruyen grandes cantidades de glóbulos rojos durante un periodo corto de tiempo.

Marcadores de hemolisis

Fragmentación
Es secundario al daño endotelial y el depósito de fibrina en las paredes vasculares.

Estos fragmentos son identificados como esquizocitos y sugieren este tipo de anemia microangiopática, además de encontrar equinocitos y policromasia en el frotis

Bilirrubina indirecta, el lactato deshidrogenasa y un marcador más sensible y preciso que es la haptoglobina.

La haptoglobina disminuye debido a que la haptoglobina plasmática libre se une a esta y es secuestrada por el hígado.

ELEVACION DE ENZIMAS HEPATICAS

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

Hallazgos histológicos

Los hallazgos histológicos de estas pacientes revelan depósitos de fibrina intravasculares, los cuales producen obstrucción en los sinusoides por deposición hialina de material fibrinoide, congestión sanguínea y elevación de presión intrahepática, teniendo como resultado necrosis de los hepatocitos focal y/o periportal. Asimismo, la cápsula hepática se puede distender y por ende producir el dolor característico en hipocondrio derecho.

Elevación de enzimas hepáticas

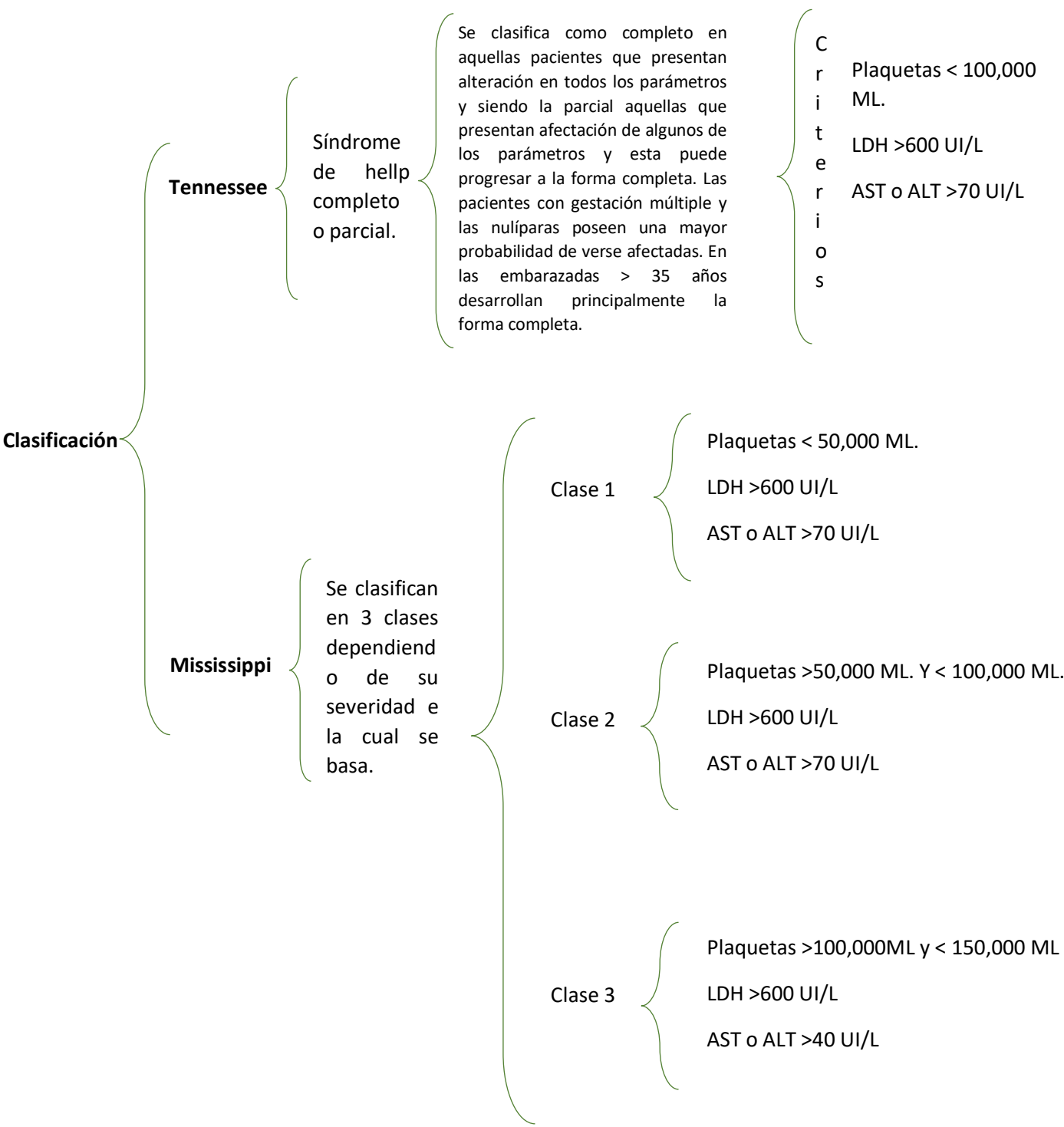
La elevación de enzimas hepáticas, aspartato aminotransferasa (AST) y alanino aminotransferasa (ALT), puede ser mayor o igual 700 UI/ml, correlacionando el grado de lesión hepática.

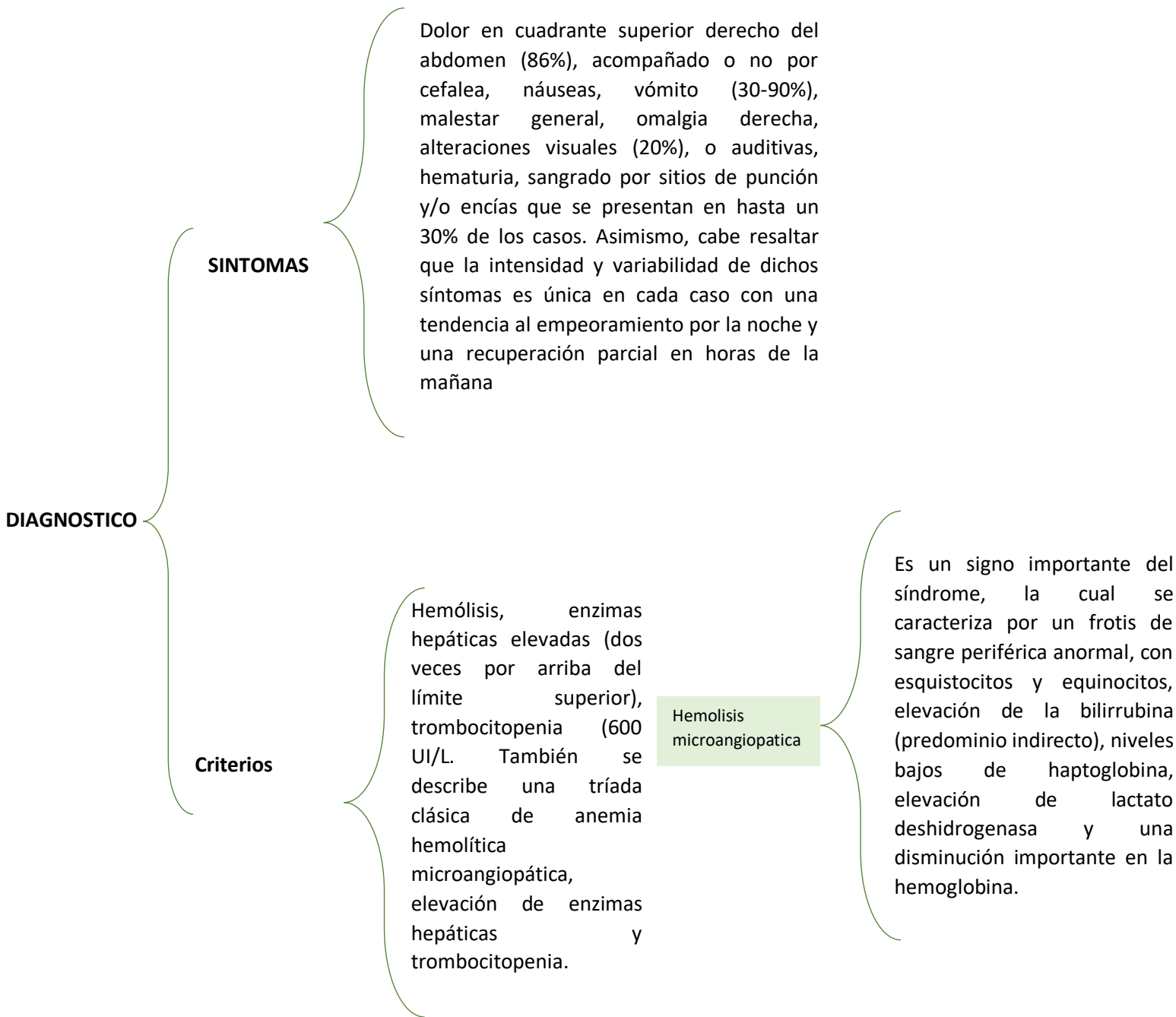
TROMBOCITOPEBIA

Es el nivel bajo de plaquetas en este caso por debajo de 100,000.

Produce

Daño endotelial que daña la microvasculatura y produce una agregación plaquetaria intravascular y hemólisis, además de liberación de tromboxano A y serotonina, la cual da lugar a una reacción en cadena. Esto da lugar a aglutinación plaquetaria y disminución de cantidad de estas.





Diagnóstico diferencial

Síndrome urémico hemolítico

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

Púrpura trombótica trombocitopenia (PTT)

Las pacientes 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. Y es importante saber si ha sucedido en embarazos previos, ya que tiende a recurrir en un 50% de los embarazos subsecuentes.

I
N
C
L
U
Y
E
N

Hígado graso agudo del embarazo

Típicamente se presenta en el tercer trimestre, en algunos casos también en el periodo posparto. Entre 1-7,000- 15,000 casos por año. sin sintomatología específica, muchas pacientes se presentan con hipertensión sin embargo, esta característica es más frecuente en el síndrome de HELLP. 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 y falla hepática fulminante.

Se utiliza los criterios de Swansea.

Con 6 de 15 positivos se considera que presenta la patología con un 85% de valor predictivo y 100% de sensibilidad.

Preeclampsia severa

La Preeclampsia se suele presentar con cifras elevadas de presión arterial, angipatía y disfunción hepática, sin embargo estos parámetros no son tan marcados como en HELLP, y las cifras elevadas de presión arterial no se correlaciona con la severidad del síndrome

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, como se muestra en la figura.

Embarazo de 24-33 semanas

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% en un lapso de 10 a 20 min y luego una dosis de mantenimiento de 1 a 2g por hora hasta 24 horas posparto.

Uso de antihipertensivos

El inicio de antihipertensivos se recomienda cuando la presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg, con el objetivo de mantener la presión diastólica entre 100 y 90 mmHg

U
t
i
l
i
z
a
d
o
s

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

Sugerencias

Sugieren la administración de glucocorticoides, como dexametasona, para así elevar la cantidad de plaquetas, mejorar la función hepática y ayudar a la maduración pulmonar feta.

Complicaciones y mortalidad

MATERNAS

C sangrado, coagulación
 o intravascular
 m diseminada (CID),
 p desprendimiento de
 l placenta, lesión renal
 i aguda, edema
 c pulmonar, hematoma
 a subcapsular hepático,
 c desprendimiento de
 i retina y muerte, además
 o de hemorragia cerebral,
 n hemorragia hepática
 e debido a ruptura y
 s shock séptico.

Sangrado

El 55% va a requerir transfusiones y 2% laparotomía por sangrado intraabdominal masivo.

Coagulación intravascular diseminada

Es la complicación severa más frecuente, presentándose en un 40% de las pacientes, seguida por ruptura hepática.

La lesión renal aguda

Se observa en 7.7% de las pacientes y se encuentra relacionada con un aumento en el riesgo de enfermedad renal crónica, así como hipertensión y enfermedad cardiovascular.

Edema cerebral

Es mayor en pacientes que presentan síndrome de HELLP en el postparto.

Hematoma subcapsular hepático

Es una complicación infrecuente, aproximadamente en el 1% de los casos y suele presentarse alrededor de las 28-36 semanas.

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.

- C Hipoglicemia neonatal severa.
- o Trombocitopenia neonatal (15-38% de los casos).
- m Síndrome de distrés respiratorio.
- p Bajo peso al nacer.
- l Hiperbilirrubinemia.
- i Displasia broncopulmonar.
- c Sangrado interventricular.
- a Enterocolitis necrotizante.
- c Muerte neonatal.
- i Intrauterina o posparto.
- o
- n
- e
- s

Mortalidad

La mortalidad que presentan los neonatos de una madre con este síndrome es de un 7-34%(4,18), y está directamente relacionada con la edad gestacional al momento del parto(15), 32% de mortalidad en < 32 semanas versus 8% en aquellos >32 semanas, y entre las principales causas de muerte neonatal son por prematuridad.

Pronóstico

El pronóstico de pacientes con síndrome de HELLP, está directamente relacionado con el tiempo de diagnóstico y el enfoque terapéutico temprano.

Riesgo

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. Además, se describe hasta un 43% de riesgo a presentar preeclampsia en los próximos embarazos. 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

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., ya que se ha comprobado que dosis bajas de aspirina dan como resultado una disminución en la incidencia de preeclampsia temprana en pacientes de riesgo

Otros

Es el tener un alto índice de sospecha cuando una embarazada consulte con síntomas de dolor en cuadrante derecho, náuseas, vómitos, cefalea, entre otros, y realizar la batería de exámenes para lograr un diagnóstico temprano y oportuno de este síndrome

BIBLIOGRAFIA

1. Aloizos S, Seretis C, Liakos N, Aravosita P, Mystakelli C, Kanna E et al. HELLP syndrome: Understanding and management of a pregnancy□ specific disease. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013;33(4):331-337.DOI: 10.3109/01443615.2013.775231
2. Vigil de Gracia P. Síndrome HELLP. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;(83):48-57.
3. Trottmann F, Baumann M, Amylidi-Mohr S, Surbek D, Risch L, Mosimann B et al. Angiogenic profiling in HELLP syndrome cases with or without hypertension and proteinuria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019;243:93-96. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2019.10.021