



**Mi Universidad**

**NOMBRE DEL ALUMNO:** yuliana jocabeth cordova castillo

**TEMA:** Síndrome de hellp

**MATERIA:** ginecología y obstetricia

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Ervin Silvestre Castillo

**LICENCIATURA:** Enfermería

**CUATRIMESTRE:** 5°

# SÍNDROME DE HELLP

## Fisiopatología

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

Se dice que no se ha logrado dilucidar por completo el mecanismo fisiopatológico, 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, lo que provoca que las arterias espirales se mantengan estrechas y fibróticas, generando una disminución en el flujo placentario al feto.

## Hemólisis

esta es una característica principal del síndrome y es resultado de una anemia hemolítica microangiopática. La fragmentación de los eritrocitos es secundaria 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.

# SÍNDROME DE HELLP

## 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 las 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.

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.

## 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.

## Clasificación

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

### Diagnóstico

La presentación del síndrome de HELLP 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, principalmente entre las primeras 48 horas y hasta unos 7 días después y un 80% de estos casos presentaron signos de preeclampsia previo al parto.

SÍNDROME DE HELLP

Diagnóstico diferencial

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen: síndrome urémico hemolítico, púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), hígado graso agudo del embarazo y síndrome antifosfolípido, siendo las tres primeras entidades las más frecuentes.

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.

Para ello se pueden utilizar 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.

Síndrome urémico

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.

SINDROME DE HELLP

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 correlaciona con la severidad del síndrome.

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

Las complicaciones graves son frecuentes, entre ellas se encuentran: sangrado, coagulación intravascular diseminada (CID), 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. La coagulación intravascular diseminada es la complicación severa más frecuente, presentándose en un 40% de las pacientes, seguida por ruptura hepática.

SINDROME DE HELLP

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.

Pronóstico

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

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

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, entre otros, y realizar la batería de exámenes para lograr un diagnóstico temprano y oportuno de este síndrome.