

Conductas a seguir en el síndrome de HELLP

Marianne Urbaniack, Marina Rico Neto

Introducción

El síndrome de HELLP (SH) es una sigla inglesa que indica hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, es una de las complicaciones maternas y fetales más graves durante la gestación. El 10 % de los embarazos complicados con preeclampsia severa o eclampsia son afectados por el SH. Este síndrome se puede encontrar desde la mitad del segundo trimestre hasta varios días tras el parto, aunque la mayoría de los casos ocurren en el tercer trimestre.

Objetivos

Dar a conocer el síndrome de HELLP como complicación grave de la HTA en el embarazo y conocer su tratamiento.

Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica del Síndrome de HELLP en las bases de datos nacionales e internacionales (PUBMED, BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD ESPAÑA y Google académico) seleccionando los artículos y revisiones relacionados publicados en los últimos 5 años, utilizando los operadores booleanos y las siguientes palabras claves según los descriptores DeCS y MeSH :síndrome de HELLP, embarazo, hipertensión arterial.

Resultados

El diagnóstico del SH está basado en la evidencia de anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia en embarazadas o en el postparto que hayan desarrollado o no hipertensión (HTA). Por lo cual, este trastorno se detecta por analíticas y no directamente por el cuadro clínico, aunque este nos alerta de la severidad y de la evolución de la enfermedad. Cuando se sospecha de un SH, la paciente debe ser ingresada como si se tratara de una preeclampsia grave, y sometida a los mismos controles maternos y fetales. El tratamiento definitivo es la finalización del embarazo, pero primero es importante estabilizar a la gestante (alteraciones de la coagulación y tratamiento de la HTA si existe), y luego comprobar el bienestar fetal. Algunos estudios recomiendan la administración de corticoides en dosis altas (dexametasona 10mg/12h, o betametasona 12mg/24h) durante 72 h, tanto para la maduración de los pulmones del feto como para mejorar los parámetros bioquímicos hepáticos. Cuando el SH aparece en el postparto se usará el mismo tratamiento para mejorar el cuadro clínico. No se harán transfusiones de plaquetas a no ser que las plaquetas sean inferiores a 20.000/mm² o menor de 40.000/mm² si la paciente presenta signos de alteración de la hemostasia. Por razones hematológicas se prefiere el parto vaginal a la cesárea, pero la decisión deberá tomarse según las condiciones y la situación clínica de cada paciente.

Conclusiones

El SH es un episodio grave, de inicio imprevisto, con mal pronóstico, y que tiene posibilidad de repetirse en futuras gestaciones. Por ello es importante que, durante la consulta prenatal, la enfermera esté atenta a la aparición de manifestaciones clínicas relacionadas a la HTA, y principalmente a la presencia de signos de preeclampsia, para intervenir en este proceso y disminuir las complicaciones y mortalidad asociada.

Referencias

- De Oliveira, RS., and al. Síndrome de Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería. Enfermería Global ISSN 1695-6141 N°28 Oct. 2012
- Vigil-De Gracia P. Síndrome Hellp Ginecol. Obstet. Mex. 2015; 83:48-57