



# Síndrome HELLP

El síndrome HELLP se presenta en aproximadamente 5 a 9 de cada 1,000 embarazos y ocurre en el 10-20 % de los casos con preeclampsia con criterios de gravedad. En el 70 % de los casos, se manifiesta antes del parto, aunque puede aparecer en el posparto, principalmente dentro de las primeras 48 horas, y también puede diagnosticarse hasta siete días después.

## ¿Qué es el síndrome HELLP?

Es una complicación severa del embarazo caracterizada por un conjunto de alteraciones hematológicas y hepáticas que suelen asociarse a la preeclampsia con criterios de gravedad. Su nombre proviene de las siglas en inglés que describen sus principales características

**H** emólisis    **EL** Elevated liver enzymes/Elevación de enzimas hepáticas.    **LP** Low platelet/Disminución de plaquetas

## Fisiopatología

Su fisiopatología compleja, y hasta ahora no muy bien definida, que pudiera explicarse, por su similitud, como una anemia hemolítica microangiopática. En donde existe un daño endotelial secundario al depósito de complejos fibrinógeno-fibrina en la microcirculación, lo que genera un mecanismo extracorpuscular de hemólisis debido al paso de los eritrocitos a través de vasos alterados. Este proceso activa una respuesta inflamatoria sistémica que afecta múltiples órganos y, en casos graves, puede llevar al desarrollo del síndrome de disfunción orgánica múltiple o una coagulación intravascular diseminada, con resultados potencialmente fatales.

## Síntomas

Las pacientes pueden estar asintomáticas o presentar síntomas inespecíficos como dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, náuseas, vómitos, cefalea y malestar general.

**La hipertensión y la proteinuria están presentes en hasta el 85 % de los casos.**



# Criterios diagnósticos

En la década de los 90's, en la Universidad de Tennessee el Dr. Sibai BM, y posteriormente en el Centro Perinatal de Mississippi, el Dr. Jr. Martin, se establecen los dos criterios diagnósticos de síndrome HELLP más utilizados en nuestra práctica clínica actual:



**Tennessee:** Se clasifica en completo, si están positivos todos los parámetros o en incompleto si solo se encuentran presentes uno o dos.

<b>Plaquetas</b>	<100.000/mm <sup>3</sup>
<b>Hemolisis y disfunción hepática</b>	LDH: >600 UI/L TGO/TGP: >70UI/L o el doble de su valor de referencia



**Mississippi:** Se clasifica en tres clases en función del número de plaquetas, sabiendo que ante menor cantidad de plaquetas, la severidad del cuadro clínico y las complicaciones son mayores.

<b>Plaquetas</b>	
<b>Clase 1</b>	<50.000/mm <sup>3</sup>
<b>Clase 2</b>	51.000-100.000/mm <sup>3</sup>
<b>Clase 3</b>	101.000-150.000/mm <sup>3</sup>
<b>Hemolisis y disfunción hepática</b>	LDH >600UI.L TGO, TGP >60 UI/L



## ¿Cual utilizar?



La elección de una u otra dependerá de la disponibilidad del laboratorio, la necesidad de una estratificación más detallada o de un diagnóstico más ágil en situaciones de emergencia.

**Ninguna de estas clasificaciones modifica el manejo clínico del síndrome HELLP**

# Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del síndrome HELLP debe considerar una amplia variedad de patologías, como la trombocitopenia gestacional y la púrpura trombocitopénica autoinmune. Asimismo, debe diferenciarse de enfermedades que asocian trombocitopenia con anemia hemolítica microangiopática, como el síndrome hemolítico urémico, la púrpura trombótica trombocitopénica y el hígado graso agudo del embarazo.



## 1 Diagnóstico temprano

Requiere un alto índice de sospecha en embarazadas con hipertensión y síntomas inespecíficos como dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos y malestar general. **Se debe evaluar de inmediato** la presencia de trombocitopenia, hemólisis y elevación de enzimas hepáticas para confirmar la entidad. En fases tempranas, el síndrome HELLP puede solo manifestar alteraciones leves en los parámetros de laboratorio.

## 2 Valoración del estado materno y fetal

Evaluar el estado materno incluye desde un detallado examen físico, a la monitorización de signos vitales, valoración de la función hepática, renal y coagulación, además de identificar signos de disfunción orgánica.

La evaluación fetal debe incluir registro cardiotocográfico y ecografía Doppler para valorar el bienestar y el crecimiento.

## 3 Control de la presión arterial, y neuroprotección con sulfato de magnesio

Es importante controlar las cifras tensionales y evitar convulsiones. A través de este link, accedes a nuestro boletín en donde te indicamos todas las opciones para su manejo.

BOLETÍN PARA LA SALUD MATERNA 005

**MANEJO DE LA CRISIS  
HIPERTENSIVA**



## 4 Corticoesteroides

Se puede considerar el uso de corticosteroides como la dexametasona para rescate plaquetario, en el periodo postnatal. Hay diferentes esquemas, pero una de las dosis sugeridas es:

- Dosis inicial: 10 mg de dexametasona IV cada 12 horas (hasta completar 2 dosis).

- Dosis de mantenimiento: 6 mg de dexametasona IV cada 12 horas por 48 horas.

**Consideraciones:** Aunque algunos estudios sugieren un incremento transitorio en el recuento plaquetario, la evidencia sobre la reducción de complicaciones maternas es aún debatida, por lo que su uso debe ser individualizado según el caso clínico.

## 5 Manejo de fluidos y hemocomponentes

Evite el uso indiscriminado de soluciones, se sugiere la utilización de bolos de 250-500cc de solución salina.

Considerar transfundir hemocomponentes según requerimientos, **sin retrasos**.

## 6 POCUS "Point of care ultrasound"

El uso de POCUS (ultrasonido a pie de cama) en el síndrome HELLP permite evaluar rápidamente signos de hemoperitoneo por ruptura hepática, derrame pleural, sobrecarga de líquidos y función cardíaca, facilitando el manejo precoz de complicaciones graves.

Si su centro cuenta con este recurso y personal capacitado, resulta una herramienta útil.

## Finalización de la gestación

La interrupción del embarazo es el único tratamiento definitivo para el síndrome HELLP y debe considerarse la vía de interrupción en las primeras 12 horas, una vez realizado el diagnóstico.

**Vía del resolución:** En pacientes estables, el parto vaginal puede intentarse, siempre y cuando, este ocurra en las próximas 12 horas, según condiciones cervicales. En casos graves o sin condiciones obstétricas favorables, está indicada la cesárea de emergencia.

### Técnica quirúrgica minuciosa

La técnica anestésica dependerá del conteo plaquetario.

Si cuenta con la experiencia, considere hacer una laparotomía media infraumbilical, que permite tener una mejor visualización de áreas sangrantes y deje drenes en fondo de saco posterior y espacio subaponeurótico. **Individualizando cada caso.**

## PUNTOS CLAVES

- **Alto riesgo materno:** Es una complicación grave del embarazo que puede llevar a insuficiencia multiorgánica y muerte materna si no se diagnostica y trata oportunamente.
- **Diagnóstico temprano es clave:** Debe sospecharse en embarazadas con hipertensión, síntomas inespecíficos y alteraciones en plaquetas, enzimas hepáticas y hemólisis.
- **Interrupción del embarazo como tratamiento definitivo:** Considere interrupción en las próximas 12 horas una vez realizado el diagnóstico, para evitar el deterioro materno.
- **Manejo interdisciplinario:** Esta entidad requiere de la participación de diferentes servicios como UCI, anestesia, banco de sangre, terapia neonatal. Hágalos parte del equipo y del manejo.



En este código QR, está descargada toda la bibliografía y artículos utilizados para la elaboración de este boletín.

Haz click o escanea el código

**GRACIAS POR LEERNOS!!!**



Haz click o escanea el código

**REVISA NUESTROS OTROS NÚMEROS AQUÍ!!!**