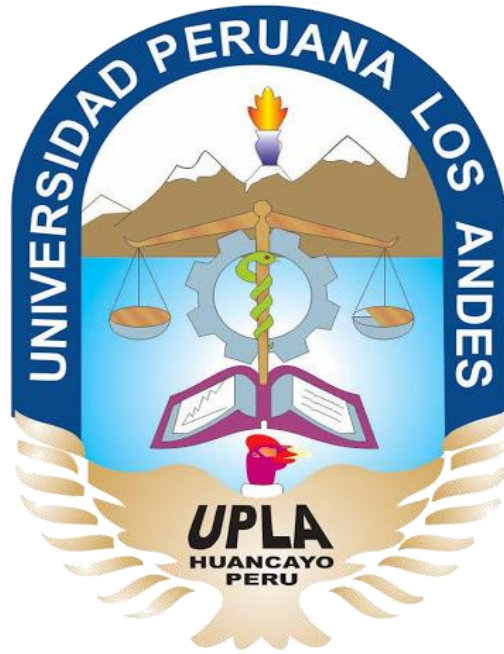


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



SINDROME DE HELLP EN UN HOSPITAL NACIONAL

A 3259 M.S.N.M.- PERÚ

PARA OBTENER EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER

MEZA ALTAMIRANO MARIANA DEL PILAR

HUANCAYO – PERÚ

2017

REVISORES

- Mg. Santiago Cortez Orellana – Miembro
- Mc. Fabiola Castillo Llica – Miembro
- Mc. Miguel Espinoza Castillo – Miembro
- Mc. José Severino Broncales – Suplente

ASESOR

- Mg. Víctor Martín González Palomino

DEDICATORIA

Mi trabajo se lo dedico:

A Dios que me dio la oportunidad de vivir y de conocer a mi maravillosa familia, agradezco por las pruebas que puso en mi camino ya que me enseñaron a tener más fortaleza y a creer que siempre todo tiene solución, y por permitirme llegar a este momento.

A mis abuelos Jesús Altamirano Ávila, Graciela Rivera Canchaya y Rosalva Canchaya Rojas, por ser los pilares que me inculcaron el amor al estudio, me enseñaron ejemplo de perseverancia, superación y constancia, ellos creyeron en mí, y gracias a ellos he superado los momentos más difíciles de mi vida personal como profesional, y que ahora desde el cielo guían mi camino.

A mis padres Sandra y Luis por su apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por ser mi soporte en lo buenos y malos momentos, por haber contribuido a alcanzar mis metas y ser mi motivo de superación.

A mis hermanos Alexandra y Luis porque siempre he contado con ellos para todo, por la confianza, apoyo incondicional y amistad.

Meza Altamirano Mariana

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento, por formar en mí una futura profesional de ciencias de la salud, por darme la vocación por la medicina.

A mis abuelos por inculcarme amor a los estudios, los buenos valores. Por enseñarme que las dificultades en el camino se superan porque siempre habrá un mañana mejor.

A mis padres y hermanos por ser mi motivo de superación, mi apoyo incondicional en momentos buenos y malos.

A mi universidad Peruana Los Andes, en especial a la facultad de Medicina Humana por darme la oportunidad de ser parte de este equipo de profesionales y por brindarme conocimientos para mi desarrollo como futuro médico.

A mis maestros, que durante toda mi carrera universitaria han sabido inculcar el amor por la medicina, y el deseo de superación, para poder llevar en alto y con orgullo el nombre de nuestra universidad.

Agradecer de manera sincera a mi asesor el Dr. Víctor Martín González Palomino por aceptar realizar esta tesis y guiarme en la realización de la misma.

Agradecer al hospital Nacional Ramiro Priale Priale- ESSALUD – Huancayo, por ser mi segundo hogar y por haber formado parte de mi formación como Médico durante mi internado.

INDICE

REVISORES.....	2
ASESOR.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
ÍNDICE.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO II	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	31
CAPÍTULO III	
RESULTADOS.....	36
CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN.....	52
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES.....	59
CAPÍTULO VI	
RECOMENDACIONES.....	61
CAPÍTULO VII	
BIBLIOGRAFÍA.....	62
CAPÍTULO VIII	
ANEXOS.....	66

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características epidemiológicas, diagnósticas y de tratamiento del síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, 2015-2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo, de 60 historias clínicas de pacientes hospitalizadas con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, 2015-2016.

RESULTADOS: La población de estudio tuvo una incidencia de casos de 1.7% con síndrome de HELLP; con mayor porcentaje de HELLP parcial (56%), con más casos entre 18- 35 años, en multíparas, con diagnóstico antes del parto, en gestaciones pretermino, con controles prenatales inadecuados (58.33%); con antecedentes de obesidad en 28.3%; con síntomas de epigastralgia y cefalea en 58.3%; presentaron hipertensión arterial 66.6% de pacientes, además se observó que la proteinuria está en 60% de los casos; el LDH es un marcador inespecífico y es el de mayor alteración en el estudio con 88.3%, seguido por la plaquetopenia en 71.7%, aumento de TGP en 75% y TGO en 70%; las complicaciones renal y respiratoria fueron las más frecuentes con 23.33% de los casos; el tratamiento más usado fue antihipertensivos (Nifedipino) y anticonvulsivantes (Sulfato de Magnesio) y en hemoderivados el Plasma Fresco Congelado.

CONCLUSIONES: La incidencia del síndrome de HELLP es 1,7%, el HELLP parcial predominó en el estudio, mostrando mayor frecuencia en mujeres jóvenes, multíparas y con obesidad previa a embarazo; entre los síntomas de severidad esta epigastralgia y cefalea; se halló un porcentaje alto con hipertensión arterial y con control prenatal inadecuado.

PALABRAS CLAVES: síndrome de HELLP, características epidemiológicas,

Clinicas, diagnostica, tratamiento

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the characteristics epidemiological and diagnostic of HELLP syndrome in the Ramiro Priale Priale National Hospital, 2015-2016

MATERIAL AND METHODS: study descriptive and retrospective of 60 clinical histories of hospitalized patients with HELLP syndrome at the Ramiro Priale Priale National Hospital, 2015-2016

RESULTS: The study population had an incidence of 1.7% with HELLP syndrome; With a higher percentage of partial HELLP (56%), with more cases between 18-35 years old, in multiparous, with preterm diagnosis, in gestations preterm, with inadequate controls prenatal (58.33%); With a history of obesity in 28.3%; With symptoms of epigastralgia and headache in 58.3%; presented hypertension arterial 66.6% of patients, in addition it was observed that the proteinuria is in 60% of the cases; LDH is a nonspecific marker and is the one with the greatest alteration in the study with 88.3%, followed by thrombocytopenia in 71.7%, increase TGP in 75% and TGO in 70%; complications renal and respiratory were the most frequent with 23.33% of the cases; The most used treatment was antihypertensive (Nifedipino) and anticonvulsivantes (Sulphate of Magnesio) and in hemoderivatives the Plasma Frezco Frozen.

CONCLUSIONS: The incidence of HELLP syndrome is 1.7%; partial HELLP predominated in the study, showing a higher frequency in young, multiparous and pre-pregnancy obese women; between the symptoms of severity this epigastralgia and headache; A high percentage was found with arterial hypertension and with inadequate control prenatal.

KEY WORDS: HELLP syndrome, epidemiological, Clinics, diagnosis, treatment

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia severa y eclampsia, que genera morbi- mortalidad en la madre y el feto. Este síndrome fue descrito por primera vez por Weinstein quien enfatizó la triada de un síndrome caracterizado por hemólisis microangiopática identificada en un frotis de sangre, los niveles elevados de enzimas hepáticas, y el bajo recuento de plaquetas^{1,2}.

El síndrome HELLP es una complicación severa de difícil diagnóstico, manejo y pronóstico, se observa entre el 0,1 a 0,8% de todas las gestaciones³, se evidenció en un estudio en el Hospital María Auxiliadora en un 7% como complicación de preeclampsia severa y 36, 8% como complicación de eclampsia⁴. La mortalidad materna asociada con HELLP a nivel internacional se aproxima al 1-24% y la perinatal al 40%⁵, en el Perú se evidenció 1.1% de casos de mortalidad materna por esta patología en el 2015⁶.

Aunque en la actualidad no se demuestre con certeza la causa y su fisiopatología del síndrome de HELLP, esta patología es la traducción de la diversidad biológica de microangiopatías maternas que puede ocurrir durante la preeclampsia y eclampsia y se han reportado múltiples alteraciones bioquímicas y genéticas en las pacientes estudiadas⁷. La mayoría de las pacientes presenta signos de compromiso hepático, caracterizado por malestar general, sensibilidad en hipocondrio derecho y epigástrico evidente,

náuseas con vómitos o sin ellos, además también cefalea, alteraciones visuales y auditivas³.

Por mucho tiempo, el tratamiento de la preeclampsia severa, eclampsia y del síndrome HELLP se ha limitado al control de la hipertensión, profilaxis de convulsiones, y parto del feto⁸. Por ello es necesario la estimación de factores de riesgo y síntomas premonitorios para el desarrollo de esta patología. Es primordial identificar a pacientes susceptibles para un seguimiento más estricto durante el control prenatal y así priorizar un diagnóstico y manejo adecuado y oportuno; para evitar posibles complicaciones maternas y en especial, las complicaciones neonatales^{1, 8}.

Con base a estos planteamientos, se propuso determinar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento del Síndrome de HELLP en gestantes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale – ESSALUD, Huancayo en el periodo 2015-2016.

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas, diagnosticas, de tratamiento, complicaciones y pronosticas en pacientes con síndrome de HELLP en Hospital Nacional Ramiro Priale - Priale, periodo 2015- 2016?

1.1.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuál es la incidencia de casos de síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016?

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la población con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015 - 2016?
- ¿Cuáles son los antecedentes médicos en pacientes con de síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016?
- ¿Cuáles son las características de la gestación actual en pacientes con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016?
- ¿Cuáles son las características clínicas y de laboratorio que presenta pacientes con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016?
- ¿Cuáles son los medicamentos y hemoderivados de mayor uso en las pacientes con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las características epidemiológicas, diagnosticas, de tratamiento, complicaciones y pronostico en pacientes con síndrome de hellp en Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la incidencia de casos de síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015 – 2016.
- Describir las características epidemiológicas de la población con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016.
- Determinar los antecedentes médicos en pacientes con de síndrome de HELLP en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016.
- Identificar las características de la gestación actual en pacientes con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016.
- Identificar las características clínicas y de laboratorio que presentan los pacientes con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016.
- Identificar los medicamentos y hemoderivados de mayor uso en las pacientes con síndrome de HELLP, en el Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

- Pritchard et al y col⁹ (Cleveland - 1954), describieron 3 casos de eclampsia asociada con hemólisis intravascular, trombocitopenia y trastornos de la coagulación, incluyendo evidencia de disfunción hepática en dos casos, de los cuales solo uno sobrevivió, por las cuales se evidenció una nueva patología asociada al embarazo.
- Weinstein Louis et al¹ (Arizona- 1982), observó 29 casos de pacientes preeclámpticas y eclámpticas que presentaron el síndrome de HELLP y posteriormente realizó seguimiento a una serie de 57 pacientes que presentaron alteraciones similares a las descritas por Pritchard, se consideró el cuadro como una variedad grave de preeclampsia. Este autor acuñó el acrónimo HELLP en referencia a las alteraciones hematológicas (anemia hemolítica y trombocitopenia) y bioquímicas (elevación de las enzimas hepáticas) presentes en estas pacientes.
- McKay et al¹⁰ (California- 1972) revisó 4 casos del síndrome de HELLP, que ocurrió en pacientes eclámpticas, incluyendo 2 roturas hepáticas y una muerte materna.
- Killam et al¹¹ (EE.UU- 1999), reportó 5 casos de pacientes con preeclampsia que presentaron hemólisis clásica, enzimas hepáticas elevadas, y plaquetopenia, concluyendo que la entidad era más frecuente de lo que pensaron, y que el término de la gestación no dependía de la edad gestacional, y no era necesario presentar hipertensión arterial severa para que se presente el síndrome de HELLP.

1.3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Chames et al¹² (EE.UU.- 2002), reportó que de 69 pacientes con preeclampsia previa; tras 5 años de control, hubo 62 embarazos nuevos (82%) que progresaron más allá de las 20 semanas de gestación. La preeclampsia se desarrolló en 34 de los 62 embarazos (55%). Mientras que la hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, y el bajo conteo de plaquetas se desarrolló en 4 de estos embarazos (6%), el desprendimiento prematuro de placenta se desarrolló en 3 de estos embarazos (5%). No hubo casos de eclampsia en esta población. El término de la gestación fue antes de las 37 semanas en 33 de los casos (53%) y 17 de los niños recién nacidos (27%) eran pequeños para la edad gestacional (<percentil 10). La tasa de mortalidad perinatal fue de 11%.
- Pavajeau et al¹³ (Venezuela - 2009), La incidencia del síndrome de HELLP es 1.8% en 5.6 años, El promedio de edad materna fue de 25,2 +/- 7,2 años, la edad gestacional de 34,6 +/- 3,6 semanas, más en multíparas. Los valores de laboratorio son plaquetas 67.900 +/- 30.300 mm³; ácido úrico 9.3 +/- 2.8 mg/dL; bilirrubina total 5.9 +/- 3.1mg/dL, bilirrubina indirecta 2.8 +/- 3.1 mg/dL, directa 3.3 +/- 1.6 mg/dL; AST 54.6 +/- 15.3 mg/dL, ALT 66.0 +/- 21.0 mg/dL y creatinina 1.7 +/-1.5 mg/dL. El 76% de las pacientes necesitaron ventilación mecánica. Las principales complicaciones maternas encontradas fueron: hematológicas, hepáticas, renales y neumonía. La mortalidad materna fue de 29% en 5 años.
- Keiser et al y col¹⁴ (Mississippi- 2011), evaluaron los resultados de los embarazos en pacientes con síndrome HELLP con y sin eclampsia y concluyeron que la eclampsia no parece aportar un riesgo significativo sobre el desarrollo o resultado de embarazos con síndrome HELLP. La única diferencia que se evidenció es que

el Síndrome de HELLP y eclampsia fue mayor en las pacientes nulíparas.

- Yucesoy et al y col⁷ (EE.UU- 2011), evalúa los resultados maternos y fetales de 44 embarazos complicados con síndrome HELLP, para investigar el papel de las plaquetas en su pronóstico. Concluyeron que el síndrome está asociado con una alta incidencia de morbilidad y mortalidad materna y fetal. La cual incrementa su riesgo en los pacientes con recuentos bajos de plaquetas.
- Cedeño et al y col¹⁵ (Ecuador- 2012), El 64,5 % de pacientes ingresadas desarrollaron síndrome de HELLP. Los factores que determinaron la gravedad fueron: pacientes procedentes de zona rural, las multíparas. y en relación a nulíparas y primíparas, las nulíparas tenían más riesgo de presentar la patología (63% contra 52%). Los antecedentes médicos como embarazo múltiple, falla renal, preeclampsia previa, tuvieron mayor riesgo. La Complicación más frecuente que tuvieron las pacientes fue la Falla renal Aguda que fue reversible y solo el 1% de las pacientes tuvo falla Renal persistente que requirió ayuda y valoración Nefrológica.
- Vigil et al y col ¹⁶ (Panamá- 2013), La mortalidad materna se reporta en 1%. Las complicaciones más comunes son la insuficiencia renal que representa el 10% de estas pacientes. Hay otras complicaciones como el edema agudo de pulmón, la coagulación intravascular diseminada entre 5 y 15 %, el desprendimiento de placenta en 10%. La mortalidad perinatal aumento producto del síndrome de HELLP, pues dicha mortalidad es dependiente de la edad gestacional en la cual se termina la gestación. La mortalidad perinatal más alta se observa en pacientes con embarazo menor de 28 semanas y en aquellos que

además presentan restricción del crecimiento intrauterino o desprendimiento de placenta.

- Soto et al y col¹⁷ (Venezuela- 2014), El síndrome HELLP se presentó antes del parto en 66,4% de los casos (85), el 43,8% de las pacientes fueron primigestas y el 73,4. % presentaron el síndrome antes de las 37 semanas. No hubo casos de muerte materna. El síndrome se asoció a una alta tasa de morbilidad materna (62,5 %) siendo la principal complicación la insuficiencia renal aguda (46 %). El 100. % de las pacientes presentaron hipertensión arterial. Hubo una alta tasa de mortalidad perinatal (18 %) asociada principalmente a prematuridad.
- Hernández et al¹⁸ (México – 2014), reporto que de 481 pacientes con el diagnóstico de Preeclampsia Severa y/o Eclampsia, el 37% ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. El Síndrome HELLP fue la principal complicación con un 53.4% de los casos; en segundo lugar la Eclampsia con el 16.9%; la Lesión Renal Aguda se presentó en 3.9%. El porcentaje de muerte materna se presentó en el 5.1% asociada a falla orgánica múltiple en el 5%. El 100% de las pacientes con Preeclampsia severa-Eclampsia que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos y presentaron muerte materna cursaron con Síndrome HELLP.
- Labarca et al y col¹⁹ (Venezuela- 2016) reporta que la prevalencia del síndrome de HELLP es de 13,60% (111/816). Las características clínicas más relevantes fueron: edad 25,8 ± 6,9 años, en embarazos pretérmino (69,37%), antecedentes de abortos (24,32%), primíparas (42,34%), control prenatal ausente o inadecuado, embarazos simples (95,5%), tuvieron preeclampsia el 67,57%, se les realizo cesárea a el 74,77%. Predomino el síndrome de HELLP incompleto (56,76%), las complicaciones más observadas fue la disfunción hematológica (98,2%), disfunción hepática (91,9%) y disfunción renal (70,3%). La

prevalencia resultó más elevada que lo reportada en estudios nacionales e internacionales, presentando características clínicas y epidemiológicas que deben ser consideradas para su prevención y diagnóstico precoz.

1.3.3 ANTECEDENTES NACIONALES

- Barreto et al²⁰ (Lima- 2002), la edad promedio de las pacientes que presentan el síndrome de HELLP fue de 25.2 años, 59.3% eran primíparas. Un importante porcentaje se presentó con control prenatal inadecuado, e incluso algunas sin ningún control. Se evidencio más complicaciones con preeclampsia severa; sin embargo ninguna falleció a diferencia de las 2 pacientes fallecidas con Síndrome HELLP, totalizando una tasa de mortalidad materna del 1.3%. La mortalidad materna para el Síndrome HELLP está descrita entre el 3.3 y 3.5%, explicándose esta diferencia en el eficiente trabajo del personal de Cuidados Intensivos Materno del Instituto Materno Perinatal.
- Aliaga et al y col¹¹ (Lima- 2006), La incidencia del síndrome de HELLP en relación al total de nacimientos es de 0.58 %. Predomina el HELLP parcial, en mujeres entre 20 a 25 años, multíparas y fue diagnosticado entre las 32 y 36 semanas. El antecedente medico de mayor riesgo fue la hipertensión inducida por el embarazo en gestaciones previas (43.75%). La semiología más frecuente edema, cefalea, epigastralgia. Las principales alteraciones de laboratorio son: el aumento de la DHL, TGO y bilirrubina indirecta. Por otro lado 87% presento recuento plaquetario por debajo de 100000. El control prenatal fue adecuado en el 50% de las pacientes. Fueron manejadas con antihipertensivos el más usado fue el Nifedipino; el único anticonvulsivante usado fue el Sulfato de Magnesio. En más del 50% de las pacientes se empleó paquete de plaquetas y paquete

globular. Todas las pacientes culminaron su embarazo por cesárea.

- Yamali et al²¹ (Piura – 2011), se identificaron como factores maternos asociados a preeclampsia y síndrome de HELLP las edades extremas y el inadecuado control prenatal.
- Arana et al y col²² (Lima – 2015), La incidencia de HELLP fue 16.3 por 1000 nacidos vivos, a predominio de HELLP parcial (58.9%). Se registró en mayor porcentaje pacientes con epigastralgia y trombocitopenia; las complicaciones obstétricas principales fueron Coagulación intravascular diseminada 17 (43,6%), insuficiencia respiratoria aguda 14 (35. 9%), desprendimiento prematuro de placenta 9 (23.1%) y eclampsia 4 (10,3%). Se culminó la gestación en 63% de pacientes entre las 33 y 37 semanas, 95% por cesárea. Se usó hemoderivados en 67% (mayor porcentaje de plaquetas). El síndrome HELLP es una entidad de alta morbimortalidad materno perinatal.

1.3.4 BASE TEÓRICA

SINDROME DE HELLP (*H de "hemolysis"; EL de "elevated liver enzymes"; LP de "low platelet count"*)

El síndrome HELLP es una enfermedad obstétrica que generalmente es una variante o complicación de la Preeclampsia y/o eclampsia. Se caracteriza por presentar disrupción endotelial hepática, seguida de activación, agregación y consumo de plaquetas, resultando en isquemia y muerte hepato celular. El síndrome HELLP suele comenzar durante el tercer trimestre. Casos raros han sido reportados en segundo trimestre o después del parto³.

El acrónimo de HELLP fue acuñado por Weinstein en 1982 para describir este síndrome. HELLP es una Abreviatura de las tres 3 características principales: H- Hemólisis, E- Enzima hepática elevada, LP - Bajo Recuento de Plaquetas. Además la hemólisis microangiopática se evidencia con la presencia típica de fragmentos de eritrocitos en un extendido de sangre periférica. Suele ser considerado como una clínica especial de la preeclampsia. Sin embargo, en el 15% de los casos puede ocurrir en ausencia de signos de la misma^{1, 23,24}.

Los síntomas clínicos del síndrome HELLP son dolor epigástrico o hipocondrio derecho; muchos pacientes también presentan náuseas, vómitos y malestar general, que puede ser confundido con una enfermedad viral inespecífica o hepatitis viral, particularmente si la aspartato aminotransferasa (AST) o también denominado Transaminasa glutámico oxalacética (TGO) y lactato deshidrogenasa (LDH) están notablemente elevados. Signos y síntomas menos comunes incluyen dolor de cabeza, alteraciones en la visión, ictericia y ascitis, excesivo aumento de peso y edema generalizado preceden al síndrome en más de 50% de casos^{3, 19}.

La morbilidad materna grave que puede presentarse es la coagulación intravascular diseminada (CID), desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático o intraparenquimatoso, desprendimiento de retina y el sangrado relacionado con trombocitopenia que es una presentación inusual¹⁹

La hipertensión arterial (PA \geq 140 / 90 mmHg) y proteinuria están presentes en aproximadamente el 85% de los casos, pero es importante recordar que uno o ambos pueden estar ausentes en mujeres con síndrome de HELLP³. La hipertensión puede estar

ausente en el 20 % de los casos y ser leve en el 30 % de ellos. Por esta razón en toda embarazada que presente cualquiera de los síntomas mencionados deberá indicársele una hematiometría completa, con recuento de plaquetas y mediciones de enzimas hepáticas, independientemente del nivel de presión arterial^{3, 19}.

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME HELLP

Se han identificado estos factores de riesgo: la hipertensión arterial (hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobre agregada, preeclampsia), enfermedad renal, obesidad, diabetes mellitus, trombofilia preexistente, antecedentes de familiares que presentaron preeclampsia, tabaquismo y alto índice de masa corporal (IMC).

El síndrome HELLP es más frecuente en pacientes de 25 años, que tuvo un trastorno hipertensivo gestacional previo, que presente embarazo múltiple. El riesgo de preeclampsia aumenta en aquellos que con diferente pareja. La mayoría de los estudios epidemiológicos demuestran que relaciones sexuales prolongadas reduce el riesgo. Mujeres con antecedentes de aborto que concibieron nuevamente con la misma pareja tenía casi la mitad del riesgo de preeclampsia en comparación con mujeres sin antecedentes¹⁶.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sensación de malestar general o fatiga (80%- 90%), dolor en epigastrio o hipocondrio derecho (90%), náuseas con o sin vómitos (30 %), dolor de cabeza (31- 61%), también puede tener edema en las miembros inferiores y superiores, la cual no es un marcador útil, aumento de peso, visión borrosa y alteración visual,

indigestión. En casos raros, hemorragias nasales u otras hemorragias y convulsiones. También se puede observar aumento de la presión arterial en 82-88% y la presencia de proteinuria en 24 horas se encuentra en 86-100% de los pacientes ²⁴.

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE HELLP

Se basa en la presencia de todas las anomalías de laboratorio compuesto por su nombre (por hemólisis microangiopática, una elevación de enzimas hepáticas, y el recuento bajo de plaquetas) en una mujer embarazada. Por lo tanto, el trabajo de laboratorio de seguimiento debe incluir

1. Para confirmar la anemia hemolítica microangiopática se observa en frotis de sangre esquistocitos característicos (células también llamado casco). Otros signos sugestivos de la hemólisis son: Bilirrubina total ≥ 1.2 mg / dl, bilirrubina indirecta elevada y a nivel de una baja concentración de haptoglobina sérica (≤ 25 mg / dl).
2. Recuento de plaquetas $\leq 100,000$ células /ul
3. El suero de la AST > 2 veces el límite superior normal para laboratorio local (generalmente > 70 UI / L). Una ventaja de la AST es que es una prueba única que refleja tanta necrosis hepatocelular y la hemólisis de glóbulos rojos.

Incluimos niveles elevados de Lactato Deshidrogenasa (LDH) en los criterios de laboratorio para el síndrome de HELLP pero de debe considerar que es un hallazgo inespecífico asociado tanto con la hemólisis y la enfermedad hepática. Estos criterios han sido adoptados por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Las mujeres que no cumplen con todos los criterios de laboratorio anteriores se considera que tienen el síndrome de HELLP parcial. Sin embargo, estos pacientes pueden progresar a completar la expresión del síndrome de HELLP^{3, 24}

CLASIFICACIÓN DEL SINDROME DE HELLP

1. CLASIFICACIÓN DE TENNESSEE

1.1 Recuento de plaquetas $<100.000 /\mu\text{L}$

1.2 AST $>70 \text{ UI / L}$

1.3 LDH 600 UI / L , Hemólisis, esquistocitos en frotis periférico.

HELLP parcial incluye la presencia de cualquiera de 2 de los 3 criterios, puede ser manejado por tratamiento conservador.

HELLP completo incluye los 3 criterios, es un grupo de alto riesgo para complicaciones como CID y se debe considerar terminar la gestación dentro de 48 horas.

2. CLASIFICACION DE MISSISSIPI (2006)

2.1 CLASE I

2.1.1 Recuento de plaquetas $<50.000 /\mu\text{L}$

2.1.2 AST $>70 \text{ UI / L}$

2.1.3 LDH 600 UI / L , hemólisis en el frotis de sangre periférica,

CLASE I tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

2.2 CLASE II

2.2.1 Recuento de plaquetas de $50.000 /\mu\text{L}$ a $100000 /\mu\text{L}$

2.2.2 AST $>70 \text{ UI / L}$

2.2.3 LDH 600 UI / L , Hemólisis en el frotis de sangre periférica.

2.3 CLASE III

2.3.1 Recuento de plaqueta de $100.000 /\mu\text{L}$ - $150.000 /\mu\text{L}$

2.3.2 AST $>40 \text{ UI / L}$

2.3.3 LDH 600 IU / L , Hemólisis en el frotis de sangre periférica.

CLASE II y III se consideran como estadios clínico significativo de transición.

TRATAMIENTO DE SINDROME DE HELLP

El término de la gestación es el único tratamiento eficaz. El consenso es nacimiento inmediato, después de la estabilización materna para el cualquiera de los siguientes casos:

1. Embarazos ≥ 34 semanas de gestación o de < 23 semanas de gestación.
2. Estado fetal desalentador (el ejemplo, el perfil biofísico, la frecuencia cardíaca fetal alterada)
3. Enfermedad materna grave : disfunción multiorgánica, coagulación intravascular diseminada, infarto o hemorragia hepática, edema pulmonar, insuficiencia renal o desprendimiento de la placenta

No hay evidencia que demuestra que la conducta expectante mejora los resultados perinatales ni maternos, con embarazos a término o después de un ciclo de corticosteroides

En los embarazos que se encuentran entre ≥ 23 y < 34 semanas de gestación, se administran los corticosteroides, no se aconseja intentos de retrasar el término de la gestación más allá de 48 horas, porque por lo general se produce progresión de la enfermedad, a veces con un deterioro rápido materno. Siempre teniendo en cuenta la medicación antihipertensiva para controlar la hipertensión severa, al igual que profilaxis de las convulsiones con el Sulfato de Magnesio para la neuroprotección.

Las indicaciones de transfusión de plaquetas son: sangrado activo, pacientes con trombocitopenia, para prevenir el sangrado excesivo durante el parto si el recuento de plaquetas es inferior de 20.000ul, pero el umbral para una transfusión profiláctica de

plaquetas es objeto de controversia. Si se planea un parto por cesárea, la transfusión de plaquetas puede ser requerida. Algunos expertos recomiendan transfusión de plaquetas para lograr un preoperatorio con recuento de 40.000 a 50.000 plaquetas /ul.

Sobre el uso de la corticoides para el tratamiento de HELLP, se reporta que genera aumento del recuento plaquetario, reducción del LDH y TGO. Los corticoides, no reduce la duración de la hospitalización, ni la necesidad de transfusión de plaquetas o de plasma fresco congelado, o complicaciones maternas como la insuficiencia renal aguda o el edema pulmonar^{15, 25,26}

PREECLAMPSIA

La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a un daño endotelial, a partir de las 20 semanas de gestación, ante la detección de valores de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg asociado a la presencia de proteinuria con o sin edema. En el orden clínico se define que presión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal²⁷.

En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas. Se ha producido un aumento de su incidencia de 25 % en las últimas 2 décadas; de igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extremadamente grave²⁸.

Su fisiopatología pueden ser atribuidas a una disfunción endotelial generalizada que genera hipertensión por perturbación del control endotelial del tono vascular; y la proteinuria por una permeabilidad vascular glomerular aumentada; la coagulopatía como resultado de una expresión endotelial anormal de pro y anticoagulantes y una disfunción hepática resultante de la isquemia causada por el daño endotelial y la vasoconstricción²⁹.

CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

1. PREECLAMPSIA LEVE

se define como la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, tomadas al menos en dos ocasiones con seis horas de diferencia, determinada después de las 20 semanas del embarazo en una mujer normotensa y proteinuria ≥ 300 mg de proteínas en una recolección de orina de 24hrs. Esta cantidad frecuentemente se relaciona con la presencia de 30 mg/dl (++) en tira reactiva) en una muestra de orina al azar sin evidencia de infección urinaria¹⁹

2. PREECLAMPSIA SEVERA:

Se presenta después de las semanas 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 160/110$ mmHg acompañada de proteinuria mayor a 5 gr (según criterios de Sibai et al⁴) en recolección de orina de 24hrs, es frecuente que además se presente cefalea, alteraciones visuales, acúfenos, edema, epigastralgia y/o en hipocondrio derecho y alteraciones de laboratorio¹⁹.

CLASIFICACIÓN ACTUAL (2013)

Actualmente la preeclampsia severa se evidencia cuando hay signos y síntomas de lesión de órganos diana por la cual se consideran el espectro grave de la enfermedad. En el 2013, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos elimina la proteinuria como un criterio esencial para el diagnóstico de preeclampsia con características graves. También eliminaron proteinuria masiva (5 gramos / 24 horas) y la restricción del crecimiento fetal como posibles características de la enfermedad severa debido a que la proteinuria masiva tiene una pobre correlación con el resultado y la restricción del crecimiento fetal, la oliguria también fue eliminado como una característica de la enfermedad grave³⁰

MANEJO DE PREECLAMPSIA

La decisión de terminar con el embarazo se basa en la edad gestacional, las condiciones maternas y fetales, y la gravedad de la preeclampsia. El término de la gestación se ha propuesto para los pacientes con preeclampsia y sin rasgos severos después de 37 semanas de gestación y en el caso de la preeclampsia grave después de 34 semanas de gestación. Entre las 24 y 34 semanas de gestación, el tratamiento conservador de la preeclampsia grave, puede considerarse en pacientes seleccionados, asociado a cortico terapia que deben ser administrados a gestantes con edad gestacional menor de 34 semanas con preeclampsia para promover la madurez pulmonar fetal pero ello no afecta el desenlace del feto, sin embargo resulta útil en la reducción de la incidencia del síndrome de trastornos respiratorios idiopáticos y hemorragia intraventricular.³¹

Los riesgos de secuelas graves de progresión de la enfermedad tienen que equilibrarse con los riesgos de parto prematuro. Sin embargo, a cualquier edad gestacional, la evidencia de hipertensión severa, disfunción de órganos diana materna grave o pruebas desalentadoras del bienestar fetal son generalmente una indicación para terminar gestación inmediata. La mortalidad perinatal es de 25 % para el tratamiento activo y de 16,7 % para el tratamiento conservador. Los autores concluyen que el tratamiento conservador puede mejorar el pronóstico perinatal, lo cual conlleva a la evaluación intensiva de la madre y el feto^{32, 33, 34}

ECLAMPSIA

La eclampsia se refiere a la aparición de convulsiones, las cuales son movimientos tónico clónicos generalizados o coma en una mujer con preeclampsia. Es la manifestación convulsiva de la preeclampsia. A pesar de los avances en la detección y el manejo, sigue siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad materna³⁵.

Este trastorno se presenta en 2 a 3% de las mujeres con características graves de preeclampsia que no reciben profilaxis contra las convulsiones y hasta el 0,6% de las mujeres con preeclampsia sin rasgos severos. Los factores de riesgo para la eclampsia son las mujeres nulíparas, y de niveles socioeconómicos más bajos. El pico de incidencia es en la adolescencia y los primeros veinte años, pero también aumenta en las mujeres mayores de 35 años³⁵.

La patogénesis de las convulsiones en las mujeres con preeclampsia no se entiende claramente. Existen dos fuertes teorías del desarrollo de esta patología. La primera explica que el

incremento de la presión arterial sobrepasa la capacidad de autorregulación cerebral llevando a un aumento de presión hidrostática, provocando hiperperfusión y extravasación plasmática, resultando en edema vasogénico. La segunda refiere que el aumento súbito de presión arterial dispara un vaso espasmo cerebral como mecanismo compensatorio, resultando en edema citotóxico e isquemia³⁵⁻³⁶.

La encefalopatía hipertensiva que desencadena las convulsiones en la Eclampsia es reversible si se inicia un tratamiento adecuado y se controla la presión arterial. También es común que durante el periodo postictal, las pacientes con eclampsia muestren cifras de presión arterial normales o incluso bajas, sin embargo estas se incrementan progresivamente hasta una nueva elevación severa y de esta manera existe recurrencia de las convulsiones. Es bien conocido que las pacientes que desarrollan Eclampsia son jóvenes con Preeclampsia las que probablemente tengan una menor tolerancia a las crisis hipertensivas³⁶

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La mayoría de las mujeres tienen signos y síntomas premonitorios en las horas previas

La hipertensión (75%), dolor de cabeza (occipital frontal persistente o dolor de cabeza o dolores de cabeza trueno) (66%), los trastornos visuales (escotoma, pérdida de la visión ceguera cortical, visión borrosa, diplopía, defectos del campo visual) (27 %), dolor epigástrico (25 %), asintomática (25 %) y Clonus de tobillo es también un hallazgo común³⁵

TRATAMIENTO

Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, la aspiración son la prioridad inicial. La mujer debe ser recostada sobre su lado izquierdo. Los problemas inmediatos incluyen:

- Prevenición de la hipoxia materna y trauma
- El tratamiento de la hipertensión severa, si está presente
- Prevenición de convulsiones recurrentes
- Evaluación para terminar gestación³⁵⁻³⁶

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y DIMENSIONES DE ESTUDIO

SÍNDROME HELLP: diagnosticado según siguientes criterios de laboratorio: anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos característicos en frotis periférico, recuento plaquetario menor de 100000 células / ul, bilirrubina total $\geq 1,2$ mg/dL y aspartato aminotransferasa sérica (AST) >70 IU/L, documentadas en la historia clínica.

DIMENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA:

Parte de la enfermedad en estudio para determinar incidencia, distribución de la enfermedad en edad, grado de instrucción, procedencia, etc.

DIMENSIÓN CLÍNICA:

Características orientadas a diagnósticos, basado en la interpretación de síntomas y signos que presenta el paciente durante a anamnesis y la exploración física, durante la entrevista médica, además de antecedentes previos y datos de la gestación actual.

DIMENSIÓN DE APOYO DE LABORATORIO

Se basa en ayuda diagnóstica complementaria de laboratorio a cual es parte del diagnóstico de síndrome de HELLP, además para confirmar el tipo de patología.

DIMENSIÓN TERAPEUTICO:

Se estudió el ámbito de tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad.

1.4. HIPOTESIS

Debido a las características y el nivel de estudio de tipo descriptivo de la investigación, no se requerirá de una hipótesis.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Transversal, retrospectivo

2.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, porque se describe lo ocurrido sin intervenir en los hechos, se describe características epidemiológicas, antecedentes médicos, diagnóstico, tratamiento complicaciones y pronóstico en la población específica: pacientes que desarrollan síndrome de HELLP.

2.3 DISEÑO GRÁFICO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo del tipo de estudio, y la búsqueda de información de características descritas, en pacientes que desarrollan el síndrome de HELLP, el diseño que le corresponde es

M --- O

Dónde:

M: muestra conformada por pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP

O: Observación de características estudiadas

2.4 POBLACIÓN

Toda paciente con embarazo mayor a 20 semanas con diagnóstico de síndrome de HELLP que fue ingresada al servicio de Ginecoobstetricia y que se le realizaron sus exámenes de laboratorio respectivo durante el periodo de 01 enero de 2015 a 31 diciembre de 2016.

2.5 MUESTRA

Todas las gestantes con diagnóstico de síndrome de HELLP atendidas en el servicio Gineco - Obstetricia en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el año 2015- 2016

2.6 TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de muestra se determinó según criterios de inclusión y exclusión, con un total de 60 pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP durante el periodo de 01 de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016.

2.7 TIPO Y TÉCNICA DE MUESTREO:

Para la selección de la muestra no se requerirá de tipo ni técnica de muestreo alguno, debido a que será un registro censal de todos los pacientes con preeclampsia y eclampsia que desarrollan síndrome de HELLP, atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale - Huancayo, durante el periodo de estudio propuesto.

2.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes gestantes, con edad gestacional mayor de 20 semanas confirmadas por fecha de ultima regla confiable o ultrasonido del primer trimestre, que consultaron directamente o fueron referidas de alguna otra institución y que fueron ingresadas al servicio de gineco -obstetricia

Y UCI del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, con diagnóstico de preeclampsia y Eclampsia o síndrome de HELLP o que desarrollan el Síndrome de HELLP durante su estadia en hospitalización. Para fines de estudio se tomaron todas las pacientes que estuvieron hospitalizadas, con exámenes completos e historia clínica completa.

2.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron del estudio a todas las pacientes con edad gestacional menor de 20 semanas, Paciente referida con historia clínica y/o información requerida incompleta. Todas las pacientes que no tuvieron en su expediente los análisis de laboratorio para realizar el diagnóstico.

2.9 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se aplicó un método indirecto y la técnica de revisión de documentos médicos, la fuente fue las historias clínicas, estadísticas del servicio de ginecología- obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale- Huancayo. Se elaboró listado con pacientes preeclámpicas y eclámpicas que desarrollan síndrome de HELLP el periodo de estudio.

2.10 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Revisión de registros clínicos de las pacientes, donde se evidenciara resultados de pruebas realizados por el laboratorio clínico del Hospital.

La puesta en marcha del presente trabajo de investigación implico la utilización de una técnica de estudio de tipo documental usando fichas de recolección de datos, ya que se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes con síndrome de HELLP, atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, durante el periodo de estudio planteado; razón por la cual el método de trabajo a usarse será la recopilación de datos de fuente secundaria, a través de ficha de recolección de datos.

2.11 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se consultó a diferentes médicos especialistas en ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale – Huancayo, para sugerencias acerca del tema de investigación y su realización.

Para la validación del instrumento, se llevó a cabo mediante juicio de expertos, por especialistas de ginecología – obstetricia del hospital Nacional Ramiro Priale Priale – Huancayo e investigadores inscritos en CONCYTEC. Para analizar la confiabilidad y validez se utilizó la prueba de V DE AIKEN, con la cual se obtuvo un coeficiente igual a 0.95, el cual para fines de investigación es considerado significativo.

2.12 PROCESAMIENTO DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Se llevó a cabo el llenado de fichas de recolección de datos de cada historia seleccionada, donde se tomó información de las diferentes características en relación al síndrome de HELLP que se considera en el estudio.

2.13 PROCESAMIENTO DE DATOS OBTENIDOS

La información que se obtendrán a través de las fichas de recolección, que contienen las variables de estudio serán procesados mediante el programa de IBM SPSS versión 21y Microsoft Excel, para luego realizar cálculos estadísticos.

2.14 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

Los datos obtenidos mediante los cuestionarios, se procesaron en hojas de cálculo de Excel y se exportaron al SPSS versión 21 para su análisis descriptivo con distribución de frecuencia y porcentajes.

2.14 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio no causó daños físicos, psicológicos, ni morales a las personas; puesto que los datos se obtienen con autorización del Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, para poder acceder a la base de datos donde se registran las atenciones de las pacientes hospitalizadas en ese servicio durante el año 2015-2016, además se guardará confidencialidad de ésta base de datos, se manejarán sin nombres personales, solo como datos estadísticos.

CAPITULO III

RESULTADOS

Después de la revisión de 60 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, se describen los siguientes resultados.

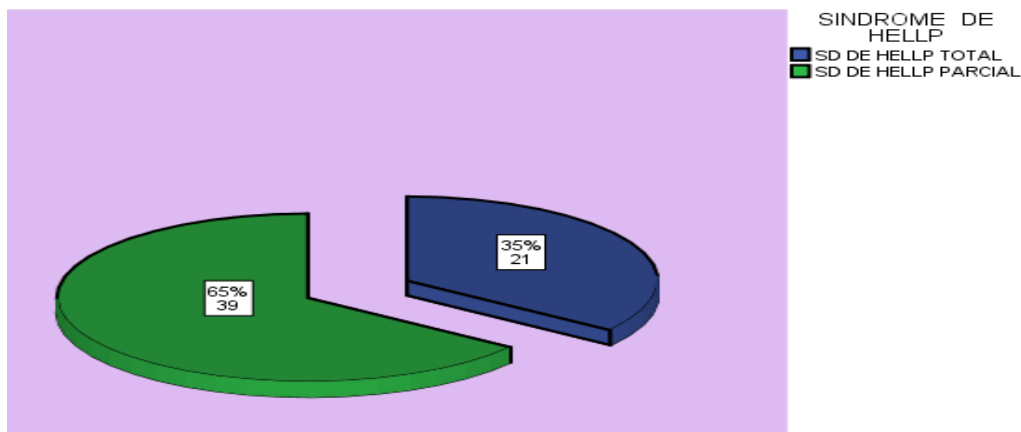
TABLA N° 01: INCIDENCIA DE CASOS POR AÑO DEL SINDROME DE HELLP INGRESADOS EN HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE

AÑO	NÚMERO DE NACIMIENTOS	NÚMERO DE PACIENTES CON SINDROME DE HELLP	INCIDENCIA
2015	1589	27	1,6%
2016	1879	33	1.7%
TOTAL	3468	60	1.7%

Fuente: historias clínicas del HNRPP- ficha de recolección de datos

En la tabla 1, se reporta el número de casos ingresados al hospital nacional Ramiro Priale Priale, en los años 2015 y 2016, observando lo siguiente: en el 2015 de 1589 ingresos se presentaron 27 (1.6%) casos de síndrome de HELLP, en el 2016 de 1879 casos fueron 33 (1.7%) pacientes con esta patología. En promedio la incidencia del síndrome de HELLP durante los 2 años estudiados es 1.7%.

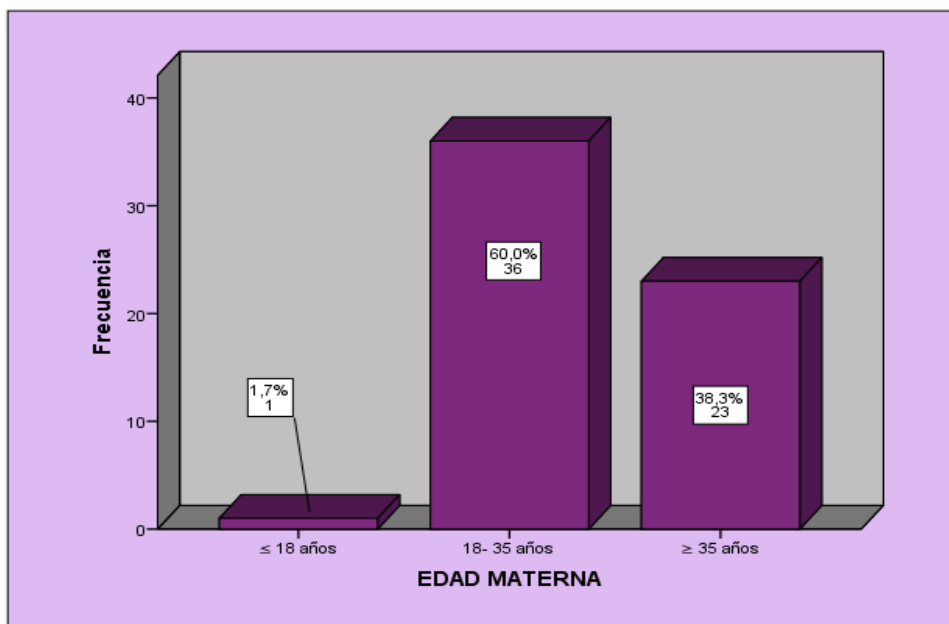
GRAFICO N° 01: TIPO DE SINDROME DE HELLP SEGÚN CLASIFICACIÓN DE TENNESSE



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N°01**, en cuanto a los tipos de síndrome de HELLP se evidencia que dentro de las pacientes estudiadas 65% presentaron HELLP parcial y el 35% presentaron HELLP total según la clasificación de TENNESSEE.

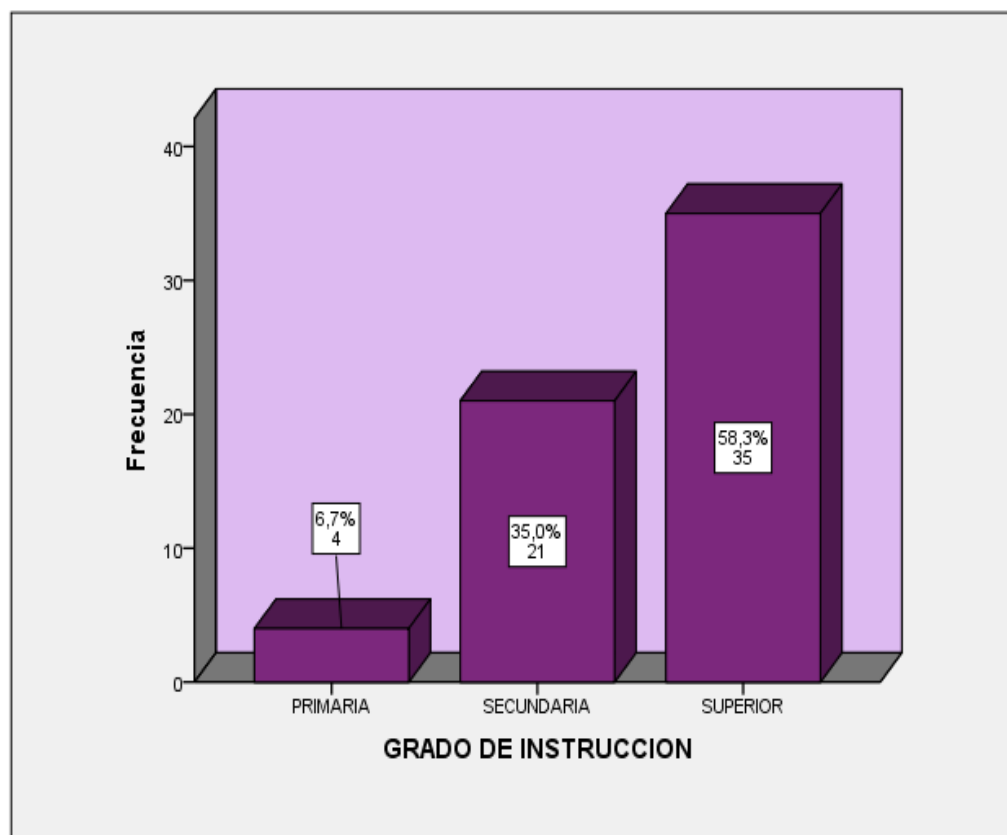
GRÁFICO N° 02: EDAD MATERNA EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 02**, se hace referencia a la distribución de las pacientes que presentaron síndrome de HELLP según la edad materna evidenciándose que 60% están entre 18 y 35 años, el 38.3 % tienen más de 35 años Y 1.7% tienen menos de 18 años, datos que coinciden con la literatura.

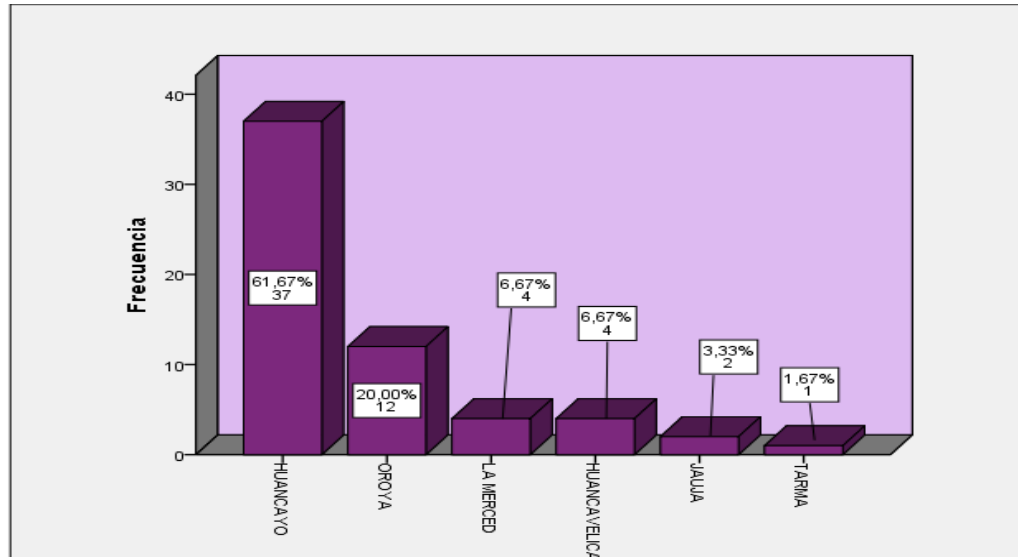
GRAFICO N° 03: DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 03**, se observa que el 35 (58.33%) de los casos tienen estudio superior, 21 (35%) estudiaron hasta secundaria y 4 (6.67%) estudiaron solo la primaria.

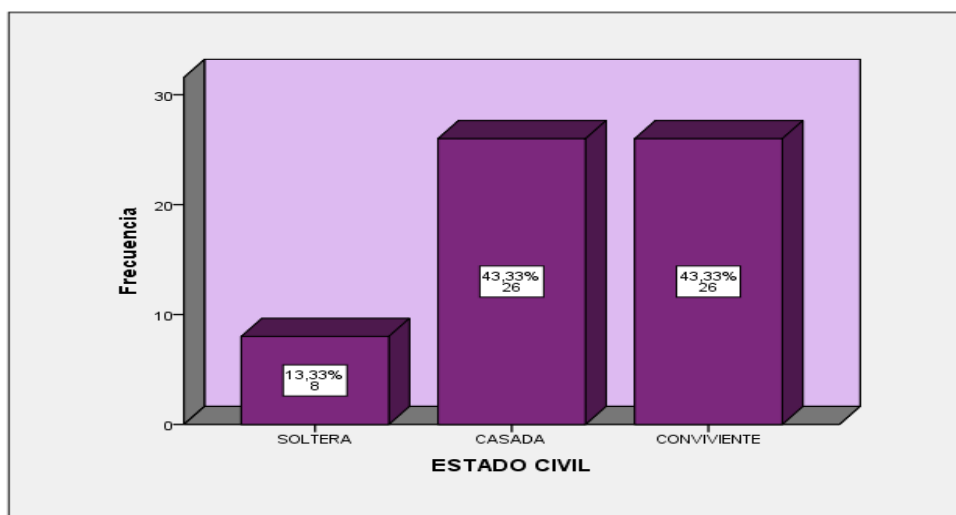
**GRAFICO N° 04 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DE PACIENTES
CON SINDROME DE HELLP**



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 04**, se observa que el 61.67% de los pacientes con síndrome de HELLP que son tratados en el HNRPP, son de Huancayo, dentro de las referencias el 20% son de la Oroya, 6.67% son de La Merced y Huancavelica, 3.33% de Jauja, 1.67% son de Tarma.

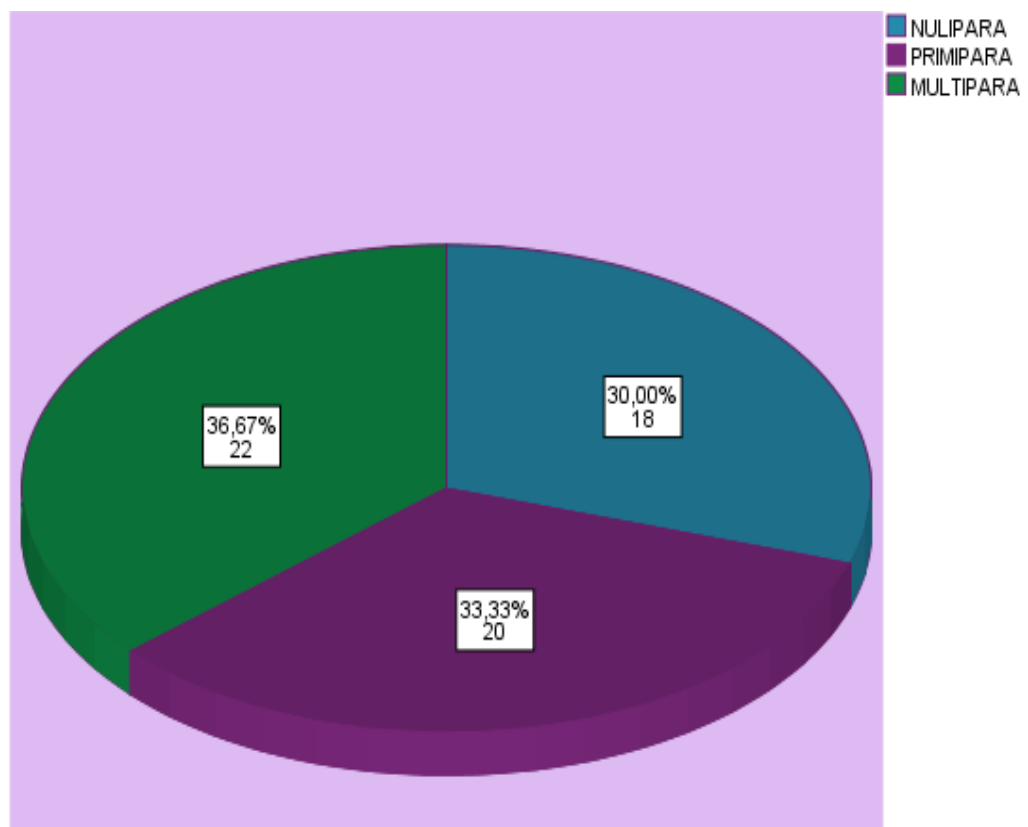
**GRAFICO N° 05: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL EN PACIENTES
CON SINDROME DE HELLP**



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 05**, se reporta que 26 de los pacientes (43.33%) tienen estado civil de casados y de igual porcentaje los que son convivientes, 8 pacientes (13.33%) son solteros.

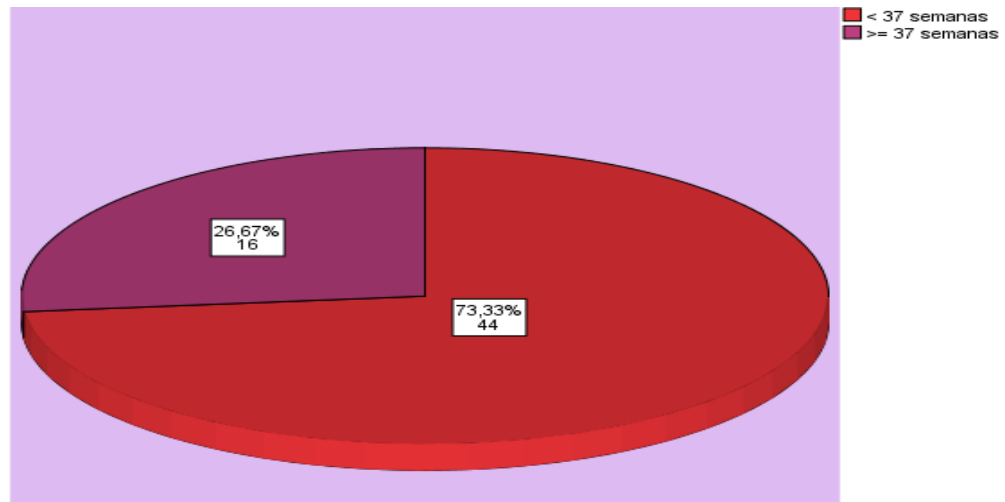
GRAFICO N° 06: DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARIDAD EM PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 06**, la distribución del síndrome de HELLP según paridad es: 36.6% de las gestantes con HELLP son múltiparas, 33.3% son primíparas, 30% son nulíparas, factor que coincide con la literatura.

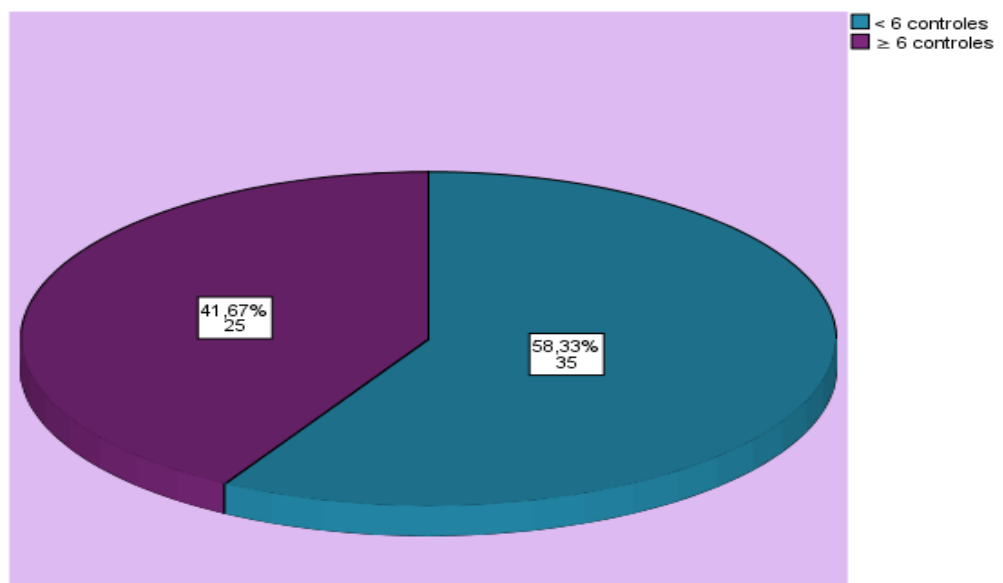
GRÁFICO N° 07: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En la **gráfica N°07** se observa que el 73.3% termina gestación en periodo pre término (menor de 37 semanas de gestación), en los cuales la causa de morbilidad neonatal es la prematuridad, mientras que el 26,6 % terminan gestación en periodo a término.

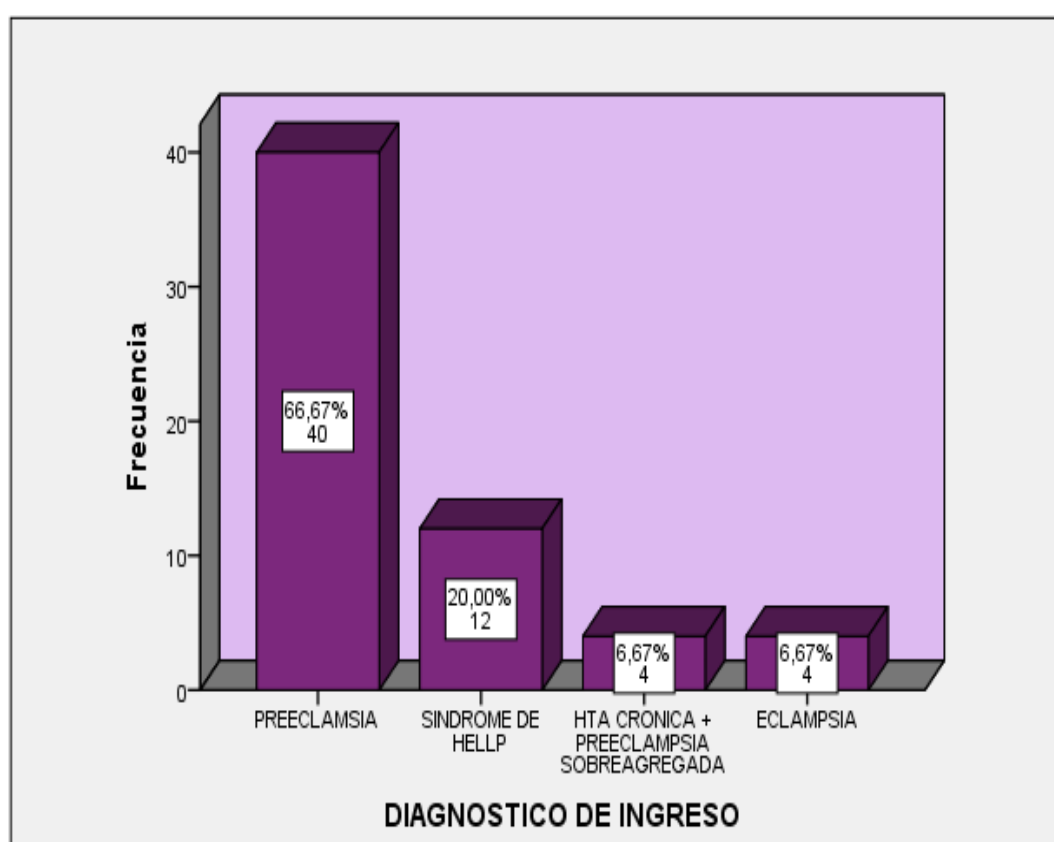
GRÁFICO N° 08: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 08** se observa en el estudio que el 58.33% de las pacientes tienen menos de 6 controles prenatales considerándose mayor porcentaje de control inadecuado, 41.67% presentan más de 6 controles, cantidad mínima aceptada para determinar control adecuado.

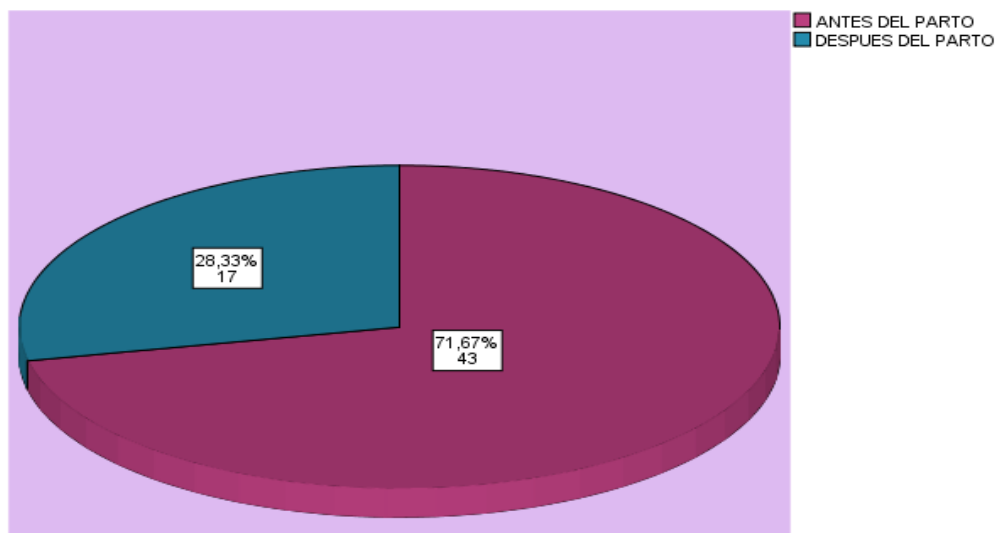
GRÁFICO N° 09: DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE INGRESO EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N°09**, se evidencia que el diagnóstico más frecuente de ingreso al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale es preeclampsia severa con 66.6% de los casos, 20% ingresa con diagnóstico de síndrome de HELLP, 6.67% con eclampsia y 6.67% con hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada, la preeclampsia severa se reportó en mayor porcentaje siendo una enfermedad del embarazo que se encuentra en aumento.

GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 10**, se observa que el 71.7% de pacientes presenta el síndrome de HELLP antes del parto mientras que el 26.33% presentan la patología durante e puerperio.

TABLA N° 02: DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBESIDAD PREVIO A EMBARAZO	17	28.3%
ANTECEDENTE DE ABORTO	15	25%
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA	13	21.7%
ANTECEDENTE DE HTA CRÓNICA	9	15%
ANTECEDENTE DE SD DE HELLP	2	3.3%
ANTECEDENTE DE DIABETES	2	3.3%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En la **tabla N° 02**, se observa que 28.3% de las pacientes tienen obesidad previo al embarazo, 25% antecedente de aborto, 21.7% antecedente de preeclampsia previa, 15% antecedente de hipertensión arterial crónica, 3.3% antecedente de diabetes mellitus previo o diabetes gestacional en embarazo previo, y en igual porcentaje antecedente de síndrome de HELLP.

TABLA N° 03: DISTRIBUCIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP

SINTOMAS Y SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EPIGASTRALGIA	35	58.3%
CEFALEA	35	58.3%
EDEMA	18	30%
ALTERACIÓN VISUAL	10	16.7%
NAUSEAS	9	15%
ALTERACIÓN AUDITIVA	7	11.7%
VÓMITOS	7	11.7%
CONVULSIONES	4	6.7%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En la **tabla N° 03** se muestra la distribución de casos según sintomatología el cual es un indicador clínico del síndrome de HELLP evidenciándose que el signo de mayor frecuencia es en 58.3% epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho y de igual porcentaje cefalea, seguida de edema en un 30%, alteración visual en 16.7%, náuseas en 15%, vómitos y alteración auditiva en 11.7% y 6,7% presentaron movimientos tónico clónicos.

**TABLA N° 04: DISTRIBUCIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES
CON SINDROME DE HELLP**

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<140/90 mmHg	20	33.3%
≥140/90 mmHg	20	33.3%
≥160/90 mmHg	20	33.3%
TOTAL	60	100%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En la **tabla N° 04**, se reporta que la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg es 66.6%, y $<140/90$ mmHg 33.3%, evidenciándose que la presión arterial elevada se encuentra en mayor porcentaje. Además que el 33.3% de pacientes con hipertensión arterial parte de diagnóstico de patologías de ingreso tienen $\geq 140/90$ mmHg y 33.3% $\geq 160/90$ mmHg.

**TABLA N° 05: DISTRIBUCIÓN DE PROTEINURIA EN 24 HORAS EN
PACIENTES CON SINDROME DE HELLP**

PROTEINURIA EN 24 HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 150 mg/24h	5	8.33%
<300 mg/24 horas	19	31.67%
≥300 mg/24 horas	31	51.67%
≥ 5 gr /24 horas	5	8.33%
TOTAL	60	100%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En la tabla **N° 05**, se muestra la distribución de los casos según la proteinuria en 24 horas. Se observa que el 60% de los casos presento proteinuria, de los cuales 51.67% presenta ≥ 300 mg/24 horas, 8.33% presenta proteinuria masiva ≥ 5 gr /24 horas, 31.67% presenta < 300 mg/24 horas, y sin proteinuria ≤ 150 mg/24 horas el 8.33%.

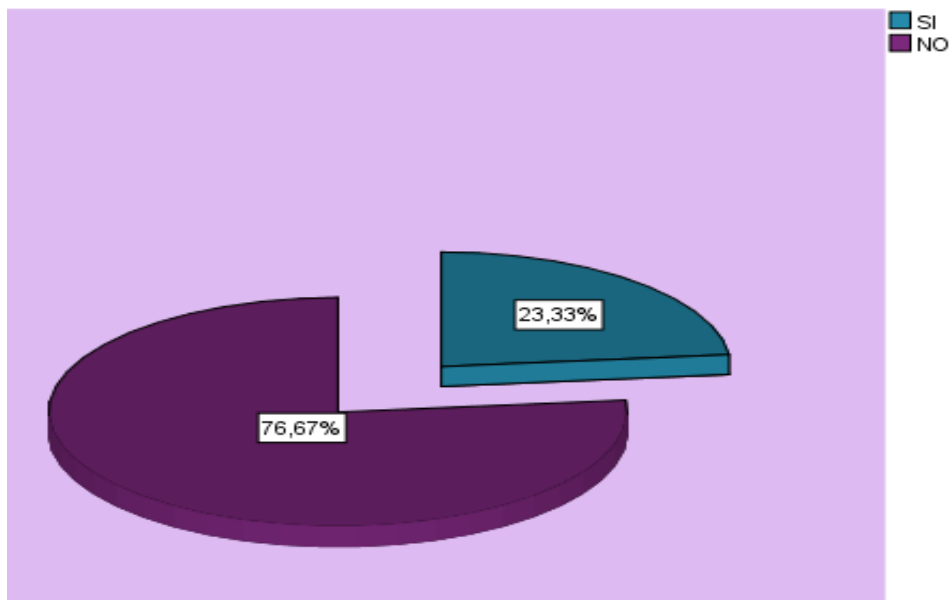
TABLA N° 06: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ALTERACIONES DE LABORATORIO EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP

EXAMENES DE LABORATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LDH ≥ 600U/L	53	88.3%
PLAQUETAS < 100000 / ul	45	75%
TGO ≥ 70U/L	43	71.1%
TGP ≥ 70U/L	42	70%
BILIRRUBINA TOTAL ≥ 1.2 mg/dl	15	25%
CREATININA ≥ 1.1 mg/dl	8	13.3%
HB < 11 g/dl	3	5%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de dato

En la **tabla N° 06** observamos que de las alteraciones de exámenes de laboratorio como criterio para diagnóstico de síndrome de HELLP se presentan en 88.3% aumento de lactato deshidrogenasa (≥ 600 U/L), en 71.1% presentan trombocitopenia (< 100000 / ul), en 70% aumento de transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO ≥ 70 U/L), en 75% aumento de transaminasas Glutámico Pirúvica (TGP ≥ 70 U/L), además 13.3 % presentan aumento de bilirrubina (≥ 1.2 mg/dl), 5% con aumento creatinina (≥ 1.1 mg/dl), en menor porcentaje presentan anemia (25%) (Hemoglobina < 11 g/dl).

GRÁFICO N°11: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

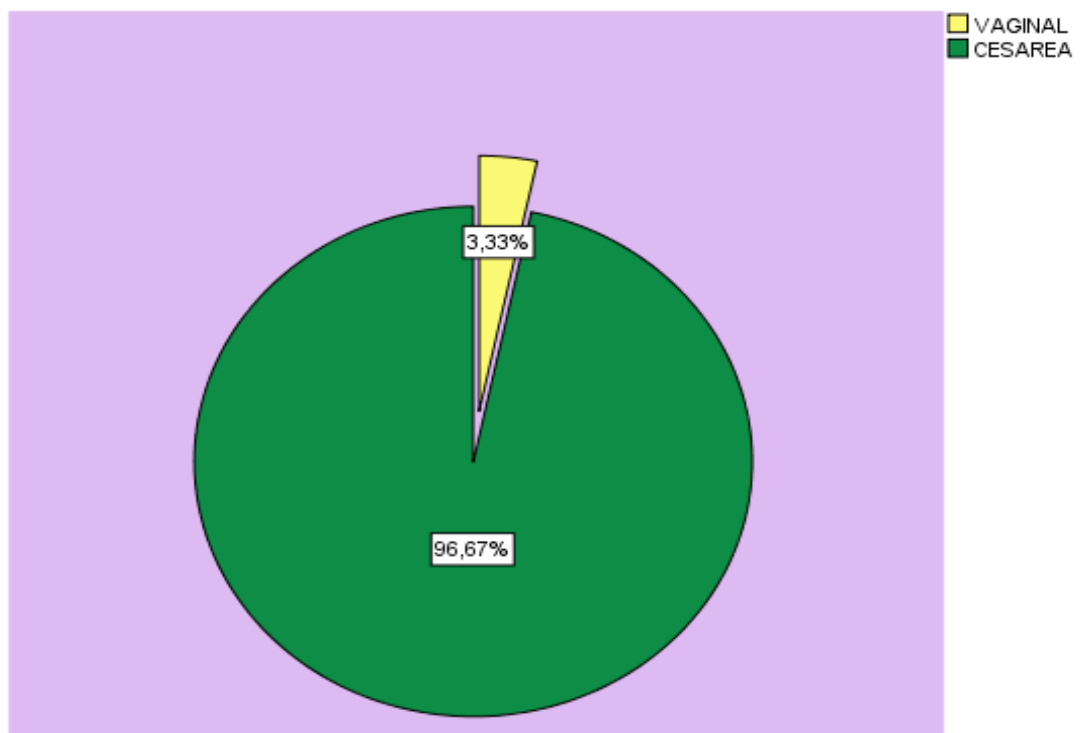
TABLA N° 07: COMPLICACIONES EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RENAL	7	50.0%
HEPATICA	3	21.4%
RESPIRATORIA	2	14.3%
DPP	2	14.3%
TOTAL	14	100%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 11**, Nuestra distribución según asociación o no de complicaciones, observamos que 14 (23.3%), presentaron complicaciones inherentes al HELLP, mientras que 46 pacientes (76, 7%) evolucionaron satisfactoriamente. En la **tabla N° 07** observamos que dentro de las complicaciones 7 (42%) presentaron insuficiencia renal, 2 (14.3%) insuficiencia respiratoria (congestión pulmonar), 3 (21.4%) insuficiencia hepática, y desprendimiento de placenta en 2 (14.3%) de los casos.

GRAFICO N° 12: DISTRIBUCIÓN SEGÚN VIA DE PARTO EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N°12**, se evidencia que 58 pacientes tuvieron parto por cesárea (96.7%) ya que las patologías hipertensivas y síndrome de HELLP son emergencia obstétrica y 2 pacientes terminaron gestación por parto vaginal (3.3%), porque estos pacientes llegaron en fase de expulsivo, con posteriormente presentaron síndrome de HELLP en el puerperio.

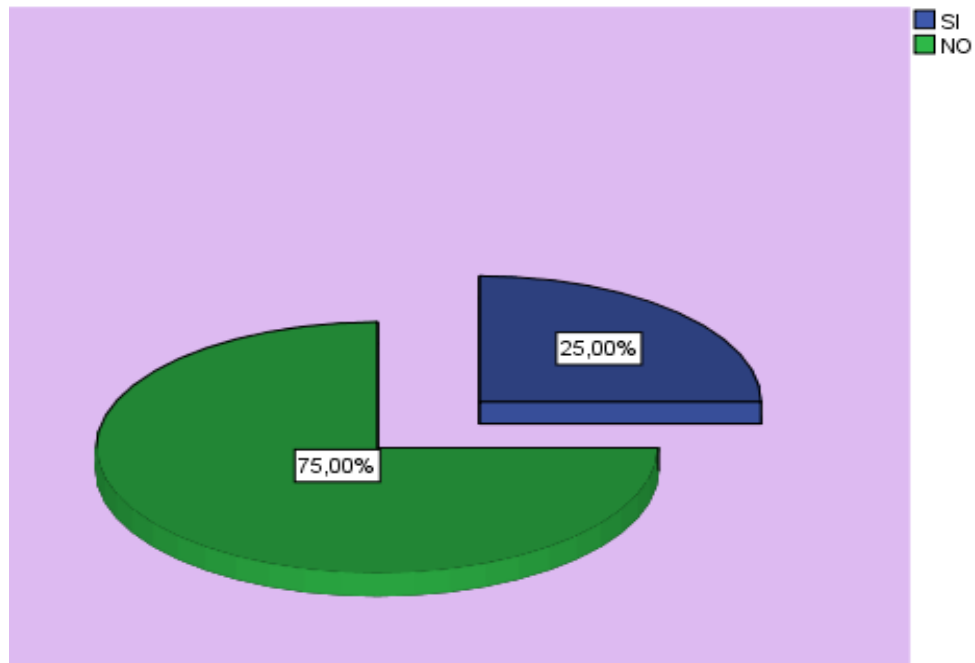
**TABLA N° 08: TRATAMIENTO UTILIZADO EN PACIENTES CON
SINDROME DE HELLP**

MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIFEDIPINO	56	93.3%
DEXAMETASONA	38	63.3%
METILDOPA	37	61.7%
SULFATO DE MAGNESIO	34	56.7%
VITAMINA K	10	16.7%
DIURETICOS	6	10%
CAPTOPRIL	3	5%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **tabla N°08**, se observa que al 93.3% de los pacientes se le administro antihipertensivo antagonista de calcio (Nifedipino), en 61.6% de los pacientes se utilizó Metildopa, 5% Captopril, necesarios para disminuir presiones altas ya que estas daña órgano diana , siendo estas las más indicadas en pacientes gestantes según protocolos estandarizados, en el 63.3% se usó Dexametasona, en 10% diuréticos en especial en pacientes con complicaciones renales y edemas, a 16.3% de los pacientes se le administro vitamina k por alteración de factores de coagulación dependientes de la vitamina K, evidenciándose en la aumento en la prueba de tiempo de protrombina, y en 56.7% se utilizó sulfato de magnesio como profiláctico para evitar convulsiones y durante las convulsiones.

**GRAFICO N° 13: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRANSFUSIÓN DE
HEMODERIVADOS EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP**



FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

**TABLA N° 09: TIPOS DE HEMODERIVADOS TRANSFUNDIDOS EN
PACIENTES CON SINDROME DE HELLP (PARA TRATAMIENTO)**

HEMODERIVADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLASMA FRESCO CONGELADO	7	46.7%
PAQUETE GLOBULAR	5	33.3%
PLAQUETAS	3	20%
TOTAL	15	100%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En el **grafico N° 13 y la tabla N° 09**, según la distribución observamos que el 25% de las pacientes (15) recibieron hemoderivados y 75% no necesitaron, de los cuales 46.7% recibieron plasma fresco congelado, 33.3% recibieron paquetes globulares y 20% recibieron plaquetas de los casos que requirieron de estos.

TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO EN PACIENTES CON SINDROME DE HELLP

CONDICIÓN DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIVA	59	98.3%
FALLECIDA	1	1.7%
TOTAL	60	100%

FUENTE: Historias clínicas del HNRPP, ficha de recolección de datos

En la **tabla N° 10**, se observa que 59 de los pacientes (98.3%), su condición de egreso fue de pacientes vivos, cabe señalar que los pacientes se recuperaron de las complicaciones que presentaron durante su estadía en el nosocomio, mientras que 1 paciente (1,7%) falleció, la causa fue hemorragia postparto que genero shock hipovolémico, esto causo insuficiencia renal aguda, no reversible.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El síndrome de HELLP es una complicación de la preeclampsia y eclampsia, es una patología que genera complicaciones maternas y neonatales, para su diagnóstico se observa las características H- Hemólisis, E- Enzima hepática elevada, LP - Bajo Recuento de Plaquetas^{1,24}.

Según la literatura la incidencia del síndrome de HELLP se desarrolla en aproximadamente 0,1 a 0,8% de los embarazos en general y en el 10 a 20% de las mujeres con preeclampsia y eclampsia. En un estudio por Labarca et al y col¹⁹, se reportó que la prevalencia es de 13,60%, es de consideración aclarar acerca de que en casos de síndrome de HELLP se estaría hablando de incidencia ya que esta patología es un proceso agudo, Pavajeau et al¹³, reporto que la incidencia, respecto al número de nacimientos en un periodo de 5.6 años es 1.8%, Aliaga et al y col¹¹, obtuvo como incidencia en relación al total de nacimientos de 0.58%, en nuestro estudio se evidencio una incidencia de 1.7% en periodo de 2 años, siendo mayor a lo reportado en la literatura y a estudios nacionales y similar a estudios internacionales, en este caso se evidencia un aumento en la incidencia de casos debido al control

prenatal inadecuado, mientras que en el estudio de Aliaga los controles inadecuados están en menor porcentaje.

De acuerdo a la clasificación de TENNESSEE sobre los tipos de HELLP, en reportes internacionales Labarca et al y col¹⁹, observó que el HELLP completo se evidenció en 43, 24% e incompleto en 56,76%. Aliaga et al y col¹¹ encontró que el síndrome de HELLP completo representaba el 44% de los casos mientras que el HELLP parcial el 56%. En nuestro estudio se reportó que el HELLP parcial representa el 65 % y el HELLP completo 35%, similar a lo encontrado en ambos estudios.

En cuanto a la relación entre el síndrome de HELLP y el grupo etario en la literatura menciona como edad promedio de 25 años²⁴. Labarca et al y col¹⁹, evidenció 63.06% de pacientes que presentaron el síndrome de HELLP entre 20 y 35 años. Soto et al y col¹⁷, reportó que el mayor porcentaje (60.2%) son pacientes entre 20 y 34 años⁴¹. Dentro de reportes nacionales Aliaga et al y col¹¹, evidenció que en mayor frecuencia de casos están entre 20- 25 años (32%). En nuestro estudio el mayor porcentaje se encontró entre 18 y 35 años. Los resultados hallados son similares a los encontrados en la literatura internacional y nacional.

Respecto a la paridad dentro de los reportes internacionales, Cedeño et al y col¹⁵, reportó en su estudio que el 42,7% fueron nulíparas y el 34,5% de las pacientes fueron multíparas; Labarca et al y col¹⁹, evidenció que el 65% son multíparas, 47% son primípara. En estudios nacionales, Aliaga et al y col¹¹, reportó que 57% de las gestantes con HELLP son multíparas, 25% son primíparas. En nuestro estudio se observó que el síndrome de HELLP se presenta más en multíparas con 36.6%, primíparas en un 33.3%. Los resultados son similares con el estudio en Venezuela y con el estudio nacional, coincidiendo con la literatura, mientras difiere con el estudio en Ecuador, debido a mejores políticas de salud en el ámbito de planificación familiar en ese país.

Según el estado civil, en un estudio internacional realizado por Labarca et al y col, se observa que el 60.3% estudiaron hasta secundaria, 34.2% estudio hasta primaria y 5.41% tienen estudio técnico, en nuestro estudio se evidenció mayor porcentaje de pacientes con estudios superiores, teniendo en cuenta el grado de instrucción y los resultados de incidencia, se concluye que el grado de instrucción no es factor para presentar un control prenatal adecuado.

En cuanto al reporte de edad gestacional; Labarca et al y col¹⁹, reportó que el 69.3% término la gestación en el periodo pretermino y 30.6% en periodo a termino. En un estudio nacional, Aliaga et al y col¹¹, evidenció que el 38% de las gestantes terminan gestación entre las 32- 36 semanas, 31% entre 37- 41 semanas. En nuestro estudio se evidencia que 73.3% terminan gestación en periodo pretermino (< 37semanas). Los resultados corroboran los datos señalados por la literatura internacional.

En una serie de estudios internacionales, Labarca et al y col¹⁹, el 67.57% ingresa con diagnóstico de preeclampsia, 23% con HTA crónica + preeclampsia sobreagregada, 9% con eclampsia, en nuestro estudio se evidencia que el 66.6% ingreso con diagnóstico de preeclampsia, 20% con síndrome de HELLP. Nuestro estudio es similar en relación al diagnóstico más frecuente de ingreso que es la preeclampsia, causa que es más frecuente para el desarrollo de síndrome de HELLP por su alta incidencia.

En un estudio internacional realizado por Labarca et al y col¹⁹, se evidenció que el antecedente más relevante es aborto previo con 21.62%. En un estudio nacional Aliaga et al y col¹¹, se reporta como principales factores de riesgo con 43.75% hipertensión gestacional previo, en 18.75% historia familiar de hipertensión gestacional, 12.5% con obesidad. En nuestro estudio el 28.3% de las pacientes tenían obesidad previa a embarazo, 25% antecedente de aborto, 21.7% antecedente de preeclampsia, 15% antecedente de hipertensión arterial crónica. Como se puede observar en nuestro estudio se presenta mayor porcentaje de obesidad, antecedente de preeclampsia y

aborto, en relación con estudio en Lima que se evidencio mayor caso de hipertensión gestacional, obesidad, HTA crónica, considerando que ambos Hospitales tienen capacidad resolutive para casos obstétricos de todo el Perú.

Con respecto a la sintomatología es muy variable en el síndrome de HELLP, La epigastralgia y la cefalea representa el 58.3% en nuestro estudio, siendo el síntoma de mayor frecuencia concordando con la literatura que representa en 90 % en frecuencia de casos²⁴, en el estudio internacional por Labarca et al y col¹⁹, representa el 21,62% y 59.46% respectivamente, y en un estudio a nivel nacional realizado por Aliaga et al y col¹¹, representan el 50% y 52.25%; además se evidencio en nuestro estudio 15% de pacientes que presentaron náuseas y 11.7% presentaron vómitos en el estudio realizado en Lima se reportó que nausea y vómitos representan el 12.5% de casos y en la literatura nos dan un porcentaje de 30%²⁴.

El edema representa el 30% de los casos similar a la literatura²⁴, con datos diferentes en relación al estudio internacional realizado por Labarca et al y col¹⁹ que representa el 23.42% y en el ámbito nacional Aliaga et al y col¹¹, con mayor porcentaje 68.75%.

En nuestro estudio las alteraciones visuales se presentan en 16.7% similar al estudio internacional hecho por Labarca et al y col¹⁹, con 18.02%; en el estudio nacional realizado por Aliaga et al y col¹¹ es el 43.75% y en la literatura refieren el 17%, generando diferencias con el estudio a nivel nacional, debido a que este síntoma no es patognomónico de la patología estudiada.

Con respecto a convulsiones se evidencio 6.7% en nuestro estudio y en el estudio realizado por Labarca et al y col¹⁹, se reportó 10.8% a comparación con el estudio nacional Aliaga et al y col¹¹, que reportó 6.25% sin presentar mucha diferencia a lo encontrado en nuestro estudio.

Según la teoría la hipertensión (presión arterial $\geq 140 / 90$ mmHg) y la proteinuria están presentes en aproximadamente el 85% de los casos²⁴, pero es importante recordar que uno o ambos pueden estar ausentes en mujeres con síndrome de HELLP³. En el estudio por Labarca et al y col¹⁹, se reportó

91.89% de pacientes con hipertensión. Aliaga et al y col¹¹, evidenció en 56.25% de casos presencia de hipertensión arterial. En nuestro estudio se evidencia hipertensión arterial (presión arterial $\geq 140 / 90$ mmHg), en un 66.6%, siendo menor porcentaje que las cifras de la literatura internacional, tomándose en cuenta que este criterio no es patognomónico de esta patología.

Con respecto a la proteinuria; Aliaga et al y col¹¹, evidenció que el 68% no presenta proteinuria, 13 % presenta proteinuria ≥ 3 g/24horas, 6% ≥ 300 mg/24 horas, y un 13 % < 300 mg/24 horas, en nuestro estudio presenta menor porcentaje de pacientes sin proteinuria 8.33% en relación a los 68% del estudio nacional, además se observa mayor porcentaje de pacientes con proteinuria ≥ 300 mg/24 horas, siendo este parámetro no necesario para diagnóstico de la patología en estudio y según acuerdos de la academia Americana de Ginecología y Obstetricia en el año 2013³⁰, no se considera la proteinuria como criterio diagnóstico para patologías hipertensivas del embarazo.

Según los datos de laboratorio, Aliaga et al y col¹¹, evidenció que el 81.25% de los casos presentan Lactato Deshidrogenasa mayor de 600U/L, 87% presentaba un valor de plaquetas menor de 100 000/ul, y 13% un valor mayor de 150 000/ul (recuento plaquetario normal), el 62.5% presenta TGO mayor de 70U/L, bilirrubina total mayor de 1.2 mg/dl presenta 37.5%. En nuestro estudio se observó similar porcentaje Lactato Deshidrogenasa y Bilirrubinas totales y un menor porcentaje en caso de trombocitopenia, y de los valores de transaminasas.

En caso de controles prenatales, en un estudio internacional hecho por Labarca et al y col¹⁹, se observó que el 36.9% presentaron inadecuado control prenatal, 36% presentaron control prenatal adecuado (más de 3 controles) y 27% no tuvo control. Aliaga et al y col¹¹, observó en su estudio que el 50% tenían más de 4 controles prenatales, 31% menos de cuatro controles y en 19% no se obtuvo datos. En nuestro estudio se evidencia en mayor porcentaje

(58.33%) con control prenatal inadecuado. Los resultados obtenidos permiten ver que el porcentaje de pacientes con control prenatal inadecuado encontrado en el presente estudio es superior en relación a lo encontrado en el estudio nacional, debido a desconocimiento de complicaciones durante el embarazo.

En un estudio internacional realizado por Soto et al y col¹⁷, en 36(78%) pacientes presentaron complicaciones inherentes al HELLP, mientras que 14 pacientes (28%) evolucionaron sin complicaciones, en comparación a nuestro estudio se evidencia menos casos de pacientes con complicación los cuales fueron 14 (23.3%) y sin complicaciones 56 (76.7%); en el estudio por Soto et al y col¹⁷ dentro de la estancia hospitalaria, se evidencio complicaciones respiratorias de 15 pacientes (42%), complicaciones renales de 9 (25%), complicaciones renales de 12 (33%), en nuestro estudio se observó que las complicaciones respiratorias son 2 (14.3%), complicaciones renales 7 (50%), complicaciones hepáticas 3 (21.4%), DPP 2 casos (14.3%), teniendo diferencias en la incidencia de complicaciones por un buen manejo por el servicio de obstetricia y UCI.

En nuestro estudio el 58 % de pacientes culmino su gestación en cesárea. Es muy probable que los resultados obtenidos se deben a que las pacientes con preeclampsia y eclampsia que presentaron síndrome de HELLP, ingresaron al hospital con patologías hipertensivas que son emergencia obstétrica y la conducta a tomar es terminar la gestación inmediatamente, 2% presentaron parto vaginal debido a que pacientes ingresaron con diagnóstico de preeclampsia severa, en periodo expulsivo, y posteriormente en puerperio desarrollaron el síndrome de HELLP, al respecto se debe mencionar que Aliaga et al y col¹¹, reportó que 100% de pacientes terminaron gestación por parto por vía alta, los resultados son similares a lo encontrado, ya que es la conducta terapéutica seguir según protocolos estandarizados.

Según la medicación recibida en nuestro estudio se encontró que con mayor frecuencia son los hipertensivos, Dexametasona y anticonvulsivantes, según un estudio realizado por Aliaga et al y col¹¹, reportó que el Nifedipino se usó en 93.75% y en 25% el Metildopa y en nuestro estudio se tiene un porcentaje de 93.3% y 5% respectivamente. El Sulfato de Magnesio es un fármaco que en nuestro estudio fue empleado en el 56.7% de las pacientes, es la droga para prevenir y controlar las convulsiones, en el estudio nacional se evidenció que el 56.75% de pacientes recibían Sulfato de Magnesio; en caso de diuréticos se usó en 12.5% en comparación con 10% de nuestro estudio, vitamina K se utilizó en 25% en el estudio nacional y en nuestro estudio 16.6%. Los resultados son similares, ya que el tratamiento esta en protocolos estandarizados.

Sobre transfusiones se puede observar que la mayoría de los pacientes recibieron plasma fresco congelado en 46.7% y paquetes globulares en 33.3%, como expansor de volumen plasmático y además para corregir la coagulopatía, en el estudio realizado por Aliaga et al y col¹¹, 62.5% de las pacientes recibieron paquetes plaquetarios, 50% recibió transfusiones de paquete globular, a 31.25% se les transfundió plasma y finalmente 25% no necesitaron ser tratadas con hemoderivados, se evidencia mayor uso de hemoderivados en el estudio nacional debido a que es un Hospital de mayor resolución donde llega casos complejos de todo el país.

En nuestro estudio se evidencio 1 muerte materna que equivale a 1.7% del total de casos, por síndrome de HELLP parcial que se complicó con insuficiencia renal aguda, el 98.3% son pacientes que se encuentran vivos, en un estudio realizado por Pavajeau et al¹³, se evidenció que 35 (70%) egresaron vivas y las 15 (30%) pacientes restantes fallecieron según estos resultados en nuestro estudio indican menor porcentaje de muertes maternas debido a tratamientos intensivos durante la presentación de esta patología en unidad de cuidados intensivos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Existe un incremento significativo en los casos de síndrome de HELLP en la población materna, estableciendo una incidencia de 1.7% en periodo de 2 años en relación al estudio nacional, con predominio de HELLP parcial.
2. Se determinó que el perfil epidemiológico de pacientes con síndrome de HELLP fue en mayor porcentaje en pacientes jóvenes, con estudios superiores; con estado civil de convivientes o casadas, además son pacientes de Huancayo y referidas de la Oroya.
3. El antecedente más frecuente en el estudio es obesidad, antecedente de aborto y antecedente de preeclampsia previo a embarazo.
4. Los síntomas frecuentes encontrados, son epigastralgia y cefalea, seguida de edema, con respecto a hipertensión arterial hay mayor porcentaje de pacientes con este parámetro. Los exámenes de laboratorio que se alteran en mayor frecuencia son: Lactato Deshidrogenasa, plaquetas, TGO , TGP, en el caso de la proteinuria en 24 horas se evidencio alto porcentaje de pacientes con proteínas >300mg/ 24horas
5. Según el control prenatal el mayor porcentaje de pacientes tiene menos de 6 controles prenatales, son multíparas, el diagnóstico de ingreso en

mayor frecuencia fue pacientes con preeclampsia severa que desarrollan HELLP antes del parto.

6. Se terminó gestación en mayor porcentaje por vía alta. En la medicación utilizada se evidenció mayor uso de hipertensivos y anticonvulsivante, los más usados son el Nifedipino y el Sulfato de Magnesio, sobre el uso de hemoderivados fueron pocos los que necesitaron de estos.
7. Las complicaciones que se reportan en este estudio con mayor frecuencia son complicaciones respiratorias y renales.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el estudio realizado, sirva de base, para futuras investigaciones relacionadas al tema.
2. La incidencia del síndrome de HELLP, se hace cada vez mayor, por la cual es necesario que en nuestra población se priorice la importancia de la consulta prenatal para identificar factores de riesgo, para una detección más temprana en las gestantes con enfermedad hipertensiva, esto con la finalidad de disminuir los resultados perinatales adversos.
3. Capacitar al personal de salud que se encuentran en periferia, en cuanto al diagnóstico y manejo de las patologías hipertensivas del embarazo en la atención primaria para alcanzar una atención oportuna en centros de salud con mayor capacidad resolutive, para evitar complicaciones como es el síndrome de HELLP.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Weinstein L. syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets count a severe consequence of hypertension in pregnancy. Arizona. Journal Obstetricia Gynecology 1982;142:159-67
2. Javier R y Pérez F. Síndrome HELLP, Elsevier, Med Clinico (Barcelona) 2001; 117: 64-68
3. Baha M Sibai, MD, Charles J Lockwood, MD, Keith D Lindor, MD. El síndrome HELLP. Uptodate, mayo 2016, disponible : <http://www.uptodate.com/contents/hellp-syndrome>
4. Pinedo A, Orderique L. "Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia-eclampsia." Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, (2001): 41-46.
5. Ferreiro E, Rey C, Vázquez M, Carbajales A, Alonso M. y Moral E. Síndrome HELLP, un diagnóstico diferencial complicado. Clínica Investigación de Gineco Obste. 2012; 39(3):128-131
6. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; United Nations Population Fund. Mortalidad materna en Perú. Lima: MINSA; 2015 25 (4). Pág. 66 – 74.
7. Yucesoy G, Cakiroglu Y, Bodur H, Ozkan S, Tan T. An analysis of HELLP syndrome cases: does platelet count predict adverse maternal and fetal outcomes in women with HELLP syndrome? Arch Gynecol Obstet 2011; 283 (5): 941-5.

8. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia y eclampsia en el Perú. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2014, vol.60, n.4. pp. 385-394. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132>
9. Pritchard J, Weisman R, Ratnoff O, et al. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. Cleveland. New England Journal Medicine 1954; 250: 89 – 96.
10. McKay D. Hematologic evidence of disseminated intravascular coagulation in eclampsia. Obstet Gynecol Surv. 1972; 27: 399 – 417.
11. Aliaga, E. Características clínico epidemiológicas del síndrome de HELLP en el servicio de obstetricia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima agosto 2004- agosto 2005. 2006
12. Chames MC, Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Sibai BM. Subsequent pregnancy outcome in women with a history of HELLP syndrome at < or = 28 weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 2003; 188 (6): 1504-7
13. Pavajeau, JD. Características epidemiológicas de pacientes con síndrome de HELLP ingresados a la unidad de cuidados intensivos del hospital. PubMed. Venezuela. 2009
14. Keiser SD, Owens MY, Parrish MR, Cushman JL, Bufkin L, May WL, et al. HELLP syndrome with and without eclampsia. Am J Perinatol 2011; 28: 187-94.
15. Cedeño, M. Factores determinantes del pronóstico de síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia grave hospitalizadas en terapia intensiva del hospital regional docente Ambato, durante período enero 2009- diciembre 2010. Uniandes .Ecuador. oct 2012.
16. Vigil, P. Síndrome HELLP: peor pronóstico en los trastorno hipertensivos del embarazo. PubMed. Panamá- 2013

17. Soto, F. Rivera, L. Estévez, M. Ayala, A. Cabrera C. Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal. Revista Obstetricia Ginecol Venezuela 2014;74(4):244-251
18. Hernandez, J. Incidencia de complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia severa-eclampsia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Ecatepec, las Américas en el periodo de marzo 2010 a octubre 2013, Pubmed. México 2104
19. Labarca, L. Urdaneta, M. González, M. Contreras, A. Saleh, N. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. Revista Chilena Obstet Ginecol 2016; 81(3): 194 - 201
20. Barreto S. preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP: características maternas y resultado neonatal. Unidad de Cuidados Intensivos Maternos, Lima, Perú 1999-2000. Rev. Hosp. Mat. 2002.
21. Yamalí B, Bazán S, Valladares D. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. felcosem. cimel 2011; 16(2):77-82
22. Arana, C; Donayre, A. Síndrome Hellp. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, jul. 2015 v. 46, n. 3, p. 222-227. Disponible en:
<http://w.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1416/1369>
23. Navarro A. SINDROME DE HELLP. Elsevier. Med Clinica (Barcelona) 2001; 117: 64-68
24. Yeasmin S, Nazneen R, Akhte S, Jahan N. HELLP SYNDROME – A diagnostic dilema. July 2015. Volume 7 Number 87
25. Errol R Norwitz, MD, PhD, MBA, John T Repke, MD. Preeclampsia: Management and prognosis. UPTODATE. diciembre de 2016.
26. Garrido MF, Carvajal JA. Síndrome de HELLP normotensivo: caso clínico. Rev. Méd. Chile. 2017 Ene 18]; 141(11): 1470-1474. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100015&lng=es.

27. Haram K, Mortensen JH, Nagy B. Genetic Aspects of Preeclampsia and the HELLP Syndrome. *Pregnancy* 2014; 13: 1 – 3.
28. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN*. 2016 Abr; 20(4): 516-529. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000400013&lng=es
29. Acevedo, T.; Arias, G. *La Paciente Obstétrica en Estado Crítico*. México: Ed. Prado, 2012.
30. Phyllis agosto de MD, MPH, Baha M Sibai, MD, preeclampsia. Uptodate. actualización 2016. <http://www.uptodate.com.sci-hub.io/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
31. Lambert G , Brichant JF , Hartstein G , Bonhomme V , Dewandre PY. Preeclampsia, una actualización. *Acta Anaesthesiol Belg*. 2014; 65 (4): 137-49.
32. Gómez E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecología*. Enero 2017; 26(2): 99-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01.
33. Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. *Revista Peruana de Epidemiología*. Abril 2011. vol. 15, núm. 2 pp.97-101
34. Phyllis agosto de MD, MPH. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. Uptodate. Dic 2016. |
35. Errol, R Norwitz, MD, Eclampsia. Uptodate Febrero 2017
36. Norwitz E, Repke J, Lockwood C, Barss V. Eclampsia: Management and prognosis. *Up To Date* 2012.

CAPITULO VIII

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° HISTORIA CLINICA:				SINTOMAS Y SIGNOS	EPIGASTRALGIA	SI	
EDAD MATERNA			NAUSEAS		SI	NO	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			VOMITOS		SI	NO	
PROCEDENCIA			CEFALEA		SI	NO	
ESTADO CIVIL			ALTERACION VISUAL		SI	NO	
ANTECEDENTES	ANTECEDNTES DE PREECLAMPSIA	SI	NO	EXAMENES LABORATORIO DE	ALTERACION AUDITIVA	SI	NO
	ANTECEDNTE DE HIPERTENSION CRONICA	SI	NO		EDEMAS	SI	NO
	ANTECEDENTE DE HELLP	SI	NO		CONVULSION	SI	NO
	ANTECEDENTE DE DIABETES	SI	NO		PROTEINURIA		
	ANTECEDNTE DE ABORTO	SI	NO		LDH ≥600 U/L		
	OBESIDAD PREVIA A EMBARAZO	SI	NO		Plaquetas ≥100 000ul		
					TGO ≥70 U/L		
DATOS DE LA GESTACION ACTUAL	EDAD GESTACIONAL	< 37 seman		TRATAMIENTO	TGP ≥70 U/L		
		≥ 37semanas			BILTOTAL: ≥1.2 mg / dl		
	CONTROL PRENATAL	<6 controles		HEMODERIVADOS	CREATININA ≥1.1 mg / dl		
		≥ 6 controles			Hb <11 g/dl ANEMIA		
	PARIDAD	Nulipara		COMPLICACIONES	NIFEDIPINO		
		Primipara			CAPTOPRIL		
		Multipara			DIURETICOS		
	DIAGNOSTICO DE INGRESO	Preeclampsia		EGRESO	DEXAMETASON		
		Eclampsia			VITK		
		HTAc mas pes			SULFATO DE MAGNESIO		
Sd de HELLP			PAQUETES GOBULAR				
VIA DE PARTO MOMENTO DE	VAGINAL		HEMODERIVADOS	PLAQUETAS			
	CESAREA			PLASMA FRESCO CONGELADO			
PRESENTACION DE HELLP	Antes de parto		COMPLICACIONES	RESPIRATORIA			
	Después de parto			HEPATICA			
PRESION ARTERIA			EGRESO	RENAL			
				DPP			
				VIVA			
				FALLECIDA			

JUICIO DE EXPERTOS**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: HISTORIA CLÍNICA****1. DATOS GENERALES**

Nombre y Apellido del experto: *Walter Calderón Gerstein*
Cargo e Institución donde labora: *ESSALUD - Dpto de Medicina*
Instrumento a validar: *Ficha de recolección de datos*
Tesista: *Marlene del Pilar Meza Altamirano*
Plan de tesis: *Síndrome de HELLP en un Hospital Nacional*

2. ASPECTO DE VALIDACIÓN *3259msnm*

INDICADORES	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.-Intencionalidad	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					✓
2.-Objetividad	El instrumento esta expresado en comportamientos observables.					✓
3.-Organización	El orden de los ítems áreas es adecuado.					✓
4.-Claridad	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etareo de Investigación.					✓
5.-Suficiencia	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable.					✓
6.-Consistencia	Tiene una base teórica y científica que la respalda.					✓
7.-Coherencia	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					✓
8.-Aplicabilidad	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos.					✓

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%: *99%***Firma:****DNI:** *07619700***Fecha:***08/02/17*

Walter Calderón Gerstein
Dr. Walter Calderón Gerstein
 C.M.P. 28987 - R.N.E. 18660
 MEDICO INTERNISTA
 Hospital Nacional "Ramiro Priale" - RAJ

45

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDEZ Y
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: HISTORIA CLÍNICA**

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido del experto:
Cargo e Institución donde labora:
Instrumento a validar:
Tesista:
Plan de tesis:

Milton Antonio Tello Cruz
Asist. Serv. Cx. Gral. IANAPP Essalud
Ficha de Recolección de Datos
Mariana Meza Altamirano
Síndrome de HELLP en un hospite
Nacional a 3259 msnm. - Perú

2. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.-Intencionalidad	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					✓
2.-Objetividad	El instrumento esta expresado en comportamientos observables.					✓
3.-Organización	El orden de los ítems áreas es adecuado.					✓
4.-Claridad	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etareo de Investigación.					✓
5.-Suficiencia	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable.					✓
6.-Consistencia	Tiene una base teórica y científica que la respalda.					✓
7.-Coherencia	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					✓
8.-Aplicabilidad	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos.					✓

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%:

98%

Firma:
DNI:
Fecha:

Milton A. Tello Cruz
Médico General / APAROSCOPIC
C.O.P. 19187 / RNE. 12357
06/02/2025

INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido del experto: *Christian Garcia Miranda*
 Cargo e Institución donde labora: *Médico Ginecologo - ESSAWD - HYD*
 Instrumento a validar: *Fidria de recolección de datos*
 Tesista: *Meza Mtamirand Mariana*
 Plan de tesis: *Proyecto de investigación : "síndrome de HELLP" - ESSAWD - 2016 a 2017 ms.n.m - Perú*

2. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.-Intencionalidad	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					✓
2.-Objetividad	El instrumento esta expresado en comportamientos observables.					✓
3.-Organización	El orden de los ítems áreas es adecuado.					✓
4.-Claridad	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etareo de Investigación.					✓
5.-Suficiencia	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable.					✓
6.-Consistencia	Tiene una base teórica y científica que la respalda.					✓
7.-Coherencia	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					✓
8.-Aplicabilidad	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos.					✓

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%: *99%*

Firma:
 DNI:
 Fecha: *02/02/2017*

Christian Garcia Miranda
 GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
 CMH 50556 RFE 27085
 ESSAWD

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDEZ Y
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: HISTORIA CLÍNICA**

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido del experto: *Dr. Santiago Cortez Orellana*
 Cargo e Institución donde labora: *Medico Legista, UPLA,*
 Instrumento a validar: *Ficha de Recolección de datos*
 Tesista: *Meza Altamirano Mariana*
 Plan de tesis: *Síndrome de HELLP en un HOSPITAL NACIONAL
A 3259 m.s.n.m - Perú*

2. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.-Intencionalidad	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada				✓	
2.-Objetividad	El instrumento esta expresado en comportamientos observables.				x	
3.-Organización	El orden de los ítems áreas es adecuado.				✓	
4.-Claridad	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etareo de Investigación.				✓	
5.-Suficiencia	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable.				x	
6.-Consistencia	Tiene una base teórica y científica que la respalda.				x	
7.-Coherencia	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.				✓	
8.-Aplicabilidad	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos.				x	

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%: 80 %

Firma:

DNI: *08694250*

Fecha: *10/02/2018*


MG. SANTIAGO CORTEZ ORELLANA
 Coord. de Asuntos Académicos - UPLA

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDEZ Y
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: HISTORIA CLÍNICA**

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido del experto: *Edilberto Páez Torres*
 Cargo e Institución donde labora: *KURPP - Essalud*
 Instrumento a validar: *Ficha de Recolección de Datos*
 Tesista: *MARIONA REYES ALVARADO*
 Plan de tesis: *Síndrome de HELLP en un Hospital Nacional a 3259 m.s.n.m - Perú*

2. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.-Intencionalidad	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					✓
2.-Objetividad	El instrumento esta expresado en comportamientos observables.					✓
3.-Organización	El orden de los ítems áreas es adecuado.					✓
4.-Claridad	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etareo de Investigación.					✓
5.-Suficiencia	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable.					✓
6.-Consistencia	Tiene una base teórica y científica que la respalda.					✓
7.-Coherencia	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					✓
8.-Aplicabilidad	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos.					✓

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%: *98%*

Firma: *[Firma]*
 DNI: *41128039*
 Fecha: *28/02/17*


 Dr. Edilberto Páez Torres
 Experto en
 Historia Clínica
 Hospital Nacional de Emergencias y Traumatología - HNE-TM

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDEZ Y
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: HISTORIA CLÍNICA**

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido del experto: *Dr Anibal Diaz Lazo*
 Cargo e Institución donde labora: *Cardiología- Hospital Daniel Alcides Carrión*
 Instrumento a validar: *Ficha de Recolección de datos*
 Tesista: *Meza Altamirano Mariana*
 Plan de tesis: *Síndrome de HELLP en un HOSPITAL NACIONAL a 3259 m.s.n.m. -Perú*

2. ASPECTO DE VALIDACIÓN

INDICADORES	Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.-Intencionalidad	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					/
2.-Objetividad	El instrumento esta expresado en comportamientos observables.					/
3.-Organización	El orden de los ítems áreas es adecuado.					/
4.-Claridad	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etareo de Investigación.					/
5.-Suficiencia	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable.					/
6.-Consistencia	Tiene una base teórica y científica que la respalda.					/
7.-Coherencia	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					/
8.-Aplicabilidad	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos.					/

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%: *95%*

Firma: 

DNI: *18827106*

Fecha: *24/02/14*

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUN.
 HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO
 QUIRÓFONO DANIEL A. CARRIÓN - HYU

DR. ANIBAL DIAZ LAZO
 MÉDICO INTERNISTA CARDIOLOGO
 Nº 1122 - R.N.E. 2018 - R.N.E. 8677

CUANTIFICACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO POR CRITERIO DE JUECES – V DE AIKEN

INDICADOR	CRITERIO	EXP 1	EXP 2	EXP 3	EXP 4	EXP 5	EXP 6
INTENCIONALIDAD	Instrumento responde a los objetivos de la investigación	1	5	5	5	4	5
OBJETIVIDAD	El instrumento se expresa en comportamiento observable	5	5	5	5	4	5
ORGANIZACIÓN	El orden de las áreas y de los ítems es adecuado	5	5	5	5	4	5
CLARIDAD	El vocabulario empleado es adecuado para el grupo etéreo de investigación	5	5	5	5	4	5
SUFICIENCIA	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable	5	5	5	5	4	5
CONSISTENCIA	El instrumento tiene una base teórica y certifico que lo respalde	5	5	5	5	4	5
COHERENCIA	Existe relación entre el objetivo y problema	5	5	5	5	4	5
APLICABILIDAD	Los procedimientos para la aplicación y corrección del instrumento son sencillos	5	5	5	5	4	5

COEFICIENTE V DE AIKEN

INDICADORES	EXP 1	EXP 2	EXP 3	EXP 4	EXP 5	EXP 6	PROMEDIO	SUMA	V DE AIKEN	DESCRIPCION
INTENCIONALIDAD	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
OBJETIVIDAD	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
ORGANIZACIÓN	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
CLARIDAD	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
SUFICIENCIA	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
CONSISTENCIA	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
COHERENCIA	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE
APLICABILIDAD	4	4	4	4	3	4	3.83333333	23	0.95833333	EXCELENTE

PRUEBA DE VALIDEZ: V DE AIKEN: 0.95

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO N° 04

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMESIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA
SINDROME DE HELLP	Este síndrome de HELLP Se caracteriza por presentar disrupción hepática endotelial seguida de la activación de plaquetas su agregación y consumo, resultando en isquemia y muerte hepato celular. es una Abreviatura de las tres 3 características principales: H- Hemólisis Ei- Enzima hepática elevada, LP - Bajo Recuento de Plaquetas	OPERACIONALMENTE SINDROME DE HELLP SE DEFINE COMO UNA ENFERMEDAD OBSTETRICA VARIANTE O COMPLICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA QUE CUENTA CON DIVERSAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS, DIAGNOSTICAS DE TRATAMIENTO Y PRONOSTICAS, LAS CUALES SERAN ESTUDIADAS A TRAVEZ DE UNA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICOS	EPIDEMIOLOGICA	Valorar lugar de procedencia de las pacientes con síndrome de HELLP	DISTRITO	NOMINAL
				Establecer el rango de edad de pacientes con síndrome de HELLP	≤18años 18 – 35 años ≥ 35años	RAZON
				Determinar grado de instrucción de pacientes con síndrome de HELLP	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	ORDINAL
				Identificar estado civil de pacientes con síndrome de HELLP	SOLTERA CASADA CONVIVINTE	NOMINAL
			ANTECEDENTES	Determinar presencia de hipertensión arterial crónica en pacientes con síndrome de HELLP	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
				Identificar antecedente de preeclampsia previa en pacientes con síndrome de HELLP	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
				Identificar antecedente de síndrome de HELLP	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
				Identificar antecedente de diabetes en pacientes con síndrome de HELLP	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
				Determinar antecedente de obesidad previo a embarazo	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
				Determinar antecedente de abortos en pacientes con síndrome de HELLP	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL

			DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA
			DIAGNOSTICO BASADOS EN CRITERIOS DE TENNESSE	CLINICO	Establecer la distribución de síntomas en pacientes con síndrome de HELLP	EPIGASTRALGIA NAUSEAS VOMITOS CEFALEA, ALTER.VISUAL ALTER. AUDITIVA CONVULSIONES,EDEMAS	NOMINAL
					Determinar presión arterial en pacientes con síndrome de HELLP	< 140/90 mmHg ≥140/90- 159/ 109 ≥160/110	RAZÓN
				EXAMENES DE LABORATORIO	Identificar la presencia de proteinuria en pacientes con síndrome de HELLP	< 300 mg/24h ≥ 300 mg/24h	RAZÓN
					Identificar la plaquetopenia en pacientes con sd de HELLP	<100 000ul ≥100 000ul	RAZÓN
					Identificar aumento de transaminasas (TGO, TGP) en pacientes con sd de HELLP	<70 U/L ≥70 U/L	RAZÓN
					Identificar valores de LDH en pacientes con sd de HELLP	<600 U/L ≥600U/	RAZÓN
					señalar valores de bilirrubina tota en pacientes con sd de HELLP	≥1.2 mg / dl <1.2 mg / dl	RAZÓN
					Identificar valores de creatinina en pacientes con síndrome de HELLP	≥1,1 mg / dl < 1,1 mg / dl	RAZÓN
					Identificar anemia en pacientes con sd de HELLP HB> 11 g/ dl	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL

			DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA	
			DATOS EMBARAZO ACTUAL	DE	Determinar a qué edad gestacional se presenta con mayor frecuencia en sd de HELLP	PRETERMINO TERMINO	NOMINAL
					Identificar número de controles prenatales de pacientes con sd de HELLP	<6 controles ≥ 6 controles	RAZON
					Determinar paridad de pacientes con síndrome de HELLP	NULIPARA PRIMIPARA MULTIPARA	ORDINAL
					Identificar diagnósticos de ingreso de pacientes que desarrollaron síndrome de HELLP	PREECLAMPSIA ECLAMPSIA HTACRONICA + PRE SOBREAGRAGADA SD DE HELLP	NOMINAL
			TERAPEUTICA	Identificar vías de parto en pacientes que presentaron síndrome de HELLP	VAGINAL CESAREA	NOMINAL	
				Identificar medicamentos más frecuentes en tratamiento médico en uci de pacientes con síndrome de HELLP	NIFEDIPINO METILDOPA CAPTOPRIL SULFATO DE MAGNESIO DEXAMETASONA DIURETICOS, VITK	NOMINAL	

				Identificar uso de hemoderivados en pacientes con síndrome de HELLP : PLASMA FRESCO CONGELADO PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
			COMPLICACIONES	Describir distribución de complicaciones en pacientes con síndrome de HELLP: RENALES RESPIRATORIAS HEPATICAS DPP	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
			PRONOSTICO	Identificar condiciones de egreso de pacientes que presentaron síndrome de HELLP	VIVA FALLECIDA	NOMINAL

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	MARCO TEORICO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>Problema General:</p> <p>¿cuáles son las características epidemiológicas, diagnosticas, de tratamiento, complicaciones y Pronosticas en pacientes con síndrome de hellp en hospital nacional ramiro Priale - Priale, periodo 2015- 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la incidencia de casos de síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016?</p> <p>¿Cuáles son las características epidemiológicas de la población con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015 - 2016?</p> <p>¿Cuáles son los antecedentes médicos en pacientes con de síndrome de HELLP en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas que presentan pacientes con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016?</p> <p>¿Qué alteraciones en exámenes de laboratorio presentan los pacientes con síndrome de HELLP en el hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2106?</p> <p>¿Cuáles son las características de la gestación actual en pacientes con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016?</p> <p>¿Cuáles son los medicamentos y hemoderivados de mayor uso en pacientes con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>conocer las características epidemiológicas, diagnosticas, de tratamiento, complicaciones y pronostico en pacientes con síndrome de hellp en hospital nacional ramiro Priale - Priale, periodo 2015- 2016</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar la incidencia de casos de síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015 - 2016</p> <p>Describir las características epidemiológicas de la población con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale periodo 2015- 2016</p> <p>Determinar los antecedentes médicos en pacientes con de síndrome de HELLP en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016</p> <p>Identificar las características clínicas que presentan los pacientes con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale Priale, periodo 2015- 2016</p> <p>Señalar las alteraciones de exámenes de laboratorio que presentan los pacientes con síndrome de HELLP en el hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2106</p> <p>Identificar las características de la gestación actual en pacientes con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016</p> <p>Identificar la medicación recibida y el uso de hemoderivados en las pacientes con síndrome de HELLP, en el hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016</p>	<p>A NIVEL NACIONAL:</p> <p>Arana, Cecilia; Donayre, A. Síndrome Hellp. En hospital nacional Guillermo Almenara – Lima- 2015</p> <p>Yamalí Benites-Cóndor, Susy Bazán-Ruiz, Danai Valladares-Garri. Sustentaron tesis: Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. 2011.</p> <p>A NIVEL INTERNACIONAL:</p> <p>Judith Nelsy Osorio Rosales. Sustento tesis: Factores de riesgo asociados a síndrome de HELLP, en hospital regional Hermilio Valdizan Medrano de Huanuco año 2010- 2014</p> <p>Laurenis,. Urdaneta, M. González, M. Contreras, A. Saleh, N. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. 2016</p> <p>Yucesoy G, Cakiroglu Y, Bodur H., Ozkan S. Sustentan tesis: Análisis de los casos de síndrome HELLP: ¿el recuento de plaquetas predice resultados adversos maternos y fetales en mujeres con síndrome HELLP? 2011</p>	<p>Hipótesis</p> <p>Debido a las características y el nivel de estudio de tipo descriptivo de la investigación, no se requerirá de una hipótesis.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Características epidemiológicas</p> <p>Características clínicas de laboratorio</p> <p>Antecedentes médicos</p> <p>Tratamiento médico</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>SINDROME DE HELLP</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Retrospectiva, transversal</p> <p>Nivel de Investigación:</p> <p>Descriptivo, Explicativo</p> <p>Método de Investigación:</p> <p>ObservaciónMedición</p> <p>Diseño de Investigación:</p> <p>M – O</p> <p>M: muestra conformada por pacientes con síndrome de HELLP</p> <p>O: Observación de variable en estudio</p> <p>Técnicas de procesamiento de datos:</p> <p>La información obtenida a través de las fichas de recolección, que contienen las variables de estudio fueron procesados mediante el programa de IBM SPSS versión 21y Microsoft Excel, para luego realizar cálculos estadísticos.</p>

