



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EFFECTO DE LA DEXAMETASONA EN EL SÍNDROME DE HELLP
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2015– 2016**

**PRESENTADA POR
GUILLERMO MECHATO JUÁREZ**

**ASESOR
FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ
2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRÉS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EFFECTO DE LA DEXAMETASONA EN EL SÍNDROME DE HELLP
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2015– 2016**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR:
GUILLERMO MECHATO JUÁREZ**

**ASESOR
GABRIEL NIEZEN MATOS**

**LIMA, PERÚ
2017**

ÍNDICE

PORTADA	i
ÍNDICE.....	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la Investigación	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4. Justificación	5
1.5. Limitaciones.....	6
1.6 Viabilidad	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	8
2.1. Antecedentes del problema	8
2.2 Bases teóricas o científicas.....	14
2.2.1 El Síndrome de HELLP	14
2.2.2 Tratamiento con dexametasona	17
2.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
3.1 Hipótesis.....	22
3.1.1 Hipótesis general.....	22
3.1.2 Hipótesis específicas	22
3.2 Operacionalización de variables	23
CAPÍTULO IV: METODOLÓGIA	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Diseño de investigación.	27
4.3 Población y Muestra de la Investigación	28
4.3.1 Población	28
4.3.2 Tamaño de muestra.....	29
4.3.3 Selección de la muestra	29
4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	30
4.4.1 Técnicas	30
4.4.2 Instrumentos	30

4.5 Procesamiento y plan de análisis de datos	31
4.6 Aspectos éticos	31
CRONOGRAMA	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	40
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	41
Anexo 2: Instrumento de Recolección	43

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la OMS (2016), cada día mueren 830 gestantes por complicaciones propias del embarazo o el parto. En el año 2015 se estimaron aproximadamente 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio produciéndose el 99,0% de estas muertes en países en vías de desarrollo.^{1, 5} Así mismo en este año la Razón de muerte materna (RMM) es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000 nacidos vivos.^{2, 3,5}

Una de las principales complicaciones, causantes de las muertes maternas, es la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), que aparecen durante la gestación y que se agrava con el transcurso del periodo gestacional.^{4, 5} En el Perú, según el Boletín Epidemiológico (2016) publicado por el Ministerio de Salud (MINSA) se notificaron 443 casos de muerte materna, de los cuales 414 son muertes maternas de clasificación directa e indirecta (63.4% y 30% casos respectivamente) y el 6.6% representan casos de muerte materna de clasificación incidental. Las principales causas de mortalidad materna se encuentran agrupadas en el denominado 'trío mortal', conformado por las hemorragias (24%), sepsis y otras infecciones obstétricas (15%) y las enfermedades hipertensivas del embarazo o preeclampsia / eclampsia, (21%).⁶

De esta "trilogía mortal", la Hipertensión Inducida por la Gestación (HIG), engloba una serie de trastornos; como la preeclampsia, eclampsia, el síndrome de HELLP

(hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia) que finalmente conducen a cambios hemodinámicos y sistémicos y cuyo grado de severidad dependen de la rapidez de detección y resolución, a la muerte.⁷ Una de las complicaciones más severas de la preeclampsia y eclampsia, que genera morbi - mortalidad en la madre y el feto es el síndrome de HELLP, término acuñado por el Dr. Luis Weinstein en 1982, que presentan la triada caracterizado por hemólisis microangiopática, los niveles elevados de enzimas hepáticas y el bajo recuento de plaquetas.⁸

El síndrome de HELLP es un problema médico de gran importancia debido a su importante morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial y a pesar de años de estudio e investigaciones, el tema ofrece muchas incógnitas alrededor de sus desencadenantes y también con relación a su predicción, posible prevención, diagnóstico y más aún su tratamiento terapéutico es limitado aparte de la resolución del embarazo. La investigación clínica se ha centrado en el uso de corticoides, especialmente dexametasona como una herramienta útil en el manejo de este tipo de pacientes.⁹

El empleo de corticoides en el tratamiento del síndrome de HELLP, no muestra aun resultados consistentes ¹⁰, aunque existen reportes que concluyen que el uso de altas dosis de dexametasona produce mejoría clínica y de laboratorio de las pacientes tratadas. ^{11, 12,13}

La presente investigación sobre el efecto de la dexametasona en el síndrome de Hellp en el Hospital María Auxiliadora, analiza la evolución del conocimiento de la

terapia de corticoides y la información que se dispone actualmente sobre el síndrome de HELLP

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora 2015– 2016?

1.2.2. Problemas específicos

Problema específico 1: ¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos del tiempo de permanencia en la evolución clínica en el tratamiento del síndrome de HELLP?

Problema específico 2: ¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos del síntoma de dolor epigástrico en la evolución clínica en el tratamiento del síndrome de HELLP?

Problema específico 3: ¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de formación de plaquetas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP?

Problema específico 4: ¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de formación de enzimas hepáticas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP?

Problema específico 5: ¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de formación de deshidrogenasa láctica en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora 2015– 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1: Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos del tiempo de permanencia en la evolución clínica del tratamiento del síndrome de HELLP.

Objetivo específico 2: Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de síntoma de dolor epigástrico en la evolución clínica en el tratamiento del síndrome de HELLP.

Objetivo específico 3: Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de formación de plaquetas en la evolución de laboratorio del tratamiento del síndrome de HELLP.

Objetivo específico 4: Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de formación de enzimas hepáticas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.

Objetivo específico 5: Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejora los efectos de formación de deshidrogenasa láctica en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.

1.4. Justificación

Los resultados de la investigación mostrarán la conveniencia de una terapia con o sin la administración de dexametasona por sus efectos positivos o negativos en la evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP, lo cual incidirá en la disminución de la elevada mortalidad materna (1-24%) y fetal (7-34%) del síndrome de HELLP.

La importancia de la aplicación de una terapia determinada oportuna permitirá disminuir la tendencia de los factores de riesgo y los antecedentes de abortos que presenta la población peruana. También disminuir el problema social de los familiares e hijos en orfandad causados por la muerte materna provocado por el síndrome de HELLP.

Es por eso la conveniencia de estudiar el problema debido a que contribuiría a disminuir los altos costos de su tratamiento en los prolongados días de hospitalización incurridos en los cuidados multidisciplinarios en el manejo de este síndrome que afectan en mayor proporción a sectores marginales de la población.

1.5. Limitaciones

Las limitaciones que se presentan en esta investigación, es el limitado uso de dexametasona de algunos médicos en el tratamiento en este síndrome, lo cual ocasiona que se tengan pocos trabajos investigación relacionados al síndrome de Hellp en nuestro país. Además, se tiene la limitación de no encontrar datos clínicos y de laboratorio en diagnóstico de este síndrome en las historias clínicas cuando es de clase 1 y 2, obstáculos que no permiten recolectar información de las historias clínicas de años anteriores, agravando la situación cuanto más antiguos son.

Otra limitación en esta investigación es encontrar historias clínicas mal llenadas, con letra ilegible y la pobre información estadística de manera específica de este síndrome, ya que lo enfocan dentro de preeclampsia severa

1.6 Viabilidad

El estudio de investigación es viable debido a que es un síndrome que se presenta con frecuencia en las gestantes por lo cual se cuenta con una grandes cantidades de casuísticas en el hospital de referencia del cono sur

Como la investigación es retrospectiva no es necesario el uso de grandes recursos humanos y financieros para la recolección de la información.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema

En la presente investigación, con el propósito de relacionar la terapia y el tratamiento del síndrome de HELLP, se han tomado como antecedentes estudios anteriormente realizados en diferentes instituciones nacionales o internacionales. Por consiguiente estas se señalan a continuación:

Vigil-De Gracia (2015), en su artículo revisado sobre síndrome de HELLP, aconseja realizar el descarte de este síndrome; cuando se diagnostica preeclampsia-eclampsia usando exámenes clínicos como epigastralgia por poder presentar los mismos signos y síntomas. Las conclusiones obtenidas sobre el síndrome de HELLP son: La presencia del síndrome de HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo (aparece casi el 15% de los casos), presentando mayor riesgo de complicaciones maternas por la mayor posibilidad de muerte asociada con eclampsia, principalmente cuando coexiste hipertensión severa. El síndrome de HELLP se identifica por ser un trastorno hipertensivo además de la presencia de la triada conformada por la presencia de la anemia hemolítica microangiopática, elevación de las enzimas de función hepática y la disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo. Manifiesta además, que la prescripción de corticoides para disminuir la morbilidad y mortalidad materna o neonatal no ha demostrado su eficacia e inocuidad por lo que se inclina por la solución en un protocolo de la interrupción del embarazo y tratamiento de las complicaciones asociadas.¹⁴

Almuna, Valdés, Ramírez, Barrera, Bakal y Montoya (2003) en su artículo sobre la eficacia de la Dexametasona del síndrome de HELLP, basado en caso de clínico de una paciente con 26 semanas de embarazo con diagnóstico de hipertensión crónica, preeclampsia severa y síndrome de HELLP, manifiesta que el uso de Dexametasona antes del parto en pacientes con síndrome de HELLP no presenta contraindicación materna o fetal, pues permite revertir el proceso por la disminución de las transaminasas y la deshidrogenasa láctica y la recuperación de las plaquetas, considerado de eficacia en tratamiento del síndrome de HELLP.

15

Molina, Jiménez, Sánchez (2015) en su artículo sobre el síndrome de HELLP en los servicios asistenciales de ginecología y obstetricia en España, establece que el síndrome de HELLP probablemente representa una forma severa de preeclampsia, por la complicación multisistémica del embarazo, que no necesariamente presenta antecedentes de hipertensión. Concluye que el tratamiento del síndrome de HELLP resulta controversial por la interrupción definitiva del embarazo al corto plazo que afecta la supervivencia del feto. Otro aspecto que crea controversia es el tratamiento del síndrome de HELLP con dexametasona antes del parto, durante y después del parto, por compleja fisiopatología del cuadro clínico que presenta y no contarse con alternativas de tratamiento.¹⁶

Castillo (2006) , en su artículo Actualización del síndrome de HELLP en el Instituto de Hematología e Inmunología en Cuba, establece que el síndrome de HELLP es asociado al grupo de las microangiopatías trombóticas caracterizado por una anemia hemolítica, trombocitopenia y disfunción orgánica. Su tratamiento está

asociado al tiempo de gestación y al estado materno-fetal, para inmediatamente proceder a la cesárea a aquellas pacientes con más de 34 semanas de gestación o antes de esta fecha, pero con disfunción multiorgánica, para evitar las complicaciones. Contrario a este criterio generalizado, existen otros que no se ponen de acuerdo en relación con las gestantes que expresan este síndrome antes de las 34 semanas de gestación con un estado clínico favorable y anomalías humorales comenzantes, donde autores recomiendan el uso de la dexametasona, en dosis elevada de 10mg EV cada 6-12 h y mantenerla por 48-72 h en el puerperio y que produce mejores resultados que cuando se han utilizado esquemas con betametasona a dosis altas o estándar: 6 mg IM cada 12 h por 3-4 dosis. El uso de la plasmaféresis, corticoesteroides y el trasplante hepático, son otras medidas terapéuticas que se han empleado ¹⁷

Meza (2017) en su tesis para obtener el título de Médico en la Universidad Los Andes. Huancayo, con el objetivo general de conocer las características epidemiológicas, diagnósticas, de tratamiento, complicaciones y pronóstico en pacientes con síndrome de HELLP en Hospital Nacional Ramiro Priale, periodo 2015- 2016, uso la metodología de un estudio descriptivo y retrospectivo, de 60 historias clínicas de pacientes hospitalizadas con síndrome de HELLP, con conclusiones que 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. ¹⁸

Osorio (2015) en su tesis para obtener el título de Médico en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con el objetivo general de establecer factores de riesgo de la evolución del síndrome HELLP en 76 gestantes con preeclámpsia (casos) y 76 gestantes con preeclámpsia severa (controles) en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco, en el periodo 2010-2014. Su utilizó un diseño retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles. Se compararon 76 gestantes con preeclampsia severa que desarrollaron síndrome HELLP (casos) con 76 mujeres con preeclampsia severa que no desarrollaron síndrome HELLP (controles). Concluyo que solo que el antecedente de síndrome HELLP y el antecedente familiar de preeclampsia son factores de riesgo significativos para desarrollar síndrome HELLP. ⁴¹

Nunes et al (2005) en su artículo Corticoterapia NA síndrome de HELLP presento como objetivo evaluar la influencia de la corticoterapia en altas dosis en la evolución clínica y de laboratorio de casos de Síndrome de HELLP. Empleo el método de estudio retrospectivo en el que se revisaron todos los casos Síndrome de HELLP admitidos en el Hospital García de Orta de 1993 a 2000. Se comparó los casos que no realizaron corticoterapia o recibieron la dosis estándar para maduración fetal (Grupo 1), con los casos tratados con dexametasona de 10 mg intramuscular cada 12 horas (Grupo 2). Conclusión: Este estudio confirma la influencia positiva de la corticoterapia a altas dosis en el Síndrome de HELLP, debido a que no existen diferencias significativas, clínica (edad materna, paridad, edad gestacional, presencia de epigastralgia o hipertensión arterial) o de laboratorio (plaquetas, enzimas hepáticas y deshidrogenasa láctica). ⁴²

Huertas et al (2008) en su artículo describió las características clínico epidemiológicas y la morbimortalidad maternoperinatal ocasionada por el síndrome Hellp. Con metodología de diseño descriptivo retrospectivo. La muestra censal en estudio fueron todos los casos presentados entre 1998 al 2002. Concluyeron que el síndrome Hellp es causante de maternoperinatales, con productos pretérmino, con peso bajo al nacer. Se encontró un alto índice de sospecha de que se desarrolle síndrome Hellp en mujeres de alrededor de 32 años, multigesta, con preeclampsia o eclampsia de inicio temprano en el tercer trimestre y sin antecedentes previos de enfermedad.⁴³

Herrera (2006) en su artículo tuvo como objetivo describir como el efecto de los corticoides afectan a mujeres embarazadas con síndrome HELLP manifestado en recuento plaquetario y sobre los parámetros de función hepática. Concluye que en la actualidad, que la complicación más grave en la preeclampsia, es el síndrome Hellp y que la solución más adecuada es el terapéutico pero solo existe muy pocos medicamentos como el uso de corticoides, especialmente dexametasona como una de los tratamientos técnicos más utilizados para aplacar la patología de Hellp, aunque muchos profesionales aún siguen aplicando la resolución del embarazo.⁴⁴

Almuna et al (2003) en su artículo sobre la eficacia de la dexametasona en el síndrome de Hellp para un caso clínico en Chile, para una paciente de 39 años, con antecedentes generales de HTA crónica, en tratamiento con Propanolol 80 mg/día, y antecedentes obstétricos de 26 semanas de gestación con cifras tensionales normales y proteinuria cualitativa negativa. Concluyeron que después

de la administración vía intravenosa en dosis de 10 mg., cada 12 horas de dexametasona, aprecia estabilización y disminución de enzimas hepáticas, LDH y aumento de recuento de plaquetas, no observándose variaciones en los niveles de ácido úrico, creatinuria, proteinuria y calciuria.⁴⁵

Berrios (2015) en su tesis de metodología de diseño descriptivo realizado en el Hospital Regional de Cuilapa en Guatemala, presento como objetivo general de determinar la incidencia y prevalencia de síndrome de Hellp en pacientes con Preeclampsia severa de 2007 al 2012. La muestra de 1050 historias clínicas de pacientes de las cuales 80 desarrollaron síndrome de Hellp (13% del total de casos estudiados). Uso como instrumento una ficha médica en la cual se incluyó información sobre datos generales y clínicos. Concluyó que la incidencia de Síndrome de Hellp fue del 14% y la prevalencia del 86% respectivamente.⁴⁶

Salazar et al (2005) en su artículo evaluó la eficacia del tratamiento con dosis altas de dexametasona en pacientes con síndrome de HELLP. La metodología que emplearon fue de un diseño de estudio multicéntrico. La muestra fue de 54 pacientes con síndrome de HELLP. Concluyeron que el uso de dexametasona a dosis altas es una opción promisoriosa en el manejo de las pacientes con síndrome de HELLP.⁴⁷

2.2 Bases teóricas o científicas

2.2.1 El Síndrome de HELLP

Definición

La denominación de HELLP es debido a sus iniciales en inglés. H de "hemolysis"; EL de "elevated liver enzymes"; LP de "low platelet count".

El síndrome de HELLP es una complicación de la enfermedad obstétrica preeclampsia severa y eclampsia; pero que puede diagnosticarse en pacientes con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional.¹⁴

Se caracteriza por la triada de hemólisis microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Presenta disrupción endotelial hepática, seguida de activación, agregación y consumo de plaquetas, resultando en isquemia y muerte hepato celular.¹⁹

Fisiopatología

La fisiopatología del síndrome de HELLP, no es clara debido a que comparte síntomas y signos con la preeclampsia severa y la eclampsia, en lo que respecta a la hipertensión crítica y elevación de enzimas hepáticas que afecta la disfunción orgánica.^{19, 20, 21}

Características Clínicas

Sensación de malestar general o fatiga (80% a 90%), dolor en epigastrio o hipocondrio derecho (90%), náuseas con o sin vómitos (30 %), dolor de cabeza

(31- 61%), también puede tener edema en los 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 ³⁴.

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 / UI
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.^{34,35}

Clasificación del Síndrome de HELLP

A. CLASIFICACIÓN DE TENNESSEE

Recuento de plaquetas <100.000 / μ L

AST >70 UI / L

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.

B. CLASIFICACION DE MISSISSIPI (2006)

CLASE I

Recuento de plaquetas <50.000 / μ L

AST >70 UI / L

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

CLASE I tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

CLASE II

Recuento de plaquetas de 50.000 / μ L a 100000 / μ L

AST > 70 UI / L

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

CLASE III

Recuento de plaqueta de 100.000/ μ L-150.000 / μ L

AST >40 UI / L

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

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

2.2.2 Tratamiento con dexametasona

Síndrome de HELLP ocasiona riesgo a la gestante, por las altas posibilidades de complicaciones, entre ellas la hemorragia cerebral, insuficiencia renal, ruptura hepática y mayor posibilidad de muerte asociada con eclampsia, principalmente cuando coexiste hipertensión severa.

Terminar la gestación es el único tratamiento eficaz, debido a que después de la estabilización materna, el parto inmediato es la solución para cualquiera de los siguientes casos:

1. Embarazos \geq 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.

Dexametasona

Sobre el uso de la corticoides para el tratamiento de HELLP, se reporta que genera aumento del recuento plaquetario, reducción del LDH y TGO respectivamente.^{36, 37,38}

La prescripción de corticoides para disminuir la morbilidad y mortalidad materna o neonatal no ha demostrado su eficacia e inocuidad. Su protocolo consiste en la interrupción del embarazo y tratamiento de las complicaciones asociadas. El síndrome de HELLP (SH) se puede presentar en dos formas; ante (69%), postparto (69%)^{22,23} y con frecuencia complica a embarazos de pre término de antes de 28 semanas (59%) y los portadores de feto inmaduro antes de las 31 semanas (41%)²⁴

La interrupción de un embarazo con síndrome de HELLP de 28 semanas se acompaña de una mortalidad perinatal de 22%²⁵, en cambio la mortalidad en iguales condiciones en embarazos de más de 29 semanas varía entre 0 y 5%²⁵. Hay desacuerdo de algunos, en cuanto a tratamiento del síndrome de HELLP.²⁶ la mayor parte de ellos se deciden por interrupción de la gestación inmediatamente^{27, 28} para prevenir las complicaciones y la muerte materna²⁹, en cambio otros optan por un tratamiento menos riesgoso o conservador para lograr una mayor maduración pulmonar^{30, 31}

Van Dam (1989), señala las limitaciones del tratamiento conservador solo sería posible cuando no se tenga la presencia de coagulación intravascular diseminada.

²⁶ Por consenso de autores, el tratamiento actual es intentar prolongar la

gestación siempre que no halla contraindicación materna o fetal ²², pero siempre que al mismo tiempo se pueda revertir la evolución clínica y bioquímica del SH ^{22,31} para lo cual se debe de administrar Betametasona y Dexametasona a diferentes dosis y por vía E.V. o I.M. ²²

La mayor parte de los casos de tratamientos con corticoides se han realizado en pacientes con Preeclampsia y Síndrome de HELLP ^{22, 31,32.}, pero sólo en un número limitado de casos de tratamiento con corticoides se han realizado en pacientes con hipertensión crónica por largo tiempo ^{22,33}

2.3 Definición de términos básicos

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

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

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 sigue siendo causa 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 años³⁹.

Preeclampsia: La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémica 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 perinatal.⁴⁰

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

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis.

3.1.1 Hipótesis general

La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora 2015–2016.

3.1.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1: La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos del tiempo de permanencia en la evolución clínica del tratamiento del síndrome de HELLP.

Hipótesis específica 2: La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de síntoma de dolor epigástrico en la evolución clínica en el tratamiento del síndrome de HELLP.

Hipótesis específica 3: La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de formación de plaquetas en la evolución de laboratorio del tratamiento del síndrome de HELLP.

Hipótesis específica 4: La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de formación de enzimas hepáticas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.

Hipótesis específica 5: La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de formación de deshidrogenasa láctica en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.

3.2 Operacionalización de variables

Variables de la Investigación

En el presente trabajo se procedió a identificar las variables, objeto de la investigación de lo que se obtiene lo siguiente.

Hipótesis General

Variable Independiente (X): Terapia con dexametasona

Variable Dependiente (Y): Evolución clínica y de laboratorio del síndrome de Hellp

Hipótesis Específica 1

Variable Independiente (X): Terapia con dexametasona

Variable Dependiente (Y): Evolución clínica del síndrome de Hellp con respecto al del tiempo de permanencia en la hospitalización

Hipótesis Específica 2

Variable Independiente (X): Terapia con dexametasona

Variable Dependiente (Y): Evolución clínica del síndrome de Hellp con respecto al síntoma de dolor epigástrico

Para la Hipótesis Específica 3

Variable Independiente (X): Terapia con dexametasona

Variable Dependiente (Y): Evolución de laboratorio del síndrome de Hellp con respecto a la formación de plaquetas

Para la Hipótesis Específica 4

Variable Independiente (X): Terapia con dexametasona

Variable Dependiente (Y): Evolución de laboratorio del síndrome de Hellp, con respecto a la formación de enzimas hepáticas

Para la Hipótesis Específica 5

Variable Independiente (X): Terapia con dexametasona

Variable Dependiente (Y): Evolución de laboratorio del síndrome de Hellp con respecto a la formación de deshidrogenasa láctica

Cuadro de Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Tipo por Naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías	Valores de las categorías	Medios de verificación
Plaquetopenia:	La disminución de plaquetas por debajo de 150,000mm ³	Cuantitativa	Su signos son las petequias, hemorragia gingival, hematuria	De razón	Severa Moderada Leve	<50,000/mm ³ , <100,000/mm ³ , <150,000/mm ³	Examen de laboratorio
Anemia.	Hemoglobina desciende por debajo de 11mg/dl	Cuantitativa	Los síntomas son cefalea, adinamia, insomnio, falta de concentración, taquicardia	De razón	Severa Moderada Leve	<7mg/dl 9mg/dl-7mg/dl, <11mg/dl,	Examen de laboratorio, toma
HDL	Enzima que se manifiesta cuando hay daño de órgano blanco, en especial al daño hepático que se produce en este síndrome	Cualitativa	Los signos son el hemoperitoneo , ascitis, convulsiones, epigastralgia	Ordinal	Severa	>600UI/l	Examen de laboratorio, balanza, signos clínicos
TGP	Se manifiesta cuando existe daño de órgano blanco	Cuantitativa	Los signos son ascitis, hemoperitoneo, convulsiones	Ordinal	Severa	>70UI/L	Exámenes de laboratorio, y signos clínicos
TGO	Enzima que se manifiesta cuando hay daño de órgano blanco	Cuantitativa	Los signos son Hemoperitoneo, ascitis, cefalea convulsiones	Ordinal	Severa	>70UI/L	Examen de laboratorio, balanza y observación clínica
Rotura hepática	La distensión espontanea de la capsula de	Cualitativa	Epigastralgia y dolor en hombro derecho	Ordinal	Severa	PA Sistólica <90mmHg y PA Diastólica <	Tensiómetro, y dosaje de TGO,TGO,DHL

	Glisson por un hematoma subcapsular hepático compresivo producto de micro hemorragias					60mmHg y de aumento TGO,TGO,DHL	
Insuficiencia renal aguda	Capacidad de los riñones para eliminar los residuos y mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo	Cuantitativa	oligoanuria	Ordinal	Severa	Diuresis <30ml/h	Sonda Foley con bolsa para medir diuresis
Edema agudo de pulmón	Acumulación anormal de líquidos en pulmones	Cualitativa	Taquipnea y cianosis	Ordinal	Severa	FR >12respiraciones /min Sat O2 <94%	Reloj para contabilizar la FR y saturómetro para medir la sat de O2
Hematuria	Presencia de hematíes o sangre en orina	Cualitativa	Color rojizo de orina	Ordinal	Severa	Presencia GR en orina, microhematuria <6GR Xcampo, macrohematuria si GR >100xcampo	Sonda Foley con bolsa para observar el color de orina

Dónde: LDH, láctico deshidrogenasa, TGO transaminasa glutámico oxalacética, TGO, transaminasa glutámico pirúvico, FR frecuencia respiratoria, GR, glóbulos rojos, PA: presión arterial

CAPÍTULO IV

METODOLÓGIA

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio de la investigación es cuantitativo del tipo retrospectiva descriptiva

Según Sánchez y Reyes (1996) la investigación descriptiva consiste en recolectar en dos o más muestras con el propósito de observar el comportamiento de una variable, tratando de “controlar” estadísticamente otras variables que se consideran puedan afectar la variable estudiada. En la investigación se registran las características epidemiológicas, antecedentes médicos, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la evolución del síndrome de HELLP.

4.2 Diseño de investigación.

El diseño es observacional, transversal, descriptivo comparativo con el uso de estadística inferencial.

Es observacional porque no se manipulará variables siendo su objetivo "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural del Síndrome de HELLP y la evolución clínico – laboratorio del uso o no del factor protector (dexametasona)

Es transversal cuando las mediciones de los registros son realizados en un periodo único de tiempo, siendo en el caso de la investigación en el periodo 2015 – 2016.

Es descriptiva comparativa porque permiten "comparar grupos de sujetos" sin que exista un proceso de asignación de los individuos en estudio a una intervención determinada, en la investigación un grupo sin terapia y otro grupo con terapia dexametasona donde se registran la evolución del síndrome de HELLP para compararlas.

De estadística inferencial, ya que utiliza pruebas paramétricas para verificar las variaciones promedios de las medidas de las variables evolución clínica y de laboratorio del síndrome de HELLP

4.3 Población y Muestra de la Investigación

4.3.1 Población

La población son todas las historias clínicas de los pacientes 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.

Criterios de inclusión

- Gestantes, con edad gestacional mayor de 20 semanas confirmadas por fecha de ultima regla confiable o ultrasonido del primer trimestre
- Gestantes que consultaron directamente o fueron referidas otra institución y que fueron ingresadas al servicio de Ginecoobstetricia y UCI del Hospital María Auxiliadora con diagnóstico de preeclampsia y Eclampsia o síndrome de HELLP

- Gestantes que desarrollan el síndrome de HELLP durante su estadía en hospitalización.
- Para fines de estudio se tomaron todas las pacientes que estuvieron hospitalizadas, con exámenes completos e historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Gestantes con edad gestacional menor de 20 semanas.
- Gestantes referidas 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.

4.3.2 Tamaño de muestra

El tamaño de muestra se determinó según criterios de inclusión y exclusión, con un total de 95 pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP durante el periodo de 01 de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2016.

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 María Auxiliadora, durante el periodo de estudio propuesto

4.3.3 Selección de la muestra

Los tipos de selección pueden ser:

Probabilísticos (al azar). Para ello, se requiere tener una muestra donde todas las unidades muestrales tengan la misma probabilidad de ser elegidos. En este caso,

pueden ser aleatorias simples, aleatorias sistemáticas, por conglomerados, multietápicas.

No probabilísticos cuando la selección se realiza por conveniencia, el número es pequeño y se selecciona todo el universo, o porque no se tiene el marco muestral. En el caso de los estudios cualitativos, la muestra es por conveniencia hasta que los datos se saturen (se completen).

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.4.1 Técnicas

La técnica a utilizar 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 Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora. Se elaboró listado con pacientes pre eclámpico y eclámpico que desarrollan síndrome de HELLP el periodo de estudio.

Luego se juntara la información proveniente de los registros clínicos para formar una base de datos para su análisis.

4.4.2 Instrumentos

El instrumento a usarse será la recopilación de datos de fuente secundaria, a través de ficha de recolección de datos de los 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 implicó 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 María Auxiliadora, durante el periodo de estudio planteado

4.5 Procesamiento y plan de análisis de datos

Según la ficha de recolección de datos se formaran dos grupos solo de aquellas historias clínicas cuyo diagnóstico de ingreso es por Síndrome de Hellp. Luego el primer grupo los conformaran las historias clínicas que no han utilizado dexametasona en su tratamiento y el segundo grupo lo conformaran las historias clínicas que utilizaron dexametasona en su tratamiento.

Se usara las técnicas estadísticas para agrupar y procesar los datos en el software SPSS 22, que permitirá obtener las estadísticas descriptivas, las tablas de frecuencias y sus gráficos correspondientes, que permitan dar una explicación descriptiva y comparativa de los resultados.

Además de la prueba de hipótesis paramétricas de comparación de tratamientos con dexametasona o sin dexametasona que permitan establecer la validez de las hipótesis planteadas, para los resultados de la investigación.

4.6 Aspectos éticos

La investigación se ciñe a las normas éticas para tesis de maestría dictadas por la Universidad San Martín de Porres, comprometiéndose a cumplir con lo señalado a

no divulgar total o parcialmente de su contenido por haber sido realizado con sol fines académicos. Se guardará confidencialidad de ésta base de datos, al manejarse sin nombres personales, solo como datos estadísticos

También, 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 Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora, 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 compromete a otorgar una copia de la investigación a los Directores del MINSA y las autoridades del Hospital María Auxiliadora.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017):462-74.
2. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(6): e323-e333.
5. OMS (setiembre de 2016). Muerte Materna. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
6. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). Del 24 al 30 de Enero del 2016). Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 42016. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
7. Pacheco J, Wagner P. Enfermedades hipertensivas de la gestación en Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. Lima, Perú: Mad Corp SA. 1999:955.
8. Herrera C. Corticoides en síndrome HELLP anteparto. *Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2006; Vol. 1 (1): 72-76

9. Javier R y Pérez F. Síndrome HELLP, Elsevier, Med Clínico (Barcelona) 2001; 117: 64-68
10. Miranda Y., Carvajal C. El tratamiento con dexametasona no mejora el resultado de mujeres con síndrome de HELLP: Un estudio clínico controlado randomizado, doble ciego (1). Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70: 418-19.
11. Isler CM, Barrilleaux PS, Magann EF, Bass JD, Martin JN. A prospective, randomized trial comparing the efficacy of dexamethasone and betamethasone for the treatment of antepartum HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. Am J Obstet Gynecol 2009; 184: 1332-9
12. O'Brien JM, Milligan D, Barton JR. Impact of highdose corticosteroid therapy for patients with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. Am J Obstet Gynecol 2009; 183: 921-4.
13. Martin JN, Thigpen BD, Rose CH, Cushman J, Moore A, May WL. Maternal benefit of high-dose intravenous corticosteroid therapy for HELLP syndrome. Am J Obstet Gynecol 2008; 189: 830-4.
14. Vigil-De Gracia P. Síndrome HELLP. Artículo de revisión. Ginecol Obstet Mex 2015; 83:48-57. Madrid – España. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>
15. Almuna R, Valdés L, Ramírez C, Barrera V, Bakal F, Montoya I. Eficacia de la dexametasona en síndrome de Hellp. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. v.68 n.6 Santiago 2003. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600010>.
16. Molina MdM, Jiménez R, Sánchez MdM. Síndrome de Hellp. Servicios asistenciales de ginecología y obstetricia, 2015. España. Recuperado de

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/obstetricia/10_sindrome_de_hellp.pdf

17. Castillo D. Síndrome HELLP. Actualización. Instituto de Hematología e Inmunología. Ev Cubana Hematol Inmunol Med Transf 2006; 23(1. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23_01_07/hih03107.htm

18. Meza M. Síndrome de Hellp en un Hospital Nacional a 3259 m.s.n.m.- Perú. Para obtener el título de médico cirujano en la Universidad Los Andes. Huancayo – Perú. 2017.

19. Meza M. Síndrome de Hellp en un Hospital Nacional a 3259 m.s.n.m. – Perú, 2017 Recuperado de <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/179>

20. Abildgaard U, Heimdal K. Pathogenesis of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP): a review. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 2013; 166:117-123.

21 Vigil-De Gracia P. Pregnancy complicated by preeclampsia eclampsia with HELLP syndrome. Int J Obstet Gynecol 2001; 72:17-23.

22. Isler Ch., Scott P, Magann F: A prospective, randomized trial comparing the efficacy of dexamethasone and betamethasone for the treatment of antepartum Hello syndrome. Am J Obstet Gynecol 2001; 184-1332-9.

23. Sibai B: The Hellp syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing? Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 311-6.

24. Sibai B, Taslimi M, El-Nazer A: Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 501-9.

25. Abramovici D, Friedman S, Mercer B: Neonatal outcome in severe preeclampsia at 24 to 26 weeks gestation: Does the Hellp syndrome matter. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 221-5
26. Van Dam P, Renier M, Baekelandt M: Disseminated Intravascular Coagulation and the Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and low Platelets in severe preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 97
27. Weinstein L: Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 159-67
28. Weinstein L: Preeclampsia/eclampsia with hemolysis elevated liver enzymes and thrombocytopenia. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 657-60
29. Sibai B, Ramadan M: Acute renal failure in pregnancies complicated by hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1682-09.
30. Mackenna J, Doves, Brame RJ: Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets. An obstetric emergency? *Obstet Gynecol* 1983; 62: 751-4.
31. Clark SL, Phelan JR, Allen SH et al: Antepartum reversal of hematologic abnormalities with the Hellp-syndrome. *J Repro'd Med* 1986; 31: 70-2
32. O'Brien J, Milligan D, Barton J: Impact of high dose corticosteroid therapy for patients with Hellp (hemolysis, elevated liver enzymes, and platelets count) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 921-4.

33. Martin J Jr, Thigpen B, Rose C: Maternal benefit of high dose intravenous corticosteroid therapy for Hellp syndrome. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 830-4.
34. Yeasmin S, Nazneen R, Akhte S, Jahan N. HELLP SYNDROME – A diagnostic dilema. July 2015. Volume 7 Number 87
35. Baha M Sibai, MD, Charles J Lockwood, MD, Keith D Lindor, MD. El síndrome HELLP. Uptodate, mayo 2016, disponible en <http://www.uptodate.com/contents/hellp-syndrome>
36. 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
37. Errol R Norwitz, MD, PhD, MBA, John T Repke, MD. Preeclampsia: Management and prognosis. UPTODATE, diciembre de 2016.
38. 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&Ing=es.
39. Acevedo, T.; Arias, G. La Paciente Obstétrica en Estado Crítico. México: Ed. Prado, 2012.
40. 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&Ing=es

41. Osorio J. Factores de riesgo para desarrollo de síndrome hellp. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Años 2010 – 2014. (Tesis de grado). Universidad mayor de San Marcos. Lima - Perú, 2015.
42. Nunes F; Campos Ana, Avides T, Rodrigues T y Meirinho M. Corticoterapia NA Síndrome de HELLP. (Hemólise, Enzimas Hepáticos Elevados e Trombocitopenia). *Acta Med Port* 2005; 18: 177-182.
43. Huertas – Sáenz Igor, Borcic-Santos Aida y Pacheco José. Síndrome Hellp. Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008;54:121—130.
44. Herrera Gallardo C. Corticoides en síndrome HELLP anteparto. *Rev. obstet. ginecol. - hosp. santiago oriente dr. luis tisé brousse.* 2006; vol 1 (1): 72-76.
45. Almuna Ramón, Valdés Luisa., Ramírez Carlos, Barrera Veronica., Bakal Federico y Montoya Irene. Eficacia de la dexametasona en síndrome HELLP. Servicio y Departamento de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, Hospital Dr. Luis Tisé B., Universidad de Chile. Caso Clínico. 2003
46. Berrios Estrada Marvin. (2015). Síndrome de Hellp en pacientes con preeclampsia severa. (Tesis de grado). Universidad de San Carlos de Guatemala. 2003.
47. Salazar Doris del Carmen, Vega Ramos Beatriz, Valencia Gutiérrez Oswaldo y Sánchez Mena Mario. Eficacia de dosis altas de dexametasona en el tratamiento del síndrome de HELLP. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva* Septiembre-Diciembre 2005 Vol. 19, Núm. 5-6. México

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
“Efecto de la Dexametasona en el Síndrome de HELLP – Servicio de Ginecoobstetricia- Hospital María Auxiliadora 2015– 2016”	General	General	General	Tipo	Población	Ficha clínica de recolección de datos
	¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora 2015– 2016?	Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora 2015– 2016	La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de evolución clínica y de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora 2015– 2016.	El tipo de estudio de la investigación es cuantitativo, analítico y descriptivo	Son todas las historias clínicas de los pacientes con embarazo mayor a 20 semanas con diagnóstico de síndrome de HELLP que fue ingresada al servicio de Ginecoobstetricia durante el periodo de 01 enero de 2015 a 31 diciembre de 2016.	
	Específicos	Específicos	Específicos	Diseño	Procesamiento de datos	
¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos del tiempo de permanencia en la evolución clínica del tratamiento del síndrome de HELLP?	Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos del tiempo de permanencia en la evolución clínica del tratamiento del síndrome de HELLP.	La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos del tiempo de permanencia en la evolución clínica del tratamiento del síndrome de HELLP.	El diseño es observacional, transversal, descriptivo comparativo con el uso de estadística inferencial	La técnica a utilizar 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 Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora. Se elaboró listado con pacientes pre eclámptico y eclámptico que desarrollan síndrome de HELLP el periodo de estudio.		
¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de síntoma de dolor epigástrico en la evolución clínica en el tratamiento del síndrome de HELLP?	Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de síntoma de dolor epigástrico en la evolución clínica en el tratamiento del síndrome de HELLP.	La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuya los efectos de síntoma de dolor epigástrico en la evolución clínica en él. tratamiento del síndrome de HELLP				

<p>¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de formación de plaquetas en la evolución de laboratorio del tratamiento del síndrome de HELLP?</p>	<p>Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de formación de plaquetas en la evolución de laboratorio del tratamiento del síndrome de HELLP.</p>	<p>La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de formación de plaquetas en la evolución de laboratorio del tratamiento del síndrome de HELLP.</p>		
<p>¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de formación de enzimas hepáticas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP?</p>	<p>Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de formación de enzimas hepáticas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.</p>	<p>La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de formación de enzimas hepáticas en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.</p>		
<p>¿De qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de formación de deshidrogenasa láctica en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP?</p>	<p>Determinar de qué manera la terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona mejoraría los efectos de formación de deshidrogenasa láctica en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.</p>	<p>La terapia con dexametasona con respecto a terapia sin dexametasona disminuye los efectos de formación de deshidrogenasa láctica en la evolución de laboratorio en el tratamiento del síndrome de HELLP.</p>		

Anexo 2: Instrumento de Recolección

Ficha Médica de recolección de datos				
N° historia clínica				
Edad materna				
Fecha de ingreso				
Antecedentes	Antecedentes de preeclampsia	Si	Síntomas y signos	
		No		
	Antecedentes de hipertensión crónica	Si		
		No		
	Antecedentes de HELLP	Si		
		No		
	Antecedentes de diabetes	Si		
		No		
Antecedentes de aborto	Si			
	No			
Obesidad previa al parto	Si			
	No			
Datos de la gestación actual	Edad gestacional	< 37 semanas		Exámenes de laboratorio
		≥ 37 semanas		
	Control prenatal	< 6 controles		
		≥ 6 controles		
	Paridad	Ninguna		
		Primípara		
		Múltipara		
	Diagnóstico de ingreso	Preeclampsia	Tratamiento	
		Eclampsia		
		Ht ac mas		
		Síndrome de HELLP		
	Vía de parto	Vaginal	Hemoderivados	
	Cesárea			
Presentación del HELLP	Antes del parto	Complicaciones		
	Después del parto			
Presión arterial		Fecha de egresos		
			Epigastralgia	Si
				No
			Nauseas	Si
				No
			Vómitos	Si
				No
			Cefalea	Si
				No
			Alteración visual	Si
				No
			Alteración auditiva	Si
				No
			Edemas	Si
				No
			Convulsión	Si
				No
			Proteinuria	
			LDH < 600u/l	
			Plaquetas ≥ 100000 UI	
			TGO ≥ 70u/l	
			TGP ≥ 70u/l	
			B.T ≥ 1.2 mg/dl	
			Creatinina ≥ 1.1 mg/dl	
			Hb. < 1.1 g/dl anemia	
			Nifedipino	
			Captopril	
			Diuréticos	
			Dexametasona	
			Vit. k	
			Sulfato de magnesio	
			Paquetes globular	
			Plaquetas ≥ 100000 UI	
			Plasma fresco congelado	
			Respiratoria	
			Hepática	
			Renal	
			DPP	
			Viva	
			Fallecida	