

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE SÍNDROME DE HELLP EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN
SOCIAL, 2017.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Perla Romina González Gutierrez

Coronel Oviedo – Paraguay

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE SÍNDROME DE HELLP EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017.

Perla Romina González Gutierrez

Tutora: Lic. Rose Marie Sachelaridi

Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE SÍNDROME DE HELLP EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017.

Alumna: Perla Romina González Gutierrez

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen por darme la oportunidad de vivir, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente a través de su infinito amor y bondad.

A mi amado padre Ramón González (†), mi ángel guía, por ser mi motivación e inspiración para poder superarme cada día y quien me da la fortaleza para culminar esta carrera.

A mi querida madre Norma Gutierrez, pilar fundamental de mi vida, quien con su gran sacrificio, esfuerzo, dedicación, disciplina y apoyo incondicional ha permitido que esto sea posible.

A toda mi familia; en especial a Gricelda Gutierrez por impulsarme a ser mejor cada día y por brindarme su constante acompañamiento.

A todas las personas que colaboraron y ayudaron a la concreción de este estudio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen por darme la sabiduría y fortaleza para superar los obstáculos y lograr mis objetivos.

A mi padre, a quien llevaré por siempre en mi corazón, cuyos consejos y ejemplo de perseverancia me motivaron a seguir luchando y concretar esta meta.

A mi madre por ser fuente de apoyo constante e incondicional en todo el proceso de la carrera.

A mi familia; en especial a Gricelda Gutierrez por acompañarme durante estos largos años.

A la Tutora Lic. Rose Marie Sachelaridi, al Prof. Dr. Marcial González Galeano y al Dr. Carlos Miguel Ríos González por toda la predisposición, oportuna sugerencia y apoyo constante durante el proceso y finalización del trabajo.

A los Directivos, Médicos, Licenciados y Funcionarios del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, que brindaron su mayor predisposición para llevar a cabo el estudio.

A los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú por sus enseñanzas a lo largo de estos años facilitando la comprensión del tema.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

BIOGRAFÍA

Perla Romina González Gutierrez, nacida el 19 de junio del año 1994, en la ciudad de Caaguazú, departamento de Caaguazú. Hija de Ramón González Espínola (†) y Norma Dominga Gutierrez Vda. de González.

Realizó sus estudios en la Institución Educativa N° 1617 Defensores del Chaco localizada en la ciudad de Caaguazú, culminando sus estudios en el año 2011 como mejor egresada de la promoción.

Desde el año 2013 es estudiante universitaria de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
BIOGRAFÍA	vi
INDICE.....	vii
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xiii
MOMBYKY.....	xiv
RESUMO	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos	10
MARCO TEÓRICO	11
Definición.....	11
Epidemiología.....	11



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Factores de riesgo	12
Manifestaciones clínicas	12
Diagnóstico	13
Tratamiento	14
Complicaciones	16
MARCO METODOLÓGICO	18
Tipo y diseño general del estudio	18
Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis. Criterio de inclusión y exclusión.....	18
- Universo de estudio.....	18
- Selección y tamaño de la muestra.....	18
- Unidad de análisis	18
- Criterios de inclusión	19
- Criterios de exclusión	19
Variables.....	19
Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.....	25
Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	25
Plan de análisis.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIÓN	46
RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS	47
BIBLIOGRAFÍA	48



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ANEXOS	51
Instrumento de recolección de datos	51
Nota de permiso para la recolección de datos.....	55



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE CUADROS

- Cuadro 1:** Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social según departamento, 2017. n=17730
- Cuadro 2:** Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a sus antecedentes ginecológicos y obstétricos, 2017. n=17732
- Cuadro 3:** Distribución de embarazadas con diagnóstico de Síndrome de HELLP que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a datos laboratoriales, 2017. n=25.....36



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social según edad, 2017. n=177	27
Gráfico 2: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo al estado civil, 2017. n=177.....	28
Gráfico 3: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a su procedencia, 2017. n=177	29
Gráfico 4: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a su ocupación, 2017. n=177	31
Gráfico 5: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a la Hipertensión Arterial Crónica, 2017. n=177	33
Gráfico 6: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a las enfermedades hipertensivas del embarazo, 2017. n=177	34
Gráfico 7: Prevalencia de Síndrome de HELLP en embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=177	35



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Gráfico 8:** Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo al tratamiento recibido, 2017. n=17737
- Gráfico 9:** Síndrome de HELLP y su distribución de acuerdo al estado civil de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=17738
- Gráfico 10:** Síndrome de HELLP y su distribución de acuerdo a la procedencia de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=17739
- Gráfico 11:** Síndrome de HELLP en las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social y su distribución de acuerdo al departamento, 2017. n=17740
- Gráfico 12:** Síndrome de HELLP y su distribución de acuerdo a la ocupación de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=17741



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la mortalidad materna va aumentando, debido a ciertas complicaciones producidas durante la gestación, una de ellas es el Síndrome de HELLP que es considerada una de las complicaciones más severas de las enfermedades hipertensivas del embarazo que mayoritariamente se presenta en embarazadas que cursan con preeclampsia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de Síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017.

Materiales y método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, muestreo probabilístico aleatorio simple. Fueron incluidas las fichas clínicas de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social desde enero a diciembre del 2017.

Resultados: Fueron incluidas en el estudio 177 embarazadas; de las cuales el 14,2% presentó Síndrome de HELLP. La mediana de edad fue de 28 años; el estado civil predominante fue unión libre en un 49,15%; el 62,71% de las gestantes procedieron de áreas urbanas, mayoritariamente del departamento Central y el 33,90% de ellas son ama de casa. La edad gestacional estuvo comprendida predominantemente entre las 33,2 a 37,6 semanas; la mediana del número de controles prenatales fue de 5. Con respecto a las enfermedades hipertensivas del embarazo la mayor parte de las gestantes presentaron preeclampsia.

Conclusión: La prevalencia de Síndrome de HELLP en las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017 fue del 14,2%; dato similar a otros estudios realizados.

Palabras clave: Embarazo; Síndrome HELLP; Prevalencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

MOMBYKY

Ñepyrumby: Ko árape sy hyeguasúva ñemano hetave oî ára ha ára, oîgui peteî mba'asy hérava síndrome de Hellp, kóva ha'e ivaivéva oîva presiô yvate oguerékóramo upe sy hyeguasú aja, ko mba'asy oñandu umi kuña oguerékóva preeclampsia.

Jehupytyrã: Ojehekoverekava'erã prevalencia de síndrome de Hellp Ginecología y Obstetriciape tasyo guasu Instituto de Prevision Social ary 2017-pe.

Mba'e ojepurúta ha mba'éichapa: Ojejapo peteî tesajeporavo moñe'ê ohechaukáva upe mba'asy ikatupyryveháicha. Oñemoinge umi kuatia tasy hyeguasúva rehegua ohova'ekue ojechauka tasyo guasu Instituto de Prevision Socialpe.

Osêva tesakâme: Oñemoinge mba'asy ñehesa'yijópe sa pokôipa pokôi hueguasúva; ijapytégui 14,2% oguereko síndrome de Hellp. Ary oguerékóva hikuái ndohasái mokôipa poapy, avavenunga nomendái, oikonte oñondive hikuái 49,15% ha 62,71% hyeguasúva ou távagui, oî hetave oúva Central-gui. 33,90% omba'apo ogapy ambuépe. Aravore oguerékóva hyepégu 33,2 – 37,6 arapokôindy peve; ou hague ojechauka pohanohárape ha'e po. Mba'asy ohechaukavéva hikuái ha'e preeclampsia.

Mohu'ã: Mba'asy imbaretévva ha'e síndrome de Hellp, umi hyeguasúva oúva ojechauka pohanohára oñangarekóva tyeguasúre tasyo guasu Instituto de Prevision Socialpe, ko mba'e ojejapo ary 2017-pe ha oguahê 14,2%-pe ojoguava umi ambue tembiapo ojechapova'ekuépe.

Ñe'ê teetéva: Tyeguasú; Síndrome de Hellp; Imbaretévva hesekuéra.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMO

Introdução: Na atualidade a taxa de mortalidade materna está crescendo, isto é devido as complicações durante a gravidez, uma delas é a síndrome de HELLP, considera-se uma das complicações mais sérias das doenças hipertensivas da gravidez que ocorrem principalmente em mulheres grávidas que sofrem pre-eclâmpsia.

Objetivo: Determinar a prevalência da síndrome de HELLP no serviço de Ginecologia e Obstétrica do Hospital Central do Instituto de Previdência Social durante o ano de 2017.

Materiais e métodos: Estudo observacional descritivo de corte trasversal, amostragem probabilística aleatória simples. Os prontuários das gestantes atendidas no serviço de Ginecologia e Obstétrica do Hospital Central do Instituto de Previdência Social foram incluídos de janeiro a dezembro do ano de 2017.

Resultados: 177 mulheres grávidas foram incluídas no estudo; dos quais 14,2% apresentavam síndrome HELLP. A média de idade foi de 28 anos; o estado civil predominante era uma união livre em 49,15%. E 62,71% das gestantes eram provenientes de áreas urbanas, a maioria do departamento central e 33,90% eram do lar. A idade de gestação foi predominantemente entre 33,2 e 37,6 semanas, a média do número de controles pré-natais foi de 5. Com relação às doenças hipertensivas na gestação, a maioria das gestantes apresentou pré-eclâmpsia.

Conclusão: A prevalência da síndrome de HELLP em gestantes que compareceram ao serviço de Ginecologia e Obstétrica do Hospital Central do Instituto de Previdência Social durante o ano de 2017 foi de 14,2%; dados semelhantes a outros estudos realizados.

Palavras-chave: Gravidez. Síndrome de HELLP. Prevalência.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Currently, maternal mortality is increasing, due to certain complications produced during pregnancy, one of them is the HELLP syndrome which is considered one of the most severe complications of hypertensive diseases of pregnancy that mostly occurs in pregnant women that occur with preeclampsia.

Objective: To determine the prevalence of HELLP syndrome in the Obstetrics and Gynecology Department of the Central Hospital of the Social Security Institute during the year 2017.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive observational study, simple random probabilistic sampling. The clinical records of the pregnant women who attended the Obstetrics and Gynecology service of the Central Hospital of the Social Security Institute were included from January to December 2017.

Results: 177 pregnant women were included in the study; of which 14.2% presented HELLP syndrome. The median age was 28 years; the predominant marital status was a free union in 49.15%; 62.71% of the pregnant women came from urban areas, mostly from the Central Department and 33.90% of them were housewives. Gestational age was predominantly between 33.2 and 37.6 weeks; the median number of prenatal controls was 5. With regard to hypertensive diseases of pregnancy, most pregnant women presented preeclampsia.

Conclusion: The prevalence of HELLP syndrome in pregnant women who attended the gynecology and obstetrics service in the Central Hospital of the Social Security Institute during the year 2017 was 14.2%; data similar to other studies conducted.

Keywords: Pregnancy; HELLP syndrome; Prevalence



INTRODUCCIÓN

El embarazo es una entidad fisiológica en la etapa reproductiva de la mujer, que en ocasiones trae consigo ciertos riesgos como la enfermedad hipertensiva del embarazo que continúa siendo uno de los problemas obstétricos más frecuentes e importantes en las diversas partes del mundo⁽¹⁾, que si no es diagnosticada y tratada a tiempo puede llegar a empeorar el cuadro, generar graves secuelas e inclusive la muerte.

En la actualidad, la mortalidad materna va aumentando, debido a ciertas complicaciones producidas durante la gestación, una de ellas es el Síndrome de HELLP que es considerada una de las complicaciones más severas de las enfermedades hipertensivas del embarazo que mayoritariamente se presenta en embarazadas que cursan con preeclampsia⁽¹⁾.

Este síndrome es definido como una enfermedad que afecta a múltiples órganos, que se produce generalmente durante la gestación aunque en menor medida también puede presentarse en el puerperio; sus siglas se emplean para describir las características laboratoriales que ayudan a diagnosticar esta patología. El acrónimo HELLP significa hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia⁽²⁾.

No se conoce exactamente como se inicia este síndrome; pero se considera que muchas de sus características son similares al de la preeclampsia⁽³⁾. Debido a que la salud de las pacientes con esta patología puede deteriorarse rápidamente pudiendo desencadenar una afectación tanto materna como fetal, se recomienda la hospitalización inmediata para la correspondiente evaluación minuciosa para confirmar o descartar el síndrome, brindar las medidas adecuadas y realizar el tratamiento definitivo que es la interrupción del embarazo⁽⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En el Paraguay, uno de los departamentos de Ginecología y Obstetricia con más pacientes es el que se encuentra en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social que es considerado un centro de referencia a nivel país; que recibe a una cantidad importante de gestantes al año; por lo que determinar la prevalencia del síndrome de HELLP en las embarazadas que acuden a este servicio es un buen reflejo de cómo se encuentra la población en ese ámbito.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ANTECEDENTES

Gutiérrez C. et al. realizaron un artículo de revisión en México en el año 2012 en donde mencionaron al síndrome de HELLP como una complicación sistémica del embarazo cuya etiología es desconocida, que afecta al 0,9% de todos los embarazos y aproximadamente al 20% de las gestantes con preeclampsia, que aparece generalmente en el tercer trimestre de gestación y el tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo⁽⁵⁾.

Vigil-De Gracia P. realizó un artículo de revisión en México en el año 2015 en donde mencionó que el síndrome de HELLP es una complicación que aparece en el 15% de las enfermedades hipertensivas del embarazo, cuyo mecanismo fisiopatológico aún se desconoce; que se caracteriza por la tríada clásica de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia; cuyo protocolo consiste en la interrupción del embarazo y tratamiento de las complicaciones asociadas⁽⁴⁾.

Mendoza B. et al. establecieron como finalidad determinar el manejo de la preeclampsia/eclampsia y sus complicaciones en gestantes ingresadas en el servicio de obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda, en Ecuador en el año 2015, en dicho estudio encontraron que el 14% de las gestantes presentaron síndrome de HELLP, que 48% tuvieron más de 5 controles prenatales, que la manifestación clínica que prevaleció en el 85% de los casos fue el edema de miembros inferiores y que no se cumplió con el manejo correspondiente⁽⁶⁾.

Paau, A. elaboró un estudio en México durante el año 2015 donde se propuso identificar los factores de riesgo relacionados con los trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Dr. Aurelio Valdivieso; en donde encontraron que en un 70% las pacientes tenían entre 20-44 años, provenían de áreas rurales en el 68%, eran primigestas en el 59%, la mayoría



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

fueron referidas de otros niveles de atención 65%, hubo una falta de control prenatal en el 85% y la complicación más frecuente fue el Síndrome de HELLP 9,3%⁽¹⁾.

Mendoza L. et al. realizaron un estudio en Venezuela en el año 2015 en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el servicio de maternidad Concepción Palacios, en donde encontraron que el 7,2% de las gestantes fueron diagnosticadas con síndrome de HELLP, de los cuales la mayoría fue resuelto mediante la interrupción del embarazo por cesárea⁽⁷⁾.

Ortellado J. et al. publicaron el Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial en el año 2015 con el fin de facilitar el manejo de los pacientes con hipertensión arterial y sus complicaciones; en donde se menciona al síndrome de HELLP como una complicación multisistémica del embarazo que se presenta en el 70% de las embarazadas antes de terminar la gestación y en el 30% en las primeras 48 horas del puerperio; afecta aproximadamente al 20% de las pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia⁽⁸⁾.

Labarca L. et al. elaboraron un trabajo en Venezuela durante el año 2016 en donde establecieron como objetivo determinar la prevalencia de síndrome de HELLP en gestantes ingresadas a la unidad de cuidados obstétricos de la maternidad Dr. Armando Castillo Plaza; en donde encontraron una prevalencia de 13,9%; embarazos pretérminos en el 69,37%; antecedentes de aborto 24,32%; también constataron un control prenatal ausente o inadecuado. 67,57% de las embarazadas presentaron preeclampsia y que la vía por la cual se interrumpió el embarazo fue la cesárea en un 74,77%⁽⁹⁾.

Báez H. et al. realizaron un estudio en República Dominicana en el año 2016 con la finalidad de determinar los factores relacionados al síndrome de HELLP en pacientes ingresadas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez; en donde encontraron que el Síndrome de HELLP se manifestó de forma más frecuente con epigastralgia y cefalea en un 60,9% y edema de miembros inferiores en un 69,6%. Además que esta patología se presentó con mayor frecuencia en multíparas con una gestación de 28-36 semanas (65,2%), provenientes de zona rural en un 62,5%⁽¹⁰⁾.

Álvarez A. et al. elaboraron un estudio en Cuba durante el año 2016 en el que plantearon identificar las características de las pacientes que padecen síndrome de HELLP; en el estudio referido mencionaron como factores predominantes a la edad materna entre 20-29 años en el 57,14%; edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo entre 28 y 34 semanas en un 42,87% y como motivo de ingreso más frecuente la epigastralgia y cifras tensionales elevadas⁽¹¹⁾.

Gutiérrez M. et al. elaboraron un artículo de revisión en Perú en el año 2017 en donde recalcaron que la muerte materna es un problema que afecta mayoritariamente a gestantes que viven en países en desarrollo, principalmente a las que provienen de zonas rurales y con menor desarrollo socioeconómico⁽¹²⁾.

Cárdenas A. et al. realizaron un estudio en Perú en el año 2017 donde se propusieron conocer la morbilidad y mortalidad en pacientes con síndrome de HELLP atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital María Auxiliadora. De todas las atendidas 64,5% presentaron edades entre 20-34 años y nivel educativo secundario, el síndrome representó una tasa alta de morbilidad materna correspondiente al 96,8% siendo la anemia la principal complicación en un 64,5%⁽¹³⁾.

Rojas M. et al. elaboraron un trabajo en México durante el año 2018 donde se



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

propusieron determinar la prevalencia del Síndrome de HELLP en relación a diversos factores clínicos en un hospital del estado de Hidalgo, en dicho estudio encontraron una prevalencia de tan solo 0,04%; todas presentaron hiperreflexia, plaquetopenia, cefalea y tenían una edad gestacional de 36 – 39 semanas⁽¹⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que anualmente existen más de 166.000 muertes atribuidas a la preeclampsia, siendo su incidencia de 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo ^(6,15).

En Latinoamérica entre un 8 – 10% de las mujeres embarazadas padecen preeclampsia, y es considerada la segunda causa de muerte materna en países subdesarrollados ^(4,15).

La preeclampsia es uno de los problemas más comunes de salud pública y una de las principales causas de muerte materna, la incidencia mundial varía entre 2% y 20%, siendo causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas se encuentra el síndrome de HELLP, el cual es una de las complicaciones más temidas y significa: hemólisis (H: Hemolysis), elevación de las enzimas hepáticas (EL: Elevated Liver Enzymes) y trombocitopenia (LP: Low Platelet Count) (por sus siglas en inglés) ^(5,9). Este síndrome es considerado una complicación multisistémica del embarazo que puede desarrollarse en alrededor del 0,1-0,8% de todos los embarazos⁽⁹⁾; principalmente en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia, aunque puede diagnosticarse también en gestantes con hipertensión gestacional con preeclampsia sobreagregada⁽⁵⁾.

La importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en la elevada mortalidad materna (1-24%) y fetal (7-34%) ^(5,11).

Según el Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial, el síndrome de HELLP en el 70% de los casos se manifiesta antes de terminar el embarazo y 30% se diagnostica en las primeras 48 horas del puerperio. Por lo general se inicia durante el último trimestre del embarazo, afecta entre el 0,5 y 0,9% de todos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

los embarazos y hasta el 20% de los embarazos complicados con preeclampsia severa^(8,10).

Varios autores concuerdan que el 70% de los casos, es más propenso a ocurrir en pacientes entre las 27 y 37 semanas de gestación. Su relación con la paridad de la paciente es incierta; sin embargo, algunos autores afirman que es más frecuente en multíparas. Las pacientes con síndrome de HELLP presentan un conjunto de signos y síntomas que incluyen: cefalea, epigastralgia, náuseas/vómitos, alteraciones visuales, entre otros⁽¹⁶⁾.

De acuerdo a estos planteamientos surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que el Síndrome de HELLP es una de las complicaciones más graves y temidas de los estados hipertensivos del embarazo (principalmente preeclampsia severa/eclampsia) en todas las regiones del mundo, en el Paraguay hay una limitada información acerca de la prevalencia en la población general, pero dentro de los pocos estudios realizados en otras localidades referentes a este problema, se reportaron una alta prevalencia⁽⁵⁾.

Al observar y determinar la prevalencia del Síndrome de HELLP será de gran valor para los médicos y funcionarios de salud pública, a fin de prever un programa de mejora en la detección y tratamiento de esta enfermedad en etapas tempranas, para evitar el empeoramiento del cuadro, reducir la mortalidad materna y fetal que puede provocar cambios profundos en la sociedad y economía del país.

A pesar de ser una patología frecuente en las mujeres, existen escasos estudios publicados en el país que puedan detallar la situación actual, y gracias a este estudio se espera obtener datos relevantes y novedosos que pueden ser la base de futuros trabajos que busquen dar seguimiento a los resultados emanados.

Se remite un informe a las autoridades del Hospital Central del Instituto de Previsión Social para la socialización correspondiente de los resultados y conclusiones con los médicos y responsables del servicio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de Síndrome de HELLP en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población.
- Identificar las características laboratoriales de los casos.
- Detallar la prevalencia según las características sociodemográficas.



MARCO TEÓRICO

Definición:

El Síndrome de HELLP es una complicación multisistémica de los trastornos hipertensivos del embarazo^(9-10,11). Se observa principalmente en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia, así como en pacientes con hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada; puede ocurrir tanto en el embarazo como en el puerperio⁽¹⁷⁾.

Se caracteriza por la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia^(8,10).

Epidemiología

El Síndrome de HELLP puede desarrollarse en aproximadamente 0,1 a 0,9% de todos los embarazos y en el 10-20% de las gestantes con preeclampsia severa/eclampsia^(9,10).

La mortalidad materna asociada a este síndrome se aproxima a 1-24% y la mortalidad fetal oscila entre 7-34%^(10,11).

La frecuencia de presentación con eclampsia en el embarazo es de 14% y en el postparto de un 4%. La mortalidad perinatal y materna se incrementa significativamente con la presencia de eclampsia; siendo aún mayor este incremento con la asociación del síndrome de HELLP-Eclampsia. Es mayor en pacientes de raza blanca, añosas y multíparas^(14,18).

En el año 2015 el Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial menciona que cerca del 70% de los casos se manifiesta antes de terminar el embarazo y 30% se diagnostica en las primeras 48 horas del puerperio. Por lo general se inicia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

durante el último trimestre del embarazo, afecta entre el 0,5 y 0,9% de todos los embarazos y hasta el 20% de los embarazos complicados con preeclampsia severa⁽⁸⁾.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que se han visto relacionados con mayor incidencia del síndrome de HELLP son: la multiparidad, la edad materna mayor de 25 años, mujeres afrodescendientes y los antecedentes de abortos. Se han descrito también ciertas variantes genéticas asociadas a incremento en el riesgo de padecer este síndrome⁽⁹⁾.

Manifestaciones clínicas

La clínica es variable; el síntoma más común es el dolor abdominal, fundamentalmente en la región del epigastrio e hipocondrio derecho. Muchas pacientes presentan también cefalea, náuseas, vómitos y mal estado general los días previos junto con edema. Síntomas menos comunes incluyen alteraciones visuales, ictericia y ascitis⁽¹²⁾.

La hipertensión arterial (presión arterial >140/90 mmHg) y la proteinuria están presentes en aproximadamente el 85% de los casos. La hipertensión puede estar ausente en el 10 - 20 % de los casos y puede ser leve en el 30%^(4,15).

La clínica se desarrolla típicamente entre las 27 a 37 semanas de gestación.

El 70% de las pacientes presentan el cuadro antes del parto, de las cuales el 80% se diagnostican antes de las 37 semanas, 10% antes de las 27 semanas y menos del 3% desarrollan la enfermedad entre las 17-20 semanas. En el 30 % de los casos la enfermedad aparece en las primeras 48 horas del postparto y sólo el 20% de éstas pacientes tienen evidencia de preeclampsia anteparto⁽⁹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las pacientes con Síndrome de HELLP pueden tener los mismos signos y síntomas que las que padecen preeclampsia severa o eclampsia. Los síntomas más frecuentes son: cefalea, epigastralgia o dolor en el cuadrante superior derecho y náuseas o vómitos en el 30 a 90% de los casos⁽⁴⁾.

La epigastralgia es considerado el síntoma predominante y orientador en pacientes con Síndrome de HELLP, razón por la se aconseja que ante el hallazgo de preeclampsia severa o eclampsia acompañado de epigastralgia se descarte en primer lugar este síndrome⁽¹²⁾.

Los trastornos visuales y auditivos, la hematuria y los sangrados por sitios de punción o encías aparecen aproximadamente en un 30% de los casos. La hematuria es un signo característico en pacientes con síndrome de HELLP principalmente en la clase 1 (severo)⁽⁴⁾; pero es primordial descartar en primer lugar los traumatismos en la vejiga por la colocación de sondas vesicales y lesiones durante el parto o la cesárea⁽¹⁵⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de Síndrome de HELLP se basa en la presencia de algún trastorno hipertensivo en una mujer embarazada y de las alteraciones analíticas que componen su nombre.

Existen dos sistemas para el diagnóstico y clasificación de esta patología:

SISTEMA TENNESSEE:

- **Completo (verdadero):** Cuando las pacientes presentan los tres componentes de los criterios diagnósticos establecidos.
 - Hemólisis (bilirrubina total $\geq 1,2$ mg/dL y LDH sérica > 600 UI/L).
 - Elevación de las enzimas hepáticas (AST >70 UI/L. y ALT >70 UI/L).
 - Trombocitopenia (conteo plaquetario inferior a $100.000/\text{mm}^3$).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- **Incompleto (parcial):** Cuando las pacientes solo presentan uno o dos de los criterios diagnósticos de la patología⁽¹⁶⁾.

SISTEMA MISSISSIPPI:

(Se basa en los estados plaquetarios de las pacientes).

- **Clase I:** Plaquetas $<50.000 /\text{mm}^3$, ALT y AST ≥ 70 UI/L, LDH >600 UI/L.
- **Clase II:** Plaquetas $50.000-100.000/\text{mm}^3$, ALT y AST ≥ 70 UI/L, LDH >600 UI/L.
- **Clase III:** Plaquetas $100.000-150.000/\text{mm}^3$, ALT y AST ≥ 70 UI/L, LDH >600 UI/L ^(4,15).

Tratamiento

El tratamiento debe ser inmediato y agresivo para prevenir posibles complicaciones letales tanto para la madre como para el feto; las pacientes con sospecha de síndrome de HELLP deben hospitalizarse inmediatamente para una evaluación minuciosa⁽³⁾.

Las gestantes con preeclampsia severa y sospecha de síndrome de HELLP deben ser tratadas de acuerdo al protocolo de preeclampsia severa y se debe confirmar o descartar el síndrome. El tratamiento de la paciente embarazada con síndrome de HELLP difiere poco del protocolo de la paciente con preeclampsia severa sin el síndrome⁽¹⁹⁾.

La curación definitiva de la enfermedad es la interrupción del embarazo⁽¹⁰⁾.

Entre las variaciones del tratamiento se encuentran:

Sulfato de magnesio: Para la prevención y el tratamiento de las convulsiones.

Se puede utilizar un régimen endovenoso o intramuscular.

- **Endovenoso:** en lo posible se debe administrar mediante bomba de infusión. Dosis de ataque: 4g al 50% en no menos de 5 minutos; si después de 15 minutos persisten las convulsiones se debe administrar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2g al 50% en no menos de 5 minutos. Dosis de mantenimiento: 1g/hora, continuar por 24 horas después del nacimiento o de la última convulsión; dependiendo de lo que ocurra último⁽²⁰⁾.

- **Intramuscular:** Dosis de ataque (debe ser administrado 14g en total): 4g al 50% endovenoso en no menos de 5 minutos, seguir inmediatamente con 10g al 50% que debe aplicarse 5g en cada nalga por vía intramuscular. Dosis de mantenimiento: 5g al 50% cada 4 horas por vía intramuscular en nalgas alternadas, continuar 24 horas posteriores a la última convulsión o nacimiento⁽²⁰⁾.

Antihipertensivos: los medicamentos utilizados generalmente son labetalol y nifedipino; se decide iniciar el tratamiento cuando la presión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg y/o la diastólica ≥ 110 mmHg. El objetivo es mantener la presión arterial diastólica entre 90-100 mmHg, pues la presión inferior a este valor representa riesgo materno y fetal. Se debe continuar con el medicamento administrado una vez conseguida la reducción adecuada de la presión arterial^(20,21).

- Labetalol: administrar 1 ampolla (20 mg/4ml) por vía intravenosa en un período de 5-10 minutos. Si en 15 minutos no hay una disminución adecuada de la presión arterial se debe duplicar la dosis; si después de 15 minutos sigue sin normalizarse las cifras tensionales se duplica nuevamente la dosis (4 ampollas); de ser necesario, esta última dosis se puede repetir en tres ocasiones cada 15 minutos. Dosis total máxima: 300mg⁽²⁰⁾.
- Nifedipino: se utiliza como alternativa en pacientes que están conscientes; se administra una cápsula de 20mg por vía oral, si no baja la presión arterial repetir la dosis hasta tres veces; en cambio, si baja la cifra tensional después de la primera dosis se debe continuar administrando una cápsula cada 6 horas. Dosis máxima: 120mg/día⁽²⁰⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Corticoides: Se recomienda administrar entre las 24 a 34 semanas de gestación para la maduración pulmonar fetal.

- Betametasona 12 mg cada 24 horas (dos dosis).
- Dexametasona 6 mg cada 12 horas (cuatro dosis)^(20,21).

Interrupción del embarazo:

En las pacientes con edad gestacional menor a 24 semanas debe interrumpirse el embarazo; la mortalidad perinatal en este grupo llega a ser de 90%. En las gestantes con 24 a 34 semanas se debe indicar corticoides para maduración pulmonar fetal y, de ser posible, posterior a esto se interrumpe el embarazo; en tanto que en las embarazadas con edad gestacional superior a 34 semanas lo ideal es interrumpir la gestación, no deberá esperarse más tiempo; pues de lo contrario las complicaciones maternas y fetales pueden ser peores⁽²¹⁾.

La elección de la vía de terminación del embarazo; ya sea parto vaginal o cesárea está determinada por el bienestar materno y fetal. Si la condición materna y la labor de parto, o los cambios cervicales permiten la evolución rápida del parto, éste deberá ser la vía de terminación del embarazo⁽⁴⁾⁽²¹⁾.

En pacientes con síndrome HELLP clase 1 y 2, la interrupción del embarazo deberá realizarse lo antes posible; sin embargo, en los casos de HELLP leve (clase 3) puede ser un poco más conservador o expectante hasta alcanzar el máximo beneficio de los corticoides⁽²¹⁾.

Complicaciones

El síndrome de HELLP puede acompañarse de graves complicaciones maternas y fetales.

Entre las maternas las principales son: insuficiencia renal, insuficiencia hepática, rotura hepática, sepsis, accidente cerebrovascular, edema pulmonar, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, desprendimiento de retina y coagulación intravascular diseminada. Las complicaciones más graves



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

suelen observarse en pacientes con síndrome de HELLP clase I; con una morbilidad de hasta el 40%⁽¹⁶⁾.

Las complicaciones fetales derivadas del cuadro son: la prematuridad; siendo la consecuencia que el niño nazca con un crecimiento intrauterino restringido, con inmadurez pulmonar, dificultad respiratoria o que se presente una muerte fetal^(16,8).

La mortalidad perinatal más alta se observa en pacientes con embarazo menor de 28 semanas, en quienes además sufren restricción del crecimiento intrauterino o desprendimiento de placenta^(4,18,19).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño general del estudio:

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis. Criterio de inclusión y exclusión:

- Universo de estudio:

Embarazadas que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017.

- Selección y tamaño de la muestra:

La muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico aleatorio simple; mediante fichas que fueron enumeradas del 1 al 6679 y que fueron elegidas aleatoriamente mediante Microsoft Office Excel 2010©.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con el programa EPIDAT 3.1.

- Población: 6679 (Fuente: Archivo del Hospital Central del Instituto de Previsión Social).
- Proporción esperada: 13,9%⁽⁹⁾.
- Nivel de confianza: 95%.
- Precisión: 5.
- Tamaño de la muestra: 177.

- Unidad de análisis:

Fichas clínicas de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Criterios de inclusión:

Fichas clínicas de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero a diciembre del 2017.

-Criterios de exclusión:

Fichas clínicas que no tengan datos laboratoriales.

Variables:

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicador
Características Sociodemográficas				
Edad materna	Cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Edad cronológica de la paciente que se encuentra registrada en la ficha clínica.	Numérica en años.
Estado Civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Estado civil registrado en ficha clínica.	1. Soltera. 2. Casada. 3. Unión estable. 4. Divorciada. 5. Viuda.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedencia	Cualitativa nominal	Área de donde procede la paciente.	Procedencia registrada en la ficha clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rural 2. Urbano
Departamento	Cualitativa nominal	Localidad donde vive la paciente.	Nombre del departamento registrado en la ficha clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concepción 2. San Pedro 3. Cordillera 4. Guairá 5. Caaguazú 6. Caazapá 7. Itapúa 8. Misiones 9. Paraguari 10. Alto Paraná 11. Central 12. Ñeembucú 13. Amambay 14. Canindeyú 15. Presidente Hayes 16. Alto Paraguay 17. Boquerón 18. Asunción (Capital)
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad habitual de una persona,	Ocupación de la paciente registrada en	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Empleada pública



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		generalmente para la que se ha preparado.	la ficha clínica.	3. Empleada privada 4. Estudiante 5. Otra
Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos				
Gesta	Cuantitativa discreta	Período que transcurre entre la fecundación y el momento antes del inicio del parto.	Número de embarazos registrados en las fichas clínicas.	Numérica.
Paridad	Cuantitativa discreta	Número total de partos.	Número de partos vaginales registrados en las fichas clínicas.	Numérica.
Cesárea	Cuantitativa discreta	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared	Número de cesáreas registradas en las fichas clínicas.	Numérica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		abdominal y uterina.		
Aborto	Cuantitativa discreta	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.	Número de abortos registrados en las fichas clínicas.	Numérica.
Edad gestacional	Cuantitativa continua	Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta un momento determinado.	Edad gestacional que figura en la ficha clínica.	Numérica.
Número de controles prenatales	Cuantitativa discreta	Cuidado médico de forma periódica durante el embarazo.	Número de controles prenatales registrados en la ficha clínica.	Numérica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Características clínicas				
Hipertensión Arterial Crónica	Cualitativa nominal	Elevación de la presión arterial antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.	Antecedente de hipertensión arterial crónica registrado en la ficha clínica.	1. Si 2. No
Estados hipertensivos del embarazo	Cualitativa nominal	Hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de gestación.	Estados hipertensivos del embarazo registrados en la ficha clínica.	1. Preeclampsia 2. Eclampsia 3. No aplica
Síndrome de HELLP	Cualitativa nominal	Complicación multisistémica de los trastornos hipertensivos del embarazo.	Diagnóstico de síndrome de HELLP registrado en la ficha clínica.	1. Si 2. No



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Datos Laboratoriales				
Datos laboratoriales	Cuantitativa continua	Valores que se obtienen al analizar muestras de sangre, orina o tejidos corporales para determinar si los resultados están dentro de los límites normales.	Datos laboratoriales que se registran en la ficha clínica.	LDH (UI/L) Bilirrubina total (mg/dL) AST (UI/L) ALT (UI/L) Plaquetas (/mm ³)
Terapéutica				
Tratamiento	Cualitativa nominal	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio.	Tratamiento clínico o quirúrgico registrado en la ficha clínica.	1.Sulfato de magnesio 2.Antihipertensivos 3.Corticoides 4.Interrupción del embarazo 5.Otros 6.Ninguno



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos:

La técnica se basó en la observación y revisión de la información de las historias clínicas (fuente secundaria), y el traspaso de la información al instrumento de recolección de datos que constó de las siguientes dimensiones: Características Sociodemográficas (edad materna, estado civil, procedencia, departamento, ocupación); Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos (gesta, paridad, cesárea, aborto, edad gestacional, número de controles prenatales); Características Clínicas (Hipertensión Arterial Crónica, Estados Hipertensivos del Embarazo, Síndrome de HELLP); Datos laboratoriales y Terapéutica.

La construcción de la base de datos se realizó en Microsoft Office Excel 2010©, diseñado para el efecto.

Los datos fueron recolectados por la autora y colaboradores capacitados para el llenado correcto del instrumento de recolección de datos utilizados para el estudio.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

El presente trabajo describe la prevalencia del Síndrome de Hellp en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero-diciembre del año 2017. El mismo se constituyó mediante el análisis de fuentes secundarias, por lo que previo a la ejecución del presente estudio se solicitó la autorización al Departamento de Estadística y Servicio de Archivo del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Los principios de: igualdad, beneficencia, no maleficencia y justicia, vigente son preservados en el desarrollo del trabajo; por ser un estudio sin riesgo y sin intervención y además no se requiere consentimiento informado.

Para el manejo de datos personales de las pacientes que fueron partícipe del estudio, se tuvo en cuenta solo la recolección de los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos de investigación; no se tomaron datos personales que permitan la identificación de las participantes con el fin de salvaguardar el derecho al anonimato y la información se manejará mediante códigos.

Plan de análisis:

El análisis estadístico se realizó en el programa STATA 14.0®. Las variables cualitativas se presentaron en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango intercuartílico, desviación estándar) de las variables cuantitativas.

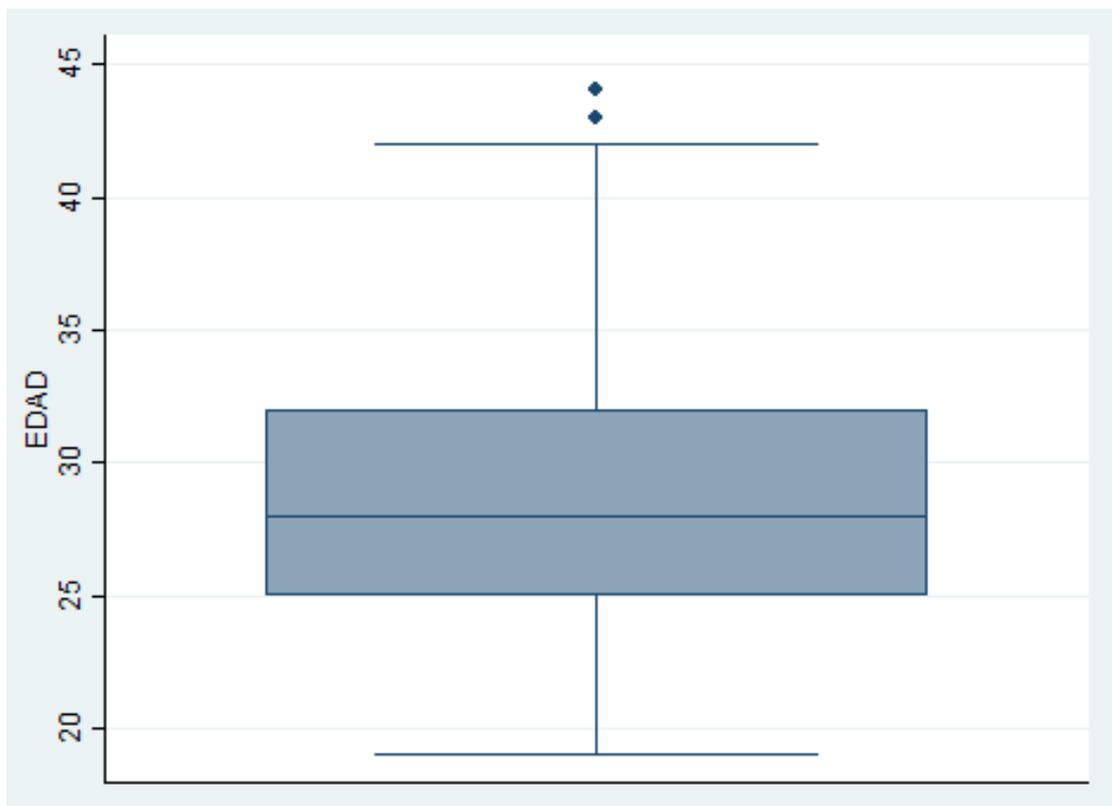


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESULTADOS

La totalidad de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017 fue de 6679 y fueron seleccionadas aleatoriamente 177 embarazadas.

Gráfico 1: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social según edad, 2017. n=177



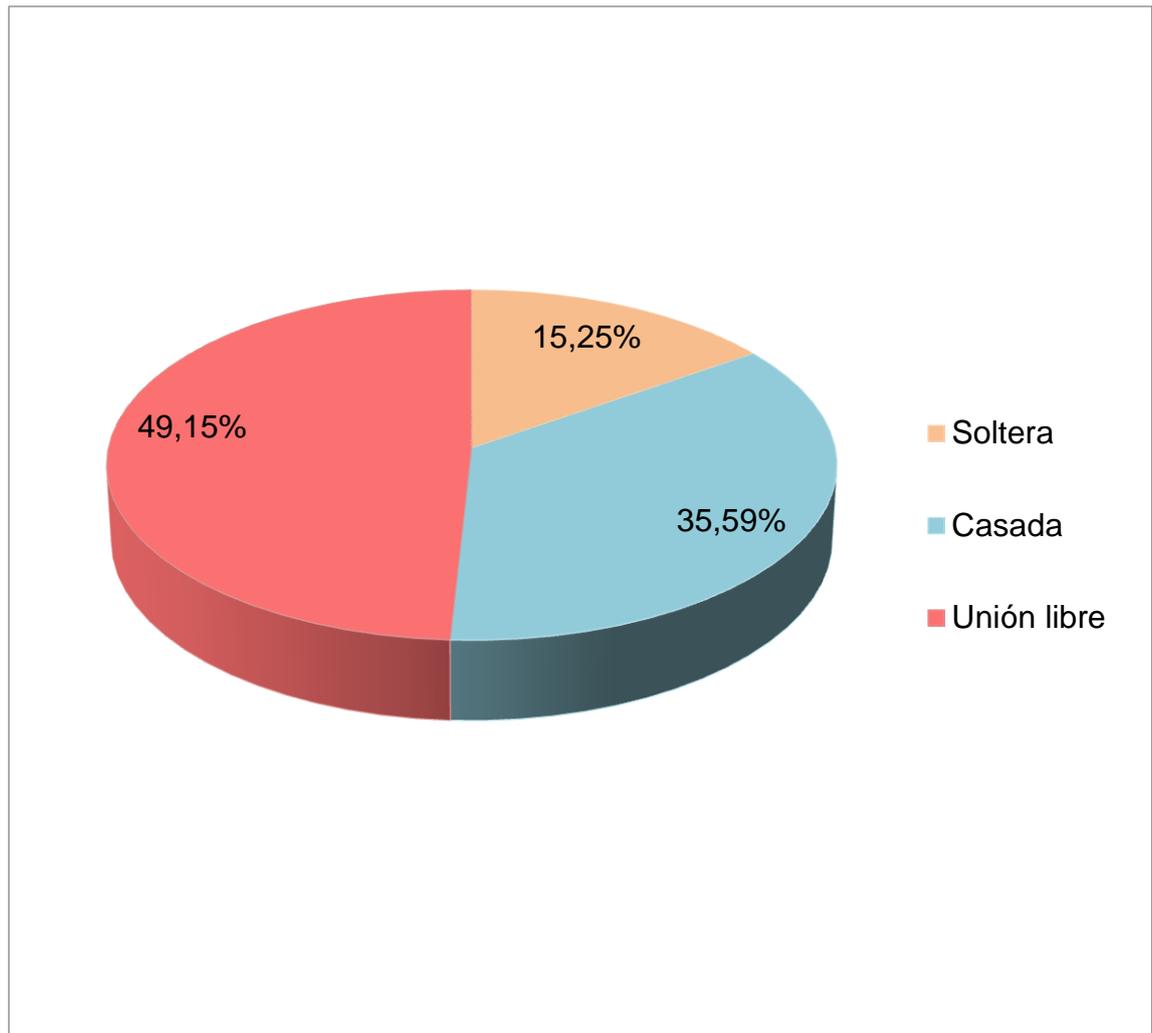
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El rango de edad estuvo comprendido desde los 19 años a 44 años. La mediana de edad fue de 28; y la mitad de la población estuvo entre los 25 a 32 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 2: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo al estado civil, 2017. n=177



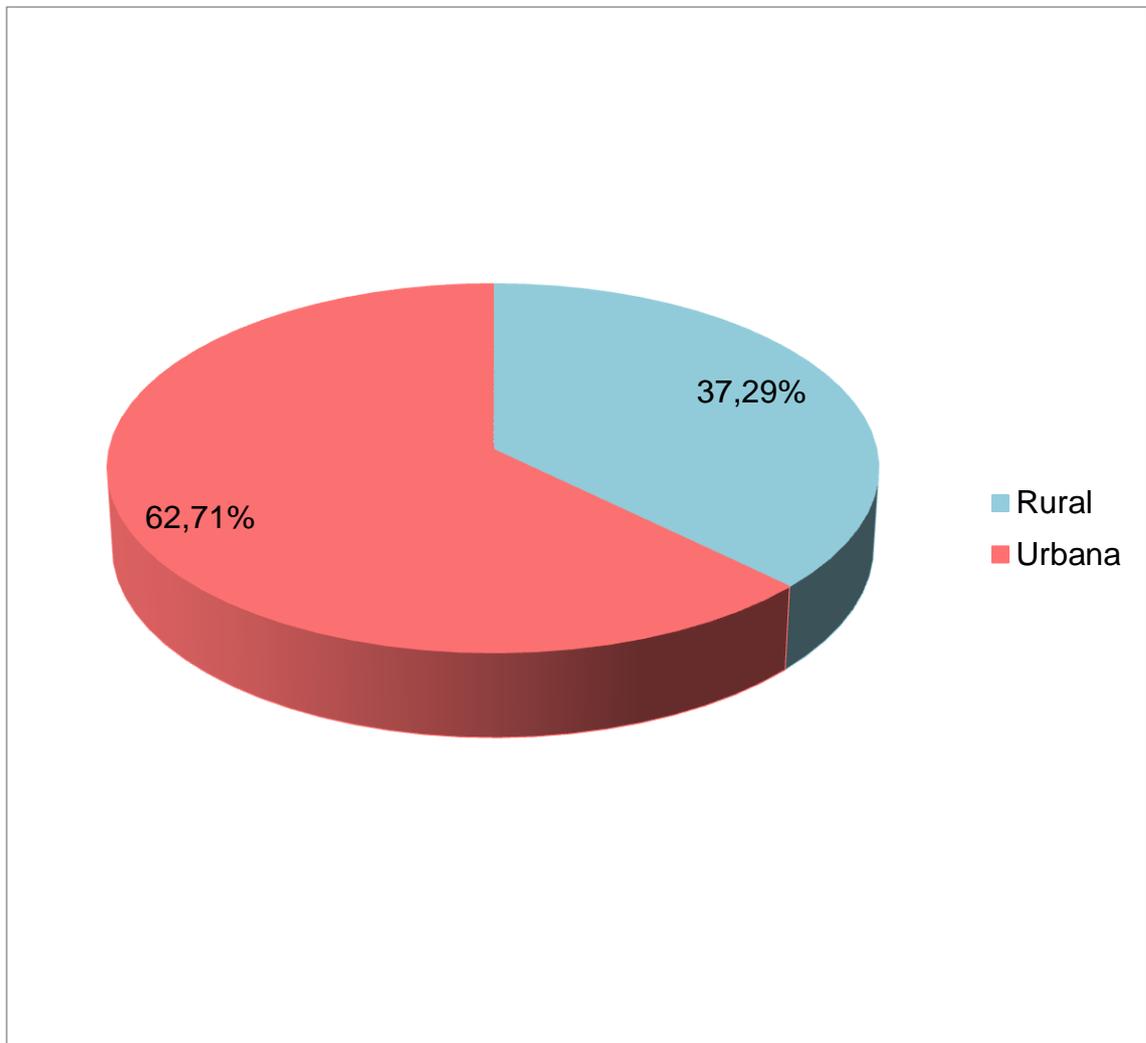
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

La mayor proporción de la población está en unión libre.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 3: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a su procedencia, 2017. n=177



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

La mayoría de las embarazadas procedieron de áreas urbanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Cuadro 1: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social según departamento, 2017. n=177

Departamento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Concepción	3	1,69
San Pedro	3	1,69
Cordillera	5	2,82
Guairá	7	3,95
Caaguazú	7	3,95
Caazapá	3	1,69
Itapúa	6	3,39
Misiones	3	1,69
Paraguarí	8	4,52
Alto Paraná	11	6,21
Central	85	48,02
Asunción (Capital)	30	16,94
Canindeyú	2	1,13
Presidente Hayes	4	2,26
Total	177	100%

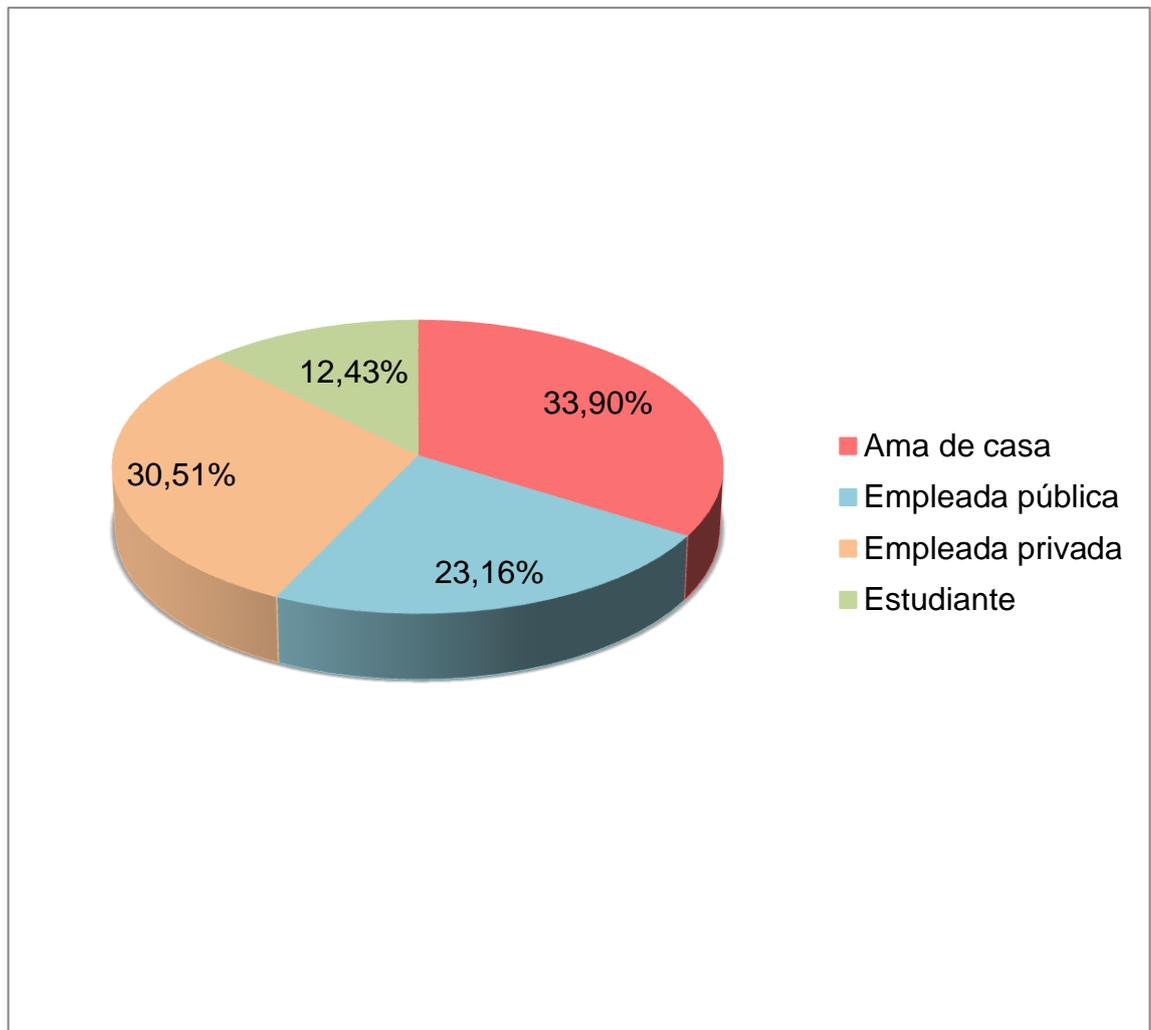
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El mayor porcentaje de las embarazadas procedieron del departamento Central.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 4: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a su ocupación, 2017. n=177



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El 33,90% (60) de las embarazadas son ama de casa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Cuadro 2: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a sus antecedentes ginecológicos y obstétricos, 2017. n=177

Antecedentes Medidas	Gesta	Paridad	Cesárea	Aborto	Edad Gestacional	Nº de control prenatal
Mínimo	1	0	0	0	21,2	0
Máximo	7	5	3	2	40,6	11
Mediana	2	0	1	0	36,3	5
Media	2,28	0,82	1,03	0,23	34,9	4,54
Desvío estándar	1,28	1,42	0,72	0,49	4,38	2,68
P25	1	0	1	0	33,2	3
P75	3	1	1	0	37,6	6

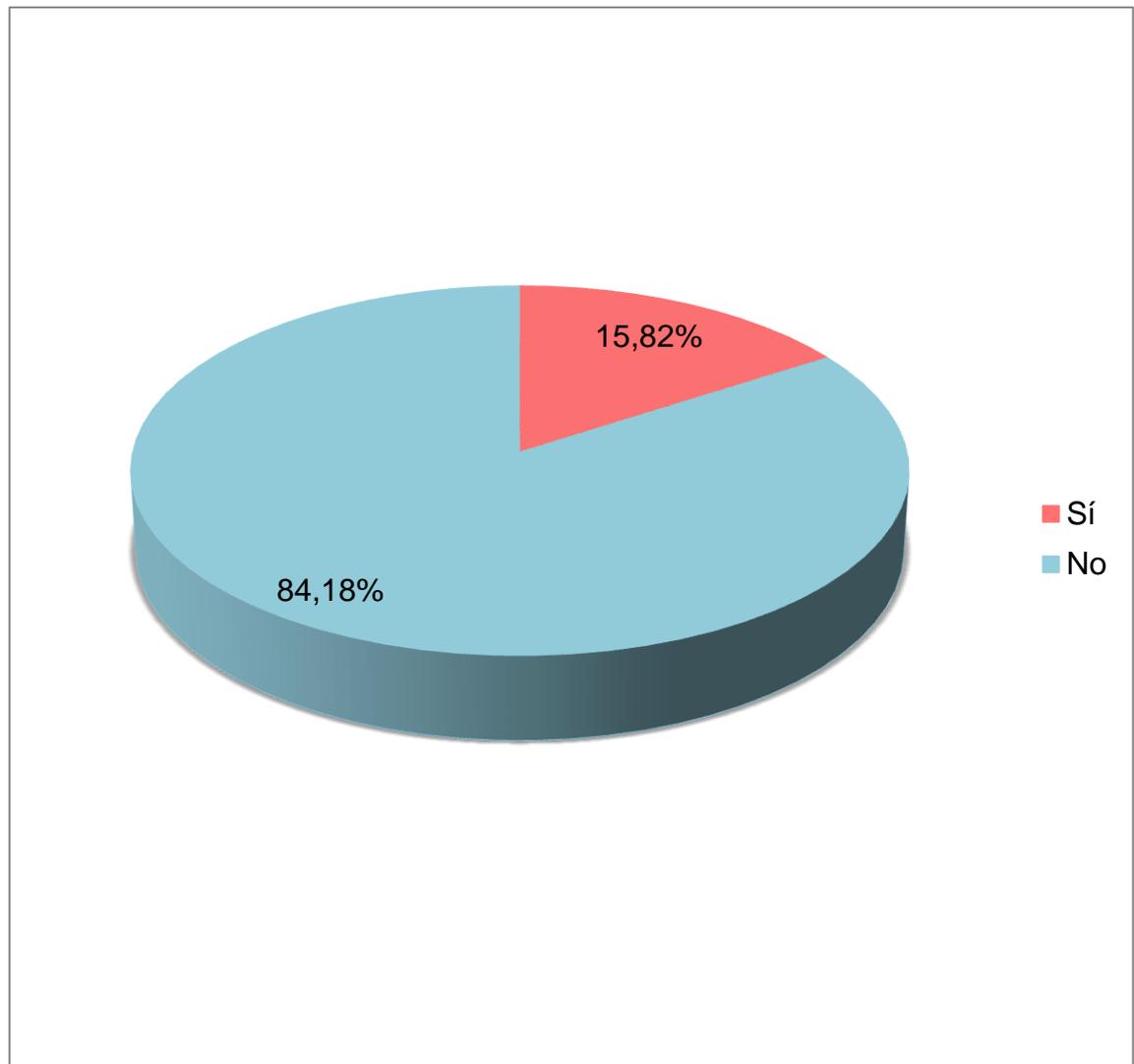
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

En cuanto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos, el valor máximo de la gesta fue de 7, el de paridad fue de 5, cesárea 3, aborto 2; la edad gestacional estuvo comprendido entre 21,2 a 40,6 semanas y la mediana del número de controles prenatales fue de 5.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 5: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a la Hipertensión Arterial Crónica, 2017. n=177



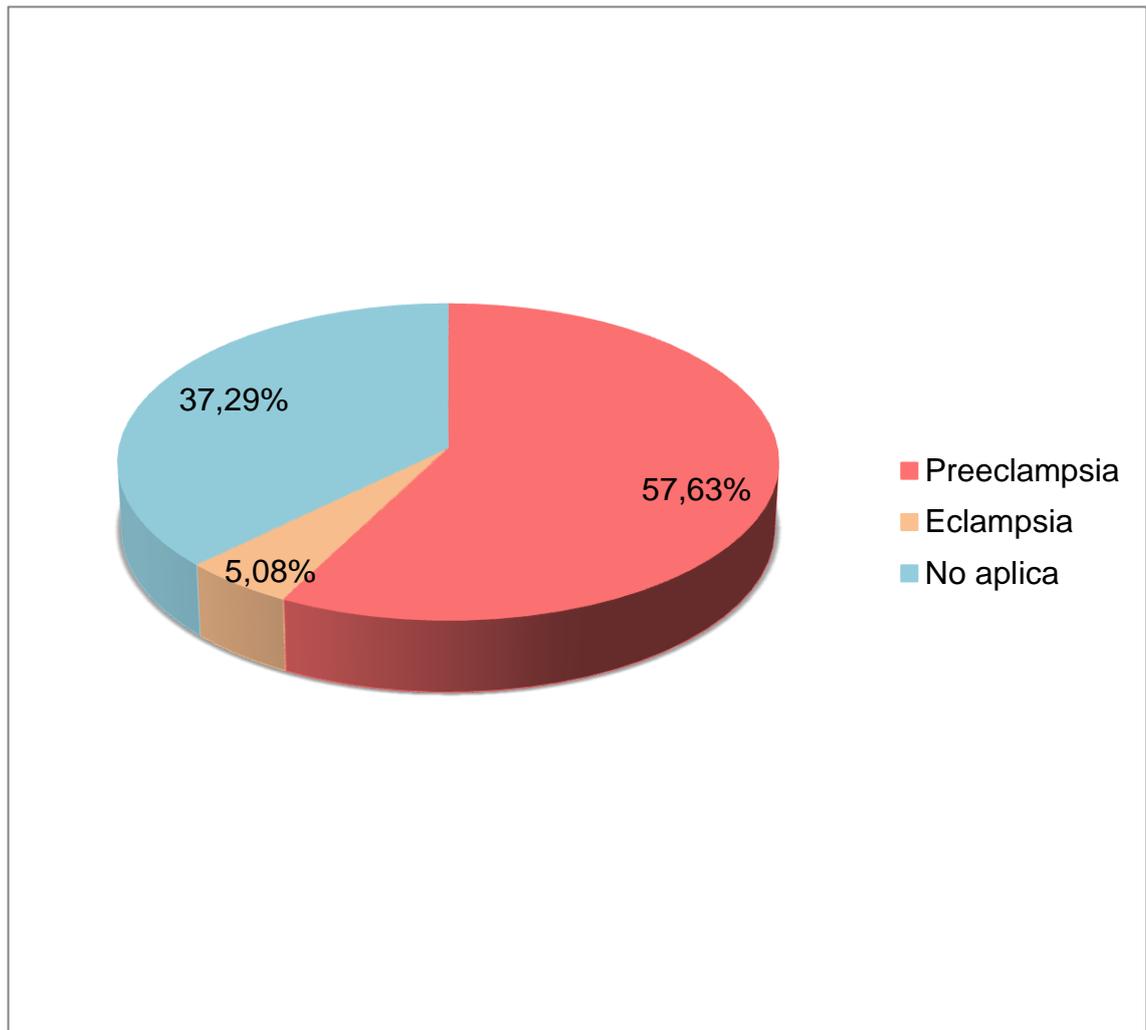
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

Un porcentaje superior de la población no padece de Hipertensión Arterial Crónica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 6: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a las enfermedades hipertensivas del embarazo, 2017. n=177



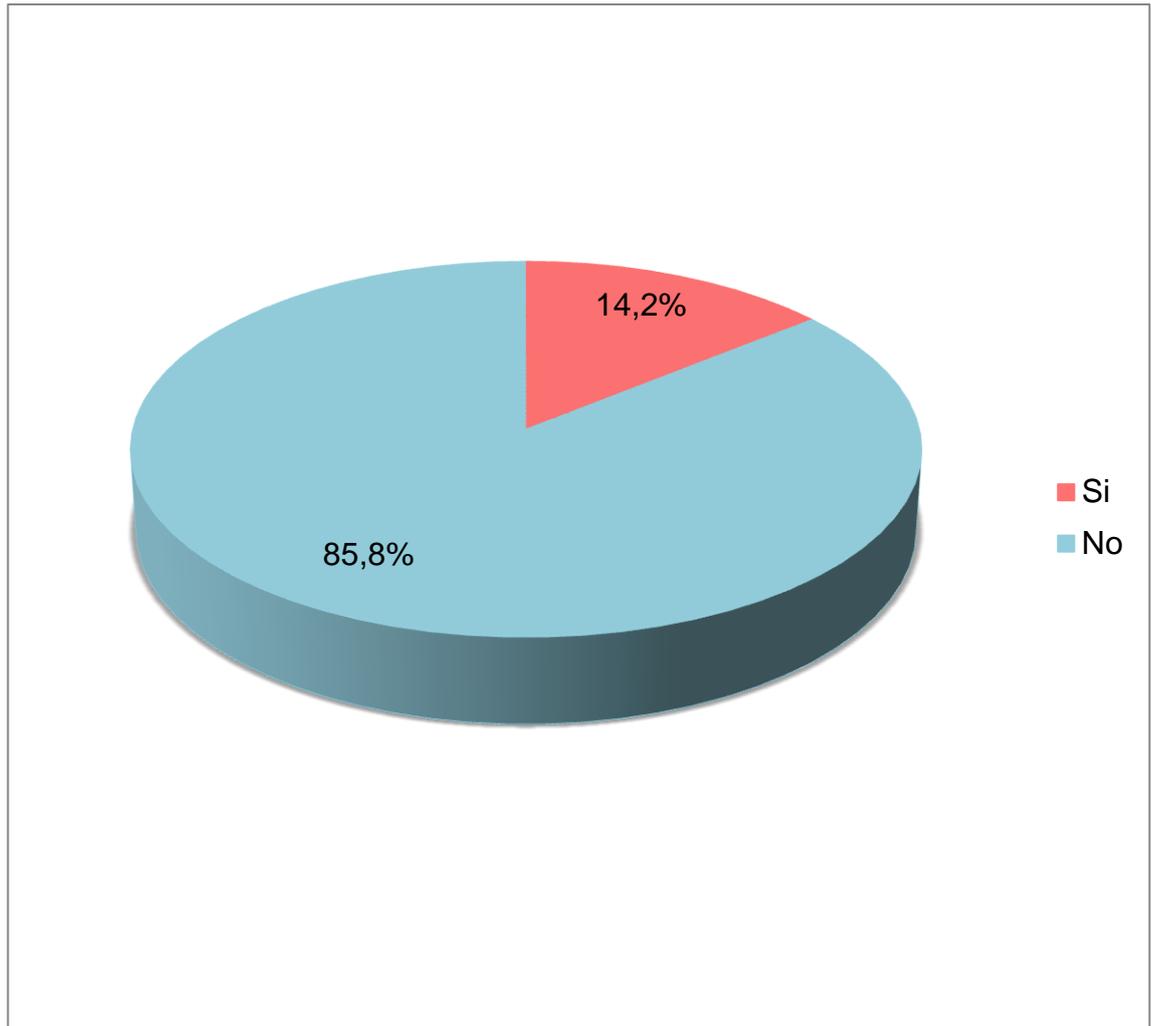
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

Un porcentaje mayoritario de las embarazadas presentaron preeclampsia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 7: Prevalencia de Síndrome de HELLP en embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=177



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

De todas las embarazadas que acudieron al servicio 14,2% (25) presentaron Síndrome de HELLP.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Cuadro 3: Distribución de embarazadas con diagnóstico de Síndrome de HELLP que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo a datos laboratoriales, 2017. n=25

Datos Laboratoriales / Medidas	LDH	Bilirrubina Total	GOT(AST)	GPT(ALT)	Plaquetas
Mínimo	620	1,2	81	75	72000
Máximo	2727	3,06	713	457	99000
Mediana	879	1,32	96	89	88000
Media	969,72	1,436	130,92	113,52	87560
Desvío estándar	400,68	0,38	124,08	76,99	7060,19
P25	780	1,3	90	84	85000
P75	1023	1,41	110	99	93000

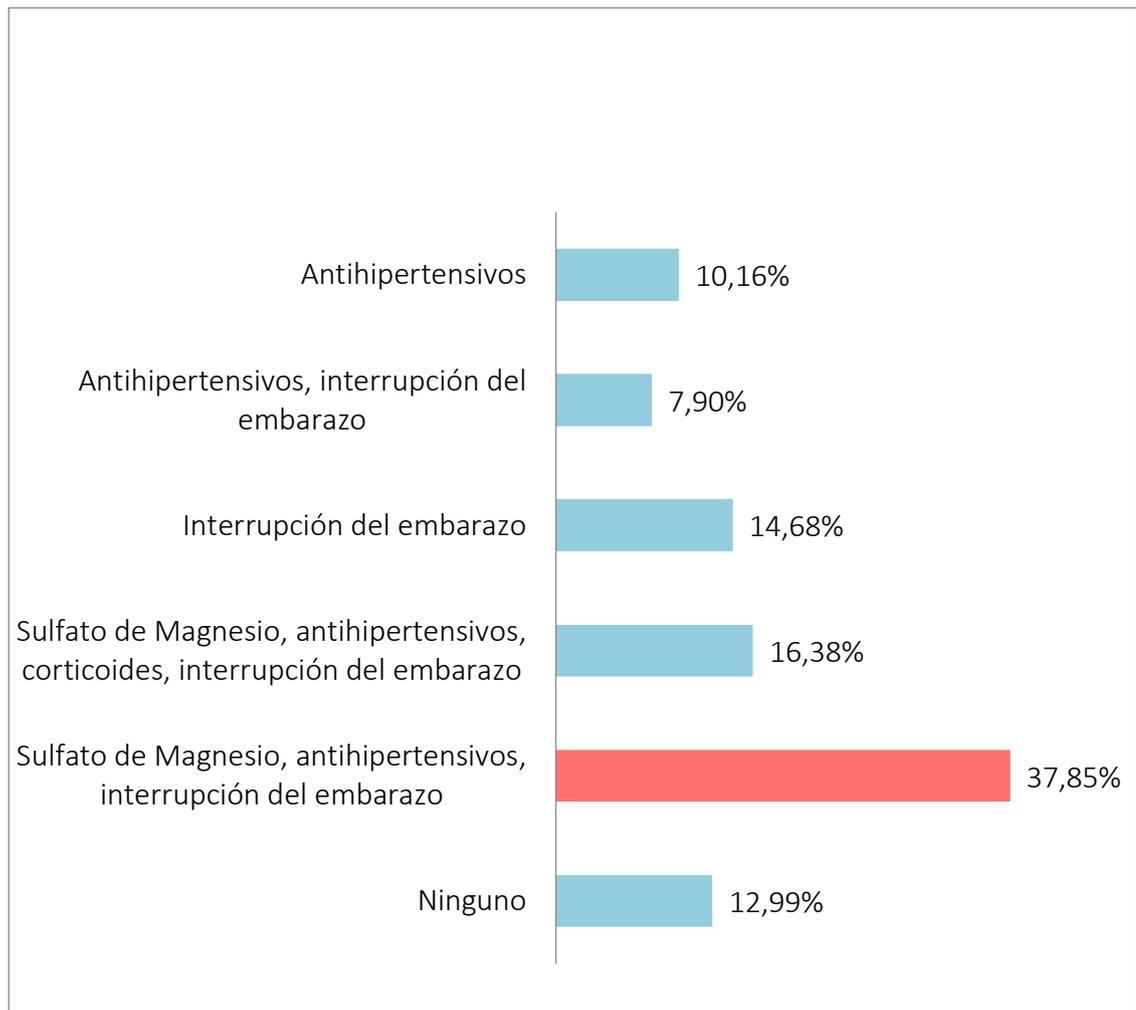
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

En cuanto a los datos laboratoriales, la mediana de la LDH fue de 879; el de bilirrubina total fue de 1,32; GOT(AST) fue de 96; GPT(ALT) de 89 y plaquetas de 88000.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 8: Distribución de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de acuerdo al tratamiento recibido, 2017. n=177



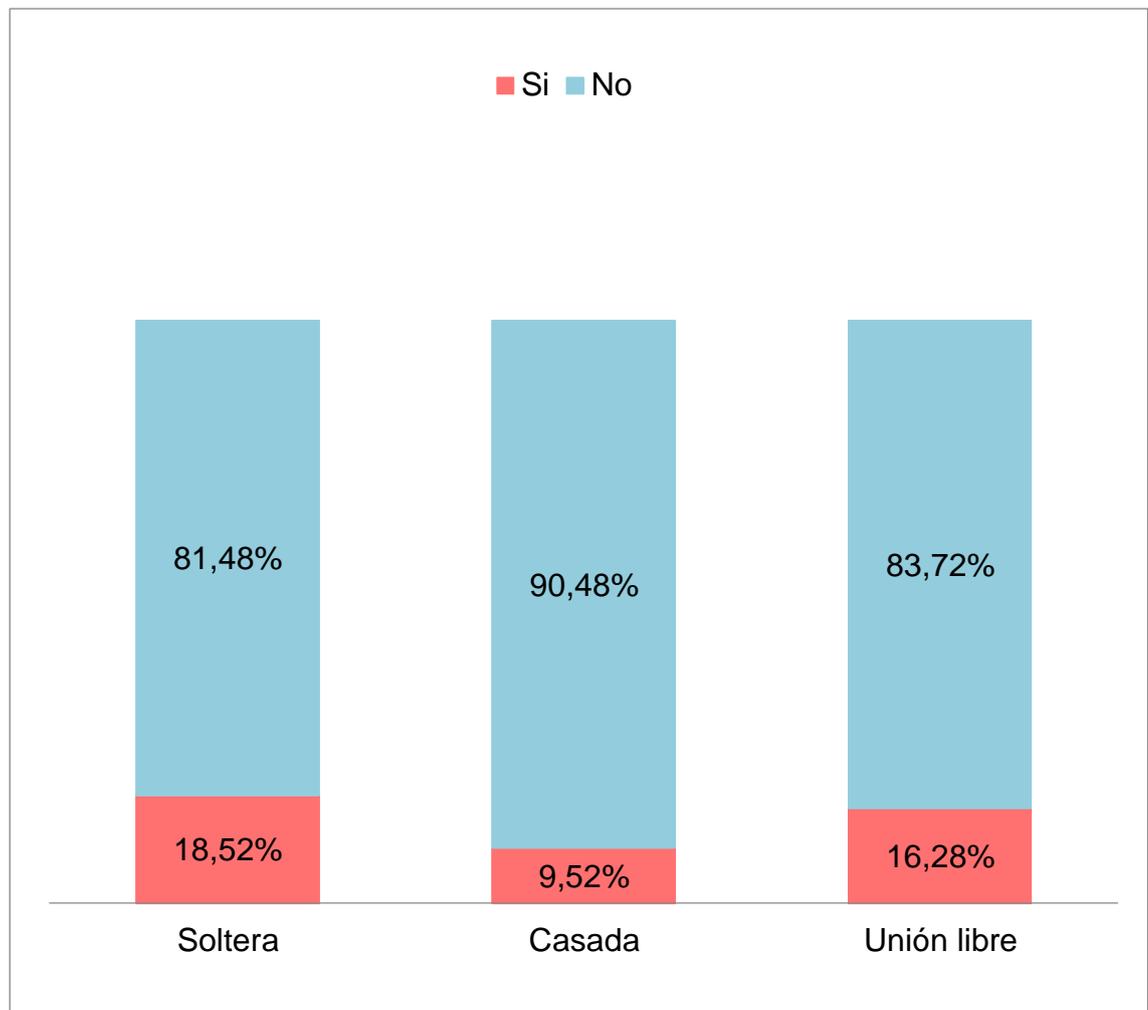
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

De todas las embarazadas que acudieron al servicio el 37,85% (67) recibió sulfato de magnesio junto con antihipertensivos y se realizó la interrupción del embarazo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 9: Síndrome de HELLP y su distribución de acuerdo al estado civil de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=177



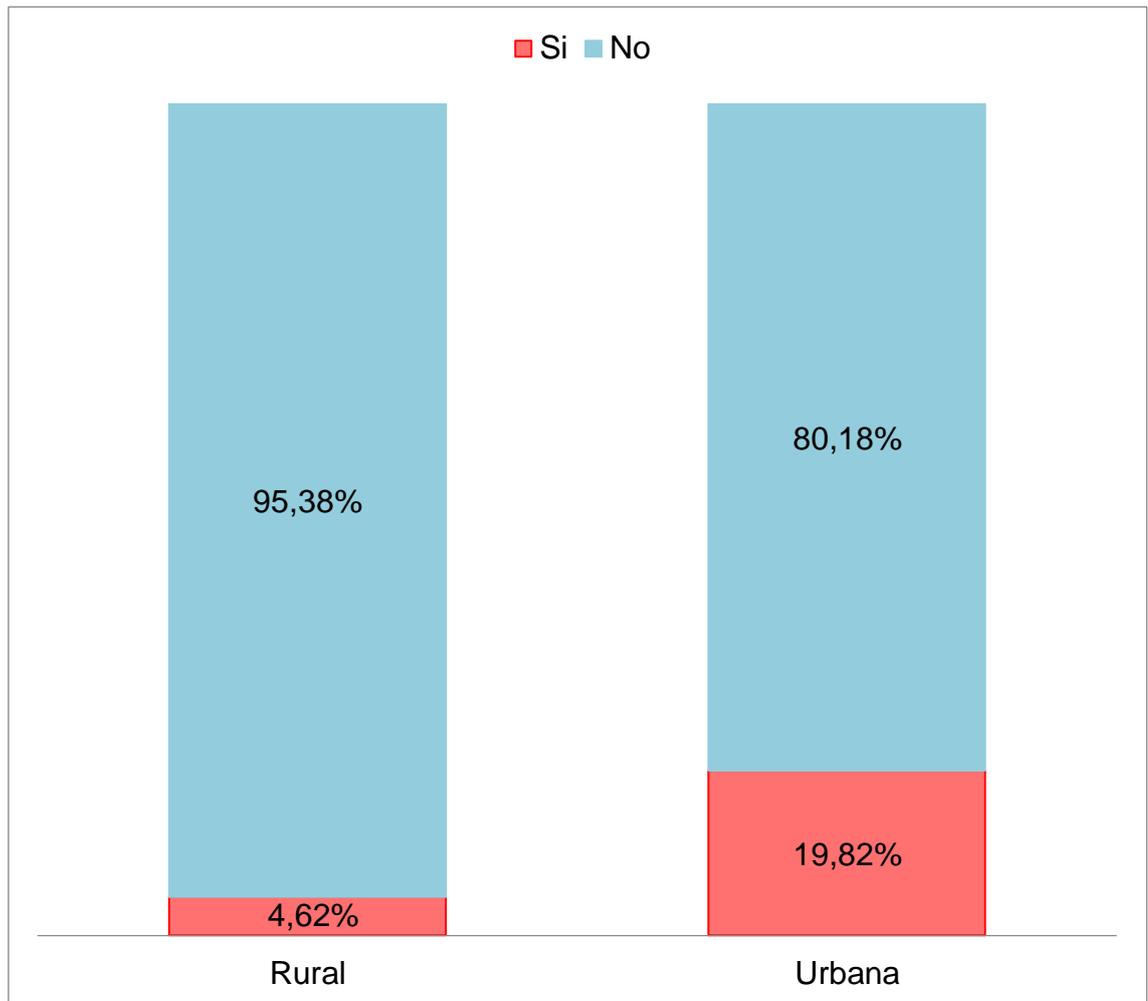
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El 16,28% (14) de las gestantes con síndrome de HELLP tenían como estado civil unión libre.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 10: Síndrome de HELLP y su distribución de acuerdo a la procedencia de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=177



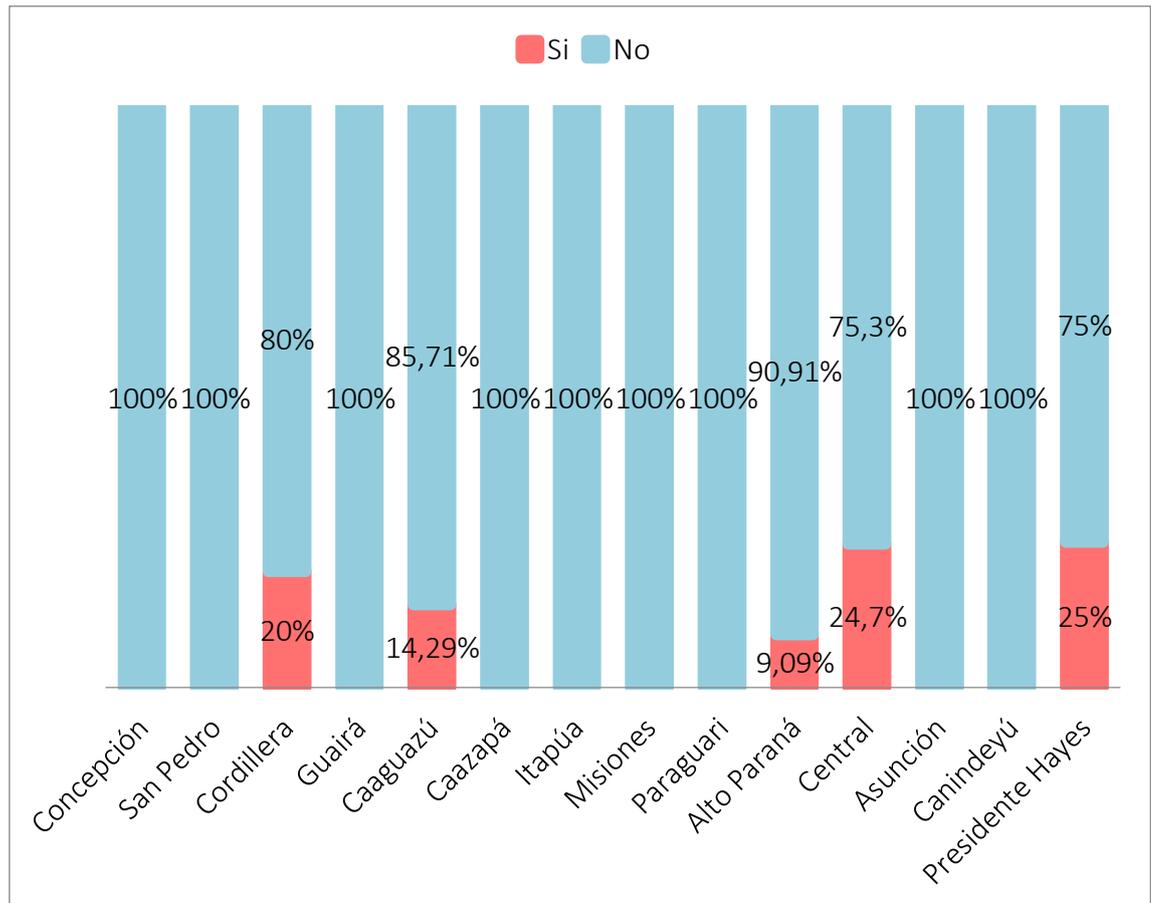
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El mayor porcentaje de las gestantes que desarrollaron la patología fueron de la zona urbana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 11: Síndrome de HELLP en las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social y su distribución de acuerdo al departamento, 2017. n=177



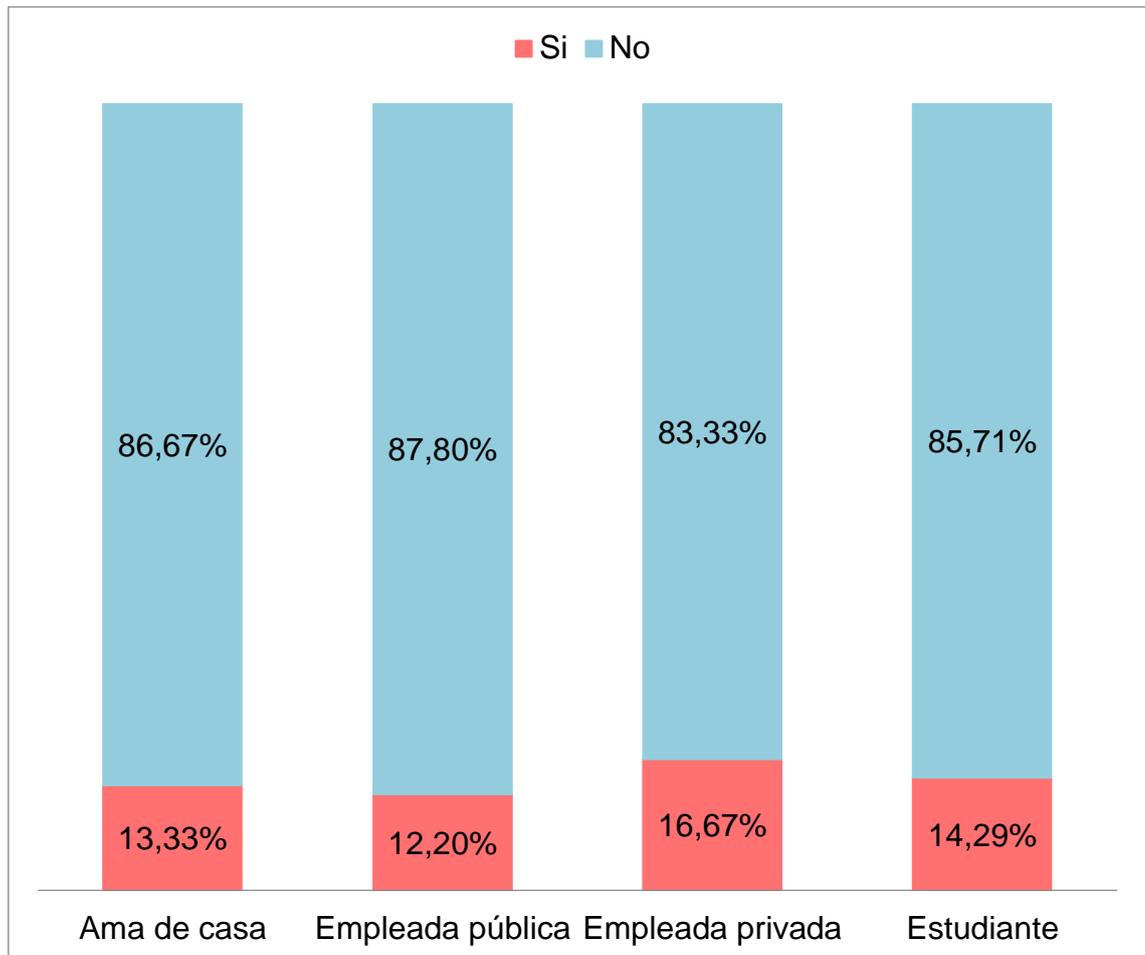
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El 24,7% (21) de las embarazadas con diagnóstico de síndrome de HELLP fueron del departamento Central.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12: Síndrome de HELLP y su distribución de acuerdo a la ocupación de las embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017. n=177



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.

El 16,67% (9) de las gestantes con el síndrome fueron empleadas privadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DISCUSIÓN

La muerte materna es un problema que afecta mayoritariamente a gestantes que viven en países en vías de desarrollo como el Paraguay⁽¹²⁾; una de las principales causas son los trastornos hipertensivos del embarazo, dando énfasis a la preeclampsia, que si no es diagnosticada y tratada a tiempo puede generar complicaciones graves e inclusive mortales; entre ellas la principal es el Síndrome de HELLP que es considerada una complicación multisistémica del embarazo que continúa siendo un severo obstáculo en el ámbito de la salud pública⁽⁸⁾.

En el presente estudio se encontró que la mitad de la población estuvo comprendida entre los 25 a 32 años; dato que concuerda con los estudios realizados por Báez H. et al. (República Dominicana, 2016) y con otro trabajo hecho por Cárdenas A. et al. (Perú, 2017) en donde la mayoría de las embarazadas tenían la misma edad^(10,13); pero que difiere del trabajo realizado por Vigil-De Gracia P. (México, 2015) en el que más de la mitad de la población presentó una edad menor a lo encontrado en este estudio⁽⁴⁾.

En cuanto al estado civil la mayoría de las embarazadas estaban en unión libre; lo cual concuerda con el estudio realizado por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) en el cual el mayor porcentaje de las embarazadas también se encontraban con el mismo estado civil⁽⁹⁾; pero difiere del trabajo de Paau, A. (México, 2015) en donde la mayoría de las gestantes fueron casadas⁽¹⁾.

Con respecto a la procedencia; la mayor proporción de las gestantes procedieron de zonas urbanas, resultado que coincide con el trabajo hecho por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) en el que la mayoría de las embarazadas también provenían de áreas urbanas⁽⁹⁾.

El mayor porcentaje de la población incluida en el estudio fue del departamento



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Central y en menor medida de los demás puntos del interior del país.

En el estudio realizado por Paau, A. (México, 2015) se constató que la mayoría de las gestantes fueron ama de casa, lo cual concuerda con este trabajo; en el cual el mayor porcentaje de las embarazadas tuvieron la misma ocupación⁽¹⁾.

En cuanto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos, el promedio de la edad gestacional fue de 34,9 (\pm 4,38) semanas, valor similar al encontrado en un estudio realizado por Mendoza L. et al. (Venezuela, 2015)⁽⁷⁾. Con respecto al número de controles prenatales la mitad de las embarazadas tuvieron entre 3 a 6 controles que difiere con los trabajos realizados por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) y Paau A. (México, 2015) en donde predominó el control prenatal ausente o inadecuado^(9,1).

La Hipertensión Arterial Crónica estuvo presente en el 15,82% de las gestantes, dato que es semejante al valor obtenido en el trabajo hecho por Vigil-De Gracia P. (México, 2015) donde se obtuvo un porcentaje similar de las embarazadas que presentaron la misma patología⁽⁴⁾.

En relación a las enfermedades hipertensivas del embarazo, más de la mitad de las embarazadas presentaron preeclampsia, lo que concuerda con el resultado obtenido en el estudio llevado a cabo por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) en el que se encontró la misma patología en la mayor proporción de la población⁽⁹⁾.

La prevalencia del Síndrome de HELLP en las gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017 fue del 14,2%; valor muy similar se encontró en el trabajo hecho por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) en donde la prevalencia de la patología fue del 13,9%⁽⁹⁾; así también concuerda con el estudio realizado por Mendoza B. et al. (Ecuador, 2015) en el que se obtuvo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

una prevalencia del 14%⁽⁶⁾. En todos estos casos el tratamiento definitivo fue la interrupción del embarazo, lo que coincide con el estudio hecho por Gutiérrez C. et al. (México, 2012) en donde se consideró el mismo método como medida principal para este síndrome⁽⁵⁾.

En cuanto a los datos laboratoriales de las pacientes con síndrome de HELLP incluidas en el estudio fueron similares a los datos obtenidos en el trabajo realizado por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) puesto que en ambos trabajos los valores de estos datos se encontraron elevados, acompañándose de una disminución de las plaquetas⁽⁹⁾.

En relación al tratamiento la mayoría de las gestantes recibieron antihipertensivos, sulfato de magnesio y la vía de interrupción de la gestación en casi la totalidad de los casos fue la cesárea; lo que coincide con un trabajo llevado a cabo por Labarca L. et al. (Venezuela, 2016) en donde se menciona también a la cesárea como vía de culminación del embarazo en más de la mitad de la población⁽⁹⁾.

Con respecto a las embarazadas que presentaron Síndrome de HELLP la mayoría tenía como estado civil unión libre; lo que concuerda con el estudio hecho por Cárdenas A. et al. (Perú, 2017) en donde se encontró que más de la mitad de las gestantes con dicha patología tenían el mismo estado civil⁽¹³⁾. Además la mayoría de las gestantes con mencionada patología fueron empleadas privadas, lo que difiere del estudio realizado por Rojas M. et al. (México, 2018) en el que se constató que la mayor parte de la población era ama de casa⁽¹⁴⁾.

Cabe recalcar que durante la realización del estudio existieron ciertas limitaciones debido a que para la recolección de los datos se utilizó las fichas clínicas de las gestantes que acudieron al servicio; motivo por el cual se llegó a



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

omitir algunas variables puesto que las informaciones referentes al tema indicado no pudieron ser obtenidas en su totalidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

CONCLUSIÓN

El trabajo realizado permitió además de determinar la prevalencia del Síndrome de HELLP en las embarazadas, conocer ciertos datos sociodemográficos referentes al tema y detallar la situación actual de las gestantes de la población; todo esto permite ampliar la información que existe en el medio acerca de la patología y por consiguiente buscar las medidas adecuadas para mejorar la detección y tratamiento en estadios tempranos, para reducir e inclusive evitar que el cuadro se vuelva más severo, disminuir así la mortalidad materna y fetal que conllevará a mejoras importantes en nuestra sociedad y economía.

La prevalencia del Síndrome de HELLP en este estudio fue del 14,2%; se encontró que el grupo de edad comprendía entre 19 a 44 años.

Las gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en su mayor parte procedieron de áreas urbanas; casi la totalidad de ellas fueron del departamento Central.

La mayor parte de la población en estudio presentó como estado civil unión libre y fueron ama de casa, que fue considerada como la principal ocupación llevada a cabo por las embarazadas incluidas.

Con respecto a las pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP presentaron una elevación de los datos laboratoriales, acompañados de una disminución del valor de las plaquetas.

La mayoría de las gestantes con este diagnóstico procedieron de una zona urbana; predominó el departamento Central y los de estado civil unión libre, seguido de las casadas; la mayoría tiene un empleo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

- Inclusión de centros regionales del interior del país para ampliar los estudios y por ende obtener estadísticas actualizadas para tener una mejor panorámica de la situación actual de la población general en cuanto a las complicaciones generadas por las enfermedades hipertensivas del embarazo.
- Promover una mayor educación e información acerca de la importancia de la salud durante la gestación; con la finalidad de identificar los riesgos o signos de alarma que permitan la intervención oportuna de la patología y así evitar complicaciones.
- Señalar la importancia de la cantidad de controles prenatales; pues de esto depende la detección oportuna e inclusive la prevención de posibles complicaciones maternas o neonatales durante la gestación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

BIBLIOGRAFÍA

1. Paau A. Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital de Cobán, Alta Verapaz. 2015;16-39.
2. Nogales García AI, Blanco Ramos MT, Calvo García E. Síndrome HELLP en atención primaria. Med Gen y Fam. 2016;5:64-7.
3. Monge C. Síndrome de HELLP. Rev Médica Sinerg. 2018;3:215-20.
4. Vigil-De Gracia P. Síndrome HELLP. Ginecol Obs Mex. 2015;83:48-57.
5. Gutiérrez C, Alatorre J, Cantú O, Gómez D. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. Rev Hematol Mex. 2012;13(4):195-200.
6. Mendoza B, Rivadeneira J. Manejo de la Preeclampsia y Síndrome de HELLP en pacientes gestantes ingresadas en el área de obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda. 2015;6-22.
7. Mendoza L, Rivera L, Cabrera C. Síndrome de HELLP: resultado materno-perinatal. Rev Latinoam Perinatol. 2015;18:181-4.
8. Ortellado J, Ramírez A, González G, Olmedo G, Ayala M, Sano M, et al. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015. Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna. 2016;3(2):11-57.
9. Labarca L, Urdaneta JR, González ME, Contreras A, Baabel NS, Fernández M, et al. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad «Dr. Armando Castillo Plaza», Maracaibo, Venezuela. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016;81(3):194-201.
10. Báez H, Torres C, Távarez J, Lugo A, Jiménez M, Pérez M. Factores relacionados al Síndrome de HELLP en pacientes ingresadas en el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- departamento de gineco-obstetricia en centros de salud de tercer nivel. An Med PUCMM. 2016;6(1):108-18.
11. Álvarez AZ, Álvarez VA, Martos FD. Caracterización de las pacientes con Síndrome de HELLP. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2014;42(4):1-6.
 12. Gutiérrez M, Velásquez E. Morbimortalidad materna. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2017;413-428.
 13. Cárdenas A, Fernández M. Morbilidad y Mortalidad en pacientes con Síndrome de HELLP atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú. 2017;17-30.
 14. Rojas M, Ramírez M, Hernández F, Rivera M, Barragán N, Reyes I, et al. Síndrome de HELLP en relación a diversos factores clínicos en un hospital del Estado de Hidalgo. J Negat No Posit Results JONNPR. 2018;3:378-91.
 15. Méndez L, Santiago E. Aumento del volumen medio plaquetario como factor predictivo en una de las complicaciones de la preeclampsia Síndrome de HELLP durante el periodo noviembre de 2015 a junio 2016 en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. 2016;18-30. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9774/1/T-UCE-0006-104.pdf>
 16. Huerta I, Borcic A, Pacheco J. Síndrome de Hellp. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2015;54(2):121-30.
 17. Espinosa O, Leime MC. Prevalencia y principales causas de cesárea en el Hospital General Delfina Torres. 2017;24. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13959>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

18. Álvarez D, Pino L, Medina M, Rodríguez Y, Eduardo Á. Impacto clínico y epidemiológico de preeclampsia y eclampsia en mujeres adolescentes primigestas que ingresan al Hospital Universitario Erasmo Meoz. INBIOM. 2016;3:50-5.
19. Pérez D, Elizalde V, Téllez G. Síndrome de HELLP en el puerperio en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Arch Inv Mat Inf. 2012;4:86-94.
20. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. 2018. 231-247p. <https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PATOLOGIAS WEB.pdf>
21. Quispe M, Anchari J. Muerte materna por síndrome de Hellp, Hospital Antonio Lorena de Cusco. 2018;9-17.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



La siguiente ficha técnica será utilizada para el trabajo de investigación cuyo título es “PREVALENCIA DE SÍNDROME DE HELLP EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017”; en el marco del Trabajo de Fin de Grado dentro del programa de formación de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, Paraguay. El llenado se realizará a cargo de la autora; Univ. Perla Romina González Gutierrez y colaboradores capacitados para el llenado correcto del instrumento de recolección de datos en el departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con la ficha clínica de las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia en el período comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2017; con fines absolutamente estadísticos y académicos, donde se respetará los criterios de confidencialidad; justicia e igualdad y no maleficiencia.

Quedarán asentados únicamente los datos de interés según las variables a ser investigadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Nº de Ficha:

I- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

.....(años cumplidos)

2. Estado Civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

3. Procedencia :

1. Rural
2. Urbana

4. Departamento:

- | | | |
|------------------|--------------|------------------------|
| 1. Concepción | 2.San Pedro | 3. Cordillera |
| 4. Guairá | 5.Caaguazú | 6.Caazapá |
| 7. Itapúa | 8.Misiones | 9.Paraguarí |
| 10.Alto Paraná | 11.Central | 12.Ñe'embucú |
| 13.Amambay | 14.Canindeyú | 15.Presidente Hayes |
| 16.Alto Paraguay | 17.Boquerón | 18. Asunción (Capital) |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. Ocupación:

1. Ama de casa
2. Empleada pública
3. Empleada privada
4. Estudiante
5. Otra

II- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

6. Gesta:

7. Paridad:

8. Cesárea:

9. Aborto:

10. Edad gestacional:

11. Número de controles prenatales:

III- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIALES Y TERAPÉUTICA

12. Hipertensión Arterial Crónica:

1. Si
2. No

13. Estados hipertensivos del embarazo:

1. Preeclampsia
2. Eclampsia
3. No aplica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

14. Síndrome de HELLP:

1. Si
2. No

15. Datos Laboratoriales:

LDH (UI/L):.....

Bilirrubina total (mg/dL):.....

AST (UI/L):.....

ALT (UI/L):.....

Plaquetas (/mm³):.....

16. Tratamiento:

1. Sulfato de magnesio
2. Antihipertensivos
3. Corticoides
4. Interrupción del embarazo
5. Otro.....
6. Ninguno



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

NOTA DE PERMISO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4

Asunción, 03 de setiembre de 2018

Señora:

Dra. Laura Maria Da Silva Iramian

Presidenta del Comité de Ética

Hospital Central del Instituto de Previsión Social

PRESENTE.

Por medio del presente reciba mis cordiales saludos y a la vez comunico que el trabajo de fin de grado titulado "Prevalencia de Síndrome de HELLP en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.", de la Univ. Perla Romina González Gutierrez, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú, tiene el visto bueno y la autorización correspondiente para la ejecución de su investigación en el servicio.

Atentamente.

Dr. Rogelio Sosa Espínola
Jefe del Servicio de Obstetricia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA: MEDICINA
Coordinación de Trabajos de Fin de Grado



Asunción, 10 de septiembre del 2018

Señora
Dra. Laura María Da Silva Jardim,
Presidenta del Comité de Ética
Hospital Central del Instituto de Previsión Social
Presente

Por la presente me dirijo a Ud. y a donde corresponda a fin de dar constancia que el Protocolo de Investigación del Trabajo de Fin de Grado cuyo título es "Prevalencia de Síndrome de HELLP en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017" cuyo autor es Perla Romina Gonzalez Gutierrez quien realiza Pasantía Hospitalaria, ha sido revisado in extenso siendo aprobado de forma y fondo por esta Tutoría, siguiendo las pautas de rigor científico según el modelo de la Organización Panamericana de la Salud y los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Caaguazú y la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina.

Esta aprobación se realiza tras la revisión global del Protocolo de Investigación y reúne las condiciones para ser presentado y defendido.

ATTE.

Lic. Rose María Sachelari de López

Firma y Aclaración
Tutor



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

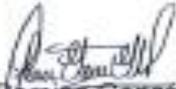
Asunción, 10 de septiembre del 2018

Dra. Gladys Sandoval
Jefa del Departamento de Educación Médica, Docente e Investigación del
Hospital Central del Instituto de Previsión Social.
Presente

Me dirijo a usted y a donde corresponda a los efectos de solicitar autorización para el ingreso a la dirección de archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con la finalidad de recolección de datos para el trabajo de fin de grado "Prevalencia de Síndrome de HELLP en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017" que será presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado.

Esperando una respuesta favorable a dicho pedido, hago propicia esta ocasión para saludarla y desearle un buen resto de jornada.

ATENTAMENTE


Univ. Perla Romina González Gutiérrez
C.I.N° 5401839
Alumna de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Nacional del Caaguazú.

A Dirección de Apoyo y Servicios
As/10/09/18



A su conocimiento, con el visto bueno y autorización de esta Jefatura, atendiendo al convenio firmado entre el IPS y la UNC, a los efectos de solicitar parecer y factibilidad.

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Dra. Gladys Sandoval
Jefa del Depto. de Educación Médica
e Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dpto de Apoyo Administrativo
A
A su conocimiento y
trámites correspondientes

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Dra. María Asunción Vallejos O.
Directora
Dirección de Apoyo y Servicios
11 SET. 2018

A: Sec. Documentación y Archivo

A su conocimiento lo solicitada, a fin
de brindar su parecer.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. José Santiago Fruits
JEFE
Dpto. Apoyo Administrativo H.C.

A: DPTO. DE APOYO ADMINISTRATIVO

J.F.
12-09-18

Cuentan con el VºBº por esta jefatura para realizar lo solicitado, una vez que
remitan su listado se le proveerá.

A: Dirección de Apoyo y Servicios
Para su conocimiento

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Angélica Cáceres
Jefe de Sección
Documentación y Archivo
20 SET 2018

Dpto de Educación Médica
A
A su conocimiento y
trámites correspondientes

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Lic. José Santiago Fruits
JEFE
Dpto. Apoyo Administrativo H.C.

J.F.
20/09/18

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Dra. María Asunción Vallejos O.
Directora
Dirección de Apoyo y Servicios

20 SET. 2018

De vuelta a Dirección de Apoyo
y Servicios
JA: J.F. Lic. José Santiago Fruits
20 SET. 2018
Fecha: *J.F.*