



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE DE ENFERMERIA

**TEMA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL
SÍNDROME DE HELLP**

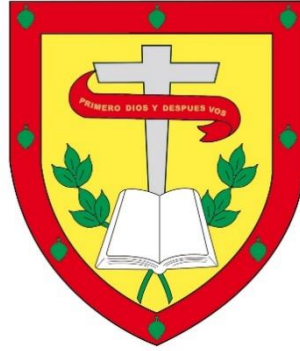
**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: MANUEL ERIBERTO ILLESCAS VILLA - KARLA XIMENA
MAZA GUILLERMO**

DIRECTOR: LCDA. MARCIA YOLANDA COBOS ALVARRACÍN

CUENCA – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL
SINDROME DE HELLP

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTOR: MANUEL ERIBERTO ILLESCAS VILLA - KARLA XIMENA
MAZA GUILLERMO

DIRECTOR: LCDA. MARCIA YOLANDA COBOS ALVARRACÍN

CUENCA - ECUADOR

2021



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Manuel Eriberto Illescas Villa, Karla Ximena Maza Guillermo portadores de la cédula de ciudadanía N° **0106356223-0106802002**. Declaráramos ser autores de la obra: “**Proceso de atención de enfermería en el síndrome de hellp**”, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **25 de noviembre de 2021**

Manuel Eriberto Illescas Villa

C.I. 0106356223

Karla Ximena Maza Guillermo

C.I. 0106802002



CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Manuel Eriberto Illescas Villa-Karla Ximena Maza Guillermo, bajo mis sugerencias.

Nombre: Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracin Mgtr.

DIRECTOR

ÍNDICE

Índice	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Metodología	10
Flujograma	11
Resultados y discusión	12
Prevalencia de Síndrome de Hellp	12
Factores asociados al Síndrome Hellp	13
Complicaciones de Síndrome Hellp	14
Manejo terapéutico en pacientes con Síndrome de Hellp	16
Proceso de atención de enfermería en pacientes con Síndrome de Hellp	17
Conclusiones	22
Bibliografía	24

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE HELLP.

Autores:

Manuel Eriberto Illescas Villa

Karla Ximena Maza Guillermo

Tutor:

Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracín

RESUMEN

La patología del síndrome de hellp (SH) es una complicación que se manifiesta a lo largo del embarazo por hemólisis, incremento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. **Objetivo:** Analizar la prevalencia del SH, factores de riesgo, complicaciones que se presentan las gestantes, el manejo del SH y finalmente la atención de enfermería ante dicha patología. **Metodología:** un estudio de revisión bibliográfica, en la cual se realizó en bases de datos científicas como Scopus, Taylor & Francis, Web of Science, ProQuest, PubMed, Zlibrary articles, Medigraphic, Scielo. Se utilizó Descriptores de Ciencias de la Salud. **Resultados:** La prevalencia a nivel mundial del (SH) Paraguay con 14,2 %, Perú 9,7%, México 2,20 %, Argentina 1,5 %. Los factores de riesgo son embarazo gemelar, preeclampsia, antecedentes familiares, enfermedad renal aguda, multíparas, hipertensión arterial, obesidad, edad mayor de los 35 años y menor de los 20 años, primigestas. Las complicaciones hemorragia masiva, desprendimiento de la placenta, insuficiencia cardíaca, choque séptico, hemorragia cerebral, edema pulmonar, desprendimiento de retina, necrosis tubular, diabetes insípida, hemorragia hepática. El manejo terapéutico consiste en administrar dexametasona, sulfato de magnesio, transfusión de componentes plaquetarios, administración de electrolitos, también se deberá realizar estudios de tomografía computarizada, ecografía abdominal. **Conclusiones:** La atención de enfermería es un papel esencial en el cuidado del ser humano ya que son el primer vinculo en recibir al paciente acompañándola antes, durante y después del parto, su función principal es proteger la salud de la madre/neonato.

Palabras clave: (DeCS), Síndrome Hellp, complicaciones, factores de riesgo, hemólisis

ABSTRACT

The pathology of hellp syndrome (HS) is a complication that manifests itself during pregnancy due to hemolysis, which is the increase of liver enzymes and thrombocytopenia. **Objective:** To analyze the prevalence of HS, risk factors, complications that occur in pregnant women, the management of HS, and finally nursing care in the face of this pathology. **Methodology:** A literature review study, which was carried out in scientific databases such as Scopus, Taylor & Francis, Web of Science, ProQuest, PubMed, Z-library articles, Medigraphic, Scielo. Health Sciences Descriptors was used. **Results:** The worldwide prevalence of (SH) Paraguay with 14.2 %, Peru 9.7 %, Mexico 2.20 %, Argentina 1.5 %. Risk factors are twin pregnancy, preeclampsia, family history, acute renal disease, multiparous, arterial hypertension, obesity, age over 35 years and under 20 years, primigravidae. Complications include massive hemorrhage, placental abruption, heart failure, septic shock, cerebral hemorrhage, pulmonary edema, retinal detachment, tubular necrosis, diabetes insipidus, hepatic hemorrhage. Therapeutic management consists of administering dexamethasone, magnesium sulfate, transfusion of platelet components, administration of electrolytes, computed tomography studies, abdominal ultrasound should also be performed. **Conclusions:** Nursing care is an essential role in the care of the human being since they are the first link in receiving the patient accompanying her before, during, and after delivery, their main function is to protect the health of the mother/neonate.

Keywords: (DeCS), Hellp Syndrome, complications, risk factors, hemolysis.

Introducción

La patología del síndrome de hellp (SH) es una complicación que se manifiesta a lo largo del embarazo, por hemólisis, incremento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia (1). El (SH) y la preeclampsia (PE) comparten aspectos clínicos como por ejemplo hipertensión, edema, proteinuria (2). Por lo que el síndrome de hellp se muestra en mujeres gestantes con epigastralgia, disnea, cefalea, astenia y emesis (3).

Existen dos métodos de clasificación que se utiliza en la actualidad para pacientes que presenten (SH), se desarrollaron para identificar, clasificar y para realizar un manejo ordenado hacia las gestantes (4). El sistema de Mississippi se divide en tres clases, funcionalidad del número de plaquetas que va depender de su severidad, es decir a menor cantidad se va a manifestar un cuadro clínico de complicaciones en cambio el sistema de Tennessee divide al (SH) completo cuando las plaquetas se encuentran < 100000 microlitro, AST/ ALT superior 70 unidades internacionales por litro (UI/L), lactato deshidrogenasa superior 600 UI/L, incompleto cuando presenta preeclampsia severa más un criterio de laboratorio para (SH) (5).

Según Reyes et al (6) a lo largo del embarazo o luego del mismo, este representa un elevado peligro de daño hacia un órgano no blanco, en especial al hígado de la gestante, su detección tardía y su falta de seguimiento luego del parto en varios de los casos esto pasa inadvertido hasta sus peores efectos. La existencia del (SH) en una edad gestacional temprana por un nivel inferior de factibilidad hace que el trabajo de los obstetras sea importante, debido a que con un diagnóstico a tiempo se pueda evitar la mortalidad tanto materna como fetal y en ciertos casos la interrupción del embarazo es primordial (7).

Las complicaciones del (SH) son: insuficiencia renal, ruptura hepática, mayor índice de muerte vinculada a la eclampsia, primordialmente una vez que se muestre hipertensión severa, de esta forma reconociendo que la mortalidad materna no suele ser solo un dato estadístico que ayuda a involucrar a toda sociedad (8). Según Monje (9) las complicaciones maternas son coagulación intravascular diseminada (CID), hematoma subcapsular hepático, insuficiencia renal aguda (IRA), derrame pleural, edema pulmonar y ascitis severa.

De acuerdo con Ramírez (10) la mortalidad materna a nivel internacional se cree que es un indicador de injusticia social, desigualdad de clase, pobreza, como un suceso centinela, que controla la eficacia de los métodos de salud en los territorios y estados de todo el mundo. Por otra parte Kascak et al (11) la presencia del (SH) a una edad gestacional prematura por debajo del nivel de fiabilidad del feto es una condición considerablemente rara, por lo cual el

personal de salud debe estar atento porque esta enfermedad progresa rápidamente ya que puede poner en riesgo la vida de la madre, por lo que un diagnóstico a tiempo y la interrupción del embarazo son lo primordial.

En un estudio realizado por Collantes et al de 20.641 partos acontecidos en Cajamarca, 3411 fueron asistidos en el Hospital Regional de Docente de Cajamarca, 778 pacientes presentaron trastornos hipertensivos del embarazo, 33 presentaron eclampsia, 71 mujeres con (SH), las cuales 23 presentaron eclampsia. El (SH) aparece 5-9 de cada 1000 embarazadas y 10-20% de los casos con preclamsia severa, el 70% se muestra preparto, el 80% se desarrolla bajo la 37 semana de gestación, el 10% bajo de la 27 semanas de gestación, posterior al parto surge en los 2 primeros días, no obstante se ha verificado de casos que se presenta hasta siete días posteriormente del parto (13).

De acuerdo con Findelee (14) el (SH) pertenece a enfermedades hipertensivas del embarazo, aunque se ha verificado que la hipertensión no es un indicador obligatorio, a menudo se encuentra ausente en las formas tempranas, con una frecuencia de 1 de 150 embarazos, las madres primíparas se encuentran afectadas, ya que se sospecha que existe un componente genético, hasta la actualidad no existe una causa exacta que desencadena el (SH).

Por otra parte el personal de enfermería deberá recomendar a las gestantes que deben acudir por urgencias si llega a presentar hemorragia durante la gestación, se relaciona con los resultados adversos tales como: anomalías congénitas, aborto, muerte fetal, parto pretérmino y placenta previa y conocer las manifestaciones clínicas del SH de los cuales son: epigastralgia, náusea, emesis, astenia, cefalea, líbido reticularis, taquicardia, hipertensión arterial y visión borrosa, para así poder identificar dicha la patología (15).

La atención de enfermería a la gestante se realiza con autonomía, con bases de conocimientos científicos que conlleve a identificar y desarrollar los cuidados de manera eficiente para cubrir las necesidades de cada paciente que se encuentra cursando el embarazo, parto y postparto (16). En el primer nivel es esencial la atención ya que se enseña y se instruye a todas las gestantes sobre trastornos hipertensivos, complicaciones y promoción de la salud, las actividades de enfermería son: control de constantes vitales, valorar el estado de conciencia, ingesta y eliminación, administración de medicamentos, control de peso (17).

La investigación bibliográfica contribuirá al manejo y cuidado de la gestante que presente SH, además beneficiará a los profesionales de la salud, especialistas, docentes, estudiantes entre otros, este documento brindará información actualizada en relación con

síndrome de hellp. El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la prevalencia del SH, los factores asociados al síndrome de Hellp, complicaciones (SH), manejo del SH y finalmente el proceso de atención de enfermería ante dicha patología.

Metodología

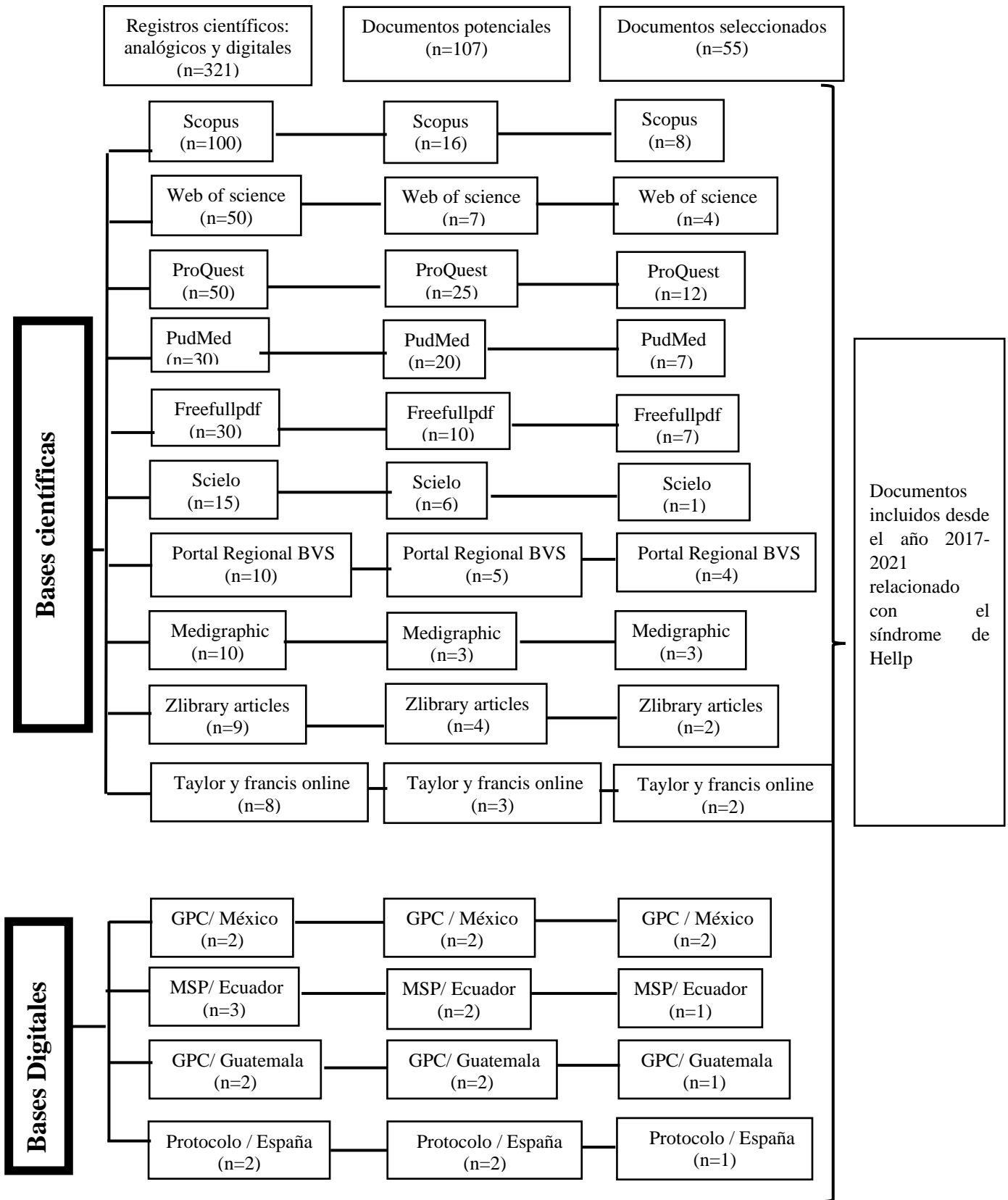
Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el Proceso de Atención de Enfermería en el Síndrome de Hellp, mediante una búsqueda de documentos en las siguientes base de datos científicos tales como: Scopus, Taylor of Francis, web of science,, ProQuest, PudMed, Zlibrary articles, freefullpdf, Medigraphic, Scielo, Portal Regional BVS, también se incluyeron documentos que se encuentran en páginas del ámbito de la salud tales como: Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador en el que se encontró Score MAMÁ y claves obstétricas 2017, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social como Trastornos hipertensivos en el embarazo 2019, Protocolo de Hipertensión y Gestación 2017 España, Guía de Práctica Clínica de México en los que se encuentra como Intervenciones de enfermería en Trastornos Hipertensivos, Prevención diagnóstico y tratamiento de la preclamsia, Manual de Obstetricia y Ginecología de Chile 2017.

Se utilizó Descriptores de Ciencias de la Salud tales como: “Hemólisis”, “Complicaciones”, “Factores de riesgo”, “Diagnóstico”, “Tratamiento”, ”Prevalencia”, “Risk factors”, “Latin America”, “Community Health Nursing”, “HELLP Syndrome”, “Protocolo”, “Manual”, “Diagnostic”, “Nursing care”, “Atención de Enfermería”, “Cuidados de Enfermagem”, “epidemiology”.

Por otra parte se utilizó operadores booleanos como: ”AND”,”OR”,”NOT” quedando de la siguiente manera: hellp AND síndrome, “hellp syndrome” AND “prevalence”, “hellp's syndrome” or “nursing”, “risk factors” and “hellp syndrome”, “treatment” and “hellp syndrome”, “hellp's syndrome” and “complications”.

Mediante la búsqueda se eligieron criterios de inclusión: artículos de revisión bibliográfica, artículos originales, publicaciones científicas relacionadas directamente con el tema, publicados en el periodo 2017-2021 y en idiomas tales como inglés, portugués, español, y por criterios de exclusión tesis, tesinas, artículos y publicaciones que no cumplieron con los parámetros de calidad científica o que no aporten al cumplimiento de los objetivos de estudio. La búsqueda dió como resultado 321 registros científicos, documentos potenciales 107 y se seleccionó 55 para la elaboración de esta revisión bibliográfica, los mismos que se encuentran detallados en el siguiente gráfico:

Flujograma



Resultados y discusión

Para el desarrollo de los resultados y la discusión se integraron 55 documentos que sirvió para la elaboración de esta revisión bibliográfica, 17 se utilizó para la elaboración de la introducción y 38 documentos respaldan los resultados y discusión, 9 contestaron la pregunta sobre la prevalencia del (SH), 7 publicaciones argumentan sobre factores de riesgo del síndrome de hellp, 7 investigaciones responden las complicaciones del síndrome de hellp, 7 guías y estudios responden al manejo terapéutico del (SH) y finalmente 8 respaldan sobre los cuidados de enfermería en pacientes con síndrome de hellp.

Prevalencia de Síndrome de Hellp

Según González (18) en un análisis llevado a cabo en Paraguay en el Hospital Central el servicio de Ginecología y Obstetricia, la prevalencia del (SH) ha sido de un 14.2% en un conjunto de mujeres de 19 a 44 años de edad que proceden de regiones rurales. Mientras que en Asia Meridional es de 0.69%, en un análisis de 11974 partos, 83 expusieron (SH) siendo la prevalencia inferior (19).

Según Guerrero (20) en un estudio en México, se valoraron en una unidad hospitalaria de 2226 gestantes 16 presentaron (SH) siendo 2.20% la prevalencia (SH). Por otra parte siendo inferior, en un análisis llevado a cabo en Francia el (SH) represento el 10% de los casos de preclamsia con una prevalencia de 0.2%, y en la eclampsia ocurrió en 0,1% en embarazos de nulíparas y multíparas (21).

En un análisis realizado por García et al (22) llevado a cabo en el Hospital del suroeste de México, de 44 pacientes, 23 casos se documentó preclamsia con criterios de severidad, 8 casos con preeclampsia, 7 casos presentaron (SH), 4 hipertensión gestacional y además 2 presentaron eclampsia sin a ver tenido hipertensión. En cambio en Estados Unidos se realizó un estudio, incorporándose hallazgos de 1.276 pacientes de las cuales 466 gestantes presentaron síndrome de Hellp y 810 gestantes cumplían con las perspectivas de preeclampsia (23).

Según Peña et al (24) en un análisis realizado en la unidad de cuidados intensivos en Perú, de 502 gestantes, 49 presentaron síndrome de hellp y el resto eclampsia. Mientras que Milos et al (25) en un análisis en Argentina el 87,5%, lo estados hipertensivos del embarazo reflejaron el 12,5% en la población, 1,5% hipertensas crónicas, hipertensión gestacional 8.1%, preclamsia 2,9% y síndrome de hellp 1,5%.

Por lo que el síndrome de hellp es una de las patologías más complejas, y a su vez es una causa primordial de muerte que se representa en un 12% de las embarazadas con preeclampsia y eclampsia, de tal forma que en el análisis realizado mostró que la enfermedad del síndrome de hellp se manifestó en 6 de cada 10 gestantes con preeclampsia (26).

Los principales hallazgos de nuestro estudio muestran que la prevalencia de (SH), según Gonzales (18) en el hospital de Paraguay fue de 14.2% en un conjunto de mujeres de 19 a 44 años de edad que proceden de zonas rurales, por otra parte Sitaula (19) en Asia Meridional es de 0.69%, Guerrero (20) en un estudio en México se valoraron en una unidad hospitalaria de 2226 gestantes 16 presentaron (SH) siendo la prevalencia (SH) de 2.20%, mientras que Moutengou (21) en un análisis en Francia el (SH) represento el 10% de los casos de preclamsia con una prevalencia de 0.2% en embarazos de nulíparas y multíparas, Peña et al (24) en un análisis realizado en la unidad de cuidados intensivos en Perú de 502 gestantes 49 presentaron síndrome de hellp siendo la prevalencia 9,7%.

Factores asociados al Síndrome Hellp

Según los autores Selcuk y Elif (27) en Carolina del Norte a lo largo de una evaluación en el síndrome de hellp sugiere que los límites clínicos y de laboratorio nos puede revelar que la edad joven, cefalea, hiperbilirrubinemia es decir $>2,0\text{mg/dl}$ y trombocitopenia es decir $<50.000/\text{mm}$ son los factores únicos para predecir resultados de peligro en mujeres gestantes con síndrome de hellp. En otro análisis realizado en Tailandia se identificó que un 49,8% fueron primigestas, un 11.1% con obesidad y un 5.2% fueron diagnosticadas de preclamsia con antecedentes familiares (28).

Según Xiong et al (29) el factor de riesgo que desarrollò el (SH) en un estudio realizado fue el embarazo gemelar. Los componentes de riesgo del SH son: preeclampsia en embarazos anteriores, antecedentes familiares, enfermedad renal aguda, síndrome antifosfolípido, multíparas, hipertensión, obesidad, edad mayor de los 35 años y menor de los 20 años, primigestas y antecedentes de diabetes (30). Según Folk (31) los factores de riesgo son edad superior a los 25 años de edad, antecedentes genéticos, eclampsia, preeclampsia, mujeres multíparas, raza blanca, primigestas, una edad gestacional de 27 a 36 semanas de gestación y plaquetopenia severa.

Por otra lado Lezcano et al (32) los componentes de riesgo según la clasificación de Tennessee son alrededor de 25 años de edad promedio, test blanca y multíparas, y la clasificación de Mississipii son test negra, edad joven y primigestas. Por otro lado Malmstro

et al (33) indican que los componentes de riesgo son: Diabetes tipo 1, obesidad tipo 1, tabaquismo , reproducción asistida (reproducción que cuenta con la asistencia de personal médico, para unir el óvulo con el espermatozoide), multíparas y periodo intergenesico.

Los hallazgos muestran según Selcuk y Elif (27) en Carolina del Norte a lo largo de una evaluación en el síndrome de hellp sugiere que los límites clínicos y de laboratorio nos puede revelar puede revelar que la edad joven, cefalea, hiperbilirrubinemia es decir $>2,0\text{mg/dl}$ y trombocitopenia es decir $<50.000/\text{mm}$ son los factores únicos, Sedigheh (28) en un estudio realizado en Tailandia se identificó que un 49,8% fueron primigestas, un 11.1% con obesidad y que representa un 5.2% fueron diagnosticadas de preclamsia con antecedentes familiares, mientras Xiong (29) el factor de riesgo que desarrollò el (SH) en un estudio realizado fue el embarazo gemelar, asimismo Folk (31) los factores de riesgo son edad superior a los 25 años de edad, antecedentes genéticos, eclampsia, preeclampsia, mujeres multíparas, raza blanca, primigestas, una edad gestacional de 27 a 36 semanas de gestación y plaquetopenia severa.

Complicaciones de Síndrome Hellp

Según Suárez et al (34) en un estudio en Cuba se presentó un caso con una paciente con preeclampsia, (SH) y hematoma subcapsular hepático roto un caso extremadamente grave lo que llevo a la muerte materna. Por otra parte Horazek y Crockett (35) en un estudio realizado en Estados Unidos en el Estado de Carolina del Norte una paciente de 31 años con 40 semanas de gestación con un diagnóstico médico de preeclampsia y desarrollo (SH), se realizó cesárea de emergencia, presentó hemorragia masiva en la incisión con un diagnóstico de hematoma hepático roto, la cual se trató activando el protocolo adecuadamente.

Es un estudio realizado Kongwattanakul et al (20) en un hospital de Tailandia. las complicaciones maternas entre las más comunes que se presentaron: hemorragia posparto, desprendimiento de la placenta, insuficiencia cardíaca e ingreso a la unidad de cuidados intensivos y los resultados perinatales, asfixia al nacer, bajo peso al nacer, reanimación e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales y muerte intraparto. Mientras que Egemen et al (36) en un estudio realizado en Turquía las complicaciones del síndrome de hellp son: choque séptico, Insuficiencia Renal Aguda (IRA), hemorragia cerebral, (CID), edema pulmonar, desprendimiento de placenta, dificultad respiratoria.

Así mismo un estudio realizado por Zapata et al (37) en un centro de atención terciaria con 437 pacientes se encontró las complicaciones del síndrome del hellp que son: hemorragia que se representa con un 55% que requirió transfusiones de sangre, (CID) se representó un

21%, desprendimiento de placenta con un 16%, (IRA) en un 8%, edema pulmonar con un 6%, hemorragia hepática subcapsular 1%, desprendimiento de retina con un 1% y muerte 1%. Srivastava et al (38) en un estudio realizado en un hospital de la India, las complicaciones fueron: necrosis tubular, diabetes insípida, hemorragia hepática, isquemia cortical de riñón y la mortalidad infantil perinatal está causada por el desprendimiento prematuro de placenta, prematuridad e intrauterina.

Segun Sitaula et al (19) en un estudio realizado en un hospital en la Asia Meridional, las complicaciones fueron fallo renal agudo 47 %, hemorragia postparto 21% , edema pulmonar 15%, desprendimiento de la placenta 10%, retinopatía 10%, convulsiones continua 1%. Por otra parte Collantes et al (39) en un estudio realizado en Perú a pacientes con síndrome de hellp 48.9% fetos presentaron percentil 10 de peso, con un 26.6% por debajo del percentil 3 de peso, pone en manifiesto que se debe identificar la restricción del desarrollo intrauterino.

Según los artículos analizados las complicaciones más comunes para que se desarrolle el (SH) según Suárez (34) un estudio en Cuba presentó un caso con una paciente que presento hematoma subcapsular hepático roto un llevándole a la muerte, asimismo Horazek y Crockett (35) un estudio realizado en Estados Unidos en el Estado de Carolina del Norte gestante de 31 años con 40 semanas de gestación con (SH) presentó hemorragia la cual se trató activando el protocolo adecuadamente, por otra parte Kongwattanakul et al (20) en un hospital de Tailandia. las complicaciones maternas entre las más comunes que se presentaron: hemorragia posparto, desprendimiento de la placenta, insuficiencia cardíaca, mientras que Egemen et al (36) en un estudio realizado en Turquía las complicaciones del síndrome de hellp son: choque séptico, Insuficiencia Renal Aguda (IRA), hemorragia cerebral, (CID), edema pulmonar, desprendimiento de placenta, dificultad respiratoria.

Zapata et al (37) en un centro de atención terciaria con 437 pacientes las complicaciones del síndrome del hellp que son: hemorragia que se representa con un 55% que requirió transfusiones de sangre, (CID) se representó un 21%, desprendimiento de placenta con un 16%, (IRA) en un 8%, edema pulmonar con un 6%, hemorragia hepática subcapsular 1%, desprendimiento de retina con un 1% y muerte 1%, en cambio Srivastava et al (38) en un estudio en la India las complicaciones fueron: necrosis tubular, diabetes insípida, hemorragia hepática, isquemia cortical de riñón y la mortalidad infantil perinatal está causada por el desprendimiento prematuro de placenta, prematuridad e intrauterina.

Manejo terapéutico en pacientes con Síndrome de Hellp

El Manual de Obstetricia y Ginecología (40) el tratamiento inicia con la interrupción del embarazo, uso de corticoides 10 mg cada 12 horas de dexametasona, sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones, transfusión de plaquetas si se encuentra $< 50.000\text{ul}$ en caída rápida, transfusión de paquete globular ante presencia de hemorragia, y cirugía exploratoria ante sospecha de shock. Por otra parte el (MSP) de Ecuador (41) indica para el manejo terapéutico del síndrome de hellp se debe identificar las manifestaciones clínicas del (SH) posteriormente administrar sulfato de magnesio, transfusión de plaquetas de acuerdo al índice de choque .

Asi mismo García et al (42) en un estudio en México se realizó 2 grupos; al primero se le administro 1 gramo de ácido tranexámico endovenoso cada 8 h , al segundo grupo se conformó sin ese tratamiento permaneciendo en control, los resultados representaron una alternativa en el tratamiento con beneficios clínicos evidenciados en los valores de laboratorio en el grupo 1. Por otra parte Nakakita et al (43) un estudio realizado en Japón en un hospital el protocolo de Mississippi (MP), donde se utiliza para tratar el síndrome de hellp implica dosis altas de dexametasona antes del parto se administra 10 mg endovenoso c/12 horas dentro de las 24 a 72 horas, posterior a su diagnóstico; después del parto se coloca dos dosis de 10 mg con 12/horas de diferencia, seguidas de dos dosis adicionales de 5 mg en intervalos de 12 h, en conjunto de antihipertensivos y el sulfato de magnesio ya que esta previene la progresión de la patología y morbilidad materna.

Según Mancía et al (44) para el tratamiento del síndrome de hellp, eclampsia, preclamsia se debe realizar la reducción inmediata de la Presión Arterial Sistólica (PAS) a menos 160 mmHg y la Presión Arterial Diastólica (PAD) a menos 105 mmHg administrar labetalol, sulfato de magnesio y se deberá considerar el parto. El tratamiento adecuado y multidisciplinario evidencia que reduce la mortalidad perinatal ya que el (SH) es una patología materna que pone en riesgo un parto prematuro (45).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (46) en su guía de práctica clínica indica la administración de sulfato de magnesio bolo inicial 4 a 6 gramos y posteriormente de 1 a 2 gr por hora endovenoso durante 24 horas post parto, en segundo lugar terapia de corticocorticoesteroides 10mg c/12 antes y después del parto hasta obtener balances plaquetarios de 100000/milímetro cubico luego se disminuye a 5mg c/12 hasta su remisión, a continuación el control de presión arterial sistólica con antihipertensivos se debe mantener la

presión arterial de 140-155/ 80-100 mmHg, por último para la transfusión de plaquetas ver tabla 1.

Tabla 1

Recomendaciones para transfusión plaquetaria

Cuenta plaquetaria	Cesárea	Parto vaginal
< 20.000/l	Recomendado para trasfudir	Recomendado para trasfudir
De 20,000 hasta 49,000/l	Recomendado para trasfudir	Se debe tener en cuenta hemorragia, descenso plaquetario, tiempos de coagulopatía.
>50,000/l	Tener en cuenta de: hemorragia, descenso del conteo plaquetario, tiempos de coagulopatía	Se debe tener en cuenta: hemorragia activa, datos de coagulopatía, descenso de plaquetas.

Fuente: Guía De Práctica Clínica GPC prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención evidencias y recomendaciones (46).

Según el protocolo de un hospital en España (47) el manejo clínico consiste en una valoración inicial y controles seguidos, profilaxis de convulsiones con sulfato de magnesio, tratamiento de hipertensión arterial severa, administración de electrolitos, monitoreo fetal, después el tratamiento antes del parto se inicia si las plaquetas son inferiores 100000, si es necesario aplicar maduración pulmonar fetal: con dexametasona 10 mg cada 12 horas por 48 horas, posterior metilprednisolona 40mg/12 hasta evidenciar elevación de plaquetas, se prosigue con la transfusión de plaquetas una unidad terapéutica antes del parto si se encuentra < 40.000 en caso de ser distócico , < 20.000 en caso de parto eutócico y postparto si se evidencia sangrado, posteriormente tratamiento con sulfato de magnesio se deberá mantener por un periodo de 24 horas postparto y 48 horas en gestantes con síntomas neurológicos o hipertensión arterial severa y por último se debe realizar estudios de tomografía computarizada (TAC), ecografía abdominal.

Diversos autores indican que el manejo terapéutico para pacientes con (SH) consiste según el Manual de Obstétrica y Ginecología (40) el tratamiento inicia con la interrupción del embarazo, uso de corticoides de dexametasona, sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones, transfusión de plaquetas, transfusión de paquete globular ante presencia de hemorragia, y cirugía exploratoria ante sospecha de shock, por otra parte el (MSP) de Ecuador (41) indica para el manejo terapéutico del síndrome de hellp se debe identificar las manifestaciones clínicas del (SH) posteriormente administrar sulfato de magnesio, transfusión de plaquetas de acuerdo al índice de choque, García et al (42) en México se realizó 2 grupos; al primero se le administro 1 gramo de ácido tranexámico , al segundo grupo se conformó sin

ese tratamiento permaneciendo en control, los resultados representaron una alternativa en el tratamiento con beneficios clínicos evidenciados en los valores de laboratorio en el grupo 1, en cambio Nakakita et al (43) un estudio realizado en Japón en un hospital el protocolo de Mississippi se utiliza para tratar el síndrome de hellp implica dosis altas de dexametasona.

Mancía et al (44) para el tratamiento del (SH) se debe realizar la reducción inmediata de la (PAD) a menos 160 mmHg y (PAS) a menos 105 mmHg con labetalol, según el protocolo de un hospital en España (47) el manejo clínico consiste en una valoración inicial, profilaxis de convulsiones con sulfato de magnesio tratamiento de hipertensión arterial severa, administración de electrolitos, monitoreo fetal, después el tratamiento antes del parto se inicia si las plaquetas son inferiores 100000, si es necesario aplicar maduración pulmonar fetal, se prosigue con la transfusión de plaquetas una unidad terapéutica posteriormente tratamiento con sulfato de magnesio y por último se debe realizar estudios de tomografía computarizada (TAC), ecografía abdominal.

Proceso de atención de enfermería en pacientes con Síndrome de Hellp

Según Mejía et al (48) en un estudio realizado en Honduras, el proceso de atención de enfermería (PAE) que consiste en la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación es fundamental para alcanzar la recuperación, el abordaje de enfermería comienza con el reconocimiento de las necesidades en gestantes y lograr comprender el concepto de mujer en el transcurso de gestación cuyo eje central será evitar complicaciones, para que la mujer gestante obtenga un apoyo social y centrado. Así mismo Souza et al (49) un estudio realizado en Brasil enfermería se recalca por ser la protagonista de los cuidados en el embarazo, es por eso que se deberá tener en cuenta las manifestaciones clínicas que presenta la gestante para brindar los cuidados adecuados y oportunos.

Un estudio realizado en tres estados de México, el control prenatal es esencial y el cuidado oportuno de dicha patología y la referencia o contra referencia al nivel de atención de salud que corresponda para alcanzar reducir morbilidad materno fetal asociadas a esta patología, ya que en estudios las mujeres de zonas rurales presentan alto índice que desarrollan enfermedades hipertensivas relacionadas al embarazo (50). Otro estudio realizado en las unidades básicas de salud en Brasil, las visitas domiciliarias son acciones que realiza el enfermero/a y equipo multidisciplinario para el control, prevención, promoción en el cuidado de la embarazada, las visitas son una herramienta primordial para el cuidado de la gestante, permitiendo conocer el contexto social e identificar necesidades del grupo familiar (51).

Sodré et al (52) en un estudio realizado a enfermeros en Brasil, el papel que desempeña el ser enfermero /a es un papel esencial en el cuidado del ser humano, ya que son el primer vínculo al recibir a la mujer embarazada acompañándola en todo su proceso antes, durante y después del parto, el rol de enfermería es esencial para salvaguardar la vida de madre/ neonato, la competencia de enfermería además de la prestación de cuidados debe incluir valoración de vitalidad fetal, exámenes complementarios, confort, reducción de ansiedad y miedo; para ello la actitud, ética son de responsabilidad a la asistencia del parto y postparto. Según Silva et al (53) los principales cuidados en pacientes con (SH) son: control de frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, valoración de reflejos rotulianos, temperatura, mantenimiento de reposo, control de peso diario, administración de electrolitos, control de frecuencia cardíaca fetal y control de ingesta eliminación.

El profesional de enfermería debe utilizar la sistematización de la atención de enfermería que consiste en un método científico, organizado, continuo de desarrollo basado en el Proceso de Enfermería que es realizado por todo el personal de enfermería de una forma individualizada dirigida a cada tipo de paciente según la patología que presente para un cuidado más humanizado para disminuir la mortalidad materna y fetal (54). Según Jiménez et al (55) mediante un estudio realizado en un hospital de segundo nivel en México, los cuidados de enfermería son: control de signos vitales, control de dolor, dos vías periféricas permeables, control de ingesta y eliminación estricto, colocar posición semifowler, valorar estado de conciencia, valorar signo de Godet, control de valores de laboratorio, maduración fetal, si procede, monitoreo fetal.

Varios estudios han expuesto que la atención de enfermería en pacientes con (SH) según Mejía et al (48) se basa en el (PAE) que contiene 5 pasos: la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, Souza et al (49) un estudio realizado en Brasil enfermería protagonista de los cuidados en el embarazo, deberá tener en cuenta las manifestaciones clínicas que presenta la gestante para brindar los cuidados adecuados, mientras Mendes et al (54) el profesional de enfermería debe utilizar la sistematización de la atención de enfermería en un método científico, organizado, continuo de desarrollo basado en el Proceso de Enfermería de una forma individualizada dirigida a cada tipo de paciente según la patología.

Según Torres et al (50) en un estudio en México el control prenatal es esencial y el cuidado oportuno de dicha patología sin importar la zona geografía que se encuentre, asimismo Leopoldino (51) en un estudio en Brasil las visitas son una herramienta primordial para el

cuidado de la gestante, permitiendo conocer el contexto social e identificar necesidades del grupo familiar, Sodré et al (52) el ser enfermero /a es un papel esencial son el primer vinculo al recibir a la mujer embarazada acompa andola en todo su proceso del parto, Según Silva et al (53) los cuidados son control de frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, valoración de reflejos rotulianos, temperatura, mantenimiento de reposo, control de peso diario, administración de electrolitos, control de frecuencia cardiaca fetal y control de ingesta eliminación.

Se elabora (PAE) de trombocitopenia, hemolisis, enzimas hepáticas elevadas tabla 2,3,4

Tabla 2

Proceso de atención de enfermería con diagnóstico de trombocitopenia

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	EJECUCION	EVALUACION
Paciente de 34 años de edad de 35.4 SG acude a esta casa de salud por referir dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, acompañado de presión arterial alta (TA 160/110), además se observa sangramiento vaginal de características oscuras y en poca cantidad.	Trombocitopenia : r/c Síndrome De Hellp m/p disminución de las plaquetas	Control de constantes vitales. Control del dolor Control de sangrado	Monitoreo fetal. Control de signos vitales. Administración de medicamentos antihipertensivos según prescripción médica. Valorara escala de EVA. Administrar analgésicos según prescripción médica. Utilizar los 15 correctos. Control continuo del paciente. Administrar hemoderivados (glóbulos rojos y plasma fresco congelado) de acuerdo a normas y protocolos según corresponda orden médica en caso de ser necesario. Observar los niveles de hemoglobina, hematocrito, tiempo de tromboplastina, tiempo de tromboplastina parcial y recuento de plaquetas según corresponda.	Paciente pre quirúrgica permanece en observación médica y de enfermería se le va realizar una cesárea.

Fuente: HELLP y NURSING CARE IN MILD PREECLAMPSIA. IN THE MARIO CATARINO RIVAS HOSPITAL, I HALF, 2018 y Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de Hellp. (34,55).

Tabla 3

Proceso de atención de enfermería con diagnóstico enzimas hepáticas elevadas

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	EJECUCION	EVALUACION
Paciente de 34 años de edad de 35.4 SG acude a esta casa de salud por referir dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, acompañado de presión arterial alta (TA 160/110), además se observa sangramiento vaginal de características oscuras y en poca cantidad, se elabora exámenes de laboratorio	Enzimas hepáticas elevadas : r/c De Hellp m/p de enzimas hepáticas	Monitoreo continuo	Control de signos vitales. Monitoreo fetal. Administrar hemoderivados (glóbulos rojos y plasma fresco congelado) de acuerdo a normas y protocolos según corresponda orden médica en caso de ser necesario. Observar los niveles de enzimas hepáticas. Hidratar al paciente , si procede.	Paciente quirúrgica permanece en observación.

Fuente: HELLP y NURSING CARE IN MILD PREECLAMPSIA. IN THE MARIO CATARINO RIVAS HOSPITAL, I HALF, 2018 y Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de Hellp. (34,55).

Tabla 4

Proceso de atención de enfermería con diagnóstico de hemolisis

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	EJECUCION	EVALUACION
Paciente de 34 años de edad de 35.4 SG acude a esta casa de salud por referir dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, acompañado de presión arterial alta (TA 160/110), además se observa sangramiento vaginal de características oscuras y en poca cantidad, se solicita exámenes de laboratorio	Hemolisis: r/c síndrome de Hellp m/p descenso de glóbulos rojos.	Monitoreo continuo Administración de hemoderivados	Monitoreo fetal. Control de signos vitales. Hidratar al paciente , si procede Interpretación de exámenes de laboratorio. Administración de hemoderivados de acuerdo a normas y protocolos según corresponda orden médica en caso de ser necesario. Utilizar los 15 correctos.	Paciente quirúrgica permanece en observación.

Fuente: HELLP y NURSING CARE IN MILD PREECLAMPSIA. IN THE MARIO CATARINO RIVAS HOSPITAL, I HALF, 2018 y Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de Hellp. (34,55).

Conclusiones

La presente revisión bibliográfica sobre el Proceso de Atención de Enfermería en el Síndrome de Hellp se realizó con la finalidad de recaudar información sobre el tema antes mencionado; por lo que se puede decir que la prevalencia del Síndrome de Hellp en ciertos Países como Paraguay es del 14,2%, Asia Meridional 0.69 %, Reino Unido 1,4%, México 2,20 Francia 0.2, Perú 9,7%, Argentina 1,5 %, Con esto se demuestra que el país con mayor prevalencia (SH) pertenece a Paraguay, mientras que en menor porcentaje pertenece a Francia con un 0.2%

En algunos países a nivel mundial concuerdan que entre los factores de riesgo clínicos causantes del Síndrome de Hellp son: edad joven, obesidad, antecedentes de enfermedades familiares crónicas (hipertensión, diabetes), mujeres multíparas, mujeres nulíparas y los dos factores de riesgo principales que son la preclamsia y la eclampsia; mientras que entre los factores de riesgo de laboratorio tenemos la hiperbilirrubinemia es decir $>2,0\text{mg/dl}$, trombocitopenia con un valor $<50.000/\text{mm}$ son los factores de riesgo únicos de laboratorio para poder predecir los resultados de riesgo en mujeres embarazadas con Síndrome de Hellp.

Se estudió las complicaciones entre las más comunes a nivel Mundial son: hematoma subcapsular hepático roto en un caso que conllevo a la muerte materna, hemorragia masiva en donde se actúa adecuadamente según el protocolo del establecimiento, desprendimiento de placenta, entrada a UCI, hemorragia cerebral, choque séptico, (IRA), (CID), edema pulmonar, muerte, retinopatía, convulsiones y los perinatales asfíxia al nacer, ingresos UCI pediátricos, bajo peso al nacer.

El manejo clínico según (GPC) y estudios de Ecuador, México, España, Japón, consiste en una valoración inicial, controles constantes, prevención de convulsiones con sulfato de magnesio, tratamiento de hipertensión arterial severa, si es necesario aplicar maduración pulmonar fetal con dexametasona, después metilprednisolona, transfundir unidades de concentraciones plaquetarias antes del parto si se encuentra inferior 40000 mcL en caso de ser distócico, 20000 mcL en caso de ser eutócico y después del parto si existe evidencia de hemorragia, posteriormente el tratamiento con sulfato de magnesio se debe mantener en un mínimo en un lapso de 2 horas después del parto en gestantes con síntomas de daño neurológico, realizar estudios con (TAC). Por otra parte, el uso de ácido tranexámico intravenoso evidencio como tratamiento alternativo con estudios clínicos para el (SH). Un tratamiento adecuado y multidisciplinario reduce la mortalidad perinatal.

La atención de enfermería es un papel esencial en el cuidado del ser humano ya que son el primer vínculo en recibir al paciente acompañándola antes, durante y después del parto, su función principal es proteger la salud de la madre/neonato y la asistencia de cuidados son valoración de vitalidad fetal, confort, exámenes complementarios, reducción de miedo y ansiedad. El (PAE) contiene 5 pasos: la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación es esencial para la recuperación del paciente inicia con la identificación de necesidades de cada paciente para conocer a la mujer en el proceso de gestación, su eje central será evitar complicaciones. Las ejecuciones de las visitas domiciliarias son primordiales para un control prenatal para el cuidado de las gestantes. Así mismo los principales cuidados de enfermería son: valorar estado de conciencia, control de signos vitales, control de dolor, administración de medicamentos, canalizar 2 vías periféricas permeables, registro de ingesta y eliminación estricto, control de peso, control de valores de laboratorio, monitoreo fetal, y administración maduración fetal si procede.

Bibliografía

1. Zapata , B; Ramírez J. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29];66(1):57–65. Available from: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2233>
2. Gong, L; Zhaoa, H; Cuia Y. Transcriptome analysis of placentae reveals HELLP syndrome exhibits a greater extent of placental metabolic dysfunction than preeclampsia. Hipertens EN EL EMBARAZO [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 23];40(2):135–43. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10641955.2021.1908348?needAccess=true>
3. Hasan, N; McGrath M. A Case Report on Managing Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets (HELLP Syndrome) During a Rapid Response Code. Obstetrics/Gynecology [Internet]. 2020;12(10):1–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671296/pdf/cureus-0012-00000011028.pdf>
4. Agüero, A; Kourbanov, S; Polanco, D; Ramírez, J; Salas F. Actualización y conceptos claves del Síndrome de HELLP. Rev Cienc Salud Integr Conoc [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29];4(3):65,74. Available from: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/133/212>
5. Bracamonte, P; López, B; Mendicuti, C; Ponce, J; Sanabrais, M; Méndez J. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Rev BIOMÉDICA [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 29];29(2):628/624. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2018/bio182b.pdf>
6. Reyes, K; Crespo, M; Galarza, D; Naranjo A. Vista de Mortalidad materna en síndrome de HELLP. 05 marzo del 2020 [Internet]. [cited 2021 Jun 30]; Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/795/1271>
7. Kascak, P; Paskala, M; Antal P. Recurrent HELLP Syndrome at 22 Weeks of Gestation Peter. Case Rep Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 30];2017:1–4. Available from: <https://downloads.hindawi.com/journals/criog/2017/9845637.pdf>
8. Rojas, M; Ramires, M; Hernández, F; Rivera, M; Barragán, N; Reyes I. Síndrome de HELLP en relación a diversos factores clínicos en un hospital del Estado de Hidalgo.

- Artic Publ this J [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 30];3(6):378–91. Available from: <https://www.jonnpr.com/PDF/2408.pdf>
9. Monge C. SINDROME DE HELLP (HELLP Syndrome). Rev Medica Sinerg [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 30];3(1):13–6. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/112/231>
 10. Ramírez L. Reemplazo renal continuo en eclampsia y síndrome de HELLP. Reporte de un caso. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 2017 Mar [cited 2021 Jun 30];31(1):48–52. Available from: <https://sci-hub.se/10.1016/j.rprh.2017.10.004>
 11. Kascak, P; Paskala, M; Antal P. Recurrent HELLP Syndrome at 22 Weeks of Gestation. Case Rep Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 30];2017:1–4. Available from: <https://sci-hub.se/10.1155/2017/9845637>
 12. Collantes J, Vigil-De Gracia P, Pérez S, Morrillo O. Enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la eclampsia asociada al síndrome HELLP. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2018 Dec 11 [cited 2021 Jun 30];64(4):555–62. Available from: <https://sci-hub.se/10.31403/rpgo.v64i2123>
 13. Arigita M, Martínez G. HELLP syndrome: controversies and prognosis. Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Jun 30];37(4):147–51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428701/pdf/main.pdf>
 14. Findekle S. Case Report of Liver Rupture with Fulminant HELLP Syndrome in the 37 th Gestational Week. Z Geburtshilfe Neonatol [Internet]. 2018 May 30 [cited 2021 Jun 30];222(5):212–6. Available from: <https://sci-hub.se/10.1055/a-0631-9631>
 15. CENETEC. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC Intervenciones de enfermería para la prevención y atención de mujeres Trastornos Hipertensivos en el Embarazo [Internet]. Cenetec. 2017 [cited 2021 Jun 30]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
 16. Soares, R ; Alves, S ; Andrade, E; Lima E. Atuação da enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia. Brazilian J Heal Rev [Internet]. 2021 Jan 12 [cited 2021 Jul 26];4(1):1022–32. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/23042>
 17. Velásquez, B; Toro, M; Chamba M. Embarazada con preeclampsia y aplicación del

- Proceso de Atención de Enfermería. Propósito de un caso. *Pol Con* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 14];5(9):493–505. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1706/3277>
18. González P. Prevalencia de Síndrome de Hellp en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. 2017 / Prevalence of Hellp Syndrome in the gynecology and obstetrics service of the Central Hospital of the Instituto de P. *Ginecol Obs* [Internet]. 2018;4(2). Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021602/prevalencia-de-sindrome-de-hellp-en-el-servicio-de-ginecologia_J5srRjf.pdf
 19. Sitaula, S; Manandhar T. Prevalencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, síndrome de recuento bajo de plaquetas en mujeres embarazadas. *JNMA J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Jul 16];58(226):405–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32788757/>
 20. Kongwattanakul1, k; Saksiriwuttho1 P. Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HellP syndrome. *Rev Int Salud la Mujer* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 15];10:371–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6054275/pdf/ijwh-10-371.pdf>
 21. Moutengou, E; Deneux, C; Regnault, N; Vehier, C; Blacher, J; Tsatsaris V; et al. Prevalence of hypertensive disorders during pregnancy in France (2010- 2018): The Nationwide CONCEPTION Study Valérie. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2021 Jul 26];23(7):1344–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jch.14254>
 22. García, P; Montes V. Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a la eclampsia. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2021;89(5):364–72. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2021/gom215c.pdf>
 23. Novotnya, S; Lee, N; Wallacea, K; Kassahun, W ; Aswathi J et al. Acute kidney injury associated with preeclampsia or hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. *Pregnancy Hypertens* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Jul 16];19:94–9. Available from: <https://sci-hub.se/10.1016/j.preghy.2019.11.010>

24. Peña, W; Diaz, A ; Salcedo, R; Sandoval, H; Cano, J; Delgado M et al. Síndrome HELLP: resultado materno fetal. Unidad de cuidados intensivos materno del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2017 Dec 15;6(2):27–30. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/94/89>
25. Milos, M; Strada, B; Abud, A; Gastaldi G. Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. Hypertens Pregnancy Latest Artic [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 25];46(4):12–8. Available from: <http://cardiosangeronimo.com.ar/a/wp-content/uploads/2017/12/articulo.pdf>
26. García, A; Jimenez, M; González, D; Cruz, P, -Jurado L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia Clinical, epidemiological and obstetric risk characteristics of patients with preeclampsia-eclampsia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 23];26(4):256–62. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>
27. Erkılnç S, Eyi EGY. Factors contributing to adverse maternal outcomes in patients with HELLP syndrome. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2018 Nov 2 [cited 2021 Jul 16];31(21):2870–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2017.1359528?journalCode=ijmf20>
28. Sedigheh, A; Pourali L, Jedi L, Mohades Z. Muerte materna después de un diagnóstico erróneo de emólisis, hígado elevado Síndrome de enzimas y recuento bajo de plaquetas (HELLP): Presentación. J Obstet Gynecol Cancer Res [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 15];3(4):33–6. Available from: <http://jogcr.com/article-1-180-en.pdf>
29. Xiong, S; Pein P. Comparación de los resultados maternos y neonatales entre hígado graso agudo de embarazo y hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y síndrome de plaquetas bajas: un estudio de cohorte retrospectivo. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Jul 20];21(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-021-03761-1.pdf>

30. Herrera K. Preeclampsia. Rev MEDICA Sinerg [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 29];3(3):8–12. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
31. Folk D. Hypertensive Disorders of Pregnancy: Overview and Current Recommendations. Rev partería y salud la mujer Revisar Trastor [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Jul 18];63(3):289–300. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12725>
32. Lezcano, G; Sánchez, A; Torres, A; Sosa O. Consideraciones y actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2019 Oct 17 [cited 2021 Jul 25];41(5):1242–56. Available from: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2643/pdf_694
33. Malmstro, O; NILS-HALVDAN M. HELLP syndrome, risk factors in first and second pregnancy: a population-based cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2021 Jul 22];97(6):709–16. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.13322>
34. Suárez, J; Corrales A. Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de HELLP. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 19];43(1). Available from: <http://scielo.sld.cu>
35. Horazek C, Crockett CJ. Salvados por el Protocolo de Transfusión Masiva: Reporte de un caso de una paciente obstétrica con síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento bajo de plaquetas (HELLP) y rotura de la cápsula de Glisson. A&A Pract. 2019 Jun 1;12(11):409–11.
36. Egemen, H; Cayonu, N; Nadi, A; Akdas Y. Can First-trimester AST to Platelet Ratio Index Scores Predict HELLP Syndrome? J Coll Physicians Surg Pakistan [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 20];31(02):188–92. Available from: https://www.jcspk.pk/oas/mpdf/generate_pdf.php?string=K0pZeGtJcndLL1UyUjNILzVPSklldz09
37. Zapata , B; Ramírez J. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29];66(1):57–65. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v66n1/2304-5132-rgo-66-01-57.pdf>

38. Srivastava, S; Srivastava P. HELLP Syndrome: Early Diagnosis Alleviates Complications in Primigravida. *Hepatol Gastroint Dis* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 15];04(01):10–2. Available from: <https://www.longdom.org/open-access/hellp-syndrome-early-diagnosis-alleviates-complications-inprimigravida-2475-3181-1000158.pdf>
39. Collantes-Cubas JA, Vigil-De Gracia P, Benza-Bedoya JA, Mendo-Aguilar JA, Pérez-Ventura SA, Vigo-Valera S. Eclampsia y síndrome HELLP en los Andes del Perú: complicaciones perinatales. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 15];86(11):718–23. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom1811d.pdf>
40. Carvajal, J ; Constanza R. manual de obstetricia y ginecologia [Internet]. 2017. p. 220–1. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
41. Ecuador M de SP del. Score MAMÁ y claves obstétricas [Internet]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2017 [cited 2021 Jul 12]. Available from: www.salud.gob.ec
42. García, J; González, J; Soto J. Ácido tranexámico: una alternativa terapéutica en pacientes con síndrome de HELLP. *Ginecol Obs Mex* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 14];86(3):165–73. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i3.1690>
43. Nakakita B, Higusa Y, Mogami H, Mandai, M;Kondoh E. Protocolo de Mississippi modificado para el síndrome HELLP/HELLP parcial que ocurre en el período perivible: un informe de tres casos. *Hypertens Res Pregnancy* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 16];8(1):22–5. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsshpr/8/1/8_HRP2019-017/_pdf
44. Williams, B; Mancia, G; Agabiti , E; Burnier , M; Coca , A; Dominiczak A et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arteria [Internet]. Vol. 39, *European Heart Journal*. 2018 [cited 2021 Jul 19]. p. 3021–104. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
45. Zelmat, S; Benouaz S. Newborns from mother having a hellp syndrome. *Curr Pediatr Res* [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 5];23(2). Available from: <https://www.alliedacademies.org/articles/newborns-from-mother-having-a-hellp-syndrome.pdf>

46. Calzada, E; Ríos, B; Romero, J; Sepúlveda, V; Tenorio, R et al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento DE LA PREECLAMPSIA en segundo y tercer nivel de atención Evidencias y Recomendaciones [Internet]. Guia de Practica Clinica. 2017 [cited 2021 Jul 26]. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
47. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. PROTOCOLO: HIPERTENSIÓN Y GESTACIÓN [Internet]. PROTOCOLO: HIPERTENSIÓN Y GESTACIÓN. 2021. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.pdf>
48. Mejía, N; Miranda V. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PRE-ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS, I SEMESTRE, 2018 NURSING. Rev Cient Esc Univ Cienc Salud [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 14];5(2):32–41. Available from: <http://orcid.org/0000-0002-1699-2599>
49. Souza, P; Dourado, C; Ferreira, C; Cardoso H. Síndrome de Hellp - complicação da pré-eclâmpsia: Um relato de experiência. Investig Soc y Desarro [Internet]. 2021 Jul 10 [cited 2021 Jul 20];10(8). Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17106>
50. Torres, M; Vega E. Vista de Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. Enferm Univ [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 14];15(3). Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/506/495>
51. Leopoldino, I; Santos, L; Gomes, D ; Lima V. CONHECIMENTO E CONDUTA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE A DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO. Rev Par Enferm [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 26];2(1):66–74. Available from: <http://seer.fafiman.br/index.php/REPEN/article/view/556/525#>
52. Sodré, G; Nascimento, G; Chalana S. Vista de Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. Rev Cuid [Internet]. 2017 [cited 2021 Jul 14];8(2):1561–72. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/374/793>

53. Silva , P; Moreira, D; Hernandez L. Assistência de enfermagem em pacientes com síndrome de HELLP. Res Soc Dev [Internet]. 2021 Jul 16 [cited 2021 Jul 26];10(8). Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17669/15704>
54. Mendes, L ; Soares, M ; Cunh , Y ;Martins, C ; Vasconcelos M; et al. CUIDADOS DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM SÍNDROME HIPERTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA NURSING. Brazilian J Surg Clin Res [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 26];23(2):159–64. Available from: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
55. Jiménez W, González G, Velázquez E. Instrumento de autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel. Rev enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 12];28(1):102–10. Available from: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1119/1062

Anexo 1: Autorización de publicación en el repositorio institucional

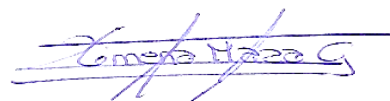
Manuel Eriberto Illescas Villa, Karla Ximena Maza Guillermo, portadores de la cédula de ciudadanía N° **0106356223-0106802002**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Proceso de atención de enfermería en el síndrome de hellp**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **25 de noviembre de 2021**



Manuel Eriberto Illescas Villa

C.I. **0106356223**



Karla Ximena Maza Guillermo

C.I. **0106802002**