



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TEMA: SÍNDROME DE HELLP: MANEJO
MULTIDISCIPLINARIO Y DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA
DE ENFERMERÍA.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR: JESSENIA JANETH ABAD AVILA

DIRECTOR: DR. ANDRÉS LEONARDO VÁSQUEZ CÁRDENAS

AZOGUES - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Yo, **Jessenia Janeth Abad Ávila** con documento de identidad: **1105099996**, declaró que los conceptos, análisis y conclusiones del trabajo de titulación denominado: “**Síndrome de HELLP: Manejo Multidisciplinario y Desafíos en la Práctica de Enfermería**”, ha sido elaborado bajo mi total autoría y responsabilidad. Certifico que su contenido no ha sido utilizado anteriormente para obtener ningún título académico o profesional, y que las fuentes utilizadas han sido debidamente citadas, conforme a las normas de respeto a la propiedad intelectual.

Se autoriza a la **Universidad Católica de Cuenca** la publicación parcial o total de este trabajo y su reproducción sin fines de lucro.

Azogues, septiembre 2025

.....
Jessenia Janeth Abad Ávila

C.I. 1105099996

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Andrés Leonardo Vásquez Cárdenas

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Síndrome de HELLP: Manejo Multidisciplinario y Desafíos en la Práctica de Enfermería**", realizado por: **Jessenia Janeth Abad Ávila**, con documentos de identidad: **1105099996**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 30 de octubre del 2025



Andrés Leonardo Vásquez Cárdenas

0103217295

DIRECTOR

DEDICATORIA

Con profundo respeto y gratitud, dedico este trabajo de investigación a las personas que han sido el motor, la inspiración y el apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

En primer lugar, a mis amados padres, quienes con esfuerzo, sacrificio y amor infinito me brindaron las bases para alcanzar mis metas. Ellos me enseñaron que la perseverancia, la disciplina y la humildad son los cimientos para construir un futuro lleno de esperanza. A mi madre, por su fortaleza y ternura; a mi padre, por sus sabios consejos y confianza; ambos han sido un ejemplo de vida que siempre llevaré en mi corazón.

Con especial dedicación, a mi esposo, compañero fiel en este camino, quien me brindó su comprensión, paciencia y ánimo en los momentos de cansancio y desánimo. Su amor incondicional y su apoyo constante fueron un sostén fundamental para culminar con éxito esta etapa. Gracias por estar a mi lado, por creer en mí y por ser mi motivación diaria.

A mi hijo, luz de mi vida y razón de mi esfuerzo, dedico este logro con todo mi amor. Cada sacrificio, cada noche de desvelo y cada día de trabajo tienen como finalidad brindarle un ejemplo de perseverancia y enseñarle que los sueños pueden alcanzarse con dedicación y fe. Él es la mayor inspiración para seguir adelante y superarme cada día.

Extiendo también esta dedicatoria a mis hermanos y familiares cercanos, quienes siempre me brindaron palabras de aliento y muestras de cariño que me recordaron que la familia es un refugio invaluable. En el ámbito académico, agradezco a mis docentes y tutores, cuya guía, paciencia y exigencia fueron fundamentales en mi formación. Sus enseñanzas no solo me aportaron conocimientos, sino también valores que aplicaré en mi vida personal y profesional. Asimismo, a mis compañeros y amigos, con quienes compartí aprendizajes, alegrías y desafíos durante este recorrido, porque juntos demostramos que la cooperación y el apoyo mutuo fortalecen cualquier camino.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por la constancia, la valentía y la confianza en que cada esfuerzo tendría su recompensa. Este triunfo no es solo el cierre de una etapa académica, sino también el inicio de nuevos desafíos que afronto con esperanza y entusiasmo.

Con el corazón lleno de gratitud, dedico esta tesis a todos los que creyeron en mí, porque este logro es tan mío como de ustedes.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la vida, la salud y la fortaleza necesarias para culminar con éxito esta etapa. Su guía espiritual y sus bendiciones me han permitido superar las dificultades y mantener la fe en los momentos de mayor cansancio.

A mi familia, pilar fundamental de mi vida, expreso mi más profundo agradecimiento. A mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y por haberme enseñado el valor del esfuerzo y la perseverancia. A mi esposo, quien con paciencia, comprensión y compañía inquebrantable estuvo a mi lado en todo momento, brindándome palabras de aliento y motivación para seguir adelante. A mi hijo, fuente de inspiración y razón de mi lucha diaria, dedico cada sacrificio y logro, porque su existencia ilumina mis días y me impulsa a dar lo mejor de mí.

Extiendo también mi gratitud a mis hermanos y familiares cercanos, por su cariño, por sus palabras de ánimo y por estar presentes en cada paso de este camino académico.

En el ámbito académico, expreso mi reconocimiento a mis docentes y tutores, quienes con dedicación, exigencia y compromiso me guiaron en mi proceso de formación. Sus conocimientos y orientaciones fueron esenciales para la realización de este trabajo, pero más aún, sus enseñanzas me dejaron valores y principios que marcarán mi desarrollo profesional y personal.

De igual manera, agradezco a mis compañeros de estudios, con quienes compartí experiencias, aprendizajes y desafíos. Su amistad y colaboración hicieron más llevadero este camino y me recordaron la importancia del trabajo en equipo y la solidaridad.

Finalmente, agradezco a la institución que me abrió sus puertas y me brindó los recursos necesarios para alcanzar este objetivo académico. A cada persona que, de manera directa o indirecta, contribuyó en mi formación y en la culminación de esta tesis, les expreso mi sincero reconocimiento y gratitud.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
Índice	V
Índice de tablas	VI
Índice de gráficos.....	VI
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
Objetivo general:.....	5
Objetivos específicos:	5
METODOLOGÍA.....	5
Diseño del estudio.....	5
Criterios de selección.....	6
Criterios de inclusión.	6
Criterios de exclusión.....	7
Extracción de datos	8
RESULTADOS:	10
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS.....	30
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategias de búsqueda PRISMA según bases de datos científicas	7
Tabla 2. Resultados del proceso de selección de estudios según el diagrama PRISMA .	9
Tabla 3. Distribución de estudios incluidos según base de datos e idioma	10
Tabla 4. Características epidemiológicas, clínicos y sociodemográficos del síndrome de HELLP	11
Tabla 5. Intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de HELLP	14
Tabla 6. Evidencia científica sobre las barreras organizacionales en la atención y manejo del síndrome de HELLP	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Diagrama de Flujo PRISMA	10
--	----

Síndrome de HELLP: Manejo Multidisciplinario y Desafíos en la Práctica de Enfermería.

Jessenia Janeth Abad Ávila, Andrés Leonardo Vásquez Cárdenas

Universidad Católica de Cuenca, jessenia.abad.96@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El síndrome de HELLP constituye una complicación obstétrica severa y potencialmente fatal, afecta de manera significativa las funciones hepática, hematológica y renal. **Objetivo:** Analizar los desafíos del personal de enfermería en el manejo multidisciplinario del síndrome de HELLP, considerando la incidencia, complicaciones materno-fetales, intervenciones de enfermería y barreras organizacionales que condicionan la atención integral y segura de las pacientes. **Metodología:** Revisión sistemática, con lineamientos PRISMA 2020, periodo 2020 - 2025 en bases de datos científicas, en los idiomas español, inglés y portugués, mediante criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se incluyó 29 estudios, con predominio de literatura en inglés (41,4 %) y portugués (37,9 %). El síndrome de HELLP mostró una prevalencia global entre 0,23 % y 0,9 % de las gestaciones, con mayor riesgo en mujeres ≥ 35 años, nulíparas, con obesidad, hipertensión crónica o diabetes gestacional. Las complicaciones más frecuentes fueron insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica, eclampsia y parto pretérmino. Las intervenciones de enfermería se centraron en la vigilancia clínica, control hemodinámico, detección precoz de signos de alarma, manejo del dolor y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (NANDA, NIC y NOC). Finalmente, se identificaron barreras organizacionales relacionadas con deficiencias estructurales, limitaciones de recursos, falta de capacitación y desigualdad en el acceso a servicios obstétricos, factores que retrasan el diagnóstico y manejo oportuno, incrementando el riesgo materno-fetal. **Conclusión:** El fortalecimiento de la capacitación profesional, coordinación interdisciplinaria y dotación adecuada de recursos son elementos clave para optimizar la seguridad asistencial y disminuir la morbilidad materna asociada.

Palabras clave: síndrome de HELLP, cuidados de enfermería, preeclampsia, barreras institucionales, revisión sistemática.

HELLP Syndrome: Multidisciplinary Management and Challenges in Nursing Practice

Jessenia Janeth Abad Ávila, Andrés Leonardo Vásquez Cárdenas

Catholic University of Cuenca, jessenia.abad.96@est.ucacue.edu.ec

ABSTRACT

HELLP syndrome is a severe and potentially fatal obstetric complication that significantly affects hepatic, hematologic, and renal functions. Its prevalence is estimated at between 0.5% and 0.9% of pregnancies. **Objective:** To analyze the challenges faced by nursing staff in the multidisciplinary management of HELLP syndrome, considering incidence, maternal-fetal complications, nursing interventions, and organizational barriers that condition comprehensive and safe patient care. **Methodology:** A systematic review was conducted following PRISMA 2020 guidelines, in eight scientific databases covering the period 2020–2025, with 29 studies selected that met criteria for methodological validity, thematic relevance, and peer review. **Results:** The main risk factors were advanced maternal age, primiparity, and arterial hypertension. The most effective nursing interventions were based on the application of the Nursing Care Process (NCP) and the NANDA, NIC, and NOC taxonomies, prioritizing hemodynamic control, monitoring of urine output, and preventive education. Barriers identified included limited resources, training deficiencies, and slowness of administrative processes. **Conclusions:** Strengthening professional training, interdisciplinary coordination, and adequate resource provision are key elements to optimize patient safety and reduce associated maternal morbidity and mortality.

Keywords: HELLP syndrome, nursing care, preeclampsia, systematic review.

Certificamos que el documento que antecede es fiel copia del documento enviado por el estudiante **Abad Ávila Jessenia Janeth**.



INTRODUCCIÓN

El síndrome de HELLP constituye una complicación obstétrica grave, considerada una forma severa de preeclampsia, de evolución acelerada y potencialmente mortal, por alto riesgo de afectación hepática, renal y hematológica (1). Clínicamente, puede manifestarse durante el embarazo (aproximadamente en el 70 % de los casos) o después del parto (alrededor del 30 %), generalmente dentro de las primeras 48 horas del puerperio. La prevalencia estimada del síndrome de HELLP oscila entre el 0,5 % y el 0,9 % de todos los embarazos, y entre el 0,1 % y el 1 % de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, variando según los criterios diagnósticos utilizados (2).

En 2023, los informes más recientes sobre mortalidad materna a nivel mundial estimaron alrededor de 260.000 muertes maternas, lo que equivale a una razón de mortalidad materna de 197 por cada 100.000 nacidos vivos (3). La incidencia del síndrome de HELLP fue de 2,47 casos por cada 1.000 nacimientos únicos, la frecuencia se mantuvo estable entre gestaciones pretérmino y a término, mostrando un aumento progresivo hasta las 38 semanas y un nuevo incremento después de las 40, lo que evidencia que el riesgo persiste incluso en embarazos a término (4).

En Ecuador, los trastornos hipertensivos del embarazo constituyeron la principal causa de mortalidad materna entre 2006 y 2014, aportando el 27,53 % de los casos, 457 de un total de 1660 muertes maternas, se estima que entre el 15 % y el 25 % de las mujeres con hipertensión gestacional desarrollan posteriormente preeclampsia. Además, la mitad de los casos de preeclampsia severa se presentan antes de las 34 semanas de gestación, lo que obliga a interrumpir el embarazo en las primeras 24 horas en aproximadamente el 50 % de las pacientes, mientras que el resto puede permanecer bajo vigilancia médica durante un promedio de nueve días antes del parto (5).

Diversos estudios reconocen que la enfermería desempeña un papel esencial en la atención de emergencias obstétricas, constituye el eje central del monitoreo y manejo, realizan la mayoría de las evaluaciones de signos vitales y detectan los casos con puntajes de alarma, lo que eleva el índice de vigilancia del paciente (6), la observación sistemática y respuesta oportuna del personal inciden directamente en la detección temprana del deterioro materno, participación activa en la vigilancia continua de la gestante permite

una respuesta equilibrada ante signos de riesgo, reforzando el rol de la enfermería como primer eslabón de seguridad obstétrica (7).

En América Latina se evidencia una escasa investigación que aborde el papel de la enfermería en emergencias obstétricas, los estudios se centran en enfoques médicos o epidemiológicos, relegando aspectos esenciales como el cuidado enfermero, comunicación interdisciplinaria y liderazgo profesional dentro de los equipos de respuesta (8). La evidencia europea y asiática se demuestra que la efectividad de los sistemas de alerta temprana y programas de emergencias obstétricas depende en gran medida de la participación del personal de enfermería, pero en la práctica persisten brechas estructurales, baja representación en la toma de decisiones, insuficiente comunicación con el equipo médico, falta de supervisión y limitaciones en recursos (9–11).

En este marco, la presente investigación propone una revisión sistemática de literatura publicada entre 2020 y 2025 con el propósito de analizar los desafíos que enfrenta el personal de enfermería en el manejo multidisciplinario del síndrome de HELLP en hospitales públicos del Ecuador durante el periodo 2024–2025. La hipótesis central plantea que existen brechas estructurales, formativas y de articulación profesional que condicionan la efectividad de la atención y los desenlaces clínicos.

El estudio se fundamenta en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que concibe al individuo como un sistema abierto, lo que posibilita interpretar la atención en el síndrome de HELLP como un proceso orientado a la prevención, estabilización y recuperación de la paciente, mediante intervenciones coordinadas, en estrecha colaboración con el equipo interdisciplinario (12,13), de forma complementaria, el trabajo se apoya en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que promueven la integración de modelos de cuidado continuo, capacitación permanente y aplicación de protocolos clínicos estandarizado (14,15).

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los desafíos del personal de enfermería en el manejo multidisciplinario del síndrome de HELLP, considerando la incidencia, complicaciones materno-fetales, intervenciones de enfermería y barreras organizacionales que condicionan la atención integral y segura de las pacientes.

Objetivos específicos:

- Analizar los hallazgos epidemiológicos, clínicos y sociodemográficos del síndrome de HELLP, abarcando su frecuencia, factores de riesgo y principales complicaciones maternas y fetales.
- Describir las intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de HELLP.
- Reconocer las barreras organizacionales que limitan la atención oportuna y segura del síndrome de HELLP.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El estudio corresponde a una revisión sistemática descriptiva con enfoque cualitativo, cuyo propósito fue integrar y analizar críticamente la evidencia científica relacionada con el manejo multidisciplinario del síndrome de HELLP y su abordaje desde la práctica de enfermería. El enfoque cualitativo se justificó por la necesidad de comprender, interpretar y sintetizar los hallazgos reportados en los diferentes estudios sin realizar análisis estadístico de datos. Esta metodología permitió identificar patrones, tendencias y vacíos de conocimiento en torno a la atención clínica, las intervenciones enfermeras y los factores organizacionales que influyen en la calidad y oportunidad del cuidado brindado a las pacientes afectadas.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo siguiendo las directrices PRISMA 2020, que establecen criterios estandarizados para la identificación, selección y evaluación de literatura científica (16).

La búsqueda se estructuró mediante el uso combinado de descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), junto con operadores booleanos (AND, OR) para optimizar la precisión y sensibilidad de los resultados. Se diseñaron estrategias adaptadas a cada base de datos, priorizando términos relacionados con el síndrome de HELLP, los factores de riesgo maternos, las intervenciones de enfermería y las barreras organizacionales en la atención obstétrica.

En general, se emplearon combinaciones como ("HELLP Syndrome" AND "Nursing Care"), ("Síndrome de HELLP" AND "factores de riesgo") y ("HELLP Syndrome" AND "Health Services Accessibility"), adaptando el idioma y la sintaxis según el tesoro de cada plataforma (MeSH en PubMed y Cochrane; DeCS en SciELO y LILACS). Asimismo, se incluyeron términos complementarios como “Gestión en salud”, “Calidad de atención obstétrica” y “Barreras institucionales”, con el fin de abarcar la dimensión organizacional del cuidado.

Estas estrategias fueron aplicadas de forma sistemática en las bases PubMed, SciELO, LILACS, Scopus, BMC, Cochrane Library y Google Scholar, permitiendo identificar artículos relevantes, actualizados y revisados por pares, publicados entre 2020 y 2025, en inglés, español y portugués (Tabla1)

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Se incorporaron al análisis únicamente los documentos que cumplieron los siguientes requisitos:

1. Estar publicados en español, inglés, y como tercer idioma el portugués con acceso completo al texto.
2. Publicados entre 2020 y 2025, garantizando evidencia reciente y aplicable.
3. Referirse explícitamente al síndrome de HELLP, intervenciones de enfermería y a la coordinación multidisciplinaria en entornos hospitalarios.
4. Contar con validez científica comprobada, ya sea por revisión por pares o aval institucional.
5. Estar vinculados al contexto internacional, latinoamericano y ecuatoriano, a fin de analizar realidades locales y regionales.

Criterios de exclusión.

Se descartaron los documentos que presentaban debilidades metodológicas graves, tales como ausencia de objetivos, carencia de resultados verificables o diseños inadecuados. También se eliminaron aquellos duplicados, incompletos, desactualizados o sin acceso total. Igualmente, quedaron excluidos los estudios que abordaban únicamente aspectos médicos y farmacológicos sin considerar el rol de enfermería, así como monografías, tesis u otras publicaciones no validadas científicamente.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda PRISMA según bases de datos científicas

Base de datos	Descriptor MeSH / DeCS	Estrategia de búsqueda (operadores booleanos)
PubMed	HELLP Syndrome, Risk Factors, Pregnancy Complications, Maternal Age, Nursing Care, Organizational Barriers, Health Services Accessibility	("HELLP Syndrome"[MeSH] AND "Risk Factors"[MeSH]) OR ("HELLP Syndrome"[MeSH] AND "Nursing Care"[MeSH]) OR ("HELLP Syndrome"[MeSH] AND "Health Services Accessibility"[MeSH])
SciELO	Síndrome de HELLP, Factores de riesgo, Complicaciones del embarazo, Cuidados de enfermería, Barreras organizacionales, Accesibilidad a los servicios de salud	("Síndrome de HELLP" AND "factores de riesgo") OR ("Síndrome de HELLP" AND "cuidados de enfermería") OR ("barreras organizacionales" AND "síndrome de HELLP")
LILACS	Síndrome HELLP, Factores clínicos, Cuidados críticos, Gestión en salud, Calidad de atención obstétrica	("Síndrome HELLP" AND "factores clínicos") OR ("enfermería obstétrica" AND "síndrome de HELLP") OR ("gestión en salud" AND "barreras institucionales")
Scopus	HELLP Syndrome, Epidemiological factors, Nursing intervention, Health system barriers, Maternal health services	TITLE-ABS-KEY ("HELLP syndrome" AND "epidemiological factors") OR ("HELLP syndrome" AND "nursing intervention") OR ("HELLP syndrome" AND "health system barriers")
BMC	Nursing care, Obstetric emergencies, Maternal nursing, Quality of care	("Nursing care" AND "HELLP syndrome") OR ("obstetric emergencies" AND "maternal nursing")
Cochrane Library	HELLP Syndrome, Risk factors, Nursing Care, Health Care Barriers, Maternal Safety	("HELLP Syndrome" AND "risk factors") OR ("HELLP Syndrome" AND "nursing care") OR ("HELLP Syndrome" AND "health care barriers")
Google Scholar	Síndrome de HELLP, Factores sociodemográficos, Intervenciones de enfermería, Barreras institucionales, Calidad de atención	("Síndrome de HELLP" AND "factores sociodemográficos") OR ("intervenciones de enfermería" AND "síndrome de HELLP") OR ("barreras institucionales" AND "calidad de atención")

Elaborado por: El Autor

Extracción de datos

Una vez completada la búsqueda sistemática en las ocho bases de datos científicas incluidas, se identificaron inicialmente 90 registros. La mayor proporción provino de SciELO con 60 artículos (66,7 %), seguida por PubMed con 20 (22,2 %) y Google Scholar con 5 (5,6 %). En proporciones menores, se hallaron aportes de Scopus (13; 14,4 %), LILACS (20; 22,2 %), BMC (6; 6,7 %) y Cochrane Library (5; 5,6 %). Este patrón evidencia una marcada representación de fuentes regionales y de acceso abierto, con predominio de repositorios multidisciplinarios.

Durante la etapa de depuración, se eliminaron 20 registros duplicados, siendo SciELO (6) y PubMed (5) las bases con mayor repetición. Después del proceso, se mantuvieron 70 registros únicos, que fueron sometidos a la evaluación de título y resumen. En esta fase, se excluyeron 18 artículos por no cumplir los criterios de inclusión establecidos, destacando nuevamente SciELO (6) y PubMed (4) entre las bases con más exclusiones.

Posteriormente, 47 textos completos fueron revisados para determinar su elegibilidad, descartándose 15 por razones metodológicas o temáticas, principalmente por no abordar intervenciones de enfermería o por carecer de datos clínicos pertinentes al síndrome de estudio. Las exclusiones justificadas se concentraron en SciELO (6) y PubMed (2).

Finalmente, 29 estudios cumplieron los criterios de calidad y pertinencia, conformando la muestra definitiva para el análisis cualitativo. La mayor contribución correspondió a SciELO (43,1 %), seguida de PubMed (27,6 %), Scopus (13,8 %) y Google Scholar (6,9 %), mientras que LILACS, BMC y Cochrane Library representaron un 3,4 % cada una. Estos resultados reflejan la importancia de las fuentes latinoamericanas y de libre acceso en la producción científica sobre el síndrome de HELLP y las intervenciones enfermeras aplicadas en su manejo clínico.

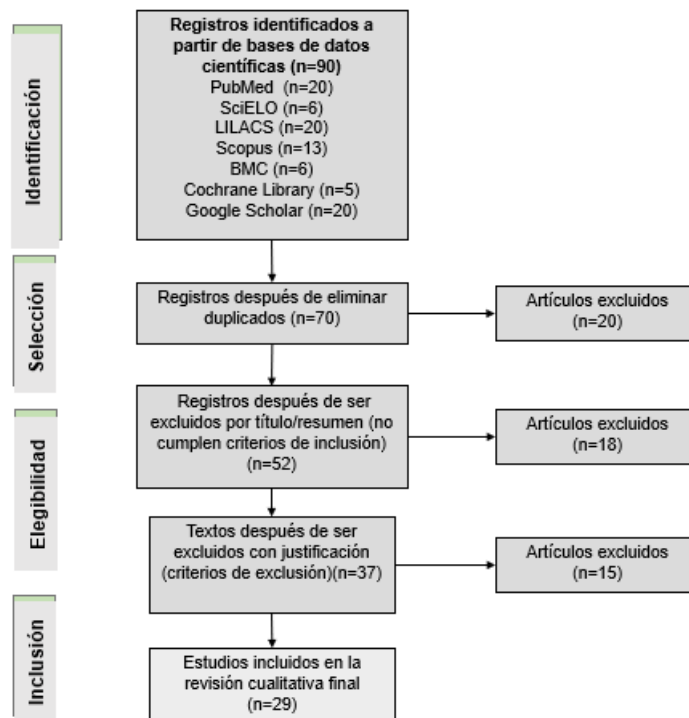
Tabla 2. Resultados del proceso de selección de estudios según el diagrama PRISMA

Etapas del proceso PRISMA	PubMed	SciELO	LILACS	Scopus	BMC	Cochrane Library	Google Scholar	Total
Registros identificados en bases de datos	20	60	20	13	6	5	20	90
Registros eliminados por duplicados	5	6	3	2	1	1	2	20
Registros tras eliminación de duplicados	15	54	17	11	5	4	18	70
Registros excluidos por título/resumen (no cumplen criterios de inclusión)	4	6	3	2	1	1	1	18
Textos completos evaluados para elegibilidad	11	48	14	9	4	3	17	52
Textos excluidos con justificación (criterios de exclusión)	3	5	2	2	1	1	1	15
Estudios incluidos en la revisión final	8	43	12	7	3	2	15	29

Elaborado por: El Autor

RESULTADOS:

Gráfico 1. Diagrama de Flujo PRISMA



Elaborado por: El Autor

Tabla 3. Distribución de estudios incluidos según base de datos e idioma

Base de datos	N.º de estudios	%	Español	Inglés	Portugués
Open Access	3	10,34	1	1	1
PubMed	5	17,24	1	1	3
SciELO	5	17,24	1	3	1
LILACS	2	6,90	1		1
Scopus	2	6,90		2	
BMC	1	3,45		1	
Cochrane Library	1	3,45		1	
Google Scholar	10	34,48	2	3	5
	29	100	6	12	11

Elaborado por: El Autor

La revisión sistemática incluyó 29 estudios procedentes de ocho bases de datos científicas, la mayor concentración de publicaciones se halló en Google Scholar, con 10 estudios (34,48 %), seguida de PubMed y SciELO, con 5 estudios cada una (17,24 %), Open Access aportó 3 (10,34 %), mientras que LILACS y Scopus contribuyeron con 2 (6,90 %) respectivamente; por último, BMC y Cochrane Library presentaron 1 estudio cada una (3,45 %). En cuanto al idioma de publicación, se identificó un predominio del inglés (41,4 %), seguido del portugués (37,9 %) y del español (20,7 %).

Tabla 4. Características epidemiológicas, clínicos y sociodemográficos del síndrome de HELLP

Autor/año	Población	Casos HELLP	Estimador (IC95%)	Características sociodemográficas	Factores de riesgo	complicaciones maternas	complicaciones fetales
Müller LM et al., 2024 (17)	13,020 partos; 59 mujeres con HELLP incluidas	59	Prevalencia 0.45% en el centro (59/13,020)	Edad media 31.27 ± 4.54; IMC 26.80 ± 5.42 (22% ≥30); primíparas 66.1%; gemelares 15.3%; FGR 23.7%; concepción asistida ≈20%; HELLP peri/posparto 25.4%	Crisis HTA (≥180/120) asociada a peor desenlace; por cada +10 mmHg PAS ↑ riesgo 74% (OR 1.74; 95% CI 1.22–2.66); >prob. HTA y combinación de fármacos al alta; cefalea ↑ (p=0.039)	78% desenlace materno adverso (compuesto); eclampsia 8.5% (5/59); anemia posparto grave 28.8%; HTA al alta 40.7%; antihipertensivos al alta 49.2%; MgSO ₄ EV profiláctico 81.4%	Pretérmino 72.88%; UCIN 74.58%; peso 2020 ± 962 g; pH <7.2 en 27.11%; APGAR <8 a 5/10 min 23.73%
Wang LQ et al., 2024 (15)	391,941 embarazos	1,116	Incidencia 2.85/1000 (IC95% 2.68–3.01)	<25 años ≈12%; 25–34 años ≈63%; ≥35 años ≈25%; nulíparas ≈51%; IMC: bajo 5.7%, normal 59.1%, sobrepeso 21.4%, obesidad 13.8%; gestación múltiple ≈1.4%; DM 0.3%; HTA crónica 0.3%; tabaco 5.6%	Sobrepeso HR 1.29 (1.12–1.49); obesidad HR 1.62 (1.39–1.90). HELLP temprano 0.7/1000; tardío 2.2/1000 (75.4%). Más HELLP temprano con IMC alto, ≥35 años, DM/HTA crónica, múltiple, sangrado <20 sem; tardío en <25 años, nulíparas, FIV; tasas altas en múltiple (21.1‰) y HTA crónica (13.7‰)	no reporta	no reporta
Campbell M et al., 2025 (18)	563,252 gestaciones (554,411 únicas; 8,841 gemelares) ≥20 sem	SPE/HELLP 2,883	Tasa global 5.1/1000; únicas 4.7/1000; gemelares 31.1/1000; RR gemelares vs únicas 6.61 (5.84–7.49)	≥35 años: únicas 31.9% / gemelares 44.0%; nuliparidad: únicas 69.5% / gemelares 73.8%; sobrepeso/obesidad más común en casos solo en únicas	aOR: ≥35 años 1.31; DM pregest 3.53; DG 1.25; HTA crónica 2.02; salud mental 1.21; mortinato previo 2.22; nuliparidad 2.84; sustancias 1.37; tabaco 0.72 (↓); interacciones por pluralidad (IMC y FIV significativos en únicas, no en gemelares)	Cesáreas de emergencia	Prematuridad elevada: únicas 20–33 sem 26.5%; gemelares 28–36 sem 87.3%
Abdullahi FM et al., 2024 (19)	129 con PE/E	24	Prevalencia 18.6% (IC95% 12.7–26.3)	Edad 28 ± 6.6; <20 años 13.2%; rurales 55%; primaria 34.1%; ≥4 CPN 58.1%; ≥34 sem 61.2%; VIH 12.5% en HELLP vs 33% sin HELLP (p=0.043)	aPR: <20 años 4.96 (1.57–15.65); epigastralgia 5.89 (1.41–14.63); referida de otro centro 3.14 (1.27–7.72)	Creatinina ↑ (1.9 vs 1.3 mg/dl); TA más alta (p=0.034/0.005). No reporta mortalidad/daño hepático	No reporta desenlaces perinatales específicos
Zapata-Díaz BM et al., 2020 (20)	30,618 partos	71	Incidencia 0.23%	Edad media 33; <35 años 70%; multiparas 68%; Lima 86%; sobrepeso/obesidad 66%; HTA fam 25%, personal 3%; PE/HELLP previo 15%	PE severa previa; sobrepeso/obesidad; >35 años; multiparidad; HTA crónica	IRA 25%; hematoma/rotura hepática 11%; insuf. respiratoria 7%; eclampsia 6%; transfusión 85%; UCI 92%; mortalidad materna 3%	RCIU 25%; cesárea 80%; parto 28–36 sem 47%

Arriaga-García P., Montes-Martínez V., 2022 (21)	44 eclampsias	7	Proporción HELLP dentro de eclampsias: 15.9% (7/44)	Edad 20.4 ± 5.1; primigestas 68%; eclampsia anteparto 75%, posparto 25%	PE con severidad 52.3%; HELLP 15.9%; PE sin severidad 18.1%; HTA gestacional 9%	DPPNI (3); encefalopatía posterior reversible (2)	Muerte fetal 3 (6.8%); predominio >32 sem (31 casos)
Fuentealba-Ramírez R. et al., 2025 (22)	71 obstétricas en UCI (de 6,846 ingresos; 16,306 nacimientos)	13	Proporción HELLP entre obstétricas UCI: 18.31% (13/71)	Edad 33.46 (23–44); ≥35 años 38.03%; EG media 33.8 sem; prematuros 73.24%; cesárea 87.32%; posparto 90.14%; previsión pública 64.7%	PE 53.52%; DG 15.94%; obesidad 12.68%; hipotiroidismo 9.86%; colestasis 2.82%; ≥35 años 38.03%	Transfusiones 26.76%; vasoactivos 36.62%; VMI 8.45%; estancia UCI 3.89 días; mortalidad materna 0%	Prematuros 73.24% (35.21% 33–37 sem; 38.03% <32 sem); nacidos de término 26.76%; aborto 2.82%
Alcivar-Delgado MM et al., 2025 (23)	45 estudios; síntesis de 125,847 casos	125,847	Incidencia global 0.5–0.9% gestaciones; 4–14% entre PE. RR HELLP previo 54.4 (34.3–86.2); OR ≥35 años 2.3 (1.8–2.9)	≥35 años; multiparidad (descritas en la revisión)	HELLP previo; antecedentes familiares HTA (~80%); IMC ≥30; DG; multiparidad; ≥35 años	Mortalidad materna 1.1%	Mortalidad perinatal 7.3–11.9%
Coral-Almeida M. et al., 2024 (24)	494,045 partos (225 cantones)	377	0.76 (0.69–0.84) por 1000 partos	Cobertura nacional; distribución por etnia (mestiza, montubia, afroecuatoriana, indígena); mayor en Andes (altitud media/alta)	Afro-ecuatorianas OR 2.18 (1.03–4.63); altitud 1,500–3,500 m OR 2.79 (2.19–3.55); >3,500 m OR 3.61 (2.58–5.03); >20 km a unidad obstétrica OR 2.55 (2.05–3.18); edad avanzada	8 muertes/377 (21.22 [9.17–41.81] por 1000 HELLP); > que eclampsia (14.0) y preeclampsia (1.05)	No reporta
Cárdenas JH et al., 2022 (25)	Gestante 30.4 sem; Hospital Metropolitano (Quito)	1	—	Múltipara; urbana; sin crónicos informados	HELLP severo; HTA en T3; probable PE	Hematoma hepático subcapsular; dolor HD; lipotimia; anemia hemolítica microangiopática; manejo UCI	No reporta complicaciones fetales; evolución favorable
Rubilar I.M., 2025 (26)	Análisis nacional de morbilidad/mortalidad	—	8,754 egresos por PE (O14) en 2024; 86 muertes maternas; 10.46% por trastornos hipertensivos	Mujeres en edad reproductiva; énfasis rural/menor acceso	Edad extrema; primigesta o gran múltipara; antecedentes familiares; crónicas; tabaquismo; falta de CPN	HELLP, eclampsia, hemólisis, insuf. hepática, convulsiones, riesgo de muerte	Muerte fetal, pretérmino, bajo peso

Elaborado por: El Autor

Análisis: Los estudios incluidos muestran variaciones en la prevalencia y las complicaciones del síndrome de HELLP según el contexto geográfico y metodológico. En Alemania, Müller et al. (2024) reportaron una prevalencia del 0.45% con desenlaces maternos adversos en el 78% de los casos, predominando la hipertensión severa y el parto pretérmino. En Canadá, Wang et al. (2024) hallaron una incidencia de 2.85 por cada 1,000 embarazos y Campbell et al. (2025) identificaron un riesgo seis veces mayor en gestaciones gemelares. En Uganda, Abdullahi et al. (2024) registraron una prevalencia

del 18.6% en mujeres con preeclampsia y asociación con edad menor de 20 años y epigastralgia.

A nivel Latinoamericano en Perú, Zapata et al. (2020) describieron 71 casos (0.23%) con insuficiencia renal aguda en 25% y mortalidad materna del 3%. En México, Arriaga y Montes (2022) encontraron 15.9% de casos HELLP entre las eclampsias, con muerte fetal del 6.8%. En Chile, Fuentealba et al. (2025) reportaron 18.3% de HELLP en pacientes obstétricas en UCI, sin mortalidad materna.

A nivel nacional En Ecuador, Alcívar et al. (2025) determinaron una incidencia global de 0.5–0.9% y mortalidad materna del 1.1%, mientras Coral et al. (2024) informaron 377 casos (0.76/1,000 partos) con ocho muertes maternas. Los casos ecuatorianos descritos por Cárdenas et al. (2022) presentaron hematoma hepático subcapsular y Rubilar (2025) destacó la persistencia de complicaciones graves como hemólisis.

Tabla 5. Intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de HELLP

Autor / Año	Idioma	Objetivos	Intervenciones de enfermería identificadas	Resultados
Silva, Pamela. et al. 2024 (27)	Inglés	Mapear la evidencia sobre cuidados de enfermería en mujeres con síndrome HELLP	Identificó 39 cuidados de enfermería agrupados en valoración clínica, control de PA, diuresis, laboratorios (plaquetas, enzimas hepáticas), prevención de complicaciones (CID, edema pulmonar, insuficiencia renal) y comunicación inmediata al equipo médico.	La revisión evidencia la falta de estudios específicos, pero resalta el papel crítico de la enfermería en la detección temprana y vigilancia continua.
Gutiérrez, Carlos et al. 2025 (28)	Inglés	Gestionar el cuidado de una paciente post cesárea con HELLP y hemoperitoneo con hematoma pélvico.	Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con patrones funcionales de Gordon. Diagnósticos: disminución del gasto cardíaco, dolor agudo, riesgo de shock hipovolémico. Intervenciones: control hemodinámico, vigilancia de sangrado, manejo del dolor, monitoreo urinario, comunicación inmediata al equipo.	El cuidado oportuno fue decisivo para la recuperación. Se enfatiza la identificación precoz de signos de shock y hemorragia postcesárea.
Da Silva, Priscila et al. 2021 (29)	Inglés	Describir cuidados e identificar complicaciones de la síndrome HELLP.	El cuidado de enfermería se organiza en tres pilares fundamentales: vigilancia clínica intensiva, sistematización del cuidado y educación preventiva. Las acciones comprenden la monitorización constante de signos vitales, control del balance hídrico y diuresis, evaluación neurológica en pacientes bajo tratamiento con sulfato de magnesio y la supervisión periódica del bienestar fetal. Se implementa el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) sustentado en los diagnósticos NANDA-I, los resultados NOC y las intervenciones NIC, garantizando un abordaje estructurado y seguro.	Se destacan complicaciones: hemorragia, edema pulmonar, insuficiencia renal/hepática, CID y desprendimiento placentario. Enfatiza la prevención mediante control clínico constante.
Gutiérrez, Carlos et al. 2025 (30)	Inglés	Analizar el impacto del síndrome HELLP en la mortalidad materna y el rol de enfermería.	Se resalta el rol fundamental de la enfermería en la prevención y manejo del síndrome de HELLP. En el nivel de atención primaria, las acciones se orientan a la identificación de factores de riesgo, la educación sobre signos de alarma y la referencia oportuna de las gestantes, incluso mediante el uso de telemedicina. En el ámbito hospitalario, la enfermería se encarga de la monitorización hemodinámica continua, la administración segura de tratamientos y la ejecución del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Asimismo, proporciona apoyo emocional, promueve la adherencia terapéutica y contribuye al fortalecimiento de la seguridad materna y perinatal.	La enfermería es esencial para reducir mortalidad materna; se requiere capacitación y políticas públicas de equidad.
Brazolin, Hyona et al. 2022 (31)	Español	Identificar los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería.	11 diagnósticos NANDA (p. ej. riesgo de sangrado, dolor agudo, riesgo de deterioro hepático) y 55 intervenciones NIC (control de líquidos, manejo de hemorragias, apoyo emocional, vigilancia hemodinámica, educación familiar).	Proporciona un marco estandarizado NANDA-NIC aplicable a emergencias obstétricas.
Da Silva, Sabrina et al. 2022 (32)	Inglés	Analizar mortalidad materna asociada al síndrome HELLP.	Enfatiza el rol del enfermero en la identificación temprana de signos clínicos: hipertensión, proteinuria, edema, dolor epigástrico. Recomienda control prenatal riguroso y derivación inmediata ante sospecha.	Concluye que la detección precoz en APS es esencial para evitar complicaciones materno-fetales.
Krebs, Vanine et al. 2021 (33)	Inglés	Analizar la mortalidad materna en pacientes con HELLP.	El cuidado de enfermería se orienta a la vigilancia constante de signos clínicos como hipertensión, dolor epigástrico, cefalea,	Reafirma que el diagnóstico precoz y la intervención enfermera

			ictericia, náuseas y edemas, activando los protocolos de emergencia y solicitando exámenes de laboratorio de forma oportuna. Durante la fase aguda, la enfermería supervisa el balance hídrico, administra de manera segura fármacos como sulfato de magnesio y antihipertensivos, y controla la respuesta clínica de la paciente. En el posparto, mantiene la observación de posibles hemorragias o descompensaciones y educa a la familia sobre los signos de alarma.	oportuna son claves para disminuir morbimortalidad.
Rodrigues, Ana et al. 2021 (34)	Inglés	Describir el perfil clínico y el manejo terapéutico del síndrome HELLP.	Se requiere una intervención enfermera integral orientada a la detección temprana, estabilización y vigilancia continua. Las acciones incluyen monitorización hemodinámica y respiratoria, control de diuresis y balance hídrico, revisión de parámetros de laboratorio y comunicación inmediata con el equipo médico. Durante la fase aguda se administra tratamiento farmacológico y se prepara el parto o cesárea. En el posparto se mantienen controles y educación familiar, reduciendo la mortalidad materna y mejorando la seguridad obstétrica.	Destaca la importancia de la detección precoz y manejo obstétrico inmediato para evitar desenlaces materno-fetales catastróficos.
Hernández, Ana et al. 2021 (35)	Inglés	Proporcionar cuidados de enfermería mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC a una paciente con diagnóstico de síndrome de HELLP.	Aplicación de los 11 patrones funcionales de Gordon. Diagnósticos: <i>dolor agudo</i> , <i>deterioro del intercambio gaseoso</i> , <i>riesgo de sangrado</i> . Intervenciones: control hemodinámico, monitoreo respiratorio, manejo del dolor, vigilancia de laboratorio y soporte emocional.	El uso integral de NANDA-NIC-NOC permitió mejorar el pronóstico y la estabilidad clínica, demostrando eficacia del PAE en el manejo del HELLP.
Pereira, Luís et al. 2021 (36)	Inglés	Describir la sistematización del cuidado de enfermería en una gestante con preeclampsia con sospecha de HELLP.	Uso del PAE con diagnósticos NANDA, intervenciones NIC (control de PA, monitoreo fetal, apoyo emocional, vigilancia hemodinámica) y resultados NOC centrados en la seguridad materno-fetal.	La aplicación del PAE estructurado permitió un manejo eficaz y seguro, reforzando el rol de enfermería en la prevención de complicaciones por HELLP.
Pacífico, Afia et al. 2021 (37)	Portugués	Analizar la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del síndrome HELLP.	Las intervenciones principales se orientan a la detección temprana mediante el control seriado de la presión arterial, observación de síntomas como dolor en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos o ictericia, y solicitud de análisis de laboratorio. Durante la hospitalización, el personal de enfermería lleva a cabo la monitorización hemodinámica continua, control del balance hídrico, administración segura de medicamentos y preparación obstétrica. Asimismo, se encarga de educar a la paciente y a su familia, asegurar una vigilancia posparto adecuada.	Concluye que el diagnóstico precoz y la interrupción oportuna de la gestación son las medidas más efectivas para reducir morbimortalidad.
Assunção, Luana et al. 2021 (38)	Portugués	Describir el perfil epidemiológico y los factores de riesgo asociados al desarrollo de HELLP.	Se subraya la relevancia del rol de enfermería en la identificación temprana del síndrome de HELLP a través de un control prenatal estricto y sistemático. Las intervenciones prioritarias comprenden la vigilancia constante de la presión arterial, la evaluación de la proteinuria y la observación de signos de alarma como cefalea, dolor epigástrico y alteraciones visuales. Asimismo, se destaca la derivación oportuna a unidades de alto riesgo y la educación preventiva a la gestante, acciones que fortalecen la seguridad materna y garantizan un seguimiento continuo y efectivo durante el embarazo.	No existe un patrón único de riesgo; se requiere rastrear pacientes vulnerables desde atención primaria.

Bonilla, Johanna et al. 2025 (39)	Español	Analizar el papel de los profesionales de enfermería en el diagnóstico precoz de la Síndrome de HELLP.	Resalta la importancia del conocimiento clínico y la vigilancia activa en gestantes con síntomas vagos. El enfermero debe reconocer signos incluso sin hipertensión evidente y derivar al control de alto riesgo.	Recomienda capacitación y estrategias de prevención en APS para detección temprana y reducción de mortalidad materna.
De Assis, Francimara et al. 2024 (40)	Portugués	Analizar el papel del profesional de enfermería en el diagnóstico precoz del síndrome de HELLP en gestantes de alto riesgo.	Vigilancia activa de signos/síntomas incluso sin hipertensión evidente; identificación de alteraciones de laboratorio; referencia a control prenatal de alto riesgo; estrategias de promoción de la salud para prevención y detección temprana.	La identificación temprana del síndrome de HELLP requiere una vigilancia constante y proactiva por parte del personal de enfermería, aun en ausencia de hipertensión manifiesta.

Elaborado por: El Autor

Análisis: Los estudios sobre intervenciones de enfermería en el síndrome de HELLP entre 2021 y 2025 destacan la vigilancia clínica, el control hemodinámico y la detección precoz. Silva P et al. (2024) identificaron 39 cuidados de enfermería enfocados en la valoración, control de presión arterial y prevención de complicaciones. Gutiérrez C et al. (2025) aplicaron el PAE en pacientes poscesárea con hemorragia y riesgo de shock. Da Silva P et al. (2021) estructuró el cuidado en vigilancia, educación y sistematización clínica. Brazolin H et al. (2022) describió 11 diagnósticos NANDA y 55 intervenciones NIC. Rodrigues A et al. (2021) propuso una atención integral con monitoreo respiratorio y hemodinámico. Hernández A et al. (2023) y Pereira L et al. (2024) usaron el PAE con control de presión arterial, manejo del dolor y apoyo emocional. Krebs V et al. (2021) destacó la vigilancia de signos clínicos y la educación familiar. Assunção L et al. (2021) enfatizó el control prenatal y la derivación oportuna. Bonilla J et al. (2025) y De Assis F et al. (2024) resaltaron la importancia del reconocimiento temprano de síntomas incluso sin hipertensión manifiesta

Tabla 6. Evidencia científica sobre las barreras organizacionales en la atención y manejo del síndrome de HELLP

Autor / Año	Objetivos	Barreras organizacionales identificadas
Silva, Pamela. et al. 2024 (27)	Mapear la evidencia sobre cuidados de enfermería en mujeres con síndrome HELLP	Demora en buscar atención por falta de educación prenatal y apoyo familiar; dificultad de acceso o traslado debido a limitaciones geográficas y de infraestructura; y deficiencias en la calidad de atención, que requieren fortalecer la red de servicios, el triaje, el personal y la capacitación continua.
Gutiérrez, Carlos et al. 2025 (30)	Analizar el impacto del síndrome HELLP en la mortalidad materna y el rol de enfermería.	Desigualdad en el acceso a transfusiones, hemoderivados y cirugías de emergencia, junto con la limitada infraestructura y falta de personal capacitado, especialmente en áreas rurales. La eficacia de las intervenciones depende de la disponibilidad sostenida de recursos financieros, la supervisión constante y la coordinación entre instituciones de salud.
Da Silva, Sabrina et al. 2022 (32)	Analizar información acerca de atención y tratamiento del síndrome HELLP.	Deficiencias en el conocimiento del personal de enfermería prenatal, lo que provoca omisiones o duplicaciones de exámenes y procedimientos, dificultando así el diagnóstico temprano del síndrome de HELLP. Se resalta la urgente necesidad de capacitación especializada en esta área.
Zainab Mahmoud. 2023 (41)	Evaluar los facilitadores y barreras para el manejo óptimo de los trastornos hipertensivos del embarazo (incluido el síndrome de HELLP)	Costo elevado y falta de financiamiento, infraestructura limitada, escasez de personal y sobrecarga laboral, protocolos inconsistentes o no estandarizados en el manejo de HDP/HELLP.- Procesos administrativos lentos y burocráticos, con múltiples trámites para atención y seguimiento.- Brechas en sistemas de información y continuidad asistencial
Maru Mekie et al. 2022 (42)	Analizar la percepción de las gestantes acerca de la preeclampsia/HELLP y dificultades que limitan la búsqueda oportuna de atención médica en contextos caracterizados por alta morbilidad materna.	Las principales barreras identificadas son: falta de conocimiento sobre la enfermedad, la baja alfabetización en salud y las limitaciones económicas, que retrasan la decisión de buscar atención; problemas de transporte, caminos en mal estado y largas distancias hacia los centros de salud, que dificultan el acceso oportuno; mala gestión del tiempo del personal, la escasez de insumos y las largas esperas dentro de los establecimientos, lo que desincentiva la atención y compromete la seguridad materna.
Geoffrey Muhindo et al. 2025 (43)	Analizar las barreras y facilitadores que influyen en la búsqueda temprana de atención en casos de preeclampsia y eclampsia (PE/E).	Se identificaron barreras organizacionales como la rigidez en las agendas y estructuras asistenciales, valoración clínica insuficiente que ocasiona derivaciones tardías, y desabastecimiento de medicamentos, factores que contribuyen a una detección y manejo tardíos, incrementando el riesgo de progresión hacia el síndrome de HELLP.

Katherine E Eddy et al. 2025 (44)	Reunir y sintetizar la evidencia cualitativa sobre las percepciones, experiencias y factores que influyen en la implementación de estrategias para la prevención, detección y manejo de la preeclampsia y eclampsia (PE/E) en los servicios de salud.	Limitada disponibilidad de recursos y capacidad operativa, aplicación deficiente de las guías de la OMS, subutilización o desabastecimiento de intervenciones costo-efectivas, variabilidad en la competencia y confianza del personal, mensajes clínicos inconsistentes y falta de sistematización en los procesos de tamizaje y manejo. En conjunto, estos factores contribuyen a retrasos diagnósticos y terapéuticos, aumentando el riesgo de complicaciones graves, entre ellas el síndrome de HELLP.
Isabella Garti et al. 2023 (45)	Analizar los factores multinivel que inciden en el manejo de la preeclampsia y eclampsia (PE/E) por parte de las parteras, y cómo estos factores condicionan la calidad de la atención.	Se identificaron barreras organizacionales como las diferencias en las guías y funciones profesionales, las fallas en los procesos de referencia, los costos de atención, el déficit de recursos y de logística médica, así como el acceso limitado a la educación continua (CPD). En conjunto, estos factores se relacionan con una detección y manejo tardíos, aumentando el riesgo de progresión hacia el síndrome de HELLP

Elaborado por: El Autor

Análisis: Los estudios revisados muestran que las barreras organizacionales en la atención del síndrome de HELLP incluyen limitaciones estructurales, económicas y de capacitación del personal. Silva P. et al. (2024) mencionan la falta de educación prenatal, dificultades de acceso y deficiencias en la calidad del servicio (27). Gutiérrez C. et al. (2025) destacan la desigualdad en el acceso a transfusiones y cirugías, junto con la escasez de recursos humanos y financieros (28). Da Silva S. et al. (2022) señala deficiencias en la formación del personal de enfermería prenatal, lo que retrasa el diagnóstico (32). Mahmoud Z. (2023) identifica altos costos, falta de financiamiento y sobrecarga laboral (41), mientras Mekie M. et al. (2022) resaltan las limitaciones económicas, de transporte e infraestructura (42). Muhindo G. et al. (2025) reporta rigidez institucional y desabastecimiento de insumos (43). Eddy K. et al. (2025) y Garti I. et al. (2023) subrayan la escasa sistematización, variabilidad profesional y acceso limitado a educación continua, factores que dificultan la detección y manejo oportuno (44,45).

DISCUSIÓN

En los estudios realizados a nivel mundial, se observa que el síndrome de HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia) está influenciado por factores maternos como la hipertensión, la obesidad y la edad avanzada. En Alemania, Müller LM et al. (2024) registraron una prevalencia del 0,45 % en 13 020 partos, con edad media de 31 años y predominio de mujeres primíparas. Las crisis hipertensivas mayores de 180/120 mmHg aumentaron en un 74 % el riesgo de complicaciones maternas por cada incremento de 10 mmHg en la presión arterial sistólica (17). En Canadá, Wang LQ et al. (2024) identificaron una incidencia de 2,85 por 1000 embarazos, con mayor frecuencia en mujeres obesas o con sobrepeso (15), mientras Campbell M et al. (2025) demostraron una tasa de 5,1 por 1000 gestaciones, seis veces más alta en embarazos gemelares que en únicos, asociada a edad mayor de 35 años, diabetes e hipertensión crónica (18).

En América Latina, las investigaciones muestran un predominio de factores metabólicos y obstétricos. En Perú, Zapata-Díaz BM et al. (2020) informaron una incidencia del 0,23 % en más de 30 000 partos, siendo más afectadas las mujeres con sobrepeso (66 %), multíparas (68 %) y mayores de 35 años (30 %) (20). En México, Arriaga-García P y Montes-Martínez V (2022) documentaron 15,9 % de casos de síndrome de HELLP dentro de pacientes con eclampsia, con edad promedio de 20 años y predominio en primigestas (21). En Chile, Fuentealba-Ramírez R et al. (2025) encontraron que el 18,3 % de las pacientes obstétricas ingresadas en UCI presentaron HELLP, asociándose a diabetes gestacional, obesidad y edad avanzada (22). En Uganda, Abdullahi FM et al. (2024) destacaron la vulnerabilidad de mujeres jóvenes menores de 20 años y residentes rurales con baja escolaridad, quienes mostraron una prevalencia del 18,6 % (19).

En Ecuador, la evidencia señala factores geográficos, étnicos y clínicos asociados. Coral-Almeida M et al. (2024) reportaron una incidencia nacional de 0,76 por 1000 partos, con mayor riesgo en mujeres afroecuatorianas (odds ratio 2,18), en zonas de altitud media y alta (1 500–3 500 m y más de 3 500 m) y en aquellas que vivían a más de 20 km de un hospital (2,55) (24). Alcívar-Delgado MM et al. (2025) sintetizaron que la edad materna avanzada, la multiparidad, la obesidad y los antecedentes familiares de hipertensión son los factores más recurrentes en el país (23). Por su parte, Rubilar IM (2025) identificó que las edades extremas, la falta de controles prenatales y las enfermedades crónicas aumentan

la probabilidad de desarrollar el síndrome, reflejando un perfil de riesgo concentrado en poblaciones rurales y con acceso limitado a atención obstétrica (26).

En relación con las intervenciones de enfermería en el síndrome de HELLP, estudios confirman la importancia del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC para estructurar el cuidado clínico y reducir complicaciones graves. Silva P. et al. (2024) en Brasil identificaron 39 cuidados agrupados en valoración clínica, control hemodinámico, diuresis y monitoreo de enzimas hepáticas, enfatizando la comunicación inmediata con el equipo médico y la prevención de complicaciones como coagulación intravascular diseminada y edema pulmonar (27). Gutiérrez C. et al. (2025) en Perú describió el manejo de una paciente postcesárea con hemoperitoneo, aplicando el PAE con diagnósticos como dolor agudo y riesgo de shock hipovolémico, destacando el control hemodinámico y la vigilancia del sangrado como intervenciones prioritarias (28). Da Silva P. et al. (2021) en Brasil organizó el cuidado en vigilancia clínica intensiva, educación preventiva y control del bienestar fetal, evidenciando su eficacia en la reducción de insuficiencia renal y hepática (29).

Brazolin H. et al. (2022) en Salud, Ciencia y Tecnología identificaron once diagnósticos NANDA (riesgo de sangrado, deterioro hepático, dolor agudo) y cincuenta y cinco intervenciones NIC, entre ellas el manejo de líquidos, la monitorización hemodinámica y el apoyo emocional, aportando una guía práctica para emergencias obstétricas (31). Krebs V. et al. (2021) y Rodrigues A. et al. (2021) en Brasil coincidieron en la necesidad de vigilancia continua, control respiratorio y administración segura de sulfato de magnesio, destacando el papel de enfermería en el control posparto y en la reducción de mortalidad materna (33,34). Hernández A. et al. (2023) en México aplicó los once patrones funcionales de Gordon, integrando diagnósticos NANDA con intervenciones centradas en el control respiratorio, manejo del dolor y vigilancia de laboratorio (35). Pereira L. et al. (2024) reforzó el uso del PAE con resultados NOC centrados en la seguridad materno-fetal (36).

Otros estudios, como los de Pacífico A. et al. (2021), Assunção L. et al. (2021) y Bonilla J. et al. (2025), subrayan la detección temprana mediante el control seriado de presión arterial, la observación de signos clínicos (cefalea, dolor epigástrico, ictericia) y la derivación oportuna a unidades de alto riesgo (37–39). Finalmente, De Assis F. et al. (2024) destacó en Ecuador y Venezuela la vigilancia activa de signos y síntomas, incluso sin hipertensión evidente, junto con la referencia inmediata y la educación preventiva. En

conjunto, estos estudios evidencian que la enfermería desempeña un rol determinante en la prevención, detección y manejo integral del síndrome de HELLP, optimizando la seguridad materna y perinatal (40).

Por su parte, en relación con las barreras organizacionales identificadas en la atención del síndrome de HELLP y los trastornos hipertensivos del embarazo, los estudios revisados evidencian obstáculos estructurales, formativos y de acceso que afectan la calidad asistencial. En Brasil, Silva P. et al. (2024) documentaron demoras en la atención debidas a la falta de educación prenatal, apoyo familiar y limitaciones geográficas e infraestructurales (27). En Perú, Gutiérrez C. et al. (2025) describieron desigualdad en el acceso a transfusiones y cirugías de emergencia, además de déficit de personal capacitado en zonas rurales (30). Da Silva S. et al. (2022) señaló carencias de conocimiento del personal de enfermería prenatal, lo que genera omisiones diagnósticas (32). En Nigeria, Mahmoud Z. (2023) identificó costos elevados, sobrecarga laboral y protocolos inconsistentes, junto con procesos administrativos lentos que obstaculizan la continuidad asistencial (41).

En África, los hallazgos son consistentes. Mekie M. et al. (2022) en Etiopía reportaron falta de alfabetización sanitaria, limitaciones económicas y problemas de transporte que retrasan la búsqueda de atención (42), mientras Muhindo G. et al. (2025) en Uganda evidenció rigidez institucional, fallas en la valoración clínica y desabastecimiento de medicamentos, factores que incrementan el riesgo de progresión al síndrome de HELLP (43). Estas condiciones se agravan por la escasez de recursos, la centralización hospitalaria y la limitada capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas.

A nivel internacional, Eddy K. et al. (2025) en la revisión de la Cochrane Library destacó la aplicación deficiente de guías de la Organización Mundial de la Salud, la falta de sistematización en procesos de tamizaje y el uso limitado de intervenciones costo-efectivas (44). En Australia, Garti I. et al. (2023) reportó diferencias en las funciones profesionales, fallas en los procesos de referencia, deficiencias logísticas y carencia de educación continua, lo que afecta la detección temprana y el manejo clínico (45). En conjunto, los estudios muestran que la insuficiencia de recursos, la falta de capacitación del personal y las debilidades institucionales son factores determinantes que comprometen la atención oportuna y segura del síndrome de HELLP.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la revisión sistemática permiten identificar los principales factores asociados, las intervenciones de enfermería y las barreras organizacionales que influyen en el manejo y la atención del síndrome de HELLP en distintos contextos de salud.

Se identificó que los principales factores sociodemográficos asociados al síndrome de HELLP incluyen edad materna avanzada, primiparidad y antecedentes de hipertensión o preeclampsia, factores que aumentan significativamente el riesgo de complicaciones obstétricas. Los estudios de Brasil, Perú y Nigeria coincidieron en que la incidencia es mayor en mujeres con bajo nivel educativo y escaso acceso a controles prenatales regulares, lo que refleja una brecha importante en la atención primaria de salud. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la educación materna y la detección temprana de signos de alarma en todos los niveles de atención.

Los resultados demostraron que las intervenciones de enfermería más efectivas se basan en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el uso de taxonomías NANDA, NIC y NOC. Entre las acciones prioritarias destacan el control hemodinámico, la vigilancia de diuresis, la prevención de complicaciones hemorrágicas y la educación continua a la gestante y su familia. Los estudios latinoamericanos y africanos subrayan el papel determinante de la enfermería en la reducción de la mortalidad materna mediante la detección precoz, la comunicación interprofesional y la supervisión constante durante el parto y posparto inmediato.

Las barreras organizacionales más frecuentes fueron la falta de recursos materiales, la insuficiente capacitación del personal, los procesos administrativos lentos y las limitaciones en infraestructura hospitalaria, especialmente en zonas rurales. Investigaciones internacionales señalaron que la ausencia de guías estandarizadas, la rigidez institucional y el déficit de medicamentos contribuyen al retraso diagnóstico y al incremento de la morbimortalidad materna y perinatal. En conjunto, se concluye que fortalecer las competencias enfermeras, garantizar recursos adecuados y mejorar la gestión organizacional son medidas esenciales para optimizar el manejo multidisciplinario y reducir las complicaciones del síndrome de HELLP.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados se proponen las siguientes recomendaciones:

En el campo asistencial, se sugiere reforzar la detección temprana del síndrome de HELLP mediante guías claras de valoración clínica y control de laboratorio, con seguimiento de presión arterial, diuresis y función hepática. Es importante garantizar la disponibilidad de insumos, medicamentos y personal preparado en todos los niveles de atención, especialmente en hospitales y centros de salud rurales.

En cuanto a la capacitación del personal de salud, se propone desarrollar programas de actualización continua para enfermeras y obstetras sobre el reconocimiento de signos de alarma, el manejo coordinado del síndrome y la comunicación efectiva dentro del equipo de trabajo. También se recomienda incluir este tema en los planes de formación profesional y realizar entrenamientos prácticos.

En el ámbito de la investigación, se recomienda fomentar estudios nacionales y regionales que analicen los factores que afectan el diagnóstico y tratamiento del síndrome de HELLP, considerando las condiciones sociales y de acceso a la atención. Asimismo, se sugiere promover investigaciones desde la enfermería que aporten estrategias para mejorar la seguridad materna y reducir las complicaciones asociadas.

Se recomienda reforzar la formación práctica sobre el síndrome de HELLP mediante talleres clínicos y simulaciones que permitan reconocer signos de alarma y aplicar cuidados inmediatos. Es importante capacitar a los estudiantes en la valoración integral de la gestante, control de presión arterial, registro de diuresis y comunicación oportuna con el equipo médico para mejorar la seguridad materna y fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mei J, Afshar Y. Hypertensive complications of pregnancy: Hepatic consequences of preeclampsia through HELLP syndrome. *Clin Liver Dis (Hoboken)* [Internet]. el 8 de diciembre de 2023 [citado el 27 de octubre de 2025];22(6):195–9. Disponible en: https://journals.lww.com/cld/fulltext/2023/12000/hypertensive_complications_of_pregnancy__hepatic.2.aspx
2. Sibai B. HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) [Internet]. 2024 ene [citado el 26 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hellp-syndrome-hemolysis-elevated-liver-enzymes-and-low-platelets>
3. Organización Mundial de la Salud. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. 2025 [citado el 26 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>
4. Lisonkova S, Bone J, Muraca G, et al. Incidence and risk factors for severe preeclampsia, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. el 1 de noviembre de 2021 [citado el 26 de octubre de 2025];225(5):538.e1-538.e19. Disponible en: <https://www.ajog.org/action/showFullText?pii=S0002937821005494>
5. Ministerio de Salud Pública. 2016_MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo [Internet]. Quito; 2016 [citado el 27 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
6. Umar A, Ibrahim S, Liman I, et al. Implementation and evaluation of obstetric early warning systems in tertiary care hospitals in Nigeria. *PLOS Global Public Health* [Internet]. el 20 de julio de 2022 [citado el 27 de octubre de 2025];2(7):e0000225. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10022187/>
7. Gerry S, Bedford J, Redfern O, et al. Development of a national maternity early warning score: centile based score development and Delphi informed escalation pathways. *BMJ Medicine* [Internet]. el 15 de mayo de 2024 [citado el 27 de octubre de 2025];3(1):748. Disponible en: <https://bmjmedicine.bmj.com/content/3/1/e000748>
8. Ramírez M, Freyermuth M, Duarte M. Atención de emergencias obstétricas en Chiapas, México. *Caminando hacia la conformación de redes. LiminaR* [Internet]. el 3 de diciembre de 2021 [citado el 27 de octubre de 2025];19(1):161–82.

- Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272021000100161&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Fuentes A. Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud* [Internet]. el 12 de diciembre de 2019 [citado el 27 de octubre de 2025];10(2):160–70. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4326>
 10. Turkmani S, Blackburn K, Breen C, et al. Improving quality of maternal and newborn care: An evaluation of enablers and barriers in implementing emergency obstetric and newborn care training in Bhutan and Lao People’s Democratic Republic. *PLOS Global Public Health* [Internet]. el 1 de junio de 2025 [citado el 27 de octubre de 2025];5(6):e0004584. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12184938/>
 11. Iribarren S, Stonbraker S, Larsen B, et al. Clinical Nursing and Midwifery Research in Latin American and Caribbean Countries: A Scoping Review. *Int J Nurs Pract* [Internet]. el 1 de abril de 2018 [citado el 27 de octubre de 2025];24(2):e12623. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5880717/>
 12. Kabusi M, Yazdi K. Nursing process based on Betty Neuman’s systemic model: A case study. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences* [Internet]. el 28 de abril de 2024 [citado el 27 de octubre de 2025];1(Issue 2):111–7. Disponible en: https://www.jnacs.com/article_193536.html
 13. Falakdami A, Rafiei H, Razaghpour A. Application of the Betty Neuman Systems Model in Nursing Care of a Breast Cancer Patient: A Case Study. *Journal of Social Behaviour and Community Health* [Internet]. el 10 de enero de 2025 [citado el 27 de octubre de 2025];9(1):1525–38. Disponible en: <https://sbrh.ssu.ac.ir/article-1-269-en.pdf>
 14. Anumba D, Soma P, Bianchi A, et al. FIGO good practice recommendations on optimizing models of care for the prevention and mitigation of preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. el 1 de septiembre de 2024 [citado el 27 de octubre de 2025];166(3):1006–13. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.15833>
 15. Wang LQ, Bone J, Muraca G, Razaz N, Joseph K, Lisonkova S. Prepregnancy body mass index and other risk factors for early-onset and late-onset haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP) syndrome: a population-based retrospective cohort study in British Columbia, Canada. *BMJ Open*. el 23 de marzo de 2024;14(3):1–9.
 16. Page M, McKenzie J, Bossuyt P, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. el 29 de marzo de 2021

- [citado el 4 de julio de 2025];372. Disponible en:
<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
17. Müller L, Eveslage M, Köster H, et al. The Role of Hypertension for Maternal Outcomes of Women with HELLP Syndrome - a Retrospective Study from a Tertiary Obstetric Center. *Geburtshilfe Frauenheilkd* [Internet]. 2024 [citado el 28 de octubre de 2025];84(7). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38993801/>
 18. Campbell M, Koegl J, Bone J, et al. Differences in Risk Factors for Severe Preeclampsia and HELLP Syndrome in Singleton Versus Twin Pregnancies: A Population-Based Cohort Study. *BJOG* [Internet]. 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];0:1–12. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.18351>
 19. Abdullahi F, Tornes Y, Migisha R, et al. HELLP syndrome and associated factors among pregnant women with preeclampsia/eclampsia at a referral hospital in southwestern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 1 de diciembre de 2024 [citado el 28 de octubre de 2025];24(1):1–9. Disponible en:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06835-y>
 20. Zapata B, Ramírez J, Díaz V, et al. Diagnóstico y manejo del síndrome HELLP en un hospital peruano. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2020 [citado el 28 de octubre de 2025];66(1):19–24. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Arriaga P, Montes V. Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2022 [citado el 28 de octubre de 2025];89(5):364–72. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext_plus&pid=S0300-90412021000500364&lng=es&tlng=es&nrm=iso
 22. Fuentealba R, Fabres A, Alvarado M, et al. Perfil epidemiológico de pacientes obstétricas ingresadas a Unidad de Cuidados Intensivos de un Centro de Salud en Chile. *Revista Chilena de Anestesiología* [Internet]. el 30 de julio de 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];54(4):451–8. Disponible en:
<https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv54n4-17/>
 23. Alcivar M, Rodríguez A, Romero A. Factores de riesgo asociados al síndrome de HELLP: revisión sistemática de la literatura. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida* [Internet]. el 1 de agosto de 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];9(1):177–89. Disponible en:
<https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/4655>

24. Coral M, Sánchez M, Henríquez A, et al. Ethnic, geographical and altitude considerations and maternal mortality associated with HELLP syndrome in Ecuador: a population-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 1 de diciembre de 2024 [citado el 28 de octubre de 2025];24(1):1–9. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06778-4>
25. Cárdenas J, Del Pozo M, Logroño D, et al. Hematoma hepático subcapsular como complicación del síndrome de Hellp. Reporte de un caso. *Metro Ciencia* [Internet]. el 29 de mayo de 2022 [citado el 28 de octubre de 2025];30((suppl 1)):33–5. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/439>
26. Rubilar I. Preeclampsia en Ecuador durante 2024: Desafíos del Diagnóstico Temprano y Estrategias para Reducir la Morbimortalidad Materna. *Revista Ibero Research* [Internet]. el 23 de septiembre de 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];1(1):81–7. Disponible en: <https://revistaiberoresearch.org/index.php/RevistaIberoResearch/article/view/10>
27. Silva P, Viana C, Aparecida J, et al. Nursing care for women with HELLP syndrome: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2024 [citado el 28 de octubre de 2025];58:e20240116. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CjRz9GFQps4wNRRfWmzH6VP/?format=html&lang=en>
28. Gutiérrez C, Castro E. The role of the nurse in the care of a post-operative cesarean patient with HELLP syndrome in the gynecology and obstetrics service of a National Hospital, 2022. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* [Internet]. 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];3(0):9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9950329&info=resumen&idioma=SPA>
29. Da Silva P, De Paula V, Moreira D, et al. Nursing care in patients with HELLP syndrome. *Research, Society and Development* [Internet]. el 16 de julio de 2021 [citado el 28 de octubre de 2025];10(8):e47810817669–e47810817669. Disponible en: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/17669>
30. Gutiérrez C, Castro E. Impact of HELLP Syndrome on Maternal Mortality and the Role of Nursing in Peru. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* [Internet]. 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];3(0):21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9950328&info=resumen&idioma=ENG>
31. Brazolin H, Gonçalves C, Costa D, et al. Principales diagnósticos e intervenciones de enfermería en el manejo del Síndrome de Hellp. *Salud, Ciencia y Tecnología*

- [Internet]. 2022 [citado el 28 de octubre de 2025];2(106). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109341>
32. Da Silva S, Oliveira I, Barros A, et al. Nursing in the diagnosis of HELLP Syndrome in Primary Care. *Research, Society and Development* [Internet]. el 1 de febrero de 2022 [citado el 28 de octubre de 2025];11(2):e46911225950. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/367800105_Enfermagem_no_diagnostico_da_Sindrome_HELLP_na_Atencao_Basica/fulltext/63dabbe462d2a24f92e7a9b5/Enfermagem-no-diagnostico-da-Sindrome-HELLP-na-Atencao-Basica.pdf?origin=scientificContributions
 33. Krebs V, Da Silva M, Barth P, et al. Hellp Syndrome and Maternal Mortality: An Integrative Review . *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. el 24 de marzo de 2021 [citado el 28 de octubre de 2025];4(2):6297–311. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26920>
 34. Rodrigues A, Lira B, De Oliveira F, et al. The clinical profile and the therapeutic management of the HELLP syndrome integrative review. *Research, Society and Development* [Internet]. el 9 de noviembre de 2021 [citado el 28 de octubre de 2025];10(14):e450101422194. Disponible en: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/22194>
 35. Hernández A, Delgadillo U, Rodríguez P, et al. Nursing Care in Patient with HELLP Syndrome: Case Study. *Cuid Multidiscip Salud BUAP* [Internet]. noviembre de 2023 [citado el 28 de octubre de 2025];4(8):23–37. Disponible en: <https://share.google/cYLTNA4NJzCViEac1>
 36. Pereira L, Do Nascimento L, De Oliveira M, et al. Nursing Care Systematization for a Pregnant Woman with Preeclampsia: A Case Study. *Med J Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 [citado el 28 de octubre de 2025];12(2). Disponible en: <https://www.jsccimedcentral.com/journal-article-info/Medical-Journal-of-Obstetrics-and-Gynecology/Nursing-Care-Systematization-for-a-Pregnant-Woman-with-Preeclampsia:-A-Case-Study-12095>
 37. Pacífico A, De Carvalho F, Da Silva G, et al. Síndrome HELLP e sua abordagem: uma revisão literária. *Revista Corpus Hippocraticum* [Internet]. el 25 de agosto de 2021 [citado el 28 de octubre de 2025];1(1). Disponible en: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/464>
 38. Assunção L, Silva B, Galvani F, et al. Identificação do perfil epidemiológico e dos fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento da síndrome HELLP. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. el 12 de abril de 2021 [citado el 28 de octubre de 2025];4(2):7965–77. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28019>
 39. Bonilla J, Rodríguez A, Romero A. Interpretación de los cuidados de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos.

- Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida [Internet]. el 1 de agosto de 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];9(ESP1):274–83. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382025000300274&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. De Assis F, Trajano K, Bezerra L. O papel do profissional de enfermagem no diagnóstico precoce da síndrome de HELLP na gravidez de alto risco: revisão de literatura. *Revista FOCO* [Internet]. el 16 de octubre de 2024 [citado el 28 de octubre de 2025];17(10):e6494. Disponible en: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6494>
 41. Mahmoud Z, Orji A, Okoye C, et al. Facilitators and barriers to optimal home blood pressure management in patients with hypertensive disorders of pregnancy in a tertiary care facility in Abuja, Nigeria: a qualitative research study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. el 1 de diciembre de 2023 [citado el 28 de octubre de 2025];23(1):1–11. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09976-6>
 42. Mekie M, Bezie M, Melkie A, et al. Perception towards preeclampsia and perceived barriers to early health-seeking among pregnant women in selected Hospitals of South Gondar Zone, Northwest Ethiopia: A qualitative study. *PLoS One* [Internet]. el 1 de agosto de 2022 [citado el 28 de octubre de 2025];17(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35926064/>
 43. Muhindo G, Muwanguzi P, Moore S, et al. Barriers and enablers of early health-seeking behaviour among women with preeclampsia and eclampsia: a qualitative study at a National referral hospital in Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. el 1 de diciembre de 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];25(1):877. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12372253/>
 44. Eddy K, Minckas N, Zahroh R, et al. Perceptions and experiences of the prevention, identification and management of pre-eclampsia and eclampsia: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. el 25 de marzo de 2025 [citado el 28 de octubre de 2025];2025(3):CD016164. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11934850/>
 45. Garti I. A multi-level exploration of factors influencing pre-eclampsia and eclampsia management by Ghanaian midwives. *Charles Darwin University* [Internet]. 2023 [citado el 28 de octubre de 2025];1(1). Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/6d903626dc195fdf85a6e2e221a1d4a7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Anexos

Base de datos

Características epidemiológicas, factores de riesgo y complicaciones materno-fetales del síndrome de HELLP reportadas en estudios nacionales e internacionales (2020–2025)

Base de datos	Revista	País	Título	Idioma	Auto r/año	Diseño / Período	Población	Casos HELLP	Estimador (IC95%)	Características sociodemográficas	Factores de riesgo	complicaciones maternas	complicaciones fetales	Enlace
Open Acces	<i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i> (Geburtsh Frauenheilk) 2024	Alemania	The Role of Hypertension for Maternal Outcomes of Women with HELLP Syndrome – a Retrospective Study from a Tertiary Obstetric Center	ingles	Müller LM et al., 2024	Cohorte retrospectiva, 2010–2020 (Hospital Universitario de Münster)	13,020 partos; 59 mujeres con HELLP incluidas	59	Prevalencia 0.45% en el centro (59/13,020)	Edad media 31.27 ± 4.54 años; IMC medio 26.80 ± 5.42 kg/m² (22% IMC ≥ 30); primíparas 66.1% ; embarazos gemelares 15.3% ; FGR 23.7% ; concepción asistida ≈ 20% ; HELLP peri/postparto 25.4%	Severidad de hipertensión: crisis hipertensiva (≥180/120) asociada a peor desenlace; por cada +10 mmHg PAS ↑ riesgo 74% de desenlace adverso (OR 1.74; 95% CI 1.22–2.66). Mayor probabilidad de hipertensión al alta y necesidad de combinación de fármacos antihipertensivos (p=0.013). Cefalea más frecuente con crisis (p=0.039).	78% presentó desenlace materno adverso (compuesto); eclampsia 8.5% (5/59); anemia posparto grave 28.8% (Hb < 8 g/dl); hipertensión al alta 40.7% ; antihipertensivos al alta 49.2% ; MgSO ₄ EV profiláctico 81.4%	Parto pretérmino 72.88% ; ingreso a UCIN 74.58% ; peso al nacer medio 2020 ± 962 g ; pH arterial < 7.2 en 27.11% ; APGAR < 8 a 5/10 min en 23.73%	https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2308-9698.pdf
Open Acces	BMJ Open	Canadá (British Columbia)	<i>Prepregnancy body mass index and other risk factors for early-onset and late-onset haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets</i>	ingles	Wang LQ et al., 2024	Cohorte poblacional retrospectiva (2008–2019)	391 941 embarazos	1 116	Incidencia 2.85 / 1 000 embarazos (IC 95 % 2.68–3.01) n = 1 116 / 391 941 embarazos	- Edad <25 años ≈ 12 %; 25–34 años ≈ 63 %; ≥ 35 años ≈ 25 % - Nulíparas ≈ 51 % (IMC normal) - IMC pre-gestacional: 5.7 % bajo peso, 59.1 % normal, 21.4 % sobrepeso, 13.8 % obesidad - Gestación múltiple ≈ 1.4 % (IMC normal) - Diabetes preexistente 0.3 %;	- Sobrepeso HR crudo 1.29 (IC 95 % 1.12–1.49) - Obesidad HR crudo 1.62 (IC 95 % 1.39–1.90) - HELLP temprano (<34 sem): 0.7 / 1 000 - HELLP tardío (≥34 sem): 2.2 / 1 000 (75.4 % de casos tardíos) - Mayores frecuencias de HELLP temprano en mujeres con IMC alto, ≥ 35 años, DM o	no reporta	no reporta	BMJ Open 2024

			(HELLP) syndrome: a population-based retrospective cohort study in British Columbia, Canada							HTA crónica 0.3 % (IMC normal) - Sustancias 5 %; tabaco 5.6 % (IMC normal)	HTA crónica, gestación múltiple, sangrado <20 sem y hemorragia anteparto. - HELLP tardío más frecuente en <25 años, nulíparas e IVF. - Mayor tasa de HELLP en gestación múltiple (21.1 %) y HTA crónica (13.7 %).			
Open Acces	BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology	Canadá (British Columbia)	Differences in Risk Factors for Severe Preeclampsia and HELLP Syndrome in Singleton Versus Twin Pregnancies: A Population-Based Cohort Study	ingles	Campbell M, Koegl J, Bone JN, et al., 2025	Cohorte retrospectiva poblacional; 2008/09–2020/21	563,252 gestaciones (554,411 embarazo único; 8,841 gemelares) ≥ 20 semanas	SPE/HELLP (compuesto): 2,883 (embarazo único) 2,608; gemelares (275)	Tasa: 5.1/1000 global; 4.7/1000 embarazo único; 31.1/1000 gemelares. RR gemelares vs embarazo único = 6.61 (IC95% 5.84–7.49)	≥ 35 años más frecuente en SPE/HELLP (embarazo único 31.9%; gemelar 44.0%). Nulliparidad alta en SPE/HELLP (embarazo único 69.5%; gemelar 73.8%). IMC sobrepeso/obesidad más común en casos solo en singleton; en gemelares no hubo diferencia.	Ajustados (aOR): ≥ 35 años 1.31; diabetes pregestacional 3.53; diabetes gestacional 1.25; HTA crónica 2.02; antecedente de salud mental 1.21; mortinato previo 2.22; nulliparidad 2.84; consumo de sustancias 1.37; tabaquismo menor riesgo 0.72. Interacciones por pluralidad: IMC sobrepeso 1.47 y obesidad 1.88 en embarazo único, no en gemelares (aOR 0.86 y 0.80). FIV 1.93 en embarazo único; no en gemelares (0.85). ≥ 2 abortos previos protector en gemelares 0.70, no en singleton 0.95.	cesareas de emergencia	Prematuridad elevada en SPE/HELLP: embarazo único 20–33 sem 26.5% ; gemelar 28–36 sem 87.3%	https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.18351
PubMed / Springer Link	<i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>	Uganda	<i>HELLP syndrome and associated factors among pregnant women with preeclamps</i>	ingles	Abdullahi FM et al., 2024	Estudio transversal hospitalario en Mbarara Regional Referral Hospital	129 gestantes con preeclampsia/eclampsia	24	Prevalencia: 18.6% (IC95% 12.7–26.3)	Edad media 28 ± 6.6 años (rango 15–45); <20 años 13.2% ; 20–34 años 72.9% ; ≥ 35 años 13.9% . Casadas 74.4% , rurales 55% , educación primaria 34.1% . Gestación	- Edad <20 años: aPR 4.96 (IC95% 1.57–15.65; p=0.006) - Epigastralgia: aPR 5.89 (IC95% 1.41–14.63; p=0.015) - Referidas de otros centros: aPR 3.14	- Mayor creatinina sérica (1.9 vs 1.3 mg/dl; p=0.001). - TA más elevada en casos HELLP (p=0.034 sistólica, p=0.005 diastólica). - No hubo diferencias en	No se informaron desenlaces perinatales específicos, pero el estudio recomienda incorporar tamizaje sistemático para	https://bmc.pregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06835-y

			<i>ia/eclampsia at a referral hospital in southwestern Uganda: a cross-sectional study</i>			(MRRH), dic 2022 – jun 2023				única 93.8%, ≥4 controles prenatales 58.1%, ≥34 sem 61.2%. Referidas desde otro centro 36.4%, VIH positivo 12.5% en casos HELLP vs 33% sin HELLP (p=0.043).	(IC95% 1.27–7.72; p=0.013).	hemoglobina o urea. - No se reportaron mortalidad ni daño hepático.	prevenir morbilidad perinatal.	
SciELO	<i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i>	Perú	<i>Diagnóstico y manejo del síndrome HELLP en un hospital peruano</i>	Español	Zapata-Díaz BM et al., 2020	Estudio descriptivo retrospectivo, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima (enero 2014 – diciembre 2018)	30 618 partos	71 casos	Incidencia 0.23 % del total de partos	Edad media 33 años (rango 16–50); <35 años 70 %; multiparas 68 %; procedencia Lima 86 %; sobrepeso/obesidad 66 %; antecedente HTA familiar 25 %, personal 3 %; antecedente PE/HELLP previo 15 %	- Preeclampsia severa previa (15 %) - Sobrepeso/obesidad (66 %) - Edad > 35 años (30 %) - Multiparidad (68 %) - Hipertensión crónica (3 %)	- Insuficiencia renal aguda 25 % - Hematoma hepático ± rotura 11 % - Insuficiencia respiratoria 7 % - Eclampsia 6 % - Transfusión de hemoderivados 85 % - Ingreso a UCI materna 92 % - Mortalidad materna 3 %	- RCIU 25 % (18 casos, 7 ≥ 34 sem y 11 < 34 sem) - Cesárea 80 %, parto vaginal 20 % - Edad gestacional al parto 28–36 sem 47 %	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2304-513220200100019
SciELO	<i>Ginecología y Obstetricia de México</i>	México	<i>Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia</i>	Español	Arriaga-García P., Montes-Martínez V., 2022	Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz (2013–2017)	44 pacientes con diagnóstico de eclampsia	7 casos con síndrome de HELLP (15.9%)	No reporta IC; proporción de HELLP dentro del total de eclampsias: 7/44 (15.9%)	Edad media 20.4 ± 5.1 años (rango 14–35); primigestas 68% (30/44); eclampsia antes del parto 75% (33/44); posparto 25% (11/44).	- Preeclampsia con criterios de severidad (52.3%) fue la categoría más prevalente. - Síndrome de HELLP 15.9% - Preeclampsia sin criterios de severidad 18.1% - Hipertensión gestacional 9% - Sin hipertensión previa 4.5%.	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (3 casos) - Encefalopatía posterior reversible (2 casos)	- Muerte fetal (3 casos; 6.8%), dos en eclampsia sin hipertensión previa y uno con preeclampsia severa. - Predominio de eclampsia > 32 semanas (31 casos).	https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412021000500364&script=sciarttext_plus&tlng=es
SciELO	<i>Revista Chilena de Anestesia</i>	Chile	<i>Perfil epidemiológico de pacientes obstétricas ingresadas</i>	Español	Fuentelba-Ramírez R. et al., 2025	Estudio descriptivo, retrospectivo, Clínica	71 pacientes obstétricas (de 6,846 ingresos UCI;	13 casos con síndrome de HELLP (18.3%)	No reporta IC; proporción de HELLP entre ingresos	Edad media 33.46 años (rango 23–44); embarazos tardíos ≥35 años: 38.03%; gestación media 33.8 semanas;	- Preeclampsia (53.52%) - Diabetes gestacional (15.94%) - Obesidad (12.68%) - Hipotiroidismo (9.86%) - Colestasis	- Transfusiones 26.76% - Drogas vasoactivas 36.62% - Ventilación mecánica invasiva 8.45% - Promedio	- Prematuros 73.24% (52/71) • 35.21% entre 33–37 sem • 38.03% <32 sem - Nacidos de	https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanes/tv54n4-17/

			<i>a Unidad de Cuidados Intensivos de un Centro de Salud en Chile</i>			Sanatorio Alemán, Concepción (enero 2018 – septiembre 2024)	16,306 nacimientos)		obstétricos: 13/71 (18.31%)	prematuros 73.24%; cesárea 87.32%; postparto 90.14%; previsión pública 64.7%, privada 35.2%	intrahepática (2.82%) - Embarazo ≥35 años (38.03%)	de estancia en UCI: 3.89 días (rango 1–10) - Sin mortalidad materna (0%)	término 26.76% (19/71) - Aborto 2.82% (2 casos)	
PubMed / Portal de la revista	<i>Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida</i>	Ecuador (revisión con estudios internacionales)	Factores de riesgo asociados al síndrome de HELLP: revisión sistemática de la literatura	Español	Alcivar-Delgado M.M., Rodríguez-Plasencia A., Romero-Fernández A.J., 2025	Revisión sistemática (PRISMA); búsqueda en PubMed y SciELO; 2018–2024	45 estudios incluidos; síntesis de 125 847 casos HELLP	125 847 (suma reportada por la revisión)	Incidencia global 0,5–0,9 % de todas las gestaciones; 4–14 % entre embarazos con preeclampsia. Riesgos: RR HELLP previo 54,4 (IC95% 34,3–86,2); OR edad ≥35 años 2,3 (IC95% 1,8–2,9)	Edad materna ≥35 años; multiparidad (descritas en la revisión)	HELLP previo; antecedentes familiares de HTA (presente en ~80% de casos); obesidad pregestacional (IMC ≥30); diabetes gestacional; multiparidad; edad ≥35 años	Mortalidad materna 1,1 % (según la síntesis de la revisión)	Mortalidad perinatal 7,3–11,9 % (según la síntesis de la revisión)	https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/4655
BMC	<i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>	Ecuador	<i>Ethnic, geographic and altitude considerations and maternal mortality associated with HELLP syndrome in Ecuador: a population-based cohort study</i>	ingles	Coral - Almeida M et al., 2024	Cohorte poblacional retrospectiva nacional, INEC + MSP (2015–2017)	494 045 partos hospitalarios (225 cantones)	377 casos HELLP	0.76 (0.69 – 0.84) por 1000 partos	Cobertura nacional Ecuador; edades maternas adultas; distribución por etnias según INEC: mestizas, montubias, afro-ecuatorianas, indígenas; mayor proporción en zonas andinas de altitud media y alta.	• Afro-ecuatorianas OR 2.18 (1.03 – 4.63) vs indígenas • Altitud media 1 500–3 500 m OR 2.79 (2.19 – 3.55) • Altitud > 3 500 m OR 3.61 (2.58 – 5.03) • Distancia > 20 km a unidad obstétrica OR 2.55 (2.05 – 3.18) • Edad materna avanzada = riesgo incrementado	8 muertes maternas entre 377 casos (21.22 [9.17–41.81] por 1000 HELPP); mayor que eclampsia (14.0) y preeclampsia (1.05). No hubo datos fetales detallados.	No hubo datos fetales detallados.	https://bmc.pregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06778-4

Latindex	<i>MetroCiencia</i>	Ecuador	<i>Hematoma hepático subcapsular como complicación del síndrome de HELLP. Reporte de un caso</i>	<i>Español</i>	Cárdenas JH, Del Pozo M, Logroño D, Macías G, Paredes K, Basantes P (2022)	Reporte de caso clínico único, 2022	Gestante de 30,4 semanas atendida en el Hospital Metropolitano (Quito)	1	—	Mujer embarazada, multipara, residente urbana; sin antecedentes crónicos informados	Síndrome de HELLP severo; hipertensión arterial durante el tercer trimestre; posible predisposición por preeclampsia	Hematoma hepático subcapsular, dolor en hipocondrio derecho irradiado a hombro, lipotimia, anemia hemolítica microangiopática; manejo en UCI con monitoreo hemodinámico	No se reportan complicaciones fetales ni muerte perinatal; evolución favorable del embarazo tras estabilización materna	DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol30/Suupp11/2022/33-35
Latindex	<i>Revista Ibero Research</i>	Ecuador	<i>Preeclampsia en Ecuador durante 2024: Desafíos del diagnóstico temprano y estrategias para reducir la morbilidad materna</i>	<i>Español</i>	Rubilar, I.M. (2025)	Estudio descriptivo, observacional y transversal periodo analizado 2020–2024	No cohorte clínica; análisis nacional de morbilidad y mortalidad materna	No reporta número de casos HELLP (describe su presencia como complicación severa de preeclampsia)	En Ecuador (2024): 8.754 egresos hospitalarios por preeclampsia (CIE-10 O14); 86 muertes maternas, de las cuales 10,46 % por trastornos hipertensivos	Mujeres embarazadas en edad reproductiva; énfasis en zonas rurales con menor acceso sanitario	Edad materna extrema (<16 o >40 años), primigesta o gran multipara, antecedentes familiares de hipertensión, enfermedades crónicas, tabaquismo, falta de controles prenatales	Síndrome HELLP, eclampsia, hemólisis, insuficiencia hepática, convulsiones, riesgo de muerte materna	Muerte fetal, parto pretérmino, bajo peso al nacer	https://revistaiberoresearch.org/index.php/RevistaIberoResearch/es/article/view/10

Evidencia científica sobre las intervenciones de enfermería en el manejo del síndrome de HELLP

Nº	Base de datos	Revista	País	Título	Autor / Año	Idioma	Año	Objetivos	Intervenciones de enfermería identificadas	Resultados	Enlace
1	Scopus	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Nursing care for women with HELLP syndrome: a scoping review	Silva, Pamela. et al.	Inglés	2024	Mapear la evidencia sobre cuidados de enfermería en mujeres con síndrome HELLP	Identificó 39 cuidados de enfermería agrupados en valoración clínica, control de PA, diuresis, laboratorios (plaquetas, enzimas hepáticas), prevención de complicaciones (CID, edema pulmonar, insuficiencia renal) y comunicación inmediata al equipo médico.	La revisión evidencia la falta de estudios específicos, pero resalta el papel crítico de la enfermería en la detección temprana y vigilancia continua.	Enlace
2	Google Scholar	SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations	Perú	The role of the nurse in the care of a post-operative cesarean patient with HELLP syndrome in the gynecology and obstetrics service of a National Hospital, 2022	Gutiérrez, Carlos et al.	Inglés	2025	Gestionar el cuidado de una paciente post cesárea con HELLP y hemoperitoneo con hematoma pélvico.	Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con patrones funcionales de Gordon. Diagnósticos: disminución del gasto cardíaco, dolor agudo, riesgo de shock hipovolémico. Intervenciones: control hemodinámico, vigilancia de sangrado, manejo del dolor, monitoreo urinario, comunicación inmediata al equipo.	El cuidado oportuno fue decisivo para la recuperación. Se enfatiza la identificación precoz de signos de shock y hemorragia postcesárea.	Enlace

3	SciELO	Research, Society and Development	Brasil	Nursing care in patients with HELLP syndrome	Da Silva, Priscila et al.	Inglés	2021	Describir cuidados e identificar complicaciones de la síndrome HELLP.	El cuidado de enfermería se organiza en tres pilares fundamentales: vigilancia clínica intensiva, sistematización del cuidado y educación preventiva. Las acciones comprenden la monitorización constante de signos vitales, control del balance hídrico y diuresis, evaluación neurológica en pacientes bajo tratamiento con sulfato de magnesio y la supervisión periódica del bienestar fetal. Se implementa el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) sustentado en los diagnósticos NANDA-I, los resultados NOC y las intervenciones NIC, garantizando un abordaje estructurado y seguro.	Se destacan complicaciones: hemorragia, edema pulmonar, insuficiencia renal/hepática, CID y desprendimiento placentario. Enfatiza la prevención mediante control clínico constante.	Enlace
4	Google Scholar	SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations	Perú	Impact of HELLP Syndrome on Maternal Mortality and the Role of Nursing in Peru	Gutiérrez, Carlos et al.	Inglés	2025	Analizar el impacto del síndrome HELLP en la mortalidad materna y el rol de enfermería.	Se resalta el rol fundamental de la enfermería en la prevención y manejo del síndrome de HELLP. En el nivel de atención primaria, las acciones se orientan a la identificación de factores de riesgo, la educación sobre signos de alarma y la referencia oportuna de las gestantes, incluso mediante el uso de telemedicina. En el ámbito hospitalario, la enfermería se encarga de la monitorización hemodinámica continua, la administración segura de tratamientos y la ejecución del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Asimismo, proporciona apoyo emocional, promueve la adherencia terapéutica y contribuye al fortalecimiento de la seguridad materna y perinatal.	La enfermería es esencial para reducir mortalidad materna; se requiere capacitación y políticas públicas de equidad.	Enlace

5	LILACS	Salud, Ciencia y Tecnología	Brasil	Principales diagnósticos e intervenciones de enfermería en el manejo del Síndrome de HELLP	Brazolin, Hyona et al.	Español	2022	Identificar los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería.	11 diagnósticos NANDA (p. ej. riesgo de sangrado, dolor agudo, riesgo de deterioro hepático) y 55 intervenciones NIC (control de líquidos, manejo de hemorragias, apoyo emocional, vigilancia hemodinámica, educación familiar).	Proporciona un marco estandarizado NANDA-NIC aplicable a emergencias obstétricas.	Enlace
6	SciELO	Research, Society and Development	Brasil	Nursing in the diagnosis of HELLP Syndrome in Primary Care	Da Silva, Sabrina et al.	Inglés	2022	Analizar mortalidad materna asociada al síndrome HELLP.	Enfatiza el rol del enfermero en la identificación temprana de signos clínicos: hipertensión, proteinuria, edema, dolor epigástrico. Recomienda control prenatal riguroso y derivación inmediata ante sospecha.	Concluye que la detección precoz en APS es esencial para evitar complicaciones materno-fetales.	Enlace
7	LILACS/SciELO	Brazilian Journal of Health Review	Brasil	HELLP Syndrome and Maternal Mortality: An Integrative Review	Krebs, Vanine et al	Inglés	2021	Analizar la mortalidad materna en pacientes con HELLP.	El cuidado de enfermería se orienta a la vigilancia constante de signos clínicos como hipertensión, dolor epigástrico, cefalea, ictericia, náuseas y edemas, activando los protocolos de emergencia y solicitando exámenes de laboratorio de forma oportuna. Durante la fase aguda, la enfermería supervisa el balance hídrico, administra de manera segura fármacos como sulfato de magnesio y antihipertensivos, y controla la respuesta clínica de la paciente. En el posparto, mantiene la observación de posibles hemorragias o descompensaciones y educa a la familia sobre los signos de alarma.	Reafirma que el diagnóstico precoz y la intervención enfermera oportuna son claves para disminuir morbimortalidad.	Enlace

8	PubMed	Research, Society and Development	Brasil	The clinical profile and the therapeutic management of the HELLP syndrome integrative review	Rodrigues, Ana et al.	Inglés	2021	Describir el perfil clínico y el manejo terapéutico del síndrome HELLP.	Se requiere una intervención enfermera integral orientada a la detección temprana, estabilización y vigilancia continua. Las acciones incluyen monitorización hemodinámica y respiratoria, control de diuresis y balance hídrico, revisión de parámetros de laboratorio y comunicación inmediata con el equipo médico. Durante la fase aguda se administra tratamiento farmacológico y se prepara el parto o cesárea. En el posparto se mantienen controles y educación familiar, reduciendo la mortalidad materna y mejorando la seguridad obstétrica.	Destaca la importancia de la detección precoz y manejo obstétrico inmediato para evitar desenlaces materno-fetales catastróficos.	Enlace
9	Google Scholar	Cuidado Multidisciplinario en Salud – BUAP	México	Nursing Care in Patient with HELLP Syndrome: Case Study	Hernández, Ana et al	Inglés	2023	Proporcionar cuidados de enfermería mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC a una paciente con diagnóstico de síndrome de HELLP.	Aplicación de los 11 patrones funcionales de Gordon. Diagnósticos: <i>dolor agudo, deterioro del intercambio gaseoso, riesgo de sangrado</i> . Intervenciones: control hemodinámico, monitoreo respiratorio, manejo del dolor, vigilancia de laboratorio y soporte emocional.	El uso integral de NANDA-NIC-NOC permitió mejorar el pronóstico y la estabilidad clínica, demostrando eficacia del PAE en el manejo del HELLP.	Enlace
10	PubMed Medline /	Central Medical Journal of Obstetrics and Gynecology	Brasil	Nursing Care Systematization for a Pregnant Woman with Preeclampsia: A Case Study	Pereira, Luís et al	Inglés	2024	Describir la sistematización del cuidado de enfermería en una gestante con preeclampsia con sospecha de HELLP.	Uso del PAE con diagnósticos NANDA, intervenciones NIC (control de PA, monitoreo fetal, apoyo emocional, vigilancia hemodinámica) y resultados NOC centrados en la seguridad materno-fetal.	La aplicación del PAE estructurado permitió un manejo eficaz y seguro, reforzando el rol de enfermería en la prevención de complicaciones por HELLP.	Enlace

11	Google Scholar	Revista Foco	Brasil	Síndrome HELLP e sua abordagem: uma revisão literária	Pacífico, Afia et al	Portugués	2021	Analizar la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del síndrome HELLP.	Las intervenciones principales se orientan a la detección temprana mediante el control seriado de la presión arterial, observación de síntomas como dolor en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos o ictericia, y solicitud de análisis de laboratorio. Durante la hospitalización, el personal de enfermería lleva a cabo la monitorización hemodinámica continua, control del balance hídrico, administración segura de medicamentos y preparación obstétrica. Asimismo, se encarga de educar a la paciente y a su familia, asegurar una vigilancia posparto adecuada.	Concluye que el diagnóstico precoz y la interrupción oportuna de la gestación son las medidas más efectivas para reducir morbilidad.	Enlace
12	Scielo, Google Scholar	Brazilian Journal of Health Review	Brasil	Identificação do perfil epidemiológico e dos fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento da síndrome HELLP	Assunção, Luana et al.	Portugués	2021	Describir el perfil epidemiológico y los factores de riesgo asociados al desarrollo de HELLP.	Se subraya la relevancia del rol de enfermería en la identificación temprana del síndrome de HELLP a través de un control prenatal estricto y sistemático. Las intervenciones prioritarias comprenden la vigilancia constante de la presión arterial, la evaluación de la proteinuria y la observación de signos de alarma como cefalea, dolor epigástrico y alteraciones visuales. Asimismo, se destaca la derivación oportuna a unidades de alto riesgo y la educación preventiva a la gestante, acciones que fortalecen la seguridad materna y garantizan un seguimiento continuo y efectivo durante el embarazo.	No existe un patrón único de riesgo; se requiere rastrear pacientes vulnerables desde atención primaria.	Enlace

13	Google Scholar	Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud – SALUD Y VIDA	Brasil	Interpretación de los cuidados de enfermería en pacientes obstétricas con síndrome de HELLP en la unidad de cuidados intensivos	Bonilla, Johanna et al	Español	2025	Analizar el papel de los profesionales de enfermería en el diagnóstico precoz de la Síndrome de HELLP.	Resalta la importancia del conocimiento clínico y la vigilancia activa en gestantes con síntomas vagos. El enfermero debe reconocer signos incluso sin hipertensión evidente y derivar al control de alto riesgo.	Recomienda capacitación y estrategias de prevención en APS para detección temprana y reducción de mortalidad materna.	Enlace
14	Google Scholar, PubMed, Science Direct	Revista Foco / UNILAGO	Ecuador / Venezuela	O papel do profissional de enfermagem no diagnóstico precoce da síndrome de HELLP na gravidez de alto risco: revisão de literatura	De Assis, Francimara et al	Portugués	2024	Analizar el papel del profesional de enfermería en el diagnóstico precoz del síndrome de HELLP en gestantes de alto riesgo.	Vigilancia activa de signos/síntomas incluso sin hipertensión evidente; identificación de alteraciones de laboratorio; referencia a control prenatal de alto riesgo; estrategias de promoción de la salud para prevención y detección temprana.	La identificación temprana del síndrome de HELLP requiere una vigilancia constante y proactiva por parte del personal de enfermería, aun en ausencia de hipertensión manifiesta.	Enlace

Evidencia científica sobre las barreras organizacionales en la atención y manejo del síndrome de HELLP

Nº	Base de datos	Revista	País	Idioma	Título	Autor / Año	Año	Objetivos	Barreras organizacionales identificadas	Enlace
1	Scopus	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Portugués	Nursing care for women with HELLP syndrome: a scoping review	Silva, Pamela. et al.	2024	Mapear la evidencia sobre cuidados de enfermería en mujeres con síndrome HELLP	Demora en buscar atención por falta de educación prenatal y apoyo familiar; dificultad de acceso o traslado debido a limitaciones geográficas y de infraestructura; y deficiencias en la calidad de atención, que requieren fortalecer la red de servicios, el triaje, el personal y la capacitación continua.	Enlace
2	Google Scholar	SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations	Perú	Español	Impact of HELLP Syndrome on Maternal Mortality and the Role of Nursing in Peru	Gutiérrez, Carlos et al.	2025	Analizar el impacto del síndrome HELLP en la mortalidad materna y el rol de enfermería.	Desigualdad en el acceso a transfusiones, hemoderivados y cirugías de emergencia, junto con la limitada infraestructura y falta de personal capacitado, especialmente en áreas rurales. La eficacia de las intervenciones	Enlace

									depende de la disponibilidad sostenida de recursos financieros, la supervisión constante y la coordinación entre instituciones de salud.	
3	SciELO	Research, Society and Development	Brasil	Portugués	Nursing in the diagnosis of HELLP Syndrome in Primary Care	Da Silva, Sabrina et al.	2022	Analizar informacion acerca de atencion y tratamiento del síndrome HELLP.	Deficiencias en el conocimiento del personal de enfermería prenatal, lo que provoca omisiones o duplicaciones de exámenes y procedimientos, dificultando así el diagnóstico temprano del síndrome de HELLP. Se resalta la urgente necesidad de capacitación especializada en esta área.	Enlace
4	Scopus / PubMed	BMC Health Services Research	Nigeria	Inglés	Facilitators and barriers to implementation of home blood pressure monitoring for hypertensive disorders of pregnancy in a tertiary hospital in Nigeria	Zainab Mahmoud	2023	Evaluar los facilitadores y barreras para el manejo óptimo de los trastornos hipertensivos del embarazo (incluido el síndrome de HELLP)	Costo elevado y falta de financiamiento, infraestructura limitada, escasez de personal y sobrecarga laboral, protocolos inconsistentes o no estandarizados en el manejo de HDP/HELLP.- Procesos administrativos lentos y burocráticos, con múltiples trámites para atención y seguimiento.- Brechas en sistemas de información y continuidad asistencial	Enlace
5	PubMed / Scopus	PLOS ONE	Etiopía	Inglés	Perception towards preeclampsia and perceived barriers to early health-seeking among pregnant women in selected Hospitals of South Gondar Zone, Northwest Ethiopia: A qualitative study	Maru Mekie et al	2022	Analizar la percepción de las gestantes acerca de la preeclampsia/HELLP y dificultades que limitan la búsqueda oportuna de atención médica en contextos caracterizados por alta morbilidad materna.	Las principales barreras identificadas son: falta de conocimiento sobre la enfermedad, la baja alfabetización en salud y las limitaciones económicas, que retrasan la decisión de buscar atención; problemas de transporte, caminos en mal estado y largas distancias hacia los centros de salud, que dificultan el acceso oportuno; mala gestión del tiempo del personal, la escasez de insumos y las largas esperas dentro de los establecimientos, lo que desincentiva la atención y compromete la seguridad materna.	Enlace
6	PubMed/Scopus	BMC Pregnancy and Childbirth	Uganda	Inglés	Barriers and enablers of early health-seeking behaviour among women with preeclampsia and eclampsia: a qualitative study at a National referral hospital in Uganda	Geoffrey Muhindo et al.	2025	Analizar las barreras y facilitadores que influyen en la búsqueda temprana de atención en casos de preeclampsia y eclampsia (PE/E).	Se identificaron barreras organizacionales como la rigidez en las agendas y estructuras asistenciales, valoración clínica insuficiente que ocasiona derivaciones tardías, y desabastecimiento de medicamentos, factores que contribuyen a una detección y manejo tardíos, incrementando el riesgo de progresión hacia el síndrome de HELLP.	Enlace

7	Cochrane Library / Scopus / MEDLINE	Cochrane Database of Systematic Reviews	Colaboración internacional	Inglés	Perceptions and experiences of the prevention, identification and management of pre-eclampsia and eclampsia: a qualitative evidence synthesis	Katherine E Eddy et al.	2025	Reunir y sintetizar la evidencia cualitativa sobre las percepciones, experiencias y factores que influyen en la implementación de estrategias para la prevención, detección y manejo de la preeclampsia y eclampsia (PE/E) en los servicios de salud.	Limitada disponibilidad de recursos y capacidad operativa, aplicación deficiente de las guías de la OMS, subutilización o desabastecimiento de intervenciones costo-efectivas, variabilidad en la competencia y confianza del personal, mensajes clínicos inconsistentes y falta de sistematización en los procesos de tamizaje y manejo. En conjunto, estos factores contribuyen a retrasos diagnósticos y terapéuticos, aumentando el riesgo de complicaciones graves, entre ellas el síndrome de HELLP.	Enlace
8	Google Scholar	Charles Darwin University	Australia	Inglés	A Multi-Level Exploration of Factors Influencing Pre-Eclampsia and Eclampsia Management by Ghanaian Midwives	Isabella Garti et al.	2023	Analizar los factores multinivel que inciden en el manejo de la preeclampsia y eclampsia (PE/E) por parte de las parteras, y cómo estos factores condicionan la calidad de la atención.	Se identificaron barreras organizacionales como las diferencias en las guías y funciones profesionales, las fallas en los procesos de referencia, los costos de atención, el déficit de recursos y de logística médica, así como el acceso limitado a la educación continua (CPD). En conjunto, estos factores se relacionan con una detección y manejo tardíos, aumentando el riesgo de progresión hacia el síndrome de HELLP	Enlace



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jessenia Janeth Abad Ávila portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1105099996**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Síndrome de HELLP: Manejo Multidisciplinario y Desafíos en la Práctica de Enfermería”** 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. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **30 de octubre de 2025**

F:

Jessenia Janeth Abad Ávila

C.I. 1105099996