



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes multíparas
ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORES:

Manrique Arreaga, Cesar Walter

Rosero Jordan, Mayra Alejandra

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lcda. Cepeda López, Silvia María. Mgs

Guayaquil, Ecuador

02 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Manrique Arreaga, Cesar Walter** y **Rosero Jordan, Mayra Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado/a en enfermería**.

TUTORA

f. 

Lcda. Cepeda López, Silvia María. Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda. Mgs

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Manrique Arreaga, Cesar Walter**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes múltiples ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

EL AUTOR

f. _____

Manrique Arreaga, Cesar Walter



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Rosero Jordan, Mayra Alejandra**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. 
Rosero Jordan, Mayra Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

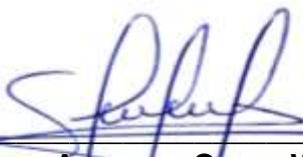
AUTORIZACIÓN

Yo, **Manrique Arreaga, Cesar Walter**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia del Síndrome de HELLp en gestantes múltiparas ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

EL AUTOR

f. 
Manrique Arreaga, Cesar Walter



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Rosero Jordan, Mayra Alejandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes múltiparas ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. 

Rosero Jordan, Mayra Alejandra

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento: [MANRIQUE_BOSSOLO_URKUND.docx](#) (D165171269)

Presentado: 2023-04-26 13:40 (05:00)

Presentado por: mayra.rosero@cu.uag.edu.ec

Recibido: yadira.bello.ucig@analisis.arkund.com

Mensaje: Manrique cesar y rosero mayra [Mostrar el mensaje completo](#)

100% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes: Bloques Abrir sesión

Lista de fuentes	Categoría	Enlace/nombre de archivo
		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D165171269
	Fuentes alternativas	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D164552695
		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D143729322
		UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL / 050027130
		UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL / 050027148
		UNIVERSIDAD DE CUENCA / 021284326
		UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI / 021278877

URKUND

Documento: [MANRIQUE_BOSSOLO_URKUND.docx](#) (D165171269)

Presentado: 2023-04-26 13:40 (05:00)

Presentado por: mayra.rosero@cu.uag.edu.ec

Recibido: yadira.bello.ucig@analisis.arkund.com

Mensaje: Manrique cesar y rosero mayra [Mostrar el mensaje completo](#)

100% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes: Bloques Abrir sesión

Lista de fuentes	Categoría	Enlace/nombre de archivo
		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D165171269
	Fuentes alternativas	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D164552695
		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D143729322
		UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL / 050027130
		UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL / 050027148
		UNIVERSIDAD DE CUENCA / 021284326
		UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI / 021278877

100% #1 Activo

Archivo de registro URKUND: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D... 100%

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Prevalencia del Síndrome de Hérnia en gestantes multiparas ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

AUTORES:

Manrique Arreaga, Cesar Walter Rosero Jordan, Mayra Alejandra

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lidia Cepeda López, Silvia María Mgs

Guayaquil, Ecuador 02 de mayo del 2023

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Manrique Arreaga, Cesar Walter y Rosero Jordan, Mayra Alejandra, como requerimiento para la obtención del título de Licenciado/a en enfermería.

TUTORA

Yo, _____, Lidia Cepeda López, Silvia María Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

Yo, _____, Lidia Mendoza Vinces, Angélica Oviedo Mgs

AGRADECIMIENTO

Agradezco inmensamente a Dios y al Divino Niño Jesús por permitirme cumplir una más de mis metas tan anhelada, por brindarme esa fuerza e inteligencia por siempre cuidarme y guiarme por el camino del bien.

A mis padres por estar presente en cada uno de los logros que he obtenido, que con sus esfuerzos y consejos incondicionales me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible. Así mismo agradecerles a todas las personas que creyeron en mí que me brindaron palabras de aliento y superación durante mi carrera universitaria.

A los docentes de cada semestre y a nuestra tutora de tesis la Lcda. Silvia Cepeda, que nos ha sabido guiar de la mejor manera en este presente trabajo, agradecerle por la paciencia, dedicación y conocimiento que nos ha brindado durante este proceso de titulación y a mi compañera de tesis Mayra Rosero por todo el apoyo brindado en este trabajo de titulación y deseándole éxitos en su vida profesional.

Cesar Walter Manrique Arreaga

En primer lugar, agradezco a Jehová por darme la fuerza, perseverancia e inteligencia para superar cada obstáculo que se me presento en mi vida académica.

A mis padres, hermanos y mi hija por su apoyo incondicional en los momentos complicados, por haber confiado en mí y ser mis guías cuando lo he necesitado. Mi hija, mi motor por la ayuda brindada, los consejos y ser esa motivación que necesito en los días complicados y sobre todo no dejarme rendir cuando mis días se tornaban oscuros.

A mi tutora de tesis Lcda. Silvia Cepeda por la confianza que deposito en mí, por haber impartido sus conocimientos en todo el proceso de este proyecto de investigación convirtiéndose en un factor clave para el éxito y culminación del mismo de igual forma a mi compañero de tesis Cesar Manrique por la dedicación y entrega a nuestro trabajo de investigación anhelando éxitos en su vida profesional

Mayra Alejandra Rosero Jordan

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por darme la fuerza, sabiduría y paciencia necesaria para cumplir esta meta. A mis padres y mi hermana por ser un apoyo fundamental en mi vida los cuales han sido mi motor de lucha día a día.

A toda mi familia que me han inculcado valores y principios, a todas las personas que de alguna u otra manera me han dado un consejo de motivación, superación que consiste en no darse por vencido a pesar de las adversidades que se presenten, les dedico este título de todo corazón.

Cesar Walter Manrique Arreaga

Dedico este trabajo principalmente a Jehová por brindarme sabiduría, por permitirme seguir adelante día a día y ese amor incondicional que me brinda a lo largo de mi vida.

A mis padres, hermanos y mi hija por siempre creer en mí, por apoyarme en cada meta que me propongo por los consejos brindados en los momentos más complicados de mi carrera por brindarme el impulso que necesitaba para seguir adelante. así como también a mi esfuerzo y sacrificio el cual me motiva a superarme como persona y profesional.

Mayra Alejandra Rosero Jordan



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LIC. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR. MGS.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

Manrique Arreaga, Cesar Walter

Rosero Jordan, Mayra Alejandra

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XV
ABSTRAC.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Preguntas de investigación.....	5
1.2. Justificación.....	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo General.....	7
1.3.2. Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Marco conceptual.....	11
2.3. Marco Legal.....	22
CAPÍTULO III.....	24
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.1. Tipo de estudio.....	24
3.2. Población y muestra.....	24
3.2.1. Criterios de inclusión.....	24
3.2.2. Criterios de exclusión.....	24
3.3. Procedimiento para la recolección de la información.....	24
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	24
3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.....	25

3.6. Variables Generales y Operacionalización	25
3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS	42
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de Síndrome de Hellp.....	27
Figura 2. Edad de las gestantes múltiparas.....	28
Figura 3. Número de embarazos en las múltiparas	29
Figura 4. Número de controles de las gestantes múltiparas	30
Figura 5. Número de abortos en las gestantes múltiparas.....	31
Figura 6. Edad gestacional de las múltiparas	32
Figura 7. Antecedentes de trastorno hipertensivo de las gestantes múltiparas	33
Figura 8. Hábitos nocivos de las gestantes múltiparas	34
Figura 9. Antecedentes mórbidos de las gestantes múltiparas.....	35
Figura 10. Cuadro clínico de las gestantes múltiparas	36
Figura 11. Complicaciones de las gestantes múltiparas	37

RESUMEN

El síndrome HELLP complicación multisistémica grave caracterizada por una tríada clásica de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia.

Objetivo: Diseñar la prevalencia del síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Metodología: Descriptiva, cuantitativa, retrospectiva, transversal. **Población:** 526 mujeres con síndrome de Hellp. **Técnica:** Observación indirecta.

Instrumento: Matriz de recolección de datos. **Resultados:** Edades: menos de 25 años 50,57%; de 26 a 30 años un 19% y entre 31 a 35 años 15,97%. Número de embarazos 2 partos previos 63,8%; seguido de 3 partos 26,81% y finalmente más de cuatro partos 9,32%. Número de controles más de cuatro controles 92,97% y menos de 3 controles 7,03%. Número de abortos 88,59% de las gestantes multíparas no tienen antecedentes de abortos, con embarazos pretérmino 82,20%, con antecedentes de 14,26% hipertensión arterial crónica, 10,84% eclampsia y 8,37% preeclampsia, el 6,27% evidencia consumo de drogas; el 3,23% alcohol y el 2,09% tabaco. Los antecedentes mórbidos el 58,37% tienen hipertensión arterial; 20,91% diabetes mellitus; 9,13% obesidad. Las manifestaciones clínicas el 36,31% tiene sangrado genital, edema el 30,04%; hipertensión arterial 29,47%; movimientos tónico clónicos 28,14%; náuseas 23,76%; vomito 20,34%; malestar general 19,77%; cefalea 13,12%; epigastralgia 6,46; e hiperreflexia 5,13%. Con complicaciones de disfunción hematológica 31,94%; disfunción renal 30,80%; disfunción respiratoria 13,69%; disfunción hepática 9,89%; disfunción cardíaca 9,32% y falla multiorgánica 4,37%. **Conclusiones:** La prevalencia del síndrome de Hellp, durante los 5 años del periodo de estudio fue del 6,66%.

Palabras clave: Síndrome de Hellp, Multíparas, Prevalencia

ABSTRAC

HELLP syndrome is a severe multisystem complication characterized by a classic triad of hemolysis, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia.

Objective: To design the prevalence of Hellp syndrome in multiparous pregnant women admitted to a hospital in the city of Guayaquil. **Methodology:** Descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional. Population: 526 women with Hellp syndrome. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Data collection matrix. **Results:** Ages: less than 25 years 50.57%; from 26 to 30 years, 19% and from 31 to 35 years, 15.97%. Number of pregnancies 2 previous deliveries 63.8%; followed by 3 deliveries 26.81% and finally more than four deliveries 9.32%. Number of controls more than four controls 92.97% and less than 3 controls 7.03%. Number of abortions 88.59% of multiparous pregnant women have no history of abortions, with preterm pregnancies 82.20%, with a history of 14.26% chronic arterial hypertension, 10.84% eclampsia and 8.37% preeclampsia, on 6 .27% evidence drug use; 3.23% alcohol and 2.09% tobacco. The morbid history 58.37% have arterial hypertension; 20.91% diabetes mellitus; 9.13% obesity. The clinical manifestations 36.31% have genital bleeding, edema 30.04%; arterial hypertension 29.47%; 28.14% tonic-clonic movements; nausea 23.76%; vomiting 20.34%; general malaise 19.77%; headache 13.12%; epigastralgia 6.46; and hyperreflexia 5.13%. With complications of hematological dysfunction 31.94%; renal dysfunction 30.80%; respiratory dysfunction 13.69%; liver dysfunction 9.89%; cardiac dysfunction 9.32% and multiple organ failure 4.37%. **Conclusions:** The prevalence of Hellp syndrome during the 5-year study period was 6.66%.

Key words: Hellp |Syndrome, Multiparous, Prevalence

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un trastorno cardiovascular altamente frecuente en las poblaciones y se caracteriza por la elevación de las cifras de presión arterial mayor a 130 mmHg para la presión sistólica y a 90 mmHg para la presión diastólica(1). El embarazo es una entidad fisiológica en la etapa reproductiva de la mujer, que en ocasiones trae consigo ciertos riesgos como la enfermedad hipertensiva del embarazo que continúa siendo uno de los problemas obstétricos más frecuentes e importantes en las diversas partes del mundo, que si no es diagnosticada y tratada a tiempo puede llegar a empeorar el cuadro, generar graves secuelas e inclusive la muerte(2).

Según la Organización Mundial de la Salud(3) el síndrome de Hellp es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo, por lo general se inicia durante el último trimestre del embarazo. El síndrome Hellp afecta principalmente a las gestantes en edad promedio de 25 años, y a mayores de 35 años, este se asocia especialmente en pacientes multíparas que generalmente han cursado en embarazos anteriores con este síndrome, usualmente se manifiesta en un 70% entre las 27-37 semanas, 20 % después de las 37 semanas y el 10 % restante antes de las 27 semanas(2).

Por ser una condición clínica que enmarca una etapa de agravamiento y de complicaciones en el embarazo, los profesionales deben actuar de manera inmediata en la detección precoz para el control de la enfermedad y aumentar las probabilidades de supervivencia de la madre y del bebé. En Ecuador constituye una de las enfermedades hipertensivas específicas de la gravidez, lo que representa un problema de salud pública obstétrica, por ser una condición clínica que enmarca una etapa de agravamiento y de complicaciones en el embarazo, lo que implica que los profesionales deben actuar de manera inmediata en la detección precoz para el control de la enfermedad y aumentar las probabilidades de supervivencia de la madre y del bebé.

En la actualidad, una de las causas de mortalidad materna y una complicaciones más severas de las enfermedades hipertensivas del embarazo que mayoritariamente cursan con preeclampsia(4). La cual requiere del uso de corticoesteroides como tratamiento e incluso muchas veces de la interrupción gestacional; sin embargo se espera que los crecientes avances en el diagnóstico de la enfermedad y con bases en la experiencia de cada centro de atención, disminuya la prevalencia y las complicaciones perinatales(5).

Es así que el propósito del trabajo es diseñar la prevalencia del síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil, para lo cual se aplicó un estudio de diseño descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional, en donde se tomaron datos de las historias clínicas de las gestantes multíparas durante un periodo de 5 años (desde el año 2018 al 2022).

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades hipertensivas del embarazo continúa siendo uno de los problemas obstétricos más frecuentes e importantes en el mundo y representan una de las principales causas de muertes maternas(6). Algunos estudios señalan que la presentación de la hipertensión gestacional se debe a que el embarazo no lleva un control adecuado, siendo más probable en las poblaciones rurales, pobres con menor nivel educativo y bajos recursos económicos(7).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 el síndrome de Hellp afectó al 0,1% al 0,9% de las gestantes sanas, del 10% al 20% en embarazos con preeclampsia y 50% en eclampsia y puede ocurrir en un 30% durante el último trimestre del embarazo, de los cuales entre el 0.9 al 20% puede presentar complicaciones(8). En México, las defunciones maternas por síndrome de Hellp en período 2002-2017 presentaron una tendencia baja con ligeros repuntes, esta disminución en la prevalencia se observó a partir del año 2011, donde los datos del 2016-2017 registraron 96 y 108 defunciones respectivamente, asociadas al síndrome de HELLP, para el 2019 estos datos aumentaron en un 2%.

En América Latina, el síndrome de Hellp afecta al 27.6% de las mujeres con eclampsia, mostrando un índice de mortalidad del 14%. En Colombia el síndrome de Hellp en el año 2020 la prevalencia varió entre el 3.8 a 10% en mujeres con preeclampsia-eclampsia, las cuales se presentaron en el anteparto con el 69%, postparto 31%, mientras que el 80% de los casos entre la 26 y 37 semana de gestación(9). En Ecuador constituye una de las enfermedades hipertensivas específicas de la gravidez, lo que representa un problema de salud pública obstétrica, en el 2018, se reportó 140 defunciones maternas, de las cuales el 29% correspondieron a trastornos hipertensivos, y de estos 5% fueron atribuidas al síndrome de

Hellp, mientras que, en el 2020, se reportaron 27 defunciones maternas, de las cuales 9 fueron casos de síndrome de Hellp(10).

En el Hospital del Guasmo Sur, en el área de ginecobstetricia se ha observado que existen gestantes con niveles de presión arterial por encima de 140/90 mmHg que no llevan un control médico adecuado, razón por la cual es imprescindible continuar con la educación, para así evitar complicaciones en el embarazo, así como también por parte de las pacientes acudir a los centro de salud más cercano en caso de presentar síntomas de alarma como sangrado, epigastralgia, cefalea, edema, hematuria y además dar charlas educativas de prevención y promoción de salud a la población de riesgo sobre el embarazo en etapas tempranas o tardías para así prevenir complicaciones.

1.1. Preguntas de investigación

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son los antecedentes ginecoobstétricos de las gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuál es el cuadro clínico que presentan las gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las complicaciones del síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

1.2. Justificación

El síndrome de Hellp, es uno de los trastornos hipertensivos potencialmente graves en el embarazo, afecta a alrededor del 5-8% de las mujeres embarazadas en todo el mundo, la cual puede derivar una variedad de complicaciones, por ello deben ser valoradas adecuadamente por los profesionales, teniendo en cuenta la capacidad de identificar cualquier evento que rodea a la gestante, por lo tanto, los cuidados que se brinden deben adecuarse a las necesidades y abordar el impacto problemas de salud del binomio madre-hijo.

Por lo tanto, esta investigación pretendió aportar información sobre el comportamiento del síndrome de Hellp, que en base a los resultados presentados en este trabajo podrán desarrollar nuevas estrategias para la formación de los futuros profesionales. Al conocer la prevalencia del síndrome de Hellp ayudará a comprender la magnitud del problema y a identificar las poblaciones de mujeres que tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Esto puede ser útil para la implementación de medidas preventivas y que la atención prenatal sea adecuada para estas mujeres. Además, se motiva a los estudiantes a enfocarse en estudios en base a diagnósticos e intervenciones de enfermería de manera que se brinden los cuidados y manejo adecuado a la gestante.

Las beneficiarias de este trabajo son las mujeres con síndrome de Hellp de manera que permitió identificar los eventos que rodea a la gestante, por lo tanto, brindar los cuidados que deben adecuarse a las necesidades que requiere y permita abordar el impacto del problema de salud del binomio madre-hijo y proponer normas a seguir para que en próximos embarazo no se presenten futuras complicaciones como rotura hepática, insuficiencia renal. Este trabajo es factible y viable dado que contó con los recursos humanos y materiales para realización del mismo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Diseñar la prevalencia del síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. Objetivos Específicos

Establecer los antecedentes ginecoobstétricos de las gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Mencionar el cuadro clínico que presentan las gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Determinar las complicaciones del síndrome de Hellp en gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

Los autores Andrade y Karanovic, sobre "*Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes con preeclampsia y eclampsia*".(8) En un estudio descriptivo cuantitativo transversal aplicado en una población de 100 gestantes, de las cuales 30 presentaron diagnóstico de síndrome de Hellp, obteniendo una prevalencia del 30%, al analizar los antecedentes ginecológicos, la edad con mayor predominio fueron entre 26 a 30 años (n=26); de 31 a 35 años (n= 25); de 21 a 25 años (n= 17); de 34 a 40 años (n=14); de 15 a 20 años (n=13) y de 41 a 45 años (n=5), con antecedentes de obesidad grado 1 y 2 (24%) respectivamente, rango normal 21%, Sobrepeso 20%, y Obesidad Grado III (10%), con respecto a la edad gestacional el 42% se encontraba entre los 36 a 40 semanas de gestación; 24% entre los 26 a 30 semanas; entre los 31 a 35 semanas de gestación 23%. Los antecedentes patológicos personales fueron la trombofilia 33%, diabetes mellitus 27%, patología renal 20% y lupus eritematoso 20%(8).

Las autoras Castaño y Rico con el tema "*Factores asociados al Síndrome Hellp en pacientes del Hospital Universitario Clínica San Rafael*".(11) aplicando una metodología de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, en una población de 196 gestantes, de las cuales 106 fueron diagnosticadas con síndrome de Hellp, la prevalencia fue del 54%. Los antecedentes ginecológicos fueron en edades de menos de 25 años 45% y mayor a 35 años 31%, con edad gestacional superior a 34 semanas (55%), seguida por el 30% con gestación entre 28 – 33.6 semanas, con antecedentes patológicos que el 64.1% de las pacientes presentaron sobrepeso 22.8%, los antecedentes mórbidos fueron que el 9.4% de las pacientes presentaban antecedente de hipertensión arterial y 2.8% diabetes mellitus, de las cuales presentaron en el 18.8% antecedente de trastorno hipertensivo en su gestación previa(11).

Las autoras Segura y Jaramillo con el estudio de “*Síndrome de Hellp y su morbimortalidad en el embarazo*”.(12) Se aplicó un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, retrospectivo, en una población de 3.800 pacientes obstétricas, de las cuales 362 presentaron trastornos hipertensivos, de estas últimas 60 desarrollaron síndrome de Hellp, las edades de las pacientes fue del 43% menores de 30 años, el 50% son de etnia mestizas, seguida por el 38,33% indígenas y afro ecuatorianas 8,33%, con antecedentes mórbidos del 61,67% hipertensión arterial crónica, 16,67% diabetes mellitus, 10% anemia, 6,67% obesidad y 5% sobrepeso, en cuanto a las semanas de gestación el 46,67% tienen de 38 a 42 semanas de edad gestacional, seguida por 6,67% de 35 a 38 semanas de gestación y 15% entre 26-30 semanas de gestación, con complicaciones de 13% hemorragia postparto, 12% ruptura prematura de membranas, 3% atonía uterina(12).

El autor Baldeón sobre “*Prevalencia de preeclampsia en embarazadas multíparas mayores de 30 años*”.(13) de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo de corte transversal, en el cual se atendieron 2767 partos, de las cuales, el 80% corresponde a menores de 30 años y el 20% mayores de 30 años, siendo el 88% multíparas, al analizar la prevalencia de preeclampsia fue del 0,3% (9 casos), de estos casos, los antecedentes ginecológicos fueron edad gestacional pretérmino 61%, con antecedentes patológicos de HTA 76%, diabetes mellitus 44% y obesidad 41%, sin antecedentes de aborto 89%, y hábitos nocivos el 11% de consumo de alcohol y drogas, las complicaciones presentes fueron, síndrome de Hellp en 1 caso, que presento como complicación disfunción hematológica(13).

Los autores Suquillo y Curichumbi con el tema “*Morbimortalidad asociada al Síndrome Hellp en gestantes*”.(14) realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental y de corte transversal en el cual se analizaron 30 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Síndrome HELLP, se determinó que el 76% se abarca edades entre los 30 - 45 años, son multigestas 63%, con edad gestacional pretérmino 37%, con antecedentes de trastornos hipertensivos 40%, las cuales presentaron complicaciones de

retraso del crecimiento intrauterino (23%) e insuficiencia renal aguda (20%)(14).

Los autores Runruil y Loza sobre "*Incidencia del síndrome de HELLP incompleto en gestantes*".(15) realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental y de corte transversal en el cual revisaron historias clínicas de 750 pacientes embarazadas de las cuales 300 cumplían con los criterios de inclusión, se evidencia una edad media de 32 años, en el rango de 18 a 30 años 57%, las cuales presentaban manifestaciones clínicas de vómitos 50%, náuseas 49.5% y dolor abdominal 45.8%, hipertensión arterial 48.5%, con antecedentes mórbidos del 78% hipertensión arterial crónica, 56% diabetes mellitus, 21% anemia y 20% obesidad, en cuanto a las semanas de gestación el 76% tienen de 38 semanas de edad gestacional, sin antecedentes de aborto 95%, y hábitos nocivos el 5%, las complicaciones presentes fueron diseminación hematológica (coagulación intravascular diseminada) 77% e insuficiencia renal aguda 20%(15).

La autora Plaza sobre "*Factores de riesgos que inciden en el desarrollo del síndrome de HELLP en embarazadas*". (16) realizó una investigación de tipo descriptiva, no experimental, de corte transversal en un grupo de pacientes añosas que embarazaron con edades mayor de 35 años 45%, los antecedentes patológicos personales el 45% presentan obesidad, el 20% diabéticas, el 60% hipertensión arterial 25%. Las cuales presentaron manifestaciones clínicas de 55% sangrado genital, 31% edema; 30% hipertensión arterial grado 2; convulsiones 29%; náuseas y vomito 22%; cefalea 11% y epigastralgia 5%; con complicaciones de disfunción hematológica 87% de los casos, alteraciones renales 12%; daño hepático 4%; y falla multiorgánica 2%(16).

La autora Ponce en "*Factores de riesgo maternos para síndrome HELLP en preeclámpsicas severas*". (17) se realizó un estudio observacional, transversal, de 54 casos, la media de la edad fue de 27. 2 (DE:7.2). El 4.8% tiene antecedente de diabetes, 14.5% antecedente de hipertensión, 19.4% tuvo el antecedente de preeclampsia, 4% tuvo antecedente de eclampsia, con

hábitos nocivos de 4.8% fumadoras, las cuales presentaban manifestaciones clínicas de vómitos 66%, náuseas 56%, hipertensión arterial 49%, con comorbilidades del 89% hipertensión arterial crónica, 75% diabetes mellitus, 45% anemia y 25% obesidad, sin antecedentes de aborto 100%, y hábitos nocivos de consumo de alcohol 6% y drogas 2%, las complicaciones presentes fueron diseminación hematológica 65% e insuficiencia hepática 16%(17).

2.2. Marco conceptual

Síndrome de Hellp

El síndrome HELLP se refiere a una complicación de la preeclampsia severa que afecta múltiples sistemas del cuerpo, la cual se caracteriza por una tríada clásica en la que se incluye a la hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, que al no ser tratada, puede causar graves consecuencias para la madre y el feto, incluida la muerte, aunque se desconoce la causa de este trastorno, los factores de riesgo son muy similares a la preeclampsia(18).

Etiología

El síndrome HELLP puede tener múltiples efectos significativos en la madre y el feto, aunque la causa del síndrome no se comprende por completo, varias teorías sugieren que la afección es el resultado del daño a la capa endotelial de los vasos sanguíneos asociado con hipertensión, anomalías placentarias y complejos inmunitarios, además, de los factores genéticos que también son importantes, ya que ciertos genotipos maternos y fetales pueden aumentar el riesgo de desarrollar el síndrome HELLP(19).

Factores de riesgo

Al ser un trastorno grave durante el embarazo y puerperio, afecta alrededor del 0,2 % al 0,6 % de los embarazos, y puede ocurrir de diversas formas, y algunas mujeres embarazadas experimentan solo uno o dos de los síntomas característicos del síndrome, pero cualquier mujer embarazada puede

desarrollar la afección y algunas personas corren un mayor riesgo, en las que se incluyen factores de riesgos como las mujeres blancas, edad mayores de 35 años, las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas o las mujeres con hipertensión no controlada, preeclampsia o eclampsia(20).

Cuadro clínico

Las pacientes afectadas por el síndrome HELLP pueden experimentar una amplia variedad de síntomas, desde malestar general hasta dolor en la región epigástrica y en el hipocondrio derecho, que son características más típicas de la patología, además, un 86% de las pacientes presentan náuseas y vómitos(21). La hipertensión arterial y la proteinuria, acompañadas de edema y aumento de peso, se presentan en el 85% de las pacientes, sin embargo, la clínica de la enfermedad es muy inespecífica y el diagnóstico suele basarse en pruebas de laboratorio adicionales en caso de sospecha(21).

Epigastralgia

El dolor en la región epigástrica puede tener múltiples causas, pero afortunadamente la mayoría de las veces es causada por trastornos leves y temporales, estos síntomas incluyen dolor o ardor en la región epigástrica, sensación de saciedad temprana y plenitud postprandial y dependiendo de la relación de los síntomas con las comidas, se pueden dividir en síndrome de dolor epigástrico y síndrome de malestar postprandial, existen evidencias de que las alteraciones fisiológicas del estómago son una causa primaria de la sintomatología, y pueden alterar su fisiología normal(22).

Cefalea

Es uno de los principales síntomas es la cefalea dado, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad fértil, estos pueden ser lo suficientemente graves como para incapacitar y causar grandes gastos médicos, durante el embarazo y el puerperio son factores de riesgo conocidos para las cefaleas secundarias provocadas por cambios fisiológicos como el estado de hipercoagulabilidad y cambios hormonales o por procedimientos médicos como la anestesia epidural, en el síndrome de Hellp se relaciona por los estados hipertensivos que suelen presentarse en las gestantes(23).

Edema

El edema es la inflamación de los tejidos blandos secundaria a la acumulación de líquido intersticial, durante el embarazo suele ser una reacción normal del cuerpo, y se presenta aproximadamente en el 50% de las gestantes como consecuencia de la producción de sangre y fluidos para satisfacer las necesidades del bebé en crecimiento(24).

Alteraciones visuales

Los cambios sistémicos más notables que ocurren durante el embarazo afectan los sistemas cardiovascular, endocrino, metabólico, hematológico e inmunológico, estos cambios son provocados principalmente por la interacción de las producciones hormonales de la placenta y las glándulas suprarrenales del feto(25). El embarazo puede ocasionar cambios en la visión, algunos de los cuales son temporales, mientras que otros pueden persistir permanentemente, estos cambios oculares pueden ser fisiológicos, patológicos o pueden agravar condiciones preexistentes y están asociados con el propio embarazo y son bastante comunes(25).

Hipertensión arterial

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una preocupación importante a nivel mundial debido a su impacto significativo en la morbilidad materna y fetal; estos trastornos se refieren a las alteraciones fisiopatológicas que resultan en un aumento de la presión arterial, lo que a su vez puede generar diversas complicaciones(26). Aproximadamente el 80% de los casos de trastornos hipertensivos del embarazo se presentan durante el término de la edad gestacional, mientras que el porcentaje restante ocurre en etapas más tempranas del embarazo, esto tiene un impacto en el pronóstico y resultado final, ya que existe un mejor pronóstico a medida que avanza la edad gestacional, mientras que el riesgo aumenta y los resultados son desfavorables en etapas más tempranas(26).

Durante el control prenatal, cada mujer embarazada es evaluada por factores de riesgo que pueden predisponerla a padecer este y otros trastornos, lo que permite iniciar las medidas preventivas adecuadas para reducir el riesgo de complicaciones(26). En la actualidad, al decidir las medidas terapéuticas, es importante distinguir qué pacientes presentan criterios de severidad para determinar el manejo definitivo, que puede ser diferente en los casos en los que no se presenta preeclampsia con estos criterios(26).

Sangrado genital

Es alarmante la cantidad de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones durante el embarazo, parto o postparto, aunque algunas complicaciones pueden estar presentes antes del embarazo, se agudizan con la gestación, especialmente si no reciben atención médica(27). Las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), las complicaciones en el parto, los abortos inseguros y las hemorragias graves son las principales causas de muerte materna, responsables del 75% de los casos(27).

Movimientos tónicos-clónicos

Las convulsiones son ocurrencias repentinas y anormales causadas por la hiperactividad de un grupo de neuronas en el sistema nervioso, lo que puede manifestarse en diferentes formas, incluyendo convulsiones notables. La epilepsia es el segundo trastorno neurológico más común durante el embarazo, después de la migraña. Alrededor de 1 de cada 200 mujeres embarazadas (0.5%) padecen epilepsia y el 95% de ellas toman medicamentos antiepilépticos, durante el embarazo, las crisis convulsivas son muy importantes para la salud de la madre y el feto, y siempre deben ser tratadas como una emergencia médica(28).

La crisis convulsiva se considera de alto riesgo debido que ocasionan resultados adversos en el recién nacido, una crisis epiléptica es la expresión clínica de una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica que generalmente se resuelve por sí sola. Las crisis pueden manifestarse de diversas formas según la zona del cerebro afectada (motoras, sensitivas,

psíquicas, entre otras). Estas crisis se desencadenan por diversos mecanismos que suelen producir una sobrecarga de actividad neuronal o una falla en la inhibición de esta actividad(28).

Complicaciones asociadas

Disfunción cardiovascular

La disfunción endotelial, puede durar hasta 20 años después del parto y puede ser un signo temprano de preeclampsia, se caracteriza por una menor capacidad del endotelio de los vasos sanguíneos para dilatarse en respuesta al flujo sanguíneo, sin embargo, el hecho de que la disfunción endotelial en mujeres influye en abortos espontáneos repetidos plantea la posibilidad de que también pueda ser un factor causal en la patogenia de la preeclampsia; se cree que esta disfunción es provocada por factores placentarios que afectan la circulación materna, esta teoría se apoya en la presencia de factores de riesgo cardiovascular como antecedentes familiares de diabetes, diabetes, infartos precoces en familiares cercanos, obesidad, hipertensión arterial y niveles elevados de leucocitos y triglicéridos(29).

Disfunción respiratoria

La mujer sufre cambios en su anatomía, fisiología y patrón de respiración a lo largo del embarazo, el trabajo de parto y el posparto, uno de los posibles problemas es el síndrome de dificultad respiratoria aguda, que es difícil de tratar para los profesionales médicos y puede provocar complicaciones en el embarazo como corioamnionitis, aborto espontáneo y embolia de líquido amniótico, el tracto respiratorio se ve afectado por el cuerpo de la mujer embarazada que retiene más agua, añadiendo el aumento de la congestión de la mucosa y el aumento de la vascularización en las vías respiratorias superiores e inferiores son efectos adicionales de los altos niveles de estrógeno(30).

Debido el crecimiento del útero y el movimiento desde la cavidad pélvica hasta el abdomen durante el embarazo, la respiración se ve afectada, lo que hace, que el diafragma se desplaza unos 4 cm y el diámetro anteroposterior aumenta de 5 a 7 cm durante el segundo trimestre del embarazo, cuando estos cambios son más evidentes; estas modificaciones ayudan a expandir

los pulmones y aumentan el flujo de aire que entra y sale de ellos, sin embargo, en circunstancias típicas, el embarazo no tiene efectos perceptibles sobre los músculos respiratorios o la distensibilidad de la pared torácica(30).

Disfunción renal e Insuficiencia renal aguda

Durante el embarazo, ocurren cambios estructurales, circulatorios y metabólicos que aumentan la carga sobre los riñones, para las mujeres que ya tienen una enfermedad renal, estos cambios pueden exacerbar la afección o provocar complicaciones potencialmente mortales para la madre y el feto(31).

En el primer trimestre del embarazo ocurren cambios fisiológicos importantes que aumentan la filtración glomerular y el flujo plasmático renal, esto se explica por un aumento del gasto cardíaco, un aumento progresivo del volumen intravascular y una disminución de la resistencia vascular periférica y renal, es así que, durante este período, la tasa de filtración glomerular puede aumentar entre un 40% y un 60%, mientras que el flujo plasmático renal puede aumentar hasta 809 ml/min y durante las últimas 10 semanas de embarazo, el flujo plasmático renal se mantiene en aproximadamente 695 ml/min(32).

Los mecanismos fisiopatológicos que explican la conexión entre la preeclampsia y la enfermedad renal crónica aún no están completamente comprendidos, sin embargo, una característica importante de la preeclampsia es la alteración de la célula endotelial y una activación inadecuada que se asocia con una respuesta inflamatoria generalizada en el sistema circulatorio(33). La nefropatía asociada con la preeclampsia implica una alteración de la célula endotelial conocida como endoteliosis, que se caracteriza por la expansión citoplasmática, la proliferación de células mesangiales sin engrosamiento de la membrana basal y el depósito de fibrinógeno, cuando la proteinuria que se presenta en la preeclampsia es secundaria al edema de la célula endotelial y a la alteración del endotelio fenestrado en el podocito renal(33)

Disfunción hematológica

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE) son diversas condiciones clínicas que comparten la característica de presentar cifras tensionales elevadas después de la semana 20 de embarazo o en el puerperio(34). Por otro lado, la anemia es un problema frecuente durante el embarazo y se define como una concentración de hemoglobina por debajo de ciertos valores establecidos según el trimestre de gestación, que son <11 g/dl (hematocrito <33%) en el 1er o 3er trimestre o una concentración de hemoglobina <10.5 g/dl (hematocrito <32%) en el 2do trimestre, una mujer anémica corre mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el parto y el puerperio, incluyendo la necesidad de transfusiones sanguíneas(35).

La pérdida de sangre por sangrado uterino, aborto espontáneo, embarazo ectópico o placenta previa también puede provocar anemia durante el embarazo, además, puede desarrollarse como resultado de trastornos autoinmunes, infecciones crónicas como el VIH o enfermedades crónicas como la enfermedad renal, por ende, debe encontrar la causa subyacente de la anemia para tratar la afección de manera adecuada, por lo que es crucial una evaluación cuidadosa(35).

Falla orgánica múltiple

Cualquiera de estas causas directas puede conducir a una disfunción de múltiples órganos, o puede resultar de problemas menos obvios relacionados con el embarazo, como diabetes gestacional no controlada, hipertensión gestacional no controlada o enfermedad renal crónica relacionada con el embarazo(36). Las complicaciones obstétricas agudas, como una embolia de líquido amniótico o una ruptura del útero, también pueden provocar una disfunción orgánica múltiple, y su prevención o el tratamiento de la disfunción multiorgánica y la mejora de los resultados maternos y fetales dependen de la detección temprana y el manejo adecuado de estas complicaciones(36).

Disfunción y falla hepática

Se cree que el desarrollo de la disfunción hepática es una enfermedad multifactorial, con obesidad, diabetes gestacional, nutrición inadecuada, trastornos metabólicos hereditarios y factores ambientales que pueden

desempeñar un papel en la presentación alteraciones hepáticas, para la detección se utilizan pruebas de laboratorio y técnicas de imagen para hacer el diagnóstico, que incluye síntomas como náuseas, vómitos, dolor abdominal, ictericia y alteración del estado mental.

Las opciones de tratamiento incluyen un aborto inmediato; en situaciones más graves, también se puede requerir una terapia de apoyo y una evaluación de trasplante de hígado. Es importante destacar que, aunque existen diferencias en los parámetros bioquímicos el síndrome HELLP, pueden no siempre ser específicos, por lo que se requiere una evaluación clínica completa y multidisciplinaria para establecer un diagnóstico preciso, además, ambas condiciones puede tener una presentación grave y potencialmente fatal, por lo que es crucial una intervención temprana y adecuada para mejorar el pronóstico materno y fetal(37).

Eclampsia

Además de la hipertensión arterial y la proteinuria, la eclampsia se caracteriza por convulsiones, estas convulsiones pueden ser tónicas, clónicas o tónico-clónicas y pueden ocurrir antes, durante o después del parto, por otra parte, la eclampsia es una emergencia médica y obstétrica que requiere atención inmediata y adecuada para prevenir complicaciones graves para la madre y el feto y el tratamiento se enfoca en controlar la presión arterial alta y prevenir las convulsiones y en algunos casos, la interrupción del embarazo puede ser necesaria para preservar la vida de la madre(38).

La detección temprana de los factores de riesgo, así como de los signos y síntomas de la preeclampsia, es fundamental para prevenir y controlar adecuadamente la enfermedad, además, el cuidado prenatal regular y las medidas preventivas, como una dieta adecuada y ejercicio, pueden ayudar a reducir el riesgo de preeclampsia, es importante tener en cuenta que la preeclampsia puede desarrollarse rápidamente y sin síntomas evidentes, por lo que es esencial el control regular de la presión arterial y la detección de proteínas en la orina durante el embarazo(39).

Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento prematuro de placenta puede ser causado por factores como la hipertensión, el tabaquismo, el consumo de drogas ilícitas, traumatismos en el abdomen, infecciones del tracto genital, así como la ruptura prematura de membranas y la placenta previa. Los síntomas incluyen dolor abdominal intenso y constante, sangrado vaginal, contracciones uterinas y, en casos graves, puede presentarse una hipovolemia por pérdida de sangre(40). Es importante que cualquier embarazada que experimente estos síntomas requieran de un servicio de urgencias obstétricas, ya que el desprendimiento prematuro de placenta puede ser una emergencia médica grave que requiere una atención inmediata y un tratamiento adecuado para evitar complicaciones(41).

Criterios diagnósticos

Hemólisis: La hemólisis puede provocar anemia hemolítica microangiopática debido a la formación de microtrombos, que se caracteriza por la presencia de fragmentos de eritrocitos y hematíes en una muestra de sangre periférica, dado que aproximadamente el 15% de los casos pueden presentarse sin signos visibles de la enfermedad(42).

Alteraciones hepáticas:

Las anomalías hepáticas pueden manifestarse como una variedad de anomalías patológicas, que incluyen hemorragia periportal, necrosis parenquimatosa focal con depósito hialino, microtrombos de fibrina y esteatosis, que pueden elevar los niveles de enzimas hepáticas. Los niveles elevados de TGP, TGO y LDH están directamente relacionados con la gravedad del síndrome y pueden utilizarse para determinar el grado de hemólisis y disfunción hepática(42). Una cápsula de Glisson inflamada puede ser la causa del dolor epigástrico y del cuadrante superior derecho, con una incidencia de 1 en 45,000 casos, la ruptura del hígado puede ser inmediatamente fatal en casos severos(42).

Trombocitopenia: La trombocitopenia se produce por una disminución en el recuento de plaquetas debido al daño endotelial, lo que se puede observar

tempranamente en la preeclampsia, lo que produce un aumento en la renovación de plaquetas, una disminución en el tiempo de vida media de las mismas y un aumento en su capacidad de adherirse al colágeno expuesto en la pared endotelial(42).

Diagnóstico

Aunque su diagnóstico se basa en el reconocimiento de parámetros de laboratorio distintivos, como hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, el síndrome HELLP se diagnostica con frecuencia en pacientes que tienen preeclampsia grave, la eclampsia y las mujeres embarazadas con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho requieren pruebas de laboratorio para diagnosticar correctamente el síndrome(19).

Para diagnosticar la hemólisis se utilizan la biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepática, la cual en el diagnóstico una disminución en los valores de hematocrito, presencia de hematíes fragmentados, aumento en la deshidrogenasa láctica y bilirrubina mayor de 1,2 mg/dL, se manifiesta con un aumento en las enzimas aspartato aminotransferasa (AST) en suero de >70 IU/L y alanina aminotransferasa (ALT) en suero de >70 IU/L(19).

Clasificación del Síndrome de Hellp

Hay dos sistemas de clasificación para diagnosticar el síndrome de HELLP, en los que se menciona al sistema de Martín o Mississippi divide la enfermedad en tres grupos basados en la cantidad de plaquetas, ya que se sabe que a menor número de plaquetas, mayor es la gravedad del cuadro clínico y las complicaciones asociadas(19).

La clasificación de Tennessee define al síndrome de HELLP si están presentes los tres criterios diagnósticos siguientes(19):

- Trombocitopenia moderada a severa con plaquetas menor o igual a 100000/uL .
- Disfunción hepática con AST mayor a 70 UI/L.
- Presencia de hemólisis con enzimas DHL mayores de 600 UI/L(19).

Clase HELLP	Clasificación de Tennessee	Clasificación de Mississippi
1	Plaquetas <50 000/ml AST o ALT≥ 70 UI/L; LDH≥600 UI/L	Plaquetas ≤100 000/ml AST o ALT≥70 UI/L; LDH≥600 UI/L
2	Plaquetas, 50000-100 000/ml AST o ALT≥70 UI/L; LDH≥600 UI/L	
3	Plaquetas, 100 000- 150 000/ml AST o ALT≥40 UI/L; LDH≥600 UI/L	No aplica
Parcial/ Incompleto	No aplica	Preeclampsia severa + uno de los siguientes hallazgos: ELLP, EL, LP.

Fuente: Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp de Bracamonte et al.(19).

2.3. Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.(43)

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. (43) La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (43)

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (43) La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. (43)

Art. 42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios. (43)

Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada. Todas las

personas y grupos desplazados tienen derecho a retornar a su lugar de origen de forma voluntaria, segura y digna. (43)

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a(43):

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (43)

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. (43)

Ley del Amparo del Paciente

Art. 4.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. (44)

Art. 6.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión. (44)

Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause. (44)

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo

Método: Cuantitativa,

Diseño: Según el Tiempo. Retrospectivo y Según el período y la secuencia del estudio: De corte Transversal.

3.2. Población y muestra

La población estará conformada por 526 gestantes multíparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil, con diagnóstico de síndrome de Hellp durante el periodo 2018 al 2022.

3.2.1. Criterios de inclusión

Gestantes multíparas con diagnóstico de síndrome de Hellp ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil

3.2.2. Criterios de exclusión

Gestantes primerizas

Gestantes multíparas con otros diagnósticos

Gestantes sin patologías

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta

Instrumento: Matriz de observación indirecta

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos serán registrados en el programa Microsoft Excel, para posterior mostrar datos expresados en forma porcentual o numérica mostrados ya sea en figuras de barras mediante el programa SPSS versión 26.

3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.

Al ser un estudio dirigido a la recolección de datos en base a las historias clínicas no aplica el consentimiento informado, pero el estudio se compromete a reservar el derecho a la privación y conservación de los datos para fines académicos mas no para fines lucrativos y/o económicos.

3.6. Variables Generales y Operacionalización

Variable general: Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes múltiparas

Dimensiones	Indicadores	Escala
Antecedentes ginecoobstétricos	Edad	Menor de 25 años 25 a 30 30 a 35 35 a 40 40 a 45 Mayor a 45 años
	Número de embarazos	2 a 3 3 a 4 Más de 4
	Número de controles	Menos de 3 Más de 3
	Número de abortos	Ninguno 1 a 2 Más de 2
	Edad gestacional	Pretérmino Término
	Tipo de trastorno hipertensivo	Preeclampsia Eclampsia HTA Crónica
	Hábitos nocivos	Sin hábitos Drogas Alcohol Tabaco
	Antecedentes mórbidos	HTA Diabetes mellitus Obesidad Otros Sin antecedentes

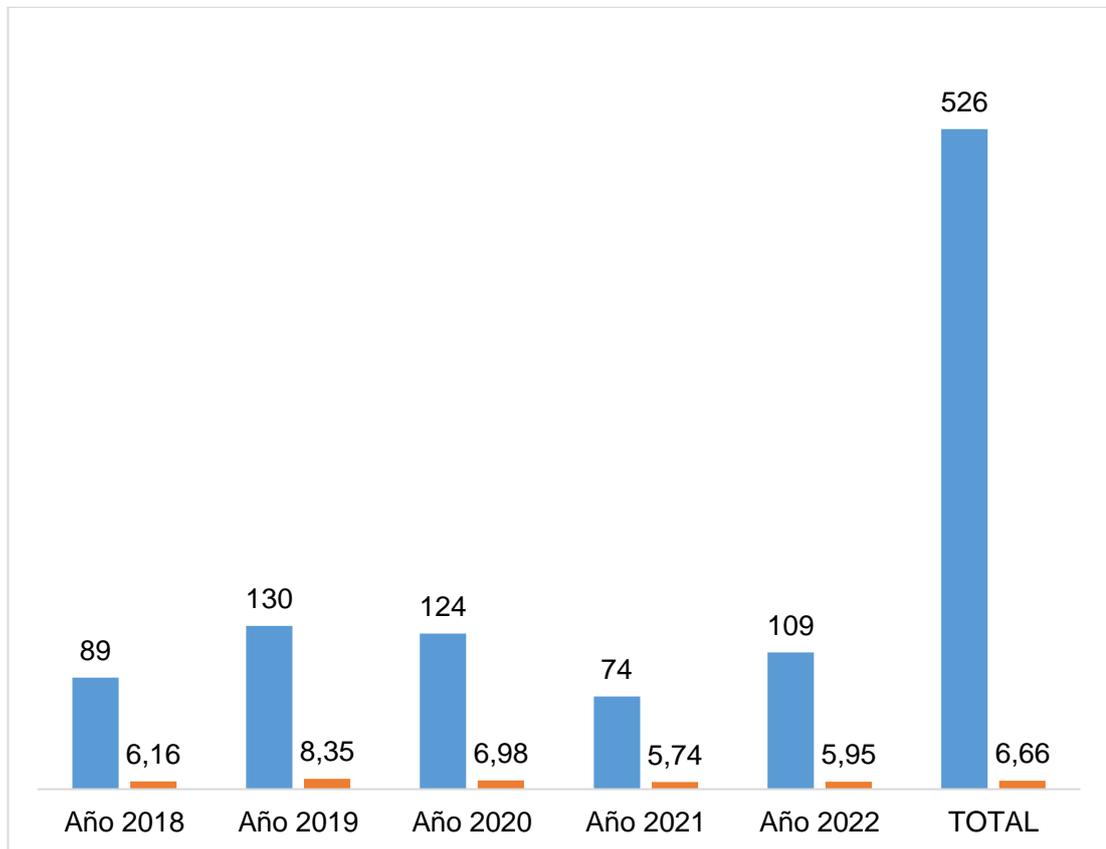
Dimensiones	Indicadores	Escala
Cuadro clínico	Epigastralgia	Presente Ausente
	Nauseas	
	Vómitos	
	Cefalea	
	Edema	
	Alteraciones visuales	
	Hipertensión arterial	
	Hiperreflexia	
	Sangrado genital	
	Estupor	
	Movimientos tónicos-clónicos	
Complicaciones asociadas	Disfunción cardiovascular	Presente Ausente
	Disfunción respiratoria	
	Disfunción renal	
	Disfunción hematológica	
	Falla multiorgánica	
	Disfunción hepática	

Fuente:

3.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Figura 1.

Prevalencia de Síndrome de Hellp



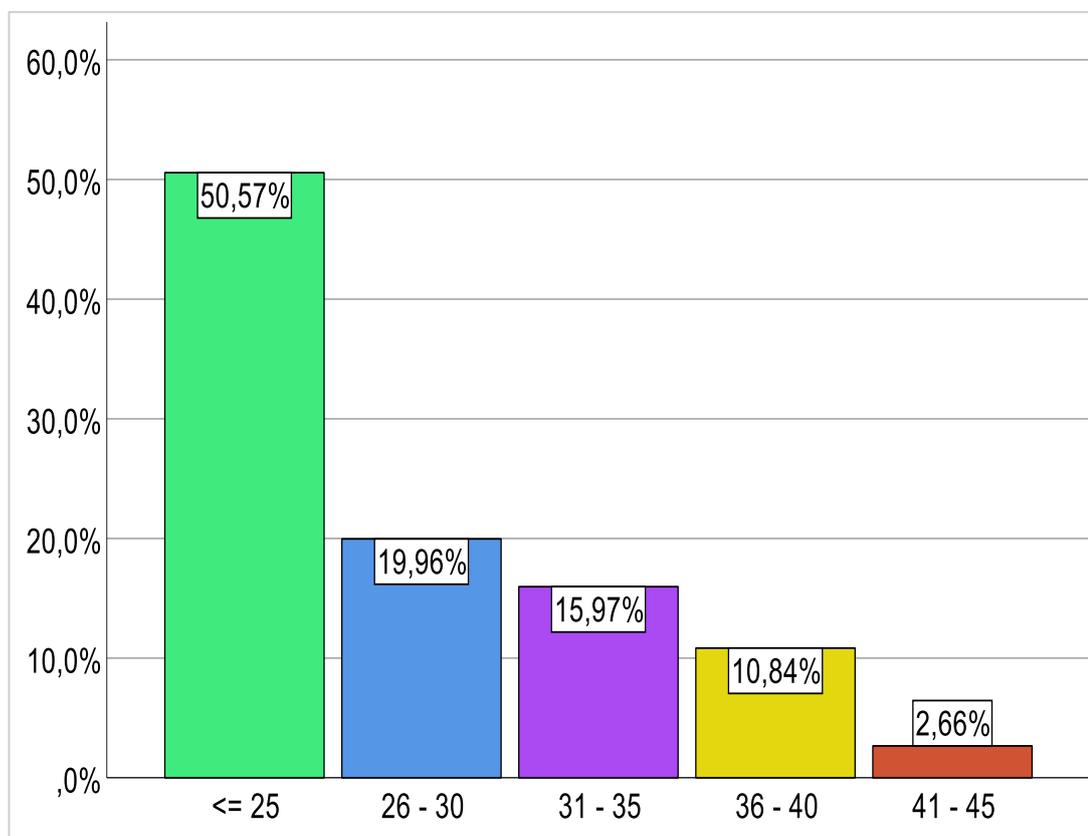
Fuente: Observación indirecta

Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

Al analizar la prevalencia del síndrome de Hellp, se tomó en consideración los números de casos de mencionada patología de cada año, con la población total de ingresos en el área de ginecología. Obteniendo una alta prevalencia en el año 2019 del 8,35%; para el año 2020 fue del 6,98%; seguido del año 2018 del 6,16% y para el año 2022 fue del 5,95 y año 2021 fue del 5,74. Al determinar la prevalencia durante los 5 años del periodo de estudio (526 casos de síndrome de Hellp) fue del 6,66%.

Figura 2.
Edad de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

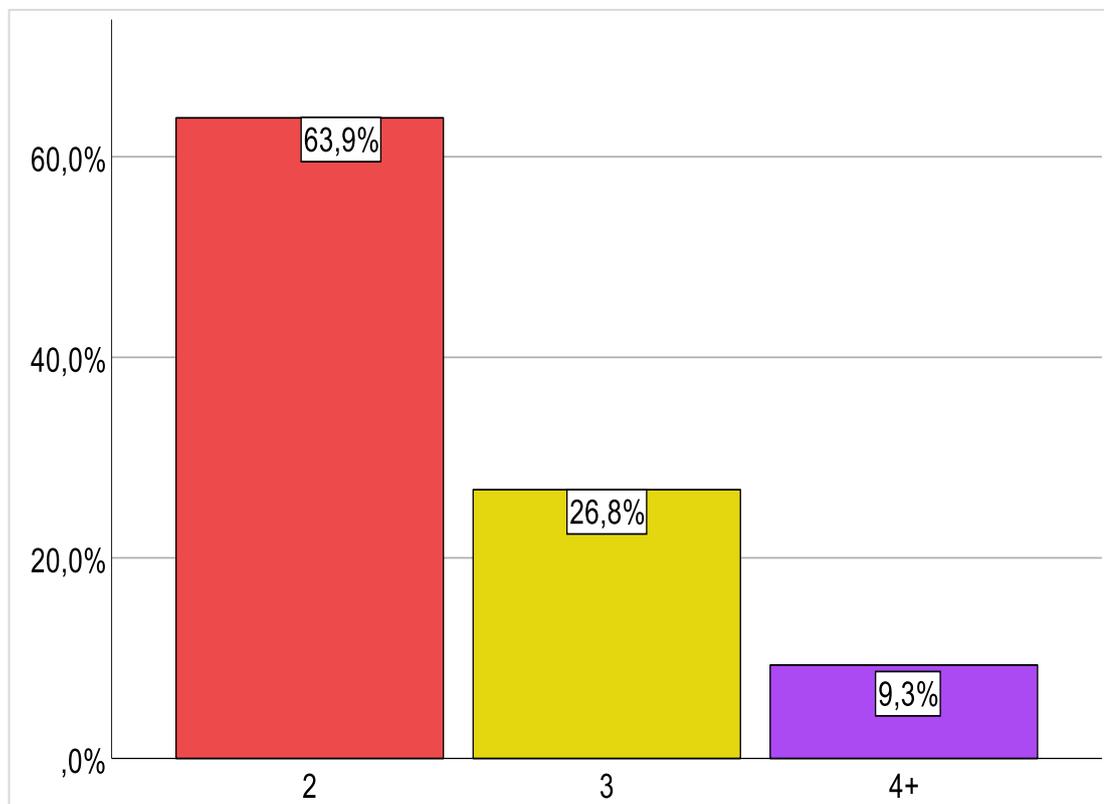
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

De acuerdo a la figura de las edades de las múltiparas se observa que la población tiene menos de 25 años 50,57%; seguido de aquellas con 26 a 30 años 19%; entre 31 a 35 años 15,97%. En base a la literatura descrita se puede mencionar que a pesar de que el síndrome de Hellp afecta con mayor prevalencia a aquellas mayores de 35 años, este estudio su población vulnerable fueron aquellas menores de 25 años, cabe resaltar que, al hacer la tabulación de los datos, la edad media de este grupo poblacional fue del 26(DE:6,91).

Figura 3.

Número de embarazos en las multíparas



Fuente: Observación indirecta

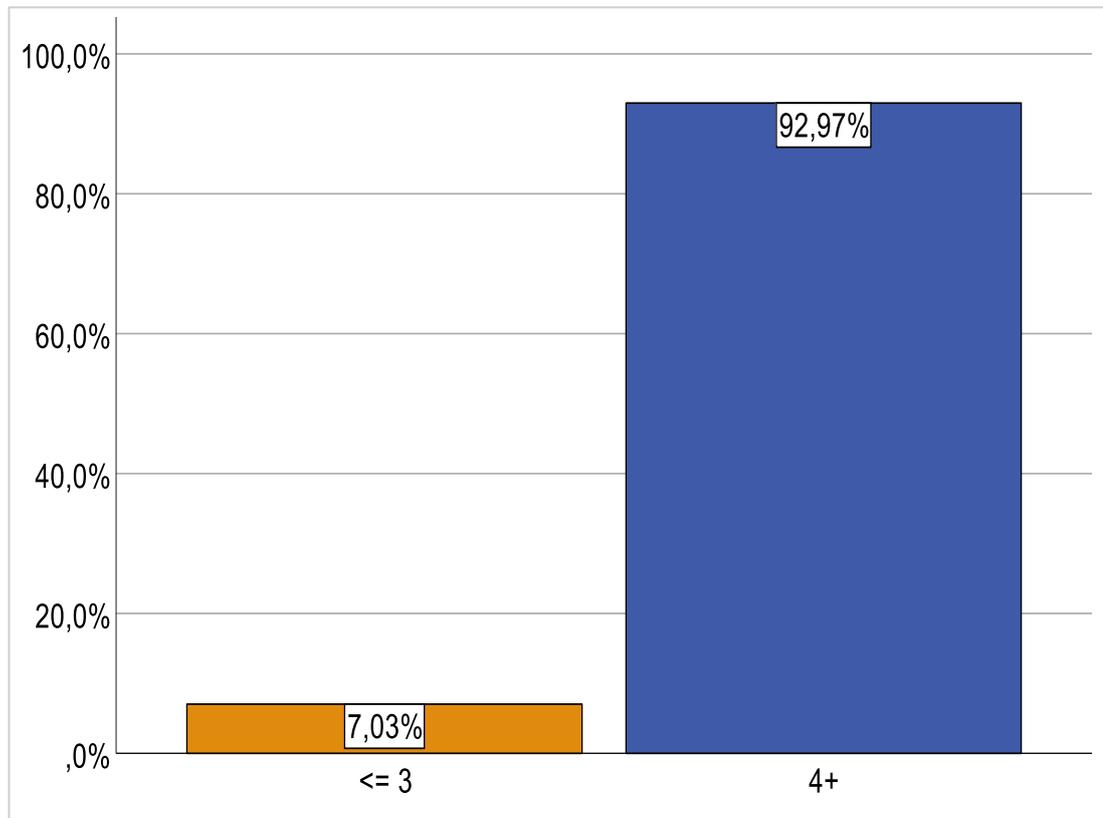
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

En base a la figura de número de embarazos se determinó que las poblaciones han tenido 2 partos previos 63,8%. Lo que indica que son gestantes multíparas lo cual es un factor de riesgo o causal de gestaciones previas, que pueden inducir a la presentación de preeclampsia o síndrome de Hellp.

Figura 4.

Número de controles de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

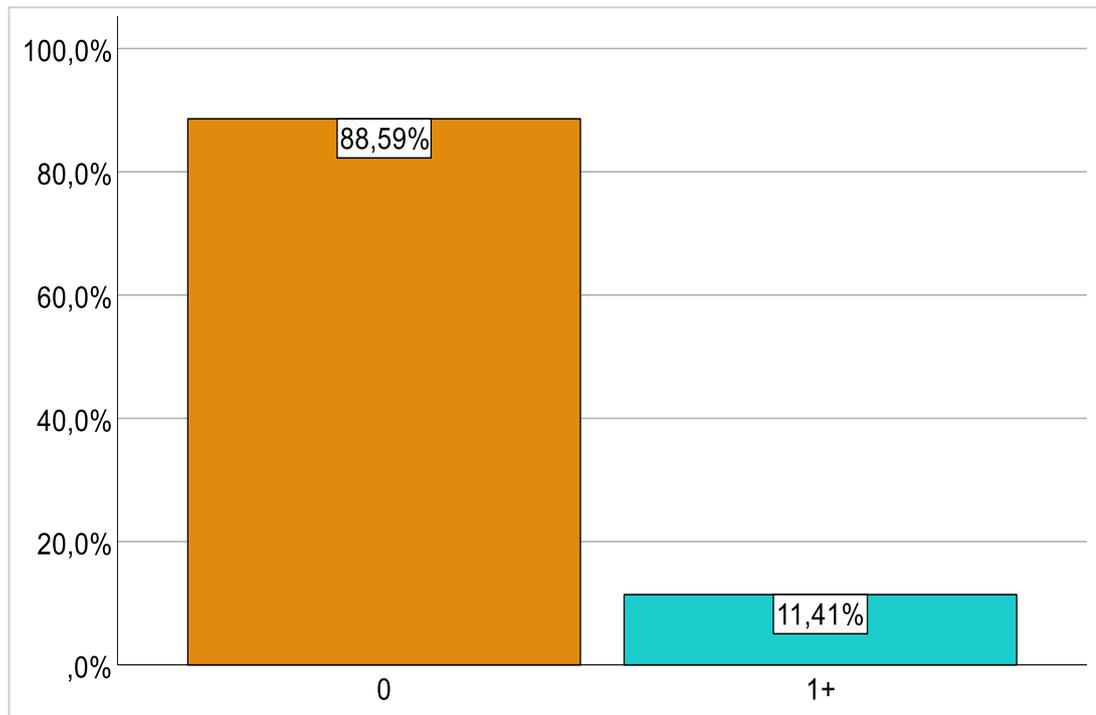
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

Al analizar el número de controles la figura muestra que las gestantes múltiparas han tenido más de cuatro controles ginecológicos 92,97% y menos de 3 controles 7,03%. La importancia de los controles radica llevar un control sobre aquellas estantes que tienen patologías añadidas en las que se incluyen a diabetes mellitus la hipertensión arterial obesidad entre otras patologías que puedan afectar de manera directa en el desarrollo normal del embarazo.

Figura 5.

Número de abortos en las gestantes múltiparas



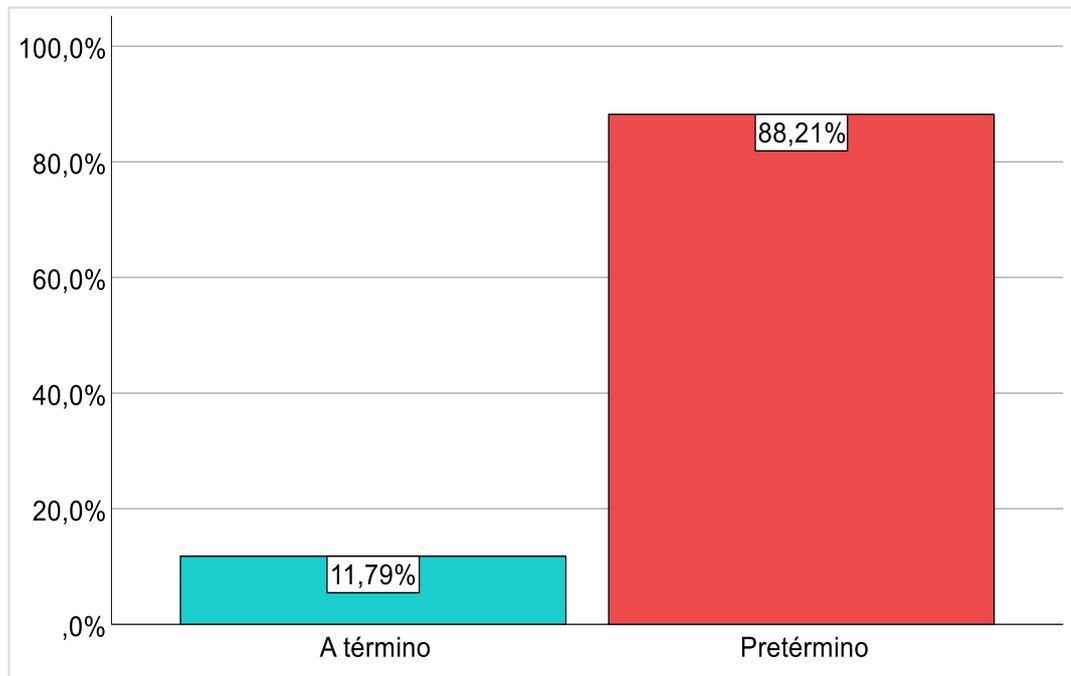
Fuente: Observación indirecta

Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

En lo que respecta al número de abortos el 88,59% de las gestantes múltiparas no tienen antecedentes de abortos, sin embargo, el 11,41% han presenciado más de un aborto. El aborto al ser un evento traumático puede provocar en las mujeres cambios físicos y psicológicos que pueden repercutir en embarazos posteriores.

Figura 6.
Edad gestacional de las múltiparas



Fuente: Observación indirecta

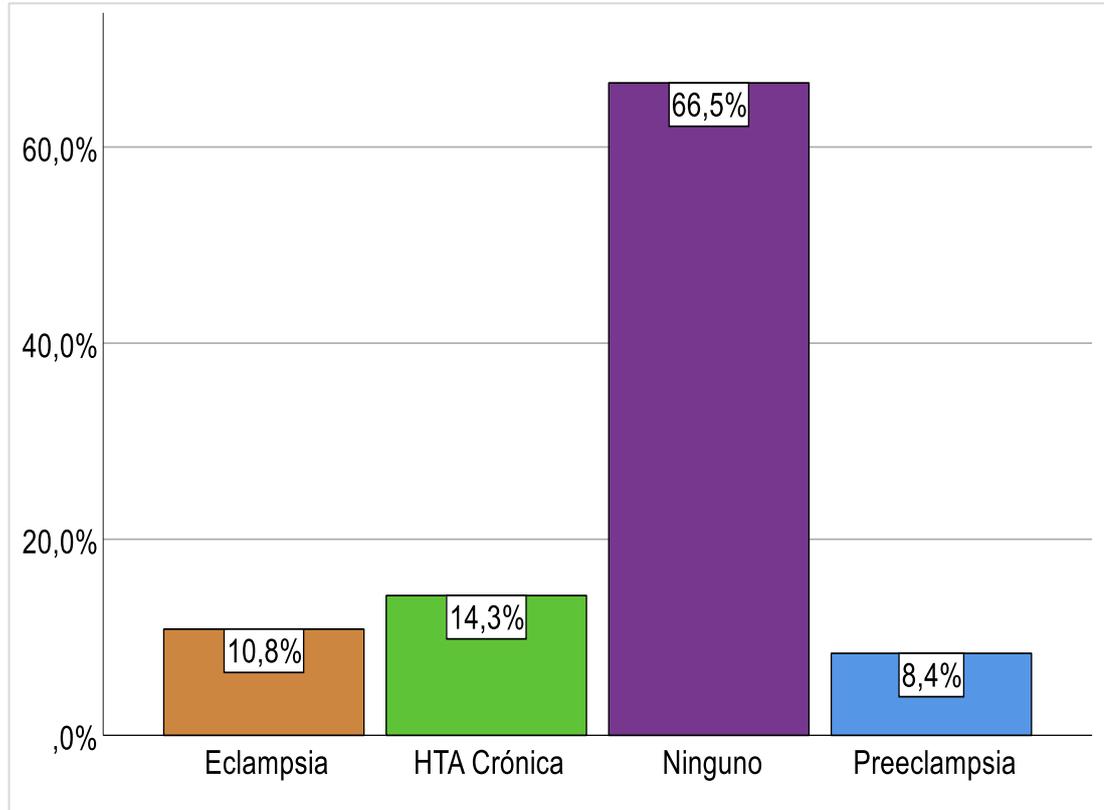
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

La figura muestra que el 82,20% de las pacientes han tenido embarazos pretérmino seguido del 11,8% a término. El síndrome de Hellp al tratarse de una afección sistémica, la mayoría de los embarazos tienen complicaciones, graves, razón por la cual son sometidas a partos programados a las 38 semanas de gestación, existen estudios que mencionan que alrededor 65% al 90% de las pacientes diagnosticadas son sometidas cesáreas.

Figura 7.

Antecedentes de trastorno hipertensivo de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

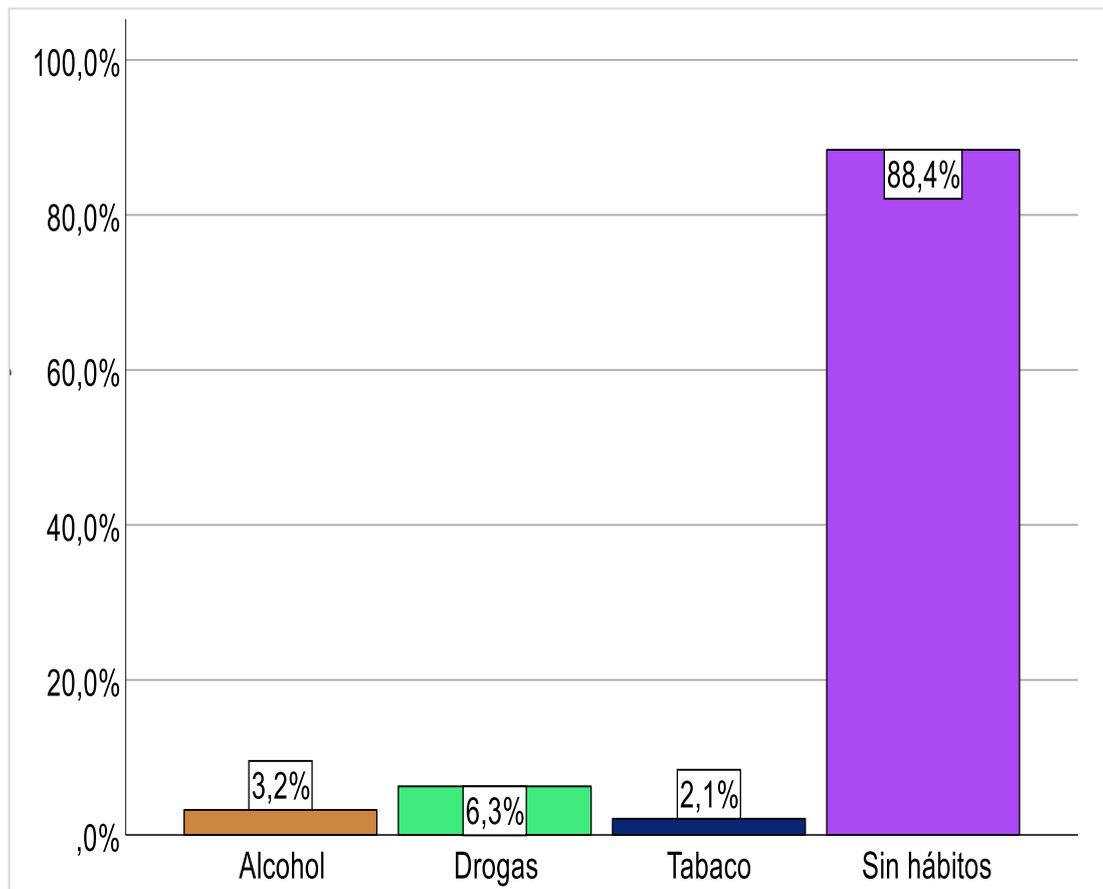
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

De los datos obtenidos desde las historias clínicas el 66,54% no tienen antecedentes de trastornos hipertensivos; sin embargo, el 14,26% tienen antecedentes de hipertensión arterial crónica, seguida del 10,84% eclampsia y el 8,37% preeclampsia. Cabe resaltar que los antecedentes de trastornos antihipertensiva son factores de riesgos para la presentación de síndrome de Hellp en embarazos posteriores.

Figura 8.

Hábitos nocivos de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

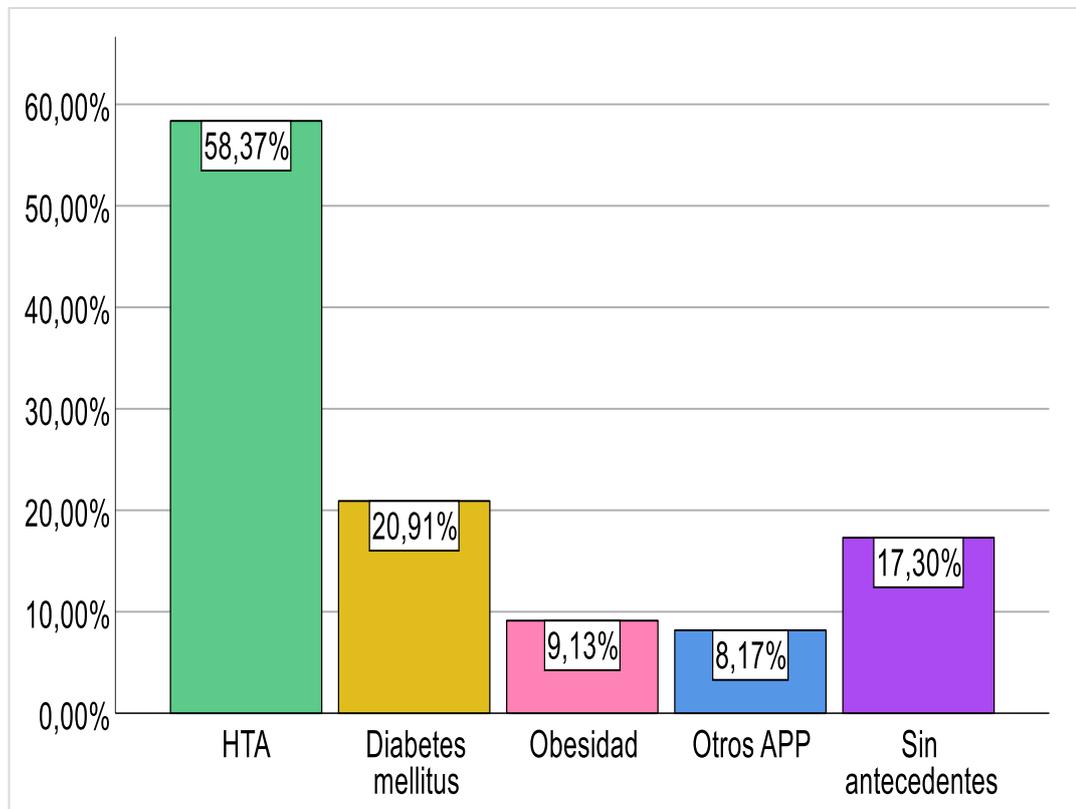
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

Los hábitos nocivos presentes en las gestantes múltiparas el 88,40% no registra, sin embargo, el 6,27% evidencia consumo de drogas. Las sustancias nocivas no solo son perjudiciales para la gestante sino además para el desarrollo del feto o producto.

Figura 9.

Antecedentes mórbidos de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

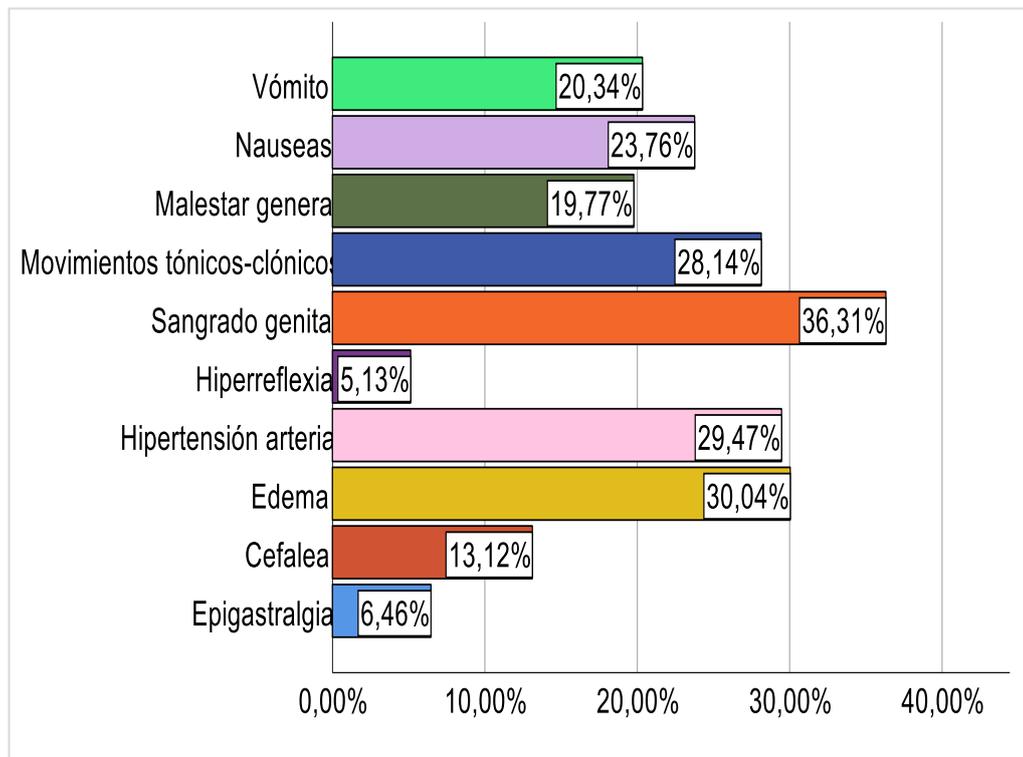
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

En base a la figura de antecedentes mórbidos de las gestantes múltiparas el 58,37% tiene hipertensión arterial. La presencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus durante el embarazo tienden a elevar la morbilidad y mortalidad de la gestante y el producto, además de producir complicaciones durante el parto y el puerperio.

Figura 10.

Cuadro clínico de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

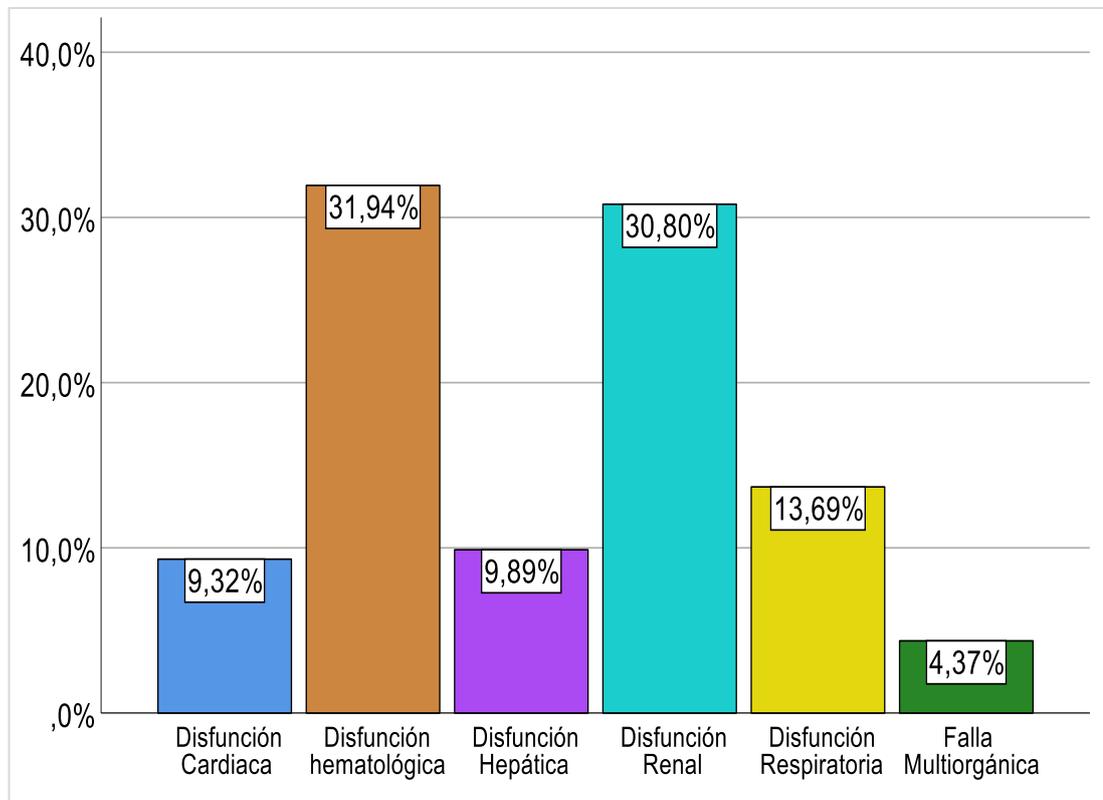
Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

Al analizar las manifestaciones clínicas de las gestantes múltiparas con diagnóstico de síndrome de Hellp, se observa que el 36,31% tiene sangrado genital, seguido de edema 30,04%; hipertensión arterial 29,47%; movimientos tónico clónicos 28,14%. La presencia de sangrado genital se debe a la difusión hematológica que produce la enfermedad, como consecuencia de depósito de fibrina por lesión endotelial que conduce a daño celular seguido de ruptura de glóbulos rojos.

Figura 11.

Complicaciones de las gestantes múltiparas



Fuente: Observación indirecta

Elaborado por: Manrique Arreaga, Cesar y Rosero Jordan, Mayra

Análisis

De acuerdo a las complicaciones presentadas en la figura la disfunción hematológica se presentó en el 31,94% de los casos, seguido de disfunción renal 30,80%; disfunción respiratoria 13,69%; disfunción hepática 9,89%; disfunción cardíaca 9,32% y falla multiorgánica 4,37%. El síndrome de Hellp es una patología multisistémica del embarazo caracterizado por trastornos hipertensivos y una tríada de hemólisis microangiopática, enzimas hepáticas elevadas y disminución del recuento de plaquetas, el cual se asocia con el desarrollo de complicaciones perinatales graves y aumento de la mortalidad materna.

DISCUSIÓN

Los autores Andrade y Karanovic (8) en una población de 100 gestantes, de las cuales 30 presentaron diagnóstico de síndrome de Hellp, obteniendo una prevalencia del 30%. Las autoras Castaño y Rico(11) en una población de 196 gestantes, de las cuales 106 fueron diagnosticadas con síndrome de Hellp, la prevalencia fue del 54%. En este estudio la prevalencia del síndrome de Hellp en el área de ginecología fue del 6,66%; al analizar por año se observó una alta prevalencia en el año 2019 del 8,35%. Al comparar con los autores, la prevalencia en este estudio fue baja. Sin embargo, hay que tomar en consideración que estos datos fueron tomados en un periodo de 5 años, donde existieron 526 casos de síndrome de Hellp.

En lo que respecta a los antecedentes ginecoobstétricos, las autoras Segura y Jaramillo(12) tenían edades del 43% menores de 30 años, con antecedentes mórbidos del 61,67% hipertensión arterial crónica, 16,67% diabetes mellitus, 10% anemia, 6,67% obesidad y 5% sobrepeso, en cuanto a las semanas de gestación el 46,67% tienen de 38 a 42 semanas de edad gestacional. Mientras que el autor Baldeón(13) el 80% corresponde a menores de 30 años con los antecedentes ginecológicos de edad gestacional pretérmino 61%, con antecedentes patológicos de HTA 76%, diabetes mellitus 44% y obesidad 41%, sin antecedentes de aborto 89%, y hábitos nocivos el 11% de consumo de alcohol y drogas.

En este estudio las edades de las multíparas tienen menos de 25 años 50,57%; seguido de aquellas con 26 a 30 años 19%, con una edad media de 26(DE:6,91), con número de embarazos 2 partos previos 63,8% siendo el número de controles más de cuatro controles ginecológico, sin antecedentes de aborto 88,59%; con embarazos pretérmino 82,20% de las pacientes; el 66,54% no tiene registros de antecedentes de trastornos hipertensivos; sin embargo, el 14,26% tienen antecedentes de hipertensión arterial crónica, seguida del 10,84% eclampsia y el 8,37% preeclampsia; los hábitos nocivos el 88,40% no registra, sin embargo, el 6,27% evidencia consumo de drogas;

el 3,23% alcohol y el 2,09% tabaco, y antecedentes mórbidos el 58,37% tiene hipertensión arterial; 20,91% diabetes mellitus; 9,13% obesidad; 8,17% otros antecedentes patológicos personales y el 17,30% no tiene antecedentes mórbidos. El estudio tiene similitudes con las edades, dado que se presentó en poblaciones menores de 30 años aproximadamente, además se observa que tanto la presencia de HTA, diabetes mellitus y obesidad como factores de riesgos para la presentación de síndrome de Hellp, añadiendo además que un grupo minoritario tienen hábitos nocivos que pueden complicar aún más el cuadro clínico de las gestantes.

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas la autora Plaza(16) en su estudio describió que el 55% presentó sangrado genital, 31% edema; 30% hipertensión arterial grado 2; convulsiones 29%; náuseas y vomito 22%; cefalea 11% y epigastralgia 5%. De la misma manera, la autora Ponce(17) describió síntomas y signos como vómitos 66%, náuseas 56%, hipertensión arterial 49%. En este estudio las manifestaciones clínicas descritas fueron 36,31% sangrado genital, edema 30,04%; hipertensión arterial 29,47%; movimientos tónico clónicos 28,14%; náuseas 23,76%; vomito 20,34%; malestar general 19,77%; cefalea 13,12%; epigastralgia 6,46%; e hiperreflexia 5,13%. Lo que muestra similitudes en cuanto a la presentación del cuadro clínico de las pacientes con diagnóstico de síndrome de Hellp.

Para la presentación de complicaciones los autores Suquillo y Curichumbi(14) en su estudio las pacientes presentaron retraso del crecimiento intrauterino (23%) e insuficiencia renal aguda (20%). Mientras que los autores Runruil y Loza (15) las complicaciones fueron diseminación hematológica (coagulación intravascular diseminada) 77% e insuficiencia renal aguda 20%. En el estudio actual las complicaciones fueron la disfunción hematológica 31,94%, seguido de disfunción renal 30,80%; disfunción respiratoria 13,69%; disfunción hepática 9,89%; disfunción cardíaca 9,32% y falla multiorgánica 4,37%. Concordando en los estudios que las alteraciones hematológicas son las más frecuentes en las pacientes con síndrome de Hellp.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de Hellp en el área de ginecología, durante los 5 años del periodo de estudio de 526 casos fue del 6,66%; siendo la prevalencia más alta en el año 2019 con el 8,35%.
- Los antecedentes ginecoobstétricos de las gestantes multíparas, la edad mostró que tiene menos de 25 años, las cuales han tenido un número de embarazos de 2 partos previos, el número de controles más de cuatro, con respecto al número de abortos no tienen, siendo el ultimo embarazos pretérmino. En base a los antecedentes de trastornos hipertensivos; tienen hipertensión arterial crónica, eclampsia y preeclampsia, sin consumo de hábitos nocivos, mientras que los antecedentes mórbidos más prevalentes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- El cuadro clínico de las gestantes multíparas ingresadas con diagnóstico de síndrome de Hellp, fueron sangrado genital, seguido de edema, hipertensión arterial y movimientos tónico clónicos, como los más frecuentes.
- Las complicaciones asociadas al síndrome de Hellp en gestantes multíparas la disfunción hematológica y la disfunción renal se presentaron en la mayoría de los casos.

RECOMENDACIONES

Las instituciones hospitalarias deben implementar estrategias de prevención ante el síndrome de Hellp, donde incluya la educación de las mujeres sobre los factores de riesgo para el síndrome HELLP, así como la promoción de hábitos saludables durante el embarazo, como una dieta equilibrada, actividad física moderada y descanso adecuado.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, realizar controles periódicos para controlar la presión arterial durante el embarazo, ya que la hipertensión arterial es un factor de riesgo para el síndrome HELLP.

Es importante que las mujeres embarazadas acudan a todas sus citas de control prenatal para detectar cualquier signo temprano de complicaciones del embarazo, incluyendo el síndrome HELLP.

Se motiva a los estudiantes, a interesarse en esta problemática, para obtener datos actualizados y de evidencia científica que ayuden al desarrollo de protocolos de actuación ante el síndrome de Hellp.

REFERENCIAS

1. Dueñas A. La hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2021 [citado 16 de junio de 2022];50(3):232-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=en
2. Sánchez M, Chapues G, Cáceres M, Medina M. Características clínicas del síndrome de HELLP. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2022];5(2):169-78. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1051>
3. Organización Mundial de la Salud. Día de Concientización sobre la Preeclampsia [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 16 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
4. González P. Prevalencia de Síndrome de Hellp en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. 2017. Coronel Oviedo [Internet]. 2018 [citado 31 de mayo de 2022];1(1):58-58. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/rkm35>
5. Labarca L, Urdaneta J, González M, A C, N B, M F, et al. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017;81:194-201.
6. Reyes K, Crespo M, Galarza D, Naranjo Á. Mortalidad materna en síndrome de HELLP. RECIMUNDO [Internet]. 2020 [citado 31 de mayo de 2022];4(1(Esp)):229-35. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/795>
7. Mejía M, Laureano J, Gil E, Ortiz R, Blackaller J, Benítez R. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y

- Ginecología [Internet]. 2015 [citado 16 de junio de 2022];66(4):242-52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342015000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
8. Andrade N, Karanovic N. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes con preeclampsia y eclampsia del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital General Guasmo Sur período enero a junio del 2017. [Internet] [Tesis]. [Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019 [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12957>
 9. Bracamonte J, López V, Mendicuti M, Ponce J, Sanabrais M, Méndez N. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Revista biomédica [Internet]. 2018 [citado 31 de mayo de 2022];29(2):33-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-84472018000200033&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Calle-Pérez MB, Rivera-Rodríguez VA. Características del síndrome hellp en gestantes con preeclampsia severa y eclampsia atendidas en Hospital “José Carrasco Arteaga”, julio 2015 – junio 2020 [Internet] [Tesis]. [Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2020 [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/34994>
 11. Castaño Y, Rico L. Factores asociados al Síndrome Hellp en pacientes del Hospital Universitario Clínica San Rafael, 2012 – 2017 [Internet] [masterThesis]. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462–74. [Colombia]: Universidad del Rosario; 2019 [citado 12 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/20023>
 12. Segura A, Jaramillo M. Síndrome de hellp y su morbi - mortalidad en el embarazo. Hospital Provincial General Docente, Riobamba 2019. 7 de

enero de 2021 [citado 12 de julio de 2022]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7256>

13. Baldeón López Efraín Hermenegildo. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas multiparas mayores de 30 años pacientes del Hospital León Becerra Milagro [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado 12 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30601>
14. Suquillo Narvárez AG, Curichumbi Cepeda CE. Morbimortalidad asociada al Síndrome Hellp en gestantes. Hospital Carlos Andrade Marín, 2020 – 2021 [Internet] [bachelorThesis]. 2021 [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8300>
15. Runruil Díaz ML, Loza Polancos MA. Incidencia del síndrome de HELLP incompleto en gestantes cuyo rango de edad va desde los 18 a los 46 años, atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2018. 2020 [citado 5 de febrero de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14856>
16. Plaza Espinoza ET. Factores de riesgos que inciden en el desarrollo del síndrome de HELLP en embarazadas ingresadas en el Hospital Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha [Internet] [Thesis]. Ecuador - PUCESE - Escuela de Enfermería; 2020 [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/123456789/2125>
17. Ponce Vega ES. Factores de riesgo maternos para síndrome HELLP en preeclámpicas severas. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2014 [citado 5 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13066>
18. Rangel-Palacios C, Rojas-Palomino M, Ibarra-Hernández M, Sánchez-González R, Aguilera-García C. Síndrome de HELLP, una triada que puede llegar a ser mortal: revisión breve. Rev Med Sinergia [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2022];7(7):e863-e863. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/863>

19. Bracamonte J, López V, Mendicuti M, José Ponce, Sanabrais M, Mendez N. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. REVISTA BIOMÉDICA [Internet]. 2018 [citado 22 de agosto de 2022];29(2). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612>
20. Oliveira R, Matos I, Da Silva T, De Azevedo N, Andrade M, Do Espirito F. Síndrome Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2017 [citado 22 de agosto de 2022];11(28):337-45. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Wallace K, Harris S, Addison A, Bean C. HELLP Syndrome: Pathophysiology and Current Therapies. Curr Pharm Biotechnol. 2018;19(10):816-26.
22. Lúquez A, Otero W, Schmulson M. Enfoque diagnóstico y terapéutico de dispepsia y dispepsia funcional: ¿qué hay nuevo en el 2019? Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2022];39(2):141-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292019000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Chaves E, Silva R, Solis J. Actualización en cefaleas durante el embarazo. Rev.méd.sinerg [Internet]. 2020 [citado 4 de agosto de 2022];5(1):e337. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/337>
24. Areeb M, Gupta M. Cardiogenic Pulmonary Edema. En: StatPearls [Internet]. 2da ed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544260/>
25. Cuan Y, Álvarez J, Montero E, Díaz C, Hormigó I. Alteraciones oftalmológicas durante el embarazo. Revista Cubana de Oftalmología

- [Internet]. 2019;29(2):16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v29n2/oft11216.pdf>
26. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Rev.méd.sinerg* [Internet]. 2020 [citado 4 de agosto de 2022];5(7):e532. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/532>
 27. Sornoza R, Ordóñez M, Velásquez N, Espinoza M. Hemorragias obstétricas. *RECIAMUC* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2022];6(2):287-95. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/857>
 28. Valton L, Benaiteau M, Denuelle M, Rulquin F, Hachon Le Camus C, Hein C, et al. Etiological assessment of status epilepticus. *Rev Neurol (Paris)*. 2020;176(6):408-26.
 29. Valdés G. Preeclampsia y enfermedad cardiovascular: un enfoque integral para detectar las fases subclínicas de complicaciones obstétricas y cardiovasculares. *Revista chilena de cardiología* [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2022];38(2):132-45. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-85602019000200132&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
 30. Pozos K, Deloya E, Pérez O, Miranda A, González L, Díaz M, et al. Síndrome de dificultad respiratoria aguda severo en el embarazo. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)* [Internet]. 2021 [citado 14 de agosto de 2022];33(4):209-14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-89092019000400209&lng=es&tlng=es&nrm=iso
 31. Paez M, Escalona S, Ricardo B. Asociación entre enfermedad renal crónica y embarazo. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2021

[citado 14 de agosto de 2022];50(4):02101516. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1516>

32. Moreno A, Díaz M, Briones C, Martínez L, Gómez E, Briones J. Insuficiencia renal aguda en obstetricia. Revisión de la literatura. Rev Mex Anest [Internet]. 2018 [citado 14 de agosto de 2022];41(4):287-93. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82563>
33. Khashan A, Evans M, Kublickas M, McCarthy F, Kenny L, Stenvinkel P, et al. Preeclampsia and risk of end stage kidney disease: A Swedish nationwide cohort study. Taal M, editor. PLoS Med [Internet]. 2019 [citado 14 de agosto de 2022];16(7):e1002875. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002875>
34. Moreno L, Becerra C, Díaz L, Mendoza M. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2020 [citado 14 de agosto de 2022];85(1):14-23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Arnett C, Jeffrey Greenspoon, Roman A. Enfermedades hematológicas en el embarazo [Internet]. 11.^a ed. España; 2019 [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98128773>
36. Viruez J, Mendoza J, Gutiérrez S, Chuquimia G, Vera O. Disfunción orgánica múltiple en obstetricia crítica. Revista Médica La Paz [Internet]. 2017 [citado 14 de agosto de 2022];23(1):46-51. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582017000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Martiarena A, Martínez G, Scalisse L, Acebedo P, Verde G. Disfunción hepática severa en el embarazo: a propósito de un caso. Revista Argentina de Terapia Intensiva [Internet]. 2018 [citado 14 de agosto de 2022];35(4):4.

Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/549/pdf/>

38. Vallejo C, Moreta H. Incidencia de preeclampsia y eclampsia en pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico: Embarazo precoz. RECIMUNDO [Internet]. 2018 [citado 14 de agosto de 2022];2(3):539-49. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/309>
39. Rojas L, Rojas L, Vega MDV, Rojas A, Rojas A. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Revista Eugenio Espejo [Internet]. 2019 [citado 14 de agosto de 2022];13(2):79-91. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/95>
40. Martínez C. Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Revista Internacional de Salud Materno Fetal [Internet]. 2016 [citado 14 de agosto de 2022];1(6):23-5. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/105>
41. Pérez A. Desprendimiento prematuro de placenta: causas y tratamiento [Internet]. Redacción Médica. 2019 [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/desprendimiento-prematuro-placenta>
42. Monge C. Síndrome de HELLP. Revista Medica Sinergia [Internet]. 2018 [citado 22 de agosto de 2022];3(1):13-6. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/112>
43. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
44. Ley de derechos y amparo del paciente. Ley de derechos y amparo del paciente [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

ANEXOS

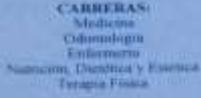
APROBACIÓN DE TEMA



Guayaquil, 10 de agosto del 2022.



Señor
CESAR WALTER MANRIQUE ARREAGA
Señorita
MAYRA ALEJANDRA ROSERO JORDAN
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

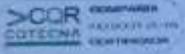


De mis consideraciones:



Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez le comunico a ustedes, que su tema presentado: **"Prevalencia del Síndrome de HELLP en gestantes multiparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil."** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lcda. Silvia Cepeda López.

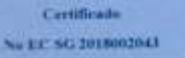
Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.



Atentamente,



Lcda. Ángela Mendoza Vínces
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Certificado
No EC-SG 201802041

Tel: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-
4671
Guayaquil-Ecuador

Cc: Archivo

PERMISO INSTITUCIONAL

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2023-0141-O

Guayaquil, 24 de febrero de 2023

Asunto: RESPUESTA SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS SOBRE EL TEMA "PREVALENCIA DEL SINDROME DE HELLP EN GESTANTES MULTIPARAS INGRESADAS EN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL".

Sr.
César Walter Manrique Arriaga

Sra.
Mayra Alejandra Rosero Jordan
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HGGS-ADM-SG-2023-0087-E por medio del cual solicita autorización para realizar PROYECTO DE TESIS sobre el tema: "PREVALENCIA DEL SINDROME DE HELLP EN GESTANTES MULTIPARAS INGRESADAS EN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL".

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es **FAVORABLE**.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Miguel Daniel San Martín Abarca
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

Referencias:
- MSP-CZ8S-HGGS-ADM-SG-2023-0087-E





UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

MATRIZ DE OBSERVACIÓN

Tema: Prevalencia del síndrome de Hellp en gestantes múltiparas ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Recolectar información de las historias clínicas de las gestantes múltiparas

Antecedentes ginecoobstétricos		Hábitos nocivos	
Edad		Sin hábitos	<input type="checkbox"/>
Menor de 25 años	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>
25 a 30	<input type="checkbox"/>	Alcohol	<input type="checkbox"/>
30 a 35	<input type="checkbox"/>	Tabaco	<input type="checkbox"/>
35 a 40	<input type="checkbox"/>	Antecedentes mórbidos	
40 a 45	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>
Mayor a 45 años	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Número de embarazos		Obesidad	<input type="checkbox"/>
2 a 3	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
3 a 4	<input type="checkbox"/>	Sin antecedentes	<input type="checkbox"/>
Más de 4	<input type="checkbox"/>	Cuadro clínico	
Número de controles		Epigastralgia	<input type="checkbox"/>
Menos de 3	<input type="checkbox"/>	Nauseas	<input type="checkbox"/>
Más de 3	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>
Número de abortos		Cefalea	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>
1 a 2	<input type="checkbox"/>	Alteraciones visuales	<input type="checkbox"/>
Más de 2	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>
Edad gestacional		Hiperreflexia	<input type="checkbox"/>
Pretérmino	<input type="checkbox"/>	Sangrado genital	<input type="checkbox"/>
Término	<input type="checkbox"/>	Estupor	<input type="checkbox"/>
Tipo de trastorno hipertensivo		Movimientos tónicos-clónicos	<input type="checkbox"/>
Preeclampsia	<input type="checkbox"/>	Complicaciones asociadas	
Eclampsia	<input type="checkbox"/>	Disfunción cardiovascular	<input type="checkbox"/>
HTA Crónica	<input type="checkbox"/>	Disfunción respiratoria	<input type="checkbox"/>
		Disfunción renal	<input type="checkbox"/>
		Disfunción hematológica	<input type="checkbox"/>
		Falla multiorgánica	<input type="checkbox"/>
		Disfunción hepática	<input type="checkbox"/>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Manrique Arreaga, Cesar Walter**, con C.C: # **0925503716** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes múltiparas ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2023**

f. _____

Nombre: **Manrique Arreaga, Cesar Walter**
C.C: **0925503716**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rosero Jordan, Mayra Alejandra**, con C.C: # **0921098331** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia del Síndrome de HELLP en gestantes multíparas ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2023**

f. 

Nombre: **Rosero Jordan, Mayra Alejandra**
C.C: **0921098331**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia del Síndrome de Hellp en gestantes múltiples ingresadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Cesar Walter, Manrique Arreaga Mayra Alejandra, Rosero Jordan		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Silvia María, Cepeda López. Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciado/a de Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades maternoinfantil		
PALABRAS CLAVES:	Síndrome de Hellp, Múltiparas, Prevalencia		

RESUMEN:

El síndrome HELP complicación multisistémica grave caracterizada por una tríada clásica de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia. **Objetivo:** Diseñar la prevalencia del síndrome de Hellp en gestantes múltiples ingresadas en un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Descriptiva, cuantitativa, retrospectiva, transversal. **Población:** 526 mujeres con síndrome de Hellp. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Matriz de recolección de datos. **Resultados:** Edades: menos de 25 años 50,57%; de 26 a 30 años un 19% y entre 31 a 35 años 15,97%. Número de embarazos 2 partos previos 63,8%; seguido de 3 partos 26,81% y finalmente más de cuatro partos 9,32%. Número de controles más de cuatro controles 92,97% y menos de 3 controles 7,03%. Número de abortos 88,59% de las gestantes múltiples no tienen antecedentes de abortos, con embarazos pretérmino 82,20%, con antecedentes de 14,26% hipertensión arterial crónica, 10,84% eclampsia y 8,37% preeclampsia, el 6,27% evidencia consumo de drogas; el 3,23% alcohol y el 2,09% tabaco. Los antecedentes mórbidos el 58,37% tienen hipertensión arterial; 20,91% diabetes mellitus; 9,13% obesidad. Las manifestaciones clínicas el 36,31% tiene sangrado genital, edema el 30,04%; hipertensión arterial 29,47%; movimientos tónico clónicos 28,14%; náuseas 23,76%; vomito 20,34%; malestar general 19,77%; cefalea 13,12%; epigastria 6,46; e hiperreflexia 5,13%. Con complicaciones de disfunción hematológica 31,94%; disfunción renal 30,80%; disfunción respiratoria 13,69%; disfunción hepática 9,89%; disfunción cardíaca 9,32% y falla multiorgánica 4,37%. **Conclusiones:** La prevalencia del síndrome de Hellp, durante los 5 años del periodo de estudio fue del 6,66%.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-968004738 +593-988611132	E-mail: cesarwter0406@hotmail.com alejarosjor32@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	