



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

***“Caso Clínico Proceso Enfermero Aplicado a una
Paciente con Síndrome de Hellp”***

Tesina presentada para obtener el Diploma de Especialista en
Enfermería en Cuidados Intensivos

Presenta:
LE. Ana Rosa Hernández Hernández

Febrero, 2021.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería

***“Caso Clínico Proceso Enfermero Aplicado a una
Paciente con Síndrome de Hellp”***

Tesina presentada para obtener el Diploma de Especialista en
Enfermería en Cuidados Intensivos

Presenta:

LE. Ana Rosa Hernández Hernández

Director de Tesina:

MASE. Israel Rojas Balbuena

Febrero, 2021.

Tesina: Caso Clínico Proceso Enfermero Aplicado a una Paciente con Síndrome de Hells
Número de registro: SIEP/EECI/024/21.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MASE. Israel Rojas Balbuena
Presidente

ME. Adriana Rosalía González Hernández
Secretaria

ME. Francisco Adrián Morales Castillo
Vocal

ME. Alejandro Torres Reyes
Vocal

MASE. Israel Rojas Balbuena
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

Agradecimientos

Agradezco a la vida y especialmente a Dios por permitirme concluir la especialidad.

De manera especial agradezco al MASE. Israel Rojas Balbuena, por aportar sus conocimientos en el trabajo.

También agradezco al ME. Ulises Benjamín Delgadillo Breceda por su apoyo y dedicación.

Igualmente agradezco a la directora, MCE. Erika Pérez Noriega, por permitirme formar parte de la Facultad de Enfermería.

A mis docentes, por las aportaciones para poder concluir la especialidad.

Dedicatoria

A mi padre Manuel Hernández Hernández, por apoyarme a lo largo de mi educación.

A mi madre Eloisa Hernández Hernández, por brindarme su cariño y comprensión a lo largo de mi vida.

A mis hermanos y hermanas, por mostrarme su apoyo y ser un ejemplo para mí.

A la señora Florencia Medina Canales, por apoyarme en todo momento.

Al señor Filomeno Aburto de la Cruz, por sus consejos sabios y asertivos.

A Guadalupe Aburto Medina, por estar en los peores momentos de mi vida y demostrarme su amistad.

A mi cuñada Ana Rosa Aburto Medina, por formar parte de mi vida y por sus enseñanzas.

De manera especial se lo dedico también, a mis compañeros, amigos y maestros que conocí a lo largo de la especialidad por hacer de ella una etapa más interesante de mi vida.

Resumen

Candidata para el Grado de	Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos
Fecha de Graduación	Febrero 2021
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de la Tesina	Caso Clínico Proceso Enfermero Aplicado a una Paciente con Síndrome de Hellp
Número de páginas	75
Área de Estudio	Enfermería Clínica

Introducción: Los trastornos hipertensivos son los responsables de aproximadamente el 14% de las muertes maternas vinculadas con el embarazo en todo el mundo y una de las complicaciones derivadas de éstas es el Síndrome de Hellp, el cual es principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia, provocando serias repercusiones para la madre y el feto.

Propósito: Elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) individualizado mediante la aplicación de un Proceso Enfermero aplicado a una paciente con Síndrome de Hellp del área de UCI de un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de Puebla, durante el periodo de agosto de 2020.

Metodología: El caso clínico es de tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal-transversal.

Resultados: Los Patrones Funcionales de Salud más alterados fueron, Actividad-Ejercicio y Nutricional-Metabólico, de los cuales, se jerarquizaron las etiquetas diagnósticas de Patrón respiratorio ineficaz, Perfusión tisular periférica ineficaz, Exceso de volumen de líquidos y dolor agudo abdominal.

Discusión: De acuerdo a la evaluación, el estado cardiopulmonar, la perfusión tisular periférica y el equilibrio hídrico se presentaron con Desviación leve del rango normal, con cuatro puntos diana; asimismo, se obtuvo un conocimiento sustancial del manejo del color, con cuatro puntos diana.

Conclusión: El proceso enfermero es un marco de referencia que guía los cuidados; los profesionales de Enfermería deben contribuir a la investigación científica implementando planes de cuidados individualizados, enfocados a la población materno-fetal para coadyuvar a la disciplina de enfermería a mejorar la praxis.

Palabras Clave: Proceso Enfermero, Paciente, Síndrome de Hellp.

Firma del Director de Tesina: MASE. _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	9
1.1 Planeamiento del Problema	9
1.2 Marco de Referencia	14
1.3 Objetivo General	19
1.4 Objetivos Específicos	19
Capítulo II	
Diseño del Proceso de Enfermería	20
2.1 Diseño del Caso Clínico	20
2.2 Proceso de Enfermería	20
2.2.1 Valoración inicial.	20
I. Datos de identificación.	20
II. Observación del entorno.	20
III. Datos históricos.	21
IV. Datos actuales.	21
Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.	
2.2.2 Resultados de auxiliares diagnósticos.	24
2.2.3 Valoración Continua	32
2.2.4 Diagnósticos de enfermería.	33
2.2.5 Plan de cuidados de enfermería.	35
2.2.6 Ejecución y evaluación del cuidado.	38
2.2.7 Plan de alta.	51
Capítulo III	
3.1 Discusión	53
3.2 Conclusiones	53
Referencias	55

Lista de Tablas	Página
1. Perfil de coagulación.	24
2. Biometría hemática (fórmula roja).	25
3. Fórmula blanca.	25
4. Plaquetas.	26
5. Química sanguínea completa.	26
6. Electrolitos séricos completos.	27
7. Prueba de funcionamiento hepático completo.	27
8. Gasometría arterial.	28
9. Examen General de Orina (EGO).	29
10. Tratamiento farmacológico.	30
11. Terapia intravenosa.	30

Lista de Imágenes	Página
1. Electrocardiograma.	31
2. Radiografía de tórax.	31

Apéndices	Página
A. Consentimiento Informado.	62
B. Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud.	64
C. Guía de Exploración Física de Cabeza a Pies/Céfalo Caudal.	65
D. Escala de Braden.	71
E. Escala de Downton.	72
F. Escala de Bristol.	73
G. Escala de Glasgow.	74
H. Escala de Valoración Visual Análoga (EVA).	75

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial en países de ingresos bajos y entorno frágiles cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por complicaciones del embarazo y parto, este problema de salud está asociado a la falta de atención especializada durante la gestación, parto y puerperio. Reportes estadísticos refieren que las muertes maternas son a causa de hemorragias graves durante el parto, infecciones en el puerperio y trastornos hipertensivos propios del embarazo (preeclampsia y eclampsia) (A. Z. Álvarez, V. A. Álvarez y Martos, 2016; Bracamonte-Peniche, et al., 2018; Monge, 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019; Reyes, Crespo, Galarza y Naranjo, 2020).

Los trastornos hipertensivos son los responsables de aproximadamente el 14% de las muertes maternas vinculadas con el embarazo en todo el mundo y una de las complicaciones derivadas de éstas es el Síndrome de Hellp, el cual es principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia, provocando serias repercusiones para la madre y el feto; esta patología es de origen multisistémica, la cual se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia. En América Latina el 27.6% de las mujeres con eclampsia presenta Síndrome de Hellp, con una mortalidad del 14% (Bracamonte-Peniche, et al., 2018; Herrera, 2018; Madách, et al., 2008; Monge, 2018; Reyes, et al., 2020; Vigil-De Gracia, et al., 2015).

Por su parte, en la República Mexicana no existen datos específicos de la morbimortalidad del Síndrome de Hellp; sin embargo, diversos estudios epidemiológicos realizados en distintos hospitales del país determinan una morbilidad

entre el 3 al 3.6% y una mortalidad del 3 al 4.1% de pacientes ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por complicaciones en el embarazo (Hernández-Hernández, Ríos-Arias, Hernández-Bernardino, Sánchez-Sánchez y Velázquez-Paz, 2019; Pérez, Elizalde y Téllez, 2012; Soni-Trinidad, Gutiérrez-Mateos, Rosa-Moreno y Reyes-Aguilar, 2015; Vega-Morales, Torres-Lagunas, Patiño-Vera, Ventura-Ramos y Vinalay-Carrillo, 2016).

El Síndrome Hellp es una grave complicación de la preeclampsia severa/eclampsia y existen diferentes teorías propuestas que especulan, que el inicio del proceso es a través del daño en la capa íntima endotelial, causado por mecanismos aún inciertos, pero asociado a alteraciones en la placentación, complejos inmunes, a la misma hipertensión arterial y factores genéticos; también, ciertos genotipos maternos y fetales confieren un riesgo, aumentando la presentación y desarrollo de este síndrome. El diagnóstico se basa en el reconocimiento de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia; su tratamiento es farmacológico y conclusión del parto. Sin embargo, en casi un tercio de las mujeres con esta patología, suelen presentarse enfermedades psiquiátricas, como depresión y ansiedad, debido a las largas estadías hospitalarias y muerte de neonatos (Bracamonte-Peniche, et al., 2018).

Los signos y síntomas que presentan las mujeres con Síndrome de Hellp, son cefalea, epigastralgia, náuseas, vómitos, acúfenos, fosfenos, amaurosis, proteinuria, ictericia, edema entre otros. Además, se pueden presentar complicaciones multisistémicas que generan hemólisis, trombocitopenia, lesión endotelial, agregación plaquetaria, hipertensión y fallo multiorgánico, condición que pone en riesgo la vida materno-fetal. Ante esta situación se deben implementar intervenciones que contribuyan a disminuir la

mortalidad materna (A. Z. Álvarez, V. A. Álvarez y Martos, 2016; Carmona-Guirado, Escaño-Cardona y García-Cañedo, 2015; Monge, 2018; Reyes, et al., 2020).

De acuerdo con la búsqueda de literatura relacionada, Erique y Prieto (2020) realizaron un Proceso Enfermero con el objetivo de analizarlo en una paciente con Síndrome de Hellp, mediante la valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon para evitar complicaciones de dicha patología; el proceso fue aplicado en una paciente de 28 años de edad con diagnóstico médico de embarazo de 38.4 semanas de gestación y Síndrome de Hellp, hospitalizada en el área de Ginecología del Hospital “Teófilo Dávila” de la ciudad de Machala, Ecuador; según los resultados, los Patrones Funcionales de Salud más alterados fueron, Nutricional-Metabólico y Actividad-Ejercicio, mediante los cuales, jerarquizaron los siguientes tres diagnósticos de Enfermería.

1. Exceso del volumen de líquidos, relacionado con compromisos de los mecanismos reguladores, evidenciado por edema en miembros inferiores.

2. Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con la disminución de energía, fatiga y dolor, evidenciado por desaturación de oxígeno.

3. Náuseas, relacionado con cambios hormonales, evidenciado por el aumento de la salivación y sabor agrio en la boca.

De acuerdo a la evaluación de los diagnósticos, se presentaron de manera constante con una puntuación de cuatro en escala de medición diana, quedando de la siguiente manera, equilibrio hídrico levemente comprometido, ventilación leve y control leve de las náuseas y vómitos.

Por su parte, Sánchez (2020) llevó a cabo un Proceso Enfermero con el objetivo de desarrollarlo a través del diagnóstico enfermero mediante la valoración por Patrones

Funcionales de Salud de Marjory Gordon en una paciente de 21 años de edad con diagnóstico médico de embarazo de 33 semanas de gestación, anemia y Síndrome de Hellp, hospitalizada de urgencia en el área de Emergencia Obstétrica del Hospital Materno Infantil “Matilde Hidalgo de Procel” de la ciudad de Guayaquil, Ecuador; según los resultados, los Patrones Funcionales de Salud más alterados fueron, Eliminación, Cognitivo-Perceptual y Autopercepción-Autoconcepto; mediante los cuales, jerarquizaron los siguientes tres diagnósticos de Enfermería.

1. Riesgo de sangrado, relacionado con los resultados de laboratorio.
2. Dolor agudo, relacionado con la conducta expresiva, evidenciado por dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra acompañada de cefalea durante el ingreso, y luego del postquirúrgico indica dolor a causa de la incisión.
3. Ansiedad ante la muerte, relacionado con los cambios en su estado de salud, evidenciado por la preocupación de su estado de salud debido a la patología que presenta y la del feto (óbito).

De acuerdo a la evaluación de los diagnósticos, se presentaron mejores niveles hematológicos obtenidos a través de medidas terapéuticas, correcto control y manejo del dolor, así como disminución de ansiedad y sentimientos de tristeza.

Finalmente, Cortéz (2017) realizó un Proceso Enfermero con el objetivo de aplicarlo a una paciente con Síndrome de Hellp, mediante la valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon; dicho proceso fue ejecutado en una paciente de 38 años de edad con diagnóstico médico de embarazo de 24.5 semanas de gestación, anemia post cesárea, eclampsia y Síndrome de Hellp, internada en el área de Ginecobstetricia del Hospital “Delfina Torres de Concha” de la provincia de Esmeraldas, Ecuador; según los resultados, los Patrones Funcionales de Salud más alterados fueron, Eliminación,

Actividad-Ejercicio y Percepción-Manejo de Salud; mediante los cuales, jerarquizaron los siguientes tres diagnósticos de Enfermería.

1. Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con infección del tracto urinario y multicausalidad, evidenciado por retención y frecuencia urinaria.

2. Disminución del gasto cardiaco, relacionado con la alteración de la frecuencia cardiaca y alteración del ritmo cardiaco, evidenciado por arritmias, cambios en el electrocardiograma, palpitaciones, taquicardia, edema, fatiga, aumento en la presión venosa central, aumento de peso, prolongación del tiempo de llenado capilar, cambios del color de la piel, variaciones en la lectura de la presión arterial y agitación.

3. Riesgo de infección, relacionado con la enfermedad crónica, retención de líquidos corporales, disminución de hemoglobina y procedimientos invasivos.

De acuerdo a la evaluación de los diagnósticos, se presentó la eliminación urinaria levemente comprometida, una desviación leve del rango normal del estado circulatorio y una curación sustancial de la herida por primera intención.

Las mujeres embarazadas requieren hospitalización en la UCI, debido al estado crítico y cuadro clínico que genera el Síndrome de Hellp, en dicha unidad, el personal de salud es quien valora constantemente el estado de las pacientes; por esta razón, es indispensable que esté relacionado con los cambios anatómicos y fisiológicos que produce los trastornos hipertensivos durante el embarazo, así como la fisiopatología del Síndrome de Hellp, con el propósito de identificar precozmente datos de alarma que pongan en riesgo la vida de las pacientes; además, de ejecutar los cuidados específicos que requiere esta población con base en la evidencia científica (Feitosa, Cordeiro, Barbosa y Barrero, 2019; Neri, 2016).

Los profesionales de Enfermería deben contribuir a la investigación científica implementando planes de cuidados individualizados, enfocados a la población materno-fetal; por lo anterior, es imprescindible la aplicación del Proceso Enfermero para tener conocimiento amplio y actualizado sobre las situaciones complejas de salud en la población materna, empleando las taxonomías estandarizadas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), así como la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), fundamentado también, con las Guías de Práctica Clínica (GPC) y con ello verificar el cumplimiento de la Enfermería Basada en Evidencia (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2014; Carmona-Guirado, et al., 2015; Consejo de Salubridad General [GSG], 2017; Diario Oficial de la Federación [DOF], 2017; Heather, 2015; Moorhead, Johnson, Maas y Swazon, 2013).

Además, es importante apoyarse de instrumentos de valoración que complementen el estado general de salud de las pacientes con Síndrome de Hellp, con lo cual, los profesionales de enfermería pueden brindar cuidados individualizados y de calidad, como las escalas de Braden, Downton, Bristol, Glasgow y EVA (Escala de Valoración Visual Análoga).

1.2 Marco de Referencia

En la presente tesina, se aplicó un Proceso Enfermero a una paciente con Síndrome de Hellp, con base en los lineamientos de elaboración de Proceso de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (Nájera y Morales, 2019).

El Proceso Enfermero es un marco de referencia que guía los cuidados y se constituye de cinco etapas, 1) valoración, se recoge y examina la información sobre el estado de salud, buscado evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que

pueden generar problemas de salud; 2) diagnóstico, se analizan los datos de la valoración y se identifican los problemas reales y/o potenciales; 3) planeación, se determinan las prioridades inmediatas, así como fijar los resultados esperados, determinar las intervenciones e individualizar el plan de cuidados; 4) ejecución, se valora el estado actual de la persona antes de actuar, se llevan a cabo las intervenciones y se vuelve a valorar para determinar la respuesta inicial y 5) evaluación, es la etapa final, en la cual se enfatiza si realmente la persona ha logrado los resultados esperados (Secretaría de Salud [SS], 2018; Alfaro-LeFevre, 2003).

Para poder aplicar el proceso enfermero, primeramente, se solicitó la autorización de la paciente mediante la firma de un Consentimiento Informado (Apéndice A), el cual indica la participación voluntaria sin fines de lucro, así como el respeto a la privacidad y confidencialidad; asimismo, promueve la libertad de responder o no a cualquier interrogante y retirarse del estudio, también se informa sobre los riesgos y beneficios del mismo. Posterior a esto, se utilizó la Guía de Entrevista Corta por Patrones Funcionales de Salud de Soriano-Sotomayor y Pérez-Noriega (2013) (Apéndice B), la cual permitió ordenar y estructurar la información e identificar los patrones afectados; dicha entrevista está sustentada por los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

1. Patrón Percepción-Manejo de Salud: Se valora la salud y bienestar del paciente, también cómo efectúa el manejo de su salud con respecto al mantenimiento y recuperación de la misma.

2. Patrón Nutricional-Metabólico: Determina la ingestión de nutrientes y líquidos acorde a las necesidades metabólicas.

3. Patrón Eliminación: Incluye la función excretora intestinal, urinaria (producción y características) y de la piel.

4. Patrón Actividad-Ejercicio: Analiza el nivel de autonomía para efectuarlo, incluyendo tipo de actividad y el tiempo que le dedica, se valora sistema cardiovascular y respiratorio.

5. Patrón Sueño-Descanso: Describe la capacidad de la persona para poder dormir, descansar o relajarse a lo largo de veinticuatro horas y si emplea algún fármaco para lograrlo.

6. Patrón Cognitivo-Perceptual: Valora el nivel de conciencia, lenguaje, memoria y sentidos en busca de alteración de la misma.

7. Patrón Autopercepción-Autoconcepto: Incluye capacidades cognitivas, afectivas, físicas y problemas conductuales.

8. Patrón Rol-Relaciones: Permite vincular cómo el individuo se relaciona con los demás e incluye el rol que desempeña y su reacción ante alguna situación estresante.

9. Patrón Sexualidad-Reproducción: Hace referencia a la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, incluyendo la función reproductiva del individuo.

10. Patrón Adaptación-Tolerancia al Estrés: Se relaciona con la forma y estrategias de afrontamiento general de la persona ante diversas situaciones complicadas.

11. Patrón Valores-Creencias: Incluye lecciones o decisiones que influyen en torno a la salud del individuo (Álvarez, Del Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

Para obtener información mediante datos objetivos, se empleó la Guía de Exploración Física de Cabeza a Pies/Céfalo Caudal de Pérez-Noriega y Soriano-Sotomayor (2010) (Apéndice C), la cual está conformada por trece apartados que son, Cabeza, Cara, Cuello, Tórax anterior, Abdomen, Genitales, Extremidades inferiores, Extremidades superiores, Tórax posterior, Piel, Signos vitales, Antropometría y Expediente clínico.

También, se utilizó la Escala de Braden, una versión validada en español y en población femenina, diseñada por Blümel, Tirado, Schiele, Schönfeldt y Sarrá (2004) (Apéndice D), la cual tiene el objetivo de medir el desarrollo de Úlceras por Presión (UPP), ésta cuenta con seis subescalas divididas en Percepción sensorial, Humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición y Fricción y roce; dichas subescalas se puntúan en escala Likert de 1 a 4, siendo excepción la última subescala puntuando de 1 a 3; en cuanto a la evaluación de la escala, un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Asimismo, se aplicó la Escala de Riesgo de Caídas, también conocida como Escala de Downton, empleando la versión de Muñoz, et al. (2009) (Apéndice E), la cual permite evaluar el riesgo de caídas, ésta se encuentra dividida en cinco dimensiones, que son, Caídas previas (0. No, 1. Sí), Medicación (0. Ninguno, 1. Tranquilizantes-sedantes, 1. Diuréticos, 1. Hipotensores [no diuréticos], 1. Antiparkinsonianos, 0. Otros medicamentos), Déficit sensorial (0. Ninguno, 1. Alteraciones visuales, 1. Alteraciones auditivas, 1. Extremidades [ictus...]), Estado mental (0. Orientado, 1. Confuso) y Deambulación (0. Normal, 0. Segura con ayuda, 1. Insegura con ayuda, 0. Imposible); en cuanto a su evaluación, de 3 a más puntos indica alto riesgo de caídas.

Por otro lado, se administró la Escala de Bristol de Forma y Consistencia de las Heces, adaptada al español por Parés, et al. (2009) (Apéndice F), cuyo propósito es describir siete tipos de heces que son, 1) Heces en bolas duras y separadas (como frutos secos); 2) Heces con formas alargadas como una salchicha, pero con relieves, como formada por bolas unidas; 3) Heces con forma alargada como una salchicha, con grietas en la superficie; 4) Heces con forma alargada como una salchicha, lisa y blanda; 5) Heces blandas y a trozos separados o con bordes definidos; 6) Heces blandas y a trozos

separadas o con bordes pegados como mermelada o puré y 7) Heces líquidas sin trozos sólidos.

Por otra parte, se ejecutó la Escala de Valoración de Glasgow, con la versión realizada por Matis y Birbilis (2008) (Apéndice G), la cual valora el nivel de conciencia en tres aspectos, Respuesta ocular (1. Ninguna, 2. Al dolor, 3. Al habla, 4. Espontánea), Valoración motora (1. Ninguna, 2. Extensión al dolor, 3. Flexión al dolor, 4. Retirada al dolor, 5. Localiza al dolor, 6. Obedece órdenes) y Respuesta verbal (1. Ninguna, 2. Incomprensible, 3. Inapropiada, 4. Confusa y 5. Orientada); en cuanto a su evaluación, se puntúa de la siguiente manera, 15 sin alteración y menor a 13 con alteración.

Finalmente, para analizar el nivel de dolor presentado en la paciente, se utilizó la Escala Visual Análoga (EVA) elaborada por Huskisson (1974) (Apéndice H), la cual mide la intensidad del dolor y viene diseñada de manera visual, mediante una línea vertical de 10 cm, donde una de sus extremidades indica la ausencia de dolor y en el otro extremo la máxima intensidad de dolor.

Por otra parte, en cuando a la medición de la etapa de Diagnóstico del Proceso Enfermero, se empleó la taxonomía NANDA, mediante la construcción de las etiquetas diagnósticas más relevantes en la paciente con Síndrome de Hellp; posteriormente, para la etapa de Planificación, se aplicó la taxonomía NOC, con la cual se determinaron los objetivos prioritarios de salud; consecutivamente, para la Ejecución se utilizó la taxonomía NIC, con el fin de brindar las intervenciones y actividades de enfermería individualizadas; y finalmente, para la etapa de Evaluación, se volvió a retomar la taxonomía NOC, con el propósito de analizar mediante una escala de medición diana, el alcance o no de los objetivos planteados (Bulechek, et al., 2013; Heather, 2015; Moorhead, et al., 2013).

1.3 Objetivo General

Elaborar y aplicar un Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) individualizado mediante la aplicación de un Caso Clínico Proceso Enfermero a una paciente con Síndrome de Hellp del área de UCI de un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de Puebla, durante el periodo de agosto de 2020.

1.4 Objetivos Específicos

1. Identificar los patrones funcionales de salud más alterados en la paciente con Síndrome de Hellp.
2. Conocer los problemas potenciales de salud en la paciente con Síndrome de Hellp.
3. Diseñar y ejecutar las intervenciones y actividades de enfermería individualizadas en la paciente con Síndrome de Hellp.
4. Evaluar los objetivos prioritarios de salud en la paciente con Síndrome de Hellp.
5. Elaborar y aplicar un de plan de alta en la paciente con Síndrome de Hellp.

Capítulo II

Diseño del Proceso de Enfermería

2.1 Diseño del Caso Clínico

El presente caso clínico es de tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal-transversal, el cual fue realizado en una paciente con diagnóstico médico de G4, P4, Puerperio inmediato postparto, Preeclampsia con criterio de severidad, Síndrome de Hellp y Paridad satisfecha, en el área de UCI de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de Puebla, Puebla, durante el periodo del 14/08/2020 al 17/08/2020.

2.2 Proceso de Enfermería

2.2.1 Valoración inicial.

I. Datos de identificación.

C.H.G de sexo femenino, de 25 años de edad en unión libre, con escolaridad de segundo grado de telesecundaria, de ocupación ama de casa, con religión evangélica y originaria del estado de Oaxaca; el 14/08/2020 ingresa al servicio de UCI de un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de Puebla, con diagnóstico médico de G4, P4, Puerperio inmediato postparto, Preeclampsia con criterio de severidad, Síndrome de Hellp y Paridad satisfecha.

II. Observación del entorno.

La paciente se encuentra hospitalizada en la UCI, específicamente en la unidad 2, en la cual se observa una iluminación, ventilación y temperatura ambiental adecuadas a la unidad; asimismo, cuenta con equipo médico y mobiliario en excelentes condiciones para su uso, al igual que insumos suficientes. El área física está acorde a la normatividad y su infraestructura se encuentra en estado óptimo.

III. Datos históricos.

La paciente refiere haber iniciado su padecimiento con cefalea, epigastralgia, alteraciones visuales y contracciones uterinas, por esa razón acude por la tarde del 13/08/2020 al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención en la Ciudad de Oaxaca, a su ingreso presenta hipertensión arterial de 170/110 brazo derecho y 160/110 en brazo izquierdo, a pesar de administrar captopril de 25 mg sublingual, alfametildopa de 500 mg vía oral e hidralazina de 10 mg por vía intravenosa, no se logra el efecto terapéutico. Debido a las cifras reportadas, el equipo de salud determina inducirla a trabajo de parto con oxitócicos, puesto que se encontraba en fase latente. Debido a su estado de salud grave, reportes clínicos y no contar con un área crítica, el médico realiza una contrarreferencia a un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de Puebla, ingresando a éste el día 14/08/2020.

IV. Datos actuales.

Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

La valoración ejercida fue mediante los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, obteniendo lo siguiente.

1. Patrón Percepción-Manejo de Salud. La paciente refiere que su estado de salud había sido bueno, hasta hace unos días que presentó presión arterial elevada y eso desarrolló su problema de salud actual; al momento de la exploración física, en facie se observa poca hidratación, con pupilas isocóricas reflecticas, presenta simetría ocular, ictericia y edema palpebral. La C.H.G esta con apoyo de oxígeno suplementario en fase II por mascarilla facial con reservorio a 5 litros por minuto, responde a reflejos y estímulos verbales. Se visualiza adecuada higiene en el conducto auditivo y de acuerdo escala de Glasgow obtuvo un puntaje de 15/15, lo cual no indica ninguna alteración.

2. Patrón Nutricional-Metabólico. Se encuentra con cuero cabelludo negro, limpio, hidratado, con adecuada implantación y ausencia de lesiones; piel deshidratada, boca con piezas dentales incompletas (2 molares, 2 caninos) y lengua deshidratada con adecuada pigmentación. Las mediciones antropométricas reportan un peso de 62 kg, talla de 1.59 metros, un Índice de Masa Corporal (IMC) normal (24.5) y se encuentra normo térmica (36.5°C). Tiene dieta líquida prescrita por nutrición, por vía enteral y con buena tolerancia.

3. Patrón Eliminación. Uresis de color amarillo ámbar, con presencia de sonda vesical (#16) a derivación y con adecuada irrigación en su trayecto; asimismo, tiene características macroscópicas normales y sedimentos en la bolsa recolectora (volumen total del turno vespertino de 1200 ml, uresis media horaria de 3.2 ml/kg/hrs); de acuerdo al examen general de orina, se reporta proteinuria, presencia de cuerpos cetónicos, bacterias escasas y filamentos de mucinas moderadas.

A la palpación del cuadrante superior derecho, la paciente manifiesta dolor, dando un valor de 10, lo cual indica como máxima intensidad de dolor, esto de acuerdo a la escala de EVA; por otra parte, se visualiza abdomen globoso y se percibe depresible y al auscultarse se nota disminución de peristaltismo. Se calcula una superficie corporal de 1.6 m², pérdidas insensibles de 13.5 ml/hrs; asimismo, presentó una evacuación con forma alargada como una salchicha, pero con relieves como formadas por bolas unidas durante el turno vespertino, que de acuerdo a la escala de Bristol se ubica en tipo 2 y se reporta glicemia capilar de 115 mg/dl.

4. Patrón Actividad-Ejercicio. Se encuentra en posición semifowler, con barandales elevados, adoptando posición fetal debido al dolor abdominal en el cuadrante superior derecho; por prescripción médica tiene cambios laterales cada 2 horas y reposo absoluto.

Se realiza la valoración con la escala de Braden obteniendo un puntaje de 18, lo cual no indica riesgo de desarrollar UPP; por su parte, se empleó la escala de Downton, obteniendo una puntuación de uno, lo cual no es indicativo de riesgo de caídas.

En cuanto a la inspección del cuello y tórax se presentaron sin alteración; se auscultan campos pulmonares ventilados, sin presencia de estertores, aunque se visualiza el uso de músculos accesorios así mismo la paciente refiere disnea; la piel se observa pálida, deshidratada y obteniendo un resultado de tres cruces. En ambos miembros superiores tiene instalado un acceso venoso periférico (#16) conectados a una bomba de infusión, en el derecho con solución Hartmann de 1000 ml para 12 horas y en el izquierdo con Glucosada al 5% de 900 ml más 10 ampulas de sulfato de magnesio a 100 ml/h. Por otro lado, manifestó una saturación de oxígeno de 96%, tensión arterial de 140/90 mm/Hg en brazo derecho y 140/85 mm/Hg en brazo izquierdo, frecuencia cardiaca de 102 latidos por minutos, 24 respiraciones por minutos y llenado capilar de 4 segundos. Además presenta edema en miembros inferiores. Al tener el resultado del electrocardiograma (Imagen 1) y radiografía de tórax (Imagen 2), no presentaron alteraciones.

5. Patrón Sueño-Descanso. La paciente se encuentra angustiada, intranquila, externa tener cefalea, se observa cansada, con dificultad para concentrarse, desmotivada por su situación actual y no logra adoptar una posición duradera para conciliar el sueño.

6. Patrón Cognitivo-Perceptual. Refiere tener buena memoria al igual que cefalea.

7. Patrón Autopercepción-Autoconcepto. Manifiesta satisfacción con su imagen corporal e identidad personal, así como confianza en sí misma y al igual que expresa mantenerse con su peso ideal.

8. Patrón Rol-Relaciones. Durante la visita médica se observa que tiene adecuada comunicación y apoyo de su esposo.

9. Patrón Sexualidad-Reproducción. Paciente con G4, P4 y paridad satisfecha, su área genital se observa íntegra y con manchado hemático en toalla testigo, sin datos de sangrado activo.

10. Patrón Adaptación-Tolerancia al Estrés. La paciente refiere estar todo el tiempo estresada por su situación económica, ya que no solventa sus gastos aunado a su actual estado de salud. También comenta que el dolor abdominal suele ser insoportable.

11. Patrón Valores-Creencias. Lo más valioso que manifiesta tener es su familia, refiere que su religión evangélica le ha sido de gran apoyo ante situaciones complicadas y su objetivo actual es mejorar su salud para poder regresar con su familia y conocer a su hijo.

2.2.2 Resultados de auxiliares diagnósticos.

A continuación, se muestran los hallazgos de laboratorios en las siguientes tablas.

Tabla 1.

Perfil de coagulación.

Examen	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Tiempo de tromboplastina parcial	24.80	seg	25-35
Tiempo de protrombina	14.4	seg	12.0-16.0
Porcentaje	95.00	%	55.00-110.00
INR	1.09		
Fibrinógeno	334		200-600

Nota: INR: Índice Internacional Normalizado; seg: Segundos; %: Porcentaje.

Tabla 2.

Biometría hemática (fórmula roja).

Examen	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Eritrocito	2.07 **	10	4.10-5.70
Hemoglobina	6.60 **	g/dL	12.50-16.60
Hematocrito	19.00 **	%	39.00-50.00
VCM	91.80	fL	78.00-103.00
HCM	31.90	pg	27.00-34.00
CHCM	34.70	g/dL	32.50-35.00
ADE	13.50	%	11.60-14.80

Nota: VCM: Volumen Corpuscular Medio; HCM: Hemoglobina Corpuscular Media; CHCM: Concentración Hemoglobina Corpuscular Media; ADE: Amplitud de la Distribución Eritrocitaria; **: Valor fuera de rango; g/dL: Gramo por decilitro; %: Porcentaje; fL: Femtolitro; pg: Picogramo.

Tabla 3.

Fórmula blanca.

Examen	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Leucocitos	15.05 **	10	4.00-12.00
Neutrófilos	85.40 **	%	40.00-85.00
Linfocitos	9.90 **	%	12.00-46.00
Monocitos	3.80	%	1.00-13.00
Eosinófilos	0.00	%	0.00-7.00
Neutrófilos	0.10	%	0.00-3.00
Linfocitos	12.86	%	1.40-8.00
Monocitos	1.490	10	1.000-4.800
Eosinófilos	0.000	10	0.000-0.800
Basófilos	0.010	10	0.000-0.100

Nota: **: Valor fuera de rango; %: Porcentaje.

Tabla 4.

Plaquetas.

Examen	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Plaquetas	146.00 **	10	4.10-5.70
VMP	10.00	fL	12.50-16.60
Eritroblastos #	0.00	10	39.00-50.00
Eritroblastos %	0.00	%	78.00-103.00

Método: Citometría de flujo

Muestra: Primaria sangre total

Nota: VMP: Volumen Plaquetario Medio; #: Almohadilla; %: Porcentaje; **: Valor fuera de rango; fL: Femtolitro.

Tabla 5.

Química sanguínea completa.

Prueba	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Glucosa	94	mg/dL	74-106
Nitrógeno ureico (BUN)	16	mg/dL	7-17
Urea	34.2	mg/dL	10.0-50.0
Creatinina	0.7	mg/dL	0.7-1.2
Ácido úrico	6.7 *	mg/dL	2.5-6.2
Colesterol	130.00	mg/dL	Deseable <200

Nota: BUN: Nitrógeno Ureico en Sangre; *: Valor fuera de rango; mg/dL: Miligramos por decilitro; <: Menor.

Tabla 6.

Electrolitos séricos completos.

Prueba	Resultados	Unidades	Valores de referencia
Sodio	134*	mmol/L	137-145
Potasio	4.1	mmol/L	3.5-5.1
Cloro	106	mg/dL	98-107
Calcio	7.4 **	mg/dL	8.4-10.2
Fósforo	5.0 *	mg/dL	2.5-4.5
Magnesio	4.7 **	mg/dL	1.6-2.3

Nota: *: Valor fuera de rango; **: Valor fuera de rango; mmol/L: Milimoles por litro; mg/dL: Miligramos por decilitro.

Tabla 7.

Prueba de funcionamiento hepático completo.

Examen	Resultados	Unidades	Valores de referencia
AST	357 **	U/L	14-36
ALT	245	U/L	Menor a 35
ALP	42.00	IU/L	44 A 147
Proteínas totales	9.3 **	g/dL	6.3-8.2
LDH	1134 **	U/L	120-246
GGT	42.00	IU/L	0.00-50.00
Albúmina	2.30 **	g/dL	3.50-5.00
Bilirrubina directa	0.10	mg/dL	0.00-0.75
Bilirrubina indirecta	0.50 **	mg/dL	0.00-0.25
Bilirrubina total	0.60	mg/dL	0.20-1.30

Nota: AST: Aspartato Aminotransferasa; ALT: Alanina Aminotransferasa; ALP: Fosfatasa Alcalina; LDH: Lactato Deshidrogenasa; GGT: Gamma Glutamyl Transpeptidasa; **: Valor fuera de rango; U/L: Unidades por Litro; IU/L: Unidades Internacionales por Litro; g/dL: Gramos por decilitro; mg/dL: Miligramos por decilitro.

Tabla 8.

Gasometría arterial.

Parámetros	Resultados	Unidades
pH	7.36	
PoCo2	35	mmHg
Hco3	20	mEq
PaO2	60	mmHg
EB	+2	
Sato2	94	%

Nota: pH: Potencial de Hidrógeno; PoCo2: Presión Parcial de Dióxido de Carbono; Hco3: Bicarbonato; PaO2: Presión Parcial de Oxígeno; EB: Exceso de Base; Sato2: Oximetría de Pulso; +: Más; mmHg: Milímetros de mercurio; mEq: Miliequivalente, %: Porcentaje.

Tabla 9.

Examen General de Orina (EGO).

Examen	Resultados	Unidades	Valores de referencias
Examen Físico			
Color	Amarillo		
Aspecto	Turbio		
pH	5.5		
Densidad	1.030		
Examen Químico			
Glucosa	Negativo	mg/dl	
Proteínas	100	mg/dl	
Cuerpos Cetonicos	15		
Bilirrubinas	Bajo	mg/dl	
Eritrocitos	Apr 200 Hem/uL	u/L	
Nitritos	Negativo		
Urobilinogeno	0.2	mg/dl	
Leucocitos	Negativo	u/L	
Examen microscópico			
Eritrocitos	Incontable		
Leucocitos	Negativo		
Bacterias	Escasas		
Filamentos de mucina	Moderadas		
Células epiteliales	Escasas		

Nota: pH: Potencial de Hidrógeno; Apr: Aproximadamente; Hem/uL: Hematuria/unidades en litro; mg/dl: Miligramos sobre decilitro; u/L: Unidades sobre litro.

Tabla 10.

Tratamiento farmacológico.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Omeprazol	40 mg	24 horas	IV
Clonixinato de lisina	100 mg	8 horas	IV
Tramadol	100 mg	12 horas	IV
Ceftriaxona	1 gr	12 horas	IV
Dexametasona	10 mg	12 horas	IV
Alfametildopa	250 mg	8 horas	VO
Prazocin	3 mg	8 horas	VO
Nifedipino	10 mg	PRN (160/110 mm/Hg)	VO

Nota: mg: Miligramos; gr: Gramos; PRN: Por Razón Necesaria; mm/Hg: Milímetros de mercurio; IV: Intravenoso; VO: Vía oral.

Tabla 11.

Terapia intravenosa.

Solución	Dosis	Frecuencia	Vía
Hartmann	1000 ml	12 horas	IV
Glucosa 5% + 10 amp sulfato de magnesio	900 ml	10 horas	IV

Nota: %: Porcentaje; +: Más; amp: Ámpulas; ml: Mililitros; IV: Intravenoso.

Imagen 1.

Electrocardiograma.

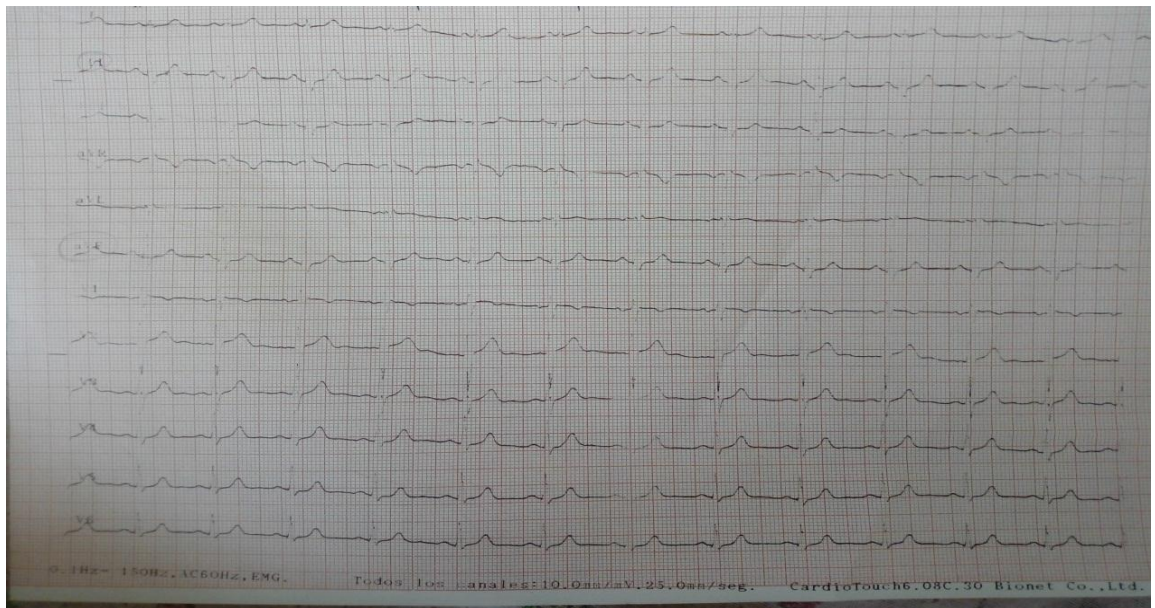


Imagen 2.

Radiografía de tórax.



2.2.3 Valoración Continua

Día 2: 15 de agosto, 2020. 15:00 horas. UCI.

Posterior a su ingreso en UCI se observa mejoría a nivel respiratorio, realizan cambio del tratamiento farmacológico favoreciendo a la paciente, se da orientación sobre los procedimientos a realizar, se extraen muestras de laboratorio, gasometría arterial y se lleva un registro de balance hídrico. Se capacita para el manejo del dolor y se orienta sobre datos de alarma y extracción manual de leche.

Día 3: 16 de agosto, 2020. 15:00 horas. UCI.

Se valora nuevamente a la paciente, se logra retirar el oxígeno y es valorada por el médico del servicio, quien decide dar de alta, ya que los valores alterados de laboratorio mejoraron; se pasa a hospitalización donde se dio seguimiento a la situación de salud de la paciente y se elabora el plan de alta a nivel hospitalario.

Asimismo, se realizó valoración física a la paciente, se encuentra en estado de alerta, orientada en sus 3 esferas neurológicas, con mucosa oral y piel hidratadas, continua con edema en miembros inferiores, frecuencia cardíaca de buen tono y ritmo, campos pulmonares ventilados, abdomen blando depresible a la palpación, con adecuado peristaltismo y buena coloración e integridad de la piel. Extremidades inferiores sin lesiones o heridas; signos vitales estables, tensión arterial de 110/80, 75 latidos por minuto, 19 respiraciones por minuto, 36.9 °C de temperatura corporal, Saturación de Oxígeno (SO₂) al 98% y llenado capilar de 2 segundos.

Por todo lo antes mencionado, los Patrones Funcionales de Salud más alterados en la paciente con Síndrome de HELLP fueron, Actividad-Ejercicio y Nutricional-Metabólico.

2.2.4 Diagnósticos de enfermería.

Dominio: 04 Actividad/Reposo.

Clase: 04 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 1: Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor y fatiga, evidenciado por disnea y patrón respiratorio anormal.

Dominio: 04 Actividad/Reposo.

Clase: 04 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 2: Perfusión tisular periférica ineficaz, relacionado con conocimientos insuficientes del proceso de enfermedad e hipertensión, evidenciado por edema y tiempo de relleno >3 segundos.

Dominio: 02 Nutrición.

Clase: 05 Hidratación.

Diagnóstico de Enfermería 3: Exceso de volumen de líquidos, relacionado con mecanismos de regulación, evidenciado por alteración de la densidad específica de la orina, patrón respiratorio, presión arterial y edema.

Dominio: 04 Actividad/Reposo.

Clase: 04 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 4: Dolor agudo abdominal, relacionado con agentes lesivos biológicos, evidenciado por cambios en los parámetros fisiológicos, conducta expresiva, expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor.

Dominio: 04 Actividad /Reposo.

Clase: 04 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares.

Diagnóstico de Enfermería 5: Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatias esenciales (trombocitopenia) y efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

2.2.5 Plan de cuidados de enfermería.

Nombre de la persona: C.H.G. Edad: 25 Años Fecha de ingreso: 14/08/2020

Servicio/ Contexto: UCI Diagnóstico médico: G4, P4, Puerperio inmediato postparto, Preeclampsia con criterio de severidad, Síndrome de Hellp y Paridad satisfecha.

Resultados Esperados (NOC)					
Dominio 04: <i>Actividad/reposo</i> Clase 04: <i>Respuestas cardiovasculares/pulmonares</i>					
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor y fatiga, evidenciado por disnea y patrón respiratorio anormal.	Estado cardiopulmonar (0414)	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsos periféricos (4) • Ritmo cardiaco (2) • Frecuencia respiratoria (2) • Ritmo respiratorio (2) • Profundidad de la inspiración (3) • Saturación de oxígeno (4) • Edema periférico (2) 	1.-Desviación grave del rango normal. 2.-Desviación sustancial del rango normal. 3.- Desviación moderada del rango normal. 4.- Desviación leve del rango normal. 5.-Sin desviación del rango normal.	Desviación sustancial del rango normal (2)	Mantener a: Desviación sustancial del rango normal (2) Aumentar a: Desviación leve del rango normal (4)

2.2.6 Ejecución y evaluación del cuidado.

Diagnóstico de Enfermería
Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con dolor y fatiga, evidenciado por disnea y patrón respiratorio anormal.

Nombre: C.H.G

Edad: 25 años Servicio/Contexto: UCI

Fecha: 14/08/2020 Hora: 15:00

Intervenciones Realizadas
<p>1.- Intervención de Enfermería: Monitorización respiratoria</p> <p>El día 14 de agosto a las 15:00 hrs, se procede a la identificación del paciente, se posiciona en semifowler, se vigila parámetros del monitor (saturación de oxígeno); también se valora frecuencia respiratoria, ritmo respiratorio y profundidad, se continúa auscultando campos pulmonares, y se notifica al médico alteración de la dinámica respiratoria.</p> <p>2.- Intervención de Enfermería: Oxigenoterapia</p> <p>Además se valoró la funcionalidad de oxígeno por mascarilla humidificado; se verificó el flujo de litro de oxígeno de acuerdo a las necesidades de la paciente; así mismo se da orientación de la importancia del dispositivo empleado e incluyendo beneficios, también se vigila nuevamente patrón respiratorio y se progresa de acuerdo al estado de salud de la paciente.</p>

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa</p> <p>Resultado Esperado: Desviación sustancial del rango normal (2)</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial del rango normal (2)</p> <p>Puntuación pos intervención: Desviación leve del rango normal (4)</p> <p>Puntuación cambio: +2.</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none">• Pulsos periféricos (4-4)• Ritmo cardiaco (2-4)• Frecuencia respiratoria (2-4)• Ritmo respiratorio (2-4)• Profundidad de la inspiración (3-4)• Saturación de oxígeno (4-4)• Edema periférico (2-4) <p>Evaluación Cualitativa: El cambio obtenido fue favorable +2.</p>

Nombre del Estudiante: Ana Rosa Hernández Hernández

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Plan de cuidados de enfermería.

Nombre de la persona: C.H.G _____ Edad: 25 Años Fecha de ingreso: 14/08/2020 _____

Servicio/ Contexto: UCI _____ Diagnóstico médico: G4, P4, Puerperio inmediato postparto, Preeclampsia con criterio de severidad, Síndrome de Hellp y Paridad satisfecha. _____

Dominio 04: <i>Actividad/reposo</i> Clase 04: <i>Respuestas cardiovasculares/pulmonares</i>	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Clase: Cardiopulmonar (E)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Perfusión tisular periférica ineficaz, relacionado con conocimientos insuficiente del proceso de enfermedad e hipertensión, evidenciado por edema y tiempo de relleno > 3 segundo.	<i>Perfusión tisular: periférica (0407)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Llenado capilar de los dedos de las manos (2) • Presión sanguínea sistólica (2) • Presión sanguínea diastólica (2) • Presión arterial media (2) • Edema periférico (1) • Palidez (3) 	1.-Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.-Sin desviación del rango normal	Desviación sustancial del rango normal (2)	<i>Mantener a:</i> Desviación sustancial del rango normal (2) <i>Aumentar a:</i> Desviación leve del rango normal (4)

Ejecución y evaluación del cuidado.

Diagnóstico de Enfermería
Perfusión tisular periférica ineficaz, relacionado con conocimientos insuficiente del proceso de enfermedad e hipertensión, evidenciado por edema y tiempo de relleno > 3 segundo.

Nombre: C.H.G

Edad: 25 años Servicio/Contexto: UCI

Fecha: 14/08/2020 Hora: 15:00

Intervenciones Realizadas
Intervención de Enfermería: Manejo de electrolitos y Monitorización de líquidos El día 14 de agosto a las 15:00 hrs, se valora de manera Céfal-caudal en busca de datos (deshidratación, edema, llenado capilar, entre otros), también se efectúa la toma de tensión arterial sistólica, diastólica cada hora; se continúa preparando material para efectuar la toma de laboratorios, se procesan y se interpreta los resultados obtenidos, notificándole al médico sobre alteraciones de la misma. A demás se toma electrocardiograma en busca de alteraciones electrolíticas. También se vigila signos y síntomas de alteraciones electrolíticas como hipernatremia, se lleva un control estricto de ingreso y egresos por turno; finalmente se realiza registros clínicos de enfermería.

Evaluación
Evaluación Cuantitativa Resultado Esperado: Desviación sustancial del rango normal (2) Puntuación Basal: Desviación sustancial del rango normal (2) Puntuación Post-Intervención: Desviación leve del rango normal (4) Puntuación Cambio: +2
Indicadores basales y post-intervención <ul style="list-style-type: none">• Llenado capilar de los dedos de las manos (2-4)• Presión sanguínea sistólica (2-4)• Presión sanguínea diastólica (2-4)• Presión arterial media (2-4)• Edema periférico (1-4)• Palidez (1-4)
Evaluación Cualitativa: El cambio obtenido fue favorable +2.

Nombre del Estudiante: Ana Rosa Hernández Hernández

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Plan de cuidados de enfermería.

Nombre de la persona: C.H.G _____ Edad: 25 Años Fecha de ingreso: 14/08/2020 _____

Servicio/ Contexto: UCI _____ Diagnóstico médico: G4, P4, Puerperio inmediato postparto, Preeclampsia con criterio de severidad, Síndrome de Hellp y Paridad satisfecha. _____

Resultados Esperados (NOC)				
Dominio: Dominio: Salud fisiológica (II)				
Clase: Clase: Líquidos y electrolitos (G)				
Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
<p>Dominio 2: Nutrición Clase 5: <i>Hidratación</i></p> <p>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</p> <p>Exceso de volumen de líquidos, relacionado con mecanismos de regulación, evidenciado por alteración de la densidad específica de la orina, patrón respiratorio, presión arterial y edema.</p>	<p><i>Equilibrio hídrico (0601)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial (2) • Entradas y salidas diarias equilibradas (2) • Peso corporal estable (4) • Hidratación cutánea (2) • Electrolitos séricos (2) • Densidad específica urinaria (2) • Edema periférico(1) 	<p>1.-Gravemente comprometido.</p> <p>2.- Sustancialmente comprometido</p> <p>3.-Moderadamente comprometido</p> <p>4..Levemente comprometido</p> <p>5.-No comprometido</p>	<p>Sustancialmente comprometido (2)</p>	<p><i>Mantener a:</i> Sustancialmente comprometido (2)</p> <p><i>Aumentar a:</i> Moderadamente comprometido (4)</p>

Intervenciones de Enfermería NIC	Recomendaciones (GPC)
<p>Dominio: (2) Fisiológico: Complejo Clase: (N) Control de la perfusión tisular</p> <p>1. Intervención de Enfermería: Muestra de sangre capilar 4035</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la identificación correcta del paciente. • Elegir el lugar de punción. • Utilizar técnica de punción cutánea asépticas. • Recoger la sangre de manera adecuada para la realización de la prueba. • Presionar de forma intermitente en el punto más alejado posible del lugar de punción para favorecer el flujo de la sangre. • Etiquetar la muestra, según el protocolo del centro. • Enviar la muestra al laboratorio, según sea necesario. • Aplicar un apósito en el lugar de punción. • Desechar adecuadamente el equipo. • Documentar la realización de la extracción de una muestra de sangre capilar. 	<p>Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de Enfermería en la Paciente con Preeclampsia y Eclampsia (SS, 2011).</p> <p>Recomendaciones:</p> <p>EVIDENCIA: Los criterios diagnósticos del síndrome de HELL (anemia hemolítica microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia) incluyen: Presencia de fragmentos de eritrocitos es un frotis de sangre periférica, deshidrogenasa láctica mayor de 600 U/L, bilirrubina total mayor de 1.2 mg/dl, aspartato de aminotransferasa mayor de 70 U/L y trombocitopenia < 100, 000 plaquetas /mm³.</p> <p>RECOMENDACIÓN: Se debe promover el adiestramiento del personal que realiza la toma de la presión arterial, para asegurar el apego a la técnica correcta y valorar periódicamente la variabilidad inter-observador.</p> <p>RECOMENDACIÓN: A las pacientes con preeclampsia graves, enviadas a una unidad de tercer nivel de atención, se les debe elaborar un plan de atención individualizado.</p>

Nombre del Estudiante: Ana Rosa Hernández Hernández Fecha: 14-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015

Ejecución y evaluación del cuidado.

Diagnóstico de Enfermería

Exceso de volumen de líquidos, relacionado con mecanismos de regulación, evidenciado por alteración de la densidad específica de la orina, patrón respiratorio, presión arterial y edema.

Nombre: C.H.G

Edad: 25 años Servicio/Contexto: UCI

Fecha: 14/08/2020 Hora: 15:00

Intervenciones Realizadas

1.- Intervención de Enfermería: Muestra de sangre capilar/
Manejo de líquidos y electrolitos

El día 14 de agosto de 2020, se toma nueva muestra de laboratorios a las 20 hrs, se vigila BUN, proteínas, sodio y potasio; se realiza exploración física a la paciente en busca de retención de líquidos. Se corrobora que la bomba de infusión este programada correctamente, así mismo se corrobora la funcionalidad del acceso venoso periférico. También se lleva un registro de entradas y salidas por turno, signos vitales cada hora en especial la tensión arterial, y finalmente se realiza registros clínicos de enfermería.

Evaluación

Evaluación Cuantitativa

Resultado Esperado: Sustancialmente comprometido (2)

Puntuación Basal: Sustancialmente comprometido (2)

Puntuación Post-Intervención: Moderadamente comprometido (4)

Puntuación Cambio: +2

Indicadores basales y post-intervención

- Presión arterial (2-4)
- Entradas y salidas diarias equilibradas (2-4)
- Peso corporal estable (4-4)
- Hidratación cutánea (2-4)
- Electrolitos séricos (2-4)
- Densidad específica urinaria (2-4)
- Edema periférico(1-4)

Evaluación Cuantitativa: Cambio favorable +2.

Nombre del Estudiante: Ana Rosa Hernández Hernández

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Plan de cuidado de enfermería.

Nombre de la persona: C.H.G _____ Edad: 25 Años Fecha de ingreso: 14/08/2020 _____

Servicio/ Contexto: UCI _____ Diagnóstico médico: G4, P4, Puerperio inmediato postparto, Preeclampsia con criterio de severidad, Síndrome de Hellp y Paridad satisfecha. _____

Dominio 04: <i>Actividad/reposo</i> Clase 04: <i>Respuestas cardiovasculares/pulmonares</i>	Resultados Esperados (NOC)				
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conocimiento sobre salud (S)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Dolor agudo abdominal, relacionado con agentes lesivos biológicos, evidenciado por cambios en los parámetros fisiológicos, conducta expresiva, expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor.	Conocimiento: manejo del dolor (1843)	<ul style="list-style-type: none"> • Causas y factores que contribuyen al dolor (2) • Signos y síntomas de dolor (2) • Régimen de medicación prescrita (1) • Uso seguro de la medicación prescrita (1) • Técnica de posicionamiento o efectivo (2) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 	Conocimiento escaso (2)	<p>Mantener a: Conocimiento escaso (2)</p> <p>Aumentar a: Conocimiento sustancial (4)</p>

Intervenciones de Enfermería NIC

- Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

Recomendaciones (GPC)

EVIDENCIA: El tramadol en ECAS comparado con placebo, evidencio que es capaz de aliviar el dolor, las parestesias y la alodinia en pacientes con NDD. Su efectividad se mantiene en el tiempo.

RECOMENDACIÓN: El uso del tramadol puede ser considerado como medicamento de segunda línea.

RECOMENDACIÓN: Las técnicas de relajación, ayudan a reducir la alerta física y mental del paciente cuando está en su cama, también se emplea higiene del sueño y terapia cognitiva en el caso de que el paciente presente ideas disfuncionales respecto al tiempo de sueño.

Nombre del Estudiante: Ana Rosa Hernández Hernández Fecha: 14-08-2020

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015

Ejecución y evaluación del cuidado.

Diagnóstico de Enfermería

Dolor agudo abdominal, relacionado con agentes lesivos biológicos, evidenciado por cambios en los parámetros fisiológicos, conducta expresiva, expresión facial de dolor y postura de evitación del dolor.

Nombre: C.H.G

Edad: 25 años Servicio/Contexto: UCI

Fecha: 14/08/2020 Hora: 15:00

Intervenciones Realizadas

1.-Monitorización respiratoria

El día 14 de agosto a las 15:00 hrs, se procede a la identificación del paciente, se emplea la escala visual análoga del dolor, se notifica al médico el número obtenido y se procede a administrar analgésico. Además se brinda orientación a la paciente sobre el manejo del dolor, signos y síntomas que contribuyen al mismo. También se vigila y valora cambios de parámetros del monitor y posterior al término del efecto terapéutico, se orienta a la paciente sobre el tratamiento farmacológico y su objetivo de la misma.

Evaluación

Evaluación Cuantitativa

Resultado Esperado: Conocimiento escaso (2)

Puntuación Basal: Conocimiento escaso (2)

Puntuación Post-Intervención: Conocimiento sustancial (4)

Puntuación Cambio: +2

Indicadores basales y post-intervención

- Causas y factores que contribuyen al dolor (2-4)
- Signos y síntomas de dolor (2-4)
- Régimen de medicación prescrita (1-4)
- Uso seguro de la medicación prescrita (1-4)
- Técnica de posicionamiento efectivo (2-4)

Evaluación Cuantitativa: El cambio obtenido fue favorable +2.

Nombre del Estudiante: Ana Rosa Hernández Hernández

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

2.2.7 Plan de alta.

Enseñanza: Medicamentos prescritos (Pre-Alta).

Día 3: 16 de agosto, 2020. 15:00 horas. UCI.

- Se enseñó a la paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda.
- Se informó a la paciente tanto el nombre genérico como del comercial de cada medicamento.
- Se informa acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Se explicó cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada.
- Se instruyó a la paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.
- Se verificó el conocimiento que la paciente tiene de cada medicación.
- También se evaluó la capacidad de la paciente para administrarse los medicamentos ella misma.
- Así mismo, se enseñó a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (toma de presión arterial).
- Se instruyó sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación.
- Además se informó sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Se enseñó las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación.
- Se capacitó acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Se proporcionó información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios de los medicamentos.

- Se ayudó a la paciente a desarrollar un horario de medicamentos escrito.
- Se instruyó sobre cómo seguir la prescripción, según corresponda.
- Se reforzó la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- También se incluyó a la familia /allegados, según corresponda.

Evaluación: Medicamentos prescritos.

Día 4: 17 de agosto, 2020. 15:00 horas. Ginecología.

- Se efectúa una evaluación de forma oral sobre el conocimiento de la medicación.
- Se corroboró que la información emitida haya sido clara y precisa.
- La paciente explica de forma clara la información obtenida:
 - ✓ La funcionalidad de la medicación.
 - ✓ La diferencia de las vías de administración.
 - ✓ Efecto secundario.
 - ✓ La importancia de efectuar un control estricto de la medicación.
 - ✓ ¿Por qué no se debe interrumpir el tratamiento?
 - ✓ Los correctos de la medicación.
 - ✓ La paciente establece los horarios factibles para no afectar el patrón sueño descanso.
- Se logró observar que la paciente presenta mayor seguridad, independencia y el conocimiento claro y conciso sobre la medicación ya establecida.
- Se logró integrar al familiar sobre el proceso del tratamiento terapéutico de la paciente.
- Finalmente se orientó sobre el seguimiento y la importancia de llevar un registro clínico de la tensión arterial, control de laboratorios, estilos de vidas saludables y seguimiento de citas médicas continuas.

Capítulo III

3.1 Discusión

De acuerdo a los resultados del Proceso Enfermero, los Patrones Funcionales de Salud más alterados fueron, Actividad-Ejercicio y Nutricional-Metabólico, evidencia directamente relacionada a lo referido en el estudio de Cortéz (2017) y Erique y Prieto (2020), en los cuales dichos Patrones fueron los más relevantes respectivamente; asimismo, este resultado difiere con lo mencionado por Sánchez (2020), ya que, en su Proceso Enfermero, los Patrones más sobresalientes fueron, Eliminación, Cognitivo-Perceptual y Autopercepción-Autoconcepto.

Por otra parte, según las etiquetas diagnósticas abordadas en el Proceso Enfermero fueron, Patrón respiratorio ineficaz, Perfusión tisular periférica ineficaz, Exceso de volumen de líquidos y Dolor agudo abdominal, los cuales tienen similitud con las etiquetas empleadas por Erique y Prieto (2020), quienes utilizaron el Patrón respiratorio ineficaz y Exceso de volumen de líquidos; asimismo, tiene semejanza con el estudio de Sánchez (2020), quien empleó la etiqueta de Dolor agudo; cabe a resaltar que la etiqueta de Perfusión tisular periférica ineficaz no se encontró de manera directa, sin embargo, en cuanto a sus manifestaciones (edema y prolongación del llenado capilar), tuvo relación con la etiqueta de Disminución del gasto cardiaco, la cual fue abordada por Cortéz (2017).

3.2 Conclusiones

El presente trabajo realizado, del Proceso de Atención de Enfermería de una paciente con diagnóstico médico de Síndrome de Hellp, se logra observar a través de la misma la importancia de efectuar las intervenciones pertinentes en situaciones críticas, con la finalidad de mejorar el estado de salud. Se trabajó con las siguientes etiquetas diagnosticas: Patrón respiratorio ineficaz, Perfusión periférica ineficaz, Exceso de volumen de líquidos y Dolor agudo abdominal; de

acuerdo a la evaluación, el estado cardiopulmonar, la perfusión tisular periférica y el equilibrio hídrico se presentaron con Desviación leve del rango normal, con cuatro puntos diana; asimismo, se obtuvo un conocimiento sustancial del manejo del dolor, con cuatro puntos diana.

Además se evaluó las intervenciones realizadas obteniendo cambio +2, esto da un panorama que las intervenciones realizadas en tiempo y forma dan efectividad e impacto en la salud de la paciente.

Se logró estructurar un plan de alta, dando la información sólida, precisa y concisa en relación a la medicación a nivel hospitalario, donde se establecen pautas para ser entendida por el personal de salud y dar continuidad de los cuidados específicos del tratamiento. Lo anterior contribuye a la educación de la paciente sobre el proceso de salud-enfermedad a nivel hospitalario, también, todo fue posible gracias al apoyo y entusiasmo de la paciente para poder efectuarlo, finalmente se logró demostrar que, establecer un plan estandarizado acorde a las necesidades de cada paciente es benéfico y que el personal de enfermería desempeña un arduo trabajo en las unidades de cuidados intensivos, con conocimiento amplio, sustentado y con la mejor evidencia científica.

Referencias

- Alfaro-LeFevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el autocuidado en colaboración* (5a. ed.). Barcelona, España: Masson.
- Álvarez, A. Z., Álvarez, V. A., y Martos, F. D. (2016). Caracterización de las pacientes con síndrome HELLP. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(4), 443-450.
Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n4/gin03416.pdf>
- Álvarez, J. L., Del Castillo, F., Fernández, D., y Muñoz, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gijón, España.
Recuperado de
<https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- Blümel, J. E., Tirado, K., Schiele, C., Schönfeldt, G., y Sarrá, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista Médica de Chile*, 132, 595-600. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v132n5/art09.pdf>
- Bracamonte-Peniche, J., López-Bolio, V., Mendicuti-Carrillo, M., Ponce-Puerto, J. M., Sanabrais-López, M. J., y Méndez-Domínguez, N. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista Biomédica*, 29(2), 33-41. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v29n2/2007-8447-revbiomed-29-02-33.pdf>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., y Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6a. ed.). España: Elsevier Mosby.
- Carmona-Guirado, A. J., Escaño-Cardona, V., y García-Cañedo, F. J. (2015). Práctica enfermera en Unidad de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia en primigesta. *Revista*

- Enfermería Intensivista*, 26(1), 32-36. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239914000923>
- Consejo de Salubridad General (2017). *Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG*. Recuperado de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf
- Cortéz, N. N. (2017). *Embarazo 24.5 semanas + eclampsia + Síndrome de HELLP + anemia que complica el puerperio* (trabajo de titulación de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Esmeraldas, Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1298/1/CORT%c3%89Z%20ERAZO%20NADIA%20NATHALY.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2017). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017
- Erique, S. M., y Prieto, H. N. (2020). *Proceso de atención de enfermería en el cuidado de una paciente con Síndrome de HELLP* (trabajo de titulación de licenciatura). Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador. Recuperado de http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15210/1/T-3713_ERIQUE%20DURAN%20SAMANTHA%20MAYTEE.pdf
- Feitosa, L., Cordeiro, I., Barbosa, V. R., y Barreto, R. M. (2019). Ingresos en UCI por causas obstétricas. *Revista Enfermería Global*, (53), 304-317. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-304.pdf>

- Heather, H. (2015). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017*. España: Elsevier Mosby.
- Hernández-Hernández, S., Ríos-Arias, G., Hernández-Bernandino, G., Sánchez-Sánchez, M., y Velázquez-Paz, A. L. (2019). Morbilidad y mortalidad obstétrica en un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 7(3), 77-81. Recuperado de https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/10/Art%C3%ADculo-Original_Morbimortalidad-obst%C3%A9trica.pdf
- Herrera, K. (2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3, (3), 8-12. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf?fbclid=IwAR0AXUgO3FB5UWUVVCX11ZqLQh0xm80HVMWAdGgTog8F-UT5MS3JPDAr35M>
- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*, 304(7889), 1127-1131.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Guía de Práctica Clínica GPC. Tratamiento farmacológico del dolor neuropático en mayores de 18 años*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/441GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica GPC. Cuidados respiratorios en pacientes con mucopolisacaridosis y enfermedad de Pompe*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/670GER.pdf>
- Madách, K., Molvarec, A., Rigó, J., Nagy, B., Péntes, I., Karádi, I., y Prohászka, Z. (2008). Elevated serum 70 kDa heat shock protein level reflects tissue damage and disease severity in the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 139, 133-138.

- Matis, G., y Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale-a brief review past, present, future. *Acta Neurológica Belgium*, 108(3), 75-89. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/23712880_The_Glasgow_Coma_Scale_-_A_brief_review_Past_present_future
- Monge, C. (2018). Síndrome de Hellp. *Revista Médica Sinergia*, 3(1), 13-16. Recuperado de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/112/231>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swazon, E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (5a. ed.). España: Elsevier Mosby.
- Muñoz, M., Aguiar, F., Negueruela, B., Mora, A. M., Fernández, F., Muñoz, J., Vera, E., ... y Corrales, T. (2009). *Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Andalucía, España. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf
- Nájera, G., y Morales, F. A. (2019). *Guía para la elaboración del Proceso de Enfermería como modalidad de Diplomación*. Academia de la Especialidad Enfermería en Cuidados Intensivos. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.
- Neri, P. E. (2016). *Proceso Enfermero individualizado a paciente preecláptica con datos de severidad* (tesis de especialidad). Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. Recuperada de <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4567/TESINA%20PE%20a%20paciente%20preecla%CC%81mptica%20con%20datos%20de%20severidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Notas descriptivas. Mortalidad materna*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Parés, D., Comas, M., Dorcaratto, D., Araujo, M. I., Vial, M., Bohle, B., Pera, M., y Grande, L. (2009). Adaptación y validación del formulario de heces de la escala de Bristol traducida al idioma español entre profesionales de la salud y pacientes. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(5), 312-316. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Pérez, D. M., Elizalde, V. M., y Téllez, G. E. (2012). Reporte y análisis de casos del síndrome de HELLP en el puerperio. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 4(2), 86-94. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi122e.pdf>
- Pérez-Noriega, E., y Soriano-Sotomayor, M. M. (2010). *Guía de Exploración Física de Cabeza a Pies/Céfalo Caudal*. Academia de Pensamiento Enfermero. Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México.
- Reyes, K. T., Crespo, M. V., Galarza, D. L., y Naranjo, Á. A. (2020). Morbimortalidad materna en síndrome de Hellp. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(1), 229-235. Recuperado de <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/795/1271>
- Sánchez, M. G. (2020). *Proceso de atención de enfermería en paciente gestante de 33 semanas que presenta Síndrome de HELLP más anemia severa en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel* (trabajo de titulación de licenciatura). Universidad Técnica de Babahoyo. Babahoyo, Ecuador. Recuperado de

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7475/E-UTB-FCS-ENF-000269.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Secretaría de Salud. (2011). *Guía de Práctica Clínica GPC. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586_GPC_Enfermeria_enpreeclampsia/586GER.pdf

Secretaría de Salud. (2013). *Guía de Práctica Clínica GPC. Diagnóstico y tratamiento de hipernatremia en el adulto*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_648_13_dxtyxhipernatremia/imss_648_13_dxtyxhipernatremiager.pdf

Secretaría de Salud. (2018). *Modelo del cuidado de enfermería*. Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf

Soni-Trinidad, C., Gutiérrez-Mateos, A., Rosa-Moreno, F. J., y Reyes-Aguilar, A. (2015). Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83, 96-103. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152d.pdf>

Soriano-Sotomayor, M. M., y Pérez-Noriega, E. (2013). *Guía de Entrevista Corta por Patrones Funcionales de Salud*. Academia de Pensamiento Enfermero. Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México.

Vega-Morales, E. G., Torres-Lagunas, M. A., Patiño-Vera, V., Ventura-Ramos, C., y Vinalay-Carrillo, E. I. (2016). Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 12-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n1/1665-7063-eu-13-01-00012.pdf>

Vigil-De Gracia, P., Rojas-Suarez, J., Ramos, E., Reyes, O., Collantes, J., Quintero, A., Huertas, E., ... y Chon, V. Y. (2015). Incidence of eclampsia with HELLP syndrome and associated mortality in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1-4.

Apéndices

A. Consentimiento Informado.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado

Título del Proceso Enfermero: “Valoración de Enfermería basada en los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon al paciente hospitalizado”.

Estamos interesados en realizar una valoración integral de su salud (entrevista) y de aspectos que cursa de su enfermedad en dicha institución, así mismo tenemos el objeto de realizar una valoración céfalo-caudal (cabeza a pies). Antes de decidir si desea o no participar, le informamos en este consentimiento informado sobre el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Si usted decide participar, le pediremos que firme este consentimiento informado.

Propósito del Estudio

El trabajo pretende realizar una entrevista sobre patrones funcionales de salud que como persona se identifican de la siguiente manera: manejo-percepción de la salud, nutrición-metabolismo, eliminación, sueño descanso, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptual, percepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés y por último sus valores-creencias que se ven afectado durante su hospitalización. La información que nos proporcione puede ser de mucha utilidad en un futuro para organizar los cuidados de enfermería de calidad y tenga una satisfacción en la atención que recibe en esta institución de salud. Por favor, lea este formato y realice todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento informado.

Descripción del estudio/procedimiento

Si acepta participar en el estudio le pediremos que firme este consentimiento informado. El cuestionario será aplicado dentro de la Institución de Salud, sin afectar las actividades personales, familiares y de los profesionales de salud que están a su cuidado. Su participación en el estudio es confidencial, por lo que se cuidará en todo momento su privacidad, no identificándolo con su nombre, ni dirección.

Además se le informa que la información que Usted proporcione no se dará a conocer a sus cuidadores y profesionales de la salud, por lo que su participación en el estudio no tendrá ninguna repercusión en su persona. Tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida y en caso de que no desee de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades académicas.

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuerto o no desea seguir hablando de los temas puede retirar su participación en el momento en que usted lo desee.

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta tu relación actual con la institución de salud en donde se encuentra hospitalizado. Si usted decide participar está en libertad de retractarte en cualquier momento sin afectar en nada tus derechos.

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y mis preguntas han sido contestadas. Acepto la participación en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Fecha _____

Participante

Testigo 1

Investigador

Testigo 2

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Soriano-Sotomayor y Pérez-Noriega/2013.

B. Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud.

Datos de Identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Dx. Médico: _____
Fecha de ingreso: _____ Edo. civil _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Religión: _____ Lugar de residencia: _____

1. Patrón percepción-manejo de salud.

¿Cuál fue el motivo de su ingreso al hospital? ¿Cómo ha afectado su vida, el hecho de estar hospitalizado?

2. Patrón nutricional-metabólico.

¿Tiene algún malestar que le impida comer o tomar líquidos?

a) Si tiene dieta prescrita preguntar: ¿Le agrada la comida del hospital?, ¿Ha dejado comida en la charola?

b) Si tiene ayuno preguntar: ¿Ha pasado hambre? ¿Ha tenido sed intensa? ¿Ha notado pérdida de peso?

3. Patrón eliminación.

¿Considera que está orinando de manera adecuada? (En caso de tener sonda vesical observar color, cantidad y características de la orina). ¿Cree que está evacuando de manera adecuada?

¿Qué dificultades ha tenido para poder orinar o evacuar? ¿Está tomando algún medicamento para poder evacuar u orinar?

4. Patrón sueño-descanso.

¿Considera que está durmiendo de manera adecuada? ¿Qué dificultades ha tenido para descansar dentro del hospital?

5. Patrón actividad-ejercicio.

¿Puede moverse dentro y fuera de la cama sin dificultad? ¿Qué actividades puede realizar por sí mismo?

¿Qué actividades requieren de ayuda? ¿Siente algún malestar al moverse, ponerse de pie o caminar?

6. Patrón cognitivo-perceptual.

¿Ha sentido algún dolor desde que ha estado hospitalizado? ¿Qué información le han dado acerca de su diagnóstico, tratamiento y cuidados a seguir? ¿Qué información necesita recibir para su bienestar?

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

¿Cuáles han sido sus sentimientos desde que llegó al hospital? ¿Cómo piensa que le ha afectado emocionalmente el hecho de estar hospitalizado?

8. Patrón rol-relaciones.

¿Cómo piensa usted que ha afectado su vida familiar y laboral el hecho de estar hospitalizado?

9. Patrón sexualidad-reproducción.

¿Quisiera usted expresar algo de su sexualidad que le preocupe?

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

¿Cómo está afrontando su situación de estar hospitalizado?

¿Cuáles son los apoyos con los que cuenta para afrontar la situación de estar hospitalizado?

11. Patrón valores-creencias.

¿Cómo piensa Usted que sus creencias religiosas pueden ayudarlo para sobrellevar esta situación?

Concluir: ¿Hay algo que le preocupe y quiera comentar?

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Soriano-Sotomayor y Pérez-Noriega/2013.

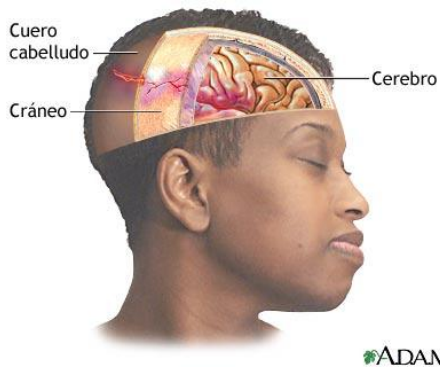
C. Guía de Exploración Física de Cabeza a Pies/Céfalo Caudal.

Saludar y presentarse con la persona.

Apariencia general (observar):

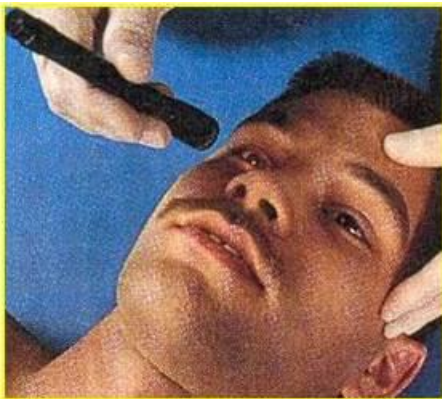
Edad aparente, complexión, postura, higiene, arreglo personal, patrón de comunicación.

1. Cabeza (inspección, palpación):



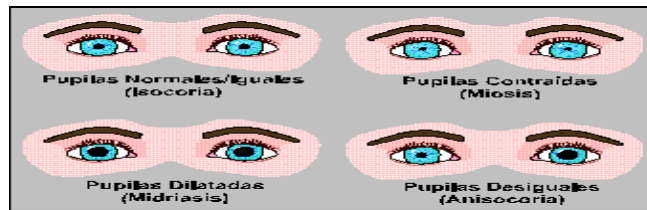
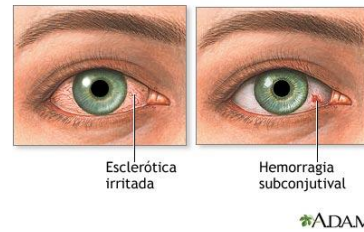
Estado de conciencia (alerta, somnoliento, confusión, delirio, estupor, coma, bajo sedación). Orientación (tiempo, lugar y persona). Características del cabello (color, distribución, textura, brillante/seco/graso, fragilidad, bien implantado/caída/alopecia, higiene, pediculosis). Presencia de heridas, vendajes, drenajes u otro dispositivo.

2. Cara (inspección, palpación):



► **Facies:** color de la piel (pálida, ceniza, enrojecida, icterica, violácea (cianosis). Alteración de la pigmentación: color blanco (poca melanina) o negro (exceso de melanina). Presencia de diaforesis. Expresión (tranquilidad, de dolor, parálisis); Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida,

► **Ojos:** Edema palpebral. Infección en el borde del párpado. Estado de los ojos (cerrados, muy abiertos, desorbitados, con desviación). Secreciones (lagrimeo, pus, sangre). Color de la esclerótica (blanca, pálida, icterica, enrojecida). Estado de la conjuntiva (irritada, hemorragia), lesión tisular de las córneas. Pupilas (tamaño normal 3mm en adultos, 5mm o más en niños y reflejo fotomotor -reacción de las pupilas a la luz-). Presencia de heridas y dispositivos visuales.

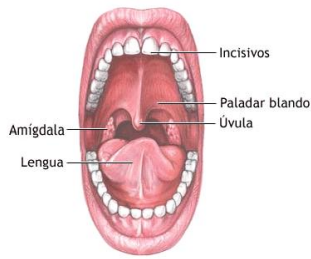


► **Oídos:** integridad lobular, integridad de la piel o traumatismo de los tejidos, color (pálidas, cianóticas, hiperémicas), temperatura al tacto (eutérmicas, frías o calientes), presencia de otorrea (secreción por el conducto auditivo, describir si es purulento o sanguinolento), higiene del conducto auditivo, presencia de otitis (rictus de dolor al mover la oreja o presionar sobre el mastoide), presencia de dispositivos para escuchar.



► **Nariz:** integridad de la piel, traumatismo o heridas. Rinorrea (secreciones por las fosas nasales, describir color, consistencia, cantidad), epistaxis. Higiene. Presencia de sondas (tipo –nasogástrica, nasoyunal, Black-More, utilidad –alimentación u otra– permeabilidad, cantidad y características del gasto o tipo de alimentación y velocidad a la que se administra). Observar si respira normalmente o con dificultad, si existe presencia de aleteo nasal. Presencia de dispositivos para suministrar oxígeno (catéter nasal, humidificador, tubo en T, otro).

movimientos fijos o escasos, muecas, somnolencia). Presencia de traumatismo facial por arma de fuego, quemaduras, fracturas.



► **Boca y garganta:** En labios, integridad, coloración (cianóticos o pálidos), inflamación (queilitis), respiración con los labios fruncidos. Presencia de sondas, de cánula endotraqueal (No. de cánula, fijación del tubo, parámetros ventilatorios y último reporte gasométrico). En membranas mucosas: coloración (rosadas, pálidas), xerostomía (sequedad), hidratadas, inflamación, lesiones, estomatitis, sangrado, nódulos, hiperplasia, hiperemia). En dientes: caries en la corona o en las raíces, exceso de placa, decoloración del esmalte dental, erosión del esmalte, desgastados, alineación dental, dientes que se mueven, fractura dental, falta total o parcial de piezas dentarias, prótesis y dispositivos dentarios, hiperplasia, palidez gingival, gingivitis, gingivorragia, periodontitis, presencia de bruxismo (apretar y rechinar los dientes). En lengua: coloración (rosada, pálida, cianótica), geográfica, saburral, leucoplasia, eritroplasia, estomatitis, blanda, rictus de dolor a la palpación, herida quirúrgica o traumatismo oral. En amígdalas (tamaño normal o agrandamiento). Observar sialorrea (excesiva producción de saliva), babeo, producción de esputo, hemoptisis, hematemesis. Observar estancamiento de alimentos, dificultad para comer, disfagia (rictus de dolor al deglutir), caída de la comida de la boca, ingesta de grandes bocados de comida. Presencia de tos (presente, ausente o inefectiva). Olor (ácido, metálico, halitosis)

3. Cuello (inspección, palpación, auscultación):

Observar traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras, fracturas. Presencia de heridas quirúrgicas (localización, características, proceso de cicatrización) y collarín. Presencia de traqueostomía. Presencia de catéter venoso central (localización, estado del sitio de punción, fármacos, soluciones y/o nutrición parenteral total infundiendo, dosis y velocidad de la infusión). Presencia de plétora yugular. Palpación y auscultación de arterias carótidas. Palpación de nódulos linfáticos cervicales. Rictus de dolor a la palpación.

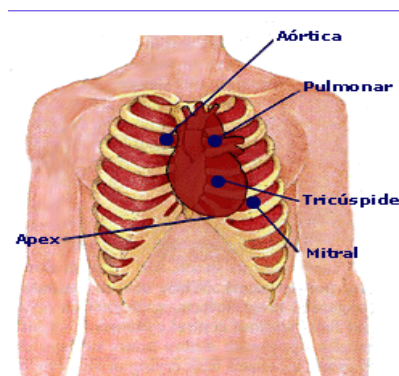


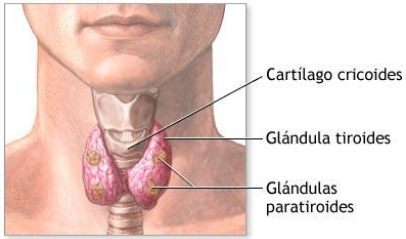
4. Tórax anterior (inspección, palpación auscultación):

Inspección: Postura ante la presencia de dolor. Tamaño y forma. Expansión torácica: simetría, duración de la inspiración y espiración. Frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración (normal, taquipnea, bradipnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul, respiración de Cheyene Stones, suspiros, Respiración abdominal paradójica). Uso de los músculos accesorios para respirar. Retracción torácica. Ortopnea (dificultad para respirar al estar acostado). Falta de aliento inducido por el movimiento. Si está con ventilación mecánica, observar respiración descoordinada con el ventilador. Traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras, fracturas. Presencia de monitorización cardíaca y ritmo del paciente. Presencia de marcapasos y parámetros del mismo. Presencia de heridas quirúrgicas (localización, características, proceso de cicatrización). Presencia de drenaje cerrado de tórax (cantidad y características del drenaje). Alteración de la pigmentación: color blanco (poca melanina) o negro (exceso de melanina). Presencia de manchas, máculas, pápulas. Fragilidad capilar: aparición de contusiones o moretones (petequias). Ginecomastia (en hombres). Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo.

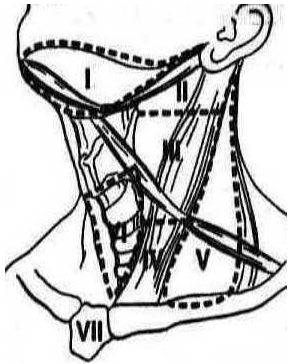
Palpación: Punto de máximo impulso y crépitos subcutáneos. Si aplica, en mujeres realizar exploración de mamas,

Auscultación: Auscultación de la ventilación y sonidos respiratorios (disminuidos, broncoespasmo; sonidos respiratorios adventicios: sibilancias, estertores, crepitantes, roncus). Auscultación de ruidos cardíacos (aórtico, pulmonar, mitral, tricúspideo).





ADAM.

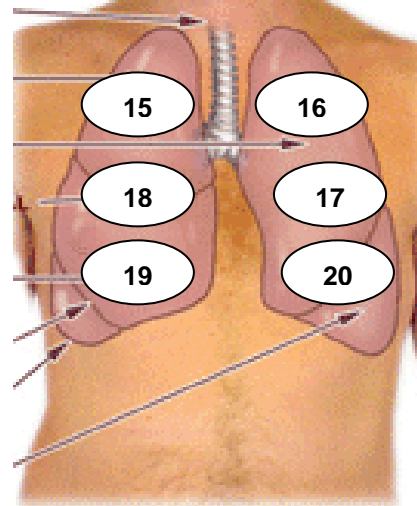


5. Abdomen (inspección, palpación, auscultación):

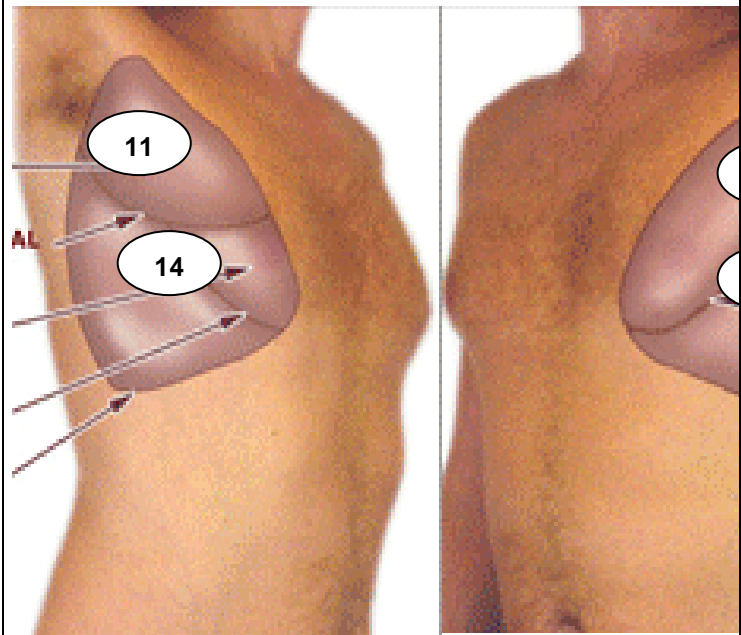
Inspección: Traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras. Presencia de heridas quirúrgicas (localización, características, proceso de cicatrización). Presencia de estomas: colostomía, cistostomía, u otro; especificar tipo, localización y estado de la piel. Presencia de sondas, drenes u otros dispositivos (penrose, tubo en T, catéter tenckof, sonda de gastrostomía). Especificar sitio, cantidad y características del gasto. Presencia de meteorismo (distensión abdominal debido a un exceso de gases intestinales) ascitis (acumulación de líquidos en el abdomen).

Palpación: Presencia de hepatomegalia y dolor a la palpación (especificar región). En epigastrio palpar aorta abdominal. Palpar presencia de distensión vesical.

Auscultación: Ausculte ruidos intestinales/peristaltismo (hiperactivos, hipoactivos, ausentes)



Segmentos pulmonares anteriores



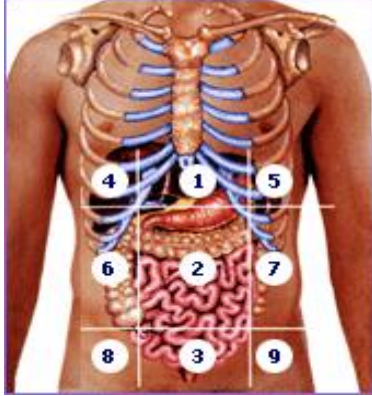
Segmentos pulmonares laterales derechos

Segmentos pulmonares laterales izquierdos

7. Extremidades inferiores (inspección, palpación):

Inspección: Tamaño, forma, simetría, ausencia de extremidad, prótesis. Compresión mecánica (p.ej., torniquete, yeso, muleta, abrazadera, apósito o sujeciones). Presencia de catéteres (venoclisis, introductores). Traumatismo de los tejidos: por arma de fuego, quemaduras, fracturas. Heridas quirúrgicas. Inflamación.

Integridad cutánea: prominencias óseas (laterales de las rodillas,



4	Hipocondrio derecho	1	Epigastrio	5	Hipocondrio izquierdo
6	Flanco derecho	2	Epigastrio	7	Flanco izquierdo
8	Región inguinal derecha	3	Hipogastrio	9	Región inguinal izquierda

6. Genitales (inspección, palpación):

Inspección: Uso de pañal. Presencia de sonda vesical y características del drenaje urinario (volumen, concentración, color, forzada con diuréticos). Higiene, integridad del vello púbico, pediculosis pélvica, lesiones cutáneas, hemorragia, secreciones. Absceso a úlcera rectal, piel perianal enrojecida Si aplica, valorar genitales masculinos y femeninos



maleolos, talones), alteración de la superficie de la piel (epidermis), destrucción de las capas de la piel (dermis), úlceras por presión. Presencia de manchas, máculas, pápulas. Fragilidad capilar: aparición de contusiones o moretones (petequias). Alteración de la pigmentación: color blanco (poca melanina) o negro (exceso de melanina). Atrofia muscular. Deformidades óseas.

Uñas: características de las uñas, coloración de lechos ungueales, llenado capilar, onicomicosis

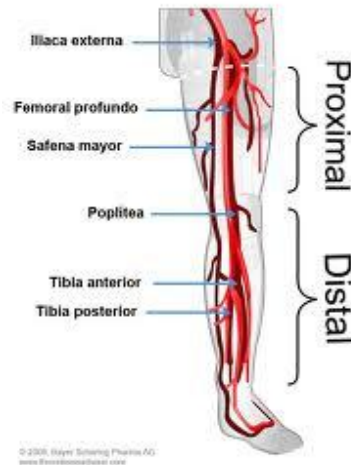
Debilidad o parálisis de las extremidades. Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. Tono muscular: normal, laxitud, espasticidad o rigidez (doblar la pierna y que presione con el pie contra su mano).

Deterioro de la movilidad física dentro y fuera de la cama (limitación de amplitud de movimientos, lentitud/enlentecimiento del movimiento, dificultad, falta de aliento, temblor, inmovilidad, necesita ayuda).

Si el paciente deambula observar: Cambios en la marcha y alteración del equilibrio: disminución de la velocidad de la marcha, dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, andar arrastrando los pies, balanceo postural lateral exagerado/inestabilidad postural, dificultad en la marcha, movimientos espasmódicos (involuntarios), temblor inducido por el movimiento.

Palpación: Textura: seca, húmeda, mojada, grasosa, hidratada, queratinización (descamación epidérmica). Piloerección. Temperatura al tacto y edemas. Turgencia de la piel. Sensibilidad al tacto y dolor.

Pulsos femoral, popíteo, pedio.





8. Extremidades superiores (inspección, palpación):

Tamaño, simetría, defectos óseos, ausencia de extremidad, presencia de prótesis o yeso, presencia de catéteres -línea arterial, catéter largo o corto-(permeable a qué solución, fármacos, dosis y flujo). Integridad del vello, axilar, color. Presencia de nódulos subcutáneos, Presencia de pulsos, Temperatura, edema, diaforesis, inflamación, rigidez. Coloración ungueal, Llenado capilar, onicomiosis, adactilia, sindactilia, higiene.

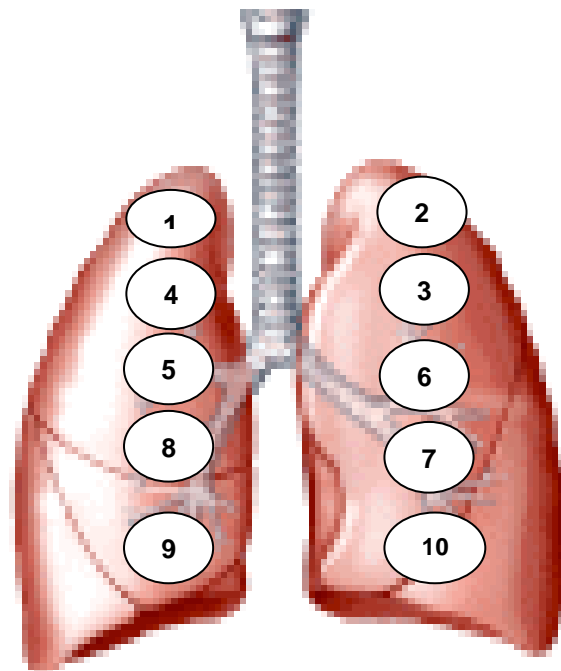
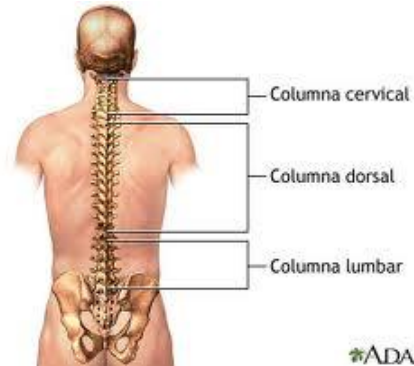


9. Tórax posterior (inspección, palpación, auscultación):

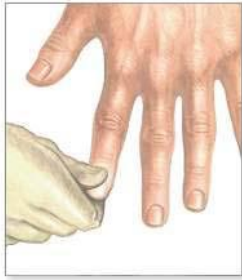
Inspección: Integridad cutánea: prominencias óseas (escapulas, columna, sacro), alteración de la superficie de la piel (epidermis), destrucción de las capas de la piel (dermis), úlceras por presión. Catéteres. Heridas. Malformaciones óseas (lordosis, cifosis, escoliosis).

Palpación: Sensibilidad y dolor al tacto.

Auscultación: Auscultación de sonidos respiratorios posterior y laterales.



Segmentos pulmonares posteriores



La sangre regresa al tejido

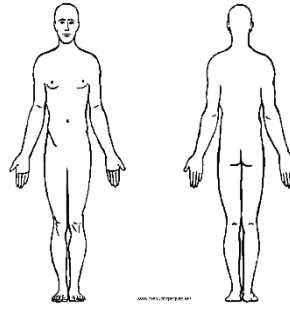


Se aplica presión al lecho ungueal hasta que se vuelva blanco

ADAM

Valoración neurovascular rápida para las extremidades superiores e inferiores es usando una nomotecnia como: **Margarita Comía Sabrosas Ensaladas En Cuanto Podía**
M = Movimiento (presente [+] ausente [-])
C = Color (pálido, rubicundo)
S = Sensibilidad (presente [+] ausente [-])
E = Entumecimiento (presente [+] ausente [-])
E = Edema (fóvea [++][+++][++++])
C = Calor (frío, caliente o tibio)
P = Pulsos periféricos: radial,

10. Piel:



Hidratación, turgencia, edema, temperatura, coloración, sensibilidad, hematomas, erupciones.

Localización de catéteres, sondas, heridas quirúrgicas, estomas, úlceras por presión.

11. Signos vitales:

Temperatura, Pulso, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca.

12. Antropometría:

Peso, Estatura, Área de Superficie Corporal (ASC), IMC, ICC

13. Expediente clínico:

Registros médicos.

Diagnóstico médico, tratamiento médico, Resultados anormales de estudios de laboratorio (CH, QS, ES, TP, TPT, EGO, otros). Hallazgos anormales de estudios de gabinete (Placa de tórax, electrocardiograma, otros).

Registros de enfermería.

Balance hídrico por turno, fluctuaciones en los signos vitales, otros,

Pérez-Noriega, E., y Soriano-Sotomayor, M. M. (2010). *Guía de Exploración Física de Cabeza a Pies/Céfalo Caudal*. Academia de Pensamiento Enfermero. Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México.

D. Escala de Braden.

<i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	








Blümel, J. E., Tirado, K., Schiele, C., Schönffeldt, G., y Sarrá, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista Médica de Chile*, 132, 595-600. [Figura 1]. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v132n5/art09.pdf>

E. Escala de Downton.

Caídas previas	NO	0
	Sí	1
Medicación	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	0

Muñoz, M., Aguiar, F., Negueruela, B., Mora, A. M., Fernández, F., Muñiz, J., Vera, E., ... y Corrales, T. (2009). *Estrategia de prevención, detección y actuaci3n ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario P3blico de Andalucía*. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Andalucía, España. [Figura 2]. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf

F. Escala de Bristol.

	<p>Type 1 Separate hard lumps, like nuts <i>Heces en bolas duras y separadas. Como frutos secos</i></p>
	<p>Type 2 Sausage shaped but lumpy <i>Heces con forma alargada como una salchicha pero con relieves como formada por bolas unidas</i></p>
	<p>Type 3 Like a sausage or snake but with cracks on its surface <i>Heces con forma alargada como una salchicha, con grietas en la superficie</i></p>
	<p>Type 4 Like a sausage or snake, smooth and soft <i>Heces con forma alargada como una salchicha, lisa y blanda</i></p>
	<p>Type 5 Soft blobs with clear cut edges <i>Heces blandas y a trozos separadas o con bordes definidos</i></p>
	<p>Type 6 Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool <i>Heces blandas y a trozos separadas o con bordes pegados como mermelada o puré</i></p>
	<p>Type 7 Watery, no solid pieces <i>Heces líquidas sin trozos sólidos</i></p>

Parés, D., Comas, M., Dorcaratto, D., Araujo, M. I., Vial, M., Bohle, B., Pera, M., y Grande, L. (2009). Adaptación y validación del formulario de heces de la escala de Bristol traducida al idioma español entre profesionales de la salud y pacientes. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(5), 312-316. [Figura 3], Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=en

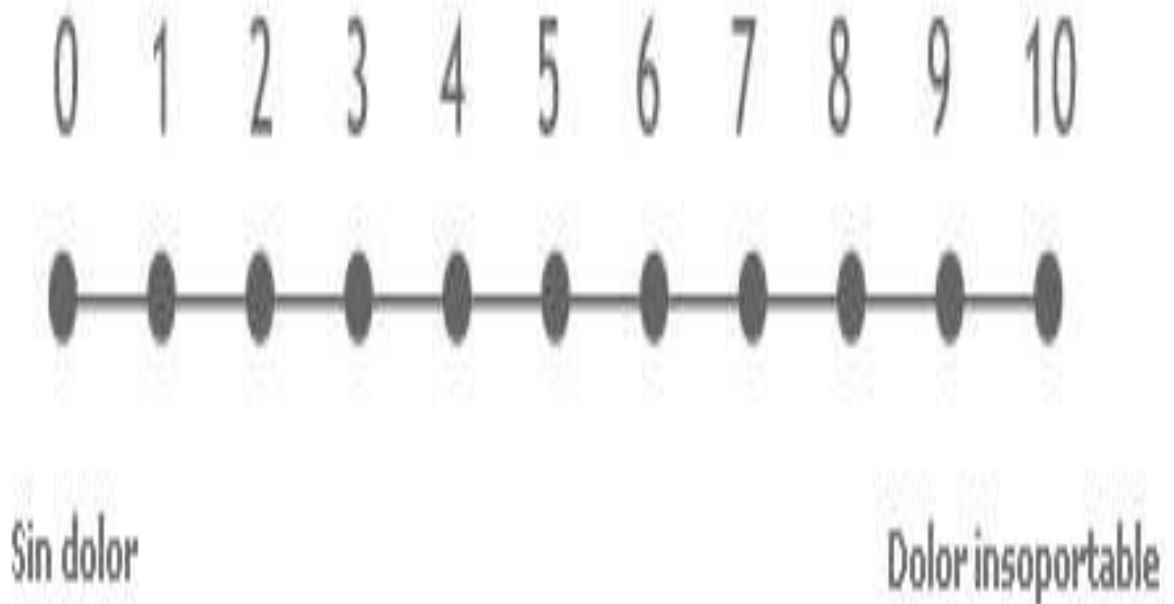
G. Escala de Glasgow.

Ojos	Apertura	Espontánea	4
		A la orden verbal	3
		Al dolor	2
		Ninguna	1
Respuesta	A la orden verbal	Obedece	6
Motora	Al estímulo doloroso	Localiza	5
		Flexión-retirada	5
		Flexión anormal (respuesta de decorticación)	
		Extensión (respuesta de descerebración)	2
		Ninguna	1
Respuesta		Orientada	5
Verbal		Desorientada	4
		Palabras inadecuadas	3
		Sonidos incomprensibles	2
		Ninguna	1
Total			3-15

Matis, G., y Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale-a brief review past, present, future. *Acta Neurológica Belgium*, 108(3), 75-89. [Figura 4]. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/23712880_The_Glasgow_Coma_Scale_-_A_brief_review_Past_present_future

H. Escala de Valoración Visual Análoga (EVA).

Escala numérica



Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*, [Figura 5]304(7889), 1127-1131.