



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE GESTANTE DE
33 SEMANAS QUE PRESENTA SINDROME DE HELLP MAS ANEMIA
SEVERA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MATILDE HIDALGO DE
PROCEL**

AUTORA

MAOLI GABRIELA SANCHEZ MARQUEZ

TUTORA

LIC. ALBA CECILIA OVACO RODRIGEZ .MCS

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2020

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	9
1.2. OBJETIVOS	9
1.2.1. Objetivo General	9
1.2.2. Objetivo Especifico	9
1.3. Datos generales	10
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	10
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	11
2.3. Examen físico (exploración clínica).	12
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	17
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.	18
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	18
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	23
2.8. Seguimiento.....	23
2.9. Observaciones.....	26
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios por brindarme la fortaleza para continuar en cada momento y permitirme llegar a esta importante etapa de mi formación profesional.

A mis padres Sr. Edison Estefano Sánchez Díaz y Sra. Ángela María Márquez Olvera por su incondicional apoyo y motivación a lo largo de mi vida y durante toda mi formación académica, sin dudar de mis habilidades, siendo mi mayor ejemplo a seguir en el desarrollo de mis aptitudes.

A mis hermanos Washington Eduardo Sanchez Márquez y Marisol Alejandra Sanchez Márquez por siempre confiar en mí y brindarme su incondicional apoyo.

Maoli Gabriela Sánchez Márquez.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios por haberme dado la vida, bendecirme y guiarme por el camino del bien, a mis padres Sr. Edison Estefano Sánchez Díaz y Sra. Ángela María Márquez Olvera por ser los forjadores siempre de todos mis logros.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme sus puertas y aceptado en su seno científico para poder estudiar la carrera anhelada, así como también a los docentes que brindaron sus conocimientos para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi asesora del presente trabajo Lic. Alba Cecilia Ovaco Rodríguez, Mcs. Por haberme dado la oportunidad de recurrir a su amplio conocimiento científico y brindarme su paciencia.

Y para finalizar quiero agradecer a cada uno de mis compañeros (as) que me acompañaron durante todos estos niveles de clase fomentando el compañerismo y apoyo moral hasta culminar mi carrera profesional.

Maoli Gabriela Sánchez Márquez.

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE GESTANTE DE
33 SEMANAS QUE PRESENTA SINDROME DE HELLP MAS ANEMIA
SEVERA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MATILDE HIDALGO DE
PROCEL

RESUMEN

El presente caso clínico se basa en el síndrome de Hellp una complicación multisistémica de los trastornos hipertensivos que se presentan durante el último trimestre del embarazo, principalmente por cuadros severos de la preeclampsia y eclampsia siendo sus primordiales determinantes la anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y la trombocitopenia que puede llegar a una coagulación intravascular diseminada. Dándose principalmente en mujeres de raza blanca, primigesta, mayores de 25 años de edad, por antecedentes de preeclampsia o abortos.

Siendo el caso de la paciente con 21 años de edad que ingreso por el área de emergencia obstétrica del Hospital Matilde Hidalgo de Procel, referida con diagnóstico de: óbito fetal de 33 semanas más hipotonía uterina, indicando cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil de moderada intensidad, siendo el único síntoma hasta en el 50% de los casos. Motivo por el cual fue ingresada inmediatamente a quirófano para cesárea segmentaria. Donde obtuvo el diagnóstico de síndrome de Hellp mas anemia severa.

Por lo cual se desarrolló el proceso de atención de enfermería a través de la recopilación de datos objetivos y subjetivos mediante la valoración por patrones funcionales y una correcta evaluación cefalo caudal. Permitiendo aplicar un plan de cuidados de enfermería ayudando a establecer metas e intervenciones individualizadas de acuerdo a cada necesidad por medio de la taxonomía del Nanda, Nic y Noc.

Dando como resultado una óptima mejora en la salud de la paciente por medio de una comparación de resultados del estado de salud inicial al obtenido.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Hellp, óbito fetal, dolor, complicación, transfusión sanguínea.

ABSTRACT

The present clinical case is based on Hellp's syndrome, a multisystemic complication of hypertensive disorders that occur during the last trimester of pregnancy, mainly due to severe symptoms of preeclampsia and eclampsia, with microangiopathic hemolytic anemia, liver dysfunction and thrombocytopenia that can reach disseminated intravascular coagulation. Given mainly in white, primitive women, over 25 years of age, to a history of preeclampsia or abortions.

This is the case of the 21 year old patient who entered the obstetric emergency area of the Matilde Hidalgo de Procel Hospital, referred to with a diagnosis of: 33 week old fetal death plus uterine hypotonia, indicating a clinical picture of 6 hours of evolution characterized by pain contractile hypogastrium of moderate intensity, being the only symptom in up to 50% of cases. Reason for which she was immediately admitted to the operating room for segmental caesarean section. Where he got the diagnosis of Hellp syndrome plus severe anemia.

For which a nursing care process was developed through the collection of objective and subjective data through the assessment by functional patterns and a correct caudal cephalic evaluation. Allowing to apply a nursing care plan helping to establish individualized goals and interventions according to each need presented through the taxonomy of Nanda, Nic and Noc.

Giving resulting in an optimal improvement in the patient's health. Through a comparison of results of the initial health status to that obtained.

KEYWORDS: Hellp syndrome, stillbirth, pain, complication, blood transfusion.

INTRODUCCION

El síndrome de Hellp es una complicación multisistémica de los trastornos hipertensivos que se presentan durante el embarazo, considerada generalmente una variante de la preeclampsia o eclampsia. Estas condiciones se pueden presentar durante la última etapa del embarazo o durante el puerperio.

Según datos estadísticos se estima que a nivel mundial el síndrome de Hellp afecta del 0,1% al 0,9% de los embarazos, del 10% al 20% los embarazos que presentan preeclampsia severa y el 50% de los casos con eclampsia. Que radica en la mortalidad materna del 1-24% y mortalidad perinatal del 7-34%.

En el presente caso clínico se indicara en detalle el estado de una paciente gestante de 33 semanas con 21 años de edad, que fue referida del Hospital Básico de Naranjal tras un cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad más la ausencia de movimientos fetales, con diagnóstico de óbito fetal de 33 semanas más hipotonía uterina e inmediatamente fue ingresada a quirófano para cesárea segmentaria, posterior a la intervención se le otorgo el diagnostico de Síndrome de Hellp más anemia severa.

Se desarrolló el proceso de atención de enfermería en base a una correcta valoración céfalo caudal y recopilación de datos objetivos y subjetivos, siendo este proceso un instrumento científico para determinar un diagnóstico y posterior aplicar un plan de cuidados con intervenciones de enfermería individualizadas para mejorar el estado de salud inicial de la paciente.

I. MARCO TEORICO

SINDROME DE HELLP

El síndrome de Hellp es una complicación multisistémica de los trastornos hipertensivos que se presentan durante el embarazo, se rige principalmente a los cuadros severos de la preeclampsia y eclampsia. Las principales determinantes de este síndrome son la anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y la trombocitopenia que puede llegar a una coagulación intravascular diseminada. Estos cuadros clínicos fueron descritos por el Dr. Louis Weinstein en 1982, quien conjeturo las siglas inglesas HELLP que lo caracterizan:

H: *Hemolysis* (Hemolisis)

EL: *elevated liver fuction test* (Enzimas hepáticas elevadas)

LP: *low platelet count* (Disminución de plaquetas) (Luis, 2012)

FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología de este síndrome no es clara, presenta mecanismos difíciles de diferenciar de la preeclampsia, una de las proposiciones más aceptadas es la isquemia placentaria que produce una disfunción del endotelio vascular materno, produciendo hemolisis.

La hemolisis caracterizada como anemia hemolítica microangiopática es una de las principales determinantes de esta enfermedad, siendo una manifestación de disfunción endotelial grave. Los signos de hemolisis se dan por un frotis de sangre periférica donde se puede evidenciar esquistocitos y reticulocitos, disminución de valores normales de hematocrito, aumento de la bilirrubina y de lactato deshidrogenasa (LDH).

La disfunción hepática se produce a raíz de los depósitos de fibrina en el espacio sinusoidal lo que conlleva a obstrucción del flujo sanguíneo con isquemia celular provocando tensión en la capsula de Glisson responsable del dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. La obstrucción de los capilares sinusoidales produce

elevación de las enzimas hepáticas como es el aspartato aminotransferasa TGO o AST y alanina aminotransferasa TGP o ALT. La hemólisis es la consecuencia de la coagulopática y daño endotelial que lleva a que se produzca el depósito de fibrina en las paredes vasculares.

El bajo recuento plaquetario se produce por su mayor consumo. Las plaquetas se activan y adhieren a las células endoteliales vasculares dañadas lo que produce un aumento en el recambio de plaquetas, con vida útil más corta. Esta trombocitopenia se da a partir del daño endotelial vascular, complicaciones en la producción de prostaciclina y el incremento de depósitos de fibrina en la pared vascular. (Monge, 2018)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El inicio de este síndrome es rápido y se presenta en el último trimestre del embarazo es decir a partir de las 27-37 semanas y ocasionalmente puede aparecer durante el puerperio hasta los 7 días después con un alto nivel de incidencia a las 48 horas, en ocasiones la hipertensión puede estar ausente o ser leve por ello no se debe descartar a las pacientes con tensión arterial normal, sin embargo pueden presentar:

- Cefalea
- Dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, tipo contráctil (siendo el único síntoma hasta en el 50% de los casos).
- Náuseas
- Vómito
- Malestar general
- Ictericia
- Alteraciones visuales
- Edema periférico
- Proteinuria

Se debe tener un alto nivel de sospecha sobre esta enfermedad ya que se podría presentar de forma atípica, sin presencia de la sintomatología ya mencionada inclusive sin proteinuria. (Monge, 2018)

EPIDEMIOLOGIA

Se estima que a nivel mundial esta enfermedad afecta del 0,1 al 0,9% de los embarazos, del 10 al 20% los embarazos que presentan preeclampsia severa y el 50% de los casos con eclampsia. En América Latina las gestantes con eclampsia llegan a presentar el síndrome de Hellp en un 27,6%.

Por lo que se da un alto nivel de importancia en el correcto diagnóstico y tratamiento del síndrome ya que presenta una elevada incidencia de mortalidad en la madre con valores del 1 al 24% y en el feto del 7 al 34%.

La mortalidad perinatal tiende a depender de la edad gestacional y se estima que en neonatos <32 semanas de gestación se da en un 34% y >32 semanas en un 8%. (Gutierrez, Alatorre, Cantu, & Gomez, 2012)

FACTORES DE RIESGO

El síndrome de Hellp se puede desarrollar en cualquier paciente gestante sin embargo existen un mayor riesgo de incidencia en pacientes de:

- Raza blanca
- Mayores de 25 años de edad
- Antecedente familiar de preeclampsia
- Primigesta
- Abortos
- Multípara
- Edad gestacional de 27 a 37 semanas. (Luis, 2012)

COMPLICACIONES MATERNAS

Se pueden presentar alteraciones cardiorrespiratorias, hepáticas, neurológicas, renales y de coagulación tales como: síndrome de distres respiratorio del adulto, derrame pleural y edema pulmonar, hemorragia, insuficiencia hepática, infarto, isquemia, edema cerebral, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada (CID) entre otras. (Roura, Rodriguez, & Rodriguez, 2007)

COMPLICACIONES NEONATALES

En las complicaciones neonatales por madres con síndrome de Hellp son propensos a ser pequeños para la edad gestacional, bajo peso al nacer y mayor riesgo de asfixia perinatal, distres respiratorio, displacia broncopulmonar, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, depresión neonatal, trombocitopenia y muerte. (Monge, 2018)

CRITERIOS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico del síndrome de Hellp se da generalmente en pacientes con preeclampsia severa, basándose en los resultados de laboratorio por medio de un hemograma completo y además de una prueba de orina para verificar si presenta proteinuria.

- La hemolisis es la principal característica distintiva en la triada del síndrome de Hellp, se la diagnostica a través de una biometría hemática y/o pruebas de funcionamiento hepático donde se evidenciara: hematíes fragmentados (esquistocitos), disminución de los valores normales de hematocrito (<80 mg/dL), concentraciones de bilirrubina elevada (>1,2mg/dL) y elevaciones de lactato de deshidrogenasa LDH (>600UI/L) (Stiven G Gabbe, 2017)
- En la disfunción hepática mediante análisis de laboratorio se puede observar elevación de las enzimas como es el Aspartato aminotransferasa (AST) >70UI/l y alanina aminotransferasa (ALT) >70UI/l (Stiven G Gabbe, 2017)
- La trombocitopenia o bajo recuento de plaquetas es la tercera anomalía solicitada para definir el diagnóstico de síndrome de Hellp que se da por valores inferiores a <100,000/ μ l y cuanto más bajo sea el valor plaquetario mayor será la tasa de morbilidad y mortalidad maternas y fetales. (Cunningham, Leveno, & Bloom, 2015)
- Si se detecta proteinuria a través de un análisis de tira reactiva, lo más probable es que soliciten recolectar la orina en algún recipiente por 12 o 24 horas para determinar la cantidad de proteínas eliminadas a través de un examen de proteinuria. Si se evidencia una cantidad mayor de 300mg

de proteínas en orina por día se podría indicar la presencia de preeclampsia.

Un nivel mayor de 0.3 mg/dl en proteína/creatinina equivale a proteinuria. (MSP G. P., 2016)

CLASIFICACION DEL SINDROME DE HELLP

Se conocen dos sistemas para clasificar el diagnóstico de este síndrome. El sistema de Martin o Mississippi que se divide en tres grupos dependiendo los valores plaquetarios. Y el sistema de Tennessee que define al síndrome de Hellp como completo si están presentes los tres criterios o incompleto si solo hay 1 o dos ellos.

Sistema Mississippi (Martin J.)	Sistema Tennessee (Sibai B.)
Clase1: Plaquetas <50,000/mm ³	Plaquetas <100,000/mm ³
Clase2: Plaquetas 50,000-100,000/mm ³	Hemolisis LDH ≥600UI/L
Clase3: Plaquetas 100,000-150,000/mm ³	Disfunción hepática TPG >70UI/L
Hemolisis+ enzimas hepáticas elevadas	Forma completa: los 3 criterios Forma incompleta: 1 o 2 criterios

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El cuadro clínico del síndrome de Hellp puede llegar a confundirse con otras enfermedades, muchas veces no acompañado de un claro síndrome preeclámptico, lo que conlleva a la necesidad de plantear importantes diagnóstico que tienen diferentes tratamientos y pueden complicar el estado materno-fetal por un diagnóstico inadecuado o tardío. Entre las enfermedades con las que se puede confundir están:

- Hígado graso agudo del embarazo
- Glomerulonefritis
- Trombocitopenia idiopática

- Colecistitis
- Úlcera péptica
- Púrpura trombótica trombocitopénica
- Hepatitis viral

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticado el síndrome de Hellp se requiere hospitalización inmediata y en casos que amerite la derivación a un centro de mayor complejidad que cuente con UCI materno y neonatal.

- Antihipertensivo

Al igual que las pacientes con preeclampsia severa requieren tratamiento hipertensivo (hipertensión severa) que son:

Droga	Dosis y vía de administración
Nifedipino oral de 10mg	10mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta, dosis máxima 60mg y 10-20mg cada 6 horas vía oral. Máximo 120mg en 24 horas
Hidralazina líquida parenteral de 20mg/ml	5m intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continua dosis de 5 a 10mg cada 20 a 30 minutos en bolos. 0.5 a 10mg por I.V dosis tope 20mg IV y 30mg IM
Labetalol líquido* parenteral. De 5mg/ml	20mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguido a intervalos de 10min por las dosis de 20 a 80mg hasta dosis total acumulada máxima de 300mg.

Se inicia el tratamiento cuando la tensión sistólica es ≥ 160 mmHg o la diastólica ≥ 110 mmHg, el objetivo es mantener la tensión diastólica entre 90 y 100mmHg, pues las tensiones más bajas presentan riesgo materno fetal.

El sulfato de magnesio se indica para prevención de las convulsiones (eclampsia).

Dosis de impregnación para prevención de eclampsia: Sulfato de magnesio 4g IV en al menos 20 minutos

4g de sulfato de magnesio en 80cc de solución fisiológica, un volumen total de 100cc. En microgoteo 30 microgotas/ minuto y en bomba de infusión a razón de 300cc/hora.

Dosis de mantenimiento para prevención de eclampsia: Sulfato de magnesio IV a razón de 1g/hora

10g de sulfato de magnesio en 450cc de solución fisiológica, un volumen total de 500cc. En goteo 17 gotas/ minuto y en bomba de infusión a razón de 50cc/hora.

(MSP G. P., 2016)

- Corticoides para maduración fetal

En embarazos de 24 a 34 semanas se debe considerar la prescripción de corticoides para maduración fetal y de ser posible la interrupción después de recibir el fármaco.

Corticoides	Dosis y vía
Betametasona	12mg intramuscular glútea, cada 24 horas por un total de dos días.
Dexametasona	6mg intramuscular glútea, cada 12 horas por un total de 4 dosis en dos días.

- Interrupción del embarazo

La curación definitiva de la enfermedad es la interrupción del embarazo, sin embargo no es sinónimo de cesárea ni de interrupción inmediata, se deben especificar los casos. Los embarazos con más de 34 semanas su interrupción debe ser inmediata ya que las complicaciones maternas y fetales pueden ser peores. En casos de menos de 24 semanas el riesgo materno es mayor y la mortalidad perinatal en este grupo de edad gestacional llega a ser del 90%.

La decisión de cesárea se asocia con la edad gestacional, condiciones fetales, labor de parto y condiciones cervicales o índice de Bishop. (Vigil, Síndrome de Hellp, 2015)

ANEMIA EN EL EMBARAZO

La anemia es una afección en la sangre que se da por bajos niveles de hemoglobina siendo esta la pigmentación roja de los hematíes, cuya función es el transporte de oxígeno desde los alveolos pulmonares hasta los diferentes tejidos del cuerpo y tomar el dióxido de carbono en ellos.

Se considera anemia en el embarazo, cuando la hemoglobina presenta valores menores a 11g/dL (<33% Hcto) durante el primer y tercer trimestre y valores menores de 10,5 g/dL (<32% Hcto) durante el segundo trimestre.

CLASIFICACION DE LA ANEMIA POR SEVERIDAD

Clasificación por severidad	Parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia leve	10,1-10,9 g/dL
Anemia moderada	7,1-10,0 g/dL
Anemia severa	<7,0 g/dL

(MSP G. P., 2014)

RECOMENDACIÓN PARA LA INDICACION DE TRANSFUSION EN PACIENTES EMBARAZADAS CON ANEMIA

- Una paciente que presente signos y síntomas de anemia con un nivel de Hb ≤ 7 g/dL debe transfundirse CGR.
- Cuando la paciente tiene niveles de hemoglobina entre 8 y 10 g/dL, la transfusión de CGR debe ser basada en la severidad de los signos y síntomas que presente. (MSP, 2013)

1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con la finalidad de mostrar el enfoque del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una de las etapas más cambiantes de las mujeres como es el embarazo, en el que se da diferentes tipos de complicaciones, una de ellas el Síndrome de Hellp que presenta un elevado índice de mortalidad encontrándose del 1 al 24% en la madre y del 7 al 34% en el feto.

Las gestantes que llegan a presentar este síndrome a partir su identificación, se priorizan las necesidades con mayor afección para realizar un apropiado plan de cuidados y mejorar su estado de salud. Ya que se realizara un adecuado análisis de la información obtenida en base a la correcta valoración por patrones funcionales, como es el caso de la gestante que acudió al Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Por eso mediante el actual estudio de caso se podrá obtener más conocimientos sobre la enfermedad y una mejor manera de tratar las necesidades a las que conlleva, por medio de un proceso de atención de enfermería.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de atención de enfermería a través del diagnóstico enfermero de la Taxonomía Nanda en gestante de 33 semanas con síndrome de Hellp más anemia severa en el Hospital Materno Infantil "Matilde Hidalgo de Procel".

1.2.2. Objetivo Especifico

- Identificar las alteraciones fisiológicas con las que ingreso la paciente.
- Realizar un juicio clínico priorizando los patrones disfuncionales.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería de acuerdo a los signos y síntomas de la paciente en base a la taxonomía del Nic.

- Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería, por medio de una comparación del estado de salud inicial con el estado de salud posterior.

1.3. Datos generales

Nombre y Apellidos: N/n

Edad: 21 años

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Guayas/Naranjal/13 de octubre de 1998

Numero de historia clínica: 246871

C.I: 0942106121

Grupo Sanguíneo: RH O+

Estado civil: Soltera

Residencia actual: Naranjal

Nivel académico: Bachillerato

Profesión: Ama de casa

Religión: Católica

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente gestante de 33 semanas con 21 años de edad que fue referida del Hospital Básico de Naranjal, ingresa por el área de emergencia obstétrica del Hospital Matilde Hidalgo de Procel tras un cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo contráctil de moderada intensidad que se irradia a región lumbosacra y con ausencia de latidos cardiacos fetales.

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: Padre hipertenso.

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 12 años
- Ciclo: 30 días
- Duración: 9 días
- Dolor: si
- Sexarquia: 15 años

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Alergia a medicamentos: Ampicilina

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de 21 años de edad con embarazo de 33 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ingresa por el área de emergencia obstétrica referida con diagnóstico: óbito fetal de 33 semanas más hipotonía uterina. Despierta, consiente orientada en tiempo y espacio refiriendo cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio tipo contráctil de moderada intensidad que se irradia a región lumbosacra acompañado de cefalea, náuseas y malestar general, se observa facies pálidas, no se observa edemas en miembros inferiores, no presenta signos de hipertensión, además indica no evidenciar movimientos fetales. Médico genera orden de exámenes de laboratorio y ecografía en los cuales se evidencia aumento de LDH(589UI/L), bajos niveles de hemoglobina (7g/dl) produciendo anemia severa, elevación de enzima hepática TGO (71UI/L) y bajo recuento de plaquetas (95,50 mm³/μL), no presenta proteinuria. Es ingresada inmediatamente a quirófano para cesárea segmentaria. Posterior a la intervención se le otorga diagnóstico de:

- Paro único por cesárea por óbito fetal.
- Síndrome de Hellp
- Anemia severa.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

VALORACION CEFALO-CAUDAL

Cabeza: Normocéflica, simétrica correcta implantación de cabello (negro ondulado) sin presencia de adenopatías.

Nariz: Tabique nasal central implando, mucosas húmedas, permeables.

Piel: Hidratada con facies pálidas

Cuello: Simétrico, móvil sin presencia de masas o adenopatías.

Tórax: Normoexpandible, simétrico sin novedad, murmullos vesiculares audibles a la auscultación, sin ruido patológico.

Abdomen: **Ingreso-**Globo por presencia de feto único con ausencia de movimientos, ni latidos cardiacos. Doloroso que se irradia a región lumbosacra. **Postoperatorio-** Doloroso por herida quirúrgica.

Genitales: **Ingreso-**De aspecto y configuración normal, sin vello púbico y sin pérdida de líquido transvaginal (sonda Foley). **Postoperatorio-** Presencia de loquios

Extremidades superiores: Simétricos, llenado capilar en 2 segundos con vía periférica.

Extremidades inferiores: Simétricos con fuerza y tono muscular sin presencia de edemas.

Medidas antropométricas

Peso: 64.8kg

Talla: 154cm

SIGNOS VITALES

Presión arterial sistólica: 100mmHg

Presión arterial diastólica: 60mmHg

Frecuencia cardiaca: 99 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

Temperatura: 36°C

Saturación de oxígeno: 98%

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción-manejo de salud

- ¿Cómo considera su estado de salud en general?

La paciente refiere que en los últimos años su salud ha sido regular.

- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios anteriores?

Menciona no haber estado ingresada en ninguna unidad hospitalaria anteriormente.

- ¿Realiza controles médicos mensuales?

Durante su embarazo solo asistió a 3 controles prenatales y tras presentar cuadro clínico de 6 horas de evolución acude al Hospital Básico de Naranjal, lugar de donde posteriormente es referida al Hospital Matilde Hidalgo de Procel

- ¿Ha realizado prácticas perjudiciales para su salud: fumar, alcohol y drogas?

Indica no haber realizado ninguna de estas prácticas durante su embarazo.

- ¿Realiza acciones preventivas para su salud: esquemas de vacunación y autoexamen mamario?

A pesar de tener pocos controles prenatales manifiesta tener esquema de vacunación completo y no realizar autoexámenes mamarios. Indicando querer mejorar su estado de salud.

Patrón nutricional metabólico

- ¿Cuál es su ingesta típica de alimentos diariamente?

Paciente indica tener tres comidas al día consume gran cantidad de vegetales.

- ¿Cuál es la ingesta diaria de líquidos?

Indica tomar aproximadamente 4-5 vasos de agua al día y jugos naturales durante comida

- ¿Presento ganancia o pérdida de peso durante el embarazo?

Si indica ganancia de peso y su estatura es de 154cm y su peso de 64.8kg obteniendo un IMC de 27.3 y según la clasificación de la OMS.

- ¿Cómo se evidencia el estado de la piel y mucosas?

Paciente presenta facies pálidas, mucosas orales y nasales húmedas sin presencia de edemas en miembros inferiores y no se evidencia lesiones en piel.

Patrón de eliminación e intercambio.

- ¿Realiza deposiciones diariamente?

Paciente indica que sí.

- ¿Realiza evacuación urinaria?

Si, por sonda Foley N°14. Color amarillo.

- ¿Presenta alteraciones en la micción?

	Si	No
Oliguria		X
Hematuria		X
Poliuria		X
Glucosuria		X
Proteinuria		X

- ¿Presenta pérdida de líquido transvaginal?

Al ingreso no se evidencia pérdidas de líquidos transvaginal. Luego de postquirúrgico hay presencia de loquios en moderada cantidad con riesgo de sangrado por trombocitopenia evidenciada en exámenes de laboratorio.

Patrón actividad y ejercicio

- ¿Qué estado de independencia presenta para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y vestimenta, movilidad en general?

Presenta riesgo de caída medio y es autodependiente para realizar todas sus actividades, se levanta para bañarse e ir al baño.

- Estado de signos vitales:

Registra los siguientes signos vitales al ingreso: PA: 100/60, FC: 99lpm, FR: 20rpm, T: 36°C, SpO₂: 98%. Y luego del postquirúrgico PA: 110/70, FC: 85lpm, FR: 20rpm, T: 36,2°C, SpO₂: 99%

- ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

Paciente realiza actividad física de forma limitada.

Patrón sueño y descanso

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?

Indica dormir 8 horas diariamente.

- ¿Contrae bien el sueño?

Si

- ¿Evidencia descanso o cansancio al levantarse luego del sueño?

Manifiesta sentir descanso luego del sueño.

Patrón cognitivo-perceptual

- ¿Tiene dificultades auditivas?

No manifiesta alteraciones auditivas

- ¿Tienes dificultades visuales?

No indica alteraciones visuales

- ¿Presenta problemas de concentración o al comunicarse?

Paciente orienta en tiempo y espacio con buena comunicación y piensa con claridad.

- ¿Presenta dolor o malestar general?

Refiere dolor abdominal que se irradia a región lumbosacra acompañado por cefalea y náuseas. Luego de postquirúrgico indica dolor en el área de herida quirúrgica.

Patrón autopercepción-autoconcepto

- ¿Tiene problemas con su estado corporal?

Indica sentirse conforme.

- ¿Ha presentado problemas conductuales como ansiedad, miedo o tristeza?

Existe preocupación por su estado de salud

Patrón rol-relaciones

- ¿Tiene una buena relación con su pareja y familiares?

Mantiene una relación estable con su pareja (unión de hechos) y familiares.

- ¿Mantiene visita de familiares durante su hospitalización?

La acompaña su pareja, cuñada y hermana.

Patrón sexualidad-reproducción

- ¿Ha tenido embarazos previos o abortos?

Manifiesta no haber presentado abortos siendo este su primer embarazo, (primigesta).

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

- Manifiesta no presentar estrés y tampoco acudir al consumo de medicamentos, alcohol o drogas u otras sustancias en caso de estarlo.

Patrón creencias-valores

- ¿Cree en la religión?

Si

➤ ¿A qué religión pertenece?

La paciente refiere que en cuanto a religión predica el catolicismo y es fuerte a sus creencias y valores.

➤ ¿Permitiría la transfusión de sangre durante alguna emergencia?

Indica que si permitiría la transfusión sanguínea.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- Patrón de eliminación e intercambio
- Patrón cognitivo-perceptual
- Patrón autopercepción-autoconcepto

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Hematología

Examen	Resultados	Unidad	Rango Referencial
Hemoglobina (Hb)	7*	g/dL	11.7-16
Hematocrito (Ht)	28.4*	%	36-47
Plaquetas	*95.50	mm ³ /μL	150-400
TGO(AST)	71*	UI/L	5-40
TGP(ALT)	15	UI/L	7-56
LDH	589*	UI/L	105-333
TPT	41*	Seg	25-35
TP	12	Seg	11-13.5
B. directa	0.1	mg/dL	0-0.3
B. indirecta	0.7*	mg/dL	0.1-0.5
B. total	0.9	mg/dL	0.3-1.0

Bioquímica

Examen	Resultados	Unidad	Rango Referencial
Urea	13.7*	mg/dL	15-40

Creatinina	0.4*	mg/dL	0.5-1.2
Ácido Úrico	3.3	mg/dL	2.4-6.0

Serología

Examen	Resultados
VDRL	No reactivo
HIV 1+2	No reactivo
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	Positivo

* Valores alterados

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.

- Diagnóstico presuntivo: Óbito fetal de 33 semanas más hipotonía uterina
- Diagnóstico diferencial: mediante las manifestaciones clínicas que presento la paciente tras ser valorada, se pueden confundir con:
 1. Hígado graso del embarazo (debido a su manifestación clínica que es ausencia de proteinuria, TP y TTP prolongados y signos de tensión arterial normal).
 2. Trombocitopenia del embarazo.
- Diagnóstico definitivo: Síndrome de Hellp más anemia severa.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Una vez finalizada la valoración por patrones funcionales en el paciente, se podrán identificar los patrones disfuncionales e implementar las intervenciones de enfermería individualizadas según la sintomatología y poder restablecer los mismos:

- Patrón de eliminación e intercambio

Dx: Real - Riesgo de sangrado (00206) r/c: resultados de laboratorio e/p: bajos niveles de hemoglobina, bajo recuento de plaquetas y loquios de moderada cantidad tras postquirúrgico.

- Patrón cognitivo-perceptual

Dx: Real - Dolor agudo (00132) r/c: conducta expresiva e/p: dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra acompañada de cefalea durante el ingreso y luego de postquirúrgico indica dolor a causa de la incisión.

- Patrón autopercepción-autoconcepto

Dx: Real - Ansiedad ante la muerte (00147) r/c: cambios en su estado de salud e/p: preocupación por su estado de salud debido a la patología que presenta y el estado de su feto (óbito). (Heather, 2012-2014)



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

DX: REAL
DOMINIO: 12
Confort

Dolor agudo (00132)



R/C: óbito fetal

E/P: dolor en hipogastrio, cefalea, náuseas y malestar general.

METAS

DOMINIO II: Conocimiento y conducta de salud

CLASE: Q. Conducta de salud

ETIQUETA: Control del dolor (1605)



ESCALA DE LIKER INDICADORES	1	2	3	4	5
Refiere comienzo del dolor	X			✓	
Dolor en epigastrio		X			✓
Cefalea			X		✓
Nauseas		X			✓

Antes: X Después: ✓



INTERVENCIONES

CAMPO: Fisiológico Básico

CLASE: E. Fomento de la comodidad física.

ETIQUETA: Manejo del dolor (1400)



1. Control de signos vitales
2. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
3. Administrar medicación según corresponda
4. Observar los efectos terapéuticos en el paciente



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

DX: REAL
DOMINIO: 11
Seguridad/Protección

Riesgo de sangrado (00206)



R/C: alteraciones hematológicas

METAS

Dominio: Salud fisiológica

Clase: E. Cardiopulmonar

Etiqueta: Coagulación sanguínea



ESCALA DE LIKER INDICADORES	1	2	3	4	5
Tiempo de tromboplastina parcial		X			✓
Hemoglobina		x		✓	
Concentración de plaquetas		X			✓
Control de paños			x		✓

Antes: X Después: ✓



INTERVENCIONES

Campo: Fisiológico complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular

Etiqueta: Prevención de hemorragias (4010)



1. Controlar signos vitales
2. Vigilar de cerca a la paciente, observar si se presentan signos y síntomas de hemorragia. Control de paños.
3. Observar los niveles de hemoglobina, hematocrito, tiempo de tromboplastina, tiempo de tromboplastina parcial y recuento de plaquetas según corresponda.
4. Administrar hemoderivados (glóbulos rojos y plasma fresco congelado) de acuerdo a normas y protocolos según corresponda orden médica.
5. Observar si se presentan efectos adversos.
6. Instruir a la paciente sobre las complicaciones que se pueden presentar.



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

DX: REAL
DOMINIO: 9

Ansiedad ante la muerte (00147)

R/C: cambios en su estado de salud

E/P: Muerte fetal

METAS

Dominio: Salud Psicosocial

Clase: N. Adaptación psicosocial

Etiqueta: Afrontamiento de problemas (1302)

ESCALA DE LIKER INDICADORES

	1	2	3	4	5
Solicita información sobre el diagnóstico			X		✓
Solicita información sobre el Tratamiento			X		✓
Utiliza sistema de apoyo personal				X	✓
Refiere disminución de los sentimientos negativos			X		✓

Antes: X Después: ✓

INTERVENCIONES

Campo: Conductual

Clase: R. Ayuda para el afrontamiento

Etiqueta: Control del estado de ánimo (5330)

1. Evaluar el estado de animo
2. Vigilar función cognitiva (capacidad para afrontar la situación actual)
3. Ayudar al paciente afrontar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.
4. Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.
5. Escucharla de manera atenta sobre sus sentimientos.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Fundamento mi proceso de atención de enfermería en la teorizante de Dorothea Orem “el déficit de autocuidado”. Pues enfatiza en la toma de conciencia del propio estado de salud a fin de reflexionar sobre si mismos existiendo el deseo y compromiso de contraer un plan de mejora, que permite optimizar su salud.

En esta etapa las mujeres emprenden una serie de actividades destinadas aliviar los efectos negativos a causa de los cambios que experimentan durante este período y el profesional de salud desempeña un rol importante ya que a través de las intervenciones individualizadas que se realizan por cada diagnóstico va permitiendo que la paciente pueda mejorar cada una de sus necesidades.

Principalmente es de suma importancia que el personal de enfermería brinde información pertinente a la paciente, sobre las complicaciones que se pueden presentar y como evitarlas.

2.8. Seguimiento.

Se realiza seguimiento a la paciente de sexo femenino de 21 años de edad durante un periodo de 5 días.

El primer día tras ser referida con diagnóstico de: embarazo de 33 semanas con óbito fetal más hipotonía uterina, es valorada y médico genera orden de exámenes de laboratorio y ecografía e inmediatamente se la prepara y pasa a quirófano para realizar cesárea segmentaria tras firmar consentimiento informado. Luego de la intervención pasa a sala de recuperación y se le asigna diagnóstico de: parto único por cesárea, síndrome de Hellp más anemia severa. Le otorgan tratamiento farmacológico:

- Cloruro de sodio al 0,9% 1000cc + 40UI de oxitócina, endovenoso a razón de 30 gotas por minutos.
- Lactato de ringer 1000cc, endovenoso a razón de 30 gotas por minutos.
- Ácido tranexámico 1 gramo, endovenoso cada 8 horas.

- Clindamicina 90^o miligramos, endovenoso cada 8 horas.

Analgesia postquirúrgica:

- Cloruro de sodio al 0,9% 250cc + Tramadol 300mg + Metoclopramida 20mg, endovenoso a razón de 15ml/hora.

Y tras recabar exámenes de laboratorio se indica transfundir dos unidades de glóbulos rojos y dos unidades de plasma fresco congelado.

Segundo día: paciente despierta consiente, orientada en tiempo y espacio, facies pálidas, mucosas semi húmedas, abdomen blando depresible con dolor a nivel de herida quirúrgica se observa apósito limpio y seco, útero contraído, loquios en moderada cantidad. Sonda vesical permeable con balance hidroelectrolítico positivo. Medico al recabar resultados de laboratorio indica transfundir una unidades de glóbulos rojos y dos unidades de plasma fresco congelado. Permanece con dieta blanda, quedando bajo cuidados de enfermería.

Tratamiento farmacológico:

- Cloruro de sodio al 0,9% 1000cc + Ácido ascórbico 1 gramo + Complejo B 1 ampolla, vía endovenosa a razón de 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1 gramo vía endovenosa cada 12 horas.
- Nifedipino 10 miligramos vía oral cada 8 horas.
- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas.

Tercer día: Paciente con signos vitales dentro de los parámetros normales, pasa al área de hospitalización por presentar mejor evolución, balance hidroelectrolítico positivo, se retira sonda vesical previa a ejercicios vesicales, se mantuvo clínicamente estable, correcta involución uterina, apósitos seco y limpio en herida quirúrgica, quedando bajo supervisión médica y cuidados de enfermería sin presentar complicaciones. Continúa con tratamiento farmacológico.

Cuarto día: paciente clínicamente estable, facies semi pálidas, abdomen blando depresible poco doloroso a la palpación, loquios en moderada intensidad, realiza deambulacion quedando bajo cuidados de enfermería.

Quinto día: En condición clínica estable, con mejor estado de ánimo, tranquila con abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, loquios en moderada cantidad, luego de valoración médica y buenos resultados de laboratorio la paciente es dada de alta llevando tratamiento farmacológico vía oral a casa y deberá acudir a controles médicos.

Resultados de laboratorio con los que indican el alta.

Examen	Resultados	Unidad	Rango Referencial
Hemoglobina (Hb)	11.9	g/dL	11.7-16
Hematocrito (Ht)	30	%	36-47
Plaquetas	227	mm ³ /μL	150-400
TGO(AST)	20	UI/L	5-40
TGP(ALT)	15	UI/L	7-56
LDH	248	UI/L	105-333
TPT	27	Seg	25-35
TP	12	Seg	11-13.5
B. directa	0.2	mg/dL	0-0.3
B. indirecta	0.5	mg/dL	0.1-0.5
B. total	0.7	mg/dL	0.3-1.0
Urea	21.7	mg/dL	15-40
Creatinina	0.5	mg/dL	0.5-1.2
Ácido Úrico	3.1	mg/dL	2.4-6.0

Indicaciones terapéuticas:

- Ciprofloxacino 500m, vía oral cada 12 horas durante 7 días.
- Paracetamol 500mg, vía oral cada 8 horas por 5 días
- Nifedipino 10mg, vía oral cada 8 horas por 10 días.
- Hierro más ácido fólico cada día durante 3 meses
- Formula nutricional, 4 medidas al día durante 30 días.

2.9. Observaciones.

Paciente estable y colaboradora. Respondió de forma favorable ante el tratamiento terapéutico del médico y a las intervenciones individualizadas de enfermería. No hubo alteraciones ni respuestas adversas durante las transfusiones sanguíneas de glóbulos rojos y plasma fresco congelado.

Se mantuvo informado a familiares sobre la evolución del paciente y se presentó los debidos consentimientos informados que firmaron.

Después de la alta médica se indicó que deberá llevar tratamiento farmacológico vía oral, acudir a controles médicos y asistir a curación de herida quirúrgica. Se brindó información respectiva sobre medidas a tomar para su autocuidado en casa.

CONCLUSIONES

En conclusión el síndrome de Hellp es una complicación grave de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, que puede conllevar a riesgos maternos y fetales si no es tratado y controlado de manera correcta.

Al finalizar este caso clínico, se evidencio que a través de un proceso de atención de enfermería por medio de una buena valoración de patrones funcionales, se identificó las múltiples alteraciones en la gestante, lo que ayudo a establecer metas e intervenciones individualizadas de acuerdo a cada necesidad por medio de la taxonomía del Nanda, Nic y Noc permitiendo:

- Mejores niveles hematológicos obtenidos a través de medidas terapéuticas
- Un correcto control y manejo del dolor que permitió su alivio.
- A su vez se logró disminuir su ansiedad y sentimientos de tristeza.

Dando como resultado una óptima mejora en la salud de la paciente y confort durante la estadía en la casa de salud. Sin olvidar la importancia de las recomendaciones que se le brindo junto al familiar sobre el autocuidado.

Enfatizando que se lograron cada uno de los objetivos planteados que contribuyeron a una evolución positiva en la paciente, por medio de una comparación de resultados del estado de salud inicial al obtenido.

Por último, cabe indicar que lo anteriormente mencionado, no puede ser alcanzado únicamente por las acciones dependientes e independientes de enfermería ya que se requiere de un gran equipo de trabajo, experto en el área, existiendo una coordinación de todos para poder brindar una atención especializada de manera humanista, que espera todo ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., & Bloom, S. L. (2015). *Williamns Obstetricia 24° Edicion* . D. F. Mexico : McGRAW-HILL INTERAMERICANA S.A.
- Gutierrez, C., Alatorre, J., Cantu, O., & Gomez, D. (2012). Síndrome de diagnóstico y tratamiento. *Revista de Hematología* , 195-200. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2012/re124h.pdf>
- Heather, H. T. (2012-2014). *NANDA internacional. Diagnostico enfermeros: definiciones y clasificación* . España: Elsevier .
- Luis, C. R. (2012). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. Madrid, España: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, S.A.
- Monge, D. C. (2018). Síndrome de Hellp. *Revista Medica Sinergia* , 14-15.
- MSP. (2013). *Transfusion de sangre y sus componentes*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion.
- MSP, G. P. (2014). *Diagnostico y tratamiento de la anemia en el embarazo*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion-MSP.
- MSP, G. P. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Quito: Dirección Naconal de Normatización.
- Roura, L. C., Rodriguez, D. S., & Rodriguez, E. C. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*. Buenos Aires, Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Stiven G Gabbe, J. R. (2017). *Obstetricia Embarazos Normales y de Riesgo*. Barcelona, España: Elsevier S.L.U.
- Vigil, P. (2015). Síndrome de Hellp. *Ginecol Obstet Mex*, 48-57. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2015/gom151g.pdf>

ANEXOS

HOJA DE BALANCE HIDRICO MATILDE HIDALGO DE

Fecha: 21 H.C. Fecha: 28-11-2019

HORA	FD	FR	T	TA	F Ab	INGRESOS		E.G.S		D	Otro	Total	OBSERVACIONES
						VIA ORAL	VIA INTRAVENOSA	Unidad	lts				
7:00													
8:00	99	30	30										
9:00													
10:00													
11:00													
12:00													
13:00	100	20	36										
14:00													
15:00	38	20											
16:00													
17:00	67	20											
18:00													
19:00													
20:00													
21:00													
22:00													
23:00													
0:00													
1:00													
2:00													
3:00													
4:00													
5:00													
6:00													

Anexo 1: Balance hidroelectrolítico.

INDICACIONES PARA EL ALTA HOSPITALARIA

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	HORARIO	RECOMENDACIONES
Paracetamol	500mg	Cada 6h	08:00, 14:00, 20:00	por 7 días
Amoxicilina	500mg	Cada 8h	08:00, 16:00, 24:00	por 5 días
Clonazepam	0.5mg	Cada 12h	08:00, 20:00	por 7 días
Acetaminofeno	500mg	Cada 6h	08:00, 14:00, 20:00	por 7 días

INDICACIONES POST PARTO

ASEO: Baño diario, limpieza de genitales con episiotomía (sutura de genitales) de arriba hacia abajo con jabón neutro y agua, cada vez que orine o haga deposiciones. Mantener el área limpia y seca. Esos puntos de sutura no se retiran.

ALIMENTACIÓN: Debe comer de todo, con mayor frecuencia carnes blancas y rojas, leche, queso, frutas de todo tipo, vegetales, legumbres, frijoles, lenteja, quinoa, soya. **NO CONSUMIR BEBIDAS GASEOSAS Y GRASAS.**

PRÓXIMA CITA: EN: _____ NO OLVIDAR llevar su hoja de referencia previa solicitud de cita al 171 Centro de Salud que le corresponda.

INDICACIONES POST CIRUGÍA

ASEO: Baño diario (No retirar apósito) limpieza del área genital de arriba hacia abajo con jabón neutro y agua cada vez que orina y hace deposiciones. **MANTENER EL ÁREA DE LA HERIDA LIMPIA Y SECA.**

ACUDIR A CURACIÓN DE HERIDA: 6/12/19 A LA EMERGENCIA DE ESTE HOSPITAL DE 08:00 A 12:00.

RETIRO DE PUNTOS: En _____ días, desde la fecha de cirugía en el Centro de Salud más cercano.

ALIMENTACIÓN: Debe comer cereales, pan integral, frutas y verduras, proteínas como: pollo, pescado, huevos; lácteos como: leche descremada, queso, yogur y 8 vasos de agua. **NO CONSUMIR BEBIDAS GASEOSAS Y GRASAS, NI ALIMENTOS QUE PROVOQUE ESTREÑIMIENTO Y GASES.**

Anexo 2: Indicaciones terapéuticas para el alta hospitalaria.

H.M.H.P.S.M.T
C.I.0942106121 H.C

CRUZ ROJA
HEMOCE
Antorio Elizalde E.
GLOBULOS ROJOS SIN CITA LEUCOPLAQUETAS

O POS

731955746

GGRSCLPV00

Fecha Caduca: 18/12/2019

VOLUMEN: 307 mL

Escrutinio de Anticuerpos Irregulares: NEGATIVO

CRUZ ROJA
HEMOCE
Antorio Elizalde E.
PLASMA FRESCO

721904440

PFCV00

Fecha Caduca: 08/11/2020

VOLUMEN: 281 mL

Escrutinio de Anticuerpos Irregulares: NEGATIVO

Ministerio de Salud Pública
PRODUCTO GRATUITO

Anexo 3-4: Hemoderivados que se transfundieron.