

8

Cuidado Multidisciplinario de la Salud **BUAP**®

Año 4, Número 8 • Junio 2023 - Noviembre 2023
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

BUAP®



Cuidado multidisciplinario de la salud **BUAP**

Año 4 • Número 8 • Junio 2023 a Noviembre 2023
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

María Lilia Cedillo Ramírez
Rector

José Manuel Alonso Orozco
Secretaria General

Luis Antonio Lucio Venegas
Dirección General de Publicaciones

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Erika Pérez Noriega
Directora

Yara Gracia Verónica
Secretaria Académica

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP

Erika Pérez Noriega
Directora de la Revista

Erick Alberto Landeros Olvera
Editor Ejecutivo

Rosa María García Aguilar
Editora de Redacción

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario Científico

Verónica Miriam Barrón Pérez
Jair Eric Vázquez Torres
José Gabriel Montes Sosa
Comité Jurídico y Ética

Erick Landeros Olvera
Rosa María Galicia Aguilar
Coordinadores

Paul Aguilar Sánchez
René Bautista Castillo
Norma Ofelia Huerta Sánchez
Traducciones

Dulce María Avendaño Vargas
Gestión editorial en Open Journal System (OJS)

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 4, N° 8, Junio de 2023 a Noviembre de 2023, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reservas de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: 2954-4319. Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, 12 de Junio de 2023.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.



Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP

Año 4 • Número 8 • Junio 2023 a Noviembre 2023
ISSN: 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

Milton Carlos Guevara Valtier
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL),
Facultad de Enfermería, Nuevo León, México

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),
Coordinación de Investigación en Salud, México

Teresa Margarita Rodríguez Jiménez
UDGVirtual, Universidad de Guadalajara (UDG), Jalisco, México

María Olga Quintana
Universidad de Sonora, Sonora, México

Edna Judith Nava González
Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (UANL),
Nuevo León, México

Francisco Báez Hernández
Profesor Investigador BUAP,
Facultad de Enfermería, Puebla, México

María Verónica del Rosario Hernández Huesca
BUAP-Directora General de Estudios de Posgrado,
Puebla, México

Elizabeth Martínez Buenabad
BUAP-Instituto de las Ciencias Sociales y Humanidades,
Puebla, México

Eduardo Monjaraz Guzmán
BUAP-Instituto de Fisiología, Puebla, México

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Manuel Amezcua Martínez
Presidente de la Fundación INDEX

Carmen Aidé Fernández Rincón
Universidad del Quindío, Colombia

José Ramón Martínez Riera
Universidad de Alicante, España

Gloria Mabel Carrillo
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

María Helena Palucci Marziale
University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Brasil

Afaf I. Meleis
University of Pennsylvania School of Nursing,
Department Family and Community Health, EUA

Robin Whitmore
Yale School of Medicine

Fawcett Jacqueline
University of Massachusetts Boston, EUA

Marie Luise Friedemann
Profesora Emérita, Universidad Internacional de Florida, EUA

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 4, N° 8, Junio de 2023 a Noviembre de 2023, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx. Editor Responsable: Dr. Erick Landeros Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reservas de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: 2954-4319. Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, 12 de Junio de 2023.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Índice

Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP
Año 4 • Número 8 • Junio 2023 - Noviembre 2023
ISSN 2954-4319 • www.cmsj.buap.mx

EDITORIAL

- 5** **Día Internacional de las Enfermeras**
José Ramón Martínez-Riera

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 8** **Autocuidado y uso de equipo de protección personal en profesionales de enfermería durante la COVID-19 en Perú**
Nidia Elina Salazar- Ramírez & Mirtha Flor Cevera-Vallejos

ESTUDIOS DE CASO Y PROCESO

- 23** **Cuidado de Enfermería en Paciente con Síndrome de HELLP: Estudio de Caso**
Ana Rosa Hernández-Hernández, Ulises Benjamín Delgadillo-Breceda, Pavel Rodríguez-Bustamante, Guadalupe Verdugo-Pacheco, Joaquín Soto-Salamanca

COMUNICACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 38** **Migración, salud, y justicia social**
Higinio Fernández-Sánchez

Editorial

12 DE MAYO DE 2023

DÍA INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS
Nuestras Enfermeras. Nuestro Futuro

INTERNATIONAL NURSES DAY
Our Nurses. Our Future

DIA INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS
Os nossos enfermeiros. O nosso futuro

José Ramón Martínez-Riera  0000-0002-4926-6622
Enfermera, Director de la “Cátedra Enfermería Familiar y Comunitaria”
Universidad de Alicante, España.

“Lo que importa no es lo que nos haga el destino
sino lo que nosotros hagamos con él”.
Florence Nightingale

Las enfermeras llevamos mucho tiempo reivindicando nuestra identidad profesional y asimilándola con lo que, consideramos, representa nuestra mayor identificación, los cuidados.

Desde luego no tengo absolutamente nada que reprochar sobre tan digna como justa reivindicación, no tan solo profesional, sino también científica, gestora, docente, investigadora y social.

En un día tan importante y significativo, a nivel mundial, como es el 12 de mayo en conmemoración del natalicio de la que sin duda es la precursora de la enfermería moderna, Florence Nightingale, las enfermeras celebramos nuestro día.

Como sucede con la mayoría de las celebraciones de los días mundiales, internacionales, nacio-

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**



nales o locales, son fechas de exaltación de las aportaciones singulares a la sociedad de la profesión, actividad, acción, conquista... que se pretende recordar y perpetuar, o bien de aquello que se quiere erradicar, como la violencia de género, la guerra, el acoso..., o de lo que se quiere conquistar, mantener o reforzar, como la paz, la igualdad, la libertad... En el caso del día internacional que, cabe recordar y reafirmar, lo es de la enfermera, que no de la enfermería, el Consejo Internacional de las Enfermeras (CIE), que no de Enfermería, propone anualmente un lema sobre el que fundamentar la celebración, el recuerdo, la reivindicación o la identidad de las enfermeras. En este año 2023, el lema elegido ha sido el de **“Nuestras Enfermeras. Nuestro Futuro”**.

Y es precisamente sobre este enunciado sobre el que quiero centrar mi reflexión en el día internacional de la enfermera. Porque, ante todo y, en primer lugar, soy y me siento enfermera y, por tanto, me siento parte de “Nuestras Enfermeras”, pero también porque soy ciudadano, persona, miembro de una familia e integrante de una comunidad, que me hace sentir la necesidad de contar con “Nuestras Enfermeras” para garantizar mí, “Nuestro Futuro”.

Así pues, el lema pone énfasis en la identificación, valoración, identidad, aportación... que la sociedad en su conjunto debe prestar a sus enfermeras, haciéndolas “suyas”, es decir, incorporándolas como un valor imprescindible e insustituible que forme parte del ciclo vital de todas las personas tanto en la salud como en la enfermedad, al identificarlas y reclamarlas como “Nuestras Enfermeras”, es decir, como parte de su patrimonio vital y no tan solo como “Enfermeras” de manera genérica, indeterminada o secundaria. Esa demanda, a través del posesivo plural en primera persona de “Nuestras”, indica que las enfermeras, se quiere pertenezcan, se relacionan, estén asociadas... con la sociedad que las identifica y reclama.

Pero más allá del reclamo social hacia nosotras, considero que la segunda parte del lema tiene todavía mayor impacto e importancia. Porque relacionar la aportación específica enfermera con el futuro de la población es, sin duda, establecer una simbiosis permanente que garantice ese futuro desde una perspectiva de bienestar, salud y seguridad a través de los cuidados.

Sin embargo, esta relación de pertenencia, proximidad, reconocimiento, visibilidad, valoración... no nos puede ni debe hacer caer a las enfermeras en la creencia de una protección paternalista, asistencialista y dependiente hacia las personas, las familias y la comunidad.

Los cuidados enfermeros, como cuidados profesionales específicos y singulares que son, deben abandonar cualquier tentación de convertirse en cuidados exclusivos y excluyentes que sigan el paradigma de dependencia médico en el que lamentablemente y con demasiada frecuencia nos solemos instalar y, desde el cual, nuestra aportación cuidadora deja de tener identidad enfermera para pasar a ser una extensión medicalizada que limita o anula la autonomía de las personas y desde la que difícilmente podremos ser reconocidas como “sus (nuestras) enfermeras”.

Así pues, y retomando el mensaje que el CIE traslada, las enfermeras debemos sentirnos orgullosas de ser y hacer lo que mejor sabemos y para lo que somos competentes, cuidar profesional y científicamente para lograr que las personas sean capaces no tan solo de identificar sus necesidades de salud, sino también para que tomen sus propias decisiones en base a los conocimientos y habilidades que nosotras como enfermeras les trasladamos, logrando su autogestión, autodeterminación, autonomía y autocuidado, de tal manera que nunca digamos que es “nuestro paciente”, porque en esta afirmación, al contrario de lo que sucede con el lema sobre el que reflexiono, el posesivo supone hacerle dependiente y al tratarlo o identificarlo como paciente se le invisibiliza como persona y se le cosifica por su dolencia, problema o enfermedad.

Pero además el lema tiene un mensaje también hacia nosotras como enfermeras. Hablar de nuestras enfermeras es ser capaces de identificarnos, valorarnos, respetarnos y visibilizarnos como tales y no como enfermería, profesionales, sanitarios... tras cuyas denominaciones escondemos nuestra identidad y nuestro sentimiento de pertenencia. Todas y cada una de las enfermeras conformamos esa comunidad científico-profesional en la que tenemos que reconocer a nuestras/os referentes a nuestras enfermeras. Porque tan solo desde ese reconocimiento y ese respeto colectivo de “nuestras enfermeras” seremos capaces de construir “nuestro futuro”. Un futuro de desarrollo, calidad, conocimiento, ciencia, atención, docencia, gestión... que permita sustentar la identidad enfermera para que pueda ser conocida y reconocida por las personas para que hablen de nosotras como “Nuestras (sus) Enfermeras” y nos relacionen con “Nuestro (su) Futuro”.

Sigamos reivindicando nuestra identidad cuidadora, pero no creamos que cuidar significa anular la voluntad de quien es cuidado, apoyar para sustituir, aconsejar desde nuestra interpretación, valorar desde nuestro protagonismo. Cuidar es, precisamente, lograr ser prescindibles al conseguir la autonomía de quien es cuidado, pero manteniendo la imprescindibilidad de ser referentes permanentes para la salud de quienes hemos hecho libres y capaces de tomar decisiones.

Celebremos nuestra capacidad, competencia, calidad, valor, ciencia, conocimiento enfermeros y hagámoslo compartiendo con quien siempre va a ser nuestra mejor aliada y defensora y quien debe ser, siempre, nuestro principal objetivo de cuidados, la sociedad/comunidad.

Nuestras Enfermeras, son y somos Nuestro Futuro.

¡Feliz día de la Enfermera!

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**

Autocuidado y uso de equipo de protección personal en profesionales de enfermería durante la COVID-19 en Perú

Self-care and use of personal protective equipment in nursing professionals during COVID-19 in Peru

Autocuidado e uso de equipamentos de proteção individual em profissionais de enfermagem durante a COVID-19 no Peru

*Salazar-Ramírez, Nidia Elina  0000-0002-2798-1932

Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo. Red Prestacional Lambayeque. EsSalud, Chiclayo, Perú. Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

*Autor corresponsal.

elitasalazar983@gmail.com

Cervera-Vallejos, Mirtha Flor  0000-0002-4972-1787

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Doctora en Ciencias de Enfermería.

mcervera@usat.edu.pe

Recibido: 09 de diciembre de 2022; **Aceptado:** 12 de mayo de 2023.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Introducción. La pandemia ha sido enfrentada a nivel mundial, principalmente enfermería, quien siempre ha destacado al estar las 24 horas en la atención directa de las personas infectadas. No obstante, estos cuidados aumentaron 4 veces más el riesgo de infectarse y diseminar la enfermedad, a pesar del uso del equipo de protección personal (UEPP) y su Autocuidado (AC).

Objetivo. Determinar la relación entre el Autocuidado y el Uso de Equipo de Protección Personal en profesionales de enfermería durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de Chiclayo, Perú.

Metodología. Diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población fija la integró 226 profesionales de enfermería (PE) de atención directa de pacientes con COVID-19. El muestreo fue aleatorio y la muestra fue probabilística constituida por n=67 PE. Se recolectó



la información mediante la técnica de la encuesta y como instrumento, los cuestionarios sobre el AC Profesional y el UEPP, con escala Likert, validada por expertos y estudio piloto.

Resultados. Se obtuvo una correlación de Pearson de $r=.469$, con un nivel de significancia de $p<.05$, para el AC Profesional y el UEPP.

Conclusión. Existe una relación positiva y significativa entre ambas variables.

Palabras clave: (DeCS). Autocuidado, Equipo de Protección Personal, COVID-19, Bioseguridad.

ABSTRACT

Introduction. The pandemic has been faced worldwide, mainly nursing, who stood out for being involved in the direct care of infected people 24 hours a day. However, these cares increased the risk of becoming infected and spreading the disease four times more, despite the use of personal protective equipment (UEPP) and their Professional Self-Care (AC).

Objective. Determine the relationship between Self-Care and Use of Personal Protective Equipment by nursing professionals during the COVID-19 pandemic in a Hospital in Chiclayo, Peru.

Methodology. Descriptive, correlational and cross-sectional design. The fixed population was made up of 226 nursing professionals (PE) who provide direct care for patients with COVID-19. Sampling was random and the sample was probabilistic consisting of $n=67$ PE. The information was collected through the survey technique and as an instrument the questionnaires on the AP and the UEPP, with a Likert scale, validated by experts and a pilot study.

Results. there was a Pearson correlation of $r=.469$, with a significance level of $p<.05$, for the AC Professional and the UEPP.

Conclusion. There is a positive and significant relationship between both variables.

Keywords. (MeSH). Self-care, Personal Protective Equipment, COVID-19, Biosecurity.

RESUMO

Introdução. A pandemia tem sido enfrentada mundialmente, principalmente a enfermagem, que se destacou por estar envolvida no cuidado direto às pessoas infectadas 24 horas por dia. No entanto, esses cuidados aumentaram em quatro vezes o risco de infecção e disseminação da doença, apesar do uso de equipamentos de proteção individual (UEPP) e de seu Autocuidado (AC). **Objetivo.** Determinar a relação entre Autocuidado e Uso de Equipamentos de Proteção Individual por profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19 em um Hospital em Chiclayo, Peru.

Metodologia. Delineamento descritivo, correlacional e transversal. A população fixa foi composta por 226 profissionais de enfermagem (PE) que prestam assistência direta



a pacientes con COVID-19. A amostragem foi aleatória e a amostra probabilística consistindo de n=67 PE. As informações foram coletadas por meio da técnica de survey e como instrumento os questionários da AC Profissional e da UEPP, com escala Likert, validado por especialistas e um estudo piloto.

Resultados. houve correlação de Pearson de $r=.469$, com nível de significância $p<.05$, para AC Profissional e UEPP.

Conclusão. Existe uma relação positiva e significativa entre ambas as variáveis.

Palavras-chave (DeCS). Autocuidado, Equipamentos de proteção individual, COVID-19, Biossegurança.

Introducción

Los profesionales de la salud a nivel mundial se enfrentaron a la pandemia de la COVID-19; sin embargo, fue enfermería, una de las profesiones que estuvo involucrada de manera permanente las 24 horas en la atención directa con las personas. Por lo mismo, es el grupo de mayor riesgo de infectarse y diseminar la enfermedad, con cuatro veces mayor en relación a la población general (Casaux-Huertas, 2021, pp. 109-110; Yu, Han & Zhao, 2020).

Entre los fines del cuidado están la prevención, el control, el tratamiento y la recuperación de la salud de los pacientes; para ello, los profesionales de enfermería (PE), se exponen al riesgo biológico de adquirir una enfermedad transmisible, como es la COVID-19.

Por lo mismo, como parte del riesgo laboral, los PE deben de cumplir con las medidas de bioseguridad con precauciones universales, entre ellos, los métodos de barrera, como es el uso del equipo de protección personal (Jin *et al.*, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Sin embargo; durante la pandemia, se afectó duramente a los trabajadores de salud, que, a pesar de la falta de insumos y equipo de protección adecuado, tuvieron la obligación profesional de estar al frente en primera línea de exposición, principalmente las y los enfermeros, en una tormenta de forma desbordada y desconcertada del ingreso de pacientes infectados (Benavides, 2020; Yu, Han & Zhao, 2020).

En el Perú, esta situación se inicia el 6 de marzo del 2020, con la detección del primer caso importado de COVID-19 y llega a la región Lambayeque el 15 de marzo 2020 (Maguiña, 2020). Al igual que en las realidades de otros países, se encontraron falencias: Un sistema de salud fragmentado, desintegrado en el trabajo conjunto, con falta de infraestructura, equipamiento, insumos y materiales y recurso humano asistencial (Chang *et al.*, 2020; Eyre *et al.*, 2020). Esta situación referida, aumentó la probabilidad del riesgo de infección por la COVID-19 en los trabajadores de salud; situación que se reflejó inmediatamente para agosto del mismo año, con un reporte de 72 PE y 125 médicos fallecidos (Çelebi *et al.*, 2020).



Bajo estos argumentos, los investigadores realizaron visitas en los servicios de atención directa a pacientes infectados por la COVID-19, donde se observó en los PE, la transgresión del protocolo del uso, sobreuso o el uso incompleto del equipo de protección personal, así como el mal uso de guantes o manoplas en forma permanente sin el lavado de las manos oportuno según sus cinco momentos. En relación al Uso del Equipo de Protección Personal (UEPP), en los mismos servicios, los PE manifestaron que la ropa de aislamiento les daba calor, la mascarilla les ahogaba e incomodaba, cuando el paciente ingresaba a su servicio según el diagnóstico y sus exámenes auxiliares, usaban las medidas de prevención conforme sea el caso, todas estas situaciones les generaban un alto riesgo de contraer la enfermedad.

De acuerdo Mahase (2020), a pesar del UEPP, existe tres veces más probabilidad de ser positivo para SARS CoV-2 en los trabajadores que asisten directamente a pacientes por la COVID-19. Asimismo, Barragán (2020), identificó que la exposición de padecer riesgos laborales por el horario extenso es mayor; además, encontró que las enfermeras del turno nocturno, manifestaron cambios en su autocuidado y en sus necesidades básicas.

En la realidad local, esta situación de exposición y protección mediante el UEPP, es crítica y ha convertido a los PE en trabajadores de alta vulnerabilidad ante este riesgo biológico.

Entre los diversos factores al desuso del equipo de protección personal, Badillo *et al.* (2021), argumenta que la falta de cultura de seguridad, el bajo nivel tecnológico, la deficiente planificación de actividades preventivas, la deficiente administración de personal, la atomización del sector, la mala organización del trabajo y la excesiva subcontratación. Por ello es vital el aprendizaje del autocuidado, en la mejora de las conductas protectoras para un trabajo seguro en los entornos clínicos de los PE y los pacientes (Ruiz-Aquino *et al.*, 2021).

Es aquí donde cobra importancia el uso de modelos teóricos, por ejemplo, Orem (1993) menciona que el autocuidado es un proceso que se desarrolla conforme el crecimiento y desarrollo, y que con el tiempo pueden llegar incluso a especializarse, tal es el caso de los PE, quienes laboran en áreas críticas y desarrollan habilidades profesionales que requieren de actitudes y conocimientos para lograr cuidarse de sí mismos. El desarrollo del autocuidado en los profesionales, no se considera cuando están establecidos los protocolos, la prescripción y el material suficiente para el UEPP (frecuencia del cambio, reutilización, o su incumplimiento); sin embargo, independientemente de lo material, el cuidado de enfermería puede verse afectado por el nivel de autocuidado de éstos profesionales, su actitud y conocimiento.

En el mismo orden de ideas, en Huawei (China), de 42,000 trabajadores que atendieron a pacientes con la Covid-19, ninguno tuvo contagio; esto demostró como las medidas de control de infecciones son efectivas y deben intensificarse para la máxima protección (Sánchez & Pitta, 2020)



y las capacidades de autocuidado en los PE.

De esta manera, un trabajo seguro requiere estrategias, apoyo logístico, respuesta rápida, entre otras, no solo es necesario el conocimiento del UEPP para un buen resultado. También importa la actitud a través de la responsabilidad y compromiso en poner en práctica las normas de seguridad laboral (Villarreal, 2019), lo que refleja –de acuerdo con Raraz-Vidal *et al.* (2021)–, la necesidad de un conocimiento, actitud y entrenamiento para la mejora de la actitud en la seguridad laboral, que se pueden enmarcar en las dimensiones de Autocuidado Profesional (AP), Actitud de Autocuidado (AA) y Conocimientos de Autocuidado (CA).

Desde el punto de vista teórico, el Autocuidado se define como la forma en que el profesional de enfermería se cuida asimismo bajo la actitud y el conocimiento para el uso del equipo de protección personal; en cambio, en la variable UEPP, se define como el material de uso hospitalario protocolizado para proteger al trabajador de los microorganismos.

Bajo los argumentos anteriores, en esta investigación se planteó el siguiente objetivo general: Determinar la relación del Autocuidado Profesional, Actitud de Autocuidado y Conocimientos de Autocuidado, con el Uso de Equipo de Protección Personal en profesionales de enfermería durante la COVID-19, en un hospital de tercer nivel en el Perú.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y correlacional, se midieron las variables Autocuidado Profesional, Actitud de Autocuidado y Conocimientos de Autocuidado y el Uso del Equipo de Protección Personal.

Se trató de una población previamente conocida, 226 PE que laboraron durante la pandemia en las áreas de hospitalización de servicios críticos y no críticos de un Hospital de tercer nivel. El muestreo fue aleatorio sistemático y el tamaño de muestra se determinó con la fórmula de poblaciones finitas:

$$\frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

con un valor Z con un nivel de confianza al 95%, un margen de error al 5%, una variabilidad positiva de (0,93) y una variabilidad negativa de (0,07), obteniéndose un tamaño de $n= 67$ enfermeras.

Se incluyeron a PE con trabajo presencial en el área crítica y no crítica hospitalaria, se excluyeron PE con trabajo remoto o eventual y aquellos con labores externas hospitalaria o con licencia por salud, vacaciones y capacitaciones.



En el estudio se utilizó dos cuestionarios. El primer cuestionario fue en relación a la variable Autocuidado con 51 preguntas con sus dimensiones de Autocuidado Profesional (AP), Actitud de Autocuidado (AA) y Conocimientos de Autocuidado (CA). Sus indicadores son: responsabilidad, adaptabilidad, conocimiento en protección aerosoles y gotas, contacto directo, dotación, limpieza, desinfección, rehúso y conservación del equipo de protección personal. El segundo cuestionario con 14 preguntas sobre la variable UEPP con su dimensión práctica del uso del equipo de protección personal y sus indicadores protección ante gotas y aerosoles y protección contacto directo.

Procedimientos

Posterior a los permisos del hospital, con la aprobación del Comité de Ética en investigación de la Red Asistencial “Juan Aita Valle” [CIE-RAL:009-ENE-2021], se procedió a seleccionar a los participantes del estudio, de acuerdo a los criterios de inclusión y se aplicó los cuestionarios previa explicación de los objetivos de la investigación y aceptación del participante, se procedió a llenar el formato de consentimiento informado con la firma respectiva. Posteriormente, la realización de los cuestionarios, los cuales fueron resueltos en un aproximado de 20 minutos por persona.

Como criterios éticos se consideraron los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia en salud, confidencialidad de los datos personales y veracidad.

Análisis estadístico

Se cumplió el postulado de normalidad ($p > .05$) y se utilizó la prueba de correlación de Pearson, de esta forma, se determinó la relación estadística entre Autocuidado (AP, AA, CA) y el UEPP. Para el tratamiento estadístico se utilizó un programa de cómputo especializado, donde se ejecutó la lectura (textual o visual) en la recogida de información (cuestionarios mediante entrevista), acordes al objetivo de estudio. Se elaboró una matriz de codificación cuantitativa de la información; donde se revisaron los instrumentos de Autocuidado y para el UEPP, con respuesta tipo Likert, que fueron previamente validados con alfas de Cronbach de .85 y .87 respectivamente. Los datos fueron ingresados a una base de datos para el análisis de las variables de estudio, pasando luego a la elaboración de las tablas estadísticas; se obtuvieron los resultados y se procedió a la discusión para arribar a las conclusiones de la presente investigación.

Resultados

Para determinar el Autocuidado, se obtuvo mediante estadística descriptiva. Por un lado, en la **Tabla 1**, se muestra que más del 95% de la muestra tiene un nivel de AP poco suficiente, en com-



paración con una muestra mínima de la muestra con AP suficiente. Por otro lado, se encontró una AA poco positiva por lo PE en un 86.6% (ver [Tabla 1](#) y [Tabla 2](#)).

Tabla 1. Nivel de Autocuidado Profesional.

Nivel de AP	<i>f</i> x	%
Neutro	1	1.5
Poco suficiente	64	95.5
Suficiente	2	3.0
Total	67	100

Fuente. Base de datos.

Nota. AP= Autocuidado Profesional.

Tabla 2. Nivel de Actitud de Autocuidado.

AA	<i>f</i> x	%
Neutral	2	3
Poco positiva	58	86.6
Positiva	7	10.4
Total	67	100

Fuente. Base de datos.

Nota. AA= Actitud de Autocuidado.

Respecto al UEPP, cerca del 75% de los PE muestra un nivel adecuado (ver [Tabla 3](#)).

Tabla 3. Nivel del UEPP de los PE.

UEPP	<i>f</i> x	%
Regular	3	4.5
Poco adecuado	14	20.9
Adecuado	50	74.6
Inadecuado	0	0
Total	67	100

Fuente. Base de datos.

Nota. UEPP= Uso del Equipo de Protección Personal; PE= Profesionales de Enfermería.



A continuación, en la **Tabla 4**, se muestran los resultados del análisis de correlación de Pearson entre las variables AP y el UEPP: se observó una correlación positiva, con tamaño de efecto bajo, pero estadísticamente significativa ($r = .469$ $p < .05$). Mientras que la dimensión AA y CA con la variable UEPP, tuvieron comportamientos similares, correlaciones positivas de tamaño de efecto bajo y significativo ($r = .284$ y $r = .421$ respectivamente, $p < .05$).

Tabla 4. Correlación de Autocuidado y el UEPP.

	Dimensión 1. Autocuidado Profesional	Dimensión 2. Actitud de Autocuidado	Dimensión 3. Conocimiento de Autocuidado
UEPP	$r = .469$ $p < .05$	$r = .284$ $p < .05$	$r = .421$ $p < .05$

Nota. UEPP= Uso del Equipo de Protección Personal.

Discusión

En el presente estudio se determinó una relación positiva, de tamaño de efecto bajo y estadísticamente significativo entre el AP, AA y CA de los PE con el UEPP durante la pandemia de la COVID-19 en un hospital de tercer nivel en el Perú. Los principales hallazgos reportan la importancia de la prevención, control y la recuperación como fines del autocuidado, resultados que son respaldados por los estudios de Morderick *et al.* (2020), dado que los PE al estar expuesta al riesgo biológico ante la COVID-19, necesita estar protegido con el equipo de protección personal. Asimismo, Orem (1993; citada por Naranjo *et al.*, 2017), define el Autocuidado como: “grupo de acciones con el fin de controlar los factores tanto internos como externos que pueden afectar la vida y el desarrollo de la persona.

En consecuencia, los PE están en un elevado riesgo de contraer enfermedades respiratorias infectocontagiosas como es la COVID-19, que afecta entonces a su autocuidado. Cabe señalarse que en plena pandemia y al estar ahora la resistencia del virus Sars Cov-2, todos son infectados potenciales, por lo que el personal de salud es más propenso a contagiarse al eliminar los enfermos alta carga viral, además no sólo es el UEPP, sino va de la mano con el espacio físico que cumpla la condición de ventilación y la distancia entre las personas.

Al respecto Foucault, citado por Castañeda & Hernández (2020), expresa que el autocuidado de sí, es algo que sólo puede brindarse el mismo sujeto, por propia pertenencia.



Asimismo, Naranjo *et al.* (2017), armoniza según la actuación la actitud con lo favorable o desfavorable en una determinada situación, se relacionan con principios, valores hasta hábitos como resultado de este íntimo convencimiento.

Entonces, en el cuidado, cabe considerar la valoración que se le da a los PE; así mismo, ante este peligro inmerso y permanente, tener conciencia de las limitaciones y potencialidades mediante la autoconciencia.

En el estudio realizado, el CA se relaciona con el UEPP de los PE durante la pandemia COVID-19 en el hospital, esto coincide con los estudios de Villarreal (2019), y Chu (2020), al encontrar una relación directa entre autocuidado de prevención de accidentes y el conocimiento, incluso refirieron la actitud unida a la práctica para un resultado de trabajo seguro. Asimismo, Díaz (2019), confirmó la relación del conocimiento con el UEPP, al tener en el presente estudio, un resultado medio, lo cual hace a los PE sean vulnerables a la exposición y consecuentemente como grupo de riesgo de alta vulnerabilidad, por lo mismo se necesita reforzar en el conocimiento del UEPP, así como en sus instrucciones de colocación, retiro correcto del equipo (Mera-Mamian *et al.*, 2020).

En el mismo orden de ideas, respecto al estadístico de correlación, al haberse obtenido una prueba estadísticamente significativa en este estudio, se condujo a buscar herramientas para brindar al trabajador de salud del hospital, con mejores condiciones de trabajo a través de estrategias de intervención. Cabe señalar que el año 2020, fue un año que marcó un hito en todos los sectores, siendo el de salud, el más afectado y el más necesitado de condiciones para minimizar los riesgos laborales. Por lo mismo, se han tenido una serie de normativas desde decretos ley, resoluciones ministeriales, directorales y gerenciales, tales como la resolución ministerial 456-2020 del Ministerio de Salud, que ha dado una salida mediante al re uso del equipo de protección personal, en la demanda insatisfecha de elementos de protección personal para un trabajo seguro; sin embargo, se necesita aumentar la responsabilidad social de todos los trabajadores.

Dentro de la jerarquía de controles de seguridad y salud en el trabajo está el UEPP, para la minimización del riesgo al peligro (Houghton *et al.*, 2020); en este estudio se encontró un 96% con AP poco suficiente, datos que concuerdan con Marriner & Raile (2011), por lo tanto el UEPP fue poco seguro. Estos hallazgos sugieren la necesidad evidente de intervenir en la conducta de AP a través de cubrir requisitos de autocuidado universal y del desarrollo, tal como lo marca Orem (1993), para salvaguardar la vida de los PE. Atender los requisitos de autocuidado, equivale a controlar los riesgos y mejor el bienestar, la disponibilidad y adecuación de los recursos (Villarreal, 2019). En el mismo orden de ideas, el cuidado realizado por sí mismos en el área laboral al exponerse a diferentes microorganismos a través de las gotas, microgotas y contacto, representa una gran vulnerabilidad al riesgo biológico, por lo que se le exige tener una gran responsabilidad y compromiso (Campo-Torregrosa, 2021).



Además en el hospital donde se recolectaron los datos, los PE estuvieron en continuo riesgo biológico, el contacto directo con los pacientes los hizo más vulnerables como grupo ocupacional en el desarrollo de sus actividades de trabajo. Los argumentos para esta aseveración son los siguientes: exceso de pacientes asignados para una sola enfermera(o), turnos de trabajo de 12 horas continuas que respondió a la necesidad de ahorro de insumos y de equipo de protección personal, como la inestable dotación de equipos para protección respiratoria para el cuidado del trabajador, asimismo la presencia de ambientes con poca ventilación (en algunos casos) y sumado a ello. Bajo estas condiciones, los PE en su día a día, han adoptado un nuevo estilo de vida laboral durante la pandemia, sin recibir en ocasiones el respaldo, la seguridad, la protección personal al estar expuesta a riesgos que puedan causarle accidentes o enfermedades ocupacionales, lo cual les conduce muchas veces a adoptar la estrategia de comprar su propio equipo de protección personal.

En cuanto a la AA de los PE, fue en la mayoría de la muestra poco positiva al UEPP; esto trastoca, ya que los profesionales de salud requieren un conocimiento emocional, existencial para el desarrollo de actitudes y valores de autoconciencia, autenticidad, sensibilidad y autoaceptación, con ello van de la mano los valores personales en la toma de decisiones para afianzar su personalidad. Por lo mismo asumir el autocuidado a conciencia, para su bienestar propio y el de los demás, reconociéndose como personas que no sólo actúan, sino que piensan y sienten (Silva *et al.*, 2011; Marriner, 2011). Al ser el PE el principal encargado de brindar la mayoría de los cuidados durante la pandemia, estos han enfermado en diferentes momentos, han vivido emociones muy intensas, dolor, sufrimiento, sobrecarga laboral, por lo que están gastados en esta actitud de autocuidado profesional (Sánchez & Pitta, 2020; Maguiña, 2020).

Considerando al AP, el estudio muestra que casi la totalidad de los PE encuestados presenta conocimiento, contrario al estudio de Uribe y León, donde poco menos de la mitad de los participantes, tuvo una baja capacidad de autocuidado (Mera-Mamián, 2020).

Sin embargo, de acuerdo con Villarreal (2019), argumenta que no sólo era necesario el UEPP para un debido cumplimiento, sino que va inmersa a la vez la actitud de responsabilidad para el compromiso de cumplir, según lo hallado el CA y la AA, están directamente involucrados en la práctica para tener un trabajo seguro con protección segura y deben ir hacia un entrenamiento activo para resultados exitosos en la disminución del riesgo de cometer errores (WHO/OMS, 2020).

Cabe mencionar que el UEPP en los establecimientos de salud, han tomado un valor imprescindible y agregado; ahora más con el derecho de la salud, es necesario tomar estrategias preventivas hacia una mejora con actividades seguras que disminuyan los efectos secundarios en el empleado, organización y comunidad, al tener la obligatoriedad de cuidarse, cumpliendo las precauciones universales. En el UEPP, se tuvo un porcentaje adecuado alto; sin embargo, este resultado fue valorativo



según las respuestas emitidas en el cuestionario; este resultado contrasta con la investigación de Çelebi *et al.* (2020), quien reportó el inadecuado UEPP, por lo que se insiste en su uso continuo en toda la jornada laboral.

En otro orden de ideas, la experiencia profesional en el UEPP, refleja la dura competitividad laboral a lo que están sometidos los nuevos PE, incluso nuevos regímenes laborales que los hacen más propensos a perder su puesto de trabajo, por lo mismo son más cuidadosos y cautelosos con el cumplimiento de las normativas vigentes, incluso cumplen un proceso de selección previo para poder ingresar a hospital. En cambio, los PE de mayor tiempo de servicio (senior) cuentan con una seguridad laboral que en el tiempo les hace ser autosuficientes para su desempeño; no obstante, estas capacitaciones de UEPP no se han desarrollado, la experticia las vuelve autodidactas y autosuficientes para aceptar capacitaciones (Chou, D. K. *et al.*, 2020; Chu, R. *et al.*, 2020; Jones *et al.*, 2020; Keeley *et al.*, 2020; Lombardi *et al.*, 2020). Esta situación es la que sucedió en el contexto laboral estudiado, donde al haber autosuficiencia, causa una mala adherencia al UEPP y una mala percepción de seguridad, convirtiéndolas en trabajadores de salud muy vulnerables.

Limitaciones

A pesar de haber encontrado relaciones estadísticamente significativas, no representan causalidad, el tamaño de la muestra es pequeña (por lo cual no puede haber generalizaciones), pero estadísticamente significativa, y la temporalidad transversal, limita las inferencias. Sin embargo, el proceso fue cuidadoso y se evitaron errores de procedimiento, tanto en la recolección de datos como en el estadístico, asimismo, a pesar que la muestra era previamente conocida, se aleatorizó, evitando errores de selección; por estos argumentos, se puede confirmar que se trata de resultados válidos para la población en estudio. Adicionalmente, en contraste con los estudios relacionados, no hay trabajos similares que se hayan publicado durante la pandemia de la COVID-19, por lo que los hallazgos representan conocimiento inédito que contribuye al fortalecimiento de la seguridad laboral de los PE durante contingencias sanitarias.

Conclusiones

El presente estudio permitió medir y analizar la barrera física del Uso del Equipo de Protección Personal en el contexto de la pandemia por la COVID-19, con las dimensiones de Autocuidado Profesional, Actitud de Autocuidado y Conocimientos de Autocuidado, en un hospital de tercer nivel de atención en el Perú.

Se concluye que el UEPP se convirtió en una herramienta para una intervención focalizada y efectiva en la salud laboral; sin embargo, es necesario mejorar continuamente las condiciones de bioseguridad en la práctica segura y una mejor adherencia al uso del equipo de protección personal a través del Autocuidado.



Referencias

- Badillo Goicoechea, E., Chang, T. H., Kim, E., LaRocca, S., Morris, K., Deng, X., Chiu, S., Bradford, A., Garcia, A., Kern, C., Cobb, C., Kreuter, F. & Stuart, E. A. (2021). Global trends and predictors of face mask usage during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12175-9>
- Barragan Cajusol, M. (2020). *Autocuidado de las enfermeras durante el trabajo nocturno en un hospital público, Lambayeque, 2018* [Tesis de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogroejo]. Repositorio de Tesis USAT. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2411>
- Benavides, F. G. (2020). La salud de los trabajadores y la COVID-19. *APRL Archivos de prevención de riesgos laborales*, 23(2), 154-158. <https://doi.org/10.12961/aprl.2020.23.02.02>
- Campo Torregrosa, Y., Quintero-Ramírez, N., Toncel, Y. ., Pérez-Anaya, O., Sánchez-García, Y., Puello-Viloria, Y. & Paredes Bermúdez, M. (2021). Estrategias para el control de los riesgos biológicos y accidentabilidad en el personal asistencial y administrativo en una clínica de tercer nivel de Santa Marta (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 285–301. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.616.071%20>
- Casaux-Huertas, A. (2021). El precio de luchar contra la COVID-19. *Enfermería Nefrológica*, 24(2), 113-115. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021011>
- Castañeda, R. F. G. & Hernández, Q. (2020). El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 25, e73518, 1-8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73518>
- Çelebi, G., Pişkin, N., Bekleviç, A. Ç., Altunay, Y., Keleş, A. S., Tüz, M. A., Altınsoy, B. & Haciseyitoğlu, D. (2020). Specific risk factors for SARS-CoV-2 transmission among health care workers in a university hospital. *American Journal of Infection Control*, 48(10), 1225-1230. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.039>
- Chang, D., Xu, H., Rebaza, A., Sharma, L. & Dela Cruz, C. S. (2020). Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(3), e13. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30066-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30066-7)
- Chou, R., Dana, T., Buckley, D. I., Selph, S., Fu, R. & Totten, A. M. (2020). Epidemiology of and risk factors for coronavirus infection in health care workers: a living rapid review. *Annals of Internal Medicine*, 173(2), 120-136. <https://doi.org/10.7326/M20-1632>
- Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J. & COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395(10242), 1973-1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)



- Colegio Médico de Chile & Sociedad Chilena de Infectología. (2020). Recomendaciones uso de Elementos de Protección Personal (EPP) para trabajadores de la salud. *Revista Chilena de Infectología*, 37(2), 106-110. <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/738/360>
- Díaz Vera, M. A. (2019). *Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad del personal de enfermería-servicio de emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2019* [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6972>
- Eyre, D. W., Lumley, S. F., O'Donnell, D., Campbell, M., Sims, E., Lawson, E., Warren, F., James, T., Cox, S., Howarth, A., Doherty, G., Hatch, S. B., Kavanagh, J., Chau, K. K., Fowler, P. W., Swann, J., Volk, D. Yang-Turner, F., Stoesser, N., Matthews, P. C., ... Walker, T. M. (2020). Differential occupational risks to healthcare workers from SARS-CoV-2 observed during a prospective observational study. *Elife*, 9, e60675, 1-21. <https://doi.org/10.7554/eLife.60675>
- Fajardo-Zapata, Á. L., González Valencia, Y. L., Hernández Niño, J. F., Torres Pérez, M. L. & Hernández, H. A. (2019). Percepción del riesgo en el ámbito laboral. *Documentos de trabajo ECISA*, (1). <https://doi.org/10.22490/ECISA.3203>
- Fisher, E. M. & Shaffer, R. E. (2014). Considerations for recommending extended use and limited reuse of filtering facepiece respirators in health care settings. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 11(8), D115-D128. <https://doi.org/10.1080/15459624.2014.9029544>
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X.H.S., Devane, D. & Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane database of systematic reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
- Jin, Y. H., Huang, Q., Wang, Y. Y., Zeng, X. T., Luo, L. S., Pan, Z. Y., Yuan, Y. F., Chen, Z. M., Cheng, Z. S., Huang, X., Wang, N., Li, B. H., Zi, H., Zhao, M. J., Ma, L. L., Deng, T., Wang, Y. & Wang, X. H. (2020). Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey. *Military Medical Research*, 7(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00254-8>
- Jones, N. K., Rivett, L., Sparkes, D., Forrest, S., Sridhar, S., Young, J., .Pereira-Dias, J., Cormie, C., Gill, H., Reynolds, N., Wantoch, M., Routledge, M., Warne, B., Levy, J., Córdova, W. D., Begum, F. N., McNicholas, C., Ferris, M., Gray, J., Gill, M., The CITIID-NIHR COVID-19 BioResource Collaboration... & Weekes, M. P. (2020). Effective control of SARS-CoV-2 transmission between healthcare workers during a period of diminished community prevalence of COVID-19. *Elife*, 9, e59391, 1-10. <https://doi.org/10.7554/eLife.59391>
- Keeley, A. J., Evans, C., Colton, H., Ankcorn, M., Cope, A., Bennett, T., Amy, S., Tracy, B., Prosenjit, G.,



- de Silva, T. I. & Raza, M. (2020). Roll-out of SARS-CoV-2 testing for healthcare workers at a large NHS Foundation Trust in the United Kingdom, March 2020. *Eurosurveillance*, 25(14), 2000433, 1-4. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.14.2000433>
- Lombardi, A., Consonni, D., Carugno, M., Bozzi, G., Mangioni, D., Muscatello, A., Castelli, V., Palomba, E., Cantù, Ceriotti, F., Tiso, B., Pesaroti, A. C., Riboldi, L., Bandera, A., Lunghi, G. & Gori, A. (2020). Characteristics of 1573 healthcare workers who underwent nasopharyngeal swab testing for SARS-CoV-2 in Milan, Lombardy, Italy. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(10), 1413.e9-1413.e13. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.013>
- Maguiña Vargas, C. (2020). Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Médica Peruana*, 37(1), 8-10. <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/929>
- Mahase, E. (2020). Covid-19: What is the evidence for cloth masks? *The BMJ*, 369, 1-2 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1422>
- Marriner, A. & Raile, M. (2011). *Modelos y teorías de Enfermería* (7ª ed.) Elsevier.
- Mera-Mamián, A., Delgado-Noguera, M. F., Merchán-Galvis, A., Cabra, G. & Calvache, J. A. (2020). Conocimientos y necesidades del personal de salud sobre elementos de protección personal durante la pandemia por COVID-19 en el Cauca. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 22(1), 16-23. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2020.v22.1581>
- Morderick, G. G., J. H. . E & T. G. O., M. P. F. (2020). *El personal de salud como grupo de riesgo y su rol en la pandemia: análisis del brote de treinta y tres*. Agencia del Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento, pp. 1-20.
- Naranjo, H. Y., Concepción, P. J. A., Rodríguez, L. M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espiritana*, 19(3), 1-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson-Salvat.
- Raraz-Vidal, G. J., Allpas-Gomez, H. L., Torres-Salome, F. K., Cabrera-Patiño, W. M., Alcántara-Leyva, L. M., Ramos-Gómez, R. P., Aldea-Chihuantito, F. K., Colona-Risco, V. & Raraz-Vidal, O. B. (2021). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud, Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 335-345. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i2.3608>
- Resolución Ministerial N.º 456-2020-MINSA. (2 de julio de 2020). Norma Técnica de Salud N.º 161-MINSA/2020/DGAIN, “Norma técnica de Salud para uso de los equipos de protección personal en los trabajadores de las empresas prestadoras de servicios de salud”, Lima, Perú. *Plataforma digital única del estado peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/783241-456-2020-minsa>



- Ruiz-Aquino, M. M., Díaz-Lazo, A., Ortiz-Aguí, M. L. & Villar-Carbajal, E. I. (2021). Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio de la COVID-19 en pobladores peruanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), e1708, 1-13. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1708>
- Sánchez Flecha, S. & Pitta, N. M (2020). Efectos por uso prolongado del EPI en profesionales de enfermería ante COVID 19. Hospitales de contingencia respiratoria. Departamento Central-Paraguay 2020. *AcademicDisclosure*, 1(1), 24–39. <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/104/104>
- Silva R. M. da., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. S., Carmagnani, M. I. S., Tavares, J. P. & Prestes, F. C. (2011). Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros/Night shift and the repercussion in nurses' health. *Esc Anna Nery*, 15(2), 270-276. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200008>
- Uribe-Tohá, M. Á., León-Pino, J. M. & Grupo para el estudio de Autocuidado. (2022). Nivel de agencia de autocuidado de enfermeros chilenos durante el contexto pandemia de Covid-19. *Index de Enfermería*, 31(3), 161-165. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20225148>
- Villarreal Mueses, P. G. (2019). *Uso del equipo de protección personal en atención pre hospitalaria en el servicio de ambulancias del cantón Montúfar-Carchi* [Tesis de Grado, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9968>
- World Health Organization [WHO/OMS]. (3 de marzo de 2020). *La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>
- Yu, H., Han, X. & Zhao, G. (2020). Aspectos importantes de prevención del personal sanitario en los hospitales durante la epidemia del nuevo coronavirus 2019. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), e202007080, e1-7. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/83339>
- Zhou, Y., Zhang, D., Chen, Y., Zhou, S., Pan, S., Huang, Y. & Ba-Thein, W. (2014). Healthcare-associated infections and Shanghai clinicians: a multicenter cross-sectional study. *PloS one*, 9(8), e105838, 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105838>

Cuidado de Enfermería en Paciente con Síndrome de HELLP: Estudio de Caso

Nursing Care in Patient with HELLP Syndrome: Case Study

Cuidados de Enfermagem em Pacientes com Síndrome de HELLP: Um Estudo de Caso

Hernández-Hernández, Ana Rosa  0000-0002-4384-9499
Secretaría de Salud, Puebla, Puebla, México. Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos.
anarahernandezh@hotmail.com

Delgadillo-Breceda, Ulises Benjamín  0000-0002-7034-1324
Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México. Doctorando en Ciencias de Enfermería.
ub.delgadillobreceda@ugto.mx

*Rodríguez-Bustamante, Pavel  0000-0003-0551-9947
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sonora, México. Maestro en Enfermería.
*Autor corresponsal. Pavel_brp@hotmail.com

Verdugo-Pacheco, Guadalupe  0000-0002-9501-7360
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sonora, México.
Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos. lupita.verdugo@hotmail.es

Soto-Salamanca, Joaquín  0009-0000-2630-6882
Secretaría de Salud, Puebla, México. Médico Especialista en
Terapia Intensiva y Anestesiología. dacamajo71@gmail.com

Recibido: 14 de enero de 2023; **Aceptado:** 9 de mayo de 2023.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Introducción. El síndrome de HELLP representa una de las complicaciones más severas al final del embarazo, que consiste en la triada hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Es una afección clínica poco frecuente que impacta cerca de 0.5% y 0.9% de los embarazos en el mundo, pero de gran embate sanitario por su elevada mortalidad fetal y materna.



Objetivo. Proporcionar cuidados de enfermería mediante el uso de los lenguajes NANDA, NOC y NIC a una paciente con diagnóstico de síndrome de HELLP.

Metodología. Estudio de caso basado en las cinco etapas del proceso enfermero. La valoración se desarrolló mediante los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, la etapa diagnóstica se basó en la taxonomía NANDA, los resultados se planearon y evaluaron a través del lenguaje NOC y las intervenciones se formularon en torno a NIC.

Presentación del caso. Mujer de 25 años de edad, hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos durante el puerperio inmediato con diagnósticos de preeclampsia severa y síndrome de HELLP. Presentó datos de dolor agudo, signos de dificultad respiratoria y cifras tensionales por encima de los valores considerados como normales.

Conclusión. La prestación de cuidados de enfermería bajo el sustento metodológico del proceso enfermero, integrando los lenguajes NANDA, NOC y NIC, lograron resultados favorables en la paciente con síndrome de HELLP.

Palabras clave: (DeCS). Proceso de enfermería, Atención de enfermería, Síndrome HELLP, Informes de casos, México.

ABSTRACT

Introduction. HELLP syndrome represents one of the most severe complications at the end of pregnancy, consisting of the triad of hemolysis, elevated liver enzymes and thrombocytopenia. It is a rare clinical affection that impacts about 0.5% and 0.9% of pregnancies in the world, but of great health onslaught to its high fetal and maternal mortality.

Objective. To provide nursing care using NANDA, NOC and NIC languages to a patient with a diagnosis of HELLP syndrome.

Methodology. Case study based on the five stages of the nursing process. The assessment was developed using Marjory Gordon's 11 functional health patterns, the diagnostic stage was based on the NANDA taxonomy, the outcomes were planned and evaluated using the NOC language and the interventions were formulated around NIC.

Case presentation. A 25-year-old woman, hospitalized in an intensive care unit during the immediate puerperium with diagnoses of severe preeclampsia and HELLP syndrome. She presented with acute pain, signs of respiratory distress and blood pressure above normal values.

Conclusion. The provision of nursing care under the methodological support of the nursing process, integrating the NANDA, NOC and NIC languages, achieved favorable results in the patient with HELLP syndrome.

Keywords: (MeSH). Nursing process, Nursing care, HELLP syndrome, Case reports, México.



RESUMO

Introdução. A síndrome HELLP representa uma das complicações mais graves no final da gravidez, consistindo na tríade de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia. É uma condição clínica rara que afeta cerca de 0.5% e 0.9% das gestações em todo o mundo, mas representa um grande ônus para a saúde devido à sua alta mortalidade fetal e materna.

Objetivo. Prestar assistência de enfermagem utilizando a taxonomia NANDA, NIC e NOC a uma paciente com diagnóstico de síndrome HELLP.

Metodologia. Estudo de caso baseado nas cinco etapas do processo de enfermagem. A avaliação foi desenvolvida usando os 11 padrões funcionais de saúde de Marjory Gordon, o diagnóstico de enfermagem foi baseado na taxonomia da NANDA, as intervenções foram formuladas a partir do NIC e os resultados foram planejados e avaliados usando o NOC.

Apresentação do caso. Uma mulher de 25 anos foi hospitalizada em uma unidade de terapia intensiva durante o período pós-parto imediato com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave e síndrome HELLP. Ela apresentava dor aguda, sinais de dificuldade respiratória e pressão arterial acima dos valores normais.

Conclusão. A prestação de cuidados de enfermagem sob o suporte metodológico do processo de enfermagem, integrando as taxonomias NANDA, NIC e NOC, obteve resultados favoráveis na paciente com síndrome HELLP.

Palavras-chave: (DeCS). Processo de enfermagem, Cuidados de enfermagem, Síndrome HELLP, Relatos de casos, México.

Introducción

A nivel internacional, la mortalidad materna constituye un indicador clave de desarrollo cuyo valor manifiesta la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada a las mujeres antes, durante y después del embarazo (Gutiérrez, 2022). En relación a ello, se estima que cada día en el mundo mueren 830 mujeres por complicaciones relacionadas al período gestacional, de las cuales, aproximadamente el 99% ocurren en países en vías de desarrollo (Reyes *et al.*, 2020). Dicho esto, una de las complicaciones más severas al final del embarazo se encuentra constituida por la triada hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia, denominada síndrome de HELLP (SH) (Araya *et al.*, 2022).

Este síndrome, afecta cerca de 0.5% y 0.9% de todos los embarazos en el mundo, cuyas consecuencias representan un gran impacto sanitario por la elevada mortalidad materna (1 a 24%) y fetal (7 a 34%) (Bracamonte-Peniche *et al.*, 2018). En tal sentido, esta afección suele manifestarse en el tercer trimestre del embarazo, dado que diversos autores sostienen que el 10% de los casos son detectados previo a las 27 semanas de gestación, con un pico máximo de incidencia (70%) entre



las 27 a 37 semanas y, el 20% restante, se manifiesta después de la semana 37. En sintonía a ello, el panorama en México no es distante, dado que la incidencia de esta complicación varía de 3.8% a 10% en mujeres con preeclampsia-eclampsia y el 80% de los casos ocurre entre la semana 26 y 37 de gestación (Bracamonte-Peniche *et al.*, 2018; Sánchez *et al.*, 2021).

Las manifestaciones clínicas del SH suelen pasar por alto, puesto que sus signos y síntomas son poco precisos como malestar general, anemia, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómito, hipertensión arterial, hematuria, proteinuria, hemorragia petequeal o equimosis, edema generalizado y aumento de peso. En la mayoría de los casos, el cuadro suele ser inespecífico y siendo una complicación súbita y mortal pero poco frecuente, su detección se basa en el análisis de los parámetros de laboratorio, para los cuales, se han creado sistemas de categorización como la clasificación de Mississippi (Tabla 1), que tipifica al síndrome en tres grupos en función de los resultados de citometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático (Bracamonte-Peniche *et al.*, 2018; Brazolin *et al.*, 2022).

Tabla 1. Clasificación de Mississippi.

	Clase I	Clase II	Clase III
Plaquetas	< 50,000/ml	≥ 50,000 - 100,000/ml	≥ 100,000 - 150,000/ml
AST o ALT	≥ 70 UI/L	≥ 70 UI/L	≥ 40 UI/L
LDH	≥ 600 UI/L	≥ 600U/L	≥ 600 UI/L

Nota. ALT: alanina aminotransferasa; AST: enzima aspartato aminotransferasa; LDH: lactato deshidrogenasa.

En correspondencia a ello, el abordaje de esta grave complicación debe ser oportuno, efectivo y multidisciplinario, en el que los integrantes del equipo de salud direccionen esfuerzos específicos por normalizar la presión arterial a corto y largo plazo, mantener un adecuado estado hídrico, incrementar y estabilizar los elementos hemáticos, prevenir afección orgánica renal, hepática, cardiorrespiratoria y neurológica, asegurando la profilaxis de esta última, en consideración de las complicaciones emergentes entre las que destaca la ceguera cortical, edema y hemorragia cerebral, siendo ésta la causa más frecuente de muerte (Álvarez-Pabón *et al.*, 2017; Bracamonte-Peniche *et al.*, 2018).

En consecuencia, la evidencia científica muestra que la enfermera tiene una gran responsabilidad en la detección y tratamiento de esta complicación durante el embarazo, parto y puerperio. Diversos autores, tras una revisión integradora de literatura identificaron que las principales intervenciones de enfermería dirigidas a personas con SH son el monitoreo continuo de constantes vitales, evaluación y control del funcionamiento cardiorrespiratorio y gasto urinario, verificación



de reflejos, vigilancia de frecuencia cardíaca fetal, manejo del dolor (cefalea y dolor abdominal), vigilancia de alteraciones visuales, verificación constante del estado neurológico, apoyo emocional y consejería. Todo ello, proporcionado a través de una atención individualizada y humanizada (Brazolin *et al.*, 2022; Couto *et al.*, 2022).

En virtud de lo expuesto anteriormente, el personal de enfermería funge como un elemento clave para brindar cuidados integrales, específicos y prioritarios para el abordaje del SH, en aras de disminuir los riesgos, complicaciones y la probabilidad de muerte así para la madre como para el feto (Brazolin *et al.*, 2022); bajo el respaldo del eje metodológico fundamental disciplinario, el proceso de enfermería, cuyo enfoque centrado en el logro de resultados avalado con evidencia científica estandarizada (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016) como las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] (NANDA *et al.*, 2021), la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead *et al.*, 2018) y la Nursing Interventions Classification (NIC) (Butcher *et al.*, 2018) posibilitan la comunicación disciplinaria mediante lenguajes propios para la ciencia y el arte del cuidado profesionalizado.

Objetivo

Proporcionar cuidados de enfermería mediante el uso de los lenguajes NANDA, NOC y NIC a una paciente con diagnóstico de SH.

Metodología

El presente estudio de caso se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de Puebla, México. Se emplearon las cinco etapas del proceso de enfermería (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016), la valoración se desarrolló mediante los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (2007); la etapa diagnóstica se basó en la taxonomía NANDA; se planearon los resultados a través de lo propuesto por NOC; las intervenciones se formularon en torno a NIC; y, por último, se finalizó el proceso con la evaluación de resultados obtenidos.

En lo referente a la priorización de diagnósticos enfermeros, se empleó el modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) (Rubio, 2014), el cual permite crear una red de relaciones entre diagnósticos para detectar patrones y descubrir los lazos existentes, puesto que de la reflexión sobre dichas relaciones, emergen necesidades prioritarias y se procura centrar esfuerzos en los diagnósticos principales que, a través de una red de razonamiento clínico, el cuidado enfermero evoluciona de un enfoque centrado en problemas a uno basado en resultados, mediante un proceso de enfermería



de tercera generación (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016; Ibañez-Alfonso *et al.*, 2020).

Por último, se cumplió con lo establecido en la Ley General de Protección de Datos personales (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2010), al solicitar un consentimiento informado, comunicar el objetivo y describir detalladamente en qué consistiría la intervención de enfermería, así como la conservación del anonimato y el resguardo de la información, mediante un trato digno y respetuoso.

Presentación del caso

Paciente (CHG) mujer de 25 años de edad, con escolaridad hasta segundo año de secundaria, ama de casa y en unión libre. Ingres a UCI, procedente de un hospital de segundo nivel de atención del estado de Oaxaca, derivada al nosocomio durante el puerperio inmediato con diagnóstico de preeclampsia severa y SH clase III con base en clasificación de Mississippi (Bracamonte-Peniche *et al.*, 2018); cifras tensionales previas de 170/110 mmHg, tratada con captopril, alfametildopa e hidralazina. En lo sucesivo, a continuación se presentan los datos obtenidos tras la valoración conforme a los patrones funcionales de salud.

Valoración por patrones funcionales

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud

CHG niega toxicomanías, enfermedades no transmisibles, antecedente quirúrgico y alergias, así como esquema de vacunación desconocido. Refiere que su estado de salud había sido bueno hasta hace unos días, cuando presentó cifras arteriales elevadas. Al momento de la valoración, la usuaria tiene prescrito ceftriaxona 1 gr IV c/ 12 hr., omeprazol 40 mg IV c/ 24 hr., dexametasona 10 mg IV c/12 hr., clonixinato de lisina 100 mg IV c/ 8 hr., tramadol 100 mg IV c/ 12 hr., alfametildopa 250 mg VO c/ 8 hr., prazocina 3 mg VO c/ 8 hr., nifedipino 10 mg VO PRN (presión arterial 160/110). Solución de Hartmann 1000 ml a 83.3 ml/hr y solución glucosada al 5% 900 ml diluido con 10 gr de sulfato de magnesio a 100 ml/hr.

Patrón 2: Nutricional – metabólico

Presentó temperatura corporal de 36.5 °C; las mediciones antropométricas reportan un peso de 62 kilogramos, talla de 1.59 metros y un índice de masa corporal de 24.5. Piel semihidratada, ausencia de dos caninos superiores y dos molares inferiores, catéter venoso periférico en ambos miembros superiores, sin alteración dérmica, llenado capilar 4'. Miembros inferiores con edema bilateral, signo de fóvea (++) . Prescripción dietética líquida, con buena tolerancia a la alimentación. Laboratorios: hematocrito 19.00%, hemoglobina 6.60 g/dl, lactato deshidrogenasa (LDH) 1134 U/L, enzima



aspartato aminotransferasa (AST) 375 U/L, alanina aminotransferasa (ALT) 245 U/L, bilirrubina total 0.60 mg/dl y plaquetas 146 000.

Patrón 3: Eliminación

Usuaria con sonda vesical tipo Foley #16 Fr, con volumen urinario de 1200 ml durante 8 horas, de color amarillo ámbar. Evacuaciones formadas y de color café. Abdomen globoso, depresible y peristalsis intestinal de 4 x'. El examen general de orina reportó aspecto turbio, proteínas 100 mg/dl, leucocitos negativos y bacterias escasas.

Patrón 4: Actividad – ejercicio

Se encuentra en posición semifowler, con prescripción de reposo absoluto y con apoyo de oxígeno por mascarilla facial con reservorio a 8 Lt/min. Frecuencia cardíaca de 102 latidos x', frecuencia respiratoria 24 x', tensión arterial 150/90 mmHg en brazo izquierdo y 140/85 mmHg en brazo derecho, saturación parcial de oxígeno de 96%. A la exploración se observa tórax simétrico, campos pulmonares ventilados y sin presencia de sonidos adventicios, sin embargo, se visualizan respiraciones profundas y uso de musculatura accesoria; refiere dificultad respiratoria. La gasometría arterial reportó pH 7.36, PaCO₂ 35 mmHg, HCO₃ 22 mEq, PaO₂ 60 mmHg, EB +2, SatO₂ 94%.

Patrón 5: Sueño – descanso

Se observa intranquila y cansada. Refiere tener dificultad para conciliar el sueño.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo

Consciente, orientada en persona, tiempo y espacio. Pupilas isocóricas y normorefléxicas; Glasgow 15. No refiere problemas para el gusto, olfato, audición, tacto y visión. Durante la valoración muestra facies de tensión; presentó cefalea y dolor en cuadrante abdominal superior derecho, con un valor de 08 puntos para cada uno, de acuerdo a la escala visual analógica (EVA).

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto

Exteriorizó satisfacción con su imagen corporal e identidad personal. Se describe como una persona positiva, sin embargo, la situación actual le genera temor e incertidumbre.

Patrón 8: Rol – relaciones

Actualmente vive con sus 3 hijos y pareja. Es ama de casa y conserva buenos vínculos con su familia en general.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción

Gestas cuatro, partos cuatro, abortos y cesáreas cero. Menarquia a los 11 años e inicio de vida



sexual a los 16, niega enfermedades de transmisión sexual; desea método de anticoncepción permanente y refiere que su mayor anhelo es conocer y estar con su hijo recién nacido. Región genital íntegra, con escaso sangrado transvaginal.

Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés

Refiere cursar por constantes períodos de estrés, desencadenados por su situación económica. Aunado a ello, su actual estado de salud le genera constante preocupación.

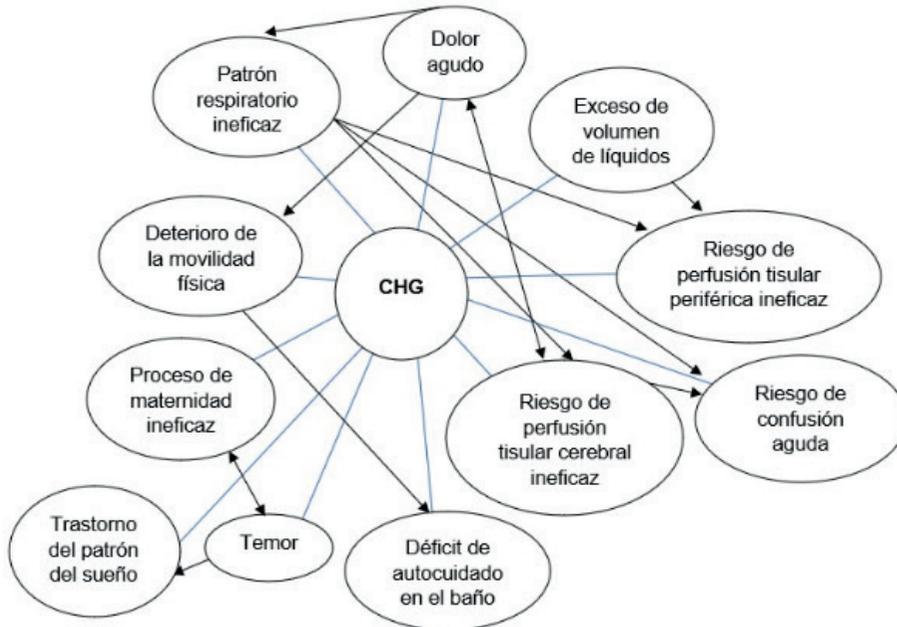
Patrón 11: Valores – creencias

Profesa la religión evangélica, misma que le ha ayudado ante situaciones complicadas. Manifiesta que lo más valioso en su vida es tener a su familia, por lo que su objetivo actual consiste en mejorar su estado de salud para regresar con los suyos.

Plan de atención

Tras analizar los datos obtenidos, se obtuvieron 11 etiquetas diagnósticas, representadas de forma gráfica mediante la red de razonamiento clínico (modelo AREA), como se presenta a continuación (Figura 1).

Figura 1. Modelo AREA.



Fuente: elaboración propia.



En consideración de la anterior expresión gráfica y la red lógica que emana de la misma, las necesidades de cuidado prioritarias para CHG se detallan en los siguientes tres planes de cuidado (Tabla 2, Tabla 3 y Tabla 4).

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería.

NANDA	NOC	
Diagnóstico:	Resultado:	
Patrón respiratorio ineficaz (00032).	Estado respiratorio (0415).	Puntuación basal
Factor relacionado:	Indicadores:	
Dolor y fatiga.	1) Uso de músculos accesorios. 2) Disnea de reposo.	3
Características definitorias:	Escala:	Puntuación Diana
Uso de músculos accesorios para respirar y disnea.	Grave (1) hasta ninguno (5)	5
NIC		
Intervención: Monitorización respiratoria (3350).		
Actividades:		
1) Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.		
2) Auscultar sonidos respiratorios y monitorizar los niveles de saturación de oxígeno.		
3) Posicionar a la paciente para maximizar el potencial de ventilación.		
Intervención: Oxigenoterapia (3320).		
Actividades:		
1) Vigilar y mantener la permeabilidad de la vía aérea.		
2) Administrar oxígeno suplementario, según indicación.		
3) Verificar el flujo de litros y comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno.		
4) Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.		

Fuente. NANDA, NOC y NIC; elaboración propia.

**Tabla 3.** Plan de cuidados de enfermería.

NANDA	NOC	
Diagnóstico:	Resultado:	
Dolor agudo (00132).	Nivel del dolor (2102).	Puntuación basal
Factor relacionado:	Indicadores:	2
Agentes lesivos biológicos.	1) Dolor referido. 2) Expresiones faciales de dolor.	Puntuación Diana
Características definitorias:	Escala:	4
Expresión facial y verbal de dolor (EVA 08)	Grave (1) hasta ninguno (5)	
NIC		
Intervención: Manejo del dolor (1400).		
Actividades:		
1) Realizar una valoración exhaustiva del dolor (localización, características, duración).		
2) Proporcionar información acerca del dolor, como causas y molestias esperadas.		
3) Enseñar métodos no farmacológicos de alivio del dolor.		
Intervención: Administración de analgésicos (2210).		
Actividades:		
1) Comprobar historial de alergias a medicamentos.		
2) Controlar los signos vitales antes y después de la administración analgésica.		
3) Comprobar el medicamento, dosis, vía y frecuencia, según indicación.		
4) Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares y observar signos y síntomas de probables efectos adversos, según corresponda.		

Fuente. NANDA, NOC y NIC; elaboración propia.

**Tabla 4.** Plan de cuidados de enfermería bifocal.

NANDA	NOC	
Diagnóstico: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201).	Resultado: Perfusión tisular cerebral (0406).	
Condición asociada: Hipertensión.	Indicadores: 1) Presión sanguínea sistólica. 2) Presión sanguínea diastólica. 3) Cefalea.	Puntuación basal 3
Problema interdependiente: Hipertensión arterial sistémica.	Escala: 1) y 2) Desviación grave del rango normal (1) hasta sin desviación del rango normal (5). 3) Grave (1) hasta ninguno (1).	Puntuación Diana 5
Etiología: Síndrome de HELLP.		
Signos y síntomas: Cifras tensionales de 150/90 mmHg y cefalea (EVA 08).		
NIC		
Intervención: Monitorización neurológica (2620).		
Actividades:		
1) Valorar y vigilar el nivel de consciencia y orientación.		
2) Monitorizar los signos vitales.		
3) Controlar la presencia de trastornos visuales (fosfenos), auditivos (acúfenos) y cefalea.		
4) Monitorizar tono muscular, reflejo corneal y respuesta verbal.		
5) Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción pupilar.		
Intervención: Manejo de la medicación (2380).		
Actividades:		
1) Determinar los fármacos (antihipertensivos; sulfato de magnesio) necesarios para el caso, según corresponda.		
2) Administrar fármacos (anhipertensivos; sulfato de magnesio), de acuerdo con la autorización prescrita.		
3) Observar los efectos terapéuticos de la medicación y/o si se produce efecto no terapéutico.		

Fuente. NANDA, NOC y NIC; elaboración propia.



Evaluación

La evaluación del proceso enfermero arrojó datos favorables. Por un lado, el patrón respiratorio pasó de un estado moderado (3) a leve (4), ya que posterior al abordaje proporcionado, logró aumentar +1. En cuanto al dolor agudo, las intervenciones de manejo del dolor y administración de analgésicos permitieron menguar la sensación nociceptiva referida con una puntuación basal de 2 a una puntuación cambio de 4 (+2). Por otro lado, el riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz se conservó persistente, dado que las cifras tensionales se mantuvieron elevadas con una puntuación cambio de 3 (igual a la basal), pero sin aumentar la desviación moderada del rango normal, por lo que la monitorización neurológica tornó a efectuarse con mayor constancia y periodicidad.

Discusión

El SH representa un reto para los profesionistas sanitarios, puesto que, a pesar de ser una complicación poco frecuente demanda un proceder clínico oportuno y efectivo que aminore los altos índices de mortalidad materna y fetal como se describe en la literatura (Bracamonte-Peniche *et al.*, 2018). Durante el desarrollo de este caso, se brindaron cuidados enfermeros mediante el proceso de enfermería con un enfoque centrado en el logro de resultados, lo que promovió la obtención de datos positivos en la etapa de evaluación. En relación a esto, González-Castillo y Monroy-Rojas (2016) refieren que el proceso enfermero de tercera generación impone la innegable capacidad de aplicar y desarrollar habilidades teóricas, técnicas y de pensamiento crítico, facultando así, una plataforma de razonamiento clínico que organiza y guía las actividades prioritarias para mejorar los estados de salud-enfermedad durante el suministro de cuidados.

El estudio mostró que el proceso de enfermedad en la usuaria en cuestión, impactó múltiples patrones funcionales de salud, no obstante, se evidenció que los patrones más afectados fueron actividad-ejercicio y cognitivo-perceptivo. En consideración de esto, se coincide con Brazolin *et al.* (2022) y Couto *et al.* (2022) quienes sostienen que las principales intervenciones de enfermería empleadas en personas con SH se dirigen al monitoreo de parámetros vitales, evaluación y control del funcionamiento cardiorrespiratorio, manejo del dolor, vigilancia de alteraciones visuales y, vigilancia y control del estado neurológico.



Conclusiones

La prestación de cuidados de enfermería bajo el sustento metodológico del proceso enfermero logró resultados favorables en CHG, quien continuó su tratamiento en el área de UCI. En conclusión, se considera que la difusión de planes de atención para situaciones clínicas tan singulares como el SH, toma un papel crucial en el fortalecimiento de evidencias que socialicen diversas opciones terapéuticas como direccionales a considerar por la enfermera durante su quehacer profesional. No sin antes, dilucidar la importancia de individualizar el tratamiento prescrito, el cual debe centrarse en las respuestas humanas y las particularidades suscitadas durante el acto del cuidado.

Por último, el presente estudio permitió resaltar la elementalidad del empleo de lenguajes estandarizados de enfermería y su vínculo con la práctica basada en evidencia, incorporados al empleo de modelos para la priorización de resultados. Elementos que, en conjunto, ponen de manifiesto la unión existente entre los elementos teóricos con la realidad práctica de la ciencia del cuidado.

Referencias

- Álvarez-Pabón, Y., Beltrán-Avenidaño, M. & Di Lizio-Miele, K.G. (2017). Síndrome de encefalopatía posterior reversible, eclampsia y síndrome de hellp. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(3), 280-292. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300280>
- Araya, P., Araya, S., & González, C. (2022). Síndrome de HELLP, una triada que puede llegar a ser mortal, revisión breve. *Revista Médica Sinergia*, 7(7), e863, 1-8. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.863>
- Bracamonte-Peniche, J., López-Bolio, V., Mendicuti-Carrillo, M. del M., Ponce-Puerto, J. M., Sanabrais-López, M. J. & Méndez-Domínguez, N. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista Biomédica*, 29(2), 33-41. <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612>
- Brazolin Beltrão, H., Gonçalves Reis Brito, C., Costa Sousa, D., Ferreira da Silva, M. E., Brandão, P. F., & Alves dos Santos, W. (2022). Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para a Síndrome Hellp. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 106, 1-6. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022106>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Docheterman, J. M. & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ª ed.). Elsevier.
- Couto, S. I. da S., Pacheco, I. C. O., Santos, A. R. B., Silva, R. M. da, Lima, M. da C. F. de, Silva, P. de O., Lima, A. G. de, Silva, M. B. da, Maia, G. S., Morais, C. D. P., Cardoso, F. S. C. & Lopes, L. G. F. (2022). Nursing in the diagnosis of HELLP Syndrome in Primary Care. *Research, Society and Development*, 11(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25950>
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2010). *Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión*



- de los Particulares. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-federal-de-proteccion-de-datos-personales-en-posesion-de-los-particulares>
- González-Castillo, M.G. & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (11ª ed.). McGraw Hill Interamericana.
- Gutiérrez Ramos, M. (2022). Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 1-3. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2407>
- Ibañez-Alfonso, L. E., Fajardo-Peña, M. T., Cardozo-Ortiz, C. E. & Roa-Díaz, Z. M. (2020). Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos. *Revista de la Universidad de Santander*, 52(1), 33-40. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (6ª ed.). Elsevier.
- NANDA International, Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (eds.). (2021). *Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificaciones 2021-2023* (12ª ed.). Elsevier.
- Reyes Tigrero, K. T., Crespo Zamora, M. V., Galarza Ibáñez, D. L. & Naranjo Ramos, Á. A. (2020). Mortalidad materna en síndrome de HELLP. *RECIMUNDO Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(1), 229-235. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.229-235](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.229-235)
- Rubio Sevilla, J. C. (2014). Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. *Enfermería en Cardiología*, 21(62), 25-31. https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_02.pdf
- Sánchez Tapia, M. Á., Chapues Andrade, G. L., Cáceres Miranda, M. C. & Medina Sarmiento, M. L. (2021). Características clínicas del síndrome de HELLP. *RECIMUNDO Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 5(2), 169-178. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.169-178](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.169-178)

Anexo 1

Tabla 5. Lista de abreviaturas.

Abreviatura	Significado
°C	Grados Celsius
c/	Cada
EB	Exceso de base
Fr	French
g/dl	Gramos por decilitro
gr	Gramos
HCO ₃	Bicarbonato
hr	Hora
IV	Intravenosa
Lt/min	Litros por minuto
mEq	Miliequivalentes
mg	Miligramos
mg/dl	Miligramos por decilitro
ml	Mililitros
ml/hr	Mililitros por hora
mmHg	Milímetros de mercurio
PaCO ₂	Presión parcial de dióxido de carbono
PaO ₂	Presión parcial de oxígeno
pH	Potencial de hidrógeno
PRN	Por razón necesaria
SatO ₂	Saturación de oxígeno
U/L	Unidades por litro
UI/L	Unidades internacionales por litro
VO	Vía oral
x'	Por minuto

Fuente. Elaboración propia.

Migración, salud, y justicia social
Migration, health, and social justice
Migração, saúde e justiça social

Fernández-Sánchez, Higinio  0000-0003-4992-7096
Texas Medical Center, University of Texas at Houston,
Cizik School of Nursing, Houston, Texas, United States of America.
higinio.fernandezsanchez@uth.tmc.edu

El autor de este escrito es enfermero con estudios de posgrado, nacido en un pequeño lugar del estado de Veracruz en México. Yo, HFS me identifico como una persona de color, mestizo, hombre cisgénero, gay y migrante. Como poblador migrante en Texas, EE. UU. aprecio la fortuna de vivir en tierras de Pueblos Nativos, específicamente las de los grupos Atakapa-Ishak, Tāp Pīlam Coahuiltecan, la Banda Sana de la Tribu Tonkawa y Karankawa.

Actualmente, soy doctorante en la Universidad de Alberta en Canadá, enfermero-investigador en la Universidad de Texas en Houston, y participo en esfuerzos académicos, de investigación y de activismo digital en temas de justicia social, equidad, migración, diversidad e inclusión (Fernández-Sánchez *et al.*, 2022a). He fungido como ponente en diversas ocasiones en conferencias sobre estos temas, en Alemania, Canadá, Colombia, Estados Unidos, y México, siendo estas tanto de manera presencial como en línea.

Mis intereses profesionales tienen como origen mi propia experiencia de vida. Esto como consecuencia de haber vivido como inmigrante de los 6 a los 21 años en EE. UU., y posteriormente a falta documentación migratoria, haber regresado a México a formarme cursando la Licenciatura en Enfermería, y ya una vez posicionado como profesional, investigador y académico, me permitió volver a EE. UU., ahora como científico en enfermería. Lo que motivó que enfocara mi rol de activista, enfermero, e investigador en la interacción entre la migración humana y la salud, educación, y género (Fernández-Sánchez, 2021a; Fernández-Sánchez, 2021b).

Actualmente, mi trabajo se centra en erradicar las inequidades sociales que impiden que los migrantes gocen en plenitud de sus derechos humanos, contemplando dentro de estos la salud universal. En concreto mis temas de interés incluyen la salud global, migración, educación y género (Fernández-Sánchez *et al.*, 2020), la migración de personas hispanohablantes (Fernández-Sánchez *et al.*, 2020; Fernández-Sánchez *et al.*, 2022c), la migración de enfermeras de América Latina y el Ca-



ribe (Fernández-Sánchez *et al.*, 2022b; Fernández-Sánchez *et al.*, 2021; Marfo & Fernández-Sánchez, 2021), y de manera general personas que se encuentran en mayor riesgo (por ejemplo, sobrevivientes de trata humana, víctimas de violencia), siendo estas poblaciones minoritarias las que sufren mayor riesgo de inequidad, injusticia y desinformación (Enríquez-Hernández *et al.*, 2021; Marfo *et al.*, 2022).

Toda labor social trae aparejada una serie de desafíos e incluso, riesgos a la integridad física, mental y emocional. En mi desempeño como promotor de justicia social que busca apoyar a las comunidades migrantes, he experimentado de primera mano situaciones retadoras, entre las que destacan: la capacidad de establecer vínculos de confianza con grupos de personas, principalmente por el temor de estas a compartir información sensible. Otro reto ha sido la lucha de poder entre los actores políticos y sociales, ya que buscan priorizar sus agendas de acuerdo a sus intereses. Un último reto para mencionar entre tantos sería el de desarrollar y promover temas etiquetados como radicales, como el acceso al aborto seguro, protección de los derechos humanos de la comunidad LGTTQ+, y movimientos feministas que me colocan en situación de conflicto con otros grupos, como, por ejemplo, agrupaciones religiosas, y padres de familia (Rodríguez, 2017; San Martín, 2017).

La labor social también tiene sus bondades, pues me genera satisfacciones en diversos ámbitos, como investigador, tengo la capacidad de identificar las injusticias sociales de la población migrante y de otros grupos en riesgo, y proponer, desarrollar e implementar acciones y estrategias, que minimicen o erradiquen dichas problemáticas (Fernández-Sánchez, 2023; Fernández-Sánchez *et al.*, 2022c). Como activista social, la labor altruista como la recaudación de fondos, la dispersión de información benéfica para los migrantes, así como el apoyo a clínicas de salud e instancias migratorias (Donadora, 2020).

La población migrante se beneficia directa e indirectamente de todo lo anterior al recibir información relevante, confiable y veraz, teniendo herramientas reales para poder continuar en la búsqueda de sus derechos universales- herramientas con las que no conté, en mi proceso migratorio.

Referencias

- Donadora. (2020). *Veracruzanos en el Extranjero apoyando a su Estado*. <https://donadora.org/campanas/veracruzanos-apoyando>
- Enríquez-Hernández, C. B., Ortiz-Vargas, I., Petrovich, I. S., Martínez-Jiménez, L., Méndez-Cordero, E. & Fernández-Sánchez, H. (2021). Violencia hacia el profesional de enfermería: una etnografía focalizada. *Ciencia y Enfermería*, 27, 18, 1-10. <https://doi.org/10.29393/CE27-18VHCH60018>
- Fernández-Sánchez, H. (26 de febrero de 2023). Análisis, críticas, y propuestas sobre las Políticas de Migración de Retorno en México. *La Jornada Veracruz*. <https://jornadaveracruz.com.mx/suplementos/veracruz-tierra-de-migrantes-febrero-2023/>



- Fernández-Sánchez, H., Guerrero-Castañeda, R. F. & González-Soto, C. E. (2022a). El activismo académico como necesidad en la investigación comunitaria en salud. *ACC CIETNA*, 9(1), 290-296. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.702>
- Fernández-Sánchez, H., Jazmín-Laureano, O., Ortiz-Vargas, I., Vásquez-Ventura, I.S., Salazar-Mendoza, J. (2022b). Transiciones migratorias de profesionales de enfermería mexicanos en Alemania. *Ciencia y Enfermería*, 28, 8, 1-11. <https://dx.doi.org/10.29393/ce28-8tmhj50008>
- Fernández-Sánchez, H., Vásquez-Ventura, I. S., Rivera-Ramírez, P. I. & Zahoui, Z. (2022c). Migración de retorno en Latinoamérica y el Caribe: Una revisión sistemática exploratoria. *Migraciones Internacionales*, 13, 3, 1-23. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2431>
- Fernández-Sánchez, H. (2021a). *Becoming a Ph D prepared nurse after growing-up Undocumented in the USA* [Video]. YouTube. https://youtu.be/vVNB9o-v3_o
- Fernández-Sánchez, H. (2021b). *Higinio Fernández Dreamer, Returnee, DACA* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/h5GMSzjq28s>
- Fernández-Sánchez, H., Vásquez-Ventura, I. S., Ortiz-Vargas, I., Jazmín-Laureano, O., Salazar-Mendoza, J., del Ángel-Salazar, E. M. & Zepeta-Hernández, D. (2021). Enfermeros mexicanos en Alemania en tiempos de Covid-19. *Salud Pública De México*, 63(6), 824, 1. <https://doi.org/10.21149/13194>
- Fernández-Sánchez, H. (2020). Transnational migration and Mexican women who remain Behind: An intersectional approach. *Plos One*, 15(9), e0238525, 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238525>
- Fernández-Sánchez, H., Salma, J., Márquez-Vargas, P. M. & Salami, B. (2020). Left-behind Women in the Context of International Migration: A Scoping Review. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(6), 606–616. <https://doi.org/10.1177/1043659620935962>
- Marfo, E. A., Fernández-Sánchez, H. & Annor, B. O. H. (2022). Challenges of undocumented immigrants in Canada and the USA during the COVID-19 pandemic: a review. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 18(4): 332-340. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-07-2020-0072>
- Marfo, E. A. & Fernández-Sánchez, H. (2021). Inaccessibility to Bridging Programs and Systemic Barriers Are Unnecessary Delays: Response to Lee and Wojtiuk (2021). *Nursing Leadership*, 35(2): 8-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976779/>
- Rodríguez, J. (15 de diciembre de 2017). Veracruz tiene una gran deuda con las mujeres. *El Heraldo de Poza Rica*. <https://elheraldodepozarica.com.mx/estado/poza-rica/56415-veracruz-tiene-una-gran-deuda-con-las-mujeres.html>
- San Martín, A. C. (2017). *Promueven la sustentabilidad y diversidad*. Universidad Veracruzana, Región Poza Rica, Noticias. <https://www.uv.mx/pozarica/noticias/general/promueven-la-sustentabilidad-y-diversidad/>