

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE
CON SINDROME DE HELLP EN EL SERVICIO GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

LUCIA MERCADO RAMOS

Número de cuenta

407119288

DIRECTOR ACADEMICO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIÉRREZ

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
1. OBJETIVOS.....	2
2. JUSTIFICACION.....	3
3. METODOLOGIA.....	4
4. MARCO TEORICO	
4.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	
4.1.1. Proceso enfermero.....	5
4.1.2. Etapas del Proceso Enfermero.....	6
4.1.2.1. Valoración.....	6
4.1.2.2. Diagnostico de Enfermería.....	19
4.1.2.3. Planeación.....	31
4.1.2.4. Ejecución.....	38
4.1.2.5. Evaluación.....	41
4.2. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	42
4.2.1. Supuestos.....	44
4.3 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	
4.3.1. Órganos genitales internos.....	50
4.3.2. Órganos genitales externos.....	53
4.3.3. Ciclo reproductor femenino.....	54

4. 4 SINDROME DE HELLP.....	56
5. VALORACION DE ENFERMERIA	
5.1. Hoja de Valoración de la Enfermera (o) según el Modelo de Virginia Henderson.....	61
6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.....	67
7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	69
8. PLAN DE ALTA.....	86
9. CONCLUSIONES.....	88
10. SUGERENCIAS.....	89
11. BIBLIOGRAFIA.....	90
12. ANEXOS.....	91

DEDICATORIAS

A mi madre

Por el apoyo recibido durante mi carrera, la confianza brindada aun en los momentos difíciles y en especial por tu cariño, para el cual no existen palabras que expresen lo que ha significado en el transcurso de mis estudios. Por esto y mucho más, mi mas profundo agradecimiento.... Gracias

A mis hermanas

Por el apoyo incondicional y moral que siempre me han brindado por guiarme y alentarme acertadamente ante los obstáculos que se me presentan, a ustedes por el gran esfuerzo que por mí hicieron en la realización y culminación de mi carrera la cual será mi mejor regalo. Por esto y más....Gracias

A mis amigas

Por comprenderme y apoyarme sin pedir nada a cambio. Especialmente a ti Maritza gracias porque me has visto sufrir y has querido aliviar mis penas, me has oído llorar y has hecho esfuerzos por hacerme sonreír. Tal vez no la haya dicho pero valoro todo lo que me has brindado, y gracias a tu paciencia hoy logro culminar uno de mis mas grandes sueños por esto y por tu gran amistad.... Gracias

A el profesor

Armando Ortega Gutiérrez por su brillante asesoría y dedicación que me brindo en la elaboración de mi trabajo. Gracias

INTRODUCCION

Desde tiempos muy remotos se ha sobreentendido la actividad del profesional de enfermería y por ende sus conocimientos, técnicas y practica como colaboradoras de la practica medica; sin embargo desde hace más de un siglo enfermería continua ejerciéndose como profesión y fue Florence Nightingale, que a mediados del siglo XIX expreso que enfermería se basaba en el conocimiento de la persona y de su entorno por lo que la función de la enfermera era “situar al persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actué sobre él”, otorgando así a enfermería una base de conocimientos diferente a la utilizada por el médico en el ejercicio de la profesión.

Pero fue hasta los años 50's cuando dio inicio una seria discusión sobre la necesidad de desarrollar articular y analizar el actuar de enfermería como disciplina científica, se trata de modificar el cuidado enfermero que se ha adquirido por tradiciones y principios a través de aprendizaje, acumulado por los años de experiencia.

Actualmente se habla ya de Modelos de enfermería y de la importancia del método enfermero como un instrumento que guía la perspectiva del actuar profesional, utilizando una metodología que permite a través del razonamiento critico, actuar de modo sistemático al planificar las acciones de enfermería lo que permite finalmente unificar criterios en el momento de definir un problema de enfermería, logrando ayudar a diferenciar nuestra función de cuidar mediante un enfoque holístico.

Este trabajo fue diseñado de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, su contenido temático consta de una metodología donde se retoman las etapas del Proceso en un marco teórico conceptual, donde se analizan las 5 etapas que conforman el proceso enfermero, incluyendo los aspectos anatomofisio-patologicos, aterrizando con el Modelo de Virginia Henderson aplicado a una paciente con Síndrome de Hellp en el Hospital General de México en el servicio de Gineco-Obstetricia, este caso fue estudiado en Marzo del año en curso. Fue elegido por ser un caso interesante, poco frecuente en nuestro país con un pronóstico grave de corto tiempo.

OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una persona con Síndrome de Hellp, con la finalidad de personalizar y humanizar los cuidados de enfermería basados en el Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México.

1.2. Objetivos Específicos

- Determinar las prioridades de los cuidados
- Establecer un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades detectadas
- Llevar a la práctica las actuaciones de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente

2. JUSTIFICACION

Este trabajo se elaboró por ser un caso interesante. El síndrome de Hellp; poco frecuente en nuestro país, sin embargo su pronóstico es grave a corto tiempo.

La importancia de este trabajo es aplicar el proceso de atención de enfermería en una persona con este síndrome de acuerdo a sus necesidades y jerarquizando estas con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson a través del proceso de Atención de Enfermería y sus cinco etapas.

De esta forma se ampliarán los conocimientos teórico-prácticos del Lic. en Enfermería y Obstetricia como parte fundamental en su formación como profesional de la salud además de fomentar la investigación y optimizar el tiempo.

La esencia de este trabajo radica en conocer la realidad del escenario práctico de la enfermera (o) con el fin de sistematizar los cuidados en base a sus necesidades para establecer un plan de atención en enfermería oportuno y adecuado que favorezca reintegrar al paciente en las mejores condiciones de salud a su núcleo familiar y por ende a la sociedad.

3. METODOLOGIA

Para elaborar este trabajo fue necesario asistir a práctica clínica en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año en curso, correspondiente al 8vo semestre de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Fue necesario acudir a varias asesorías con el maestro Armando Ortega Gutiérrez las cuales se llevaron a cabo en la escuela.

Lugar: Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México

Tiempo: Práctica clínica de Enero a Marzo del 2010

Métodos de Recolección

Se llevo a cabo de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería

Valoración: en esta etapa se diseño un instrumento de valoración previa recolección de datos y análisis de la información.

Diagnostico: en esta fase de jerarquización las necesidades y se estructuraron los diagnósticos de enfermería tomando como referencia los diagnósticos de la NANDA y el Modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas.

Planeación: se formularon estrategias para dar solución a la problemática de la paciente se establecieron prioridades, elaboración de objetivos y el plan de cuidados de enfermería

Ejecución: se aplicaron los cuidados específicos con la finalidad de alcanzar los objetivos trazados

Evaluación: en esta última etapa se llevo a cabo la evaluación de las intervenciones de enfermería y de los objetivos esperados.

4.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.1. PROCESO ENFERMERO

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente” (Alfaro, 1999; 4)

CARACTERÍSTICAS

Es un método porque es una serie de pasos metodológicos a seguir por el profesional de enfermería, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de la persona, por lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico

Es sistemático, por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es Humanista, por considerar a la persona como un ser holístico (Total integrado), que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es Intencionado, porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño de la persona y el de la enfermera (o).

Es Dinámico, por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia de la persona.

Es Flexible, porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es Interactivo, por requerir de la interrelación humano-humano con el o las personas para acordar y lograr objetivos comunes.

Beneficios que se obtienen de su aplicación

Al aplicar el proceso se delimita el campo de acción específico de enfermería y con ello se demuestra que el profesional de enfermería realiza un sin número de acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermería complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana”

(Alfaro 1999; 10)

La enfermera (o) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo de salud dadas sus diversas competencias profesionales, además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo” (Alfaro 1999; 16) pues emplea “principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias” (Alfaro 1999; 17).

Por otra parte el proceso involucra a la persona, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

4.1.2. ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

Consiste de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

Estas son:

- VALORACIÓN
- DIAGNÓSTICO
- PLANEACIÓN
- EJECUCIÓN
- EVALUACIÓN

4.1.2.1. VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso que nos permite reunir la información necesaria referente a la persona, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

La valoración que realiza la enfermera (o) de la persona tiene que ser total e integradora por lo tanto debe seguir un enfoque holístico; mediante la aplicación de un modelo enfermero que favorezca la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico, para identificar las respuestas fisiopatológicas

La valoración por un modelo médico utiliza dos métodos de exploración ya sea de cabeza a pies o bien por aparatos y sistemas.

Pasos para realizar la Valoración

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa de la persona, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres pasos que se deben realizar en la etapa de Valoración:

1. Recolección de la Información
2. Validación de la Información
3. Registro de la Información

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Inicia desde el “primer contacto con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente, hasta que la persona sea dada de alta” (Alfaro 1999; 30) Por lo tanto es indispensable aprovechar cada momento en que esté con la persona y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas.

Las fuentes directas primarias son la persona y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información). Los amigos y otros profesionales de salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos.

SOBRE EL USUARIO Y SU FAMILIA

Las fuentes indirectas son: el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, con la finalidad de evitar omisiones y facilitar la agrupación de datos.

Esta guía de contemplar: Datos biográficos de la persona o familia (ejemplo: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión etc.); antecedentes personales y familiares de enfermedad (ejemplo: enfermedades anteriores de la persona y de la

familia, padecimiento actual, tratamiento y medicamentos etc.). Aspectos a valorar de acuerdo al modelo enfermero que se va a utilizar (ejemplo: patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas etc.) y los datos para el examen físico.

La recolección de los datos de la persona puede ser general y específica.

Inicialmente se tendrá conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

“Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos objetivos, históricos y actuales” (Lyer 1997; 36). Los datos subjetivos son aquellos que la persona nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual, (ejemplo: dolor, debilidad, temor, impotencia etc.). Los datos objetivos es la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos: (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc.). Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud de la persona (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se ha tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos etc.) y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta y hospitalización (ejemplo: hipertermia, deshidratación, sangrado, insomnio, alcoholismo, ansiedad etc.).

Toda la información se recolecta por medio de la observación, la entrevista y del examen físico ambos “se complementan y clarifican mutuamente”, (Alfaro 1998; 4) se pueden realizar en forma simultánea¹.

LA OBSERVACIÓN

La observación es una habilidad que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), a través de ella se llega un diagnóstico de presunción o certeza y permite iniciar la planeación del proceso de enfermería. Esta herramienta debe utilizarse desde el primer encuentro con la persona y durante se estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad de la persona (características, actividad física, manifestaciones clínicas y necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones relaciones y ambiente) que lo rodea.

¹ Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar Aguirre Cámara Nac. Editorial p.p. 29-49

Un elemento importante es la observación objetiva y no la interpretación personal en relación con la persona, para no distorsionar la realidad de lo que está sucediendo.

En cuanto a las observaciones de enfermería, estas deben reflejar fielmente las intervenciones en la persona, estado de salud, reacción física y psicológica a la enfermedad, el tratamiento y su evolución².

LA ENTREVISTA

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que a través de ella se obtiene el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera (o) realiza la historia de la persona.

La entrevista informal es la conversación entre enfermera (o) y persona durante el curso de los cuidados.

La entrevista tiene cuatro finalidades las cuales son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera (o) /persona
- Permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera (o) a determinar otras áreas que requieren un análisis específico de la valoración.

La entrevista se compone de 3 partes: Iniciación, Cuerpo y Cierre

Iniciación: se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal.

Cuerpo: la finalidad de la conversación se centra en la obtención de la información necesaria. Inicia a partir del motivo de la consulta de la persona y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosos. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida de la información.

² Rosales Barrera et. al. "Fundamentos de Enfermería" editorial Manual Moderno, 3era Ed. México D.F. 2004 p.p.237-238

Cierre: es la fase final de la entrevista, no se deben introducir temas nuevos, es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica se enfoca en dos ámbitos:

- I. Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- II. Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica

Para llevar a cabo la entrevista existen técnicas verbales y no verbales. Las técnicas verbales son:

- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar lo que se ha comprendido de la respuesta de la persona, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales estimulan la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales son:

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista. Los componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas las más comunes son:

- Expresiones faciales
- La postura corporal
- Los gestos
- El contacto físico
- La forma de hablar
-

Cualidades del entrevistador

- Mostar seguridad en sí mismo
- Inspirar y dar confianza
- Capacidad para dar empatía a la persona

- Cortesía y tacto
- Agudeza en la observación
- Capacidad para escuchar, transcribir, seleccionar y condensar la información obtenida
- Adaptabilidad a circunstancias previstas e imprevistas³

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica se realiza a través del interrogatorio y es muy importante, ya que la información obtenida dependerá de la realización adecuada de las siguientes etapas del examen clínico.

El interrogatorio es el procedimiento que consiste en la recolección de datos de la persona para estructurar la historia de su enfermedad.

En el ejercicio profesional se ha utilizado la historia clínica como un documento que registra los antecedentes del paciente, su padecimiento y los datos correspondientes a la exploración física.

OBJETIVOS

- Establecer una relación interpersonal con la persona y sus familiares.
- Obtener información indispensable para la elaboración de un diagnóstico.

El interrogatorio puede ser de dos tipos:

- Directo cuando se obtiene la información directamente de la persona.
- Indirecto cuando se obtiene la información sobre la persona a través de sus familiares o terceras personas.

Toda información debe contener datos de identificación, antecedentes individuales, perfil de la persona y estado actual.

³ “El Proceso de Atención de Enfermería” (sitio de Internet) Disponible en:
<http://www.Terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Acceso 11 de Agosto 2010-10-14 p.p. 5-7

NORMAS DURANTE EL INTERROGATORIO

1. Valorar la importancia que tiene cada uno de los apartados de la historia clínica.
2. Elaborar las preguntas.
3. Delimitar el tiempo del interrogatorio
4. Seleccionar el lugar para realizar el interrogatorio.
5. Lograr la aceptación y colaboración de la persona o familia.
6. Mantener una actitud profesional en las relaciones con la persona y la familia.
7. Preguntar sobre el estado de las principales funciones vitales y de las manifestaciones clínicas predominantes.
8. Preguntar sobre actividades de la vida diaria (alimentación, reposo, sueño, eliminación urinaria e intestinal actividad y uso de prótesis).
9. Preguntar si recibe apoyo de tipo social (familiar o personas de su entorno).
10. Escuchar con interés y paciencia.
11. Intervenir con la finalidad de dirigir, aclarar o complementar a través de un lenguaje sencillo y claro.
12. Continuar el interrogatorio durante la exploración física⁴.

EXPEDIENTE CLÍNICO

“El expediente clínico es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones de la persona correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias”

Este instrumento de trabajo (NOM-168-SSAI-1998, del Expediente clínico) es normado por la Secretaría de Salud, organismo oficial que tiende a sistematizar homogeneizar y actualizar su manejo con principios científicos y éticos,

⁴ Rosales Barrera et.al. “Fundamentos de Enfermería” editorial Manual Moderno, 3era Ed. México D.F. 2004 p.p 165-167

estableciendo criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios para su elaboración, integración, uso y archivo.

Sus propósitos son:

- Proporcionar información sobre hechos, cifras y observaciones sobre la persona a otros integrantes del equipo de salud.
- Facilitar la evaluación del desempeño diario de cada integrante, en relación con la atención de la persona.
- Ofrecer información permanente para la investigación médica, administrativa y jurídica.

Para el cumplimiento de estos propósitos, el expediente clínico tiene como funciones:

- Coordinar la atención médica de la persona.
- Ser agente de enseñanza médica y paramédica.
- Servir como elemento básico para la investigación.

Estas funciones reportan múltiples ventajas, algunas de ellas:

- Favorecer la atención continua de la persona.
- Simplificar el registro de datos.
- Permitir la evaluación integral de la persona.
- Incrementar la comunicación entre el personal participante en la atención de la persona.
- Evaluar sistemáticamente el trabajo de los integrantes del equipo de salud, en relación con su conducta clínica.
- Servir como un instrumento útil en el proceso enseñanza-aprendizaje al personal de atención a la salud.
- Incrementar la interpretación de hechos para solucionar los problemas derivados de la investigación clínica.
- Facilitar una información verbal o resumen clínico, previa solicitud, señalando el motivo a la persona, familiar, representante jurídico o autoridad competente (judicial, de procuración justicia, sanitaria o CONAMED).

Los elementos o documentos necesarios en la elaboración, integración y uso del expediente clínico, independientemente de los formatos que cada institución de salud adquiera, deben basarse en la normatividad correspondiente y protegerse con cubierta o carpeta para conservarlos limpios e íntegros, así como facilitar su manejo. Algunos de ellos son:

- Identificación y registro administrativo.
- Hoja frontal de diagnóstico.
- Historia clínica.
- Datos de laboratorio y gabinete.
- Programas de diagnóstico y tratamiento.
- Prescripción médica.
- Evolución:
 - Notas de ingreso.
 - Notas de revisión y actualización.
 - Notas de evolución.
 - Notas de intervenciones especiales.
 - Notas de ingreso o alta
- Gráficas.
- Notas de enfermería:
 - Registros clínicos.
 - Preparación de soluciones.
 - Control de líquidos.
 - Atención de la persona en estado crítico.
 - Informe de procedimientos especiales.
- Información de interconsultas.
- Hojas de concentración.

- Urgencias.
- Atención al parto.
- Intervención quirúrgica.
- Hoja de anestesia.
- Hojas de procedimientos mayores de diagnóstico y tratamiento.
- Hojas de referencia o traslado.
- Hoja de medicina del trabajo.
- Actividades de medicina preventiva.
- Notas de trabajo social.
- Otros:
 - Nota de estudios anatomopatológicas.
 - Información autopsia.
 - Correlación anatomoclínica.
 - Cartas de consentimiento bajo información: son documentos escritos sujetos a requisitos previstos en las disposiciones sanitarias y signados por la persona o su representante legal, mediante los cuales acepta bajo debida información de riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Los principales estudios que requieren este documento son los relativos a ingreso hospitalario, intervenciones quirúrgicas mayores, procedimientos que necesiten anestesia general, salpingoclasia, vasectomía, trasplantes orgánicos, investigación clínica necropsia, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que extrañen mutilación. Cuando la persona da su consentimiento por escrito debe hacerlo ante testigos.
- Hojas de notificación sobre accidentes, muerte o vigilancia epidemiológica⁵.

⁵ Ibidem p.p. 238-240

EXAMEN FÍSICO

El examen físico nos permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de una persona y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Este debe ser completo sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o bien de cabeza a pies.

Para realizar el examen físico se requieren: cuatro técnicas principales: Inspección, palpación, percusión y auscultación (Kosier 1993; 393). Además de la medición de los signos vitales y somatometría.

La enfermera debe practicar el examen físico integral. Para ello se requiere de conocimientos, habilidades y actitudes para tener éxito en esta valoración.

TECNICAS PARA REALIZAR EL EXAMEN FÍSICO

INSPECCIÓN

Consiste en la valoración que se hace utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído (Kosier 1993; 393). Mediante la inspección se puede valorar la forma del cuerpo expresiones faciales, características de la piel, movimientos, olor y ruidos que emite la persona.

PALPACIÓN

Es el examen corporal utilizando el sentido del tacto (Kosier 1993; 393) a través de las yemas de los dedos se determina textura, temperatura, posición y tamaño de los órganos, pulsos periféricos etc.

PERCUSIÓN

Es una técnica en la cual se dan pequeños golpes en la superficie corporal para producir sonidos o vibraciones (Kosier 1993; 394). Se utiliza para estimar el tamaño y la forma de los órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido.

AUSCULTACIÓN

Es el procedimiento que se realiza para escuchar los sonidos emitidos por el cuerpo (Kosier 1993; 395). Se utiliza para valorar el funcionamiento de diversos órganos, mediante el sentido de la audición y a través de un estetoscopio.

Otro aspecto importante del examen físico es la toma de signos vitales ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiendo detectar problemas de salud reales y de riesgo esta actividad de enfermería debe realizarse al ingreso de la

persona, cuando presente cambios en su estado de salud, antes y después de realizar cualquier acción de enfermería.

Por último es indispensable tomar la somatometría, perímetros y segmentos corporales, estos parámetros también nos permiten valorar el estado de salud de la persona, al identificar el crecimiento normal de las estructuras corporales, asimismo sirven para calcular dosis de medicamentos por el médico. Lo que favorece de una prescripción correcta del tratamiento de acuerdo con los requerimientos de cada persona.

Es requisito indispensable que la enfermera (o) durante la recolección de la información identifique los recursos de la persona, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales las cuales son determinantes para las etapas de diagnóstico y planeación. Entre los recursos se pueden mencionar los siguientes; el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros.

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Después de reunir la información de la persona tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas” (Alfaro 1998; 53).

Para la validación de datos es necesario: revalorar a la persona, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte los datos en los que no esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar a la persona, familia y a otros integrantes del equipo de salud. La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten problemas para la agrupación e interpretación de la información.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

El registro de la información tiene como objetivos “favorecer la comunicación entre los profesionales del equipo de salud, facilitar la calidad de los cuidados, proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia, formula un registro legal y sirve como base para la investigación en enfermería” (Lyer 1997; 81).

La comunicación verbal con el equipo de salud es prioritaria al registrar la información, sobre todo si se trata de datos que representan alteraciones o cambios de salud en el estado de salud de la persona, porque permiten adoptar medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

El registro de los datos varia de una institución a otra. “Sin embargo saber cómo y que anotar es importante tanto para el paciente, como para el profesional de enfermería para protegerse de posibles demandas por mala práctica profesional” (Alfaro 1996; 66).

Las recomendaciones que se deben de tomar en cuenta al momento de realizar las anotaciones son:

1. Cumplir las normas Institucionales.
2. Evitar juicios de valor.
3. Escribir textualmente lo que la persona expresa (entre comillas).
4. Acompañar las inferencias con las evidencias.
5. Señalar y escribir la palabra ERROR y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector).
6. Procurar que la información sea importante y relevante.
7. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
8. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
9. Evitar dejar espacios en blanco.
10. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
11. Anotar siempre la fecha y hora en que realiza el registro.
12. Escribir toda la información que proporcione el equipo de salud.

13.Registrar cuando la persona o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica⁶.

4.1.2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es segunda etapa del proceso enfermero y se basa en las respuestas de la persona, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espirituales, y sociales. Todas las situaciones que la enfermera (o) puede atender de forma independiente.

El diagnóstico de enfermería se dirige particularmente a examinar las áreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente las cuales son: Prevención, Educación para la salud, Cambio de actitudes hacia la salud o el tratamiento, para su total cumplimiento.

El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar; y debe ser validado por la persona cuando esto sea posible.

DEFINICIONES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras (os) son responsables de identificar y tratar de forma independiente (Rosalinda Alfaro 1993).

El diagnóstico de enfermería. Es la expresión del problema de un paciente, al cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos por la enfermera (o) (Munding y Jaurón 1975).

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo humano y que las enfermeras (os) pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- Reales,
- Potenciales y

⁶ Rodríguez Sánchez B.A. "Proceso Enfermero". Ediciones Cuellar Aguirre Cámara Nac. Editorial p.p. 43-48

➤ Posibles

DIAGNÓSTICO REAL

Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir están presentes los signos y síntomas.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL

Es el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo que pueden presentarse posteriormente.

DIAGNÓSTICO POSIBLE

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Cada categoría diagnóstica aceptada por la NANDA, consta de tres elementos:

1. Título o etiqueta
2. Características definitorias
3. Factores etiológicos o relacionados

TITULO O ETIQUETA

Descripción breve del problema de salud.

Consta de dos partes unidas por la frase “relacionado con”

El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponde a la etapa de planificación.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Grupo de signos y síntomas que se presentan en ese diagnóstico en particular.

FACTORES ETIOLÓGICOS O RELACIONADOS

Identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

¿CÓMO FORMULAR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL?

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas). Para su descripción. Se formula en partes que incluyen lo siguiente:

- ❖ El problema (P)
- ❖ La causa o etiología (E)
- ❖ Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en el paciente).(S)

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación por la inclusión de signos y síntomas.

Se ha practicado hace varios años en las escuelas de enfermería.

Lyer W. Patricia (1991) describe 10 normas para escribir diagnóstico de enfermería:

1. Escribir el diagnóstico con términos; que se refieran a las respuestas más que a las necesidades.
2. Utilizar relacionado/a, con.
3. Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
4. Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
5. Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
6. No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
7. La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
8. Debe quedar muy claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
9. Se debe expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de la actuación de enfermería.
10. El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría de enfermería.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS POTENCIALES

La forma de enunciarlo sería citando primero la etiqueta diagnóstica precedido de la palabra potencial y relacionado con la etiología o factor relacionado.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS POSIBLES

La forma correcta de escribir sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra posible y relacionado con la etiología.

La forma correcta de escribirlo sería anotando la palabra posible precedido del nombre o etiqueta diagnóstica y relacionado con la etiología como factor relacionado.

PASOS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

ANÁLISIS DE DATOS

Al realizar el análisis de datos, es importante tener presente las características o cifras normales, tanto en lo que se refiere al funcionamiento del organismo como a las respuestas de la persona y su familia así mismo de las condiciones impuestas por la enfermedad.

Esto ayudará a identificar si está presente algún signo o síntoma que represente un problema de salud (signos de dependencia).

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Estudie la información que tiene y una los datos que tengan relación entre sí.
- Si identifica signos relevantes, trate de reunir la mayor información sobre estos, hasta que no tenga duda sobre la existencia de un problema.
- Nombre el problema utilizando la etiqueta que más se asemeje a los datos que presenta a la persona.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

La utilidad de identificar los problemas interdependientes radica en que se pueden prevenir complicaciones, porque este tipo de problemas al profesional de enfermería le corresponde identificar si son potenciales.

IDENTIFICACIÓN DE CAPACIDADES O DATOS DE INDEPENDENCIA

- Pregunte a la persona y familia sobre las funciones de su organismo que considere sanas, los hábitos y costumbres saludables.
- Pregunte sobre las relaciones o personas que le ayudan a salir adelante cuando tiene problemas de algún tipo.
- Los recursos de la comunidad que utiliza o puede utilizar.
- Si muestra disposición para aprender lo relacionado a su problema de salud y está dispuesto a cooperar en lo necesario.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El uso del diagnóstico de enfermería permite a la enfermera (o) ir más allá del modelo médico, e identificar aquellos problemas que pueden o no estar relacionadas con el diagnóstico médico las enfermeras (os) pueden asumir más completamente su rol diferenciado como administradores de cuidados de la salud.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método para describir el estado de salud de una persona de forma clara y concisa para facilitar la comunicación y el reconocimiento⁷.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APROBADOS POR LA NANDA

Los diagnósticos de enfermería formulados, aprobados y revisados por la NANDA, (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se organizan como en la clasificación conocida como TAXONOMÍA 1 revisada dicha clasificación a

⁷ Gonzales M.A. "El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson". Editorial Progreso 1era Ed. 1997 p.p. 31-40

diferencia de otras en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales sino que agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.

LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA APROBADOS POR LA NANDA

Los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que el profesional de enfermería pueden identificar, validar y trata de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características, normas, reglas y criterios previamente establecidos.

Esta taxonomía debe ser considerada como un listado de diagnósticos abierto a nuevas inclusiones e innovaciones. La inclusión de nuevos diagnósticos en dicha taxonomía se realiza en base a unos criterios establecidos por la NANDA que implican seguir todo un complejo proceso de validación. Así pues, se puede afirmar que es muy probable que en un futuro próximo aparezcan nuevos diagnósticos que las enfermeras (os) identifiquen como tales y que sean validados y posteriormente incluidos en la taxonomía por la NANDA.

En la edición Diagnósticos enfermeros de NANDA-I Definiciones y clasificación 2009-2011 se exponen 206 diagnósticos, los cuales están agrupados en once patrones de respuesta humana:

1. Patrón de manejo-percepción de la salud
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón de eliminación
4. Patrón de actividad-ejercicio
5. Patrón de reposo-sueño
6. Patrón cognitivo-perceptual
7. Patrón de autopercepción-autoconcepto
8. Patrón de rol-relaciones
9. Patrón de sexualidad-reproducción
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés
11. Patrón de valores creencias

Estos patrones expresan las interacciones que se producen entre la persona y su entorno en todas las etapas de su ciclo vital y en cualquier situación.

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA-I 2009-2011

Dominio 1

Promoción de la salud

- Descuido personal
- Disposición para mejorar el estado de inmunización
- Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
- Gestión ineficaz de la propia salud
- Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar
- Deterioro del mantenimiento del hogar
- Mantenimiento ineficaz de la salud
- Disposición para mejorar la nutrición

Dominio 2

Nutrición

- Deterioro de la deglución
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
- Desequilibrio nutricional : ingesta superior a las necesidades
- Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- Riesgo de deterioro de la función hepática
- Ictericia neonatal
- Riesgo de nivel de glucemia inestable
- Riesgo de desequilibrio electrolítico
- Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos
- Déficit de volumen de líquidos
- Exceso de volumen de líquidos
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Dominio 3

Eliminación e intercambio

- Deterioro de la eliminación urinaria
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria

- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria por rebosamiento
- Incontinencia urinaria refleja
- Retención urinaria
- Diarrea
- Estreñimiento
- Estreñimiento subjetivo
- Riesgo de estreñimiento
- Incontinencia fecal
- Motilidad gastrointestinal disfuncional
- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
- Deterioro del intercambio de gases

Dominio 4

Actividad / reposo

- Deprivación de sueño
- Insomnio
- Trastorno del patrón de sueño
- Disposición para mejorar el sueño
- Déficit de actividades recreativas
- Deterioro de la ambulación
- Deterioro de la habilidad para la traslación
- Deterioro de la movilidad en la cama
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
- Deterioro de la movilidad física
- Retraso de la recuperación quirúrgica
- Sedentarismo
- Riesgo de síndrome de desuso
- Perturbación del campo de energía
- Fatiga
- Disminución del gasto cardíaco
- Intolerancia a la actividad
- Riesgo de intolerancia a la actividad
- Patrón respiratorio ineficaz
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz
- Riesgo de perfusión renal ineficaz
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca

- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
- Riesgo de sangrado
- Riesgo de shock
- Deterioro de la ventilación espontanea
- Disposición para mejorar el autocuidado
- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de autocuidado: baño
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro
- Déficit de autocuidado: vestido

Dominio 5

Percepción / cognición

- Desatención unilateral
- Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- Vagabundeo
- Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva, etc.)
- Confusión aguda
- Riesgo de confusión aguda
- Confusión crónica
- Conocimientos deficientes
- Disposición para mejorar los conocimientos
- Deterioro de la memoria
- Planificación ineficaz de las actividades
- Disposición para mejorar la toma de decisiones
- Deterioro de la comunicación verbal
- Disposición para mejorar la comunicación

Dominio 6

Autopercepcion

- Disposición para mejorar el autoconcepto
- Desesperanza
- Riesgo de compromiso de la dignidad humana
- Trastorno de la identidad personal
- Impotencia
- Riesgo de impotencia

- Disposición para mejora el poder
- Riesgo de soledad
- Baja autoestima crónica
- Baja autoestima situacional
- Riesgo de baja autoestima situacional
- Trastorno de la imagen corporal

Dominio 7

Rol / relaciones

- Cansancio del rol de cuidador
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador
- Deterioro parental
- Disposición para mejorar el rol parental
- Riesgo de deterioro parental
- Procesos familiares disfuncionales
- Disposición para mejorar los procesos familiares
- Interrupción de los procesos familiares
- Riesgo de deterioro de la vinculación
- Conflicto del rol parental
- Desempeño ineficaz del rol
- Deterioro de la interacción social
- Lactancia materna eficaz
- Lactancia materna ineficaz
- Interrupción de la lactancia materna
- Disposición para mejorar las relaciones

Dominio 8

Sexualidad

- Disfunción sexual
- Patrón sexual ineficaz
- Riesgo de alteración de la díada materno/fetal
- Disposición para mejorar el proceso de maternidad

Dominio 9

Afrontamiento / tolerancia al estrés

- Síndrome de estrés del traslado
- Riesgo de síndrome de estrés del traslado
- Síndrome postraumático

- Riesgo de síndrome postraumático
- Síndrome traumático de la violación
- Aflicción crónica
- Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
- Afrontamiento defensivo
- Disposición para mejorar el afrontamiento
- Afrontamiento familiar comprometido
- Afrontamiento familiar incapacitante
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
- Afrontamiento ineficaz
- Afrontamiento ineficaz de la comunidad
- Ansiedad
- Ansiedad ante la muerte
- Deterioro de la capacidad de recuperación personal
- Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal
- Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Duelo
- Duelo complicado
- Riesgo de duelo complicado
- Estrés por sobrecarga
- Negación ineficaz
- Temor
- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
- Conducta desorganizada del lactante
- Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante
- Riesgo de conducta desorganizada del lactante
- Disreflexia autónoma
- Riesgo de disreflexia autónoma

Dominio 10

Principios vitales

- Disposición para mejorar la esperanza
- Disposición para mejorar el bienestar espiritual
- Conflicto de decisiones
- Incumplimiento
- Sufrimiento moral
- Deterioro de la religiosidad

- Disposición para mejorar la religiosidad
- Riesgo de deterioro de la religiosidad
- Sufrimiento espiritual
- Riesgo de sufrimiento espiritual

Dominio 11

Seguridad / protección

- Riesgo de infección
- Riesgo de asfixia
- Riesgo de aspiración
- Riesgo de caídas
- Deterioro de la dentición
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de lesión
- Riesgo de lesión postural perioperatoria
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Deterioro de la mucosa oral
- Protección ineficaz
- Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
- Riesgo de traumatismo
- Riesgo de traumatismo vascular
- Automutilación
- Riesgo de automutilación
- Riesgo de suicidio
- Riesgo de violencia autodirigida
- Riesgo de violencia dirigida a otros
- Contaminación
- Riesgo de contaminación
- Riesgo de intoxicación
- Respuesta alérgica al látex
- Riesgo de respuesta alérgica al látex
- Hipertermia
- Hipotermia
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
- Termorregulación ineficaz

Dominio 12

Confort

- Disposición para mejorar el confort
- Disconfort
- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Nauseas
- Aislamiento social

Dominio 13

Crecimiento / desarrollo

- Riesgo de crecimiento desproporcionado
- Retraso en el crecimiento y desarrollo
- Riesgo de retraso en el desarrollo
- Deterioro generalizado del adulto⁸.

4.1.2.3. PLANEACIÓN

Es el proceso de diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud de la persona que se han identificado durante el diagnóstico (Lyer).

Esta fase inicia después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados y consiste de cuatro etapas.

ETAPAS DE LA PLANEACIÓN

1. Determinación de prioridades.
2. Objetivos.
3. Diseño de intervenciones de enfermería.
4. Registrar el plan de cuidados.

⁸ Heather H. et. al. "Nanda International Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011". Editorial Elsevier Barcelona España 2010 p.p. 3-40,55-358

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Es una habilidad esencial del pensamiento crítico requiere que el profesional de enfermería sea capaz de decidir.

1. Que problemas necesitan atención inmediata.
2. Que problemas son responsabilidad de enfermería y cuales debe referir a otros profesionales de la salud.
3. Que problemas puede tratar aplicando los planes de cuidados estándares.
4. Que problemas no están cubiertos por los planes de cuidados estándares, sin embargo deben tratarse para garantizar la seguridad durante su estancia en el hospital.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

- Es establecer un orden preferencial para las estrategias.
- Adquirir la capacidad de valorar en conjunto todos los problemas y como estos afectan a la persona.

ETAPAS

1. Estructurar una lista de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.
2. Definir lo más importante.
3. Determinar el orden (jerarquizar). Por orden de importancia.

Ejemplo:

- ⇒ Problemas que ponen en riesgo la vida de la persona.
- ⇒ Problemas que ponen en riesgo la función (aparatos, sistemas y órganos).
- ⇒ Calidad de vida.

OBJETIVOS

- Son resultados o cambios deseados en la conducta de la persona, dirigidos a recuperar la salud.
- Son afirmaciones generales sobre los cambios esperados o deseados en su nivel de salud.
- Estos se derivan del diagnóstico de enfermería (problema o respuesta de la persona).
- Es el factor fundamental de la fase de planeación.

PRINCIPALES PROPÓSITOS DE LOS OBJETIVOS

1. Son instrumentos de medición del plan de cuidados los cuales se utilizan para medir el éxito de un plan determinado si se alcanzaron o no los resultados esperados.
2. Dirigen las intervenciones es necesario definir lo que se quiere lograr antes de decidir cómo hacerlo.
3. Son factores de motivación.

REDACCIÓN DE LOS OBJETIVOS

1. Los objetivos se deben centrar en la persona, determinando los resultados esperados del tratamiento.
2. Los objetivos se obtienen de los diagnósticos de enfermería, en los cuales se detecta el problema que la persona tiene, el resultado esperado será que no exista tal problema.
3. Formular objetivo claros y específicos y deben tener los siguientes componentes:
 - ⇒ Sujeto. ¿Quién es la persona que espera alcance el objetivo?
 - ⇒ Verbo. ¿Qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo?

- ⇒ Condición. ¿Bajo qué circunstancias va a realizar las acciones esa persona?
- ⇒ Criterio de realización. ¿En qué grado va a realizar la acción?
- ⇒ Momento específico. ¿Cuándo se espera que se realice?

4. Elegir verbos medibles. Son verbos que describen la actuación o conducta de la persona y que la enfermera (o) espera que ocurra cuando logre el objetivo. Conducta que debe ser validada mediante los sentidos.
5. Establecimiento de objetivos en tiempo.

CLASIFICACIÓN DE OBJETIVOS POR TIEMPO

Largo plazo – Más de una semana a meses.

Mediano plazo – de 4 a 7 días.

Corto plazo – Menos de tres días.

CLASIFICACIÓN DE OBJETIVOS POR DOMINIO

- AFECTIVO ⇒ Asociado a cambio de actitudes, sentimientos o valores.
- COGNITIVO ⇒ Relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.
- PSICOMOTOR ⇒ Reflejan el desarrollo de habilidades motoras.

CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS

- ⇒ Deben ser alcanzables.
- ⇒ Deben ser medibles.
- ⇒ Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde etc.).

DISEÑO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son las estrategias específicas diseñadas para:

1. Controlar el estado de salud.
2. Minimizar los riesgos.
3. Resolver o controlar un problema.
4. Colaborar con las actividades de la vida diaria (higiene).
5. Promover un estado de salud e independencia (autocuidado).

Las intervenciones de enfermería están enfocadas en las actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona, las indicaciones del profesional de enfermería implican educación, tratamientos, medidas preventivas, valoraciones de la respuesta de la persona.

TIPO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Existen tres categorías de actuaciones de enfermería: independientes, interdependientes y dependientes.

INTERDEPENDIENTES

Son las actividades llevadas a cabo por enfermería en colaboración con otros miembros del equipo de salud.

DEPENDIENTES

Son actividades que requieren indicación médica por escrito.

INDEPENDIENTES

Son actividades que puede realizar enfermería sin necesidad de indicación médica.

Pueden solucionar los problemas de la persona sin consultas, ni colaboración del médico u otros integrantes del equipo de salud.

Las actividades de enfermería relacionadas con las actividades de la vida diaria, la educación sanitaria, la promoción de la salud y el asesoramiento son competencia de la práctica de enfermería.

Todas las intervenciones exigen un juicio de enfermería y una decisión.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

1. Consecuencia. No provocar conflictos con los enfoque terapéuticos del resto del equipo de salud.
2. Base científica. Fundamento científico que apoye las decisiones y las acciones.
3. Individualización:
 - Centrarse en el factor relacionado.
 - Opinión de la persona.
 - Centrarse en las fuerzas y debilidades de la persona.
4. Ambiente seguro y terapéutico. Es posible que la urgencia del problema influya en la actuación de enfermería.
5. Oportunidad de enseñar. Aprender el autocuidado.
6. Utilidad de los recursos:
 - Equipo
 - Recursos económicos
 - Recursos humanos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Está basado en los datos de valoración y en los diagnósticos de enfermería, las prioridades y los objetivos así como en los resultados esperados.

PLAN DE CUIDADOS

- Es una norma escrita para los cuidados de enfermería.
- Permite identificar las estrategias de enfermería que hay que otorgarle a la persona.
- Coordina los cuidados de enfermería.

- Fomenta la continuidad de los mismos.
- Reduce el riesgo de asistencia incompleta, incorrecta o inadecuada.
- Permite identificar y coordinar los recursos utilizados para los cuidados de enfermería.
- Organiza la información de las enfermeras (os).
- Permite evaluar la atención de enfermería.

TIPOS DE PLANES DE ATENCIÓN

PLAN DE CUIDADOS INSTITUCIONALES

Incluye resultados esperados de la persona y actividades de enfermería de acuerdo con los estándares de la Institución.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Es un protocolo específico de cuidados apropiado para cada persona que padecen problemas habituales, predecibles o asociados con un determinado diagnóstico médico o proceso patológico.

PLANES DE CUIDADOS DEL ESTUDIANTE

Son fundamentales para aprender las técnicas de resolución de problemas, el método enfermero y lo que es más importante en la práctica aprender a manejar el plan de cuidados de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS IMPRESO EN LIBROS

Incorpora un plan de cuidados que puede ser considerado como estándar para un diagnóstico, facilitan el trabajo inicial, deben utilizarse como punto de partida nunca como un fin.

EL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERÍA DEBE TENER LOS SIGUIENTES COMPONENTES:

- La ficha de identificación (datos generales de la persona).
- Necesidades. Las cuales son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

Se considera importante enumerarlas en primera columna ya que de ellas se deriva todo el plan de cuidados.
- Diagnósticos de enfermería. Estos pueden ser reales, potenciales y posibles.
- Objetivos. Los que pueden ser a corto, mediano y a largo plazo.
- Intervenciones de enfermería. Son las actividades que realiza la enfermera con base en el diagnóstico previo, con el fin de mejorar el estado de salud de la persona.
- Fundamentación Científica. Es la razón científica de cada intervención de enfermería.
- Evaluación. Es la comparación planificada y sistemática entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados.

4.1.2.4. EJECUCIÓN

La fase de ejecución inicia después de haberse desarrollado el plan de cuidados y se enfoca en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a lograr los objetivos deseados.

Se ejecutan las intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona.

EJECUCIÓN

Se denomina como actuación, y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Es toda acción que llevo a cabo el profesional de enfermería. Que responde al plan de cuidados o a un objetivo específico del plan.

ETAPAS DE LA EJECUCIÓN

1. PREPARACIÓN

2. INTERVENCIÓN

3. DOCUMENTACIÓN

PREPARACIÓN: Consiste en una serie de actividades cada una de ellas exige el uso del razonamiento crítico.

- Revisión de las intervenciones de enfermería para confirmar que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
- Análisis del conocimiento de enfermería y las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.
- Proporcionar los recursos necesarios (de tiempo humano y materiales).
- Ambiente favorecedor. Preparar un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

INTERVENCIÓN: Las intervenciones están diseñadas para cubrir las demandas físicas y emocionales de la persona dependiendo de los problemas específicos.

- Es realizar actividades para la persona.
- Ayudar a la persona a realizar una actividad por sí mismo.

DOCUMENTACIÓN: Consiste en hacer el registro de las observaciones de enfermería.

- Hacer las anotaciones pertinentes después de dar los cuidados de enfermería.

- No se debe omitir información porque se considera como no realizada.

TIPOS DE ACTUACIONES

La ejecución pone en marcha el plan de cuidados. Una vez desarrollado el plan de acuerdo con las necesidades y prioridades de la persona el profesional de enfermería lleva a cabo actuaciones específicas que pueden ser: dependientes, interdependientes e independientes.

ESTRATEGIAS EN LA TOMA DE DESICIONES

Se deben relacionar cuidadosamente las actuaciones diseñadas para lograr los resultados esperados y conocer las diferencias entre actuaciones dependientes, interdependientes e independientes.

- Individualidad de la persona.
- Necesidades de la persona, debe participar en su cuidado.
- Prevención de complicaciones.
- Mantenimiento de las defensas naturales.
- Proporcionar comodidad y apoyo a la persona.
- Desarrollo de actividades de forma cuidadosa.

DIRECTRICES PARA EJECUTAR LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

1. Se basan en el conocimiento científico e investigación de enfermería. El profesional de enfermería debe conocer la base científica de todas las intervenciones.
2. Comprender claramente las indicaciones que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no se entienda.
3. Las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada individuo.
4. Ser siempre seguras al realizar las diversas técnicas.

5. Requieren componentes de educación, apoyo y bienestar.
6. Deben ser holísticas.
7. Deben de respetar la dignidad de la persona y favorecer su estima.
8. Fomentar la participación de la persona de acuerdo a su estado de salud.

4.1.2.5. EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistemática entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre una acción, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermera (o) en este sentido son la eficacia y la efectividad de las actuaciones Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- ⇒ Recogida de datos sobre el estado de salud /problema / diagnóstico que queremos evaluar.
- ⇒ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la conservación de los resultados esperados.

La evaluación requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud de la persona.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretados con el fin de establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear modificaciones.

POSIBLES CONCLUSIONES

- ❖ La persona ha alcanzado el resultado esperado.
- ❖ La persona está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- ❖ La persona no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a lograr. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De acuerdo con M. Caballero (1989) la evaluación se compone:

- Medir los cambios de la persona.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención de enfermería.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermería y sobre el producto final.

Al registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos*

Una característica que se debe de tener en cuenta en la evaluación es que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionando la persona y hacer ajustes o incluir modificaciones para que la atención sea más efectiva⁹.

4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897. Originaria de Kansas City Missouri, vivió su infancia en Virginia.

En 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito de Washington, se graduó y trabajo como enfermera en Nueva York.

En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso en el Teacher College de la Universidad de Colombia donde obtuvo los títulos de B.S. Y M.A. en enfermería. En 1929 Henderson ocupo el puesto de supervisora pedagógica en el Hospital de Rochester. En 1930 regreso a la universidad de Colombia como miembro del profesorado e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas 1948.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años en que fue profesora del Teachers College reescribió la cuarta edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing, de Bertha Harmer publicado en 1939. La quinta edición de este texto se dio a conocer en 1955 y contenía la definición de enfermería de Henderson. Esta autora tuvo relación con la Universidad

⁹ Fundamentos Teóricos de Enfermería. "El Método Enfermero". Unidad 4 p.p. 23-42

de Yale en la década de 1950, aportó una valiosa colaboración para la investigación en enfermería.

De 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto de Nursing Studies Index, se diseñó como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de enfermería de 1990 a 1959. Simultáneamente fue autora o coautora de otros destacados trabajos. Durante cinco años editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publicó en 1964. En su obra *The Nature of Nursing*, editada en 1966, se describe su concepto sobre la función única de enfermería. Este libro fue impreso en 1991, la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* publicado en 1978, fue realizado por Henderson y Gladys Nite y editado por la primera. Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas áreas de enfermería, habiéndose traducido sus textos clásicos a más de 25 idiomas.

En la década de 1980 Henderson permaneció activa como asociada emérita de investigación en Yale. Su influencia en enfermería la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales e importantes premios a nivel internacional. En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad a lo largo de su vida. Henderson falleció en 1996 a los 98 años.

Principales conceptos y definiciones

Enfermería. Henderson definió enfermería en términos funcionales “la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciendo de tal modo que se le facilite lograr su independencia lo más rápido posible”.

Salud. Henderson no dio una definición propia de salud, sin embargo comparó la salud con la independencia y la interpretaba como la capacidad de la persona de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería de acuerdo con su punto de vista más bien se trata de la calidad de salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital.

Entorno. Tampoco lo define. Retoma del diccionario el significado en el cual se define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona. Henderson consideraba a la persona como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables.

Necesidades. Henderson no da una definición concreta de necesidad. Sin embargo en su teoría se basa en 14 necesidades básicas de la persona las cuales son:

NECESIDADES BÁSICAS

- ❖ Necesidad de oxigenación.
- ❖ Necesidad de nutrición e hidratación.
- ❖ Necesidad de eliminación.
- ❖ Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- ❖ Necesidad de descanso y sueño.
- ❖ Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- ❖ Necesidad de termorregulación.
- ❖ Necesidad de higiene y protección de la piel.
- ❖ Necesidad de evitar los peligros.
- ❖ Necesidad de comunicarse.
- ❖ Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- ❖ Necesidad de trabajar y realizarse.
- ❖ Necesidad de jugar /participar en actividades recreativas.
- ❖ Necesidad de aprendizaje.

4.2.1. SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería

De acuerdo con Henderson la enfermera (o) actúa como integrante de un equipo de salud. Su función más importante es ayudar a individuos sanos o enfermos, sin embargo actúa al margen del médico, apoyando su plan terapéutico. Hace énfasis que la enfermera(o) puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo si la situación así lo amerita, también afirma que puede y debe diagnosticar y aplicar un

tratamiento en el momento que sea necesario. Para Virginia Henderson la (o) debe tener conocimientos tanto de Biología como de Sociología. Otra de sus funciones de la enfermera (o) es que se puede valorar las necesidades básicas de la persona.

Persona (paciente)

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar
- La persona requiere ayuda para conseguir la independencia
- La persona y su familia constituyen una unidad
- Las necesidades de la persona están incluidas en los 14 componentes de enfermería

Salud

- La salud es la calidad de vida y es fundamental para el funcionamiento humano
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Favorecer la salud es más importante que cuidar a la persona
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario

Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad
- Las enfermeras deben tener conocimientos sobre medidas de seguridad y proteger a las personas de lesiones mecánicas
- Las enfermeras (os) deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de sugerencias en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento
- Las enfermeras (os) deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos

Afirmaciones teóricas

La relación enfermera-persona

Se establecen tres niveles en relación enfermera-persona que van desde una relación muy dependiente a la práctica de independencia: 1) la enfermera (o) como sustituta de la persona, 2) la enfermera (o) como auxiliar de la persona y 3) la enfermera (o) como una compañera del persona. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera (o) como un sustituto de las carencias de la persona para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Durante los estados de convalecencia, la enfermera (o) ayuda a la persona para que recupere su independencia. Henderson afirmó que independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una independencia enferma.

Como compañeros, la enfermera (o) y la persona formulan juntos el plan de asistencia con independencia del diagnóstico. Existen necesidades básicas que pueden depender de la edad, el carácter, el estado de ánimo, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera (o) debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades de la persona sino también las condiciones y estados patológicos que lo alteran. Henderson afirmaba que la enfermera (o) debe ponerse en el lugar de la persona para conocer cuáles son sus necesidades. La enfermera (o) puede modificar el entorno siempre que lo considere necesario.

El profesional de enfermería y la persona siempre trabajan por un objetivo ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera (o) debe ser mantener la vida cotidiana de la persona lo más normal posible. Otro de sus fines importantes es favorecer la salud, Henderson señalaba que puede ser más favorable enseñar a una persona a mantener su salud que preparar a los terapeutas más especializados para que le ayuden en momentos de crisis.

La relación enfermera-médico

Henderson insistía en que la enfermera (o) tenía una función especial, diferente de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera (o) y la persona debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Remarcaba que las enfermeras (os) no están a las órdenes del médico ya que cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a las personas y los empleados sanitarios, así como que la enfermera (o) ayuda a la persona a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

El profesional de enfermería trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales de salud, todos ellos colaboran mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas que no les competen.

Aceptación por la comunidad de Enfermería

Ejercicio profesional

Con respecto al ejercicio profesional Henderson señala que la función principal de la enfermera (o) es el cuidado directo de la persona, bajo esta premisa la enfermera (o) podrá observar la evolución de la persona desde la dependencia a la independencia y deberá esforzarse en comprenderlo cuando no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria.

El método de Henderson para cuidar a la persona era deliberado y obligaba a tomar decisiones, pensaba que el cuidado de la persona día con día consistía en ir resolviendo los problemas conjuntamente con el equipo de salud.

En la fase de valoración, la enfermera (o) deberá revisar en la persona los 14 componentes de la atención básica en enfermería. Para recoger los datos las enfermeras observan, sienten y escuchan, para complementar esta etapa se hace el análisis de los datos. Para ello es necesario conocer lo que se considera normal en la enfermedad y en la salud.

Afirmaba que dado que la enfermería es el único servicio disponible las 24hrs del día no se podía discutir la capacidad de las enfermeras (os) para diferenciar lo normal de lo anormal en la salud de la persona.

Según Henderson la fase de planificación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades de la persona, la actualización de dicho plan se hará según se requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan integra el trabajo de todo el equipo de salud al aplicar el plan, la enfermera (o) ayuda a la persona a realizar sus actividades para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila.

Las intervenciones son personalizadas dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional y la capacidad física y mental de la persona.

Evaluaba a la persona de acuerdo a su grado de independencia, sin embargo un niño no puede ser independiente, como tampoco una persona inconsciente. En

algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo de la persona de depender de otros.

Formación

Henderson declaró que para que el profesional de enfermería ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades. La formación de una enfermera (o) requiere una comprensión global de todos los seres humanos.

Por otra parte, creía que el valor que la educación derivaba no solo de la suma de conocimientos adquiridos sino también de la confianza personal. Afirmaba que la enfermera (o) constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejercerla mejor.

En uno de sus libros contempla tres fases en el plan de estudios dentro del aprendizaje de todo estudiante, todas ellas giran en torno a un mismo eje, asistir a la persona cuando necesita fortaleza, voluntad o conciencia para llevar a cabo sus actividades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independencia. En primer lugar se hace hincapié de las necesidades fundamentales de la persona, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera (o) para ayudar a la persona en la realización de las tareas cotidianas. En esta etapa del programa de estudios no se remarca el estado patológico en concreto, pero se tiene en cuenta el estado que siempre presente, detecta a las necesidades básicas de la persona.

En la segunda fase, se enfatiza la ayuda a las personas para satisfacer sus necesidades en casos de grandes trastornos corporales o estados patológicos que requieren la modificación del plan de cuidados de la enfermera. La persona plantea al estudiante problemas de mayor complejidad, obliga a un mayor conocimiento de la ciencia médica y que el estudiante comprenda las razones del tratamiento.

La tercera fase, la formación se centra en la persona y la familia. El estudiante se compromete con un estudio completo de la persona y sus necesidades. Henderson ha resaltado la importancia de crear en los estudiantes de enfermería el hábito de preguntar, participar en cursos de Biología, Física y Sociología u otras Humanidades. Adentrarse en el campo del saber, observar una atención eficaz y ofrecerla en diversas circunstancias.

El texto de Henderson en el que ofrece la definición de enfermería constituye una excelente fuente de consulta para los estudiantes de enfermería y los que están realizando prácticas ya que se distingue por su profundidad en contenido. En él se

rescata el espíritu y el trasfondo de enfermería dentro del marco de la experiencia acumulada de las leyes, la medicina y la religión documentado con las publicaciones a escala mundial, con notas a pie de página y eminentemente práctico.

Investigación

Henderson recomendaba la investigación en bibliotecas, actividad a la que ella era muy aficionada, consultando las investigaciones sobre enfermería. También promocionaba a los estudiantes de nivel superior y consideraba que era necesario investigar para evaluar y mejorar el ejercicio de la profesión.

Las enfermeras (os) deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que pudieran basar su experiencia profesional. Incitaba a las enfermeras a acudir a los libros y a dirigir su propia investigación más para mejorar su actividad que prestigio académico.

Crítica

No pretendió desarrollar una teoría definitiva sobre enfermería, por el contrario desarrollo una definición personal en un intento por aclarar lo que consideraba como función especializada de la enfermera (o). Señalo que su interpretación de la función de la enfermera (o) es un compendio de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas y aclaro que no pretendía que todo el mundo estuviera de acuerdo con ella, al contrario incito a todas las enfermeras (os) a desarrollar su propio concepto.

La definición de Henderson se puede considerar una gran teoría dentro del estadio previo al paradigma del desarrollo teórico sobre enfermería. Su concepción descriptiva y fácil de interpretar se define en términos del lenguaje común. Sus definiciones de enfermería y la enumeración de las 14 funciones básicas de esta disciplina trazan una perspectiva dirigida a explicar una globalidad de la conducta de la enfermera (o) dado que su intención no era definir una teoría, Henderson no aporato afirmaciones teóricas internacionales ni tampoco las definiciones operativas necesarias para sustentar una teoría¹⁰.

4.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos internos del aparato reproductor femenino son los ovarios, las trompas uterinas (de Falopio), el útero, la vagina y los órganos externos que reciben el

¹⁰ Ann M.T. et. al. “Modelos y teorías en Enfermería” Editorial Harcourt Brace. España 1999 p.p.99-108

nombre de vulva o partes pudendas, las glándulas mamarias también se consideran parte del aparato reproductor femenino.

4.3.1. Órganos genitales internos

Los ovarios (receptáculos de los óvulos) son dos órganos que producen ovocitos secundarios (células que se transforman óvulos maduros después de la fecundación) y contienen hormonas las cuales son estrógenos y progesterona (hormonas sexuales femeninas), inhibina y relaxina. Los ovarios se originan a partir del tejido embrionario y tienen el tamaño y forma de una almendra. Hay un ovario en cada lado de la cavidad pelviana fijo por medio de ligamentos.

El epitelio germinal es una capa de epitelio simple que cubre la superficie del ovario. En un sector profundo se encuentra la corteza ovárica, región de tejido conectivo que contiene los folículos ováricos, cada folículo ovárico está compuesto por un ovocito y una cantidad variable de células que rodean y nutren al ovocito en desarrollo y comienza a secretar estrógenos cuando el folículo prolifera. Los folículos se hacen grandes hasta convertirse en folículos maduros (de Graff), formaciones grandes llenas de líquido que se preparan para romperse y expulsar el ovocito secundario. Los restos del folículo que experimenta una ovulación constituyen el cuerpo lúteo (cuerpo amarillo). El cuerpo lúteo produce progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que degenera y se transforma en tejido fibroso denominado corpus albicans (cuerpo blanco). La medula del ovario es una región profunda con respecto a la corteza ovarica, está compuesta por tejido conectivo y contiene vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios.

Ovogénesis

La ovogénesis es la formación de gametos en los ovarios a diferencia de la espermatogénesis, que en los varones comienza en la pubertad, la ovogénesis se inicia en las mujeres antes del nacimiento. Los hombres producen espermatozoides nuevos durante toda la vida, mientras que las mujeres tienen todos sus óvulos formados desde el nacimiento.

La ovogénesis ocurre casi de la misma manera que la espermatogénesis y consta de la meiosis y la maduración.

Meiosis I. Durante el desarrollo fetal temprano, las células de los ovarios se diferencian en ovogonias que pueden originar otras células que se convierten en ovocitos secundarios antes del nacimiento, la mayor parte de las células degeneran pero algunas se transforman en células más grandes denominadas ovocitos primarios. Estos ovocitos comienzan la meiosis I durante el desarrollo fetal, sin embargo no la completan hasta después de la pubertad. Al nacer hay entre 200 000

y 200 000 de ovocitos primarios en cada ovario, de estos solo alrededor 40 000 persisten hasta la pubertad, pero solo 400 maduran y se ovulan durante la vida reproductiva. El resto degenera después de la pubertad, las hormonas secretadas por el lóbulo anterior de la hipófisis estimulan el reinicio de la ovogénesis, todos los meses la meiosis I se restablece en varios primarios, aunque durante cada ciclo típico solo un folículo alcanza la madurez necesaria para la ovulación. El ovocito primario diploide completa la meiosis I y se obtienen dos células haploides de diferentes tamaños ambas con 23 cromosomas (n) y dos cromátidas cada una. La célula más pequeña que se obtiene en la meiosis I se denomina primer cuerpo polar, y es un cúmulo de material nuclear desechado. La célula más grande se denomina ovocito secundario y recibe la mayor parte del citoplasma. Una vez formado el ovocito secundario, este comienza la meiosis II que luego se detiene. El folículo en el que se desarrollan estos eventos (Folículo de Graaf o maduro) se rompe y libera el ovocito secundario en el proceso de ovulación. Meiosis II, durante la ovulación se expulsa un solo ovocito secundario hacia la cavidad pélvica y este ingresa en la trompa uterina, si un espermatozoide penetra en el ovocito secundario (fecundación) se reinicia la meiosis II. El ovocito secundario se divide en dos células haploides (n) de diferente tamaño. La célula más grande es el ovulo, la más pequeña es el segundo cuerpo polar. Los núcleos del espermatozoide y el ovulo se unen y se forma un cigoto diploide (2n) el primer cuerpo polar también puede sufrir otra división para formar dos cuerpos polares si esto sucede, el ovocito primario origina una célula haploide (n), cada ovocito primario origina un solo gameto el ovocito secundario, que se convierte en ovulo después de la fecundación en cambio cada espermatocito primario produce cuatro gametos (espermatozoides).

Trompas de Falopio

Las mujeres tienen dos trompas uterinas (de Falopio) que se extienden desde el útero hacia los lados y transportan los ovocitos secundarios desde los ovarios hacia el útero el extremo abierto en forma de embudo de cada trompa, el infundíbulo, se apoya cerca de cada ovario pero queda abierto hacia la cavidad pélvica. Esta región finaliza en una serie de proyecciones digitiformes denominadas fimbrias desde el infundíbulo. Las trompas de Falopio se extienden en dirección medial y se unen con los ángulos superiores y externos del útero, después de la ovulación corrientes locales producidas por los movimientos de las fimbrias que rodean la superficie del folículo maduro antes de la ovulación, trasladan al ovocito secundario hacia la trompa de Falopio, el ovocito se desplaza a lo largo de la trompa por la acción de los cilios en la cubierta mucosa tubaria y las contracciones peristálticas de su capa de músculo liso.

El sitio donde suele producir la fecundación de un ovocito secundario con un espermatozoide es la trompa de Falopio. La fecundación puede ocurrir en cualquier

momento hasta 24hrs después de la ovulación, el ovulo fecundado (cigoto) desciende hacia el útero en siete días.

Útero

El útero forma parte del trayecto que recorren los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Este órgano es el sitio donde se implanta el ovulo fecundado, se desarrolla el feto durante el embarazo y se desencadena el trabajo de parto durante los ciclos reproductivos, cuando no se produce la implantación, el útero origina el flujo menstrual. Este órgano se encuentra entre la vejiga y el recto y tiene forma de pera invertida. Las partes del útero son la porción superior a las trompas de Falopio que se denomina fondo y tiene forma de cúpula, la porción central se conoce como cuerpo y la porción estrecha que desemboca en la vagina se denomina cuello uterino, el interior del cuerpo recibe el nombre de cavidad uterina.

La capa muscular intermedia del útero, el miometrio compuesto por musculo liso y constituye el mayor volumen de la pared uterina, durante el parto se producen contracciones coordinadas de los músculos uterinos que ayuda a expulsar al feto.

La parte interna de la pared uterina se denomina endometrio y es una mucosa que nutre al feto en crecimiento o se descama todos los meses durante la menstruación si no hay fecundación. El endometrio contiene muchas glándulas endometriales cuyas secreciones nutren a los espermatozoides y al cigoto.

Vagina

La vagina es un conducto tubular que se extiende desde el exterior del organismo hasta el cuello uterino. Este órgano es el receptáculo del pene durante el coito, el sitio a través del cual se elimina el flujo menstrual y parte del canal del parto. La vagina se localiza entre la vejiga y le recto, el cuello uterino está rodeado por el fondo de saco.

La mucosa de la vagina contiene depósitos abundantes de glucógeno cuya descomposición produce ácidos orgánicos. El ambiente acido retrasa el crecimiento de los microorganismos, pero es nocivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen, sobre todos los que provienen de las vesículas seminales neutralizan la acidez de la vagina y aumentan la viabilidad de los espermatozoides. La capa muscular está compuesta por musculo liso que se apliegue delgado compuesto por mucosa que se denomina himen (membrana) y cubre el orificio vaginal o introito en forma parcial.

4.3.2. Órganos genitales externos

Periné y Vulva

El periné es el área en forma de diamante que se encuentra entre los muslos y los glúteos tanto en los hombres como en las mujeres y contiene los genitales externos y el ano.

El termino vulva o partes “pudendas” abarca los órganos genitales externos femeninos. El monte de Venus es una elevación de tejido adiposo cubierta por vello grueso que cubre la sínfisis del pubis. Desde el monte de Venus, dos pliegues longitudinales de piel denominados labios mayores se extienden hacia abajo y atrás. Los labios mayores femeninos que se desarrollan a partir del mismo tejido embrionario, contienen tejido adiposo glándulas sebáceas y sudoríparas. Al igual que el monte de Venus, los labios mayores están cubiertos por vello púbico. Por dentro de los labios mayores hay dos pliegues de piel denominados labios menores que no contienen vello púbico ni grasa y tienen algunas glándulas sudoríparas; estas estructuras tienen numerosas glándulas sebáceas.

El clítoris es una masa cilíndrica de tejido eréctil y nervioso ubicado en la unión anterior de los labios menores. En el sitio donde se unen los labios menores y cubren el cuerpo del clítoris se forma una capa de piel denominada prepucio. La porción expuesta del clítoris es el glande, el tamaño del clítoris aumenta durante la estimulación sexual.

La región entre los labios menores se denomina vestíbulo donde se encuentra el himen, el orificio vaginal o introito que es la desembocadura de la vagina hacia el exterior, el orificio uretral externo o sea la desembocadura de la uretra en el exterior y a cada lado del orificio uretral externo, las desembocaduras de los conductos de las glándulas parauretrales.

Estas glándulas presentes en la pared de la uretra secretan moco a cada lado del orificio vaginal propiamente dicho hay glándulas vestibulares mayores que producen una pequeña cantidad de moco durante la estimulación sexual y el coito con el fin de aumentar el moco cervical y proporcionar lubricación.

Durante el parto si la vagina es demasiado pequeña para que ingrese la cabeza del feto, la piel, el epitelio vaginal, la grasa subcutánea y el músculo del periné pueden desgarrarse, además los tejidos del recto pueden lesionarse. Para evitar este traumatismo antes del parto se realiza una pequeña incisión en la piel del periné y los tejidos subyacentes denominada episiotomía, la cual se sutura por planos después del parto.

Glándulas Mamarias

Las glándulas mamarias ubicadas dentro de las mamas son glándulas sudoríparas modificadas que producen leche. Las mamas se apoyan sobre los músculos pectoral mayor y serrato y se conectan con ellos a través de una capa de tejido conectivo. Cada mama tiene un área de piel pigmentada que rodea al pezón denominada areola. Esta región parece rugosa porque contiene glándulas sebáceas modificadas. La estructura interna de cada glándula mamaria tiene entre 15 y 20 lóbulos organizados en forma radiada y separados por tejido adiposo, con cordones de tejido conectivo que constituyen los ligamentos suspensores de la mama (ligamentos de Cooper) y la sostienen, en cada lóbulo hay lobulillos más pequeños que contienen glándulas secretoras de leche denominadas alveolos. La leche producida se desplaza desde los alveolos hacia una serie de túbulos que drenan en forma conjunta en el pezón.

Después del nacimiento las glándulas mamarias están hipotroficas y aparecen como pequeñas elevaciones en el tórax. Cuando comienza la pubertad y bajo la influencia de los estrógenos y la progesterona, las mamas femeninas empiezan a desarrollarse. El sistema ductal madura y se deposita grasa, lo que aumenta el tamaño de las mamas, la areola y el pezón también se agrandan y adquieren mayor pigmentación.

Las funciones de las glándulas mamarias son la síntesis, la secreción y la eyección de la leche, estas tareas constituyen la lactancia y se asocian con el embarazo y el parto. La hormona prolactina secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis estimula la producción de la leche, la progesterona y los estrógenos también contribuyen a esta tarea. La oxitocina secretada por el lóbulo posterior de la Hipofisis en respuesta a la succión del pezón por el lactante estimula la eyección de la leche.

4.3.3. Ciclo reproductor femenino

El ciclo reproductor femenino abarca los ciclos ovárico y uterino, describe los cambios hormonales que lo regulan y las modificaciones cíclicas relacionadas en las mamas y el cuello uterino.

Regulación hormonal del ciclo reproductor femenino

La hormona liberadora de gonadotropina (Gn Rh) secretada por el hipotálamo regula los ciclos ovárico y uterino. La Gn Rh estimula la secreción de Hormona Foliculoestimulante (FSH) y la hormona Luteinizante (LH) en el lóbulo anterior de la Hipofisis. Luego la FSH promueve la proliferación de los folículos y la secreción de estrógenos en los folículos en desarrollo. La LH estimula el desarrollo adicional de los folículos ováricos y la secreción completa de estrógenos. En la mitad del ciclo la

LH desencadena la ovulación y estimula la formación del cuerpo lúteo, razón por la cual esta hormona se denomina luteinizante. Estimulado por la LH, el cuerpo lúteo produce y secreta estrógenos, progesterona, relaxina e inhibina.

Los estrógenos secretados por los folículos ováricos ejercen funciones importantes en todo el organismo:

1.- Estimulan el desarrollo y el mantenimiento de las estructuras reproductoras femeninas, los caracteres sexuales secundarios femeninos y las glándulas mamarias. Los caracteres sexuales secundarios son la distribución de tejido adiposo en las mamas, el abdomen, el monte de Venus y las caderas, el ensanchamiento de la pelvis y el patrón de crecimiento del pelo en la cabeza y el cuerpo.

2.- Estimulan la síntesis de proteínas mediante una acción conjunta con factores de crecimiento semejantes a la insulina y hormonas tiroideas.

3.- Reducen la concentración sanguínea de colesterol y quizá esta sea la razón por la cual las mujeres menores de 50 años tienen menos probabilidades de sufrir cardiopatía isquémica.

La duración del ciclo reproductor femenino típico oscila entre 24 y 36 días; la fase preovulatoria tiene una duración más variable que las otras. Los eventos en los ciclos ováricos y uterinos y la secreción de hormonas en el lóbulo anterior de la Hipofisis se correlacionan con la secuencia de cuatro fases del ciclo.

La progesterona secretada por las células del cuerpo lúteo actúa junto con los estrógenos para preparar y mantener el endometrio para la implantación de un ovulo fecundado y adaptar las glándulas mamarias para la secreción de leche. Una pequeña cantidad de relaxina producida por el cuerpo lúteo durante un ciclo menstrual relaja el útero mediante la inhibición de las contracciones del miometrio. Durante el embarazo la placenta produce más relaxina que sigue relajando el músculo del útero, al final del embarazo la relaxina también incrementa la flexibilidad de la sínfisis del pubis y ayuda a dilatar el cuello uterino; ambas acciones facilitan el nacimiento del bebé.

Los folículos en desarrollo secretan inhibina, así como el cuerpo lúteo después de la ovulación, esta hormona inhibe la secreción de FSH y en medida de LH.

Fases del ciclo reproductor femenino

La duración del ciclo reproductor femenino varía entre 24 y 35 días, el ciclo dura 28 días y se divide en cuatro fases:

- Fase Menstrual

- Fase Preovulatoria
- Ovulacion
- Fase Posovulatoria

Fase menstrual

La fase menstrual, también denominada menstruación se extiende durante los cinco primeros días del ciclo, el primer día de la menstruación señala (el primer día de un ciclo nuevo). Durante la fase menstrual varios folículos ováricos crecen y proliferan.

Fase preovulatoria

La fase preovulatoria es el periodo entre el final de la menstruación y la ovulación. En un ciclo de 28 días esta fase se extiende entre el sexto y decimotercer día

Ovulación

La ovulación es la rotura del folículo maduro (de Graff) y la liberación del ovocito secundario hacia la cavidad pélvica, suele producirse entre el decimocuarto y el vigésimo octavo día del ciclo.

Fase posovulatoria

La fase posovulatoria del ciclo reproductor femenino es el periodo entre la ovulación y el inicio de la siguiente menstruación. Esta fase dura alrededor de 14 días, desde el decimoquinto hasta el vigésimo octavo día en un ciclo de 28 días¹¹.

4.4 SINDROME DE HELLP

El síndrome de Hellp es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, observado en personas con preeclampsia severa y eclampsia. Sin embargo se puede diagnosticar en personas con preeclampsia agregada y con hipertensión gestacional. Existen anemia hemolítica microangiopática, hemólisis intravascular, elevación de las enzimas hepáticas y descenso plaquetario.

El término Hellp fue acuñado por Luis Weinstein en 1982, luego de analizar detalladamente 29 personas con diagnóstico de preeclampsia severa y eclampsia. En la década de los noventa sobresalen dos publicaciones que definen en forma

¹¹ Tortora D. "Introducción al cuerpo Humano, Fundamentos de Anatomía y Fisiología" Editorial Médica Panamericana p.p. 564-573

mas concreta las características que debe presentar la pacientes con preeclampsia-eclampsia para definir las como Síndrome de Hellp, 4 al 20% de las personas con preeclampsia-eclampsia presenta Síndrome de Hellp y alto riesgo de presentar insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de placenta, edema pulmonar, edema cerebral, hematoma hepático, choque hipovolemico y muerte.

Criterios para el diagnostico

Existen inconsistencias en cuanto a la definición de cada uno de los criterios usados para el diagnostico de síndrome de Hellp. Requiere la presencia de preeclampsia-eclampsia, hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

- Hemolisis

Es la característica del síndrome y se evidencia por alteración de la morfología del glóbulo rojo en un frotis de sangre periférica (esquitocitos, células plato, células diana, etc), elevación de la deshidrogenasa láctica sérica (LDH) ≥ 600 U/L Y Bilirrubinas Totales de ≥ 1.2 mg/dl con descenso de la Hemoglobina, Hematocrito y Haptoglobina sérica.

- Elevación de las enzimas hepáticas.

Aspartato Transaminasa (AST) ≥ 70 U/L, Alanina Transferasa (ALT) ≥ 50 U/L y LDH ≥ 600 U/L. No existe un consenso con respecto a las cifras dadas por lo tanto se usan los valores de referencia de cada laboratorio. Si los valores están elevados y además tiene los otros dos criterios, se puede documentar este síndrome.

- Disminución del conteo de plaquetas

Definido como Hellp clase I cuando el conteo plaquetario es de $\geq 50\ 000$ /UL, Hellp clase II con cifras entre 50 000 y 100 000/UL y Hellp clase III con plaquetas entre 100 000 y $\leq 150\ 000$ /uh. Para otros autores la presencia del Síndrome de Hellp requiere de un conteo plaquetario inferior a 100 000 plaquetas/UL.

Sibai y Cols plantean una propuesta no muy aceptada la cual consiste en que si una persona no cumple con los tres criterios se debe definir como Hellp parcial. Otros autores recomiendan usar la clasificación de Mississippi, porque se ajusta más a los conceptos fisiológicos.

Hallazgos clínicos

Las personas con síndrome de Hellp, pueden presentar o no los mismos signos y síntomas de la preeclampsia y eclampsia. Usualmente presentan cefalea, dolor en el cuadrante superior derecho, nauseas o vómitos con porcentajes que oscilan entre el

30 y 90%. El síntoma más sobresaliente es la epigastralgia (dolor en el cuadrante superior derecho), razón por la cual se recomienda que ante la presencia asociada de una preeclampsia, eclampsia se descarte este síndrome. La epigastralgia ha sido tradicionalmente explicada por la distensión de la capsula hepática, asociación no compartida pues en hallazgos de resonancia y tomografía no se observan lesiones hepáticas. Probablemente este dolor, tenga asociación directa con la hemolisis e isquemia de los sinusoides hepáticos.

Los trastornos visuales, auditivos, hematuria y sangrados en sitios de punción o encías se presentan en porcentaje inferior al 30%. La hematuria es un signo muy característico de personas con Síndrome de Hellp clase I (severo). En casos excepcionales se observa hematuria en personas con preeclampsia, eclampsia sin ser Síndrome Hellp. Obviamente primero se descarta, trauma de la vejiga secundario a la colocación de sondas vesicales, o lesiones durante el parto y la cesárea. En cuanto al grado de hipertensión, es interesante recalcar que cerca del 90% presentan hipertensión siendo leve en el 15 al 50% y ausente en alrededor del 10% de las personas.

Diagnostico diferencial

Las personas con preeclampsia y síndrome Hellp presentan síntomas y signos muy peculiares que pueden observarse en otras complicaciones obstétricas. Cerca del 10% de las personas con síndrome Hellp no tienen hipertensión y presentan síntomas respiratorios, hematológicos o gastrointestinales, lo cual erróneamente puede llevar al medico a pensar otra patología distinta a preeclampsia, eclampsia. Entre las patologías distintas de preeclampsia que debemos descartar esta, el hígado graso agudo del embarazo, purpura trombocitopenica ideopatica, síndrome urémico hemolítico, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, colelitiasis y pancreatitis aguda.

Resultados Maternos y Perinatales

La preeclampsia-eclampsia se caracteriza por la gran morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La presencia de Síndrome de Hellp aumenta estas complicaciones. La mortalidad materna se reporta en 1%. Las complicaciones medicas son comunes en este síndrome observándose insuficiencia renal en un 10%, edema agudo de pulmón, coagulación intravascular diseminada 5-15%, desprendimiento de placenta 10% sepsis, hematoma de la herida quirúrgica y choque hipovolémico. Además es común la necesidad de transfusión sanguínea y sus derivados. Todas estas complicaciones varían dependiendo de la población estudiada y los criterios usados para definir Síndrome de Hellp.

La mortalidad perinatal varia dependiendo de la serie estudiada, sin embargo puede ser tan alta como un 20%. No se ha documentado que la mortalidad perinatal aumente producto del síndrome de Hellp, pues depende de la edad gestacional al igual que ocurre en la preeclampsia-eclampsia. La mortalidad perinatal más alta es observada en personas con embarazo menor de 28 semanas que además presentan restricción del crecimiento intrauterino o desprendimiento de placenta.

Manejo

Toda persona con sospecha de síndrome de Hellp debe hospitalizarse para ser observada en forma estricta. Evolucionan muy rápido hacia el deterioro, con gran compromiso materno-fetal, toda persona con sospecha de síndrome de Hellp, debe ser tratada como preeclampsia severa confirmando con los medios disponibles. El tratamiento de la persona embarazada con síndrome de Hellp difiere muy poco del manejo dado a una persona con preeclampsia severa sin este síndrome. La razón es que estas personas requieren de tratamiento antihipertensivo para la hipertensión severa y Sulfato de Magnesio para evitar y tratar las convulsiones; al igual que la persona con preeclampsia severa, el tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo, sin embargo existen varias variaciones en cuanto al manejo.

Sulfato de Magnesio

La impregnación con Sulfato de Magnesio a razón de 4 a 6gr IV dependiendo de la concentración si es al 10%, la dilución de 4gr se hace en 50 a 100ml de Lactato de Ringer o Dextrosa al 5% y se pasa en 15 a 20 minutos, luego se mantiene una dosis continua de a 1 a 2gr cada hora hasta 24hr posterior al nacimiento.

Antihipertensivos

El medicamento antihipertensivo puede ser Hidralacina Labetalol o Nifedipino, se inicia el antihipertensivo cuando la presión sistólica es \geq de 110 mm Hg. El objetivo es mantener una presión diastólica entre 90 y 100 mmHg, presiones más bajas presentan riesgo materno y fetal. La dosis de Hidralacina o Nifedipino es similar al tratamiento de preeclampsia-eclampsia.

Corticoides para maduración fetal

El corticoide prenatal reduce la morbilidad y mortalidad neonatal en personas con preeclampsia severa o antes de las 34 semanas con embarazo entre 24 y 34 semanas, lo ideal es iniciar los corticoides buscando maduración fetal con Betametazona 12mg cada 24hrs (dos dosis) o Dexametazona 6mg cada 12hrs (4 dosis) ante la sospecha o confirmación del Síndrome de Hellp, la interrupción del embarazo ocurre en 24 y 48 hrs, dependiendo del conteo de plaquetas.

Manejo conservador o expectante

El curso clínico de las personas es impredecible y evolucionan rápidamente hacia el deterioro materno y fetal. Por ende muchos autores consideran la interrupción una vez confirmado el diagnóstico, algunos investigadores han sugerido el manejo expectante en personas con Síndrome de Hellp, cuando existe mejoría transitoria en los exámenes de laboratorio prolongando la duración del embarazo por algunos días, sin embargo los resultados perinatales son similares a los informados con manejo no expectante. De acuerdo a la opinión de algunos autores toda persona con sospecha de diagnóstico o Síndrome de Hellp y edad gestacional entre 24 y 34 semanas debe recibir corticoesteroides con el objetivo de lograr beneficios fetales. En personas con Hellp clase 1 y 2, la interrupción se debe realizar la antes posible, sin embargo en casos donde el Hellp es leve (tipo 3) se puede ser más conservador hasta lograr el máximo beneficio de los corticoides.

Interrupción del embarazo

Toda persona con Síndrome de Hellp y edad gestacional superior a 34 semanas o menor de 24 se debe interrumpir lo antes posible. En personas con edad gestacional superior a las 34 semanas no es recomendable esperar más tiempo y por el contrario las complicaciones maternas y fetales pueden ser peores en caso de menos de 24 semanas no hay evidencia que sugiera que la no interrupción mejore el resultado perinatal y contrariamente al riesgo materno es mayor de hecho la mortalidad perinatal en este grupo es del 90%.

El diagnóstico de Síndrome de Hellp no es sinónimo de cesárea o interrupción inmediata, la interrupción inmediata por cesárea luego del diagnóstico es peor para la madre y el feto, cada madre debe individualizarse basado en la edad gestacional y condiciones fetales¹².

¹² Vigil de Gracia P. "Obstetricia Complicaciones en el Embarazo". Editorial Distribuna México 1996 p.p. 255-260

5. VALORACION DE ENFERMERIA

5.1 HOJA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA (O) SEGÚN EL MODELO DE VIRGINA HENDERSON

Nombre: R.O.P. Edad 23a Sexo: Femenino

Estado civil: Casada Religión: Católica Etnia: Ninguna

Escolaridad: Secundaria Ocupación: Hogar

Cual su objetivo de salud: No quiere interrumpir su embarazo por miedo

Hospitalizaciones previas: Ninguna

Motivo de ingreso: Embarazo de 29 SDG x FUM, Preeclampsia severa, síndrome de Hellp

Está tomando medicamentos: si

Signos vitales. Temp. 37.5 Pulso 78x' Resp. 20x' Ten. Art 140/90

Familia No. De miembros 2 , con quién vive Esposo

Problemas de relación con la familia, Sí__ No X Porqué_____

1.- OXIGENACIÓN

Estilo de vida. Sedentaria____ Activa X

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea) Fatiga

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad. Comprometido por tos

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración. Acceso de tos

Cuantos cigarrillos fuma al día, desde cuándo. No fuma

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, Hipertensión, anemia, Várices. Hipertensa

Otros. Presenta cuadro infeccioso de vías respiratorias altas

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se alimenta solo X con ayuda _____

Horario y número de comidas habituales. 3 veces al día

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día. 2 litros

Preferencias o desagradados. Negados

Patrones de aumento/pérdida de peso. No

Suplementos de alimentación. Ninguno

Conocimiento de factores que favorecen la digestión. Negado

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez. Nauseas y vómitos

Medidas para purificar el agua hierva, desinfecta, garrafón. Garrafón

Revisión. Peso 60 kg talla 1.50cm boca; capacidad para hablar, masticar y deglutir.

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, hidratación, grietas.

Otros. Edema generalizado y fatiga

3.- ELIMINACIÓN

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces 1 vez c/ 48hrs orina 10 veces al día

Color, consistencia, Heces. Café pastoso orina. Clara

Ardor o dolor al evacuar (si) (dolor) orinar (no)

Estreñimiento, (x) hemorroides, (_____) dolor mensual, (_____)

Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas. Líquidos

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, hernias, estomas.

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal.

Flujo vaginal color café.

Otros. Dolor y distensión abdominal

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre. Ninguno

Medidas higienicas para moverse y tener una buena postura. (ejercicios activos y pasivos para mejorar el tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). Negado

Limitaciones en la deambulaci3n. Fatiga

Postura habitual en relaci3n al trabajo. No trabaja fuera de casa

Dolor muscular, inflamaci3n de articulaciones. Defectos 3seos. Ninguno

Revisi3n: Capacidad funcional, mano dominante, utilizaci3n de brazos, piernas y manos, fuerza, presi3n, marcha, utilizaci3n de aparatos. Negado

Otros. Debilidad a la marcha

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta. Dificultad para conciliar el sueño

Alteraciones por estados emocionales. Ninguno

Uso de reductores de tensi3n. Ninguno

Facilitadores del sueño, masaje, relajaci3n, m3sica, lectura, medicamentos. Ninguno

Otros. Factores ambientales (ruido)

6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. Si

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. Si

H3bitos sobre la higiene personal y del vestido. Baño diario con cambio de ropa

Tiene los recursos econ3micos para vestir ropa limpia y que conserve el calor. Si

Otros. Debilidad f3sica y fatiga

7.- TERMORREGULACIÓN

Se protege en los cambios de temperatura ambiente. Si

Sensibilidad extrema al frío o al calor. No

Qué valor le dá a: comida, ropa y manejo adecuados en el control de la temperatura. A otras medidas físicas. La adecuada para satisfacer sus necesidades

Otros. Presenta picos febriles

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina, arreglo personal.

Aseo de dientes, manos, baño con qué frecuencia. 3 veces al día, baño diario

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc. Crema

Revisión de la piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema. Edema

Mucosa Oral. Íntegra, deshidratada, hidratada. Deshidratada

Otros. Dificultad para la deambulaci3n y debilidad física

9.- EVITAR PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. Ninguno

Recursos de salud. Médicos, odontólogos, hospitales.

Prácticas de salud. Manejo de estrés/ansiedad, técnicas de relajación. Ninguno

Autoexamen de mama y testículos. No

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. Ninguno

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales.

Otros. Presenta bajo recuento plaquetario

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. No

Relaciones con la familia y con otras personas. Buenas

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc).
Ninguno

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. No

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. Familia

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad. Negado

Otros. Temor y angustia

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. Ninguno

Frecuencia de algún servicio religioso. Ninguno

Valores que ha integrado en su estilo de vida. Amor, honestidad, etc.

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud. Negado

Creencias religiosas significativas en este momento. Es católica

Otros. Verbalización e Incertidumbre

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. No ha trabajado

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. Negado

La enfermedad. Qué tipo de problemas le ha traído. Actualmente hipertensión

Psicológicos, económicos, laborales, otros. Económicos

Auto concepto positivo/negativo de sí mismo. Negativo

Capacidad de decisión y de resolver problemas. Si existe

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. Negado

Otros. Llanto, angustia e impotencia

13.- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. Ninguno

La última vez que participo en actividades de este tipo. Negado

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. No

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen. No

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación. No

Otros. Colaboración con el plan terapéutico

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. Negado

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita. Estado de salud actual

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. Conocimiento sobre su enfermedad

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. Angustia

Otros. Actitud positiva e interés

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

En el Plan de Cuidados se plantearan los siguientes diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Oxigenación	Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con proceso infeccioso manifestado por tos eficaz
Nutrición e Hidratación	Exceso del volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema generalizado y fatiga
Eliminación	Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos manifestado por dolor y distensión abdominal
Moverse y mantener una buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionado con reposo prolongado manifestado por fatiga y debilidad a la marcha
Descanso y sueño	Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales (ruido) manifestado por dificultad para conciliar el sueño
Usar prendas de vestir adecuadas	Déficit de autocuidado/ vestido relacionado con deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias manifestado por debilidad física y fatiga
Termorregulación	Hipertermia relacionado con proceso infeccioso manifestado por aumento de la temperatura corporal por arriba de parámetros normales
Higiene y protección de la piel	Déficit de autocuidado/ baño-higiene relacionado con la falta de capacidad para desplazarse por sí misma manifestado por dificultad para entrar y

	salir del baño
Evitar peligros	Riesgo potencial de sangrado relacionado con bajo recuento plaquetario
Comunicarse	Déficit de la comunicación relacionado con rechazo al tratamiento manifestado por temor y angustia
Vivir según sus creencias y valores	Conflicto de decisiones relacionado con desconocimiento del tratamiento quirúrgico manifestado por verbalización e incertidumbre
Trabajar y realizarse	Deterioro de la autoestima relacionado con déficit económico manifestado por llanto fácil, angustia e impotencia
Jugar/ participar en actividades recreativas	Disposición para mejorar el confort relacionado con tratamiento exitoso manifestado por colaboración con el plan terapéutico
Aprendizaje	Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con su recuperación manifestado por actitud positiva e interés ^{13,14}

¹³Heather H. et. al. "Nanda International Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011". Editorial Elsevier Barcelona España 2010 p.p. 55-358

¹⁴ Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería. "Manual de Diagnósticos". Subdirección de Enfermería de la Secretaría de Salud México 2009 p.p.1-40

7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. DE ENFERMERIA

Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con proceso infeccioso manifestado por tos eficaz

OBJETIVO

- Mantener vías aéreas permeables
- Normalizara su capacidad respiratoria espontanea

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Oxigenoterapia con mascarilla a 3lts por minuto</p> <p>Posición semifowler</p> <p>Palmopercusión</p> <p>Ejercicios respiratorios</p> <p>Ministración de medicamentos según prescripción médica</p> <p>Vigilar datos de dificultad respiratoria</p>	<p>La administración de oxígeno restablece la concentración normal en la sangre</p> <p>La posición semifowler favorece la expansión de los pulmones y la oxigenación de los tejidos</p> <p>La palmopercusión ayuda a desalojar las secreciones bronquiales</p> <p>Las medidas de una buena higiene pulmonar ayudan a prevenir la acumulación de líquido en los pulmones y ayudan al paso del aire promoviendo una expansión torácica completa</p> <p>El dolor puede impedir la</p>	<p>Vías áreas permeables</p> <p>Se fluidifican las secreciones</p> <p>Expectoró más fácilmente</p> <p>Disminuye la tos</p> <p>Se normaliza su capacidad respiratoria espontanea</p>

	<p>respiración eficaz</p> <p>Al existir datos de dificultad respiratoria hay compromiso cardiovascular</p>	
--	--	--

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación**Dx. DE ENFERMERIA**

Exceso del volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por edema generalizado y fatiga.

OBJETIVO

- Mantener la tensión arterial dentro de parámetros normales
- Mantener el equilibrio del volumen de líquidos y electrolitos

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTICA	EVALUACION
<p>Monitorización de la tensión arterial</p> <p>Administración de medicamentos (diuréticos de acuerdo a prescripción médica)</p> <p>Vigilar datos de compromiso neurológico</p> <p>Cambios posturales</p> <p>Control de líquidos estricto</p> <p>Vigilar estado de conciencia</p> <p>Control de peso</p>	<p>Las mediciones de la tensión arterial varían durante el día en relación a la medicación administrada, dieta, peso y posición</p> <p>Los diuréticos a través de mecanismos de transporte activo modifican la permeabilidad celular, incrementan la formación de orina por reducción de sodio y agua en túbulos renales.</p> <p>El compromiso neurológico puede provocar trastornos mentales como letargo, confusión y pérdida del conocimiento</p> <p>Los cambios posturales fomentan la circulación y</p>	<p>La persona continua con edema (++)</p> <p>Se logro mantener la tensión arterial dentro de parámetros normales</p> <p>La persona se mantiene alerta</p> <p>Sin datos de compromiso neurológico</p> <p>Se logro un balance hidroelectrolítico positivo</p>

	<p>previenen la lesión tisular provocada por la presión prolongada</p> <p>Un balance hidroelectrolítico adecuado disminuye la extravasación de líquidos y evita el edema agudo pulmonar</p> <p>La deficiencia de líquidos y electrolitos muestran alteraciones de la conciencia, causada por disminución de volumen de líquidos intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales</p> <p>La acidosis metabólica es un cuadro en el que se aumenta la concentración de hidrogeniones en el líquido extracelular secundario a un incremento de los ácidos producidos en el metabolismo de los nutrientes</p> <p>La acidosis respiratoria se caracteriza por la hiperventilación causada por reducción de la ventilación alveolar, se manifiesta por aumento del CO² superior a 45 mm hg. El aumento de peso sugiere retención urinaria</p>	
--	---	--

NECESIDAD: Eliminación

Dx. DE ENFERMERIA

Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos manifestado por dolor y distensión abdominal

OBJETIVO

- Recobrar el funcionamiento intestinal normal

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Proporcionar una dieta rica en fibra</p> <p>Establecer una rutina de ejercicios</p> <p>Deambulación asistida</p> <p>Ministración de medicamentos (analgésicos)</p>	<p>La prevención del estreñimiento es importante para disminuir el riesgo de hemorragia o desgarro rectal</p> <p>El ejercicio favorece el restablecimiento o conservación del tono muscular así como la estimulación del metabolismo</p> <p>La deambulación estimula el peristaltismo</p> <p>Los analgésicos disminuyen el dolor, relajan la tensión muscular y reducen los espasmos reflejos</p>	<p>Disminuye la distensión abdominal</p> <p>Mejora su funcionamiento intestinal (estreñimiento)</p>

NECESIDAD: Moverse y mantener una buena postura

Dx. DE ENFERMERIA

Deterioro de la movilidad física relacionado con reposo prolongado manifestado por fatiga y debilidad a la marcha

OBJETIVO

- Recuperara la movilidad física en forma progresiva

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Valorar y documentar el nivel de actividad de la persona, incluyendo la fuerza y la capacidad muscular</p> <p>Documentar los objetivos de actividad establecidos, en colaboración con la persona</p> <p>Enseñar a la paciente a mantener la fuerza y resistencia muscular</p> <p>Establecer y controlar un régimen de ejercicios</p>	<p>Una información adecuada permite la determinación de objetivos individualizados</p> <p>La implicación de la persona en la planificación incrementa el potencial de éxito</p> <p>El mantenimiento de programas de ejercicio disminuyen la perdida de la fuerza muscular</p> <p>El controlar el régimen de ejercicio asegura que la persona mantenga la fuerza y la resistencia para recuperar la movilidad física en forma gradual</p>	<p>Recuperara la movilidad física en forma progresiva</p>

NECESIDAD: Descanso y sueño

Dx. DE ENFERMERIA

Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales (ruido) manifestado por dificultad para conciliar el sueño

OBJETIVO

- Tendrá un sueño eficaz que le proporcione descanso

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Baño de regadera con agua tibia</p> <p>Evitar ruidos</p> <p>Iluminación tenue</p> <p>Dar masaje</p>	<p>Un baño con agua tibia favorece el descanso y sueño de la persona</p> <p>La reducción de estímulos provenientes de la corteza cerebral y periférica deprime el sistema reticular y aparece el sueño</p> <p>Es una medida de comodidad, la disposición de un ambiente optimo</p> <p>Es una medida relajante que favorece la inducción del sueño fisiológico</p>	<p>Expresa mayor facilidad para conciliar el sueño</p>

NECESIDAD: Usar prendas de vestir adecuadas

Dx. DE ENFERMERIA

Déficit de autocuidado/ vestido relacionado con deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias manifestado por debilidad física y fatiga

OBJETIVO

- Lograra vestirse por si misma

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Estimularla para vestirse sola</p> <p>Brindarle confianza y seguridad</p> <p>Permanecer con ella mientras se viste</p>	<p>La adquisición de las habilidades necesarias para llevar a cabo una actividad con éxito requiere de la oportunidad para obtener experiencias y aprendizajes adecuados</p> <p>La seguridad de la aprobación por los demás se logra al adaptarse con los reglamentos sociales establecidos para las relaciones interpersonales</p> <p>La fe y la confianza en los demás mejora por la demostración de atención e interés por parte de ellos al bienestar del individuo. La conciencia de que uno no está solo es básica para la homeostasis psicológica</p>	<p>Recupero la seguridad para vestirse sola</p>

NECESIDAD: Termorregulación

Dx. DE ENFERMERIA

Hipertermia relacionado con proceso infeccioso manifestado por aumento de la temperatura corporal por arriba de parámetros normales

OBJETIVO

- Mantener la temperatura dentro de los parámetros normales

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Baño de regadera tibio</p> <p>Aplicación de compresas frías y bolsa de hielo</p> <p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Ministración de medicamentos (Antibióticos)</p>	<p>El baño tibio produce relajación muscular y disminución de fatiga e irritabilidad</p> <p>La aplicación de frio por lapsos cortos produce constricción local de vasos superficiales y disminución del riego sanguíneo, metabolismo y temperatura</p> <p>Los signos vitales determina el estado de salud y enfermedad. Algunos medicamentos tienden a alterar los signos vitales</p> <p>Los antibióticos previenen el crecimiento y reproducción bacteriana</p>	<p>Se logra controlar la fiebre en forma progresiva</p>

NECESIDAD: Higiene y protección de la piel

Dx. DE ENFERMERIA

Déficit de autocuidado/ baño-higiene relacionado con la falta de capacidad para desplazarse por sí misma manifestado por dificultad para entrar y salir del baño

OBJETIVO

- Cubrirá el requisito de la higiene personal y aseo por sí mismo o en colaboración por el agente de cuidado (enfermera o familiar)

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Baño de regadera asistido</p> <p>Fomentar la higiene personal</p> <p>Lubricación de la piel</p>	<p>El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos</p> <p>Es una de las formas más importantes de conservar la salud física y proporcionar bienestar</p> <p>La lubricación adecuada de la piel evita la descamación de las células epiteliales</p>	<p>Logra desplazarse al baño sola</p> <p>Aun requiere de asistencia para bañarse</p>

NECESIDAD: Evitar peligros

Dx. DE ENFERMERIA

Evitar sangrado a cualquier nivel

OBJETIVO

- Prevenir y detectar oportunamente cualquier dato de sangrado

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Proporcionar una dieta rica en proteínas</p> <p>Vigilar datos de sangrado</p> <p>Administrar perfusiones de plaquetas según prescripción medica</p> <p>Utilizar un cepillo de dientes de cerdas blandas</p> <p>Evitar medidas invasivas como inyecciones IM, los enemas y los supositorios rectales</p>	<p>Las proteínas son necesarias para la producción de los megacariocitos precursores de las plaquetas</p> <p>La detección precoz de las zonas hemorrágicas puede ser el resultado de un tratamiento eficaz e inmediato</p> <p>Un recuento de plaquetas menor de 20 000/mm³ incrementa el riesgo de hemorragia espontanea. La hemorragia activa es una indicación para la administración de plaquetas</p> <p>Estas medidas disminuyen el riesgo de irritación de la mucosa oral</p> <p>Una disminución del recuento de plaquetas</p>	<p>Se logro elevar el nivel de plaquetas en forma significativa</p> <p>No hubo datos de sangrado</p>

	significa que incluso el menor traumatismo puede provocar una hemorragia significativa	
--	--	--

NECESIDAD: Comunicarse

Dx. DE ENFERMERIA

Déficit de la comunicación relacionado con rechazo al tratamiento manifestado por temor y angustia

OBJETIVO

- Expresara sus sentimientos y temores
- Comprenderá la condición actual de salud y aceptar el tratamiento

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Fomentar la verbalización de sus sentimientos y temores</p> <p>Permitir que interactúenla familia y amigos con la paciente</p> <p>Establecer comunicación estrecha con la persona</p>	<p>Estimular la expresión de sus sentimientos ayuda a disminuir la angustia</p> <p>La demostración de cariño y afecto por familiares y amigos favorece la aceptación del tratamiento</p> <p>Una comunicación efectiva favorece lazos afectivos enfermera-paciente.</p>	<p>Logro disminuir la angustia</p> <p>Acepto el tratamiento quirúrgico (cesárea), no hubo complicaciones transoperatorias.</p>

NECESIDAD: Vivir según sus creencias y valores

Dx. DE ENFERMERIA

Conflicto de decisiones relacionado con desconocimiento del tratamiento quirúrgico manifestado por verbalización e incertidumbre

OBJETIVO

- Aceptara el tratamiento quirúrgico conocimiento de los beneficios para el binomio

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Explicarle a la persona los beneficios del tratamiento quirúrgico</p> <p>Comunicación afectiva</p> <p>Permitir la interacción con familiares y amigos</p>	<p>El conocimiento a lo desconocido disminuye la angustia e incrementa la aceptación</p> <p>Existe una relación recíproca entre el aprendizaje y la comunicación. Gran parte del aprendizaje humano no es posible sin una capacidad comunicativa adecuada, y la comunicación adecuada depende del aprendizaje</p> <p>Mientras más confianza y prestigio inspira una persona, más probable será que los demás acepten su comunicación como válida sin alteraciones</p>	<p>La persona acepto el tratamiento convencida de que es la mejor opción</p>

NECESIDAD: Trabajar y realizarse

Dx. DE ENFERMERIA

Deterioro de la autoestima relacionado con déficit económico manifestado por llanto fácil, angustia e impotencia

OBJETIVO

- Elevara su nivel de autoestima

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Establecer empatía enfermera-persona</p> <p>Terapia ocupacional</p> <p>Escucha activa</p>	<p>La empatía es un elemento que conforma el perfil profesional</p> <p>Las actividades recreativas le proporcionan la oportunidad de sentirse productivo a pesar de su enfermedad</p> <p>Favorece elevar su autoconcepto</p>	<p>Logro mejorar su angustia</p> <p>Colabora con el tratamiento</p> <p>Mejoro su autoestima</p>

NECESIDAD: Jugar/ participar en actividades recreativas

Dx. DE ENFERMERIA

Disposición para mejorar el confort relacionado con tratamiento exitoso manifestado por colaboración con el plan terapéutico

OBJETIVO

- Demostrara confianza y seguridad durante su estancia hospitalaria

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Terapia ocupacional</p> <p>Establecer empatía enfermera-persona</p> <p>Elevar su autoestima</p>	<p>Con el fin de mantener el equilibrio psicológico, una persona debe tener relaciones satisfactorias con otros seres humanos, tanto individual como en grupo</p> <p>La empatía es un elemento que conforma el perfil profesional</p> <p>Un sentido de identidad personal puede mejorar por el reconocimiento (por uno mismo y los demás) de la individualidad de la persona en relación con los demás</p>	<p>Incremento su confianza y seguridad en sí misma</p> <p>Logro la interacción con el equipo de salud y con sus compañeras de habitación</p>

NECESIDAD: Aprendizaje

Dx. DE ENFERMERIA

Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con su recuperación manifestado por actitud positiva e interés

OBJETIVO

- Lograra incrementar su conocimiento sobre el tratamiento

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Brindar asesoría sobre su tratamiento y cuidados a su egreso</p> <p>Se recomienda que observe posible sangrado de las encías, nariz, zonas de inyección o presencia de sangre en orina o heces</p> <p>Se orienta sobre la importancia del control médico post-natal</p>	<p>La implicación del paciente en sus cuidados y plan terapéutico incrementa el potencial de éxito</p> <p>Observar los signos de sangrado ayuda a detectar deficiencias de la coagulación</p> <p>La intervención médica oportuna disminuye complicaciones posteriores</p>	<p>Amplio sus conocimientos sobre la importancia del tratamiento</p>

8. PLAN DE ALTA

Criterios para el Alta de Enfermería

En el momento del alta la documentación demostrara:

- Signos vitales estables
- Ausencia de fiebre
- Ausencia de complicaciones Gineco-Obstetricas
- Capacidad para controlar el dolor utilizando medicaciones orales
- Ausencia de mal funcionamiento intestinal o vesical
- Recuento de plaquetas dentro de parámetros esperados
- Ausencia de signos y síntomas de infección
- Ausencia de aporte de oxígeno y vías IV como mínimo 48 hrs
- Capacidad para tolerar un aporte nutricional adecuado
- Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y deambular independientemente o con un mínimo de ayuda

Normas de Educación Sanitaria del paciente y la familia para el alta

Documentar que la persona y la familia han comprendido:

- Signos y síntomas de infección y medidas preventivas
- Todos los propósitos de las medicaciones del alta, dosis, calendario de administración y efectos colaterales que requieran atención medica (medicaciones normales del alta pueden incluir analgésicos, antihipertensivos, laxantes, antieméticos y otros, dependiendo de los síntomas).
- Calendario de tratamiento
- Indicaciones medicas en caso de urgencia
- Fecha, hora y lugar de la siguiente consulta
- Como contactar con el medio

Listado de comprobación de registros

Utilizando los criterios de resultados como guía documentar:

- Estado clínico al ingreso
- Cambios significativos en el estado clínico
- Educación sanitaria y respuesta al diagnóstico
- Integridad cutánea
- Terapia transfusional y respuesta a las reacciones alérgicas
- Estado nutricional
- Educación sanitaria a la persona y familia
- Planificación del alta

Planes de Cuidados Relacionados

- Desequilibrio de líquidos y electrolitos
- Adaptación familiar
- Adaptación individual
- Control de tensión arterial
- Controles de laboratorio
- Déficit de conocimientos^{15,16,17}

¹⁵ Uriostegui I. “Diagnósticos de Enfermería Proceso y Aplicación”. Editorial Mc. Graw-Hill 2da Ed. Nueva York 1987 p.p. 281-499

¹⁶ Rosales Barrera et.al. “Fundamentos de Enfermería” editorial Manual Moderno, 3era Ed. México D.F. 2004 p.p. 257-416

¹⁷ Nordmark, R.N. et. al. “Bases Científicas de la Enfermería”. Editorial Manual Moderno 3era Ed. México p.p. 245-637

9. CONCLUSIONES

El proceso de Atención de Enfermería le brinda a Enfermería una proyección privilegiada por su contacto estrecho y continuo con la familia. El tratar un caso clínico a través del Proceso de Atención de Enfermería, nos permite conocer de forma integral las necesidades y/o problemas con los que cursa una persona ante un padecimiento de tal magnitud, contribuyendo con ello en su tratamiento en forma oportuna y eficaz en cualquiera que sea su desenlace.

Este caso clínico se logró resolver eficazmente, (Síndrome de Hellp) siendo este un padecimiento poco frecuente en nuestro país. Sin embargo con un mal pronóstico a corto tiempo ante esta perspectiva es importante que la enfermera (o) tenga un alto sentido de vocación, que posea conocimientos, habilidades y destrezas para investigar, promover, diagnosticar y resolver problemas de salud.

En la práctica profesional es una experiencia de aprendizaje, ya que facilita al profesional de enfermería (o) aplicar sus conocimientos teórico-científicos en una práctica independiente, donde se utiliza un lenguaje actual enfermero que contribuye al desarrollo del arte disciplinar.

10. SUGERENCIAS

Implementar la elaboración del Proceso Atención de Enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México

Implementar indicadores de calidad en el cuidado de la persona obstétrica

Hacer visitas domiciliarias a la personas obstétricas para llevar a cabo continuidad en los cuidados de enfermería y de esta manera contribuir a evitar posibles complicaciones

11. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alfaro R. “Aplicación del Proceso de Enfermería”. Editorial Doyma S.A. Barcelona España. 1998
- 2.- Ann M.T. et. al. “Modelos y teorías en Enfermería” Editorial Harcourt Brace. España 1999 p.p. 99-108
- 3.- Carpenito M. “Manual de Diagnósticos de Enfermería”. Editorial Interamericana Madrid 2003
- 4.- Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería. “Manual de Diagnósticos”. Subdirección de Enfermería de la Secretaria de Salud México 2009
- 5.- “El Proceso de Atención de Enfermería” (sitio de Internet) Disponible en: <http://www.Terra.es/personal/duenas/pae.htm>. Acceso 11 de Agosto 2010-10-14
- 6.-Fundamentos Teóricos de Enfermería.“El Método Enfermero”. Unidad 4
- 7.-Gonzales M.A. “El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson”. Editorial Progreso 1era Ed. 1997
- 8.- Heather H. et. al. “Nanda International Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011”. Editorial Elsevier Barcelona España 2010
- 9.- Nordmark, R.N. et. al. “Bases Científicas de la Enfermería”. Editorial Manual Moderno 3era Ed. México
- 10.- Rodríguez Sánchez B.A. “Proceso Enfermero”. Ediciones Cuellar Aguirre Cámara Nac. Editorial
- 11.- Rosales Barrera et. al. “Fundamentos de Enfermería” editorial Manual Moderno, 3era Ed. México D.F. 2004
- 12.- Tortora D. “Introducción al cuerpo Humano, Fundamentos de Anatomía y Fisiología” Editorial Panamericana p.p. 564-573
- 13.- Uriostegui I. “Diagnósticos de Enfermería Proceso y Aplicación”. Editorial Mc. Graw-Hill 2da Ed. Nueva York 1987
- 14.- Vigil de Gracia P. “Obstetricia Complicaciones en el Embarazo”. Editorial Distribuna México 1996

12.ANEXOS**HOJA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA (O) SEGÚN EL MODELO DE VIRGINA HENDERSON**

Nombre: _____ Edad _____

Sexo _____

Estado civil _____ Religión _____

Etnia _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Cual su objetivo de salud _____

Hospitalizaciones previas _____

Motivo de ingreso _____

Está tomando medicamentos _____

Signos vitales _____ Pulso _____ Resp. _____ Ten. _____ Art. _____

Familia No. De miembros _____ con quién vive _____

Problemas de relación con la familia, Sí _____ No _____
Porqué _____**1.- OXIGENACIÓN**Estilo de vida. Sedentaria _____
Activa _____

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea)

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad.

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración.

Cuantos cigarrillos fuma al día, desde cuándo_____

Antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, Hipertensión, anemia, Várices.

Otros._____

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se alimenta solo _____ con ayuda_____

Horario y número de comidas habituales _____

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día _____

Preferencias o desagradados_____

Patrones de aumento/pérdida de peso _____

Suplementos de alimentación _____

Conocimiento de factores que favorecen la digestión _____

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez _____

Medidas para purificar el agua hierve, desinfecta, garrafón. _____

Revisión. Peso _____ talla _____ boca; capacidad para hablar, masticar y deglutir.

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. Encías: color, edema, hemorragia, dolor. Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. Labios: color, hidratación, grietas.

Otros. _____

3.- ELIMINACIÓN

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces _____ orina

Color, consistencia, Heces _____ orina

Ardor o dolor al evacuar (_____) (_____) orinar (_____)
(_____)

Estreñimiento, (_____) hemorroides, (_____) dolor mensual, (_____)

Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas.

Problemas de: urgencia, retención, incontinencia, infecciones.

Intestino: dolor, diarrea, flatulencia, hernias, estomas.

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal. ____

Otros. _____

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Patrones de actividad y ejercicio, en su casa, en el trabajo y en el tiempo libre. ____

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura. (ejercicios activos y pasivos para mejorar el tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado). _____

Limitaciones en la deambulaci3n.

Postura habitual en relaci3n al trabajo.

Dolor muscular, inflamación de articulaciones. Defectos óseos.

Revisión: Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos. _____

Otros. _____

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta, _____

Alteraciones por estados emocionales. _____

Uso de reductores de tensión. _____

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos. _____

Otros. _____

6.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. _____

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. _____

Hábitos sobre la higiene personal y del vestido. _____

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor. _____

Otros. _____

7.- TERMORREGULACIÓN

Se protege en los cambios de temperatura. _____

Sensibilidad extrema al frío o al calor.

Qué valor le dá a: comida, ropa y manejo adecuados en el control de la temperatura.
A otras medidas físicas.

Otros. _____

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina, arreglo personal.

Aseo de dientes, manos, baño con qué frecuencia.

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc.

Revisión de la piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema.

Mucosa Oral. Íntegra, deshidratada, hidratada.

Otros. _____

9.- EVITAR PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo. _____

Recursos de salud. Manejo de estrés/ansiedad, técnicas de relajación. _____

Autoexamen de mama y testículos. _____

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. _____

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales.

Otros. _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. _____

Relaciones con la familia y con otras personas. _____

Utilización de mecanismos de defensa, (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc).

Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación. _____

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. _____

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad.

Otros. _____

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión. _____

Frecuencia de algún servicio religioso. _____

Valores que ha integrado en su estilo de vida. _____

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud.

Creencias religiosas significativas en este momento.

Otros. _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. _____

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. _____

La enfermedad. Qué tipo de problemas le ha traído. _____

Psicológicos, económicos, laborales, otros. _____

Auto concepto positivo/negativo de sí mismo. _____

Capacidad de decisión y de resolver problemas. _____

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. _____

Otros. _____

13.- PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre.

La última vez que participo en actividades de este tipo. _____

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. _____

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen. _____

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación.

Otros. _____

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital. _____

Conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita. _____

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida. _____

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. _____

Otros. _____