



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN PACIENTE
MULTIGESTA POST OPERADA DE CESÁREA, OCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL
MAS PREECLAMPSIA GRAVE**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
MARIA DEL ROCIO BUSTAMANTE NAJERA**

**NO. CUENTA:
407116933**

**DIRECTORA ACADÉMICA:
LIC. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ**

ABRIL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE:

Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivos	
General y específicos.....	4
Capítulo I	
Metodología.....	5
Capítulo II	
Marco teórico	
Definición de enfermería.....	7
Teoría del cuidado.....	8
Proceso Atención de Enfermería.....	10
Historia del Proceso Atención de Enfermería	
Generalidades del Proceso Atención de Enfermería.....	12
Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	14
Valoración:	
Entrevista	
Examen físico	
Exámenes de laboratorio y gabinete	
Resumen clínico	
Diagnósticos de enfermería:	
Taxonomía de la NANDA	
Dx reales	
Dx de riesgo	
Dx Promoción a la salud	
Dx de Bienestar	
Planeación:	
Taxonomía NOC	
Ejecución:	
Taxonomía NIC	
Evaluación	

Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	25
Definición	
Necesidades básicas	
Meta paradigma	
Afirmaciones teóricas	

Capítulo III

Aplicación del Proceso Enfermero

Presentación del resumen del Caso.....	31
Valoración de las 14 necesidades.....	35
Diagnósticos de enfermería.....	39
Plan de Cuidados de Enfermería	
Evaluación	
Plan de Alta.....	55
Conclusiones y sugerencias.....	56
Bibliografía o Referencias.....	57

Anexos:

Glosario.....	59
Patología.....	62
Concepto	
Epidemiología	
Anatomía	
Fisiopatología	
Etiología	
Estudios de laboratorio	
Estudios de gabinete	
Signos y síntomas	
Tratamiento	
Complicaciones	
Acciones de enfermería	
Hipertensión arterial crónica en el embarazo.....	67
Complicaciones por hipertensión crónica durante el embarazo.....	70
Protocolo de estudio y uso de antihipertensivos	

antes y durante el embarazo.....	72
Protocolo de hipertensión postparto.....	73
Oclusión tubaria bilateral.....	76
Atención domiciliaria.....	80

INTRODUCCIÓN

El presente proceso de atención de enfermería está basado en el modelo de Virginia Henderson y fue desarrollado en una mujer de 37 años de edad, hospitalizada en la Unidad de Obstetricia del Hospital "Dr. Ernesto Meana San Román" de Jojutla Morelos en la cama N° 7 . Con diagnóstico médico pos operada de cesárea, Oclusión tubarica bilateral mas preeclampsia grave.

El desarrollo del presente proceso de atención de enfermería comprenderá capítulos a fin de establecer la problemática existente que ayudará al desarrollo de los pasos necesarios para la solución de la misma.

En el primer apartado del trabajo, se justifica la importancia de realizar el presente proceso de atención de enfermería que permitirá apoyar científicamente al profesional de salud para llevar a cabo acciones de enfermería que se ejecutarán en la paciente para la solución de problemas y, a la vez promoviendo al estudiante a continuar adquiriendo habilidad y destreza en la aplicación del Proceso como metodología de trabajo.

En la metodología se explican las diferentes actividades que se llevaron a cabo para el desarrollo del proceso de atención de enfermería.

Se mencionan las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y por último la evaluación; las cuales deben ser cumplidas para el logro de cada uno de los objetivos.

En el marco conceptual se destaca una reseña histórica en la que se describen los antecedentes que tiene la enfermería así como una descripción del modelo de Virginia Henderson.

Finalmente se da a conocer la patología en estudio que incluye la definición, la etiología, la clasificación, fisiopatología, diagnósticos, tratamiento, complicaciones, las acciones de enfermería.

Se desarrollarán las conclusiones y recomendaciones, los anexos, glosario de términos, bibliografía del respectivo proceso atención de enfermería.

JUSTIFICACIÓN:

Es muy importante el desarrollo de un proceso de atención de enfermería como instrumento de titulación, ya que es un punto de partida para ejercitarnos ya que será nuestro método de trabajo, proporcionando así cuidados integrales a nuestros pacientes en sus etapas de vida, a través de promoción a la salud, prevención, cuidados y rehabilitación.

La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, ocupa el segundo lugar de muertes maternas y una causa importante de morbi-mortalidad perinatal en nuestro país, su prevalencia varía entre el 7 y el 10% de la población gestante.

A nivel nacional el Síndrome Hipertensivo Gestacional, ocasiona pérdidas irreparables tanto a nivel social como en el hogar, ya que la mujer es el pilar fundamental en un 70-80% es jefe de familia y en su mayoría son económicamente activas, sin embargo, es una enfermedad prevalente con tendencia al aumento, aunque el Ministerio de Salud ha implementado estrategias (capacitaciones al personal de salud, abastecimiento de materiales y equipo) para disminuir y prevenir esta patología.

Se sabe, que la mortalidad materna y perinatal, para cualquier institución de salud, es preocupante, independientemente de la magnitud de su índice, pues el simple hecho de que exista, cuestiona la organización de la atención que ofrecen las instituciones, así como la calidad de la misma, es importante señalar que el incremento del número de pacientes con preeclampsia grave, eleva los costos de atención, y esto no es conveniente. La institución en estudio ha realizado cambios en la modalidad de atención, actualmente se han creado protocolos de atención que permiten estandarizar las acciones ante las usuarias con esta patología, elevando así la calidad de atención a las pacientes, permitiendo el bienestar del binomio madre – hijo y familia.

El propósito de ésta investigación fue valorar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre el Síndrome Hipertensivo del hospital General Dr. Ernesto Meana San Román, dado que éste personal ha sido capacitado en urgencias obstétricas y protocolos de atención.

Esto nos permitió detectar las debilidades y hacer recomendaciones para fortalecer la atención que brinda el personal de Enfermería, precisando así la detección de posibles complicaciones maternas y perinatales.¹

¹ Fuente: Departamento de Estadística del Hospital General de Jojutla. Ernesto Meana San Román

OBJETIVOS

GENERAL

Llevar a cabo el proceso de atención de enfermería en paciente pos operada de cesárea, oclusión tubarica bilateral más preeclampsia grave, con el modelo de Virginia Henderson, para satisfacer las necesidades que se presenten en Maribel. Z. B.

ESPECÍFICOS

- ❖ Valorar el estado de salud de la paciente seleccionada mediante la recopilación de datos objetivos y subjetivos para la identificación de las necesidades y/o problemas que interfieren en su salud y bienestar.

- ❖ Organizar los datos recopilados priorizando las necesidades y/o problemas detectados en la paciente para la realización de los diagnósticos de enfermería.

- ❖ Planear las intervenciones de enfermería, jerarquizando las necesidades y/o problemas de la paciente en estudio.

- ❖ Ejecutar los cuidados de enfermería, logrando satisfacer las necesidades de la persona.

- ❖ Evaluar los resultados obtenidos, al final del proceso verificando con ello si fueron cumplidos nuestros objetivos.

METODOLOGÍA

El caso clínico se realizó en el Hospital General de Jojutla Morelos: Dr. Ernesto Meana San Román durante el período de prácticas hospitalarias que se realizaron durante el periodo de enero a marzo del 2010. La señora Maribel. Z. B se encontraba hospitalizada en el servicio de ginecología en la cama N° 7 cursando su puerperio mediato; con un diagnóstico médico de post operada de cesárea, oclusión tubarica bilateral más preeclampsia grave.

VALORACIÓN:

Se valoró por primera vez a Maribel Z B, mediante la aplicación del Proceso de Enfermería con el modelo de Virginia Henderson, empleando como método directo la entrevista, la observación, el examen físico, revisión del expediente clínico, historia clínica de enfermería, recopilando datos objetivos y subjetivos a través del método de las necesidades de Virginia Henderson así como de páginas electrónicas para conocer la patología.

Se realizaron 4 visitas domiciliarias con la finalidad de valorar el seguimiento del padecimiento y el tratamiento a seguir evaluando el estado de salud mediante la toma de la presión arterial, datos de involución uterina y características del sangrado.

DIAGNÓSTICO:

Durante la valoración se llevo a cabo una conclusión diagnóstica, se clasificaron las necesidades y/o problemas que interfieren en el estado de salud y bienestar de Maribel Z B, para la realización de los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía II dominios, clase y NANDA: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación.

Esto nos dio la oportunidad de poder detectar y jerarquizar sus necesidades inmediatas, mediatas y a largo plazo, lo cual nos permitió elaborar un plan de atención de enfermería para dar una atención de calidad en cada Dx. prevenir complicaciones y elaborar un Plan de Alta.

Se mantuvo en vigilancia y observación brindándole cuidados durante su estancia hospitalaria.

PLANEACIÓN

Después de la entrevista, la observación, el examen físico, expediente clínico, historia clínica de enfermería, y la detección de los diagnósticos, se trazaron los objetivos y la planeación de las intervenciones independientes e interdependientes, utilizando la taxonomía (NIC) Clasificación de Intervenciones de Enfermería, conjuntamente con la paciente y su familia que ayuden a la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas sociales y espirituales.

EJECUCIÓN

Se realizaron las actividades planteadas, ejecutándolas con fundamento científico para cada una de ellas, en base al proceso atención enfermería, con la colaboración de la paciente Maribel. Z. B.

Se elaboró y se le entregó un Plan de Alta para ella y su bebé.

EVALUACIÓN Y/O RESULTADOS

En la etapa de evaluación se verificó y se comprobó la Satisfacción del cumplimiento de los objetivos planteados, la evolución y desarrollo del Proceso y la entera satisfacción de la paciente y su familia, utilizando la taxonomía (NOC) Clasificación de Resultados de Enfermería.

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

En 1979, la Oficina Regional de la OMS para Europa publica un “Documento básico sobre Enfermería” en el que se expresa que: “La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma.

Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina.

Es a la vez un arte y una ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias físicas, sociales, médicas y biológicas, así como de las humanidades. El personal de Enfermería trabaja sobre una base de colaboración con trabajadores de otras disciplinas sanitarias.²

² Informe Sobre la **Definición** del Vocablo **Enfermería**. (Consultado el 04-04-11) disponible en : <http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/Informe%20Sobre%20la%20Definici%C3%B3n%20del%20Vocablo%20Enfermer%C3%ADa.pdf>

TEORÍA DEL CUIDADO

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961.

Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

El cuidar es el núcleo de la profesión enfermera; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica, de la formación, la investigación y de la gestión de los cuidados. La teoría del Cuidado Humano de J. Watson es una de las claves para lograr este empeño. Su teoría aporta como conceptos principales los factores de cuidado, el momento caring y desarrolla la relación transpersonal. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.

- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad

- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (*geist*) de una persona existe en él y para él.

- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.³

PROCESO DE ENFERMERÍA (PAE)

Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza el profesional de **enfermería** apoyándose en modelos y teorías y en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que requiere de cuidados de salud los reciba de la mejor forma posible por parte del profesional. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

HISTORIA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

³ Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica (consultado el 08-02-2011) disponible en: www.encolombia.com/.../Trabajoslibres1.htm

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.
- **Evaluación:** La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. ⁴

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Objetivos.

- ❖ Constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar, las necesidades del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Favorecer una interacción entre el paciente y la enfermera

⁴ El Proceso de Atención de Enfermería - Terra.8 (consultado el 08-02-2011) disponible en: <http://>

- ❖ Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo favoreciendo la satisfacción del cliente (Alfaro, 2005).

Capacidades que se requieren para el desarrollo del PAE

- ❖ Ser flexible y adaptarse a los distintos entornos y circunstancias, identificando los nuevos conocimientos, habilidades y perspectivas necesarias para ejercer de forma eficiente.
- ❖ Pensar de manera crítica y creativa, respondiendo a la complejidad clínica y resolver problemas.
- ❖ Tomar decisiones independientes y compartidas, considerando los costos e implicando activamente al usuario y a su familia.
- ❖ Colaborar con otros profesionales, colegas, usuarios, familias, y otros trabajadores de la salud, cultivando la comunicación interpersonal y las habilidades de reflexión grupal.
- ❖ Pensar holísticamente, contemplando a la persona como un todo, considerando tanto el proceso de la enfermedad como el impacto de ésta y de los problemas asociados a ella en el estilo de vida individual.
- ❖ Promover el bienestar mediante la educación, la reducción de los factores de riesgo y el control de los síntomas y de los factores causales.
- ❖ Valorar y dar respuesta a las distintas necesidades y valores de los diversos grupos étnicos y culturales.
- ❖ Liderar, supervisar, escuchar y comprender las necesidades de los seguidores.

Ventajas.

El proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional, y contiene las normas de calidad. El cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Otras ventajas del proceso enfermero son:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para:

Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones.

Dejar un rastro de papel que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.⁵

- Evitar que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- Ayuda a que: los usuarios y sus familias se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- Que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

Características

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

⁵ *Ibidem.*

Sistemático: Parte de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos.

Dinámico: Responde a un cambio continuo.

Interactivo: Basado en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera, paciente, familia y los demás profesionales de salud.

Flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS.

VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diferentes fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. (Lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería). **Existen dos formas de obtener información en enfermería, (Alfaro, 1988) son:** Valoración de datos fundamentales: Recopilación de datos de la persona y de sus procesos vitales (Carpenito, 1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio.

Valoración de datos específicos (Aspinal MJ y Tanner C. 1985): Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado.

Métodos para obtener datos.- Los métodos de recolección de información suponen, en enfermería una forma sistemática y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son:

- La entrevista.
- La observación.
- Examen físico.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades que son:

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

La observación empieza en el primer encuentro con el paciente, esta es sistemática e implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

La exploración física es la actividad final para recolectar datos, esta se centra en determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista y se utilizan cuatro técnicas específicas:

- **Inspección:** Examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- **Palpación:** Utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.⁶

Validación de datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos) debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. Se

⁶ *Ibidem.*

consideran datos verdaderos, aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla.

Organización de los datos

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972).

Documentación y registro de la valoración.

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.

DIAGNÓSTICO

TAXONOMÍA II DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA

La taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud. Esta se diseñó para tener una forma multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones.

Es preciso usar el sentido común y el conocimiento enfermero para construir solo aquellos diagnósticos que tienen características definitorias y que, por tanto, son apropiados para su validación.

La taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Por lo tanto está basada en: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos enfermeros.

Algunos diagnósticos enfermeros se encuentran en más de un dominio y clase, esto ocurre porque la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias o factores relacionados, en el caso de “riesgo de” permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase.⁷

La NANDA, NOC y NIC pueden utilizarse conjuntamente o por separado. Juntas representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y todas sus especialidades. La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales y a los estudiantes para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación a sus diagnósticos enfermeros.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En ésta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

Tipos de diagnóstico

Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de tres partes: Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Ejemplo: desequilibrio de la nutrición por exceso r/c consumo excesivo de hidratos de carbono, grasas y sedentarismo m/p un sobre peso de 23%.

De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, en el individuo, familia o comunidad. Este consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

⁷ NANDA-1 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2007 – 2008 ED ELSEVIER 2008 P: 261-265.

Posible: Es un diagnóstico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o son insuficientes. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

De síndrome: Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

Ejemplo: Síndrome por trauma de violación relacionado con ansiedad acerca de problemas de salud potenciales y manifestado por ira, malestar genitourinario y patrones de sueño alterados

Intervención de Enfermería

Una intervención de Enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona.

Actividades de Enfermería

Actividades o acciones específicas de enfermería que realiza el profesional de Enfermería para llevar a cabo una intervención que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado y concreto.

Clasificación de las intervenciones de Enfermería

Es el orden, disposición de las actividades de Enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

Resultado del paciente susceptible a las intervenciones de Enfermería

Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de Enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente.

Indicador de un resultado

Es un estado, conducta o percepción más concreta de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto.

Medición

A través de la escala Tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado.

PLANIFICACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, (Carpenito 1987 e Iyer 1989).

Taxonomía NOC

Es la organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Jerarquizar los problemas y necesidades detectadas en la etapa de diagnóstico. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente, es oportuno mencionar aquí, que bajo una concepción holístico –humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca o perpetua la enfermedad. Por lo tanto determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico con el objeto de tomar decisiones respecto a:

- Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar.
- Que problemas son su responsabilidad y cuales debe referir a otro profesional
- Que problemas trata usando planes estandarizados (p.ej., vías criticas, planes de cuidados estandarizados).
- Que problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

El mecanismo habitual para la justificación de prioridades es la jerarquía de necesidades básicas de Maslow (1968), quien postulo que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas.⁸

Planteamiento de los objetivos

Jerarquizadas las necesidades, se plantean los objetivos de acuerdo a los problemas, teniendo presente que los objetivos sirven para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones en enfermería.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado⁹

⁸ *Ibidem.*

Actuaciones de enfermería

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989). Es necesaria la intervención del paciente y sus familiares, siempre que esta sea posible, para decidir las acciones en común que habrán de tomarse en la consecución de los objetivos.

Las actuaciones de enfermería de acuerdo a Iyer (1989) son:

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería

El registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, es la última etapa del plan de cuidados.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.

⁹ *Ibidem.*

La finalidad de estos está dirigida a fomentar cuidados de calidad, utilizando para ello los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados y la evaluación.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADO

- Individualizado
- Estandarizados
- Estandarizados con modificaciones
- Computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.¹⁰

EJECUCIÓN

Taxonomía de las intervenciones de Enfermería

Es la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual.

¹⁰ *Ibidem*

La estructura de la taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones¹¹

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, (Griffith y Christensen 1982). Este proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.¹²

¹¹ Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición 2005 ED. Elsevier España pp xxvii

¹² *Ibidem.*

VIRGINIA HENDERSON

1. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON (1955)

Este modelo, junto con el de Dorotea E. Orem, es el más conocido y trabajado en nuestro entorno. He escogido este modelo para proponer su instauración a la práctica porque es el modelo que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, porque se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera de que el profesional comprenda las necesidades del ser humano y pueda ayudarle a solucionarlas y a llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible aun durante la enfermedad.

En muchos centros asistenciales, los documentos de recogida de datos están organizados según éste modelo, y la definición de lo que para ella es la función de la enfermera ha merecido el reconocimiento internacional por parte del Consejo Internacional de Enfermeras que ha hecho suya esta definición.

El impacto que ha dejado su modelo en la enfermería se vio reconocido por el nombramiento de Profesora Honorífica que le concedió la Universidad de Barcelona en el año 1988.

2. BREVE RESEÑA BIBLIOGRÁFICA.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .¹³

LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

1. Respirar normalmente:

Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

Enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

2. Comer y beber de forma adecuada:

Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

Enfermera: averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.

¹³ Enfermeras teóricas- Virginia Henderson- terra. (consultado el 08-02-2011) disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>.

3. Eliminar por todas las vías:

Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

4. Moverse y mantener una postura adecuada:

Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

Enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio del paciente., planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

5. Dormir y descansar:

Enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

Enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal:

La oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C.

Enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos del cliente; enseñanza de medidas de higiene.

9. Evitar los peligros del entorno:

Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. Comunicarse con los demás:

Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

Enfermera: averiguar con el cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas para mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Actuar de acuerdo con la propia fe:

Enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización:

Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo:

Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Actuar en actividades recreativas:

Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

14. Aprender:

Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.-
enfermera: averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente; elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de: recursos, de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje; verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos.¹⁴

¹⁴ *Ibidem.*

3. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS DEL MODELO.

METAPARADIGMA: es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.¹⁵

PERSONA: paciente. Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es un ser integral.

SALUD: ausencia de enfermedad y la capacidad de utilizar plenamente los recursos.

ENTORNO: conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas.

CUIDADO: aportación propia de las enfermeras a la atención de la salud.

NECESIDAD: Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento.

Para Henderson la necesidad podríamos decir que es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades.¹⁶

INDEPENDENCIA: “el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona”. No hay que confundirlo con **autonomía:** capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.

DEPENDENCIA: Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

¹⁵ Metaparadigma de enfermería- wikipédia, la encyclopedia libre.(Consultado el 15-02-2011)

Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Metaparadigma_de_Enfermer%C3%ADa.

¹⁶ Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con su persona y su dignidad. (consultado el 15-02-2011) disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf08106.htm.

ENUNCIADOS TEÓRICOS.

DEFINICIÓN DE LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA: “Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

RELACIÓN CON EL PACIENTE EN EL PROCESO DE CUIDAR:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar

3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

- **RELACIÓN DE LA ENFERMERA CON EL EQUIPO DE SALUD:** Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.
- **EQUIPO DE ATENCIÓN INCLUYE AL PACIENTE Y A SU FAMILIA:** Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto.
- Siempre se tratará de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

CLASIFICACIÓN: Paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.¹⁷

¹⁷ *Ibidem.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

FICHA DE DATOS GENERALES

NOMBRE: Maribel Z. B.

EDAD: 37 años

ESTADO CIVIL: Unión libre

OCUPACIÓN: Ama de casa.

GRUPO Y RH: O+

UNIDAD: Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román

FECHA: 25- 01-2010

SERVICIO: Ginecología

NACIONALIDAD: Mexicana

TALLA: 1.56 CM

ESCOLARIDAD: Carrera Técnica

LUGAR DE ORIGEN: Oaxaca

RELIGIÓN: Católica

FECHA DE NACIMIENTO: 23-10-1972

DOMICILIO: Calle Pino Suarez s/n colonia Josefa Ortiz de Domínguez Galeana
Morelos

FAMILIAR RESPONSABLE: Esposo

VALORACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA.

La señora Maribel Z. B. informó que su ingreso al hospital de Jojutla Dr. Ernesto Meana San Román fue por el servicio de modulo mater el día 22 de enero del 2010, a las 21:00 hrs. Procedente de una clínica particular del municipio de Tehuixtla Morelos, post-operada de cesárea, oclusión tubarica bilateral más preclampsia grave el motivo de envío fue por haber presentado preeclampsia grave, su recién nacida se quedó con sus familiares, para su cuidado.

El 25 de enero del 2010, a las 16 horas, se encontraba hospitalizada en el servicio de Gineco-Obstetricia, cursando su puerperio quirúrgico mediato ubicada en la cama No. 7, se le solicito consentimiento para llevar a cabo mi proceso de atención de enfermería, aceptando de conformidad.

Refirió que desde el inicio del embarazo presento una primi-infección de vías urinarias, así como urgencia urinaria y agruras. Refiere que su dieta es a base de poca ingesta de carnes, leche y derivados de la leche, tortilla, de vez en cuando ingiere huevo, frutas, leguminosas, verduras y líquidos. Realiza de 4 a 5 comidas diarias

Niega alergias a algún alimento solo cuando consumía mucho picante le provoca malestar estomacal. Sin problemas aparentes de masticación y deglución.

PERFIL DE ENTORNO: Vive en casa propia, zona urbana, nivel socioeconómico: salario mínimo 1 por semana, no llevó control prenatal.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: , LUI de 8 SDG el 27 de noviembre del 2007, Cesárea hace 1 año tres meses, parálisis facial hace 6 años con tratamiento no específico.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: Madre con hipertensión arterial y diabetes Mellitus.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente que fue intervenida quirúrgicamente el día 22 de enero del 2010 se encuentra consciente orientada palidez generalizada, deshidratada, útero en evolución y contraído, herida quirúrgica limpia, vendaje abdominal compresivo, presenta loquios hemáticos. Signos vitales: T/A 191/91, FC 88, FR 22, TEMP. 36.6 °C con edema en miembros pélvicos ++, dolor cefálico, visión borrosa, náuseas y vómitos. Se muestra angustiada debido al desconocimiento sobre su padecimiento. Sus exámenes de laboratorio presentaron alteraciones: glucosa elevada, triglicéridos elevados, proteinuria así como infección de vías urinarias. Cuenta con un índice de masa corporal de 22.6, con sobrepeso.

EXAMENES DE LABORATORIO 22-01-2010 (AL INGRESO)

BH	QS	PFH	EGO
Hb :11 .0	Glucosa :188	B.T :0.43	Ph 7.0
Hto :23.2	Urea :23.0	B.D :0.16	Dens.1.020
PLAQUETAS :200	Creatinina: 1.0	B.I 0 :27	Alb. 300mg/dl
TP :14.2	A. Úrico :3.9	TGO :19	Gluc. 50mg/dl
TPT: 24.9	Colesterol :179	TGP :17	Hb +++
ACT :84.5%	Triglicéridos: 291	ALB :1.8	Leucos. 10-12 xc
GROPO RH: O+		GLOB :1.9	Eris. Abundantes
		R A/G :1.2	Células E. ++
			Bacterias ++
			Cristales. Filamento mucoso

EXAMENES DE LABORATORIO 27-01-2010 (AL EGRESO)

BH	QS	PFH	EGO
Hb : 12.3	Glucosa : 72	B.T : 0.2	Ph :7.0
Hto: 37.3	Urea :10.7	B.D : 0.1	Dens.:1.015
PLAQUETAS :574	Creatinina :0.56	B.I: 0.1	Alb. 30 mg/dl
TP: 13.9	A. Úrico 3.7	TGO: 17.0	Gluc: neg
TPT :33.0	Colesterol :234.0	TGP :18	Hb: ++
ACT: 86.3%	Triglicéridos: 327	ALB :2.4	Leucos:3-5 xc
GROPO RH: O+		GLOB :3.2	Eris: 15xc
		R A/G: 0.8	Células E: ++
			Bacterias :++

A su egreso sus exámenes de laboratorio su glucosa se encuentra normal, triglicéridos elevados, albumina de 30 mg/dl mucho menor a su ingreso y reporta aun infección de vías urinarias.

Se le dio de alta con tratamiento para dicha infección.

VALORACIÓN CON BASE EN MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: 22 respiraciones por minuto, campos pulmonares ventilados.

DATOS SUBJETIVOS: No presento.

2.- NECESIDAD DE HIDRATACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: Peso antes del embarazo 55 kg, actualmente su peso es de 63.800 kg, talla 1.56 cm.

DATOS SUBJETIVOS: Lleva una dieta balanceada, ingiere carne 3 veces a la semana, leche 7 veces por semana, derivados de leche 5 veces por semana, huevo una vez por semana, leguminosas 7 veces por semana, verduras 7 veces por semana, jugos naturales 3 veces por semana, cereal 7 veces por semana, tortilla 64 piezas a la semana, pan 4 piezas por semana, ingiere café una taza al día, agua de 1 litro por día. Hemoglobina de 11.0 y un hematocrito de 23.2.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: Eliminación intestinal 2 veces diarias características normales, sin presentar ningún problema al evacuar. Eliminación vesical 5 a 6 veces al día características amarillo concentrada. Presenta urgencia vesical, presenta infección de vías urinarias en el primer trimestre reportando bacterias ++.

DATOS OBJETIVOS: No presento.

4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO:

DATOS OBJETIVOS: Frecuencia cardiaca de 88 por minuto, tensión arterial 191/91. Se encuentra consciente, apertura de parpados espontanea, respuesta verbal congruente, respuesta motora voluntaria limitada, pulso radial normal, palidez generalizada, llenado capilar normal, mamas turgentes con pezón formado y salida de calostro, herida quirúrgica limpia sin datos de infección con vendaje abdominal colocado, refiere dolor leve en la incisión quirúrgica así como molestias por el vendaje debido al calor, involución uterina presente con sangrado tras vaginal moderado. Menarca a los 12 años, ritmo 30 x 3, inicia vida sexual activa a los 16 años, dos parejas sexuales utilizo DIU durante un año, fecha de última menstruación: no la recuerda, gesta III, partos: 0, abortos: I, cesárea: II actividad física. Camina 20 minutos diarios sin presentar fatiga.

DATOS SUBJETIVOS: Refiere cefalea.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

DATOS SUBJETIVOS: Duerme 8 horas por la noche, posición semifowler, en ocasiones presenta insomnio y ansiedad, al despertar se siente cansada

DATOS OBJETIVOS: No presento.

6.- NECESIDAD DE HIGIENE:

DATOS SUBJETIVOS: Baño diario, lavado de manos frecuente, peinado diario, cepillado de dientes tres veces por día, corte de uñas frecuente, cambio de ropa diario

DATOS OBJETIVOS: No presento.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: Temperatura corporal de 36.6°C

DATOS SUBJETIVOS: No presenta.

8.- NECESIDAD DE CUIDADO DE LA PIEL:

DATOS OBJETIVOS: Mamas turgentes con salida de calostro, estrías presentes en axilas y abdomen, dos cirugías realizadas, la más reciente fue el 22-02-2010, se encuentra la herida limpia y suturada abdomen flácido con involución uterina presente a nivel de cicatriz umbilical, vendaje abdominal colocado, edema de miembros pélvicos++.

DATOS SUBJETIVOS: No presento.

9.- NECESIDAD DE EVITAR RIESGO Y PELIGRO:

DATOS SUBJETIVOS: Se realizo muestra de Papanicolaou en el año del 2008 no recuerda la fecha exactamente así como exploración de mamas, niega alguna patología importante, cuenta con la vacuna del sarampión que fue aplicada hace 3 años aproximadamente hace 2 años, toxoide diftérico una sola dosis(refuerzo),actualmente presenta cefalea, niega amenaza de parto inmaduro, pretérmino, hemorragia tras vaginal, ruptura prematura de membranas, presento infección de vías urinarias a las 9 semanas de gestación, acude a consultas a una clínica particular quien no recibe atención de un ginecólogo sino de un cirujano, recibe apoyo por parte de su pareja así como también de sus hermanas, para el cuidado de su hijo, niega alcoholismo, tabaquismo, su estado de salud actualmente la considera regular.

DATOS OBJETIVOS: Se mantiene preocupada, sus limitaciones que presenta son: la deambulacion.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

DATOS OBJETIVOS: Función verbal normal, se muestra preocupada.

DATOS SUBJETIVOS: No presento.

11.- NECESIDAD DE ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES:

DATOS SUBJETIVOS: Fue un embarazo no planeado, no pensó en abortarlo, acepta la lactancia materna, actualmente se le realizo oclusión tubarica bilateral.

DATOS OBJETIVOS: No presenta.

12.- NECESIDAD DE REALIZACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: Actualmente se encuentra hospitalizada en el servicio de ginecología cama # 7, la respuesta de su pareja es aceptada, se muestra preocupada, tiene un buen contacto físico con el padre, su padecimiento actual no muestra rechazo a su pareja, es responsable del sustento familiar, las personas con las que vive actualmente son su pareja y su hijo de 1 año 3 meses en casa propia.

DATOS OBJETIVOS: no presenta.

13.- NECESIDAD DE RECREACIÓN:

DATOS SUBJETIVOS: camina 20 minutos diarios, actividad en tiempo libre ver televisión una hora diaria.

DATOS OBJETIVOS: no presento.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

DATOS SUBJETIVOS: recibe información de su padecimiento actual por parte del médico y por parte del personal de enfermería, la información que se le brinda le parece clara y completa.

DATOS OBJETIVOS: demuestra disponibilidad de acuerdo a su tratamiento así como en la deambulacion temprana, lactancia materna, educación y tratamiento médico, se encuentra consciente y orientada mantiene su memoria intacta.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA		
Necesidad	Grado de Dependencia	Diagnóstico
2.Nutrición/hidratación	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exceso de volumen de líquidos, r/c, disminución de la perfusión glomerular secundario a retención anormal de líquidos corporales secundario a preeclampsia grave, m/p edema pretibial ++.
	Independiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad de la madre m/c deseo materno de mantener la lactancia y proporcionar su leche para alimentar a su hijo.
3.Necesidad de eliminación	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incontinencia urinaria r/c urgencia vesical m/c infección de vías urinarias durante el primer trimestre del embarazo.
4.Necesidad de movimiento	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de la movilidad física, r/c prescripción de restricción de movimientos, m/p disminución de las fuerzas.
4.Necesidad de movimiento	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la movilización, relacionado con incisión quirúrgica de cesárea, manifestado por dolor leve e incomodidad producida por la faja.
8.Necesidad de cuidado de la piel	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de la integridad cutánea r / c edema de miembros pélvicos, m / c invasión de las estructuras corporales.

9.Seguridad	<p>Dependiente</p> <p>Dependiente</p> <p>Dependiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ansiedad/c, estrés por la estancia intra hospitalaria prolongada, m/p irritabilidad y nerviosismo ❖ Riesgo de lesión cerebral (convulsiones), r/c alteración del estado mental. ❖ Riesgo de traumatismo, r/c con trastornos visuales y vértigos secundarios a la preeclampsia severa
13.Actividades recreativas	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Déficit de actividades recreativas, r/c entorno desprovisto de actividades recreativas, m/c ausencia de relaciones sociales.

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PACIENTE MULTIGESTA POSTOPERADA DE CESÁREA, OCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL MAS PREECLAMPSIA GRAVE

- ❖ **00026.** Exceso de volumen de líquidos, r/c, disminución de la perfusión glomerular secundario a retención anormal de líquidos corporales secundario a preeclampsia grave, m/p edema pretibial ++.
- ❖ **00105** Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad de la madre m/c deseo materno de mantener la lactancia y proporcionar su leche para alimentar a su hijo.
- ❖ **00019.** Incontinencia urinaria r/c urgencia vesical m/c infección de vías urinarias durante el primer trimestre del embarazo.
- ❖ **00091.** Deterioro de la movilidad en cama r/c la incisión quirúrgica de cesárea, m/p dolor leve e incomodidad producida por la faja.
- ❖ **00046.** Deterioro de la integridad cutánea r / c edema de miembros pélvicos, m / c invasión de las estructuras corporales.
- ❖ **00085.** Deterioro de la movilidad física, r/c prescripción de restricción de movimientos, m/p disminución de las fuerzas.
- ❖ **00146.** Ansiedad, r/c, estrés por la estancia intra hospitalaria prolongada, m/p irritabilidad y nerviosismo.
- ❖ **00035.** Riesgo de lesión cerebral (convulsiones), r/c alteración del estado mental.
- ❖ **00038.** Riesgo de traumatismo, r/c con trastornos visuales y vértigos secundarios a la preeclampsia severa.
- ❖ **00097.** Déficit de actividades recreativas, r/c entorno desprovisto de actividades recreativas, m/c ausencia de relaciones sociales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (1)

NECESIDAD 2: ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

Dominio: 2 Nutrición.

Clase: 5 Hidratación.

Código: 00026.

Definición: Exceso de volumen de líquidos, r/c, disminución de la perfusión glomerular secundario a retención anormal de líquidos corporales secundario a preeclampsia grave, m/p edema pretibial ++.¹⁸

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

4120. Manejo de líquidos

ACTIVIDADES:

- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Captar y pesar pañales si procede.
- Realizar un registro de ingesta y eliminación.
- Realizar sondaje vesical.
- Vigilar el estado de hidratación.
- Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos.
- Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- Controlar ingesta de alimentos, líquidos.¹⁹

¹⁸ Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación NANDA 2003-2004. ELSEVIER. P 234-235.

¹⁹ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) cuarta edición. P 570

NOC RESULTADOS ESPERADOS

0601. Equilibrio hídrico.

INDICADOR:

060120. Densidad específica urinaria.

ESCALA: Siempre demostrado²⁰

EVALUACIÓN:

Controlo la ingesta de líquidos así como se mantiene con los miembros pélvicos elevados y la cantidad de orina en 24 horas es favorable.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (2)

NECESIDAD 2: ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

Dominio: 7 Rol/Relaciones.

Clase: 3 desempeño del rol.

Código: 00105.

Definición: Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad de la madre m/c deseo materno de mantener la lactancia y proporcionar su leche para alimentar a su hijo.²¹

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

5244. Asesoramiento en la lactancia.

- Instruir a la madre/padre acerca de la alimentación del bebe paraqué pueda realizar una toma de decisión informada.
- Corregir conceptos equivocados, mala información o imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.

²⁰ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) tercera edición. P. 338

²¹ Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya.P.65

- Ofrecer a los padres material de educación, si es necesario.
- Instruir en técnicas d relajación, incluyendo el masaje de los pechos.
- Monitorizar la capacidad de aliviar correctamente la congestión de los pechos.
- Enseñar a la madre a consultar a su cuidador antes de tomar cualquier medicamento²².

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1002. Mantenimiento de la lactancia.

INDICADOR:

100212. Material escrito que refuerce todas las instrucciones asistenciales.

ESCALA: En ocasiones demostrado²³

EVALUACIÓN:

Maribel se encuentra consciente que debido a su padecimiento actual no puede amamantar a su bebé ya que ingiere medicamentos que le impiden alimentar a su hija.

²² Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) cuarta edición. P.194

²³ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) tercera edición. P.414

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (3)

NECESIDAD 3: ELIMINACION:

Dominio: 3 eliminación e intercambio.

Clase: 1 función urinaria.

Código: 00019.

Definición: Incontinencia urinaria de urgencia r/c urgencia vesical m/c infección de vías urinarias durante el primer trimestre del embarazo.²⁴

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria.

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
- Proporcionar intimidad para ir al aseo.
- Ayudar al paciente a identificar pautas de incontinencia.
- Revisar las micciones diarias con el paciente.
- Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo.²⁵

NOC RESULTADOS ESPERADOS

0503. Eliminación urinaria.

INDICADOR:

050314. Reconoce la urgencia.

ESCALA: Siempre demostrado²⁶

EVALUACIÓN:

La paciente sabe identificar cuando se le presenta la urgencia urinaria asistiendo inmediatamente al sanitario.

²⁴ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003-2004 NANDA. ELSEVIER. P.281-282

²⁵ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) cuarta edición. P.495

²⁶ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) tercera edición. P.329

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (4)

NECESIDAD 4: MOVILIZACIÓN

Dominio: 4 actividad/reposo.

Clase: 2 actividad/ ejercicio.

Código: 00085.

Definición: Deterioro de la movilidad física, r/c prescripción de restricción de movimientos, m/p disminución de las fuerzas.²⁷

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

0740. Cuidados del paciente encamado

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la cama limpia seca y libre de arrugas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Subir las barandillas, si procede.
- Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- Cambiar de posición según lo indique el estado del paciente.
- Vigilar el estado de la piel.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Controlar la función urinaria²⁸

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1603. Conducta de búsqueda de la salud.

²⁷ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003-2004 NANDA. ELSEVIER. P143-144.

²⁸ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) cuarta edición. P.311.

INDICADOR:

160301. Hace preguntas cuando es necesario.

ESCALA: A veces demostrado.²⁹

EVALUACIÓN:

Maribel realiza movimientos limitados dentro de su cama estando de acuerdo con su estado de salud actual.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (5)**NECESIDAD 4: MOVILIZACIÓN**

Dominio: 4 actividad / reposo.

Clase: 2 actividad / ejercicio.

Código: 00091.

Definición: Deterioro de la movilidad en cama r/c la incisión quirúrgica de cesárea, m/p dolor leve e incomodidad producida por la faja.³⁰

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

0840. Cambios de posición.

- Colocar sobre un colchón / cama terapéutico adecuado.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.

²⁹ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) tercera edición. P. 196.

³⁰ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003-2004 NANDA. ELSEVIER. P. 282-283

- Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición.
- Poner apoyo en las zonas edematosas.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Colocar en una posición que evite tenciones sobre la herida.
- Colocar un respaldo.

NOC RESULTADOS ESPERADOS

0208. Movilidad.

INDICADOR:

020802. Mantenimiento de la posición corporal.

ESCALA: siempre demostrado ³¹

EVALUACIÓN:

Maribel realiza movimientos prescritos sin ninguna complicación, manteniendo una posición corporal adecuada.

³¹ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) tercera edición. P.119

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (6)

NECESIDAD 8: CUIDADO DE LA PIEL

Dominio: 11 seguridad / protección.

Clase: 2 lesión física

Código: 00046.

Definición: Deterioro de la integridad cutánea r / c edema de miembros pélvicos, m / c invasión de las estructuras corporales.

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

3540. prevención de las úlceras por presión.

- Aplicar protocolo hospitalario de prevención de las úlceras por presión.
- Registrar el estado de la piel al ingreso y luego diario.
- Vigilar las fuentes de fricción y presión, escayolas, sabanas.
- Colocar colchón anti escaras.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Aplicar protectores en talones.
- Enseñanza a la familia.
- Aplicar masaje con crema hidratante o ácidos grasos hiperoxigenados.
- Eliminar la humedad excesiva causada por la transpiración.

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas

INDICADOR:

110111. Hidratación

ESCALA: Siempre demostrado

EVALUACIÓN:

La señora Maribel se encuentra con edema de miembros pélvicos y gracias al masaje y a la hidratación de piel no presenta úlceras por presión.³²

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (7)

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

Dominio: 9 afrontamiento/tolerancia al estrés.

Clase: 2 respuestas de afrontamiento.

Código: 00146.

Definición: Ansiedad, r/c, estrés por la estancia intra hospitalaria prolongada, m/p irritabilidad y nerviosismo.³³

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

4920. Escucha activa.

ACTIVIDADES:

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Mostrar calma, escuchar los miedos del paciente y permanecer con ella, fomentando su seguridad.
- Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.
- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.
- Evitar posibles situaciones emocionalmente intensas.
- Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.

³² Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. P.57-58

³³ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003-2004 NANDA. ELSEVIER.P. 241-242

- Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute el paciente.

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1402. Autocontrol de la ansiedad.

INDICADOR:

140215. Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

ESCALA: En ocasiones demostrado.³⁴

EVALUACIÓN:

Maribel se encuentra tranquila, logró controlar su ansiedad y se encuentra satisfecha con la información otorgada por el personal de salud.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA (8)

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

Dominio: 11 seguridad/protección.

Clase 2: lesión física.

Código: 00035.

Definición: Riesgo de lesión cerebral (convulsiones), r/c alteración del estado mental.³⁵

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

6880. manejo ambiental

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Permitir que la familia/ser querido se quede con la paciente.

³⁴ Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

³⁵ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003-2004 NANDA. ELSEVIER.P.290

- Proporcionar una habitación individual si es posible.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Controlar los cambios que se van produciendo en el ambiente y repercusión en el estado del paciente.

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1902. Control de riesgo.

INDICADOR:

190201. Reconoce factores de riesgo

ESCALA: En ocasiones demostrado³⁶

EVALUACIÓN:

Maribel se encuentra segura en la institución, no es posible una habitación individual y a pesar de eso se siente bien.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA (9)

NECESIDAD 9: SEGURIDAD

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física

Código: 00038.

Definición: Riesgo de traumatismo, r/c con trastornos visuales y vértigos secundarios a la preeclampsia severa.³⁷

³⁶ Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. P. 89-90

³⁷ *Ibidem*

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1650. Cuidados de los ojos.

- Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.
- Observar el reflejo corneal
- Aplicar gotas lubricantes, si procede.³⁸

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1611. Conducta de compensación visual.

INDICADOR:

161101. Supervisa la aparición de síntomas de deterioro visual.

ESCALA: Siempre demostrado³⁹

EVALUACIÓN:

Por el momento no presenta ningún dato de trastorno visual se realiza aseo ocular diariamente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (10)

NECESIDAD 13.- ACTIVIDADES RECREATIVAS

Dominio: 4 actividad / reposo.

Clase: 2 actividad / ejercicio.

Código: 00097.

Definición: Déficit de actividades recreativas, r/c entorno desprovisto de actividades recreativas, m/c ausencia de relaciones sociales.⁴⁰

³⁸ Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) cuarta edición. P.291

³⁹ Clasificación de resultados de enfermería (NOC) tercera edición. P.198

⁴⁰ Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003-2004 NANDA. ELSEVIER.P. 282-283

NIC INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

5360. Terapia de entretenimiento

- Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las actividades sociales.
- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades favoritas
- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en las actividades recreativas.
- Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

NOC RESULTADOS ESPERADOS

1604. Participación en actividades de ocio.

INDICADOR:

160407. Identificación de actividades recreativas.

ESCALA: Frecuentemente realizado⁴¹

EVALUACIÓN:

Maribel lee por momentos un libro que le ayuda a distraerse y a sentirse relajada.

⁴¹ Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. P. 51-52

PLAN DE ALTA

La señora Maribel se dio de alta el día 27-012010 normotensa asintomática, se le explican las indicaciones sobre el cuidado personal, así como medidas preventivas de salud que a continuación se muestran se le hace entrega de un tríptico mencionando cuáles son esos cuidados que deberá llevar acabo:

Prevenir infecciones

- Evaluar loquios en color, cantidad, olor y presencia de coágulos
- Valorar retracción uterina.
- Utilizar antisépticos en higiene y la curación de herida quirúrgica
- Administración de antibióticos vía oral como medida preventiva.
- El control de signos vitales es fundamental, así vigilo los valores, uno de ellos puede alterarse e indicarme algún problema a nivel de la incisión; Ej.: elevación de la temperatura, puede relacionarse con una infección.
- La evaluación de los loquios durante el cambio de apósitos me dicen lo que ocurre, en el caso de que estos tomen mal olor, me puede dar indicación de que quedaron restos ovulares y que estén infectados.
- La valoración de la retracción uterina se relaciona , según el tiempo de puerperio y la presencia de los loquios, si hay alguna complicación en la retracción uterina, en tiempo o si esta, está blanda, tengo que sospechar si hay hemorragias o infección
- La correcta higiene y asepsia de la cicatriz, me ayuda a prevenir las infecciones, hay que valorar la integridad de la herida, si presenta signos de enrojecimiento, calor, dolor así como drenaje de líquido purulento.
- Por orden médica, la administración de antibióticos, es para prevenir infecciones relacionada con el ambiente hospitalario y evitar complicaciones posparto.
- Acudir a su centro de salud más cercano para vigilar presión arterial.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con la realización del presente caso clínico en paciente multigesta postoperada de cesárea, oclusión tubarica bilateral mas preeclampsia grave mediante la revisión bibliográfica, he adquirido conocimientos de vital importancia sobre los relevantes acontecimientos en el embarazo debido a la patología preeclampsia, como bien se sabe es una enfermedad consecutiva a la elevación de las cifras tensionales, causando en la embarazada trastornos importantes que afectan su estado de salud y bienestar y la de su producto gestacional. La preeclampsia se presenta por factores que contribuyen al desarrollo de la hipertensión, el edema y la Proteinuria; lo cual se diagnostica a través de los signos y síntomas que presenta la paciente, los análisis de laboratorio como lo son orina, nitrógeno ureico sanguíneo, creatinina, tiempo de tromboplastina y protrombina, y hematología completa.

Al aplicar el Proceso de Enfermería, me permitió valorar a la paciente: **Maribel Z. B.** mediante la recolección de datos subjetivos y objetivos a través de la encuesta realizada, con los patrones funcionales de salud, el examen físico general, para la identificación de necesidades y/o problemas que interfieren en su salud y bienestar, y así realizar los diagnósticos de enfermería y llevarlos a la planificación de los cuidados correspondientes, fundamentados en la teoría de Virginia Henderson, para posteriormente proporcionarlos a la paciente a fin de contribuir al mejoramiento y mantenimiento de la salud tanto física como emocional.

Se le sugiere a Maribel que deberá seguir asistiendo a su unidad de salud más cercano para toma de T/A así como realizarse de vez en cuando exámenes de laboratorio para darse cuenta de su estado d salud actual y con ello tomar medidas preventivas.

BIBLIOGRAFÍA O REFERENCIAS

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta Edición 2005 ED. Elsevier España pp xxvii

Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. (Consultado el 08-02-2011) disponible en:
www.encolombia.com/.../Trabajoslibres1.htm

Definición ABC. (Consultado 08-02-2011) disponible en
www.definicionabc.com/salud/enfermeria.php.

Departamento de Estadística del Hospital General de Jojutla Ernesto Meana San Roman

Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación NANDA 2003-2004. ELSEVIER.

El Proceso de Atención de Enfermería - Terra. (Consultado el 08-02-2011) disponible en:
<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

El proceso de atención de enfermería. (Consultado el 18 de febrero del 2010) disponible en:
es.wikipedia.org/wiki/proceso_de_enfermeria-43k. P. similares.

Enfermeras teóricas- Virginia Henderson- terra. (Consultado el 08-02-2011) disponible en:
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>.

Fiorelli - Alfaro. McGRAW-HILL. INTERAMERICANA. Complicaciones médicas en el EMBARAZOPag: 87-93.

Hipertensión y gestación. (Consultado el 10-02-2010) disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v23_n3/hipertension_gestacion.htm

Informe Sobre la **Definición** del Vocablo **Enfermería**. (Consultado el 04-04-11)
disponible en:

<http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/Informe%20Sobre%20la%20Definici%C3%B3n%20del%20Vocablo%20Enfermer%C3%ADa.pdf>

La enciclopedia libre. (Consultado el 07-12-2010). Disponible
es.wikipedia.org/wiki/Enfermería

Montoya Martínez Adelina, atención domiciliaria, obstetricia II antología 2008.

NANDA-1 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2007 – 2008
ED ELSEVIER 2008

Oclusión tubaria bilateral-NORMA OFICIAL MEXICANA NOM.005-SSA2-1993, DE LOS
SERVICIOS DE PLANIFACACION FAMILIAR.-30 (consultado el 22-02-2011).
Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/17.htm?s=iste>

Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Hospital Regional Universitario
Carlos Haya.

Preeclampsia. Monografías. Com (febrero 2010) disponible
en:www.monografias.com/.../preeclampsia/preeclampsia.shtml com .

Protocolo de hipertensión post-parto. (Consultado el 15-02-2011) disponible
en:www.svg.es/doc/Protocolos.../Protocolo_HTA_postparto.doc - Similares

Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con su persona y su
dignidad. (Consultado el 15-02-2011) disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf08106.htm.

ANEXOS

GLOSARIO

Puerperio: Es el tiempo en que la mujer se recupera del embarazo y su cuerpo regresa al estado que presentaba anteriormente, se le conoce como cuarentena.

Preeclampsia: Presión arterial alta inducida por el embarazo, que provoca inflamación severa y/o altas concentraciones de proteína en la orina. Es curada cuando nace el bebé.

Presión arterial: Presión que ejerce la sangre en su paso por las arterias y venas. Se puede medir y de acuerdo al valor se determina si existe algún problema de salud.

Síntoma: Alteración del organismo que revela la existencia de alguna enfermedad y sirve para determinar su naturaleza

Toxemia: Enfermedad que puede ocurrir durante el embarazo caracterizada por el aumento en la tensión arterial, retención de agua y existencia de proteínas en la orina.

.Hipertensión: Aumento del tono o tensión en general; especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea.

Edema: Acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular, debida a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares por insuficiencia cardiaca, mayor permeabilidad de las paredes capilares u obstrucción de las vías linfáticas. La hinchazón producida se caracteriza por conservar la huella de la presión del dedo.

Proteinuria: Presencia de proteínas en la orina; albuminuria

Insuficiencia Cardíaca congestiva: La producida por aumento de la presión venosa con ingurgitación venosa pulmonar y sistémica con edemas y hepatoesplenomegalia, por deficiencia ventricular derecha.

Enfermedad trofoblástica gestacional:

Cualquier tumor de un grupo de tumores que se forman con células trofoblásticas (células del útero que ayudan a un embrión a adherirse al útero y ayudan a formar la placenta) después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo.

Los dos tipos principales de enfermedades trofoblásticas gestacionales son la mola hidatidiforme y el coriocarcinoma. También se llama tumor trofoblástico gestacional.

Oliguria: Secreción deficiente de orina.

Placenta: Órgano redondeado plano, blando y esponjoso, de grosor y tamaño variable; situado en el interior del útero durante la gestación y por el que se establece el intercambio nutritivo entre la madre y el feto. Se desarrolla a los tres meses de la gestación, del corion del embrión y de la decidua basal del útero. Consta de una porción interna o fetal, tapizada por el corion y por el amnios, en la que se ramifican los vasos del cordón y una porción externa o materna, cuya cara adherente al útero es roja y está dividida por surcos profundos en lóbulos de tamaño desigual o cotiledones. En la circunferencia del órgano existe un seno o vena circular que comunica con las venas de la mucosa uterina.

Poli hidramnios: Hidropesía del amnios; hidramnios.

Primigrávida: Mujer embarazada por primera vez.

Loquios: Líquido que sale de la vagina de la mujer después del parto.

Tubárico: referente a tubas (trompas) uterinas.

Trompas de Falopio: Conducto que se extiende desde el útero al ovario. La trompa de Falopio transporta los óvulos y es el lugar donde se produce la fecundación.

Anticonceptivos: Son objetos, sustancias, procedimientos cuyo fin es impedir de forma temporal y reversible la fecundación y se dividen en naturales, mecánicos, químicos y hormonales. Existen también anticonceptivos quirúrgicos que impiden de forma definitiva el embarazo y se conocen como oclusión tubaria bilateral (mujeres) y vasectomía (hombres).

Fertilidad: Es la capacidad que tienen los hombres y las mujeres de tener hijos.

Oclusión tubaria bilateral (OTB)

Cirugía que consiste en la obstrucción de las tubas uterinas o trompas de Falopio, con el objeto de impedir la fecundación del óvulo.

Óvulo: Células reproductivas femeninas. Las niñas nacen con aproximadamente 400 mil óvulos en los ovarios, los cuales empiezan a madurar y liberarse uno cada mes, a partir de la pubertad.

Papanicolaou: Es un examen que consiste en tomar una muestra de células del cuello de la matriz, para detectar a tiempo cáncer cérvico-uterino.

ANEXO

PREECLAMPSIA

DEFINICIÓN

Según Beare (1998), la preeclampsia es un padecimiento hipertensivo importante del embarazo caracterizado por hipertensión, edema y proteinuria; ocurre después de 20 semanas de gestación pero puede presentarse antes cuando hay una enfermedad trofoblástica. La preeclampsia es de preferencia una enfermedad de primigrávidas.

EPIDEMIOLOGIA

La preeclampsia, es la principal causa de muerte materna y perinatal en la mayor parte del mundo y representa un problema de salud pública importante.

En México es la primera causa de muerte en las mujeres embarazadas, se presenta con una frecuencia alrededor del 7 al 10% y una tasa de mortalidad materna del 13.9%.

CAMBIOS VASCULARES UTERINOS

La placenta humana es perfundida por numerosas arterias espiraladas que por la acción del trofoblasto intersticial y endovascular migratorio, transforman el lecho arterial útero placentario en un sistema de baja resistencia, baja presión y alto flujo.

En el embarazo normal la invasión desidual a cargo de las vellosidades trofoblasticas altera las arterias espiraladas, en las cuales la capa muscular y elástica es reemplazada por fibrina y citotrofoblasto, convirtiendo a estos vasos en conductos gruesos y tortuosos que aumentan la irrigación placentaria, esto ocurre entre la 10°y 12° SDG. Más tarde los cambios se extienden a los vasos miometriales hasta llegar a la porción radial de las arterias uterinas (entre la SDG 14 y 20).

En la preeclampsia esas modificaciones están restringidas al segmento desidual de las arterias espiraladas, mientras que el segmento miometral de las mismas conserva las fibras elásticas y musculares. Así las arterias espiraladas miometriales conservan su capacidad de respuesta contráctil ante estímulos humorales y nerviosos.

Estos cambios restringen el flujo sanguíneo requerido en los estados más avanzados del embarazo, implicando un aporte fijo que no cubre las demandas uteroplacentarias con la consecuente isquemia, esto explicaría el menor crecimiento fetal y por ende la mayor morbi- mortalidad fetal.

FISIOPATOLOGÍA

La hipótesis más aceptada, es que esta patología está originada por la mala adaptación inmunitaria del aloinjerto fetal (paterno) y el tejido materno, generando una situación de hipoxia-isquemia uteroplacentaria, con daño trofoblástico que tiene repercusiones locales inmediatas y a distancia posteriormente.

Las consecuencias locales son fragmentación y deportación del trofoblasto, alteración de la fisiología plaquetaria, cambios de los factores de coagulación y desequilibrio en la relación prostaciclina /tromboxano.

Los efectos a distancia son: daño al endotelio arteriocapilar, desequilibrio de los factores endoteliorrelajantes y endotelioconstrictores e hiperreactividad de la musculatura arteriolar, con mayor desequilibrio a favor del tromboxano y mayor alteración de la fisiología placentaria.

ETIOLOGÍA

La preeclampsia es de etiología desconocida, entre las teorías están la isquemia uterina, las mujeres extremadamente sensibles a agentes vasopresores (catecolamina, prolactina, vasopresina, prostaglandinas), las enfermedades autoinmunitarias, la deficiencia de proteínas en la dieta; entre los factores contribuyentes se encuentran: la edad y paridad, es más frecuente en primigrávidas jóvenes; el estado socioeconómicos, es más frecuente en los grupos socioeconómicos más bajos; mayor incidencia en las diabéticas, embarazos múltiples, polihidramnios, embarazo molar, obesidad y antecedentes de hipertensión durante el embarazo.

FACTORES DE RIESGO

- Primigesta joven (< de 20 años)
- Primigesta añosa(> de 35 años)
- Gran múltipara
- Embarazada soltera
- Polihidramios
- Desnutrición
- Antecedentes de desprendimiento de placenta previa
- Antecedentes de muerte fetal
- Antecedente familiar de preeclampsia –eclampsia
- Cambio de paternidad (por una deficiente respuesta inmune a distintos antígenos fetales)
- Embarazo gemelar
- Embarazo molar
- Enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión crónica, neuropatía, cardiopatía, neuropatía, etc.)
- Nivel socioeconómico bajo
- Escolaridad baja

DIAGNÓSTICO

Según Merck (1999), la preeclampsia se diagnostica mediante pruebas de laboratorio como lo son: hemograma completo, análisis de orina, estudios de electrolitos, concentración de ácido úrico, tiempo de protombina y tromboplastina parcial, nitrógeno ureico sanguíneo, creatinina.

SIGNOS Y SÍNTOMAS SEGÚN SU CLASIFICACIÓN

Según Beare (1998), **preeclampsia leve o moderada**: hipertensión: aumento de 30 mmHg o más en la sistólica o nivel sistólico de 140 mmHg o más; aumento de 15 mmHg o más en la diastólica o nivel diastólico de 90 mmHg o más; proteinuria: + 1 ó + 2 ó 1 gr/litro en muestra de orina tomada a la mitad de la micción o por cateterismo (se encuentra en muestras tomadas por lo menos con 6 horas de diferencia);

Edema: generalizado, facial, en manos y dedos; se manifiesta como un rápido aumento de peso de más de 0,7 kg. Por semana.

Preeclampsia grave: hipertensión: 160/110 mmHg o más; proteinuria: 5 gr. o más en muestras en orina de 24 horas, o lectura de +3 ó +4 en análisis turbidimétrico; edema: además del edema generalizado, posiblemente edema con formación de depresiones; el aumento de peso puede ser de 0,9 kg. O más en un período de una semana o menos; cefalalgia; visión borrosa; oliguria: menos de 400 ml. de orina en 24 horas; dolor epigástrico.⁴²

TRATAMIENTO

Según Merck (1999), el tratamiento está dirigido a conservar la vida y la salud de la madre, el feto por lo general también sobrevivirá. La preeclampsia leve se puede tratar de forma ambulatoria requiriendo reposo en cama, pero la paciente debe acudir al médico cada 2 días; si su estado no mejora en forma inmediata debe ser hospitalizada. Dado que no conoce con exactitud la etiología de la preeclampsia, el tratamiento previo al parto consiste en disminuir los síntomas y el principal fármaco es el sulfato de magnesio; la preeclampsia que no responde al tratamiento o es de estado grave se debe estabilizar a la paciente y provocar el parto. Toda paciente debe guardar reposo en cama decúbito lateral izquierdo para que la diuresis aumente rápidamente y la deshidratación intravascular y la hemoconcentración disminuyan, controlarle los signos vitales, reflejos y estado de conciencia cada 15 minutos.

En la preeclampsia grave está medicado un tratamiento más energético: Al ingresar la paciente se inicia la perfusión de solución salina equilibrada 3 - 4 litros en 24 horas (ringer lactato) mediante un catéter de gran diámetro, para producir un aumento de la diuresis y una disminución del edema; después se administran 4 gr. de sulfato de magnesio (MgSO₄) por vía endovenosa lenta en 15 minutos hasta que la hiperreflexia que suele acompañarse a este trastorno disminuya, para reducir el riesgo a convulsiones. Generalmente se produce un descenso concomitante de la presión arterial.

⁴² Preeclampsia. monografías. com (febrero 2010) disponible en: www.monografias.com/.../preeclampsia/preeclampsia.shtml com .

Si la presión arterial no responde al tratamiento con MgSO₄, se debe iniciar una perfusión intravenosa de hidralazina 40 Mg. /dl regulando la velocidad de perfusión según los niveles de la presión arterial; ésta no debe disminuir por debajo de 130/80 En casos de preeclampsia grave, porque la perfusión uterina disminuye de forma tan importante que el feto resultará perjudicado.

COMPLICACIONES

Según Beare (1998), las posibles complicaciones de la preeclampsia son la eclampsia, el desprendimiento prematuro de la placenta, el edema pulmonar, la insuficiencia cardiaca, el edema cerebral, el desprendimiento de la retina y la lesión renal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

Durante el embarazo cuando aparecen los síntomas de preeclampsia, se coloca a la paciente en reposo en cama en posición decúbito lateral izquierdo; así incrementa el riego renal y uterino que favorece la diuresis y reduce la presión arterial; se controla la presión arterial y el pulso cada 15 minutos, se observan los reflejos rotulianos profundos por si presenta hiporreflexia tendinosa profunda, se observa el estado de conciencia en busca de signos de confusión mental, se pesa diariamente a la paciente, se controla y registran los líquidos ingeridos y eliminados, se proporciona una dieta rica en proteínas y una ingestión normal de líquidos, se controla la actividad y frecuencia cardiaca fetal; si la preeclampsia es grave se administra hipotensores como el sulfato de magnesio para que deprima la unión mioneural, reduce la hiperreflexia y aumenta la vasodilatación.⁴³

⁴³ *Ibidem*

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA EN EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

Los procesos hipertensivos constituyen la complicación médica más común del embarazo. Sin embargo, su prevalencia es desconocida, ya que difiere sobremanera con el área geográfica; tal vez fluctuó entre el 1 y 5 % de todos los embarazos y aproximadamente un tercio de todos los casos se debe a hipertensión crónica.

DEFINICIÓN

Hipertensión en el embarazo

Esta afección se caracteriza por tensión arterial diastólica de 90 mm Hg o mayor en dos o más ocasiones consecutivas, con 4 horas de diferencia; tensión arterial de 110 mm Hg o mayor en cualquier momento del embarazo.

La OMS y la Sociedad Británica de Hipertensión recomiendan el uso de la fase IV de Korotkoff para determinar la tensión diastólica. Sin embargo, la fase IV puede sobreestimar la presión intraarterial de 7 a 15 mm Hg y es difícil determinarla con precisión, ya que es un valor muy subjetivo y depende de la experiencia de la persona que la toma; por lo tanto, la fase V continua siendo la más utilizada para el registro de la tensión arterial diastólica.

Para una medición certera de la tensión arterial, el AHA (The American Heart Association) recomienda las siguientes medidas:

- Paciente sentada por lo menos 5 minutos antes de la medición, con el brazo descansado sobre una mesa a nivel del corazón.
- La bolsa de caucho inflable debe tener un ancho del 40% de la circunferencia del brazo y una longitud del 80 % del mismo.
- Antes de auscultar, se debe estimar la presión sistólica máxima como la presión del manguito, con la que se produce una obliteración del pulso radial.
- La velocidad aproximada para desinflar el manguito es de 2 a 3 mm Hg por segundo.
- Tener el promedio de dos lecturas.
- Equipo de presión (esfigmomanómetro de mercurio o anaerobios calibrados).

Hipertensión crónica

Este padecimiento está determinado por elevación de la tensión arterial antes de la semana 20 de gestación, en ausencia de enfermedad trofoblástica; hipertensión antes del embarazo, y persistencia de la misma seis semanas después del parto a cesárea.

Hipertensión crónica y preeclampsia sobreagregada

Consiste en exacerbación de la presión por lo menos 30 mm Hg la sistólica y 15 mm Hg de diastólica con proteinuria significativa (300 mg o mayor en 24 horas).

Hipertensión gestacional o proteinúrica o transitoria

Aparición de hipertensión después de la semana 20 de gestación, principalmente en el último trimestre o en el periparto. No se acompaña de proteinuria ni de ningún otro dato de preeclampsia y desaparece generalmente en los primeros 10 días posparto.

CLASIFICACIÓN

Se sugiere el uso de la clasificación propuesta por el American Collague of Gynecologists and Obstetricians en 1972, por ser explícita y sencilla: hipertensión crónica, preeclampsia, hipertensión crónica mas preeclampsia sobrecargada e hipertensión transitoria.

La hipertensión crónica se clasifica en esencial, o primaria y secundaria; se divide en leve cuando la sistólica oscila entre 140 y 149 y la diastólica entre 90 y 109 mm Hg, y grave cuando la sistólica es de 160 o mayor y la diastólica de 110 mm Hg o mayor.

La hipertensión crónica de origen esencial ocurre en el 90% de los casos y también se conoce como ideopatía, por no conocerse la causa.

La hipertensión arterial crónica de origen secundario ocurre en el 10 % de los casos y generalmente tiene origen renal, aunque también es de origen endocrino y cardiovascular. Las principales causas son:

- Renal: pielonefritis crónica, glomerulonefritis, riñón policístico y enfermedad renovascular.
- Endocrino: aldosteronismo primario, enfermedad de Cushing, feocromocitoma y acromegalia.
- Vascular: coartación de la aorta.

FISIOPATOLOGÍA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En mujeres con hipertensión crónica, la presión arterial puede permanecer estable o incluso disminuir durante el primer trimestre, debido a la disminución en las resistencias periféricas que ocurre por efecto hormonal (principalmente progesterona), como un cambio fisiológico propio del embarazo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres tienen un incremento durante el segundo y tercer trimestre, que generalmente no es mayor al que presentaban antes de la gestación.

Es importante señalar que la incidencia de preeclampsia en pacientes con hipertensión crónica fluctúa entre 25 y 30 % , no obstante existen estudios que informan una incidencia de solo 2 a 11%, muy probablemente debido a que la hipertensión se reconoce en fase más temprana y se inicia tratamiento oportuno.

Diagnostico diferencial

El diagnostico diferencial más importante y que representa mayor dificultad es de hipertensión crónica secundaria o nefropatía con el de preeclampsia sobreagregada, en estos casos existen datos clínicos y de laboratorio que en algo ayudan a diferenciarlas.

Datos clínicos: las cifras de tensión arterial en la paciente con hipertensión crónica generalmente no tiene amplias fluctuaciones. En el caso de preeclampsia, existen incrementos importantes de la tensión arterial, principalmente durante la noche.

Se postula que la preeclampsia guarda un ritmo circadiano que tiene relación con la hormona natriuretica atrial y aldosterona.

Datos de laboratorio: en la paciente con hipertensión crónica no es común observar alteraciones en las pruebas de coagulación ni en las pruebas de funcionamiento hepático. En la paciente con preeclampsia, una de las características iniciales las constituyen la trombocitopenia y las alteraciones en las pruebas de coagulación. Por otra parte, la proteinuria en la hipertensa y nefropata permanece generalmente estable y en la preeclamptica, es rápidamente progresiva.

La necesidad de diferenciar la hipertensión crónica de la preeclampsia tiene importancia no solo para el tratamiento, sino para el pronóstico del embarazo.

COMPLICACIONES POR HIPERTENSIÓN CRÓNICA DURANTE EL EMBARAZO

Maternas:

Exacerbación de la hipertensión, preeclampsia sobreagregada, diabetes Mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia intercerebral, insuficiencia renal aguda (necrosis tubular o cortical aguda) y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con coagulación intravascular diseminada.

Perinatales:

Aborto, óbito, retraso en el crecimiento intrauterino y parto prematuro.

TRATAMIENTO

Para fines prácticos, el tratamiento será dividido en no farmacológicos y farmacológicos.

No farmacológico:

La terapéutica no farmacológica está indicada cuando la hipertensión arterial es leve, esto es de cifras de 140/90 mm Hg o menores, y consiste en lo siguiente:

Medidas generales: se les indica que no fumen ni ingieran cafeína; restrinjan su actividad física y tengan mayores descansos en la posición de decúbito lateral izquierdo, ya que es una buena medida para mejorar el flujo uteroplacentario. Esta medida es útil principalmente en pacientes con hipertensión crónica y preeclampsia sobreagregada.

Dieta: la restricción de sodio no es recomendada, ya que puede ocasionar disminución en el volumen intravascular y, por lo tanto, disminución en la perfusión uterina y renal. Hay estudios en los que se ha demostrado que los suplementos de calcio disminuyen la tensión arterial en embarazadas y no embarazadas, sin embargo no existen datos suficientes para recomendarla como tratamiento en la hipertensión.

Monitorización de la tensión arterial en casa: su gran importancia estriba en que se trata de la forma más rápida y segura de determinar exacerbación de la tensión arterial y así prevenir complicaciones tanto a la madre como a su hijo.

Farmacológico:

Objetivo: prevenir las complicaciones a corto plazo de las mujeres con tensión arterial elevada que comprometa el bienestar fetal.

Indicaciones: cuando la tensión arterial sistólica es de 150 mm Hg o mayor a la diastólica de 100 mm Hg o mayor.

ANTIHIPERTENSIVOS USADOS EN EL EMBARAZO (6)	
FÁRMACO SUGERIDO	COMENTARIO
<ul style="list-style-type: none">• Alfa-agonistas centrales	Metildopa es de elección, recomendada por el NHBPEP Working Grupo
<ul style="list-style-type: none">• Beta bloqueadores	Atenlo y Metoprolol parecen ser los más seguros y efectivos al final del embarazo. Labetalol también parece ser efectivo.
<ul style="list-style-type: none">• Calcioantagonistas	Por su efecto sinérgico con el sulfato de magnesio pueden precipitar hipotensión.
<ul style="list-style-type: none">• Inhibidores ECA y Bloqueadores de los receptores de Angiotensina II	No deben usarse en el embarazo porque pueden causar anomalías o muerte fetal.
<ul style="list-style-type: none">• Diuréticos	Recomendados en hipertensión crónica antes de la gestación o en pacientes sensibles a la sal. No recomendados en preeclampsia.
<ul style="list-style-type: none">• Vasodilatadores directos	Hidralazina es la droga parenteral de elección por haberse usado por largo tiempo con seguridad y eficacia.

44

⁴⁴ Hipertensión y gestación. (consultado el 10-02-2010) disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v23_n3/hipertension_gestacion.htm

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y USO DE ANTIHIPERTENSIVOS ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

Antes del embarazo

Valoración del estado general de la hipertensa antes de la gestación; se debe evitar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA).

Durante el embarazo

En el embarazo menos de 20 semanas se debe de investigar presencia e nefropatía y clasificar la enfermedad en alto o bajo riesgo. Se entiende por alto riesgo la edad mayor de 40 años, tensión arterial de 160/100 mm Hg, se recomienda suspender antihipertensivos para la disminución del flujo uteroplacentario; por otra parte, si las cifras de tensión arterial son iguales o mayores de 150/100 mm Hg, se recomienda el uso de antihipertensivos. La tensión arterial diastólica debe fluctuar entre 90 y 100 mm Hg para disminuir complicaciones.

En el embarazo mayor de 20 semanas, se debe vigilar la presencia de exacerbaciones de la tensión arterial. Es importante señalar que las exacerbaciones de la hipertensión no necesariamente es indicativa para interrumpir el embarazo. La gestación en tales mujeres puede continuar hasta el término o hasta que se corrobore preeclampsia sobreagregada (incremento de tensión arterial y proteinuria significativa).

Deben practicarse estudios clínicos, de laboratorio y de gabinete en pacientes con hipertensión crónica y embarazo.

Estudios clínicos: a toda madre hipertensa crónica se le deberá realizar fondo de ojo, palpación de pulso y auscultaciones cardíaca y abdominal. Al palpar pulso femoral a veces hace sospechar el diagnóstico de coartación de aorta y el auscultar soplo abdominal hace sospechar la posibilidad de estenosis de la arteria renal.

Estudios de laboratorio: biometría hemática completa, plaquetas, creatinina sérica, y ácido úrico. Si en el examen de orina se detecta proteinuria mayor de una "+", se debe determinar proteinuria de 24 horas y depuración de creatinina. En mujeres con proteinuria durante el primer trimestre, conviene practicar la maduración de anticuerpos antinucleares, anti-DNA y complementario sérico para detectar la presencia de nefritis lúpica. Si se advierte hiperglucemia u oscilaciones amplias de la presión arterial y palpitaciones, conviene medir ácido vanilmandélico y metanefrinas con orina de 24 horas para descartar feocromocitoma.

Estudios de gabinete: se recomienda electrocardiograma y en caso necesario ecocardiograma con Doppler; estos estudios son totalmente inocuos para el feto. Si se cree conveniente, telerradiografía de tórax.

PRONOSTICO

En general, la mortalidad materna y fetal por hipertensión crónica es baja. Sin embargo, el riesgo se incrementa por edad avanzada, tiempo de evolución, afección o órganos blancos y el desarrollo de preeclampsia sobreagregada.

En el 85% de los casos, le evolución del embarazo será sin complicaciones; cuando la hipertensión es leve, no hay incremento de la incidencia del retardo en el crecimiento intrauterino o perdida fetal.

La asociación de hipertensión crónica con preeclampsia fluctúa entre 25 y 52% y, cuando se presenta, la morbilidad materna y fetal se eleva considerablemente.⁴⁵

PROTOCOLO DE HIPERTENSION POSTPARTO

En el puerperio existen tres situaciones diferentes de hipertensión posparto que debemos diferenciar, en todas seguiremos el mismo protocolo, adecuándolo a la historia individual de cada gestante:

- Mujer con preeclampsia leve ó severa, ya conocida, con ó sin medicación previo a parto
- Mujer con hipertensión crónica +/- preeclampsia sobreañadida
- Mujer con hipertensión en el posparto

Actuación en puérperas:

1. Control de tensión arterial cada 8 horas, se avisará al médico de guardia día TA > ó igual a 150/100 en dos tomas separadas de dos horas, tener especial atención en preeclampsia severas, en las de inicio precoz y en aquellas que han acabado en un parto prematuro.

⁴⁵ Fiorelli-Alfaro. McGRAW-HILL. INTERAMERICANA. Complicaciones medicas en el EMBARAZOPag: 87-93.

2. El 2º día de puerperio, se realizará una analítica completa, con perfil hepático , renal, y proteinuria de 24 horas
3. Control de diuresis diario, balance hídrico.
4. Aislamiento si preeclampsia severa (>160/110), hipertensión de difícil control ó signos prodrómicos de eclampsia.
5. No es necesario tratamiento si tensión entre 140-150/90-100, podemos tener una actitud expectante, a valorar según historia clínica de la paciente y clínica, hipertensión de reciente aparición, hipertensa crónica...
6. Si tratamiento previo al parto, se continuará con la medicación (anotar en la Uní dosis), con especial vigilancia al 3º día de posparto (peligro de brote hipertensivo) por reabsorción de líquidos.
7. Tratamiento antihipertensivo:

Si lactancia materna:

- Trandate 200-400 / 8 horas ó aldomet 250-500mg/8 horas si no respuesta, añadir ó cambiar a:
- Adulta oros 30mg (1 ó 2 comp al día) si no respuesta....añadir ó cambiar a :
- Enalapril 10mg (1 ó 2comp al día)

Si lactancia artificial:

- Cualquiera de las anteriores medicaciones y además podremos utilizar
- Capoten 25-20mg /8 horas

Si tratamiento previo al parto, continuará con la misma medicación en pauta descendente según cifras de tensión arterial, si tratamiento I.V, se pasará a vía oral cuando cifras < ó iguales a 150/100, con la misma pauta arriba indicada.

Se añadirá sulfato de magnesio a dosis profilácticas (1gr/hora): 4 amp del sulmetin en 100 fisiológico a 17 ml/hora., si preeclampsia severa (>160/110) ó signos prodrómicos de eclampsia.

Evitar el uso de AINES y methergin, ya que provocan aumento de la tensión arterial.

Tromboprofilaxis: preeclampsia severa ó de inicio precoz, obesidad, reposo de >4 días posparto....

ALTA no precoz, al 3º ó 4º día posparto, y con tensiones de <150/100 siempre, no es necesario el control hospitalario de tensiones entre 140-150/90-100, siempre que se sigan unas recomendaciones por parte de la paciente:

Recomendaciones:

1. Informe de alta detallado con resumen de la historia de la paciente, indicando cifras de tensión arterial, proteinuria, necesidad de medicación, alteración de la función renal...
2. Ponerse en contacto con su MAP, a las 24-48 horas del parto, presentando el informe de alta, para continuar control de tensión arterial.
3. Control de tensión arterial hasta las 12 semanas posparto y de proteinuria a las 8 semanas si existía previamente
4. Evitará gestación en 2 años en casos de preeclampsia severa ya que aumenta la recurrencia de la hipertensión
5. Se citará en consulta de tocología en casos de preeclampsia severa y en las de inicio precoz para consejo reproductor

Se avisará al Servicio de Nefrología en las siguientes situaciones (hoja de interconsulta):

- No control de tensión arterial con la medicación y dosis arriba indicadas
- Alteración de la función renal (aumento de la urea y creatinina)
- Proteinuria (>3gr/24 horas)
- Sospecha ó conocimiento de enfermedad de base (enfermedad renal).⁴⁶

⁴⁶ Protocolo de hipertensión post-parto.. (consultado el 15-02-2011) disponible en: www.svg.es/doc/Protocolos.../Protocolo_HTA_postparto.doc - Similares

OCCLUSIÓN TUBARÍA BILATERAL

DESCRIPCIÓN

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

INDICACIONES

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, multigestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Razones medicas.
- Retardo mental.
- Contraindicaciones
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

PRECAUCIONES

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Discrasias sanguíneas no controladas.
- Anemia severa.
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).

FORMA DE APLICACIÓN

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesarea y posaborto.

ANESTESIA

Se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Se debe recomendar anestesia local más sedación en el posparto, posaborto e intervalo.

ACCESO A LA CAVIDAD ABDOMINAL Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

- La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.
- La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por mini laparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.
- El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:
 - Salpingectomía y ligadura.
 - Salpingotomía (fimbriectomía).
 - Técnicas de pomeroy, uchida e irving.
- Mecánica: por aplicación de anillos de yoon o electro fulguración.
- Se debe recomendar como procedimiento de elección la mini laparotomía con la técnica de pomeroy modificada.
- En todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del sistema nacional de salud.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de:

- Un proceso amplio de consejería previa a su realización.
- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.

DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

EFFECTOS COLATERALES

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).
- Después del procedimiento, la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.

- Tomar analgésico en caso necesario. Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días pos cirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

- Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primera semana pos cirugía, para revisión de la herida quirúrgica. se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
 - Hemorragia en la herida quirúrgica.
 - Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuara toma de muestra para citología cervico - vaginal (Papanicolaou).⁴⁷

⁴⁷ Oclusión tubaria bilateral-NORMA OFICIAL MEXICANA NOM.005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.-30 (consultado el 22-02-2011). Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/17.htm?s=iste>

ANEXOS

ATENCIÓN DOMICILIARIA

DEFINICION:

Los cuidados a la persona enferma en el hogar son tan antiguos como la propia civilización. La lucha por la supervivencia y conservación de la especie han ido siempre acompañadas de un tipo de atención en el propio domicilio, generalmente a cargo de otros miembros del entorno familiar. En la actividad que conocemos hoy como cuidados informales auto cuidados.

Mucho antes de existir hospitales y centros de salud ya se llevaban a cabo actividades asistenciales en el entorno familiar. Podemos afirmar que la atención a la persona enferma en su domicilio fue, en gran medida, la cuna de la enfermería actual. También la asistencia a domicilio dentro del sistema de salud, como actividad individual para resolver problemas puntuales de tipo curativo, cuenta con una amplia tradición en nuestro país.

Sin embargo la atención domiciliaria, entendida como un proceso continuado, programado e integral, constituye una modalidad asistencial directamente ligada al desarrollo de la atención primaria de los últimos 15 años.

El modelo actual de atención domiciliaria sienta su base filosófica en las teorías de la atención primaria de la salud y de la enfermería y medicina comunitaria, que conciben a la familia y al hogar como una pieza clave del sistema de cuidados. Desde el punto de vista organizativo está inspirado el modelo de algunos países del norte de Europa donde la atención domiciliaria nos limita a la resolución de episodios concretos sino que forma parte de una atención continuada, tanto en el centro de salud como en el domicilio, sin que esta se vea interrumpida o fragmentada por la afectación del paciente o por su incapacidad para desplazarse.

La necesidad de atención sanitaria a domicilio está aumentando de acuerdo con la cambiante estructura demográfica, con las mejoras de la tecnología y con las demás de la población. Numerosas circunstancias individuales y sociales hacen que la atención domiciliaria sea hoy una necesidad sentida por gran parte de la población.

El hogar es el escenario en el que se proporcionan cuidados asistenciales, formales o informales, con mayor frecuencia. Las visitas periódicas a domicilio por parte de los profesionales sanitarios juegan un importante papel en los servicios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, y especialmente en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y en periodos de convalecencia.

La atención domiciliaria forma parte integrante de la atención primaria de salud y es responsabilidad de todos los miembros del equipo, aunque, sin duda, por las características del servicio y por las demandas de la población, es la enfermería la principal implicada en esta modalidad asistencial, en este capítulo trataremos de darle una visión general, casi panorámica, de la atención domiciliaria, comenzando por algunos conceptos básicos sobre este tipo de asistencia; siguiendo con el análisis de los factores que la condicionan, con sus objetivos, principios y modalidades de atención; y terminando con la metodología de la visita domiciliaria y sus fases correspondientes.

CONCEPTOS

Atención domiciliaria:

Es el conjunto de actividades que tiene por objeto proporcionar atención sanitaria al individuo y a su familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades, asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado continuo e integral en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales.

Asistencia domiciliaria:

Existe un cierto paralelismo entre este concepto y el modelo de asistencia sanitaria tradicional. Con él nos referimos a la prestación de servicios curativos puntuales en el domicilio, casi siempre a demanda del usuario y sin que ello represente una atención continuada. Generalmente, tiene carácter individual y episódico con escasa participación de otros miembros de la familia o del equipo. Es la modalidad que en el antiguo sistema de ambulatorios se conocía como “los avisos”.

La atención domiciliaria, por el contrario, tiene un carácter integral y continuado, incluye la posibilidad de programación, fomenta la participación y el auto cuidado y se concibe como un trabajo de equipo.

Visita domiciliaria:

La visita domiciliaria es la base instrumental a través de la cual se presenta la atención domiciliaria. *“A través de la visita domiciliaria es posible brindar atención de enfermería al individuo y su familia en su medio natural: la casa donde viven”*. Mientras que la atención domiciliaria es el fin, la visita es el medio para alcanzarlo. Dicho de otra manera, visitamos a la persona o familia para prestarle atención domiciliaria: cuidados de enfermería, atención médica, ayuda social, etc. De hecho, un solo caso de atención domiciliaria puede requerir numerosas visitas. Desde el punto de vista metodológico, no obstante, el proceso de la visita domiciliaria abarca al de la atención propiamente dicha.

OBJETIVOS Y PRINCIPIOS GENERALES

El propósito general de la atención domiciliaria, en el ámbito del sistema sanitario, es contribuir a mejorar el nivel de salud individual y familiar mediante actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de aquellas personas que por alguna razón no están en condiciones de acudir al centro de salud, o que estándolo sea preciso un mayor conocimiento de la realidad familiar y de su entorno. Consiente con esto, los objetivos fundamentales de un programa de atención domiciliaria se pueden concretar en:

- Proporcionar cuidados directos, de atención sanitaria al individuo y a la familia, ayudándoles alcanzar un mayor nivel de salud y bienestar.
- Mejorar el nivel de educación sanitaria del individuo y la familia, fomentando actitudes positivas ante sus necesidades de salud.
- Conocer el medio ambiente familiar en los aspectos relacionados con la salud e instruir en la adopción de medidas preventivas y de facilitación de las actividades de la vida diaria.

Para ello se ha de procurar siempre:

- Actuar conforme a las necesidades de salud identificada e insatisfecha.
- Lograr el compromiso del individuo y de la familia con respecto a su auto cuidado.
- Conseguir el mayor grado de autonomía posible individual y familiar, evitando la dependencia del sistema.

Principios básicos de la atención domiciliaria:

- El objetivo de la atención domiciliaria es proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el domicilio del paciente asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.
- Se debe realizar un estudio de las necesidades del paciente para diseñar un plan individualizado de cuidados.
- La atención domiciliaras debe considerar las necesidades del paciente como un todo y proporcionar servicios a través de una atención multidisciplinaria.
- Deben asegurarse distintos niveles de cuidados que permitan una respuesta rápida a los cambios en el estado del paciente, así como un sistema de comunicación permanente.
- La atención domiciliaria debe garantizar.
 - La provisión de información de los pacientes y las familias de estos durante el periodo de tratamiento.
 - Completa confidencialidad.
 - Una situación higiénica adecuada.
 - Coordinar la transferencia del paciente a otro nivel asistencial o servicio en caso de necesidad.
 - La calidad asistencial.
 - La profesión de sus profesionales.

METODOLOGÍA

La atención domiciliaria no ha de ser la suma de una serie de series aisladas fruto de la improvisación, si no que, por el contrario, debe construir un proceso racional y lógico de actuación, de acuerdo con una cierta metodología de trabajo.

Existe un amplio grado de coincidencia entre los diferentes autores, respecto a las etapas que comprende el proceso de la visita domiciliaria, como base instrumental de la atención a domicilio. Con ciertos matices particulares, en general, las actividades propias de esta modalidad asistencial se suelen agrupar en torno a cuatro momentos claves: fase preparatoria, fase de introducción a la familia, fase de desarrollo y fase de evaluación y registro.⁴⁸

SE LE REALIZA CUATRO VISITAS DOMICILIARIAS A MARIBEL:

El objetivo de realizar las visitas domiciliarias es: darle seguimiento al Proceso de Atención de Enfermera, cerciorarme de que Maribel se encuentre normotensa, asintomática, vigilar características de sangrado tras vaginal e involución uterina.

Actualmente. Maribel se encuentra consciente, con mamas turgentes con salida de leche materna, herida quirúrgica limpia, sin datos de infección, vendaje abdominal colocado, involución uterina presente, sangrado transvaginal escaso, asintomática, signos vitales estables, aun guardando reposo relativo y por el momento no se encuentra lactando a su bebé hasta que su médico se lo autorice ya que ingiere antihipertensivos que impiden la lactancia.

El material que utilice fue: baumanometro, termómetro, guantes, cubre bocas, gasas.

Se le orienta a Maribel sobre los cuidados que debe tener como aseo personal, que deberá asistir a su centro de salud para control de T/A.

Maribel se encuentra agradecida con todo el personal de salud ya que gracias a ellos se encuentran bien ella y su bebé.

⁴⁸ Montoya Martínez Adelina, atención domiciliaria, obstetricia II antología ENEO UNAM 2008.