

00921
107



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
ECLAMPسيا POSTCESAREA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
LUNA ORDOÑEZ MARIBEL

No. CTA. 9951131-1

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE ADMINISTRACION ESCOLAR

M. L. B.
DIRECTOR DEL TRABAJO:

LIC. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DE 2003

9



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI FAMILIA

Gracias a ustedes hoy he podido dar un paso más, ya que todos siempre me han ayudado y apoyado para seguir adelante, de alguna manera cada uno de ustedes se merece el esfuerzo que he puesto en esto.

A ustedes papas les doy las gracias por permitirme terminar una carrera con la cual yo podré seguir adelante luchando por lo que quiero, ya que el ejemplo de ustedes ha sido una de mis motivaciones para lograr terminar una carrera, además me brindaron confianza, amor y un hogar donde siempre se que voy a encontrar apoyo para realizar lo que yo quiera.

A mis hermanos también les doy las gracias por el apoyo que me brindaron en algún momento de mi carrera, siempre han escuchado cada una de mis anécdotas, me han prestado algún momento de su tiempo para escucharme.

GRACIAS POR TODO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Lina Ochoa
Malbel

FECHA: 29 09 03

FIRMA: [Firma]

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
METODOLOGÍA DEL TRABAJO	3
MARCO TEORICO	
- CONCEPTOS BÁSICOS DEL PAE	4
- MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON .	13
- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN	16
- TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA	25
APLICACIÓN DEL PAE	
- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	30
- CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA	32
- PLAN DE CUIDADOS	35
- PLAN DE ALTA	50
ANEXO	
- HISTORIA CLÍNICA	52
- FISIOPATOLOGÍA	58
CONCLUSIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61

INTRODUCCIÓN

El quehacer de enfermería es el cuidado de los individuos, familia o comunidad para ayudar a prevenir, mantener o mejorar las condiciones de salud integral.

Para ello, una herramienta metodológica es el Proceso Atención de Enfermería el cual le facilita al profesional enfermero realizar la toma de decisiones relacionada a el cuidado de los pacientes. Es por ello que debe contar con los conocimientos para poder atender las necesidades o demandas a través de las cinco etapas del PAE, en las cuales va a identificar problemas reales y potenciales para planear las acciones de enfermería, llevar a cabo y evaluar los resultados, además de que es un proceso dinámico permite modificar y planear de acuerdo a los resultados.

El proceso enfermero es un método que debe ser utilizado de manera continua por el personal de enfermería ya que es una forma de organizar el trabajo, ampliar tanto conocimientos como la práctica sin perder que el principal objetivo va encaminado a ayudar a restablecer la salud del paciente a través de un cuidado integral e individualizado.

El presente proceso atención de enfermería se aplicó a una paciente con Eclampsia postcesárea, ya que esta patología es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y puerperio, siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad maternofetal. La incidencia de esta complicación obstétrica en diferentes series a nivel mundial, esta entre el 6 y 30% del total de embarazos, motivo por lo cual la elaboración de este.

Se aborda en un primer capítulo la conceptualización y etapas del Proceso Atención de Enfermería, el modelo teórico de Virginia Henderson y la valoración de Enfermería en la prevención de preeclampsia/eclampsia; un apartado más en donde se lleva a cabo el PAE en cada una de sus etapas, así como el plan de alta.

OBJETIVO GENERAL

- ◆ Identificar problemas de salud en el paciente basándose en la valoración de las 14 necesidades y proporcionar respuesta a estas brindando una atención de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Establecer un plan de cuidados que ayude a restablecer la salud a nuestro paciente respondiendo a sus necesidades individuales.
- ◆ Proporcionar atención de calidad con fundamento científico.
- ◆ Realizar un plan de alta con el cual el paciente pueda continuar con las medidas terapéuticas necesarias, detectar signos y síntomas de alarma y así lograr un óptimo estado de salud e independencia.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El presente trabajo se realizó en el Hospital de la Mujer en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos llevando el seguimiento de la paciente desde su ingreso hasta su egreso del servicio a la cual se le valoró con base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Se realizó la revisión del expediente clínico para poder completar información acerca de datos de exámenes de laboratorio y gabinete, se participó en la visita médica.

Así mismo se acudió a la revisión bibliográfica para la elaboración del marco conceptual y fundamentación científica del plan de cuidados, llevando una evaluación continua para la realimentación de este.

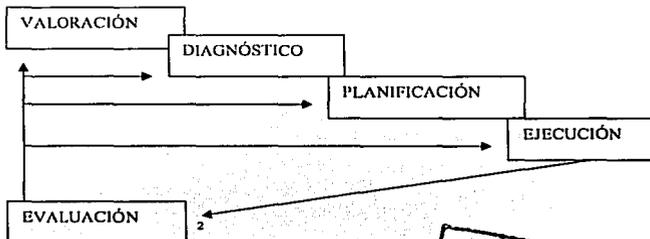
MARCO TEORICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.¹

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional de enfermería puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:



¹ <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

² Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, p 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

OBJETIVOS

- ♦ Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- ♦ Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ♦ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ♦ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, 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.

PARA EL PACIENTE SON:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

PARA LA ENFERMERA:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.

- Crecimiento profesional.

CARACTERÍSTICAS

- ♦ TIENE UNA FINALIDAD: se dirige a un objetivo.
- ♦ ES SISTEMÁTICO: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ♦ ES INTERACTIVO: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ♦ ES FLEXIBLE: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus etapas pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ♦ TIENE UNA BASE TEÓRICA: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.¹

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Es la primera etapa 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.

* Esta etapa cuenta con una valoración inicial , donde deberemos de buscar :

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente .
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud .

* En las valoraciones posteriores , tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado .
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas de acuerdo a la afección.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS :

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración , ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos .

Existen dos tipos de entrevista , ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas 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 Y también.

- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

B) La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del PAE y es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

Son tres los componentes esenciales del diagnóstico de enfermería, que han recibido el nombre de formato PES. Estos tres componentes son el problema sanitario (P), los factores etiológicos o relacionados (E) y las características o grupos de signos y síntomas que lo definen (S).³

PLANIFICACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la etapa de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

ETAPAS EN EL PLAN DE CUIDADOS

- ESTABLECER PRIORIDADES EN LOS CUIDADOS. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CLIENTE CON RESULTADOS ESPERADOS. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los

³ Beard/Mycers, Enfermería médico quirúrgica, p.83

individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles.

- ELABORACIÓN DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso).

Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

EJECUCIÓN

La cuarta etapa es la ejecución, 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 recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas

(diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

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

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.⁴

⁴ <http://tenc.udca.edu.co/revista/proceso.htm>

MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE VIRGIA HENDERSON

Virginia 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 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

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería :

PERSONA

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental , que está constituida por componentes biológicos , psicológicos , sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerado como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia . Necesita fuerza , deseos , conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana .

ENTORNO

Incluye relaciones con la propia familia , así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados .

SALUD

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado , facilitando así la definición del campo de actuación enfermero , y a nivel más práctico , la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas , la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales.

Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :

- 1° .- Respirar con normalidad .
- 2° .- Comer y beber adecuadamente .
- 3° .- Eliminar los desechos del organismo .
- 4° .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .
- 5° .- Descansar y dormir .
- 6° .- Seleccionar vestimenta adecuada .
- 7° .- Mantener la temperatura corporal .
- 8° .- Mantener la higiene corporal .
- 9° .- Evitar los peligros del entorno .
- 10° .- Comunicarse con otros , expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones .
- 11° .- Ejercer culto a Dios , acorde con la religión .
- 12° .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado .
- 13° .- Participar en todas las formas de recreación y ocio .
- 14° .- Estudiar , descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud .

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrir las (independiente "I"), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente "D"), o (PD). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer éstas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente , destacando tres niveles de intervención : como sustituta , como ayuda o como compañera⁵

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

Una de las principales funciones del profesional de enfermería es brindar información, orientación y educación a la comunidad para disminuir o evitar problemas de salud; a través de esta comunicación interpersonal, el personal de enfermería debe promover la salud perinatal, salud sexual y reproductiva, la planeación del embarazo y del intervalo intergenésico, así como el control prenatal para prevenir alteraciones durante la gestación, la atención del parto y puerperio.

El personal de enfermería deberá hacer énfasis en que la salud perinatal se inicia desde la etapa pre-concepcional, la mujer debe de estar preparada para el embarazo, conocer su esquema de vacunación, la alimentación, la práctica de planificación familiar para evitar los embarazos no deseados, particularmente en la adolescencia.

La búsqueda de factores de riesgo de preeclampsia / eclampsia por el personal de enfermería en pacientes femeninas en edad reproductiva y la detección de signos y síntomas de alarma premonitorios, permitirán la prevención y diagnóstico temprano para llevar a cabo un tratamiento adecuado y oportuno que ayude a evitar muchas de las complicaciones que se presentan por esta patología.

Es importante que el profesional de enfermería conozca muy bien los factores de riesgo que nos llevan a presentar o evolucionar determinada patología ya que es el primer punto en donde debemos planear para evitar.

El principal objetivo de la valoración es que la enfermera(o) reconozca los síntomas antes de que se hagan evidentes a la paciente y que identifique cualquier cambio en ella con un diagnóstico de preeclampsia/eclampsia. Los síntomas tempranos y las manifestaciones que se relacionan son dolor de cabeza persistente, visión borrosa, manchas o destellos luminosos, dolor epigástrico, vómito, estupor o contracciones musculares, además del estado de nutrición, el consumo y eliminación de líquidos; todo esto durante

¹ <http://teleline.terra.es/personal/duenas/teorias.htm>

el primer examen prenatal es muy importante además de conocer si tiene factores de riesgo que predispongan a preeclampsia/eclampsia.

FACTORES DE RIESGO

- ◆ EDAD: Cuando el embarazo se presenta en mujeres en edad reproductiva con edad menor a 20 años o mayor de 35 años.
- ◆ PRIMIGRAVIDAS O MULTIGESTAS
- ◆ ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA
- ◆ HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA O ADQUIRIDA DURANTE EL EMBARAZO
- ◆ EMBARAZO MÚLTIPLE
- ◆ POLIHIDRAMNIOS
- ◆ DIABETES MELLITUS
- ◆ INTERVALO INTERGENESICO MENOR A 2 AÑOS
- ◆ OBESIDAD
- ◆ DESNUTRICIÓN
- ◆ NEFROPATIA
- ◆ ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA
- ◆ ENFERMEDAD AUTOINMUNE
- ◆ INESTABILIDAD EMOCIONAL

Una de la principales medidas preventivas que tendrá que llevar a cabo el profesional de enfermería es brindar orientación y consejería a las parejas enfocada a disminuir y detectar factores de riesgo , incluyendo el espaciamiento adecuado entre cada embarazo, y mejorar el estado nutricional y especial atención en mujeres con antecedentes de preeclampsia/eclampsia.

DURANTE EL CONTROL PRENATAL

El examen durante la consulta deberá tener como objetivo la búsqueda de signos y síntomas de alarma, para lograr una detección temprana, un manejo adecuado o una referencia oportuna.

Tensión arterial	Se deberá tomar con la mujer sentada y sobre el brazo derecho colocando éste en posición
------------------	--

	horizontal a la altura aproximada al corazón y apoyándolo, el signo de alarma es el aumento de la T/A en presión sistólica > de 30 mmHg y en diastólica > a 15 mmHg.
Edad del embarazo	Que la fecha de última menstruación esté en relación con la altura del fondo uterino.
Peso	Tener referencia previa al embarazo para poder detectar ganancia excesiva de peso sin razón aparente y teniendo como base que lo normal es 10 a 12 k al final del embarazo. *Primer trimestre: 1 a 1.5 kg por mes. *Segundo trimestre 1.5 a 2 kg por mes. *Tercer trimestre 1 a 1.5 kg por mes.
Síntomas de dispepsia	Como náuseas, vómito persistente, dolor en epigastrio, dolor en área hepática.
Datos de síndrome	Cefalea intensa, acúfenos y fosfenos.
Reflejo rotuliano	Hiperreflexia osteotendinosa.
Exámenes de laboratorio	Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo sanguíneo, Rh, VDRL, individualizando proteinuria o elevación de ácido úrico en sangre.
Frecuencia cardíaca fetal	Valorar sufrimiento fetal < 120 latidos por minuto ó > 160.
Prescripción	Hierro, dieta normo sódica, hiperproteica, aplicación de toxoide tetánico, descartar infecciones por sífilis o virus del papiloma humano, así como valoración de riesgo obstétrico.
Inicio de edema	Si hay dificultad para colocarse anillos o quitarse. ⁶

⁶ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de preeclampsia/eclampsia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

La importancia de la nutrición en la etapa reproductiva de toda mujer es evidente, partiendo del hecho de que el tejido, ya sea materno o fetal, está formado de los nutrimentos provenientes de la dieta de la materna, además de la placenta. El crecimiento fetal durante el embarazo y la posterior secreción de la leche durante la lactancia son procesos que requieren de un aporte de nutrimentos en cantidad, calidad y proporción.

Por ello la nutrición materna debe de ser algo más que simplemente una cantidad de calorías suficiente para la ganancia de peso adecuada. Puesto que la cantidad de calorías adicionales necesarias durante el embarazo no es grande (aproximadamente 300 Kcal/día).

Es importante un equilibrio entre los grupos de alimentos para tener una dieta bien equilibrada. Es importante que la mujer embarazada tome solamente los suplementos destinados para su uso en el embarazo que sean adecuados a sus necesidades nutricionales, porque la sobre dosificación puede ser tan perjudicial como una deficiencia.

Es obvio que la nutrición de la mujer durante su vida temprana es importante para que tenga éxito en su reproducción, pero el mejorar su dieta durante el embarazo puede disminuir los efectos de una desnutrición previa.

Las necesidades nutricionales diarias de la madre aumentan en forma importante, por lo que una dieta recomendada será de gran importancia, basándose en lo siguiente:

• **PROTEINAS:** Las proteínas son necesarias para construir y reparar todo el tejido materno y fetal y específicamente para el aumento de volumen y productos de la sangre, el crecimiento de la placenta y el feto, y la formación de líquido amniótico. La mayoría de las proteínas completas provienen de fuentes animales como la carne o la leche. La mayoría de las fuentes de proteínas vegetales son incompletas y necesitan combinarse con otra fuente que pueda suplir la ausencia de aminoácidos esenciales.

La recomendación durante el embarazo es tomar al menos cuatro tomas de leche o alimentos lácteos y tres tomas de carne u otros alimentos proteicos todos los días.

Si la ingesta de hidratos de carbono o grasa es escasa, las proteínas se utilizarán para producir energía en lugar de la formación de tejidos. Se debe recibir un incremento de 60 g/día mínimo adicionales y de preferencia de origen animal, o asociaciones de vegetales para la obtención de aminoácidos indispensables, las mezclas para complementar las proteínas vegetales que se recomiendan para la alimentación son: leguminosas y cereales (frijoles y tortillas, etc) y oleaginosas y cereales (nueces y avena, etc). Esta acción es fundamental en el segundo trimestre de la gestación.

† **HIDRATOS DE CARBONO:** los hidratos de carbono son las principales fuentes de energía de la dieta. la mayoría de los hidratos de carbono deben de proceder de panes integrales, cereales y hortalizas. Estos alimentos tienen la ventaja de contener otros nutrimentos, además de fibra. La ingesta de fibra ayuda a combatir el estreñimiento, que es una molestia frecuente en el embarazo.

† **GRASAS:** además de suministrar energía proporcionan ácidos grasos esenciales que son necesarios para la mielinización de los nervios y la síntesis de membranas. Las grasas aportan y transportan también las vitaminas liposolubles A, D, E Y K.

† **VITAMINAS:** las vitaminas contribuyen a regular el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas. La mayoría de las vitaminas deben ser aportadas diariamente con la dieta, puesto que no son fabricadas por el organismo. Una dieta equilibrada suministrará la mayoría de las vitaminas y minerales necesarios.

† **VITAMINA A:** es necesaria para la formación de la placenta, por lo que sus requerimientos aumentan principalmente en los primeros meses de gestación, es importante para el desarrollo celular, la visión, huesos y dientes, ayuda al desarrollo del sistema inmunológico y para la formación y conservación de los epitelios. Hay que tomar dos raciones grandes de jitomate o jugo de zanahoria. No obstante, se debe considerar que el exceso de esta vitamina durante el embarazo es teratogénica.

† **VITAMINA B 12 (COBALAMINA):** La deficiencia de esta vitamina es causa de anemia perniciosa y las recomendaciones no son necesarias en las mujeres cuya dieta contiene productos de origen animal. La única fuente de esta vitamina en la naturaleza es por la síntesis de microorganismos en las raíces de leguminosas.

† **VITAMINA C:** La vitamina C es importante en la formación y conservación del colágeno, la proteína que sostiene muchas estructuras corporales y que representa un papel muy importante en la formación de huesos y dientes. También favorece la absorción de hierro procedente de los alimentos de origen vegetal. Las vitamina C se encuentra en cítricos, fresas frescas, pomelo (toronja), piña y guayaba. Buenas fuentes vegetales son brócoli, coles de Bruselas, tomates, espinacas, col, pimientos verdes, repollo y nabos.⁷

Ayuda a la adecuada absorción de las sales de hierro, estimula la formación de los huesos y la matriz dental, evita el frágil sangrado, fortaleciendo la pared capilar. 70 mg/día a través del consumo de tres raciones como mínimo repartidas en cada comida como lo es la guayaba, naranja, mandarina, piña, mango.

† **VITAMINA D:** necesaria para la formación normal de los huesos y para la retención de calcio y fósforo en el cuerpo. También protege los dientes y huesos contra los efectos del bajo consumo de calcio, haciendo un uso más efectivo del calcio y el fósforo.

Llamada también "vitamina solar", la vitamina D se obtiene de la yema de huevo, el hígado, el atún y la leche enriquecida con vitamina D. ⁸

⁷"Vitamina," Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000. © 1993-1999 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

⁸"Vitamina," Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000. © 1993-1999 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

† VITAMINA K: es necesaria para formar protombina para la coagulación sanguínea normal.

† ACIDO FOLICO: Las funciones de esta vitamina en la síntesis del DNA que se produce a causa del rápido desarrollo fetal, de la placenta, de los tejidos maternos, disminuye defectos en el desarrollo del sistema nervioso central, es un componente indispensable en el desarrollo de todas las células del cuerpo y para la protección de glóbulos rojos. Se encuentra en frutas, verduras, nopales y cereales.⁹

NUTRIMENTOS INORGÁNICOS

† HIERRO: a partir de la semana 12 de gestación se recomienda. Es un elemento esencial en la síntesis de hemoglobina, transporta el oxígeno a los tejidos tanto del bebé como de la madre, ayuda a evitar los nacimientos prematuros y de bajo peso.

Es el mineral clave necesario para mantener el bienestar de la madre y el feto, durante el embarazo se necesita un aumento en la ingesta debido al aumento del volumen sanguíneo materno, a la formación de sangre fetal, al almacenamiento de hierro fetal para la lactancia temprana y a la pérdida de sangre durante el alumbramiento.

- Fumarato ferroso 30 mg/día
- Sulfato ferroso 150 mg/día
- Gluconato ferroso 250 mg7día

De preferencia este medicamento debe de ser administrado media hora antes de la comida. O en otros casos consumir chícharos, hígado de res o pollo, ciruela pasa, vegetales verdes como la espinaca y huevo.

† CALCIO: Al inicio del embarazo una serie de ajustes hormonales y fisiológicos permiten un aumento en la retención de calcio el cual sirve para la formación del sistema óseo del bebé y en la

⁹ Servin Ruedas, Nutrición básica y aplicada, pag 105

madre mantiene los dientes y huesos fuertes, ayudando además a una apropiada función del corazón. La mayor parte del calcio que se gana durante la gestación pasa al esqueleto fetal y la otra parte es almacenado por la madre para la lactancia. Algunos alimentos donde podemos encontrar el calcio es en leche, queso fresco, yogurt, tortilla de maíz.

† **SODIO:** puesto que la retención de líquidos aumenta en el embarazo normal, se necesita una cantidad algo mayor de sodio para mantener el volumen sanguíneo suficiente. Por tanto, no es aconsejable una restricción marcada de sodio, puesto que puede ocasionar hiponatremia neonatal, así como problemas a la madre. La ingesta moderada de alimentos sazonados con sal y ricos en sodio es adecuada durante el embarazo. La ingesta de sodio debe ser de 2 a 3 g/día.

† **ZINC:** es necesario para la formación de las enzimas celulares, es un complemento esencial para el crecimiento adecuado del bebé. Hay que hacer combinaciones al día de avena, leche, almendras, plátano, frijoles, rábanos, ostiones y almejas.

† **MAGNESIO:** El aporte adecuado favorece el mantenimiento y desarrollo y crecimiento retal óptimo y ayuda a la transmisión de impulsos nerviosos y a la contracción muscular.

† **LIQUIDOS:** el agua es un componente vital de la dieta nutricia. Ayuda a la digestión, absorción de nutrimentos, excreción de desechos y al mantenimiento de la volemia. También ayuda a mantener la temperatura corporal. La mujer embarazada debe beber al menos de 6 a 8 vasos de líquido al día.¹⁰

El personal de enfermería deberá tener en cuenta que la primera elección en cuanto a la alimentación deberá de ser la natural, sólo se deberá prescribir en aquellos casos que por su cuadro clínico así lo ameriten y su administración se controlara bajo estricta vigilancia.

OTRAS RECOMENDACIONES

¹⁰ Dickason, Enfermería materno infantil, p.214

REPOSO: se debe de llevar una vida emocional tranquila, reducción de la actividad física, reposo espaciado durante el día de preferencia en decúbito lateral izquierdo y con elevación de extremidades inferiores a 20 cm con almohada o cojín.

SUEÑO: Se recomienda de 8 a 10 hrs diarias.

HÁBITOS INTESTINALES: Existe una relajación del músculo liso, a consecuencia de la progesterona secretada por la placenta lo que ocasiona una hipomotilidad en el tránsito intestinal causando estreñimiento, por ello hay que evitar la constipación intestinal con ingesta de líquidos adicionales (2 a 2.5 l/día) y brindar orientación acerca de laxantes naturales como higos, naranja y ciruela pasa.¹¹

ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN: orientar sobre los riesgos, intoxicación al feto, ya que es más probable que nazcan niños de bajo peso y talla, malformaciones congénitas e incremento de aborto, además que puede ocasionar alteraciones en su desarrollo físico y mental.

LACTANCIA MATERNA: rescatar la cultura y la práctica de la lactancia materna orientando acerca de los múltiples beneficios para el binomio madre - hijo, sobre el crecimiento y desarrollo, reforzamiento inmunológico y economía familiar. Todo esto deberá apoyarse por la formulación de periódico mural, trípticos, folletos, pláticas informativas por el personal de enfermería.

BAÑO: El baño deberá de ser diario con cambio de ropa completo, secar bien todo el cuerpo, hay que evitar bañarse en tina ya que esto puede favorecer una infección.

ASEO PERIANAL: este se debe realizar de adelante hacia atrás para evitar el arrastre de bacterias que puedan provocar una infección.

¹¹ Servín Ma Carmen. Nutrición básica y aplicada, pag 99

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASEO DENTAL: deberá realizarse después de cada comida para evitar la formación de caries así como para ayudar a mantenerlos en buen estado ya que durante la etapa del embarazo tienden a debilitarse.

PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

PREECLAMPSIA: es un padecimiento que complica el embarazo a partir de la vigésima semana de la gestación, parto o puerperio no mayor a 14 días, y que se caracteriza principalmente por hipertensión arterial, proteinuria y edema, clasificándose el leve y severa.

ECLAMPSIA: Es la presencia de convulsiones o como con sintomatología de preeclampsia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
<p style="text-align: center;"><u>PREECLAMPSIA LEVE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Elevación sobre cifras basales en la presión sistólica mayor de 30 mmHg. o diastólica mayor de 15 mmHg. o mayor de 140/90 o menor a 160/110. * La oliguria puede ser ausente o mínima. * El crecimiento uterino puede estar retardado. * Se presenta una proteinuria menor de 3 g/24 hrs. * Transaminasa: <ul style="list-style-type: none"> - Glutámico-oxalacética (TGO) puede estar normal o 	<ul style="list-style-type: none"> * La paciente una vez diagnosticada con preeclampsia se vigilará estrechamente durante 24 a 72 hrs para su control y prevención de complicaciones en las que se sospeche evolución a grados más severos. * Se tendrá vigilancia del embarazo permitiendo hasta donde sea posible mantenerla con Tx conservador que permita alcanzarla madurez pulmonar fetal (menor a 36 SDG). * La paciente recibirá los medicamentos estrictamente necesarios y preferentemente indicaciones dietéticas los cuales incluyen llevar una dieta hipo sódica y abundantes líquidos. * Si las condiciones lo permiten

<p>ligeramente elevada.</p> <p>- Glutámico-pirúvica (TGP) puede estar normal o ligeramente elevada.</p>	<p>estas pacientes deberán ser citadas a consulta, de preferencia diario o cada tercer día y en condiciones estables cada 7 a 14 días dependiendo del cuadro clínico.</p> <p>* Se practicarán ultrasonidos para valorar el crecimiento fetal, pruebas sin estrés después de la semana 32.</p> <p>* Si la paciente presentara descompensación o sintomatología agregada, será indicación precisa de hospitalización.</p>
<p style="text-align: center;"><u>PREECLAMPSIA SEVERA</u></p> <p>* Hay una hipertensión arterial de 160/110 mmHg o mayor.</p> <p>* Acufenos y fosfenos.</p> <p>* Oliguria menor a 17 ml/hr.</p> <p>* Hay dolor en epigastrio.</p> <p>* Hay un importante crecimiento uterino retardado.</p> <p>* Hiperreflexia.</p> <p>* Sufrimiento fetal.</p> <p>* Alteraciones en la conciencia.</p> <p>* Cianosis.</p> <p>* Trombocitopenia.</p> <p>* Proteinuria mayor de 3 g/24 hrs.</p> <p>* Transaminasa:</p>	<p>* Estas pacientes deberán estar hospitalizadas.</p> <p>* No debe permitirse que una preeclampsia severa continúe como tal por más de 48 hrs, sin ser tratada adecuadamente.</p> <p>*CONTROL DE LAS FUNCIONES VITALES:</p> <p>- Asegurarse de mantener una adecuada función respiratoria, manteniendo la permeabilidad y la ventilación de las vías respiratorias superiores.</p> <p>- Monitorizar frecuencia cardiaca, gasto cardiaco y resistencia vascular periférica.</p> <p>- Colocación de catéter venoso central, confirmando su posición con electrocardiograma o radiografía de tórax.</p> <p>- Colocación de sonda vesical a permanencia para medir diuresis en forma horaria.</p> <p>- Adecuación del volumen</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>- Glutámico-oxalacética esta marcadamente elevada.</p> <p>- Glutámico-pirúvica esta marcadamente elevada.</p>	<p>intravascular: la preeclampsia/eclampsia cursa en la mayoría de los casos con disminución del volumen intravascular y hemoconcentración, por lo que debe valorarse el estado de hidratación, diuresis, PVC, cifras de hematocrito, hemoglobina, balance hidroelectrolítico incluyendo pérdidas insensibles.</p> <p>-Mantener en ayuno si está embarazada y si hay inminencia de eclampsia.</p> <p>-Administrar oxígeno (3 litros por minuto).</p> <p>-Aplicar solución glucosada al 5 o 10 % 1000ml c/8 hrs. con la finalidad de mantener un aporte hídrico y calórico.</p> <p>- Aplicar soluciones electrolíticas (fisiológica, Hartman) que permanecen mayor tiempo en el espacio intravascular y con fines de reposición de electrolitos como carga de hidratación a razón de 1000 ml en 2 hrs, según PVC.</p> <p>- También se pueden administrar otros expansores del plasma como lo es Dextran 40, Hemaccel, plasma o albúmina, la velocidad se ajustará dependiendo de la PVC, diuresis y capacidad cardiovascular.</p> <p>- Administrar albúmina específicamente en casos de pacientes con hipoalbuminemia importante, a dosis de 37 g en 24 hrs.</p>
--	---

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*** CONTROL METABÓLICO:**

- Administrar oxígeno a 3 l/min.
- Bicarbonato de sodio en solución en casos con niveles menores a 15 mEq o con pH igual o menor a 7.24.
- Solución salina en hiponatremia igual o menor a 130 mEq/l.
- Solución glucosada al 10% 1000 ml c/12 hrs para asegurar el aporte calórico e hídrico.
- Glucocorticoides
- Cloruro de potasio, en caso de hipocalcemia se podrá agregar una ampula a la solución hidrolítica.

*** MONITORIZACIÓN MATERNA:**

- Medición de la presión arterial cada 15 o 30 min.
- Signos vitales dos veces por turno.
- Control de peso diario.
- Determinación cuantitativa y cualitativa (tira reactiva) de orina.
- Determinación de BH, QS, Pruebas de función hepática, pruebas de coagulación y pruebas de función renal.

*** MONITORIZACIÓN FETAL:**

- Realizar ultrasonido y valoración del líquido amniótico.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar movimientos fetales, ruidos cardiacos, frecuencia cardiaca fetal y medición de fondo uterino. - Realizar perfil biofísico (registro cardiotocográfico). <p>* TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidralacina: 5 a 10 mg IV en bolo a dosis respuesta. La dosis y frecuencia debe establecerse en función de la respuesta materna y fetal; una vez estabilizado el cuadro agudo se puede utilizar V.O. 10 a 50 mg c/6 hrs. - Nifedipina: En casos de que las cifras tensionales diastólicas sean = ó > 110 mmHg se administrará 10 a 20 mg V.S. - Alfametildopa: 250 A 500 MG v.o. c/6 hrs. <p>* PREVENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulfato de magnesio: con una dosis de impregnación de 4 g IV. Diluidos en 250 ml de solución glucosada al 5% administrados en 20 minutos. Manteniendo de 1 a 2 g IV. por hr. <p>Es necesario estar valorando el volumen urinario, reflejo rotuliano y función respiratoria y cardiaca.</p>
<p style="text-align: center;"><u>ECLAMPSIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Crisis convulsivas. * Puede llegar a presentarse coma. 	<ul style="list-style-type: none"> * Se mantendrá a la paciente con las anteriores indicaciones y agregar las siguientes dependiendo del caso: - Evitar traumatismos: durante las

<ul style="list-style-type: none"> * Acufenos y fosfenos. * Oliguria menor a 17 ml/hr. * Hay dolor en epigastrio. * Hay un importante crecimiento uterino retardado. * Hiperreflexia. * Sufrimiento fetal. * Alteraciones en la conciencia. * Cianosis. * Trombocitopenia. * Proteinuria mayor de 3 g/24 hrs. * Transaminasa: <ul style="list-style-type: none"> - Glutámico-oxalacética esta marcadamente elevada. - Glutámico-pirúvica esta marcadamente elevada. 	<p>crisis convulsivas utilizar cama con barandales y almohadas, así como cánula de Guedel para evitar mordedura de la lengua.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Venoclisis: por los menos tener dos venas permeables; una para hidratación, aporte calórico y administración de fármacos, y otra para PVC y toma de muestras. - Sondeo vesical: permanente. - Ventilación pulmonar adecuada: en caso de ser necesario aspirar secreciones o valorar intubación, frecuencia cardiaca, estado de la conciencia, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, hidratación y coloración de tegumentos. - Valoración neurológica - Furoseida: en caso de insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, prueba diurética de insuficiencia renal, se podrá utilizar con previa valoración.¹²
---	--

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹² Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Se trata de paciente femenina de 27 años de edad con Dx de Eclampsia post cesárea que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos, cursando su primer día de estancia en este servicio.

Inicia su padecimiento hace 15 días con edema de miembros inferiores, cefalea, una T/A de 140/85 y un embarazo de 33.6 SDG, por lo que es internada en el servicio de embarazo de alto riesgo, en donde se mantiene en vigilancia y tratamiento posteriormente se decide la interrupción del embarazo por vía abdominal, y se obtiene producto masculino con Apgar 5/7 y peso de 1800 gr. Continúa en vigilancia en el servicio de alojamiento conjunto en donde presenta T/A de 140/90 y presenta dos crisis convulsivas tónico clónicas con pérdida de tono vesical y lesiones en lengua por lo cual se decide bajar a UCI para su manejo y tratamiento.

La paciente se encuentra somnolienta, intranquila, respondiendo a estímulos externos, con ligera palidez de tegumentos, piel y mucosas orales semihidratadas, con pupilas isocóricas normorefléxicas, con puntas nasales a 3 lts/min, con lengua lesionada secundaria a crisis convulsivas, cuello cilíndrico, tórax simétrico, sin alteraciones cardiopulmonares, con mamas con cambios propios de la gestación y secreción láctea, con catéter central permeable y sin datos de infección en miembro torácico izquierdo, con buen llenado capilar, con venoclisis permeable en miembro torácico derecho, con herida quirúrgica infraumbilical limpia, con bordes bien afrontados, sin datos de hemorragia, con buena involución uterina así como vendaje abdominal, con sonda vesical a derivación drenando orina de características macrosómicas, con ligeras pérdidas transvaginales y ligero edema de miembros pélvicos así como vendaje.

CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

NECESIDAD	FUENTES DE DIFICULTAD
* Oxigenación	* Hay disnea, tos, secreciones hialinas y espesas, con una FR de 14 por min y Saturación de oxígeno de 86 % y ligera palidez de tegumentos.
* Nutrición e hidratación	* AHNO, ligera palidez de tegumentos y parámetro de PVC 6mm H2O.
* Eliminación	* Esta con sonda foley a permanencia drenando orina concentrada.
* Moverse y mantener buena postura	* No hay fuente de dificultad.
* Descanso y sueño	* Esta somnolienta, fuerza y tono disminuido, motricidad débil y necesita ayuda para vestirse y para deambular.
* Usar prendas de vestir adecuadas	* No hay fuente de dificultad.
* Termorregulación	* No hay fuente de dificultad
* Higiene y protección de la piel	* Desarreglo físico, sudoración y haitosis, presenta herida quirúrgica infraumbilical de 10 cm aproximadamente.
* Evitar peligros	* Puede lesionarse por presentar crisis convulsivas y además tiene catéter central, venoclisis, sonda foley a permanencia y herida quirúrgica infraumbilical.
* Comunicarse	* Esta angustiada por no saber el estado de salud neonatal.
* Vivir según creencias y valores	* No hay fuente de dificultad.
* Trabajar y realizarse	* No hay fuente de dificultad
* Jugar y participar en actividades recreativas	* No hay fuente de dificultad
* Aprendizaje	* No hay fuente de dificultad

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRADOS DE DEPENDENCIA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO
* Oxigenación	PD	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la acumulación de secreciones, manifestado por tos productiva, estertores y saturación de oxígeno de 86 %.
* Nutrición e hidratación	D	Desequilibrio nutricional inferior a los requerimientos corporales relacionado con restricciones dietéticas secundario a estado patológico manifestado por palidez de tegumentos.
	D	Déficit de volumen de líquidos relacionado con la restricción de manejo de líquidos, manifestado por piel y mucosas secas y PVC de 6 mmH2O
	PD	Déficit de volumen de líquidos en el espacio intravascular en relación con la desviación hacia el espacio extravascular secundario a vasospasmo y a la alteración de la función renal
* Eliminación	I	
* Moverse y mantener buena postura	PD	Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad y dolor en herida quirúrgica infraumbilical manifestado por dificultad para girarse en la cama.
	D	Riesgo potencial de deterioro de la integridad cutánea relacionado presión en zonas de apoyo.
* Descanso y sueño	D	Alteración en el patrón del sueño relacionado a dolor abdominal, ansiedad y ruido manifestado por informe verbal

		de no sentirse bien descansado.
* Usar prendas de vestir adecuadas	I	
*Termorregulación	I	
* Higiene y protección de la piel	D	Disminución del autocuidado personal relacionado con limitación de la movilidad y debilidad, manifestado por mal aspecto físico y halitosis.
* Evitar peligros	D	Riesgo de traumatismo relacionado con posible presencia de crisis convulsivas Riesgo de infección en relación a herida quirúrgica y métodos invasivos.
* Comunicarse	PD	Ansiedad relacionado a la falta de conocimiento acerca del pronóstico y padecimiento neonatal manifestado verbalmente.
* Vivir según creencias y valores	I	
* Trabajar y realizarse	I	
* Jugar y participar en actividades recreativas	I	
* Aprendizaje	I	

**TEST CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
GRADO DE DEPENDENCIA: PD

Dx Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la acumulación de secreciones, manifestado por tos productiva, estertores y saturación de oxígeno de 86 %.

OBJETIVO: La paciente recuperará su patrón respiratorio normal a través de la permeabilidad de la vía aérea.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Fisioterapia torácica	- Incluye un conjunto de técnicas encaminadas a eliminar secreciones del tracto bronquial y reeducar o ejercitar los músculos respiratorios con el objetivo de conseguir una ventilación más eficaz.
- Aspiración de secreciones	- Las secreciones que se acumulan reducen la ventilación alveolar y contribuyen a la hipoxemia y al aumento del trabajo respiratorio. - Es un procedimiento mediante el cual se extraen las secreciones de la traquea y los bronquios, que bloquean o dificultan el paso del aire a los pulmones.
- Valorar tipo, cantidad y características de las secreciones	- Ayuda a identificar si existe algún tipo de infección en vía respiratoria.
- Oxigenoterapia Puntas nasales a 3 l/min	- La permeabilidad de las vías respiratorias, asegura un buen tratamiento con O ₂ . - La necesidad de oxígeno en el organismo guarda relación con el metabolismo celular. - La administración de oxígeno

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	<p>únicamente restablece la concentración normal en sangre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una cantidad mayor de oxígeno puede originar deglución de aire, y provocar irritación nasal y faríngea. - Una cantidad menor de oxígeno aumenta la frecuencia respiratoria y produce cianosis.
- Administrar fluido terapia oral o IV	- La hidratación promueve la expectoración de los esputos y disminuye el desarrollo de moco impactado, además de que ayuda a fluidificar las secreciones pulmonares.
- Drenaje postural: de 2 a 3 veces al día durante 10 min	- Ayuda a eliminar las secreciones por gravedad. Además una vez iniciada la hidratación, el paciente debe movilizar esas secreciones espesas para prevenir el taponamiento bronquial.
- Brindar una adecuada posición: semifowler	- Evita que se acumulen las secreciones y favorece su eliminación, además de que ayuda a una mejor entrada de aire ya que por gravedad desciende el diafragma y esto ayuda a que los pulmones se expandan más al momento de la inspiración.
- Valorar la coloración de piel y tegumentos	- La vigilancia continua del paciente permiten la detección oportuna en los cambios de coloración.
- Valorar signos vitales	- En especial FR y FC que suelen alterarse al tener bajas concentraciones de O ₂ en sangre.
- Vigilar la profundidad respiratoria.	- Es un dato que nos va a decir si nuestra paciente esta con esfuerzo respiratorio al presentarse retracción xifoidea.
- Gasometría	- Proporciona valores de los gases sanguíneos que reflejan la ventilación. La evaluación de la gasometría es la única forma fidedigna de valorar la oxigenación y estado de CO ₂ de la paciente

EVALUACIÓN: La paciente se mantuvo con vía aérea permeable y así mantener un adecuado patrón respiratorio.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN
GRADO DE DEPENDENCIA: D

Dx Desequilibrio nutricional inferior a los requerimientos corporales relacionado con restricciones dietéticas secundaria a estado patológico, manifestado por palidez de tegumentos.

OBJETIVO: La paciente mantenDRÁ un adecuado aporte calórico.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Administración de solución glucosa al 10 %	- Mantiene un aporte hídrico y calórico adecuado.
- Valorar tolerancia a la vía oral iniciando con dieta líquida, posteriormente blanda hasta dieta normal.	- Existen alteraciones orgánicas que requieren de dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud o bien al control del padecimiento. - El cuerpo necesita de un mínimo de nutrientes para mantener la salud y el desarrollo durante las etapas de la vida.

EVALUACIÓN: La paciente logró mantenerse con un buen aporte calórico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD DE HIDRATACIÓN
GRADO DE DEPENDENCIA: D

Dx Déficit de volumen de líquidos relacionado con restricción de manejo de líquidos manifestado por piel y mucosas secas y PVC con valores de 6 mm H2O.

OBJETIVO: La paciente se mantendrá con una adecuada hidratación a través de un buen manejo de líquidos.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Administración de solución IV a la frecuencia indicada: Solución Hartman 500 ml p/carga	- Esta solución se distribuye principalmente en el compartimento extracelular al distribuirse en la circulación y hace corrección del desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Tomar registro y valorar PVC	- Proporciona información sobre el volumen sanguíneo normal 8-12 mm H2O. - Presiones inferiores es igual a una disminución del volumen circulante. - Presión elevada indica incremento del volumen sanguíneo.
- Humedecer una gasa y colocarla en mucosas orales	- Ayuda a mantener una hidratación de la mucosa oral.
- Mantener y vigilar sonda foley a permanencia.	- La medición precisa del ingreso y pérdida de los líquidos permite evaluar el equilibrio hídrico del organismo.
- Control de líquidos	- Los registros exactos de ingresos y egresos de líquidos ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente. - La medición exacta de la ingesta debe abarcar todos los líquidos ingeridos, incluyendo el agua de los alimentos líquidos parenterales. - La medición y registro exacto de las pérdidas se refiere a la cantidad total de orina, vómito, diarrea, etc.

- Mantener humectada la piel a través de una crema.	- Las lociones o cremas mantienen la piel suave e hidratada.
- Vigilar características de la piel.	- Una piel seca es signo de que existe un desequilibrio hídrico.

EVALUACIÓN: La paciente se mantuvo con una adecuada hidratación de piel y mucosas orales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Dx Déficit de volumen de líquidos en el espacio intravascular en relación con la desviación hacia el espacio extravascular secundario a vasospasmo y a la alteración de la función renal.

OBJETIVO: Que disminuya el edema, la tensión arterial y mantener gasto urinario.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Tomar T/A cada hora utilizando el mismo brazo y en la misma posición.	- La presión arterial puede variar cada hora; se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.
- Pesar diariamente a la paciente.	- El aumento de peso y el edema son consecuencia de la retención de sodio y agua.
- Llevar estrictamente un control de líquidos y electrolitos.	- El ser humano requiere de un equilibrio fisiológico homeostático, el cual depende de la integridad funcional de las células y la estabilidad de su medio interno. - Los registros exactos de ingresos y egrésos de líquidos ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente.
- Valorar el edema. +1 Mínimo; edema ligero del área pedía o pretibial. +2 Edema acentuado de extremidades inferiores. +3 Edema de manos, cara, pared abdominal inferior y sacro. +4 Edema masivo generalizado.	- La disminución de la presión coloidosmotica del plasma provoca salida de liquido del espacio intravascular al extracelular.
- Reportar el gasto urinario horario.	- En la HIE hay reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular.
- Realizar estudio urinario de proteínas.	- La proteinuria es el resultado de edema del endotelio de los capilares glomerulares.

- Valorar el hematocrito en forma regular.	- La reducción del líquido intravascular provoca aumento del hematocrito debido al cambio en la proporción entre glóbulos rojos y volumen de líquido.
- Mantener sonda foley a permanencia.	- Permite verificar la excreta de orina, así como características.
- Valorar estudios de enzimas hepáticas y función renal.	- Permite dar datos acerca de la afectación de estos órganos.
- Valorar electrolitos.	- Proporcionan datos de funcionamiento renal.
- Administración y Ministración de Alfametildopa 250 mg V.O. c/8 hrs	- Interfiere en la carboxilación de la Dopa, al dificultar su transformación en dopamina. Se forma así alifametinoradrenalina, de acción más débil que la noradrenalina, con la cual compite a nivel de los efectos arteriulares, y disminuye la acción simpática constrictora. - Reduce la presión arterial, se mantiene el gasto cardiaco sin aceleración del corazón.

EVALUACIÓN: El edema de la paciente disminuyo, el gasto urinario se mantuvo normal.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA
GRADO DE DEPENDENCIA: PD

Dx Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad y dolor en herida quirúrgica infraumbilical a manifestado por dificultad para girarse en la cama.

OBJETIVO: La paciente no presentara dolor y así lograra un adecuado movimiento.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Administración de Metamizol sódico 1 g IV c/8 hrs	- Es un fármaco con actividad analgésica y antipirética. Indicado en una gran variedad de condiciones cuya sintomatología básica consiste en dolor o fiebre. El metamizol es un derivado pirazolónico cuyas actividades analgésicas, antipirética y antiinflamatoria se relaciona básicamente con su actividad inhibitoria de la síntesis de las prostaglandinas.
- Dar cambio de posición a la paciente cada 2 horas.	- Mejora el bienestar por alivio alivio de la presión y disminuye lesiones por decúbito. - Ayuda a aliviar los músculos y articulaciones fatigadas y aumenta la circulación.
- Mantener vendaje de miembros inferiores.	- Ayuda a mejorar la circulación de miembros inferiores causada por la inmovilidad.
Favorecer una buena posición y el ejercicio postural.	- El ejercicio favorece el restablecimiento o conservación del tono muscular y movilidad de las articulaciones así como la estimulación de la circulación sanguínea y la adaptación a la actividad.
- Vendaje abdominal.	- Permite dar seguridad a la paciente al movimiento.

EVALUACIÓN: La paciente se mantuvo con una adecuada posición y movimiento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRADO DE DEPENDENCIA: PD

Dx Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión en zonas de apoyo.

OBJETIVO: La paciente no presentará lesiones por decúbito.

ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Cambiar de posición a la paciente cada 2 hrs	- - Mejora el bienestar por alivio alivio de la presión y disminuye lesiones por decúbito. - Ayuda a aliviar los músculos y articulaciones fatigadas y aumenta la circulación
- Dar masaje	- El masaje es un método terapéutico manual o instrumental, los efectos son: <ul style="list-style-type: none"> • Incremento sanguíneo o linfático en la región tratada. • Disminución de inflamación periarticular. • Relajamiento articular. • Prevención o disminución de fibrosis. • Disminución a la tendencia de atrofia muscular.
- Brindar baño de esponja.	- La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea, además de activa la tensión muscular y disminuye el dolor y el malestar general.
- Lubricar piel	- Las lociones o cremas mantienen la piel suave y libre de excoriaciones y grietas producidas por la falta de movimiento.
- Evitar la presión.	- Si la presión ejercida contra el tejido blando es mayor que la presión sanguínea inter capilar, los capilares se ocluirán y el tejido se dañará como resultado de la hipoxia.
- Mantener la cama lisa como sea posible.	- La acción de asegurar la ropa de cama en situación inamovible, evita la formación de úlceras por presión.

EVALUACIÓN: La paciente no presento lesiones por decúbito.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO
GRADO DE DEPENDENCIA: D

Dx Alteración en el patrón del sueño relacionado a dolor abdominal, ansiedad y ruido manifestado por informe verbal de no sentirse bien descansado.

OBJETIVO: La paciente logrará periodos de sueño tranquilos.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Administración de Metamizol sódico 1 g IV c/8 hrs	- Es un fármaco con actividad analgésica y antipirética. Indicado en una gran variedad de condiciones cuya sintomatología básica consiste en dolor o fiebre. El metamizol es un derivado pirazolónico cuyas actividades analgésicas, antipirética y antiinflamatoria se relaciona básicamente con su actividad inhibitoria de la síntesis de las prostaglandinas.
- Disminuir o eliminar los factores relacionados que causen trastornos del sueño como: evitar estímulos luminosos, ruido, etc.	- Favorece el descanso y tranquilidad del paciente.
- Proporcionar un ambiente tranquilo y buena temperatura.	- Para evitar que pueda despertar por alguna incomodidad.
- Ofrecer merienda con leche tibia.	- inducen el sueño.
- Ofrecer una lectura.	- Mantendrá más tranquilo al paciente al momento de iniciar una siesta.
- Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el periodo de sueño.	- Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo.

EVALUACIÓN: La paciente logro periodos de sueño tranquilos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
GRADO DE DEPENDENCIA: D

Dx Disminución del autocuidado personal relacionado a limitación de la movilidad y debilidad, manifestado por mal aspecto físico y halitosis.

OBJETIVO: La paciente presentará un buen aspecto físico, así como comodidad y seguridad a través del aseo general.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Brindar baño de esponja.	- Las medidas higiénicas contribuyen a que el paciente se sienta cómodo y descansado. - Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y continuamente la humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos etc.
- Proporcionar toalla y bata limpias	- La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable.
- Cambiar adecuadamente la cama.	- Una cama con las sábanas bien limpias y estiradas produce bienestar al paciente y comodidad.
- Secar perfectamente la piel.	- El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones. - Los movimientos aumentan la circulación sanguínea. - Las fricciones producen un efecto relajante.
- Lubricar la piel después del baño.	- Las lociones o cremas mantienen la piel suave y libre de excoriaciones y grietas producidas por la falta de grasa.
- Peinar y terminar su arreglo personal.	- Un cabello limpio y peinado proporciona bienestar y seguridad al paciente.
- Proporcionar equipo para el aseo bucal.	- La flora bucal tiene efecto perjudicial dado que produce procesos patológicos de dientes y estructuras de soporte, específicamente caries. - La halitosis disminuye al retirar los depósitos de placa dentó bacteriana blanda y sarro.

EVALUACIÓN: La paciente logro una mejor apariencia y comodidad.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
GRADO DE DEPENDENCIA: D

Dx Riesgo de traumatismo relacionado con posible presencia de crisis convulsivas.

OBJETIVO: La paciente no presentará lesiones a través de las medidas preventivas.

ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>- Administrar sulfato de magnesio.</p> <p>Se prefiere IV en bomba de infusión para controlar la dosis.</p> <p>La dosis de carga es de 3 - 4 g de MgSO en dextrosa al 5% en un periodo de 20 min. La dosis de mantenimiento es de 1 g/hr.</p>	<p>- El sulfato de magnesio es un depresor cerebral; también reduce la irritabilidad neuromuscular y bloquea la transmisión, provoca ligera vasodilatación periférica, reduce el edema cerebral y puede elevar la irrigación sanguínea.</p>
<p>- Vigilar el reflejo patelar, equiliano y picipital y buscar clono.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4+ Hiperactivo; respuesta brusca, espasmódica o clónica; anormal. • 3+ Más brusco que el promedio. • 2+ Respuesta promedio; normal. • 1+ Respuesta reducida; baja normal. • 0 Sin respuesta; anormal 	<p>- La hiperreflexia indica irritabilidad del sistema nervioso central.</p>
<p>- Tomar signos vitales cada quince minutos.</p>	<p>- Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir medir en un organismo vivo. En estado de enfermedad varían y ayudan a formular un diagnóstico.</p>
<p>- Mantener reposo en cama.</p>	<p>- El repuso reduce los estímulos externos.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>- Vigilar datos de toxicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los reflejos son débiles. * La FR en menor a 12/min * La secreción urinaria es menor de 30 ml/hr 	<p>- Ayuda a actuar rápidamente para evitar complicaciones.</p>
<p>- Tener Gluconato de calcio a la mano.</p>	<p>- El gluconato de calcio es el antidoto del sulfato de magnesio.</p>
<p>- Mantener precauciones contra convulsiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la habitación en silencio y oscura. • Tener a la mano el equipo de urgencia: O2, succión, abate lenguas. • Mantener los barandales arriba y de ser posible cubrirlos. 	<p>- Reduce el riesgo de lesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El silencio reduce los estímulos. • Ayuda a evitar lesiones en área bucal y asfixia. • Ayuda a evitar que la paciente sufra lesiones por golpes o caerse.

EVALUACIÓN: La paciente no presento crisis convulsivas y a su vez no sufrió traumatismo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRADO DE DEPENDENCIA: D

Dx Riesgo de infección en relación a herida quirúrgica y métodos invasivos.

OBJETIVO: Reducir al máximo el riesgo de infección.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Realizar curación de catéter central.	- El material de curación proporciona las condiciones necesarias de protección al paciente.
- Realizar curación de herida quirúrgica.	- Favorece el proceso de cicatrización y evita proceso infeccioso
- Mantener en vigilancia la sonda foley a permanencia.	- Para evitar fugas o irritaciones.
- Vigilar temperatura.	- La fiebre en síndrome invariable en la mayor parte de enfermedades infecciosas y procesos inflamatorios.
- Vigilar datos de infección. <ul style="list-style-type: none">• Inflamación.• Enrojecimiento.• Pus• Hipertermia.	- La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permiten la actuación rápida y oportuna.
- Mantener seca y limpia la herida quirúrgica.	- La humedad favorece el crecimiento bacteriano. - El apósito seco inhiben la multiplicación y el paso de gérmenes.

EVALUACIÓN: La paciente no presento infección alguna durante su estancia en el servicio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD DE COMUNICARSE
GRADO DE DEPENDENCIA PD

Dx Ansiedad relacionado a la falta de conocimiento acerca del pronóstico y padecimiento neonatal manifestado verbalmente.

OBJETIVO: La paciente disminuirá su ansiedad a través de la información dada por el personal multidisciplinario.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
- Explicarle a la paciente su padecimiento y tratamiento.	- Permitirá a la paciente conocer y entender su estado patológico, con lo que se mantendrá más tranquila, así como colaborar en el tratamiento para mejores resultados.
- Explicar a la paciente acerca del estado de su hijo.	- Disminuirá su ansiedad y temor.
- Brindar confianza y apoyo a la paciente para que exteriorice sus dudas.	- Permitirá a la paciente tener una mejor comunicación con el personal.
- lograr una inter consulta con psicología.	- Es importante que la paciente sepa y sienta que todo el equipo multidisciplinario participa en su recuperación, así también podemos lograr que disminuya su angustia.

EVALUACIÓN: La paciente logró reducir su estado de ansiedad por lo cual estuvo más tranquila.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLAN DE ALTA

OBJETIVO: Orientar a la paciente y familiares acerca de los cuidados que requiere la paciente para una pronta recuperación y de esta manera recupere su vida cotidiana, así mismo que pueda reconocer signos y síntomas de alarma.

↓ MEDIDAS GENERALES

- El baño debe ser diario, procurando secar bien la herida quirúrgica, para evitar que por la humedad se proliferen los microorganismos.
- Llevar una dieta recomendable, es decir que contenga alimentos de cada grupo de plato del buen comer.
- Tomar abundantes líquidos.
- Llevar a cabo un método de planificación familiar ya que debe esperar por lo menos 2 años antes de volver a embarazarse para que lleve a cabo el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica.
- Deambulación diaria para una recuperación más pronta.
- Alimentar al bebé solo con leche materna y a libre demanda.

↓ SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- Son signos de infección quirúrgica: enrojecimiento de la piel, la supuración, presencia de fiebre.
- Dolor de cabeza, hinchazón de manos y pies, visión borrosa o luces en el campo visual, zumbido de oídos.

↓ EN CASO DE QUERER VOLVER A EMBARAZARSE

- El riesgo de que la enfermedad se presente en un embarazo posterior no es muy elevada, pero es conveniente mantener consultas prenatales antes de planear el siguiente embarazo para poder detectar de nuevo esta patología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
NECESIDADES HUMANAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: C.S.E. Edad: 27 años Peso: 76,300 Talla: 167 cm
Fecha de nacimiento: 13 de Julio de 1975 Sexo: F Ocupación: Hogar
Escolaridad: Secundaria Fecha de admisión: 27 de Febrero del 2003
Estado civil: Casada Procedencia: Distrito Federal
Fuente de información: Paciente y expediente clínico No de cama: 160
No de registro: 63432656 Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Menarca: 13 años IVISA: 17 AÑOS Ritmo: 30x7 P.S.: 1
Gestas: 11 Para: I Cesárea: I Abortos: 0
Gesta 1: Masculino 3300 grs hace 10 años
Gesta 2: Masculino de 1800 grs
FUR: 02 07 02 FPP: 09 04 03 SDG X FUM : 33.6

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo: (información que proporciona el paciente, familiar)
Dificultad para respirar, debido a: si, por presencia de secreciones
Tos productiva o seca: si, con flemas Características de secreciones: normal
Dolor asociado a la respiración: no Fuma: no

Objetivo: (valoración realizada)
Presencia de: Disnea: si sin esfuerzo: si con esfuerzo: _____
Tos productiva / seca: tos productiva
Características de las secreciones: hialinas y espesas
F.R: 14/min T/A: 113/72 F.C.: 70/min Saturación de O : 86 %
Dolor asociado a la inspiración o espiración : no
Uso de Oxígeno por: Puntas nasales: si a 3 lts/min Mascarilla: no
Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: hay ligera palidez de piel y mucosas.
Palidez: si Cianosis: no Rubicundez: no Otros: _____

Llenado capilar: instantáneo

RESULTADOS DE LABORATORIO:

GASOMETRIA: pH: 7.36
PO : 89 mmHg
PCO : 40 mmHg

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO

Dieta habitual: leche 2/7, leguminosas 7/7, carne 2/7, pollo 2/7, sopa 7/7, pan y tortilla diario. No. De comidas: 3
Trastornos digestivos: no Intolerancia alimentaria/alergias: no
Problemas de masticación y deglución: no
Aumento de peso: últimamente si Pérdida de peso: no Realiza ejercicio: no
Uso de suplemento alimenticio: no Uso de fármacos: no Ingestión de sustancias que reducen el apetito: no

OBJETIVO

Dieta indicada: AHNO
Coloración de piel: Ictérica: no Pálida: si Grisácea: no
Estado de la piel: Turgente: si de miembros torácicos y pélvicos
Semihidratadas: si
Estado de mucosas: íntegras: si semihidratadas: si
Constitución: Endomórfica: si Ectomórfica: no
Características de cabello y uñas: cabello corto, negro, limpio y uñas cortas y limpias.
Aspecto de dientes y encías: sucios y con halitosis Adoncia: no
Adantulia: no
Afección y manifestaciones del tubo digestivo: no
Parámetro de P.V.C.: 6 cm H₂O

RESULTADOS DE LABORATORIO

QUÍMICO SANGUÍNEA: Glucosa: 89 mg/dl
Urea: 25 mm/dl
Ácido úrico: 7.7 mg/dl
Creatinina: .9 mg/dl

BIOMETRÍA HEMÁTICA: Hb 12.9 g/dl
Hto: 38.2 g/dl
Leucocitos: 153000 mm

ELECTROLITOS SÉRICOS: Cl: 103 mEq/l
Na: 137 mEq/l
K: 3MeQ/l
Ca: 8

Proteínas: 7.9 mg/dl

Glucemia capilar: 70 mg/dl

Fármacos específicos: Ranitidina 50 mg IV c/8 hrs
Metoclopramida: 10 mg IV c/8 hrs
Solución Glucosada al 10 % p/8 hrs
Solución hartman para cargas PV

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

SUBJETIVO

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces: normal

Orina: clara menstruación: 30x7

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: no

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: no

Presencia de hemorroides: no Dolor al evacuar: no Dolor al orinar: no

Presencia de prurito: no sangrado: no

OBJETIVO

Características del abdomen (ruidos intestinales): normales de 2 a 3 por minuto

Estomas: no

Auscultación del abdomen: con peristalsis presente

Palpación percusión del abdomen: ruido timpánico, con herida quirúrgica infambilical de 10 cm limpia y seca.

Características de la orina: concentrada Volumen urinario: 130 ml/hr

Características de las evacuaciones: normales

Presencia de edema: no Catéteres de drenaje: Sonda foley a permanencia

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si

Temperatura ambiental que le es agradable: la época de calor

OBJETIVO

Temperatura corporal: 36.5 °c

Características de la piel: Fría: si Caliente: no Húmeda: no

Transpiración: si Condiciones del entorno físico: es un lugar frío, con buena ventilación, buena iluminación.

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

SUBJETIVO

Funcionamiento neuro-muscular y esquelético: normal

Ejercicio, tipo y frecuencia: solo cuando va a la escuela o a la tienda va caminando y los quehaceres de la casa

Uso de prótesis y ortesis: no

OBJETIVO

Nivel de conciencia: somnolienta

Estado del sistema neuro-muscular y esquelético: Fuerza: disminuida

Tono: disminuido Motricidad: débil pero adecuada Sensibilidad: no

Postura: adecuada

Ayuda para la Deambulaci3n: es una paciente que esta en reposo pero si necesita ayuda para movilizarla y vestirse.

Presencia de temblores: no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO

Horario de descanso: 11 a 6 Horario de sueño: 6 hrs Siesta: no
Alteración del sueño: en el hospital debido al dolor abdominal, ruido y a
veces por el frío. ¿Se siente cansado al levantarse?: si

OBJETIVO

Actitud ansioso: si Angustiado: si Irritable: no Ojeras: si
atención: si
Bostezos: si Apatía: no Cefalea: no
Respuesta a estímulos: si pero se le tiene que estar hablando fuerte y
varias veces.

7.- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO

Elige su vestuario en forma personal: si Necesita ayuda para vestirse y
desvestirse: en casa no Sus prendas de vestir incluyen accesorios
completos: en ocasiones si Utiliza pañal: no

OBJETIVO

Acepta el uso de bata hospitalaria: si Capacidad psicomotora para
vestirse y desvestirse: disminuida debida a dolor abdominal y estado de
conciencia.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PRATECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: diario Cuantas veces se lava los
dientes al día: tres, después de cada comida Aseo de manos antes y
después de comer: si después de eliminar: si Cada cuando realiza corte
de uñas: por lo regular cada semana. Tiene creencias personales que
limiten sus hábitos higiénicos: no

OBJETIVO

Aspecto general con relación a su higiene: desarreglada, mal aspecto físico
Olor corporal: sudoración Presencia de halitosis: si
Higiene y características de las uñas: limpias y cortas
Estado del pelo y cuero cabelludo: cabello corto y desarreglado
Lesiones dérmicas: ulceras por decúbito: no Intervención quirúrgica: si
cesárea Micosis: no Puntos de presión en salientes óseas: no
Zonas de injertos: no Lesión por quemaduras: no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fármacos específicos: Metamizol sodico 1 gr IV c/8

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO

¿Vive solo o con su familia? Con esposo e hijo ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Algunas

En caso de ser afirmativo mencione cuales:

Hogar: en caso de sismo cortar la luz eléctrica y cerrar al gas.

Trabajo:

Vía pública: Caminar por banquetas, respetar señales.

Hospital: no

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? No, solo acudo cuando estoy enferma. ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? Platicándolo con alguien, por lo regular con su pareja.

Mencione las causas que considera que le pueden provocar peligro: dificultad para escuchar ninguna hablar ninguna ver estar demasiado tiempo en la televisión desplazarse tener un accidente uso de aparatos ortopédicos un accidente.

OBJETIVO

Afecciones corporales detectadas: herida quirúrgica infraumbilical de 10 cm aproximadamente, limpia, con bordes bien afrontados y sin datos de infección

Métodos invasivos: Catéter central, sonda foley y venoclisis.

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente: iluminación: adecuada ventilación: adecuada humedad del piso: adecuada higiene: esta limpio y ordenado.

¿Existe alg. que pueda provocarle algún accidente? Puede presentar crisis convulsivas.

Fármacos específicos: Sulfato de Magnesio 6 gr aforados con 250 ml de solución glucosada al 5 %.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

SUBJETIVO

Estado civil: casada años de relación: 10 vive con: su esposo e hijo

Causas de preocupación/estrés: saber como se encuentra su bebe

¿Manifiesta estas preocupaciones? Si ¿A quien? Esposo ¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? Si

¿Cuánto tiempo pasa sola? Solo en las mañanas ¿Tiene contactos sociales en la actualidad? Si ¿Con frecuencia? Los fines de semana, que valos a visitar a familiares o amigos.

OBJETIVO

Habla claro: si confuso: no dificultad en la visión: no Dificultad en la audición: no

Presenta algún dato de angustia: si en la cara y verbalmente dice sentirse intranquila y angustiada al no saber acerca del padecimiento de su bebé.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO

CREENCIAS religiosas: católica ¿sus creencias les generan conflictos personales? No Principales valores personales: la vida, la salud y el respeto.

¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Si

TESIS C.C.
FALLA DE ORIGEN

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y la muerte? Que la vida es prestada, solo un instante y que cuando nos morimos probablemente nos vamos al cielo.

OBJETIVO

¿Permite la exploración física? Si ¿Tiene algún objeto indicativo de valores o creencias? Si una estampa de la virgen de Guadalupe. ¿demanda la atención de un guía espiritual? Si

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO

Fuente de ingresos: esposo ¿ Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? Si ¿Qué actividades le hace sentirse útil y satisfecho? Atender el hogar, sacar a mi hijo adelante y apoyar a mi esposo.

OBJETIVO

Estado emocional del paciente: calmado: no ansioso: si enfadado: no
retraído: no Temeroso: no preocupado: si

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: leer, tejer o ver la televisión. ¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? Me relajan, como que me calma. ¿ Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? No

OBJETIVO

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? No ¿Rechaza las actividades recreativas? No Se observan cambios de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas? No

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO

Grado académico: secundaria Problemas de aprendizaje: no Limitación cognitiva: no Preferencias: leer: si escribir: si ¿Conoce / utiliza las fuentes de apoyo de aprendizaje? No ¿ Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Si

OBJETIVO

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? No Estado de los órganos de los sentidos: adecuado ¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje? No influye Estado de la memoria: reciente: normal remota: adecuada

FISIOPATOLOGÍA

En el embarazo normal se presentan diversos casos fisiológicos que permiten que la mujer grávida albergue al feto en desarrollo y los sistemas maternos se modifiquen, pero las mujeres con hipertensión no experimentan esos cambios físicos característicos.

En apariencia la EHIE se inicia con la producción de tromboxano A₂, esta hormona es un vasoconstrictor potente y estimulador de la agregación plaquetaria y se considera que es un factor etiológico para la vasoconstricción. La hiperactividad de las plaquetas y trombosis arterial uteroplacentaria que se caracteriza por un aumento en la T/A.

La acción vasospástica produce daño a los vasos sanguíneos al reducir su aporte sanguíneo y al elongarlos en áreas en que se produce la dilatación de los segmentos el endotelio se lesiona y en ocasiones las plaquetas y el fibrinógeno, al igual que otros productos sanguíneos, se liberan al inter endotelio, se produce desplazamiento general de líquidos del espacio intravascular al espacio intracelular.

El hematocrito y la hemoglobina aumentan como resultado de la vasoconstricción y reducción del líquido intravascular. De manera similar las proteínas y los electrolitos se desplazan al espacio intracelular.

La madre con hipertensión inducida por el embarazo puede sufrir complicaciones severas, tanto durante la gestación como al momento del parto o en el puerperio. La hipertensión arterial de la preeclampsia produce daño en múltiples órganos, principalmente en el sistema nervioso central y los riñones.

La preeclampsia grave se convierte en eclampsia cuando se producen convulsiones o coma. Los signos de alarma son amnesia, dolor epigástrico, hiperreflexia o clonus. La convulsión ecláptica es una urgencia inmediata que a veces provoca hipoxia, acidosis, hemorragia cerebral y lesiones. Las convulsiones se inician con espasmos faciales y los ojos suelen encontrarse muy abiertos con dilatación pupilar.

CLASIFICACIÓN

<p style="text-align: center;">PREECLAMPSIA LEVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • P.S > = a 140 mmHg • P.D > = a 90 mmHg • P.A.M > = 106 mmHg • Proteinuria < 3 g en orina de 24 hrs. • Edema persistente de miembros y cara. 	<p style="text-align: center;">PREECLAMPSIA SEVERA</p> <ul style="list-style-type: none"> • P.S > = 160 mmHg • P.D > = 110 mmHg • P.A.M < 126 mmHg • Proteinuria > 3 g en orina de 24 hrs • Edema generalizado.
<p style="text-align: center;">ECLAMPSIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • P.S < = 180 mmHg • P.D < = 120 mmHg • P.A.M < = 140 mmHg • Proteinuria > 5.4 h en orina de 24 hrs. • Edema generalizado. • Convulsiones y/o coma. 	<p style="text-align: center;">SINDROME DE HELLP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo 1 CP < 50 000 cel/mm • Tipo 2 CP entre 50 000 y 100 000 cel/mm • Tipo 3 CP entre 100 000 y 150 000 cel/mm • Tipo 4 cuando el síndrome aparece en el puerperio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO CALIFICA PARA LA DEFENSA

CONCLUSIONES

Es evidente que es muy alto la morbimortalidad de mujeres que padecen Eclampsia durante el embarazo y puerperio y por ello es importante que todo el personal de enfermería este al tanto de nuevas formas de tratamiento en cada una de las patologías, ya que esto nos ayuda a proporcionar un mejor cuidado enfermero y contribuir al pronto restablecimiento de la salud de nuestros pacientes.

Una de las medidas que el profesional de enfermería debe llevar a cabo es esa búsqueda de factores de riesgo que nos llevan a desencadenar determinada patología y trabajar en ella para disminuir los problemas de salud que se presentan en la comunidad.

Es importante que por parte del personal de enfermería siga llevando a cabo el PAE ya que nos ayuda a planear y jerarquizar nuestras actividades, así como prevenir complicaciones en nuestros pacientes y por ello seguir retroalimentando nuestros conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- ♦ Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, Ediciones Didona
- ♦ Atkinson, Guía clínica para la planeación de los cuidados, Ed McGraw-Hill Interamericana, México 1995
- ♦ Beischer, Obstetricia y Neonatología, Ed McGraw-Hill Interamericana, ed 3, México 2000
- ♦ Benson, Manual de Obstetricia y Ginecología, Ed McGraw-Hill Interamericana, ed 9º, México 1994
- ♦ Carpenito, Manual de diagnósticos de enfermería, Ed McGraw-Hill Interamericana, España.
- ♦ Dickason, Enfermería Materno Infantil, Ed Harcourt Brace, ed 3º, Madrid España 1999
- ♦ Donat Colomer, Enfermería Maternal y Ginecológica, Ed Masson
- ♦ Foley Strang, Cuidados intensivos en obstetricia, Ed Panamericana.
- ♦ Holloway, Planes de cuidados en Enfermería medicoquirúrgica, Ed Doyma
- ♦ Kozier Barbara, Enfermería Fundamental Conceptos, procesos y práctica, Ed Interamericana, ed 2º
- ♦ Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia - Eclampsia, SSA, ed 2º, México 2000
- ♦ Nordmark, Bases científicas de la Enfermería, Ed La prensa mexicana, ed 2º
- ♦ Norma técnico Médica para la prevención y manejo de la Preeclampsia - Eclampsia, Dirección de prestaciones médicas IMSS, México 1995.
- ♦ Olds, Enfermería materno - infantil, Ed McGraw-Hill Interamericana, ed 4º, México 1995.

- ♦ PLM, Diccionario de especialidades farmacéuticas, México 1999
- ♦ Reeder, Enfermería materno infantil, Ed McGraw-Hill Interamericana, ed 3°, México 1995.
- ♦ Rosales Reyes, Fundamentos de enfermería, Ed Manual Moderno, ed 2°, México 1999
- ♦ Servin Ruedas, Nutrición básica y aplicada, UNAM ENEO, JULIO 2002
- ♦ Texto integrado, obstetricia y ginecología, Ed Jaime Boteroed 6°ed
- ♦ <http://teleline.terra.es/personal/duenas/teorias:htm>
- ♦ <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99proceso.htm>