

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

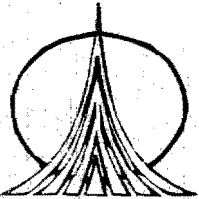
CARRERA DE ENFERMERIA



**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
PREECLAMPSIA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
L I C E N C I A D A E N E N F E R M E R I A
P R E S E N T A
KARLA YAZMIN CASTELLANOS PEREZ

ASESOR. DE PROCESO: LIC. RICARDO LOPEZ GUDIÑO



MEXICO, D. F.;

MARZO 2005

m343478



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERIA

ASUNTO: Aceptación del trabajo
de la prueba escrita

JEFE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
P R E S E N T E

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del Examen Profesional de (la) (el)

Pasante: Karla Yazmin Castellanos Pérez

Con número de cuenta 9608137-0, de la Carrera de Enfermería, bajo

el título: PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PREECLAMPSIA

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

México D. F., 20 de ENERO de 2005

LIC. Ricardo Lopez Gudiño

Nombre y firma del Asesor

EL N. A. M.
DE LOS ESTUDIOS
SUPERIORES DE
ENFERMERIA
ZARAGOZA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
ENFERMERIA

LIC. Ma. Teresa Ortiz Ensastegui

Vo. Bo. De la Jefa de Carrera

NOTA: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta la aprobación por parte de los Sinodales para el Examen Profesional Oral.

C.c.p. Servicios Escolares
C.c.p. Jefe de Carrera
C.c.p. Alumno



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Comunico a usted que la Prueba escrita en la modalidad PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
de la(e)l C. CASTELLANOS PEREZ KARLA YAZMIN con
número de cuenta 096081370 de la carrera LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ha sido revisado y tiene el visto bueno de los integrantes del Jurado:

PRESIDENTE

DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA

VOCAL

LIC. RICARDO LOPEZ GUDIÑO

SECRETARIO

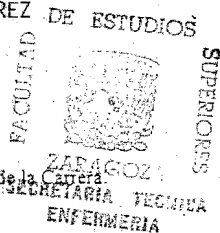
LIC. SOCORRO PEÑA NIGMO

SUPLENTE

M. C. JOSE LUIS SAAVEDRA MORENO

SUPLENTE

LIC. JOSE GOMEZ PEREZ



C.c.p. Secretaria Técnica de la Carrera



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
preparada por la(el) alumna(o) CASTELLANOS PEREZ KARLA YAZMIN
con número de cuenta 096081370 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 26 de enero de 2005.

PRESIDENTA

DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA

paz



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
preparada por la(el) alumna(o) CASTELLANOS PEREZ KARLA YAZMIN
con número de cuenta 096081370 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

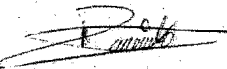
Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D.F., a 26 de enero de 2005

V O C A L


LIC. RICARDO LOPEZ GUDIÑO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
SECRETARÍA DE ENFERMERÍA

paz



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTR. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
preparada por la(él) alumna(o) CASTELLANOS PEREZ KARLA YAZMIN
con número de cuenta 096081370 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(él) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciéndolo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 26 de enero de 2005

SECRETARÍA DE ESTUDIOS SUPERIORES
LIC. SOCORRO PEÑA NI GMO
ZARAGOZA
SECRETARÍA Y... A
ENFERMERÍA

paz



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
preparada por la(él) alumna(o) CASTELLANOS PEREZ KARLA YAZMIN
con número de cuenta 096081370 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(él) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 26 de enero de 2005.

SUPLENTE

M. C. JOSE LUIS SAAVEDRA MORENO

paz



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MTRO. JUAN FRANCISCO SÁNCHEZ RUÍZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Con respecto a la Prueba escrita modalidad PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
preparada por la(el) alumna(o) CASTELLANOS PEREZ KARLA YAZMIN
con número de cuenta 096081370 de la carrera de **Licenciado en**
Enfermería, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he
decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACION**, en vista de que reúne los
requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen
Profesional que sustentará la(el) mencionada(o) alumna(o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., 26 de enero de 2005

SUPLENTE DE ESTUDIOS

LIC. JOSE GOMEZ PEREZ

SECRETARÍA DE
ENFERMERÍA

INDICE

Agradecimientos.....	1
Introducción.....	2
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
• Proceso Atención Enfermería	
• Preeclampsia	
Plan de Atención de Enfermería.....	25
Plan de Alta.....	48
• Paciente	
• Recién nacido en casa	
Conclusiones.....	55
Glosario.....	56
Bibliografía.....	57
Anexos.....	59

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

A quienes nunca podré pagarles ni con todo el oro del mundo, su apoyo que me brindaron a lo largo de mis estudios sin escatimar esfuerzos.

A mi escuela:

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
por su apoyo en cuanto a lo académico y lo práctico.

A mi Profesor:

Licenciado Ricardo López Gudiño
por su paciencia y dedicación
durante la investigación la cual
culmine con gran éxito.

INTRODUCCION

La Enfermería como profesión se ha practicado por más de un siglo. Sus teorías han evolucionado más rápidamente en las últimas décadas, a través de ellas se han podido ver los conocimientos de la práctica de la profesión. Desarrollando analíticamente las habilidades, cambios de pensamientos, claridad para evaluar y determinar los propósitos de la práctica de la Enfermería, la docencia y la investigación.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermería, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática e integral con base en las respuestas humanas del paciente, estos cuidados deben estar centrados en el logro de los objetivos (respuesta esperada) en forma eficiente (ALFARO, 2002).

El Proceso Atención de Enfermería es un método científico modificado, esta basado en la Teoría de Dorotea Orem. El presente proceso se investigó y estudió en la Terapia Intensiva del Hospital de la Mujer, desde sus antecedentes históricos del proceso hasta la complicación que la paciente presentó. Así pues, se realizó un Plan Atención de Enfermería el cual abarca las 5 etapas, y contiene lo siguiente:

- Valoración: se recopilaron datos personales y su estilo de vida en los cuales se jerarquizaron los requisitos alterados, con base en un instrumento llamado Historia Clínica de Enfermería de acuerdo a la plantilla que propone Orem, para identificar diagnósticos de enfermería reales y de alto riesgo y así planear las intervenciones adecuadamente de enfermería.
- Diagnóstico de enfermería: se plantearon diagnósticos reales de acuerdo a los requisitos alterados, ya que se realizó de acuerdo al análisis de los datos objetivos y subjetivos, aplicando el pensamiento crítico.
- Planeación: se trató de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería que conducen al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados fundamentando cada intervención.

- Ejecución: se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería y se mantuvo el plan de cuidados actualizado desde el ingreso de la paciente hasta su egreso.
- Evaluación: de acuerdo a las intervenciones realizadas y a los resultados esperados se realizó una comparación de la evolución de la paciente y se evaluó cada etapa del proceso.

Este proceso se desglosó con las etapas mencionadas, se apoyó en la teoría de Dorothea Orem "Déficit de Autocuidado", que se describe brevemente, también se realizó una descripción de la complicación de la paciente, revisando bibliografía para su mejor comprensión.

Se presentan los datos sintetizados de la Historia Clínica de Enfermería, en la etapa de valoración, se presentan los Diagnósticos de Enfermería identificados en una lista, para una mejor comprensión del Plan de cuidados se presenta en un formato de dos grandes columnas, donde se describen las intervenciones y su fundamentación así como los resultados esperados (objetivos) y los encontrados. También se realizó un Plan de alta tanto para la madre como para el cuidado que debe tener con su hijo.

Por último se agregan los anexos y las referencias bibliográficas que se utilizaron en este trabajo.

JUSTIFICACION

El presente Proceso Atención de Enfermería sobre Preeclampsia pretendió retomar la teoría de Orem, es decir el Déficit de Autocuidado se elaboró en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de la Mujer de S.S.A., escenario donde llegan muchas mujeres con problemas en el embarazo y que al termino de este, se complican por diferentes factores tanto externos como internos de la mujer. La elección del tema fue porque actualmente es una de las complicaciones con mayor índice de morbi-mortalidad materno-infantil en el país, ya que al realizar la investigación en dicho hospital y comparar los años 2002 y el 2003 se encontró que en el año del 2003 el número de casos presentados por Preeclampsia fué mayor.

Según las Estadísticas de la Secretaría de Salud a nivel Nacional del 2002 (INEGI, 2002) esta complicación en relación a la salud de la mujer se presento en un 65% de las mujeres, de este porcentaje el 17% fue en las zonas rurales, que aún no cuentan con una amplia cobertura de atención a la mujer y que la gran mayoría son atendidas por parteras empíricas, a pesar de los esfuerzos gubernamentales por abatir estas complicaciones algunas que son evitables si se detectan a tiempo. Otro de los motivos para realizar este proceso fue el hecho de que en la escuela no se han realizado procesos con este tema que es de suma importancia para poder prevenir o detectar a tiempo los factores de riesgo en esta complicación y así poder evitar daños a la salud materna, este proceso servirá de consulta y referencia para las próximas generaciones que aún no terminan y porque la carrera es de reciente creación en este nivel profesional. El presente proceso se realizó como requisito para la titulación, y también por la experiencia que obtuve en esta complicación, aplicando el proceso de Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, favoreciendo con esto un mayor conocimiento y así poder proporcionar cuidados integrales a las pacientes que se me presenten en un futuro en mi campo laboral.

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a una paciente con Preeclampsia en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital de la Mujer de la S.S.A.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Detectar los problemas reales y de alto riesgo para prevenir daños y secuelas en esta complicación, priorizándolos para la obtención de diagnósticos de Enfermería reales y de Alto riesgo.
- Elaborar un plan de cuidados con base en los diagnósticos identificados, individualizando el cuidado integral a esta complicación.
- Elaborar un Plan de Alta para la madre y el hijo de acuerdo a las necesidades detectadas.

MARCO TEORICO

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermería, es el método conocido como Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras/os prestar cuidados de una forma científica, lógica y sistemática(ALFARO, 2002).

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes 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.

- Valoración. Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia y a cualquier otra persona que dé atención al paciente (entorno). Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Diagnostico 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.
- Planificación. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, los cuales implican las siguientes actividades de enfermería: continuar con la recogida 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.** Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente (elaborando un juicio) y los resultados esperados.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Las características son: tiene una finalidad, es interactivo, es flexible y tiene una base teórica.

TEORIA DE OREM

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

a) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

* **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad

e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

* **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

* **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

* **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** la enfermera suplente al individuo.

* **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** el personal proporciona autocuidados.

* **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente

2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada, por ejemplo aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Para D. Orem:

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, esto es integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus

facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

PREECLAMPSIA

Los programas de control prenatal son la mejor forma de disminuir las complicaciones que pueden ocurrir durante el embarazo. Así se asegura el bienestar tanto del niño como de la madre y se previenen complicaciones.

Una de las medidas preventivas que se llevan a cabo en las visitas prenatales al médico es el control de la presión sanguínea (tensión arterial), ya que permite detectar a tiempo una de las enfermedades más graves que pueden presentarse en la mujer embarazada: la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia.

La preeclampsia es una complicación caracterizada por hipertensión, tumefacción de cara, manos y presencia de grandes cantidades de proteína en la orina a partir de la semana 20 de embarazo(BERNE). Es una situación potencialmente grave que si no recibe tratamiento puede conllevar a complicaciones e incluso a la muerte de la madre o del bebé.

Incidencia

Los trastornos hipertensivos del embarazo contribuyen en gran medida la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La hipertensión complica entre el 5 y 7% de todos los embarazos. De todas las mujeres con hipertensión en el embarazo, entre un 50 y 75% manifiesta preeclampsia o eclampsia(MARTIN). La prevalencia aumenta hasta el 20 y el 40% de los embarazos en mujeres con enfermedad renal crónica o trastornos vasculares como la hipertensión esencial.

Morbilidad y mortalidad

La hipertensión como complicación del embarazo es una causa principal de morbilidad y mortalidad maternas y fetales. La preeclampsia o eclampsia pueden predisponer a la mujer hacia complicaciones potencialmente letales como el abruptio de placenta, la coagulación intravascular diseminada (CID), hemorragia cerebral, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal aguda.

La preeclampsia contribuye a la muerte fetal intrauterina y a la mortalidad perinatal. Las causas principales de muerte neonatal por preeclampsia son la

insuficiencia placentaria y el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada (abruptio de placenta). El crecimiento intrauterino retardado (CIR) también es común en los hijos de mujeres preeclámplicas.

Etiología

Antiguamente se creía que la preeclampsia era causada por una toxina por lo que esta enfermedad era también conocida con el nombre de toxemia. Actualmente se sabe que su origen no está en una toxina, aunque sigue sin conocerse la causa concreta de este trastorno. Por este motivo no se dispone de un tratamiento específico para la preeclampsia ni se conoce la forma de prevenirla. De lo único que se tiene certeza es que la única manera de actuar frente a la preeclampsia es induciendo el parto del bebé, aunque este sea prematuro. La madre puede sufrir insuficiencia hepática, insuficiencia renal, alteraciones sanguíneas o epilepsia. El niño puede no recibir suficiente oxígeno o nutrientes de la placenta dando lugar a sufrimiento fetal o a retraso del crecimiento.

La relación del sistema inmune con la preeclampsia sugiere que hay factores inmunológicos que desempeñan un papel importante en el desarrollo de la preeclampsia. La presencia de proteínas extrañas, la placenta o el feto pueden desencadenar una respuesta inmunológica adversa, es decir, en las madres primerizas (primera exposición al tejido fetal) y a las mujeres que están embarazadas de un nuevo compañero (diferente material genético). La preeclampsia puede ser una enfermedad de complejos inmunes en la cual el sistema materno de anticuerpos resulta abrumado por el exceso de antígenos fetales en la circulación materna.

La predisposición genética puede ser otro factor inmunológico. Se encontró una mayor frecuencia de preeclampsia y eclampsia entre hijas y nietas de mujeres con una historia de eclampsia, lo que sugiere un gen autosómico recesivo que controla la respuesta inmune materna. También se viene examinando patrones paternos. La alimentación inadecuada en nutrientes, en especial proteínas, calcio, sodio, magnesio y vitaminas E y A. En el embarazo (en especial hacia el final) cuando el feto tiene una gran necesidad de proteínas para el crecimiento y funcionamientos

corporales el requerimiento diario de proteínas se incrementa (entre 50 y 60 g/día para un embarazo de un solo feto). Si una mujer comienza el embarazo con un déficit de proteínas o tiene un embarazo múltiple su requerimiento diario de proteínas durante la gestación es aún mayor. Si el estilo de vida de la mujer se asocia con saltarse las comidas o "comer a la carrera", tiene un riesgo de un consumo inadecuado de proteínas.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden ser divididos en factores obstétricos y no obstétricos.

Dentro de los primeros se enumeran la nuliparidad, estados de aumento de la masa trofoblástica, obesidad, diabetes, eritroblastosis fetal, polihidramnios especialmente en pacientes primíparas jóvenes, raza negra, presencia de gen angiotensinógeno T235 (teoría genética), historia de NO tabaquismo y madres añosas (mayor de 40 años).

Dentro de los factores no obstétricos, la hipertensión previa o de historia personal o familiar de preeclampsia o eclampsia, la presencia de enfermedades vasculares o endoteliales ya existentes (Lupus eritematoso, enfermedad renal crónica, deficiencia de proteína C, resistencia a proteína activada, anticuerpos anticardíolipina circulantes).

La preeclampsia es una alteración relativamente común, que afecta entre el 6 y el 8% del total de embarazos. El 85% de los casos se produce durante el primer embarazo.

Signos y síntomas

Las mujeres que desarrollan preeclampsia no suelen presentar síntomas al principio. Cuando los síntomas se hacen aparentes, la enfermedad suele estar avanzada. Por este motivo, se controla de forma rutinaria la presión arterial durante el embarazo.

- Hipertensión arterial: El desarrollo básico en la preeclampsia es el vasoespasmo arteriolar y por tanto el signo de advertencia es un

incremento en la presión arterial diastólica de 90 mmHg o mayor es anormal.

- Aumento de peso: El aumento de peso cercano a 450g por semana es normal, pero cuando excede a 900g, en cualquier semana o cerca de 2725g en un mes, el aumento de peso súbito y excesivo es atribuible a la retención anormal de líquido.
- Cefalea: No es común en los casos leves, pero es frecuente en los graves. A menudo es frontal, pero puede ser occipital, y es resistente al alivio con analgésicos ordinarios. En las mujeres que desarrollan eclampsia, la primera convulsión es casi invariablemente precedida por cefaleas intensas.
- Dolor abdominal: El dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho suele ser síntoma de preeclampsia grave, y puede indicar convulsiones inminentes.
- Trastornos visuales: La preeclampsia puede estar acompañada por un espectro de trastornos visuales, que van desde un ligero borramiento de la visión a escotomas, a ceguera parcial o completa. Se originan de vasoespasmo, isquemia y hemorragias petequiales dentro de la corteza occipital.
- Edema: Es de tipo renal, blando, que aparece por las mañanas y que puede reducirse o aumentarse en el curso de las horas del día, y abarca los miembros inferiores, los miembros superiores, la cara y que va precediendo siempre por una retención líquida que es subclínica.
- Albuminuria: Se debe rebasar la cifra de 1 gr. por 1,000 c.c. de orina.

Clasificación

Preeclampsia leve

Efectos maternos	Características
Presión arterial	Elevación en la presión sistólica de 30 mm de Hg o más; elevación de la presión diastólica de 15 mm Hg o más.
PAM	140/90 mm de Hg = 107 mm de Hg.
Ganancia de peso	Ganancia de peso de más de 0.5 kg/semana durante el segundo y tercer trimestre o ganancia súbita de 2 kg/semana.
Proteinuria <ul style="list-style-type: none">• Cualitativa• Cuantitativa, en análisis de 24 horas	3 g/l en una muestra de 24 horas o mayor de 1g/l en una muestra tomada de día al azar en dos o más ocasiones con 6 horas de diferencia.
Edema	Edema declive, edema de los ojos, la cara, los dedos; ausencia de estertores pulmonares.
Reflejos	Hiperreflexia 3+; no hay clonus de los tobillos.
Producción de orina	La producción corresponde con el consumo mayor o igual que 30 ml/h.
Cefalea	Transitorio
Problemas visuales	Ausentes
Irritabilidad /cambios afectivos	Transitorios
Dolor epigástrico	Ausente
Creatinina sérica	Normal
Trombocitopenia	Ausente
Elevación AST	Minima
Efectos maternos	Características

Hematocrito	Elevado
-------------	---------

Preeclampsia severa

Efectos maternos	Características
Presión arterial	Elevación mayor o igual que 160/110 mm de Hg en dos ocasiones separadas con 6 horas de diferencia con la paciente en cama.
PAM	160/110 mm de Hg = 127 mm de Hg
Ganancia de peso	Ganancia de peso de más de 0.5 kg/semana durante el segundo y tercer trimestre o ganancia súbita de 2 kg/semana.
Proteinuria <ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Cuantitativa, en análisis de 24 horas 	Mayor de 5 g/L en 24 horas o mayor o igual a 2+ en tiras reactivas.
Edema	Edema generalizado, de ojos, cara, dedos; posiblemente presentes estertores.
Reflejos	Hiperreflexia mayor o igual de 3+ clonus del tobillo.
Producción de orina	Oliguria: menor de 30 ml/h o 120 ml/4 h.
Cefalea	Severa
Problemas visuales	Visión borrosa, fotofobia, puntos ciegos en la fundoscopia.
Irritabilidad /cambios afectivos	Severos
Dolor epigástrico	Presente
Creatinina sérica	Elevada
Trombocitopenia	Presente

Elevación AST	Marcada
Hematocrito	Incrementado

Fisiopatología

Las adaptaciones fisiológicas normales a éste incluyen un aumento del volumen del plasma, vasodilatación, disminución de la resistencia vascular sistémica, aumento del gasto cardíaco y disminución de la presión coloido-osmótica.

Los cambios patológicos en las células endoteliales de los glomérulos (glomeruloendoteliosis) son un ejemplo. Estas lesiones renales son características de la preeclampsia, en particular en las mujeres nulíparas. El factor principal no es una elevación de la presión arterial sino una mala perfusión como resultado del vasoespasmo. El vasoespasmo arteriolar disminuye el diámetro de los vasos sanguíneos, lo que impide el flujo sanguíneo a todos los órganos y eleva la presión arterial. La función de órganos como la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro está deprimida hasta en un 40 a 60%.

El deterioro de la perfusión placentaria conduce a un envejecimiento degenerativo precoz de la placenta y a un posible crecimiento intrauterino retardado del feto. La actividad uterina y la sensibilidad a la oxitocina están elevadas; el aumento de la sensibilidad a sus efectos, por tanto, debe tenerse en cuenta cuando se usa la oxitocina para la inducción o el refuerzo del parto.

La reducción de la perfusión renal disminuye la tasa de filtración glomerular y conduce a cambios degenerativos glomerulares y oliguria; a través de la orina se pierden proteínas, principalmente albúmina. La depuración del ácido úrico está disminuida; sin embargo, el nitrógeno ureico, la creatinina sérica y los niveles de ácido úrico se elevan. Hay retención de sodio y agua. La presión coloidosmótica del plasma disminuye a medida que lo hacen los niveles de albúmina sérica. El volumen intravascular se reduce a la vez que sale líquido del compartimiento intravascular y produce hemoconcentración, aumento de la viscosidad de la sangre, y edema tisular. El valor del hematocrito se eleva a medida que el líquido abandona el espacio intravascular.

En la preeclampsia grave, el volumen sanguíneo puede caer por debajo de los niveles previos a la gestación; se desarrolla edema severo y se observa un aumento rápido de peso.

La disminución de la perfusión hepática produce un compromiso de la función. Uno de los signos de inminencia de eclampsia lo constituyen el edema hepático y la hemorragia subcapsular, que la mujer embarazada siente como un dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho. La rotura del hígado es una complicación poco común pero mortal. Los niveles de las enzimas hepáticas se elevan como consecuencia del daño hepático.

El vasoespasmo arteriolar y la disminución del flujo sanguíneo de la retina conducen a síntomas visuales como los escotomas (puntos ciegos) y a la visión borrosa. La misma situación patológica conduce a edema y hemorragia cerebrales, así como a un aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central. Esta última se manifiesta como cefalea, hiperreflexia, clonus positivo del tobillo y, en ocasiones, el desarrollo de eclampsia, un trastorno potencialmente mortal.

El edema pulmonar causado por la preeclampsia se asocia con edema generalizado severo. La presencia de un pulso rápido y débil, aumento de la frecuencia respiratoria; disminución de la presión arterial y estertores pulmonares sugieren fallo cardíaco.

Diagnóstico

El mantenimiento durante cierto periodo de tiempo de una presión sanguínea muy elevada, conlleva al diagnóstico de preeclampsia. Una única lectura de presión alta no significa que la paciente sufra de preeclampsia.

Se considera una presión arterial elevada, si la presión sistólica se incrementa en 30 mm Hg o más, o si la presión diastólica se ha incrementado en 15 mm Hg o más, con respecto a las cifras obtenidas durante el primer trimestre. En general, se considera unas cifras de presión de 140/90 mm Hg como normales.

Existen varios grados de severidad de preeclampsia. Si sólo se sufre de hipertensión, el diagnóstico puede ser de hipertensión inducida por el embarazo.

Además de la hipertensión, la preeclampsia se diagnostica también por la detección de grandes cantidades de proteína en la orina. Esto se determina de dos formas: introduciendo una prueba de tira dentro de una muestra de orina o mediante un método más preciso que consiste en la recogida de orina durante un periodo de 24 horas y su análisis posterior, en cuanto a la cantidad de proteína que contiene en el laboratorio.

Patogenicamente, la preeclampsia es un desorden sistémico que ocurre solo en presencia de tejido placentario. A pesar de esto, los mecanismos patogénicos responsables exactos del inicio y progresión de la preeclampsia no están bien definidos. Fisiopatológicamente, es un desorden multisistémico, que afecta primariamente los sistemas cardiovasculares, sistema nervioso central, y genitourinario de la madre.

Habría un desbalance entre el tromboxano plasmático y las prostaciclina, permitiendo un efecto predominante del tromboxano. Desde el punto de vista práctico la actividad del tromboxano excesivo, provoca una vasoconstricción y venoconstricción, aumenta la agregabilidad plaquetaria, disminuye el flujo uterino placentario y aumenta la actividad uterina.

La hipertensión sería entonces secundaria a un aumento en las resistencias vasculares periféricas por sobre actividad simpática. El volumen plasmático está disminuido en pacientes preeclámpicas. Sumado a ello, habría una disminución de la complacencia de los vasos de capacitancia, que haría que cargas de volumen mínimas elevaran rápidamente la PVC. Los niveles de péptido urético también estarían elevados en paciente preeclámpicas. Con respecto al gasto cardiaco, si bien estudios primarios parecían demostrar un aumento del gasto en pacientes portadoras de preeclampsia, hay otros estudios controversiales, incluyendo variaciones hemodinámicas importantes con los tratamientos; lo que hace que los cambios hemodinámicas sean más complejos. La frecuencia cardiaca puede ser normal, aunque se puede ver taquicardia luego de la administración de hidralazina. La presión coloidosmótica del plasma está más

descendida que habitualmente. (14 a 18 mmHg en pre y postparto respectivamente, frente a 22 y 17 mmHg en embarazos normales).

El aparato respiratorio también se ve afectado en la preeclampsia. Hay una mayor incidencia de edema laríngeo y faríngeo. Sumado a esto, la aparición de edema pulmonar es un poco frecuente, pero temida complicación de estas pacientes. En general se desarrolla con más frecuencia en el postparto. La causa más frecuente del edema es la sobrecarga de volumen por hiper reposición. La segunda causa de edema pulmonar es la falla ventricular izquierda. La tercera causa en juego es la falla capilar pulmonar.

También se observan cambios hematológicos. Estos incluyen fenómenos de hipercoagulabilidad y activación del sistema fibrinolítico y de las plaquetas. El estado de hipercoagulabilidad se manifiesta por el tiempo de protrombina aumentada, aumento en la activación de los factores II, V y X, y disminución de los niveles de fibrinógeno. Los niveles de antitrombina III están disminuidos y se correlacionan con la severidad de morbilidad materna. En el 15 al 30% de las pacientes preeclámplicas hay trombocitopenia. Aunque solamente menos del 10% tienen menos de 100 000 plaquetas. Se han identificado igualmente tiempos de sangrado aumentados en pacientes con plaquetas normales, lo cual indica que hay afectación no solo del número sino también de la función de las plaquetas. La trombocitopenia, sin evidencia de otras alteraciones de la coagulación, pero con evidencia de hemólisis y aumento de las enzimas hepáticas, caracterizan al síndrome de HELLP, son una variante poco frecuente en la preeclampsia severa. Otros cambios a nivel de los sistemas mayores se observan en el riñón, donde la lesión glomerular provoca una disminución de la tasa de filtración glomerular. La glomerulopatía causa pérdida proteica, la cual ocurre como resultado de un aumento de la permeabilidad para las proteínas de mayor peso molecular. El monto de proteinuria se correlaciona con la extensión de los cambios histológicos y el grado de hipertensión. Además de la albúmina pueden aparecer otras proteínas en orina como las globulinas, hemoglobina, transferrina, etc. La oliguria se correlaciona a la severidad de la preeclampsia, y la falla renal es rara. El

sistema renina-angiotensina-aldosterona se ve afectado por el desbalance entre los vasodilatadores y vasoconstrictores (PGI₂, óxido nítrico, angiotensina II, serotonina, endotelina). Habría una disminución de la concentración de renina plasmática y de su actividad.

A nivel hepático se observa elevación de las transaminasas, y puede haber dolor epigástrico por distensión de la cápsula de Glisson por edema subcapsular o sangrado.

A nivel neurológico las manifestaciones serían cefaleas, alteraciones visuales (20%), hiperexcitabilidad e hiperreflexia. Si aparecen convulsiones estaríamos en presencia de una eclampsia. La etiología de las convulsiones no está totalmente aclarada. Dentro de los posibles mecanismos se postula a la encefalopatía hipertensiva y a la pérdida de la autorregulación cerebral cuando la presión arterial media excede la presión crítica.

A nivel útero placentario estas pacientes tienen una perfusión disminuida. Las resistencias placentarias aumentan, la velocidad diastólica disminuye y la relación sístole y diástole aumenta. A menudo son fetos con retardo del crecimiento intrauterino, o hay también presencia de oligohidramnios. Se recomienda la monitorización fetal ya que son fetos que no toleran hipotensiones sostenidas.

Tratamiento

La **forma moderada** de preeclampsia puede ser llevada desde casa mediante el reposo en cama. El médico indica a la paciente sobre qué lado del cuerpo debe apoyarse para facilitar el flujo de sangre a la placenta, además de realizar los controles semanales de presión arterial y contenido de proteína en orina. Ante la aparición de cualquier sintoma, la paciente debe avisar al médico.

La **forma severa** de preeclampsia requiere el ingreso en el hospital. Se procede a la monitorización de la madre y del bebé para comprobar su estado. La paciente puede ser tratada con **sulfato de magnesio** con el fin de incrementar el flujo sanguíneo uterino y prevenir la eclampsia. En ocasiones se practica una ecografía

para medir el volumen de líquido amniótico. Si este volumen es demasiado bajo indica que el aporte sanguíneo hacia el bebé es inadecuado, por lo que debe procederse a la inducción del parto por vía vaginal o mediante la práctica de una cesárea.

La mayoría de mujeres afectadas por hipertensión durante el embarazo, padecen enfermedades leves que no requieren hospitalización. Cambios en la dieta, tales como aumento moderado en el consumo de proteínas, las cuales se pierden por la orina, y el reposo sobre uno de los costados, para que el útero aumentado de tamaño no altere la irrigación sanguínea en el abdomen, pueden ser suficientes para controlarla.

El tratamiento más útil y definitivo para los casos más graves es la terminación temprana del embarazo, mediante operación cesárea o inducción del trabajo de parto, asegurando siempre que el feto ha alcanzado un estado de madurez que le permite sobrevivir fuera del útero(CASTELAZO).

En la mayoría de pacientes la hipertensión disminuye progresivamente luego del parto y su estado de salud se normaliza hacia la sexta semana después del nacimiento del bebé; al mismo tiempo desaparece la pérdida de proteínas en la orina. Sin embargo, una parte de las pacientes puede tener como secuela la persistencia de hipertensión arterial.

El riesgo de que la enfermedad se presente en un embarazo posterior no es muy elevada, pero es conveniente mantener orientación médica antes de planear el siguiente embarazo.

La ingestión de líquidos debe ser moderada (estando restringido el sodio) siempre que no sean cantidades muy grandes las que ingieran, para no sobrecargar el trabajo renal(LOWDERMILLK).

Es útil administrar un catártico suave cada 2 o 3 días para mantener el buen funcionamiento intestinal (20 grs. de sulfato de magnesio). Nunca deben usarse purgantes drásticos.

LABETALOL

Droga alfa (selectivo postsináptico) y beta bloqueante (no selectivo). Puede dar vasodilatación por estimulación de los receptores B2. Por vía intravenosa se inicia entre 2 y 3 minutos luego de administrado, y su duración de acción es de 2 a 3 horas. La dosis es de 10 a 20 mgs. en bolos, no pasando de 1 a 3 mg/kg. Mejora el flujo sanguíneo placentario y no se asocia a bradicardia fetal por si solo no es efectivo para descender la presión arterial. Hay que asociarlo a otras drogas. En las dosis efectivas, presenta variaciones individuales.

HIDRALAZINA

Vasodilatador arteriolar, mantiene el gasto cardíaco materno, puede provocar taquicardia, es cuestionado su efecto a nivel placentario, puede dar trombocitopenia neonatal, se puede hacer en bolos intravenosos de 5 a 10 mgs. o en infusión de 0.04 mgs/ml. Tiene una duración de dos horas, y su máximo efecto es en 20 minutos, por lo que se discute su utilización en la emergencia.

METILDOPA

Actúa a nivel de los receptores alfa 2 centrales, disminuye la liberación de catecolaminas durante la cirugía. No habría afectación fetal, pero el pico plasmático efectivo requiere varias horas luego de su administración. El 11% de los pacientes presentan intolerancia. Disminuye los requerimientos de narcóticos y halogenados.

NIFEDIPINA

Relajante del músculo liso vascular y del músculo uterino, mejora el flujo sanguíneo uterino y la oxigenación fetal, mejora el flujo sanguíneo renal, no se

asocia a taquicardia. Se puede administrar por vía intravenosa y sublingual en la urgencia. Por vía sublingual comienza a actuar a los 3 minutos y su pico plasmático es a los 20 minutos. Se pueden administrar desde 10 a 40 mgs. por vía sublingual. Potencia la respuesta hipotensiva del sulfato de magnesio.

Prevención de la Hipertensión

La medición repetida de la presión arterial durante la consulta médica brinda la oportunidad de diagnosticar la hipertensión.

Además, el médico puede identificar grupos de pacientes en las cuales es más probable la enfermedad, tales como las adolescentes, las que tienen su primer embarazo después de los treinta años, el sobrepeso o el antecedente de hipertensión arterial. Igualmente, las mujeres con diabetes y las que tienen embarazo múltiple (gemelos o trillizos) están en riesgo de padecer preeclampsia o eclampsia.

PROCESO DE ENFERMERÍA VALORACION

Para realizar la valoración se recopilaron los datos por medio de la Historia clínica de enfermería basada en Orem, desde sus antecedentes personales hasta su estilo de vida por medio de los cuales se jerarquizaron los requisitos alterados para construir diagnósticos de enfermería y así poder intervenir adecuadamente.

- Nombre: Y. F. G.
- Edad: 28 años
- Sexo: Femenino
- Estado de desarrollo: Adulto Joven
- Orientación sociocultural: Estudió hasta 2° de secundaria porque no le gusto el estudio.
- Patrón de vida: Vive en unión libre en casa de sus padres, dedicada al hogar.
- Estado de salud: Parto Poscesarea Preeclampsia Severa
- Factores del sistema de cuidado de salud: Hábitos higiénicos y dietéticos regulares, fumó desde los 22 hasta los 25 años, 2 parejas sexuales. No ha llevado método de planificación familiar, nunca se ha realizado el Papanicolaou.
- Factores del sistema familiar: Vive en casa de sus padres, tiene un hijo de 1 año 2 meses y 2 gemelas R/N.
- Factores ambientales: Casa construida de adobe, láminas y cemento, cuenta con una habitación para todos.
- Disponibilidad de recursos: Su papá es taxista y su pareja es obrero, ellos dos aportan dinero mensualmente cerca de 2 000.

REQUISITOS UNIVERSALES

- 1) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire: No alterado.
- 2) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua: Alterado, ya que el equilibrio mineral se altera durante el embarazo como consecuencia de la

afinidad entre las hormonas y el ion sodio y con la presencia de preeclampsia aparece edema en cara, miembros inferiores y manos por lo que se requiere de control de líquidos.

- 3) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento: Alterado, ya que la paciente se encuentra en ayuno y no hay ingesta de nutrientes.
- 4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos: Alterado, ya que por tener reposo absoluto, cuenta con sonda foley a derivación.
- 5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: Alterado, ya que por manejar una presión arterial diastólica mayor que 110 y por el edema requiere de reposos absoluto.
- 6) Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción de la sociedad: Alterado, ya que se encuentra angustiada por no poder estar y cuidar de su hijo y por sus gemelas las cuales se encuentran en cuidados especiales.
- 7) Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano: Alterado, ya que durante su embarazo no llevó control prenatal y una adecuada dieta sabiéndose que durante el embarazo presentó sintomatología de preeclampsia.
- 8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: Alterado, ya que debido a su padecimiento se encuentra en Terapia Intensiva por lo que la visita está restringida.

DE DESARROLLO

Se encuentra angustiada ya que por estar hospitalizada no puede cuidar a su hijo y el no poder ver y saber el estado de salud de las gemelas las cuales se encuentran en cuidados especiales.

No es derechohabiente de ningún centro de salud, pues su pareja no es estable en los trabajos y tiene aproximadamente un mes que entro a una fábrica y no la ha asegurado a alguna institución.

EXAMENES DE LABORATORIO

11-08-03

Laboratorios:		Valor Normal	
Hb	10.7	12-16	*
Hto.	35%	37-47%	*
Leuc.	11 100	4.8-10.8x1000	*
Plaq.	93 000	130-400x1000	*
TP	12 %	6.0-8.3	*
TPT	31		
Gluc.	97 mg/dl	70-110	
Urea	25	8-41	
Acido úrico	8.1	3.4-7.0	
Creatinina	0.6 mg/dl	0.5-1.5	
Colest.	200	140-200	
Bilirrubina T.	0.15 mg/dl	0.00-1.00	
Bilirrubina I.	0.13	0.00-0.75	
Bilirrubina D.	0.02 mg/dl	0.00-0.30	
TGO	20	0-37	
TGP	7	0-41	

Interpretación:

- La hemoglobina indica la disminución del volumen de líquido intravascular.
- El hematocrito es el porcentaje de hematíes en un volumen de sangre completa, la disminución de éste indica exceso de volumen debido al efecto dilucional de una sobrecarga de líquido.

12-10-03

		Valor Normal	
Hb	12	12-16	
Hto.	36%	37-42%	*
Leuc.	11 500	4.8-10.8x1000	*

Plaq.	320 000	130-400x1000
TP	12.6 %	6.0-8.3 *
TPT	26	
Gluc.	114 mg/dl	70-110
Urea	17	8-41
Creatinina	0.6 mg/dl	0.6-1.3
Colest.	200	140-200
Bilirrubina I.	0.28 mg /dl	0.00-0.75
Bilirrubina D.	0.10 mg/dl	0.00-0.30

EXPLORACION FISICA

Paciente de 28 años con Dx Parto Poscesarea + Preeclampsia severa, tranquila, despierte, orientada, ligera palidez generalizada, mucosas orales semihidratadas.

Cabeza: normocefalo, no presenta exostosis, ni endocitosis, reflejo pupilar normal, ligero edema.

Cuello: cilíndrico, simétrico.

Tórax: Simétrico, mamas simétricas no secretantes, pezón formado y pigmentado, monitorización continua, campos pulmonares con presencia de estertores, ruidos cardíacos rítmicos.

Miembros superiores: simétricos, con presencia de edema, catéter central permeable en miembro derecho, venoclisis permeable en miembro izquierdo.

Abdomen: globoso, distendido con presencia de herida quirúrgica de cesárea sin datos de infección, con penrose, peristalsis disminuida, vendaje abdominal.

Genitales: acorde a su edad y sexo con salida de escasos loquios hemáticos, sonda foley a derivación con uresis de características de normales.

Miembros inferiores: simétricos con presencia de edema ++, con vendaje en ambos miembros.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- ❖ Problema interdisciplinario: Hipertensión
- ❖ Limpieza ineficaz de vías aéreas en relación a la anestesia general manifestada por tos ineficaz.
- ❖ Náuseas relacionado con efecto de la anestesia manifestado por salivación abundante, palidez, piel fría y húmeda.
- ❖ Problema Interdisciplinario dolor.
- ❖ Exceso de volumen de líquidos relacionado con retención hídrica manifestado por edema en miembros superiores e inferiores.
- ❖ Deterioro de la movilidad física relacionado con su estado de salud manifestado por limitación de movimiento.
- ❖ Déficit de baño e higiene relacionado con debilidad y cansancio manifestado por incapacidad para lavar el cuerpo.
- ❖ Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por inquietud.
- ❖ Alteración de los procesos familiares relacionado a su estancia en el hospital manifestado.
- ❖ Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- ❖ Déficit de conocimientos de la madre relacionado con el cuidado del Recién Nacido en el hogar manifestado verbalmente.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS

- ❖ Hipertensión
- ❖ Dolor

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Nombre: Y.F.G.	Fecha: 11-08-03
Servicio: Terapia Intensiva	
Edad: 28 años	
Dx Médico: Preeclampsia Post-cesárea	
Problema interdisciplinario: Hipertensión	
Objetivo (Resultados Esperados): Estabilizar la presión arterial de la paciente por medio de la administración de medicamentos indicados y cuidados específicos de enfermería.	

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Tomar la presión arterial cada hora así como los otros signos vitales.	El control de la tensión arterial, ayuda a valorar la respuesta de la paciente al tratamiento médico.
Elevar los miembros inferiores a un ángulo de 35°.	La elevación de los miembros inferiores ayuda a reducir el edema y favorece el retorno venoso.
Vigilar la perfusión. Mediante la observación y el tacto.	Esto es debido a que el edema y la hemorragia dentro de los tejidos pueden comprometer la circulación. Si hay menor perfusión mística la piel se siente fría al tacto y aparece oscura, pálida o azul y para esto se eleva el aporte sanguíneo por determinación del llenado capilar en el lecho ungueal.
Control de líquidos.	Es un método de cuantificación de ingresos y egresos para valorar el

	estado hídrico del paciente.
Monitorizar la saturación de oxígeno (SaO ₂).	La monitorización del SaO ₂ refleja la cantidad de oxígeno que queda en la sangre venosa después que ha pasado a través de los capilares del organismo, aumenta el flujo de sangre aumentado el volumen por minuto.
Administrar Nifedipino 10 mg sublingual si la diastólica es igual o mayor a 110mmHg. Nifedipino 10 mg V.O. cada 8 Hrs.	Antihipertensivo, antianginoso. Bloqueador del conducto lento del calcio que inhibe el ingreso de este ion en las células cardiacas y en las células de la musculatura lisa vascular(ATKINSON,1998).

Evaluación: Se logró disminuir la tensión arterial y aún siendo egresada de la terapia intensiva se manejo la nifedipina V.O. cada 8 horas ya que manejaba cifras tensionales de 130/100 mmHg.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

12-08-03

Dx: Limpieza ineficaz de vías aéreas en relación a la anestesia general manifestada por tos ineficaz.

Objetivo: Enseñar la realización de ejercicios respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Palmo percusión 2 veces por turno.	La palmo puño percusión facilita la salida de secreciones y favorecer el drenaje del moco y secreciones presentes en los pulmones y mantienen un mejor estado de la respiración sin obstrucciones del árbol bronquial.
Animarla a que respire profundamente y haga ejercicios controlados para toser cinco veces cada hora.	El esfuerzo por toser facilita la expulsión de secreciones.
Administrar Ambroxol 10 ml V.O. cada 8 hrs. por indicación.	El ambroxol actúa intracelularmente promoviendo la producción de un moco normal; libera y activa el epitelio ciliado aumentando su frecuencia vibrátil, y estimula la producción de surfactante en alveolos y pequeños bronquiolos formando una película que recubre la pared interna de las vías respiratorias. Reduce la adhesividad del moco y lo hace fácilmente transportable.
Administrar Penicilina Sódica Cristalina	La penicilina G benzatinica está

<p>(PGSC) 5 millones I.V. cada 4 hrs. por indicación.</p>	<p>indicada para el tratamiento de infecciones causadas por microorganismos sensibles a la penicilina G que sean susceptibles a las concentraciones séricas bajas y muy prolongadas comunes de esta presentación farmacéutica. Infecciones leves a moderadamente serias de las vías respiratorias altas entre otras. Actúa por inhibición de la biosíntesis del mucopéptido de la pared celular.</p>
---	--

Evaluación: El ambroxol ayudó a reblandecer y fluidificar las secreciones y por medio de la palmo percusión la paciente expulsó las secreciones. La infección desapareció por lo que la penicilina se la retiraron al tercer día.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

12-08-03

Dx: Náuseas relacionado con efecto de la anestesia manifestado por salivación abundante, palidez, piel fría y húmeda.

Objetivo: Disminuir las náuseas por tratamiento medicamentoso .

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Ministrar Metroclorpramida 10 mg I.V. cada 8 hrs en caso de vómito.	La metoclopramida es un estimulante y regulizador de la motilidad esófagogastroduodenal. Indicado en el tratamiento de las náuseas y el vómito. Es un antagonista de la dopamina, tiene propiedades procinéticas gástricas y antieméticas. Las propiedades procinéticas gástricas se deben tanto al antagonismo de los receptores gástricos de la dopamina, como al aumento de la liberación de acetilcolina. Ejerce sus efectos antieméticos en la zona de disparo de los quimiorreceptores en el piso del cuarto ventrículo y en el centro cerebral del vómito.
Administración de Ranitidina 10 mg I.V. cada 12 hrs. por indicación .	La ranitidina es un antagonista competitivo de la histamina a nivel de los receptores H2 en especial los ubicados en células parietales de la mucosa gástrica, inhibe la secreción ácida gástrica basal (ayuno) y nocturna

	por inhibir por competencia la acción de la histamina en los receptores H2 de las células parietales.
Control de líquidos.	Es un método de cuantificación de ingresos y egresos de líquidos para valorar el estado hídrico del paciente.
Administrar y vigilar solución glucosa 10% + 40 KCL 1000 cc para 12 hrs.	La solución glucosa al 10% es la fuente principal de energía en los organismos vivos. La glucosa experimenta biotransformación por oxidación (glucólisis) o se almacena en forma de glucógeno, principalmente en el hígado y el músculo estriado(ATKINSON,1998). El KCL regula el equilibrio osmótico, participa en el mecanismo enzimático de traslado de fósforo en el metabolismo carbohidrático, interviene además en el mecanismo de la concentración muscular que esta influido tanto por el déficit como el exceso de potasio(ATKINSON,1998).

Evaluación: Para el día de su egreso se le retiro el KCL y la glucosa 10%, ya que no había pérdida de electrolitos y no necesitaba más un aporte calórico por lo que se manejo con solución glucosa 5 % para 24 horas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

12-08-03

Problema Interdisciplinario: Dolor

Objetivo: Disminuir el dolor.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Valorar el umbral del dolor mediante la escala del 1 al 10.	La escala visual análoga-EVA (ej. Línea de 1 a 10 cm). La EVA es una herramienta que permite la dimensión del dolor sea comprendida, está representada por una línea de 10 cm pudiendo ser esta horizontal o vertical que el paciente con la sensación de dolor nos indique el dolor que esta sufriendo en ese momento, en donde el 0 corresponde a la ausencia de dolor y el 10 a dolor severo.
Administración de ketorolaco 10 mg VO cada 8 hrs. Por indicación	Analgésico no narcótico. Indicado en el tratamiento a corto plazo del dolor. Inhibe la síntesis de prostaglandinas y no tiene ningún efecto sobre los receptores opiáceos.
Enseñar ejercicios de relajación.	Los ejercicios de relajación se utilizan tratando de concentrar el pensamiento en la entrada y salida de aire lo cual permite una respiración profunda y rítmica que hace que se vaya relajando todo y cada una de sus células, llevando así los elementos necesarios para el

	metabolismo de las células.
Apoyo emocional.	El apoyo emocional es importante, ya que muchas veces el dolor es psicológico y mediante una plática interactuando relación enfermera-paciente, podemos hacer que deje de poner toda su atención en su dolor y que piense en otras cosas positivas.

Evaluación: Mediante la escala se pudo valorar la cantidad de dolor que la paciente presentaba y al brindarle apoyo emocional, el cual distrajo su atención y los ejercicios de relajación junto con su analgésico el dolor disminuyó de un 8 hasta un 3.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

11-08-03

Dx: Exceso de volumen de líquidos relacionado con retención hídrica manifestado por edema en miembros superiores e inferiores.

Objetivo: Disminuir el edema de miembros inferiores

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Vendaje de miembros inferiores.	El vendaje favorece el retorno venoso y ayuda a disminuir el líquido acumulado en el espacio intersticial.
Elevar los miembros inferiores a un ángulo de 35° o 45°.	Elevar los miembros inferiores ayuda a reducir el edema y favorecer el retorno venoso.
Control de líquidos.	Es un método de cuantificación de ingresos y egresos de líquidos de un organismo para valorar el estado hídrico del paciente.

Evaluación: El vendaje de miembros inferiores y la elevación favorecieron la disminución del edema y así obtener una mejor circulación.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

11-08-03

Dx: Deterioro de la movilidad física relacionado con su estado de salud manifestado por limitación de movimiento.

Objetivo: Proporcionar comodidad al paciente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Movilizar las veces que sea necesario al paciente.	La movilización de los pacientes evita contracturas y disminución de tono muscular y úlceras por decúbito.
Ejercitar los miembros inferiores y superiores.	La ejercitación de los músculos y articulaciones evita la rigidez y el desuso de los miembros.

Evaluación: Se movilizaba a la paciente 3 veces por turno o dependiendo de sus necesidades y se ejercitaba los miembros inferiores y superiores por lo que no se presentó algún problema.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

11-08-03

Dx: Déficit de baño e higiene relacionado con debilidad y cansancio manifestado por incapacidad para lavar el cuerpo.

Objetivo: Mantener la higiene del paciente diariamente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Baño de esponja con agua tibia.	Como el paciente es incapaz de darse un baño se realiza el baño de esponja con el fin de que tenga una buena higiene y para evitar la proliferación de microorganismos. El agua tibia relaja los músculos y aumenta la circulación periférica debido a la dilatación de los vasos sanguíneos
Cambiar la ropa de cama.	El cambio de ropa de cama diario o cada que se requiera permite que la higiene de la unidad se mantenga limpia y así evitar la proliferación de los microorganismos y el contagio de enfermedades.
Conservar la piel y mucosas sanas e íntegras.	La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.
Fomentar el cepillado de dientes después de cada alimento.	El cepillado dental cuida la formación de caries, la cual es una enfermedad infecciosa causada por la invasión de microorganismos patógenos y la adherencia de placa dentobacteriana.
Lavar las manos.	La sanitización es el proceso que

	reduce los microorganismos patógenos, es decir, elimina la flora bacteriana transitoria habitual y residente.
--	---

Evaluación: El baño de esponja con agua tibia se realizaba todas las mañanas y así la paciente se relaja y se siente limpia, la ropa de cama se realizó todos los días.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: De apoyo educativo

11-08-03

Dx: Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por inquietud.

Objetivo: Disminuir la ansiedad.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Proporcionar un ambiente tranquilo.	Un ambiente tranquilo favorece y que disminuya la ansiedad.
Explicar al paciente los procedimientos que se le van a realizar.	Las personas suelen estar temerosas y ansiosas porque algo anda mal en sus funciones fisiológicas y tienen incapacidad para recuperar una vida normal. Por eso, es importante el mantener la comunicación con el paciente informando cada uno de los procedimientos y exortándola para que pregunte sus dudas. La relación con el paciente incrementa el bienestar y disminuye el temor y la ansiedad.

Evaluación: Se logró mantener un ambiente tranquilo y relajado y se le explico todo lo que se le tenia que realizar para su tranquilidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: De apoyo educativo

11-08-03

Dx: Alteración de los procesos familiares relacionado a su estancia en el hospital manifestado.

Objetivo: Fomentar las relaciones familiares.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Identificar la red de apoyo social disponible para ayudar a satisfacer las necesidades de la familia.	Identificar los recursos permite que la paciente comprenda que no está sola y que puede satisfacer las necesidades de su familia sin poner en peligro su salud(MARTÍN).
Derivar una agencia de cuidado en casa.	Las agencias de derivación pueden ayudar a las familias de forma creativa y pueden identificar recursos para ayudarlas.

Evaluación: La paciente cumple con el régimen establecido .

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

11-08-03

Dx: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

Objetivo: Evitar la formación de campo séptico en el punto de invasión mediante una técnica adecuada.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Lavarse las manos antes y después de estar en contacto con el paciente.	Las manos son un vehículo importante para el transporte de microorganismos de un paciente a otro, lavarse las manos con jabón para el arrastre de microorganismos.
Realizar los procedimientos de enfermería con la técnica adecuada de asepsia y antisepsia.	Cuando se realizan los procedimientos sin contaminar un campo se evita el ingreso de microorganismos al organismo que se encuentran sus defensas bajas por el proceso de la enfermedad.
Realizar curación de herida quirúrgica.	La curación de herida quirúrgica diaria impide la acción microbicida. Favorece la cicatrización por primera intención y evitar proceso infeccioso. La escisión de tejidos necrosados, cuerpos extraños presentados, favorece una rápida cicatrización(DUGAS,2000).

Evaluación: La realización de herida quirúrgica siguiendo los principios de asepsia diaria favoreció la cicatrización y así se evito algún problema infeccioso.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Sistema de enfermería: De apoyo educativo

11-08-03

Dx: Déficit de conocimientos de la madre relacionado con el cuidado del Recién Nacido en el hogar manifestado verbalmente.

Objetivo: Orientación a la madre sobre los cuidados del Recién Nacido en el hogar.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
Cambiar el pañal conforme lo requiera o por lo menos de 5 a 7 veces.	El cambio de pañal será cuando esté mojado o sucio a fin de evitar las irritaciones de la piel. Limpiar las partes genitales de adelante hacia atrás utilizando agua tibia y secar a palmaditas con la toalla. Si el niño ha tenido evacuación, doble hacia adentro la parte sucia del pañal y límpiele las nalgas con algodón o papel higiénico. Deberá lavárselas con agua y un jabón suave, enjuagarlas y secarlas a palmaditas. Aplique aceite emulsionado con un pedazo de algodón a la parte que suele cubrir los pañales, introduciéndole incluso en los pliegues o arrugas de la piel.
Continuar con la alimentación al seno materno.	La alimentación al seno materno disminuye la frecuencia de infecciones respiratorias y principalmente de infecciones del oído. La leche materna es una combinación de grasas, azúcares, minerales, proteínas y

vitaminas, fáciles de digerir que estimulan el crecimiento y desarrollo físico y mental del bebé(AVENTBABY). La leche materna produce en la cantidad que el pequeño requiere y no necesita calentarse. Coloca al bebé mirando hacia ti con la cabeza apoyada en tu antebrazo, no en la curva inferior del codo; y debes sujetarle el cuello y la cabeza por debajo, con la otra mano. Pega tu cuerpo junto al suyo y roza sus labios contra el pezón. Su boca se abrirá como si bostezara, atrae su cabeza suavemente hacia tu pecho para asegurarte que pueda cogerlo. Asegúrate de que la barbilla de tu bebé, el labio inferior y la lengua están en contacto con el pecho y de que el pezón esté en la parte trasera de su boca. Debería haber un pequeño espacio entre el pecho y la nariz del bebé. Cada vez que le das el pecho, al principio la leche es más líquida, para sofocar la sed del bebé, seguida por las calorías y leche enriquecida que tu bebé necesita para su alimentación. Por eso es importante no apresurarse al darle de comer. Tu bebé tomará tanto como quiera de un pecho. La mayoría de los bebés lloran para hacerte saber cuando necesitan que le des el pecho. Esto

	suele pasar cada dos o tres horas, día y noche, en las primeras semanas. Cada toma durará 30 minutos aproximadamente.
Colocar al recién nacido en su cuna en posición de lado y para detener la espalda usar una manta hecha rollo que abarque desde el hombro hasta la cadera.	Esta posición permite que la mucosidad y regurgitación de la leche de la boca del niño salgan de su boca, la posición de espalda debe evitarse cuando el niño duerme o cuando queda sin atención, para reducir el riesgo de aspiraciones.
Cuidado del cordón umbilical.	El cordón umbilical debe limpiarse con agua y jabón, posteriormente hacerlo con alcohol en torno a la unión entre el muñón y la piel en cada cambio de pañal para favorecer la cicatrización y dejarlo a exposición del aire ya que este favorece el proceso.

Evaluación: Se brindó orientación a la paciente sobre los cuidados del recién nacido en casa.

PLAN DE ALTA

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO EN CASA

- Para levantar al niño se coloca una mano por debajo de su cuello y la otra debajo de los glúteos. Los músculos del cuello del recién nacido son muy débiles. Por eso, al sostenerle, la cabeza y la espalda deben apoyarse en el brazo y la mano de usted. Sostenga al bebé con cuidado, pero permítale el movimiento de sus brazos y piernas(MI PEDIATRIA).
- La mayoría de los recién nacidos dormirán la mayor parte del día (de 18 a 22 horas). Aquellos que reciben suficiente alimento y no tienen problemas digestivos suelen dormir más entre comidas, despertando sólo por breves períodos. Otros pueden permanecer despiertos por períodos de tiempo más prolongados sin problema alguno. En cualquier caso, es preferible dejar que el bebé determine cuánto sueño desea y necesita. Deberá evitar que le molesten con ruidos innecesarios y luces brillantes.
- Déjelo ejercitarse moviendo los brazos y piernas. Su bebé disfrutará cuando lo saquen a la calle. Hágalo siempre que usted tenga la oportunidad y el clima lo permita. El aire fresco es beneficioso porque le mejora el apetito y le ayuda a adaptarse a los cambios de temperatura. Tomada con moderación, la luz del sol es también saludable porque le ayuda a aprovechar la vitamina D, indispensable para el bebé. Proteja los ojos del niño contra la luz directa del sol y cúbrale la cabeza si va a permanecer expuesto por algún período de tiempo.
- Habrá que cambiarlos cuando estén mojados o sucios, a fin de evitar las irritaciones de la piel. Algunos tienen la piel especialmente sensitiva y habrá que cambiarlos con más frecuencia. Coloque al bebé sobre una toalla para quitarle el pañal. Límpiele las partes genitales de adelante hacia atrás (sobre todo a las niñas) utilizando agua tibia y séquele a palmaditas con la toalla. Si el niño ha tenido evacuación, doble hacia adentro la parte sucia del pañal y límpiele las nalgas con algodón o papel higiénico. Deberá lavárselas con

agua y un jabón suave, enjuagarlas y secarlas a palmaditas. Aplique aceite emulsionado con un pedazo de algodón a la parte que suele cubrir los pañales, introduciéndole incluso en los pliegues o arrugas de la piel. Sujutando los tobillos del bebé entre el pulgar y el dedo medio, con el índice entre los tobillos, levántele las caderas e introduzca por debajo un pañal limpio y doblado. El pañal deberá doblarse de forma que quede un área más absorbente donde se pueda absorber la mayor parte de la orina (en frente si se trata de niños y hacia atrás en el caso de las niñas). Estire el pañal entre las piernecitas y préndalo por el adhesivo a cada lado.

- Diariamente realizar aseo matinal al RN, el que consiste en limpiarlo con algodón humedecido o toalla especial para este fin, con agua tibia. Comenzar por la cara, dar especial énfasis en los pliegues del cuello, axilas y pliegues inguinales, además de extremidades superiores e inferiores, no olvidar asear entre los dedos de manos y pies. Puede realizarlo 2 días después de la caída del cordón. La mejor hora es antes de su comida de la mañana. La atmósfera de la habitación ha de estar templada y sin corrientes. Lávese bien las manos y límpiese las uñas antes de comenzar. Es bueno tener a mano una toalla más para que usted se mantenga seca. Envuelva al niño en una toalla grande. Límpiele la nariz y las orejas con algodón humedecido o una toallita, pero sin introducirlos donde no alcance la vista. Igualmente, lávele la cara con agua pura. No le ponga jabón en la cara los tres primeros meses. Límpiele los párpados de dentro hacia afuera con un pedazo de algodón o toalla suave. Lávele bien la parte exterior de la boca, pero no le lave nunca la boca por dentro. Séquele la cara a palmaditas. Jabónelo completamente, destapándolo por partes para evitar el enfriamiento. Pruebe la temperatura del agua con el codo, debe estar tibia. Lávele primero la cara y la cabeza con la toallita. Sosteniendo la cabeza y espalda del bebé con una mano y las nalgas con la otra, métalo en la bañera con cuidado (MI PEDIATRIA). Sujetándolo firmemente, enjuagueo bien. Levántelo con cuidado y acomódelo sobre una mesa, sobre la toalla sosteniéndole la cabeza y

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

espalda con una mano y las nalgas con la otra. Séquelo bien y vístalo. Este es el momento ideal para alimentarlo.

- Continuar con la alimentación al seno materno ya que disminuye la frecuencia de infecciones respiratorias y principalmente de infecciones del oído. La leche materna es una combinación de grasas, azúcares, minerales, proteínas y vitaminas, fáciles de digerir que estimulan el crecimiento y desarrollo físico y mental del bebé(AVENTBABY). La leche materna produce en la cantidad que el pequeño requiere y no necesita calentarse. Coloca al bebé mirando hacia ti con la cabeza apoyada en tu antebrazo, no en la curva inferior del codo; y debes sujetarle el cuello y la cabeza por debajo, con la otra mano. Pega tu cuerpo junto al suyo y roza sus labios contra el pezón. Su boca se abrirá como si bostezara, atrae su cabeza suavemente hacia tu pecho para asegurarte que pueda cogerlo. Asegúrate de que la barbilla de tu bebé, el labio inferior y la lengua están en contacto con el pecho y de que el pezón esté en la parte trasera de su boca. Debería haber un pequeño espacio entre el pecho y la nariz del bebé. Cada vez que le das el pecho, al principio la leche es más líquida, para sofocar la sed del bebé, seguida por las calorías y leche enriquecida que tu bebé necesita para su alimentación. Por eso es importante no apresurarse al darle de comer. Tu bebé tomará tanto como quiera de un pecho. La mayoría de los bebés lloran para hacerte saber cuando necesitan que le des el pecho. Esto suele pasar cada dos o tres horas, día y noche, en las primeras semanas. Cada toma durará 30 minutos aproximadamente.
- La mayoría de los bebés alimentados con el pecho no sufren cólicos. Si aún así, el bebé tiene cólicos después de darle el pecho, abrázalo y ponte contra tu hombro hasta que erupte. Si normalmente toma de los dos pechos, es conveniente que erupte entre uno y otro. Lo más normal es que el vómito sea consecuencia de haber mamado con mucha rapidez, y con mucha hambre, entonces si vemos que al bebé le viene mucha leche de golpe, es mejor retirar el pecho (destapando su boca al introducir nuestro

meñique por la comisura de los labios ¡NUNCA ESTIRAR DE NUESTRO PEZÓN!), y dejar que salga el chorro hasta que deje de gotear, entonces volver a poner al bebé al pecho.

- Si presenta diarrea y la heces son muy abundantes, darle agua (mineral), ó suero, después de las mamadas. Si ya toma sólidos, pues, la dieta de costumbre, sin obligarle (pues no tendrá mucha hambre), y siempre darle a menudo, pero en pequeñas cantidades. Color: amarillo dorado (pero también pueden ser amarronadas ó verdosas). Consistencia: líquida y grumosa (con granitos de moco ó estrias de mucosidad). Olor: prácticamente inodoras.....comparadas con las que hacen los niños de biberón. Frecuencia: durante ó después de cada mamada, ó además de esto, entre toma y toma (el récord esta en 20 al día).
- **El cuarto del Recién Nacido (RN):** Al bebé deberá asignársele un sitio limpio, cómodo y bien resguardado. Necesitará una camita, cuna o cochecito para dormir. Los recién nacidos prefieren dormir en espacios reducidos, con bordes donde pueden arrimarse tratando acaso de sentirse como cuando estaban en el útero. Un cochecito o cuna de mecer sería ideal por ser fácil de transportar y porque le permite mecer a su bebé para dormirlo. Un colchón firme es conveniente para la buena postura del bebé.
- En la cuna debe colocarse de lado y para detenerle la espalda usar una manta hecha rollo que abanique desde el hombro hasta la cadera o colocarlo sobre el abdomen, ambas posiciones permiten que la mucosidad o regurgitación de la leche de la boca del niño salgan de su boca, la posición de espalda debe evitarse cuando el niño duerme o cuando queda sin atención, para reducir el riesgo de aspiraciones(MI PEDIATRIA).
- El cambio de pañal será conforme lo requiere sus genitales se limpiarán de adelante hacia atrás suavemente con agua tibia y con toallitas alcoholadas secando perfectamente. Si el pañal es de tela tener cuidado con el alfiler de seguridad, este se insertará de manera que la parte posterior del mismo quede hacia el niño con el fin de que haya menor riesgo de que lo lastime en caso de que se abra.

- El baño deberá ser diario y de esponja, empezando con ojos, cabeza y después pecho y espalda con agua tibia y usando una esponja suave, no es conveniente usar jabones fuertes ni aceite perfumado o talco para niños por la sensibilidad(MI PEDIATRIA).
- La ropita del recién nacido deberá ser delicada, cómoda, liviana y fácil de poner y quitar. Deberá lavarla con jabón o detergente neutro, no irritante.
- El cuidado del cordón umbilical debe limpiarse con alcohol en torno a la unión entre el muñón y la piel en cada cambio de pañal para favorecer la cicatrización(SARDA), y dejarlo a exposición del aire ya que este favorece el proceso.
- Después de los 2 o 3 primeros días, el lactante orina de 10 a 15 veces al día.

Signos de alarma en problemas respiratorios:

- Mucosidad excesiva
- Respiración ruidosa
- Cianosis circumbucal o general
- Retracciones

PLAN DE ALTA

- Aunque tu apetito se incremente, es importante que cuides tanto la cantidad como la calidad de los alimentos que ingieras, para que asegures la alta calidad de tu leche.
- Debes evitar los alimentos demasiado condimentados o que te produzcan gases como alubias, garbanzos y coles, así como aquellos que den sabor particular a la leche como ajo, cebolla y los condimentos en abundancia.
- Es importante que evites totalmente la ingesta de medicamentos no autorizados por tu médico, así como bebidas alcohólicas, tabaco, café y té negro.
- Es recomendable beber agua, así como jugos naturales de frutas o verduras. Es preferible también que mientras alimentes a tu bebé evites los antojos poco nutritivos.
- Si tiendes a aumentar de peso, come preferentemente alimentos frescos sin conservadores y limita el consumo de golosinas y embutidos.
- Bajo de peso siguiendo la dieta indicada.

La dieta debe contener alimentos de todos los grupos:

- Frutas
 - Verduras y hortalizas
 - Cereales y derivados
 - Leche, queso y yogurt
 - Carnes, aves, pescado y huevos
- Evitar el consumo alto de sal en la dieta.
 - Evitar o disminuir el consumo de café.
 - Evitar fumar.
 - Hacer ejercicio de manera constante por lo menos caminar 20 minutos diarios.
 - Evitar situaciones de estrés que le provoquen ansiedad y presión, ya que aumenta su presión arterial.

- Consuma sólo los medicamentos prescritos.
- Prescripción por parte del médico de los fármacos adecuados.
- Recomendar que continúe con su control médico para prevenir alguna situación en ella que le cause molestias es importante por lo menos cada mes acuda a su consulta con su médico familiar, durante los 6 primeros meses después de la cesárea.

CONCLUSIONES

Gracias a la elaboración del plan de cuidados y la atención que se brindó, la paciente fue dada de alta por mejoría del servicio de Terapia Intensiva al servicio de Terapia Intermedia el día 13 de Agosto.

Este proceso me dejó como aprendizaje que darle seguimiento a un paciente se da uno cuenta que gracias a los cuidados específicos que se le brindaron y a los conocimientos aplicados correctamente la evolución de la paciente fue satisfactoria.

Con esta complicación de la Preeclampsia, la cual es muy frecuente y se puede prevenir desde el inicio del embarazo, para evitar llegar a la eclampsia, mediante la Educación para la salud en cuanto a cómo deben llevar su control prenatal y que sepan los diversos factores que predisponen a la Preeclampsia y a la Eclampsia para evitar otra complicación como lo puede ser el síndrome de HELLP.

Debemos tener conocimientos de Anatomía y Fisiología, así como del proceso de enfermería para realizar una buena planeación de los cuidados de enfermería y poder favorecer el pronto restablecimiento de los pacientes a su núcleo familiar. Sin olvidar que todo paciente es único y que debemos proporcionar atención individual y de calidad.

GLOSARIO

- Abruptio: Desprendimiento.
- CID: Coagulación intravascular diseminada.
- CIR: Crecimiento Intrauterino Retardado.
- Escotomas: Puntos ciegos.
- HELLP: Elevación de enzimas hepáticas.
- Isquemia:
- Oligohidramnios: Escaso líquido amniótico.
- Oliguria: Escasa orina.
- Polihidramnios: Abundante líquido amniótico.
- PAM: Presión arterial Media.
- PVC: Presión Venosa Central.
- P.A.E: Proceso Atención de Enfermería.
- Proteinuria: Aparición de proteínas en orina
- S.S.A: Secretaría de Salud y Asistencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería", Editorial Doyma, 4ta. Edición, 2002 Barcelona España.
2. Atkinson D. Leslie, "Proceso Atención de Enfermería", editorial Mc Graw Hill 2da. Edición, 1998 México.
3. Rossentein Ster Dr. Emilio, "Diccionario de especialidades farmacéuticas", editorial PLM, edición 41, E.U.A 1995.
4. Reeder J. Sharon, "Enfermería materno-infantil", editorial Interamericana, 17ª edición, México 1995.
5. Gray Charles m. Gass, "Anatomía", editorial Salvat, España.
6. Wilson. "Anatomía y fisiología", editorial Manual Moderno, México D.F.
7. BookMiller, "Enfermería Obstétrica", editorial Interamericana, 5ª edición, México 1990.
8. Greenhill, "Obstetricia", editorial interamericana, México.
9. Netina, "Enfermería Práctica", editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 6ª edición, Vol. II.
10. Miador C. Billie, "Enfermería en Cuidados Intensivos", editorial Manual Moderno.
11. Carpenito L.J., "Diagnósticos de Enfermería", editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 5ª edición.
12. Berne. "Fisiología", 2a edición, editorial Harcourt Brace, pp 719-733.
13. Tortora j. Gerard, "Anatomía básica del cuerpo humano", editorial Harla, pp 624-633.
14. Escuredo b., "Estructura y funcionamiento del cuerpo humano", editorial Interamericana, pp 471-479.
15. "Ley General de Salud", editorial Porrúa, Tomo I, México 1997.
16. http://www.bvs.org.do/cientifica_2000-1/2000-1%20CC-gineco.pdf
17. <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/2002/17-23.pdf>
18. http://www.aventbaby.com/es/overview/breastfeeding_guide/index.html
19. <http://www.mipediatra.com.mx/lactancia/enlaces-lactancia.htm>
20. <http://www.prematuros.cl/parapadres/informacionpadres/cuirm.html>

21. <http://www.martinmemorial.com/clinical/peds/spanish/newborn/diprrash.htm>
22. Lowdermillk Leonard, "Enfermería Materno-infantil", 6ª edición, Editorial Harcourt Brace.
23. Castelazo Ayala Luir, "Obstetricia", 6ª edición, tomo II, Editor Francisco mendez Oteo.
24. Norman F. Gant, "Manual de Ginecobstetricia", editorial Manual Moderno, México, D.F. 1995.
25. Linda D. Urden, "Cuidados Intensivos de Enfermería", 3ª edición, editorial Harcourt, España 2001.
26. Dugas Witter Beverly, "Tratado de Enfermería Pediátrica", 4ª edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 2000.
27. Rosales Barrera Rosana, "Fundamentos de Enfermería", 2ª edición, editorial Manual Moderno, México 1999.
28. Williams, "Obstetricia", 12va edición, editorial Salvat, México 2000.
29. Wesley R. L., "Teorías y modelos de Enfermería", McGraw-Hill Interamericana, México D.F., 1997.

ANEXO 1

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 se refiere a la calidad de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normal y a favorecer el desarrollo normal de las etapas del proceso gestacional y expondrá puntos específicos para disminuir la mortalidad y la morbilidad materno-infantil. En dicha norma establecen normas referentes a la mujer con emergencia obstétrica la cual se le dará la atención inmediata en cualquier institución aunque no sea derechohabiente, una vez controlada la urgencia se trasladará a la unidad correspondiente. En cuanto a la atención del embarazo toda mujer embarazada debe tener un carnet y por lo menos acudir a 5 consultas durante su embarazo con el fin de prevenir y detectar patologías incurrentes con el embarazo.

Durante la atención del parto debe valorarse ciertos puntos para la realización de una cesárea o parto normal, y a toda paciente que da alumbramiento por parto normal se le debe realizar la episiotomía en previo conocimiento de la paciente y anotar en su historia clínica y carnet prenatal todo lo sucedido y acontecido durante la cirugía, incluyendo datos del recién nacido.

En la atención del puerperio inmediato y mediato se dará información sobre la lactancia materna y los cuidados del recién nacido de peso y normal y los de bajo peso. Toda unidad hospitalaria deberá realizar el examen de tamiz neonatal ya sea del talón o del cordón umbilical lo cual debe especificarse en la hoja que sería enviada al laboratorio, esto con el fin de detectar y prevenir el retraso mental.

ANEXO 2

Se realizó una investigación en el Hospital de la Mujer del número de pacientes que ingresaron por presentar Preeclampsia de Enero del 2002 a Noviembre del 2003 en donde se encontraron los siguientes datos:

AÑO 2002

MES	NUM.
ENERO	16
FEBRERO	20
MARZO	19
ABRIL	15
MAYO	13
JUNIO	18
JULIO	20
AGOSTO	32
SEPTIEMBRE	14
OCTUBRE	25
NOVIEMBRE	23
DICIEMBRE	14
TOTAL	229

CUADRO 1

AÑO 2003

MES	NUM.
ENERO	43
FEBRERO	19
MARZO	21
ABRIL	15
MAYO	23
JUNIO	29
JULIO	29
AGOSTO	26
SEPTIEMBRE	21
OCTUBRE	18
TOTAL	244

CUADRO 2