



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3295-12**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉTODO ENFERMERO (PAE) DE “PREECLAMPSIA”**

**ASESOR: LIC. TOMASA JUÁREZ CAPORAL  
ALUMNO: SANCHEZ MEDINA BLANCA ITZEL**



**FEBRERO DEL 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIAS**

### **A MIS PADRES**

Por darme la vida, así como encaminarme desde pequeña por los pasos de la virtud, de la buena crianza, de las buenas y cristianas costumbres, quienes han estado en los momentos difíciles de mi vida, alentándome, gracias a por tanta paciencia que han tenido con migo y esos sabios consejos, les agradezco el apoyo moral y económico, agradezco el protegerme, preocuparse por mí, inculcarme disciplina, tomando en cuenta ese gesto de esmerarse en prepararme lo posible a enfrentarme a la vida, se ve culminado un sueño que anhelábamos, el termino de mi carrera profesional, gracias por el sacrificio y dedicarles con especial atención este logro en mi vida.

Gracias los amo

### **A MI HERMANA**

Por soportar mi carácter, e impulsarme a realizarme, que con tu apoyo puedo seguir adelante como ejemplo a seguir esforzándome cada día agradecerte todo el apoyo y fe que depositaste en mi, gracias por ser un pilar importante.

Gracias por tu apoyo

### **A MIS PROFESORES**

Quienes siempre me exigieron mas y mas para que el día de hoy fuera un mejor profesionista, y diera lo mejor de mi, gracias por inyectarme ese amor hacia mi carrera, transmitirme ese cúmulo de conocimientos, que en conjunto con mi vocación hacia la misma, me han llevado a desempeñar y mejorar mi trabajo para realizarlo con calidad humana.

México D.F. Febrero 2008

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
LIC. GUADALUPE SARMIENTO CRISTÓBAL  
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA  
PRESENTE**

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo de recepción:

**MÉTODO ENFERMERO (PAE)**

**PREECLAMPSIA**

Elaborado por:

**SANCHEZ MEDINA BLANCA ITZEL**

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentado y defendida en el examen profesional, que sustentara para obtener el titulo de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

**ATENTAMENTE**

**LIC. TOMASA JUAREZ CAPORAL**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I	
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	8
CAPITULO II	
2.1. ANATOMIA Y FISILOGIA.....	9
2.1.1 GENITALES INTERNOS.....	9
2.1.2. GENITALES EXTERNOS.....	11
2.1.3. FISILOGIA MATERNA.....	15
2.1.4. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL CORAZÓN.....	21
2.2. INTRODUCCIÓN.....	23
2.3 PREECLAMPSIA.....	24
2.4. ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA.....	25
2.5. CUADRO CLÍNICO.....	28
2.6. DIAGNÓSTICO.....	30
CAPITULO III	
3.1. TRATAMIENTO.....	31
CAPITULO IV	
4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	33
CAPITULO V	
5.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	50

5.1.1.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad relacionada con reposo en cama manifestado por informes verbales de fatiga.....	60
5.1.2.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos reguladores manifestado por edema en cara y miembros pélvicos.....	64
5.1.3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la perfusión tisular relacionado con la hipertensión manifestado por vaso espasmo .....	86
5.1.4.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos.....	93
5.1.5.	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado con cambios ambientales recientes y actividad física insuficiente, manifestada por la eliminación de heces duras secas y formadas.....	103
5.1.6	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Hipotermia relacionada con evaporización de la sudoración de la piel en un entorno frío manifestado por escalofríos y frialdad de la piel. ....	105
6.1	PLAN DE ALTA.....	106
	CONCLUSIÓN.....	106
	BIBLIOGRAFIA.....	107

## INTRODUCCION

La preeclampsia se presenta en casi en 6 % de la población general; la frecuencia varía según la localización geográfica. La incidencia de la preeclampsia en ciudades industrializadas es más alta en mujeres negras que en mujeres blancas, sin embargo dentro de cada grupo étnico parece variar poco por la clase social. Con respecto al resultado perinatal en embarazos preeclámpicos éste si se relaciona con la clase social. Los factores que la predisponen son nuliparidad, raza negra, edad materna inferior a 20 años o mayor de 35, estado socioeconómico de bajos ingresos, gestación múltiple, mola hidatiforme, polihidramios, hidropesía fetal no inmunitaria, diabetes, hipertensión crónica y enfermedad renal de fondo., no obstante que muchos no son aceptados por todos los autores, son: embarazo gemelar, antecedentes de E.H.E., historia familiar de E.H.E., hipertensión arterial, cambio de paternidad, aborto previo, grupo sanguíneo, madre soltera, madre que trabaja, desnutrición, obesidad y ganancia de peso durante el embarazo mayor de 500 g/semana. (Gestación 3, 7, 10, 20, 33).

La hipertensión es la complicación médica más común del embarazo, aunque para algunos autores es la segunda complicación médica del embarazo sólo después de la anemia; es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo y en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia. Afecta entre 3-10% (promedio 5%<sup>4, 14</sup>) de los embarazos, es la principal causa de muerte materna en el mundo Por otra parte, las causas clínicas reportadas en México como responsables directas de las muertes por esta patología ubica la hemorragia cerebral en primer lugar, seguida del síndrome de HELLP y coagulación intravascular diseminada.

Cabe mencionar que la muerte por E.H.E es evitable, se ha vuelto menos frecuente en la medida en que la mayoría de las mujeres reciben una asistencia prenatal adecuada.

Aplicando el Método Enfermero como herramienta de trabajo se ayudara al cliente a mantener, cumplir y proponer sus propios cambios necesarios para promover su estado de salud. Este trabajo contiene información sobre la enfermedad "Hipertensiva inducida por el embarazo", diagnóstico que tenía un cliente del hospital de la mujer que se encontraba en la Unidad de Cuidados Intensivos, a la cual durante su estancia en el servicio ofrecí cuidados integrales con calidad y calidez de acuerdo a necesidades que presento.

La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (E.H.E.) presenta una frecuencia bimodal; es más común en las primíparas jóvenes y en las mujeres multíparas mayores, aunque existe un mayor riesgo de desarrollarla en los primeros embarazos.

Las hipótesis acerca de la E.H.E. Proponen un papel causal de anomalías en la coagulación, daño endotelial, anomalías endocrinas, factores genéticos y factores dietéticos.

El Método Enfermero es el instrumento metodológico que debe utilizar la enfermera para aplicar los sistemas teóricos a la práctica real, de sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del paciente, a los problemas reales o potenciales de salud y cuyo objetivo es el cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad. La fase de valoración, la enfermera demuestra su confianza e identifica, el estado de salud del cliente y los factores de cambio que han intervenido. En la fase Diagnóstico se especifican los problemas identificados previamente con un enfoque de enfermería. En la fase de planificación se establecen mutuamente los objetivos y las metas a lograr. En la fase de la ejecución se llevan a cabo y mantienen estrategias del cambio y en la evaluación se juzga si el proceso ha dado o no resultado.

El Presente trabajo contiene información sobre la preeclampsia, anatomía y fisiología, valoración de enfermería, así como los diagnósticos de enfermería y cuidados con técnicas a realizar al cliente.



## **OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar el Método Enfermero basándose en la detección de necesidades y/o problemas para implementar conocimientos científicos en las acciones de enfermería para el cuidado y la recuperación favorable del cliente obstetra que sea fructuoso en el bienestar óptimo de la misma, por medio de la herramienta adecuada de técnicas y procedimientos llevados acabo en el mismo.

## **ESPECIFICOS**

- Detectar los diagnósticos de enfermería reales y potenciales del cliente encaminados a la pronta recuperación, mediante los conocimientos teóricos- prácticos.
- Planear los cuidados de enfermería para brindar una atención integral al cliente mediante procedimientos, estrategias y con fundamentación científica.
- Proporcionar la atención de enfermería de calidad y calidez oportuna e individualizada al cliente, por medio de los diagnósticos de enfermería, como apoyo fundamental, así como técnicas a realizar, siempre con previa fundamentación científica.

## **ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA**

### **APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

Los órganos que lo componen son los siguientes:

#### **INTERNOS**

El aparato reproductor femenino se encuentra formado por genitales internos y externos, la porción interna esta compuesta de dos gónadas femeninas u ovarios, trompas de Falopio, el útero y la vagina y los extremos son una serie de estructuras que constituyen la vulva: monte de venus, labios mayores, labios menores, el vestíbulo, meato urinario. Clítoris, glándulas de Bartholin, glándulas de Skene y el periné.

#### **OVARIOS**

Son las gónadas femeninas, situadas en la cavidad pélvica, su superficie es lisa pesan 8 gramos en estado de reposo, su forma es ovoide también posee 4 ligamentos: ligamento ancho del útero, el ligamento mesovario, el ligamento ovárico que une al ovario con el útero y al ligamento suspensorio que lo une a la pelvis.

Se relacionan en la parte superior con el pabellón de la trompa de Falopio que lo cubre, en la parte inferior con el peritoneo pélvico, en el borde anterior con la inserción del mesovario y en el borde posterior relaciona con los vasos hipogástricos.

#### **TROMPAS DE FALOPIO**

Son dos conductos que se encuentran localizados en la pelvis que se extienden de la superficie exterior de los ovarios al ángulo lateral del útero: se divide en tercio interno, tercio medio y tercio externo las cuales son la porción intersticial que es la que se encuentra en el ángulo del útero, el istmo y la ampolla que es el extremo distal en la que se encuentran las fimbrias que rodean o cubren al ovario.

Las trompas de Falopio miden de 10 a 12 centímetros de longitud y su diámetro es de 2 a 4 milímetros están constituidas por capas: una capa serosa que depende del peritoneo, la capa muscular formada por fibras lisas y la capa mucosa constituida por epitelio.

## ÚTERO

Es un órgano hueco situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto en la parte inferior se relaciona con la vagina y la parte superior se relaciona con las asas intestinales, su forma es de cono aplanado de base superior y vértice inferior, mide 7 centímetros de longitud y 4 centímetros de ancho con un peso aproximado de 40 a 50 gramos. El útero se encuentra regularmente en posición de ante flexión y es sostenido por ligamentos: dos ligamentos anchos que lo fijan a la pared de la pelvis, dos ligamentos útero sacros que lo fijan con el sacro, un ligamento cardinal o cervical que evita que descienda a la vagina y dos ligamentos redondos que se dirigen a los genitales externos.

El útero se divide: la parte superior o fondo, la parte central o cuerpo y la parte inferior o cuello o cérvix, entre el cuerpo y el cuello uterino se encuentra una porción llamada istmo.

El útero esta formada por tres capas: la capa serosa (perímetro que da origen a los ligamentos anchos), la capa muscular (miometrio) y la capa mucosa (endometrio) que a su vez esta formada por la capa funcional que se origina por el efecto hormonal y la capa basal que da origen a una nueva capa funcional.

## VAGINA

Es el conducto músculo membranoso que se extiende del cuello uterino, hasta la vulva y se encuentra situada por detrás de la vejiga y la uretra, por delante del recto, su longitud es de 8 centímetros y esta constituida por una capa exterior o fibrosa, la capa media o muscular y una capa interna o mucosa, tiene gran elasticidad. En la capa muscular se encuentran receptores y terminaciones nerviosas y numerosos vasos sanguíneos.

## ORGANOS EXTERNOS

### VULVA

Esta compuesta por un conjunto de genitales externos los cuales son: monte de venus, labios mayores, labios menores, glándulas de bartholini, glándulas vestibulares, meato urinario, vestíbulo y periné.

- a) Monte de venus: Es una prominencia de tejido adiposo localizada en el pubis que se encuentra cubierta de vello pubico.

- b) Labios mayores: Son pliegues homólogos del escroto, revestido de piel pilosa de coloración oscura, contienen glándulas sebáceas y sudoríparas y están cubiertos por vello durante la pubertad.
- c) Los labios menores: Son pliegues de piel de color rosada y se sitúan por dentro de los labios mayores, su función es proteger a los demás órganos.
- d) Vestíbulo: Se encuentra limitado a los lados por los labios menores, hacia delante por el clítoris en el cual se encuentra y el orificio vaginal el meato urinario y es de superficie plana.

-Meato urinario:

Es el orificio situado por debajo de el clítoris es la desembocadura de la uretra ya que conduce a la orina al exterior.

-Orificio vaginal:

Es el conducto vaginal y se encuentra situado por debajo del meato urinario.

e) Clítoris: Es una pequeña porción de tejido eréctil situado inmediatamente debajo de la unión de los labios menores y es homólogo al pene.

f) Periné: Es el espacio entre la orquilla e y el esfínter anal.

g) Glándula de Bartholin: Estas se encuentran situadas a los lados del orificio vaginal, son homólogas a las glándulas masculinas y secretan líquido lubricante

-Glándulas de Skene: desembocan cerca del meato urinario y su función es secretar mucosa una sustancia que favorece la lubricación y facilita la penetración en la relación sexual.

## **FISIOLOGÍA**

### **OVARIOS**

Los ovarios están constituidos por capas: una superficie o corteza cubierta por epitelio llamado epitelio germinativo y el estroma cortical formado por tejido conjuntivo (óvulos).

Las gónadas forman ovogonias; estas a su vez forman los ovocitos primarios constituyendo los folículos primarios (F. Graaf).

Los ovarios producen óvulos y las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona).

En los primeros cuatro días del ciclo menstrual un folículo primario bajo la estimulación de la hormona folículo estimulante (FSH) comienza a producir estrógenos favoreciendo el crecimiento del folículo primario que se transforma en folículo secundario y las células de la zona pelucida del óvulo forman líquido folicular que favorece la liberación del óvulo al borde libre del folículo.

Al finalizar la menstruación se inicia una fase preovulatoria que termina el día decimotercero en el cual madura el folículo secundario aumentando la producción de estrógenos por el estímulo de la hipófisis y al finalizar esta fase la hipófisis incrementa la producción de hormona Luteinizante (LH).

En el día décimo cuarto ocurre la ovulación que consiste en la ruptura del folículo para la liberación del óvulo maduro, después de esta el folículo se colapsa y el tejido roto se empieza a cicatrizar formando el cuerpo hemorrágico que posteriormente se transforma en cuerpo amarillo (cuerpo luteo).

Del día decimoquinto al vigésimo octavo ocurre la fase posovulatoria, la secreción de LH estimula el desarrollo del cuerpo amarillo que secreta progesterona en mayor cantidad, posteriormente el cuerpo amarillo se degenera y se transforma en cuerpo blanco disminuyendo la producción de hormonas.

La LH favorece la transformación de las células del cuerpo amarillo y estimula la secreción de estrógenos por el folículo. La FSH estimula la maduración folicular y produce estrógenos y progestágenos.

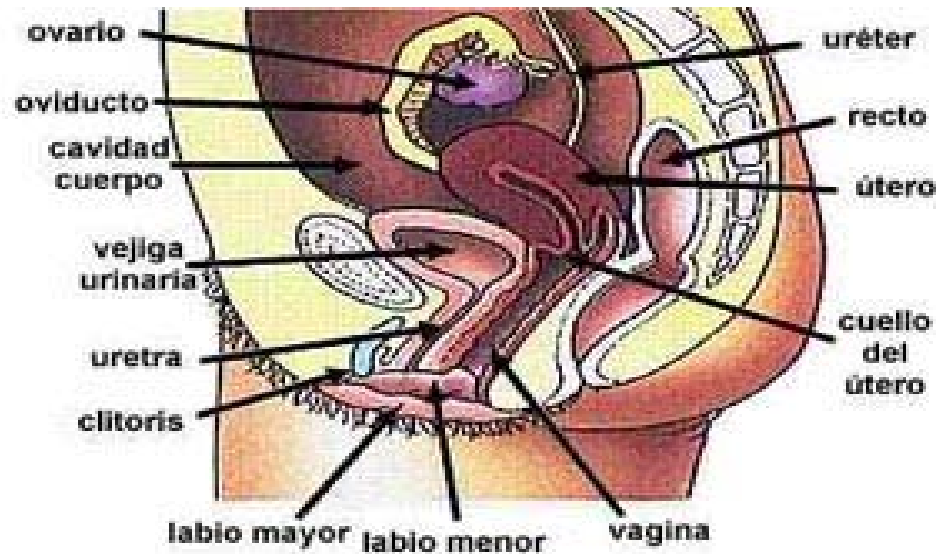
Los estrógenos favorecen la aparición de los caracteres sexuales secundarios: ensanchamiento de cadera, distribución de vello en el cuerpo, desarrollo mamario y cambios en el comportamiento, etcétera.

La progesterona influye en el desarrollo de la glándula mamaria.

## TROMPAS DE FALOPIO

La función de las trompas de Falopio es: actuar como conductos para atrapar al óvulo por medio de las fimbrias y conducirlo al útero por medio de los movimientos peristálticos.

La fecundación se lleva a cabo en el tercio medio de la tuba uterina.



### **Esquema del aparato reproductor femenino: órganos internos y externos**

#### **FISIOLOGIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO**

**CAMBIOS EN EL UTERO:** Estudios recientes señalan que el músculo uterino pertenece a una variedad específica de tipo sincicial que durante la gestación permite que ocurra un incremento grande de su tamaño y capacidad; con una capacidad de 10 a 20 mililitros en su cavidad y 60 gramos, de peso, pasa a tener a final del embarazo una longitud de 35 centímetros, un peso de 8000 a 12000 gramos y una capacidad de 6 a 8 litros en su interior, es decir aumenta más de 500 veces su capacidad original.

El crecimiento tan notable del útero obedece a los factores siguientes:

1. HIPERTROFIA: Aumento de tamaño de cada fibra muscular. De 50 micras alcanza hasta de 200 a 600 micras cada una. Es el factor de crecimiento más importante al inicio del embarazo.
2. ESTIRAMIENTO DE LAS FIBRAS MIOMETRIALES: Cada fibra se distiende ejerciendo su capacidad elástica a demanda de la presión excéntrica que origina crecimiento del producto.
3. HIPERPLASIA: Aumento de fibras musculares por la formación de nuevas células.
4. AUMENTO DE TEJIDO CONECTIVO: De tipo mesenquimatoso. Aparece entre las bandas musculares al inicio de la gestación.
5. HIPERTROFIA DE VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS. Esta hipertrofia esta condicionada por el aumento del flujo sanguíneo, fuera del embarazo es de menos de 50 mililitros por minuto y al final llega a ser de 700 mililitros por minuto.

Factores que intervienen en el crecimiento uterino. En los primeros meses del embarazo del crecimiento uterino obedece al estímulo que procede la acción de los estrógenos; posteriormente, dicho crecimiento se debe a factores mecánicos de estimulación:

PRIMER TRIMESTRE: Estimulación hormonal de los estrógenos, principalmente por la progesterona.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE: Estimulación mecánica la cual esta determinada por el desarrollo fetal progresivo.

#### CAMBIOS DE CERVIX

Durante el embarazo ocurren los siguientes cambios a nivel cérvix:

- a) Reblandecimiento y cianosis a causa de vascularización y edema.
- b) Hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales.
- c) Alteraciones de mucosa cervical, que dan lugar a la producción del tapón mucoso.
- d) A partir del cuarto mes de embarazo hay incorporación de fibras cervicales a la porción intermedia del útero con lo cual se va formando progresivamente el segmento uterino.

e) Aumento de frecuencia de “erosiones” por eversión de las glándulas endocervicales.

## CAMBIOS EN LOS OVARIOS

En los ovarios los cambios principales que ocurren durante el embarazo son:

- e) supresión del desarrollo folicular.
- f) Crecimiento del cuerpo amarillo.
- g) Aparición de una reacción residual.
- h) Aumento del calibre de los vasos ováricos.

## CAMBIOS EN LAS TROMPAS DE FALOPIO

Las principales modificaciones a este nivel son:

- a) Hipertrofia moderada.
- b) Aumento de vascularización.
- C) Movilización de la motilidad tubaria.

## CAMBIOS EN VAGINA

En la vagina se observan las modificaciones siguientes:

- a) Aumento de vascularización, con PH 3,5 A 6.
- b) Aumento del espesor de la mucosa
- c) Relajamientos de tejido conectivo.
- d) Hipertrofia de fibras musculares lisas.



Los tres últimos factores dan lugar a aumento de grosor de las paredes vaginales y a mayor elasticidad de las mismas.

## CAMBIOS EN MAMAS

En las mamas se observan los cambios siguientes durante el embarazo:

- a) Aumento de sensibilidad.
- b) Incremento del tamaño.
- c) Presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar.
- d) Congestión de venas superficiales (red venosa de halller)
- e) Aparición de areola secundaria.
- f) Mayor excitabilidad del pezón.
- g) Aparición de tubérculos de Montgomery.
- h) En ocasiones, presencia de un líquido llamado calostro.

## CAMBIOS EN PARED ABDOMINAL

La presencia de estrías de la piel por el crecimiento uterino, la presencia de estrías originada por la ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel, en la pared abdominal de la mujer embarazada se puede observar, cuando ocurre la distensión de la piel por el crecimiento uterino. Estas lesiones son de coloración violáceas cuando se trata del primer embarazo y adquiere un color blanco nacarado si la paciente es multigesta.

## REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO EN OTROS ORGANOS

Apófisis: Aumento importante del volumen de esta glándula en el último mes.

Tiroides: Aumenta su volumen gracias a que recibe mayor vascularización: eleva su metabolismo basal a causa del oxígeno que consume el útero.

Corazón y sistema circulatorio: El peso de este órgano aumenta 25 gramos, modifica su posición y se ubica horizontalmente debido a la elevación de diafragma, lo cual ocasiona la desviación del eje eléctrico a la izquierda, 58 a 47 grados.

Durante el primer y segundo trimestre del embarazo el gasto cardíaco aumenta paulatinamente y alcanza su mayor nivel entre las semanas 28 y 32; el volumen plasmático aumenta entre 20 y 30 %.

La frecuencia cardíaca aumenta ligeramente hacia la semana 36 y disminuye al final del embarazo.

Hay hipercontratibilidad miocárdica por efecto estrogénico. El embarazo ocasiona una sobre carga cardiocirculatoria progresiva que no rebasa la capacidad de reserva del corazón sano pero sí la del enfermo pudiendo provocar una insuficiencia cardíaca síndrome dravídico circulatorio.

APARATO RESPIRATORIO. Modificación de la capacidad torácica de la paciente, debido a la elevación del diafragma, en tanto que la capacidad vital pulmonar permanece constante.

Aumento de velocidad de ventilación de 7.4 l/min. A 11 l/min. Al final del embarazo.

APARATO DIGESTIVO Aumento de caries dentales por alteraciones en la saliva y cambios histológicos gingivales, disminución de la pepsina y ácido clorhídrico libre de acidez total de jugo gástrico. Reducción de la motilidad gástrica, hipotonía del conducto gastrointestinal, relajación del esfínter cardioesofágico que ocasiona pirosis hasta el quinto mes.

PIEL. Esta experimenta pigmentación en zonas específicas (cloasma facial, pezones, línea morena del abdomen y muslos) debido a cambios en la melanina. Hiperactividad en las glándulas sudoríparas y sebáceas.

ARTICULACIONES. Relajamiento de articulaciones pélvicas y cambios posturales a medida que avanza el embarazo.

APARATO URINARIO.

Presentación de síntomas compresivos en el triángulo vesical (Alteraciones en la micción) Hipo peristaltismo uretral, urinaria que proporciona infecciones en el riñón aumentando el flujo plasmático, por lo que las asas glomerulares se encuentran rebosantes fenómeno que sumado a lo delicado de las membranas capsular origina un excede del 50% desde 1856.

### CAMBIOS PSICOEMOCIONALES

- Estado de ánimo cambiante
- Depresión mental pasajera
- Crisis de llanto injustificado
- Irritabilidad mental y agotamiento

### CAMBIOS METABOLICOS

- Aumento progresivo del tamaño del feto y placenta
- Elevación de volumen de líquido amniótico
- Hipotrofia de útero y mamas
- Mayor retención de agua
- Acumulación de grasa y proteínas.
- Aumento de volumen sanguíneo.
- Hipertrofia de otros órganos.
- Aumento de lípidos.

El peso de la madre incrementa paulatinamente en el embarazo, en el segundo trimestre es de 500 gramos por mes y en los finales pueden ser de 1500 gramos o más por mes.

### CAMBIOS HEMATOLÓGICOS

El crecimiento del feto requiere del suministro constante de sustancia nutricional de la alimentación de los residuos metabólicos, hecho que se efectúa a través de sangre circulante en el espacio intravelloso de la placenta. Esto requiere su vez, que se incremente la circulación uterina y ovárica.

El flujo sanguíneo uterino disminuye proporcionalmente la intensidad de contracción miométrio.

El volumen sanguíneo aumenta durante el embarazo ya que se requiere llenarse el espacio intravascular que condiciona el desarrollo de la placenta, dicho volumen esta constituido por una parte sólida, representada por los elementos de la sangre y el plasma.

## **ANATOMÍA Y FISILOGIA DEL CORAZÓN**

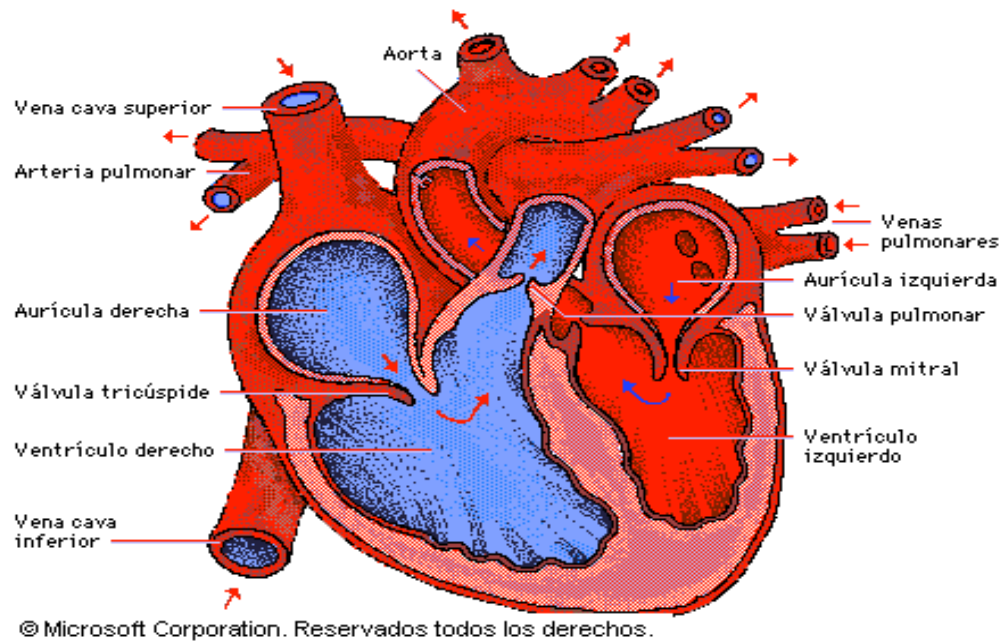
El corazón es un órgano musculoso y contráctil situado entre los pulmones, cuya función es bombear la sangre para que llegue a todas las partes del cuerpo, a través de un sistema cerrado de canales: los vasos sanguíneos.

Tiene una pared gruesa formada por tres capas de diferentes tejidos.

EXTERNA – PERICARDIO – Formada Por tejido conjuntivo.

MEDIA – MIOCARDIO - Formado por tejido muscular liso y contráctil.

INTERNA – ENDOCARDIO - Es una fina capa de células epiteliales.



**En este dibujo se observa un corte longitudinal.**

En primer lugar vemos un tabique muscular que lo divide en dos zonas: Derecha que contiene sangre con anhídrido carbónico procedente de las células. Izquierdo, que contiene sangre con oxígeno recogido de los pulmones. También se observan cuatro cavidades dos a cada lado del tabique: las superiores se llaman Aurículas y las inferiores Ventriculos. Las Aurículas son de menor tamaño y sus paredes son delgadas. Recogen la sangre de las venas que desembocan en ellas. Hay dos aurículas derecha e izquierda: Vena cava superior vena cava inferior- Aurícula derecha Aurícula izquierda- venas pulmonares.

Los ventriculos son de forma cónica, de mayor tamaño, y sus paredes son gruesas. Cuando se contraen la sangre sale por las arterias. Hay dos ventriculos derecho e izquierdo: Arterias pulmonares- ventriculo derecho, ventriculo izquierdo-arteria aorta. Hay unas válvulas que comunican las aurículas de cada lado con los ventriculos, al abrirse permite que la sangre pase a éstos. La que comunica la aurícula derecha con el ventriculo izquierdo se llama Mitral.

Los movimientos del corazón: basta colocar una mano en el lado izquierdo del tórax: continuamente se producen unos golpecitos rítmicos. Estos golpes se deben a que el músculo que forma el corazón realiza, para impulsar la sangre con fuerza, una serie de contracciones y dilataciones.

**SÍSTOLE.** Son los movimientos de contracción que realiza el corazón.

**DIÁSTOLE.** Son los movimientos de relajación del músculo del corazón.

1. **DIÁSTOLE DE AUÍCULAS.** Las aurículas se llenan de sangre que provienen de las venas

2. **SÍSTOLE DE AURÍCULAS.** Las paredes de las aurículas se contraen y la sangre pasa a los ventrículos.

3. **DIÁSTOLE DE VENTRÍCULOS.** Los ventrículos se llenan de sangre.

4. **SÍSTOLE DE VENTRÍCULOS.** Las paredes de los ventrículos se contraen y la sangre sale impulsada por las arterias.

## **INTRODUCCIÓN**

En el embarazo normal, la invasión del trofoblasto ocasiona que las arterias espirales sean transformadas en vasos dilatadores de baja resistencia, por sustitución de los elementos endoteliales y musculares. La primera ola de invasión trofoblástica se observa en los segmentos deciduales alrededor de la semana 12 de gestación y la segunda se advierte en los segmentos miometriales entre la semana 18 y 20. En la preeclampsia, la segunda ola de invasión trofoblástica no se manifiesta, es decir, los segmentos miometriales de las arterias espirales siguen musculares, sin dilatación, y aún capaces de bajo constricción. Esto explica, parcialmente, la disminución del flujo uteroplacentario, que diferencia la presencia más temprana discernible entre la preeclapsia y el embarazo normal.

El precursor para la síntesis de prostaglandinas es el ácido araquidónico. Dos son las prostaglandinas implicadas más frecuentemente en la fisiopatología de la preeclampsia: la prostaciclina, con acciones vasodilatadores e inhibidora de la agregación placentaria, y el tromboxano, vasoconstrictor y agregante plaquetario.

En la placenta de un embarazo normal existe un incremento de la prostaciclina y de agregación plaquetaria y el tromboxano, manteniéndose un equilibrio entre ambos. Por el contrario en la preeclampsia parece que este equilibrio se rompe a favor de agregación plaquetaria y el tromboxano con lo que se produce una tendencia a la vasoconstricción, aumento de la agregación placentaria y activación de coagulación, todo lo cual conduciría a una disminución del flujo uteroplacentario. A nivel periférico se ha observado exclusivamente una disminución de los niveles de prostaciclina.

El tratamiento es la interrupción de la gestación, siendo el problema fundamental el momento oportuno para hacerlo; la decisión debe ser con base a tres aspectos: a) respuesta al manejo médico, b) repercusión materna y c) repercusión fetal.

Cuando la edad gestacional es menor a 34 semanas implica inmadurez fetal, sobre todo a nivel pulmonar, lo cual condiciona un elevado riesgo de morbimortalidad perinatal, por complicaciones respiratorias. Por tal motivo, está indicada la administración de glucocorticoides, con la intención de aumentar la maduración fetal a mujeres embarazadas con preeclampsia lejos de del término

## **PREECLAMPSIA**

### **DEFINICIÓN**

La preeclampsia, una alteración específica del embarazo en la que se desarrolla hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer que antes estaba con tensión normal, es un proceso multisistémico de enfermedad vasoespástica caracterizado por hemoconcentración, hipertensión y proteinuria, o edema.

### **CLASIFICACIÓN**

A) Leve: presión arterial menor de 160/110 mmHg, proteinuria mediante tira reactiva de 1+ ó 2++.

- B) Severa: presión arterial de 160/110 mmHg o mayor, proteinuria mediante tira reactiva mayor de 2++, además puede presentar oligoanuria, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico derecho, creatinemia elevada, hiperbilirrubinemia, restricción del crecimiento fetal, edema de pulmón, trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas y hemólisis.

Factores que predisponen: Primigesta, herencia, embarazo gemelar, diabetes, enfermedad renal, inhibidor lupico, edad < 21 ó > 45 años, herencia, obesidad, hipertensión crónica, antecedentes de preeclampsia

## **ETIOLOGÍA Y FISIOLÓGÍA**

Es llamada la enfermedad de las teorías ya que, después de décadas de investigación, numerosas causas han sido propuestas pero ninguna probada. Proponen un papel causal a anomalías placentarias, disfunción inmunológica, anomalías en la coagulación, daño endotelial, anomalías endocrinas, factores genéticos y factores dietéticos.

Es importante considerar que es mucho más probable que la E.H.E. Se desarrolle en la mujer que: 1) está expuesta a vellosidades coriónicas por primera vez; 2) está expuesta a una superabundancia de vellosidades coriónicas, como en el caso de gemelos o mola hidatiforme; 3) tiene enfermedad vascular preexistente o 4) está



genéticamente predispuesta al desarrollo de E.H.E. Aunque las vellosidades coriónicas son esenciales, no es necesario que sostenga un feto ni que estén localizadas en el útero.

En el embarazo normal, la invasión del trofoblasto ocasiona que las arterias espirales sean transformadas en vasos dilatadores de baja resistencia, por sustitución de sus elementos endoteliales y musculares.

La primera ola de invasión trofoblástica se observa en los segmentos residuales alrededor de la semana 12 de gestación y la segunda se advierte en los segmentos miometriales entre la semana 18 y 20. En la preeclampsia, la segunda ola de invasión trofoblástica no se manifiesta, es decir, los segmentos miometriales de las arterias espirales siguen siendo musculares, sin dilatación, y aún capaces de vasoconstricción. Esto explica, parcialmente, la disminución del útero placentario, que representa la diferencia más temprana discernible entre la preeclampsia y el embarazo normal.

Riñón:

- Lesiones glomerulares difusas que consisten en:

Tumefacción de células endoteliales glomerulares y depósito de fibrina en las células endoteliales (fibrosis focal glomerular).

- Endoteliosis capilar glomerular
- Trombos de fibrina en glomérulos y capilares de la corteza renal

Hígado:

- Hematomas subcapsulares y hemorragias intraparenquimatosas

- Áreas parcelares de necrosis con depósitos de fibrina
- Las anomalías de la función hepática se manifiestan por elevaciones de lactato deshidrogenasa y transaminasa glutámico oxalacética.
- 20% de la mortalidad materna es debido a complicaciones hepáticas

#### Placenta:

- Necrosis e infiltración de vasos espirales
- Aterosis aguda: en paredes de vasos uterinos hay intensa necrosis fibrinoide con depósito intramural de lípidos
- Depósitos de fibrina
- Isquemia vellositaria: nudos sincitiales prominentes, engrosamiento de membrana basal trofoblástica e hipovascularización vellositaria
- Hematomas retroplacentarios

#### Sistema nervioso central:

- Hemorragia cerebral (60% muertes por preeclampsia)
- Edema cerebral poseclampsia, con hemorragias cerebrales, petequias, necrosis fibrinoide y daño vascular
- Microinfartos
- Trombosis venosa
- Daño similar en adenohipófisis

#### Corazón:

- Necrosis miocárdica en bandas

## **CUADRO CLÍNICO**

Signos Y Síntomas

Edema, hipertensión y proteinuria.

Efectos maternos	Preeclampsia leve	Preeclampsia severa
Presión arterial	Elevación de la presión sistólica de 30 mm de Hg o más: elevación de la presión diastólica de 1 mm de Hg o más de dos lecturas de 140/90 mm de Hg con 6 horas de diferencia	Elevación mayor o igual que 160/110 mm de Hg en dos ocasiones separadas con 6 horas de diferencia con la mujer embarazada en reposo
PAM  Ganancia de peso	140/90 mm de Hg=107 mm de Hg  Ganancia de peso de más de 0.5 Kg/7 semana segundo y tercer trimestre o ganancia súbita de peso de 2 Kg/semana en cualquier momento	160/110 mm de Hg=127 mm de Hg  Igual que la preeclampsia leve
Proteinuria  Cualitativa  Cuantitativa en análisis de 24 horas	proteinuria de 3g/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 (debido a que la pérdida de proteínas es variable) con tiras reactivas los valores varían de 1+ a 2+	Proteinuria mayor de 5g/L en 24 horas o mayor o igual a 2+ tiras reactivas

Edema	Edema declive, edema de los ojos, la cara los dedos: ausencia de estertores pulmonares	Edema generalizado, hinchazón notoria: ojos, cara, dedos: posiblemente presente estertores pulmonares
Reflejos	Hiperreflexia 3+: no hay clonus de los tobillos	Hiperreflexia mayor o igual 3+ clonus del tobillo
Producción de orina	La producción se corresponde con el consumo mayor o igual que 30 ml/h.	Oliguria menor de 30ml/h o 120ml/ 4 h.
Cefalea	Transitorio	Severa

Problemas visuales	Ausentes	Visión borrosa, fotofobia, puntos ciegos en la fundoscopia
Irritabilidad/cambios afectivos	Transitorios	severos
Dolor epigástrico	Ausente	Presente
Creatinina sérica	Normal	Elevada
Trombocitopenia	Ausente	Presente
Hematócrito	Elevado	Incrementado

## DIAGNÓSTICO

Los análisis de laboratorio ayudan al manejo de Hipertensión durante el embarazo. Los pacientes que presentan presión normal durante el embarazo pero que han tenido:

- + Hipertensión Arterial Previa
- + Hipertensión Arterial en embarazos previos (no incluyendo el primero)
- + Diabéticas
- + Portadores de enfermedades del Colágeno
- + Enfermedad Renal parenquimatosa

Se encuentran en elevado riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo. Es imprescindible pues contar con datos bioquímicos basales específicos, que puedan ser comparados con datos evolutivos durante el embarazo. Aquellas pacientes con hipertensión previa a las 20 semanas tiene mayor tendencia a tener distintas formas de hipertensión secundaria, éstas incluyen: las enfermedades renales parenquimatosas, el aldosteronismo primario y el feocromocitoma. Las determinaciones de laboratorio específicas para descartar éstas patologías son de fundamental importancia en el diagnóstico. Los siguientes test de Laboratorio son los que se deben solicitar de rutina frente a la paciente embarazada con Hipertensión Arterial posterior a la 20a. semana. Hemoglobina y Hematocrito: La hemoconcentración favorece el diagnóstico de preeclampsia y es un indicador de severidad. Los valores pueden descender en presencia de hemólisis. Frotis Sanguíneo: Signos de Anemia Hemolítica microangiopática (Esquizocitosis) sugieren el diagnóstico de Preeclampsia. Puede estar presente aún con niveles levemente aumentados de Presión Arterial. Recuento Plaquetario: Signos de Anemia Hemolítica microangiopática (Esquizocitosis) sugieren el diagnóstico de Preeclampsia. Puede estar presente aún con niveles levemente aumentados de Presión Arterial. Análisis de Orina: Evaluación de Proteinuria de 24 hrs. Creatinina: Niveles anormales (Mayores de 0.8 mgrs) ó en aumento asociados oliguria sugieren preeclampsia severa.

Uricemia: Niveles anormalmente altos (> 4,5 -6 grs.) ayudan en el diagnóstico diferencial de preeclampsia y son fieles indicadores de severidad de la enfermedad.

Lactodeshidrogenasa: Niveles elevados están asociados a hemólisis y afectación hepática sugiriendo preeclampsia severa.

## TRATAMIENTO

La mayoría de las mujeres embarazadas con hipertensión crónica leve a moderada tienen una muy baja tasa de complicaciones cardiovasculares en el transcurso del embarazo y mayoritariamente dan a luz a término y saludables.

No obstante, las hipertensas grávidas presentan un riesgo para el desarrollo de Preeclampsia con aumento de la morbimortalidad fetal. El objetivo es pues, minimizar los riesgos tempranos de la hipertensión arterial materna y prevenir la aparición de preeclampsia evitando los tratamientos que pongan en peligro la salud fetal. Cuando la presión arterial materna alcanza o supera los niveles de 100 mm. Hg. de presión diastólica indiscutiblemente debe comenzarse el tratamiento antihipertensivo farmacológico. El tratamiento farmacológico de la hipertensa grávida implica el conocimiento profundo de la eficacia y los mecanismos de acción de las distintas drogas antihipertensivas y el efecto a corto plazo y largo plazo sobre la salud fetal. La única droga probadamente útil a éste respecto es la Alfa Metil Dopa en dosis de 500-2000 grs/día. No altera el monitoreo fetal y no se han descrito casos de teratogénesis. De todas maneras es preciso consignar que desde el punto de vista teórico, salvo los inhibidores de la enzima convertidora y la clonidina (en el primer trimestre), el resto de las drogas usualmente usadas para el tratamiento de la Hipertensión crónica no presentan contraindicaciones absolutas y no se han demostrado aumentos de la morbimortalidad fetal.

Antihipertensivos en consideración para su uso como alternativas ó complementarios al uso de Alfametildopa.

**BetaBloqueantes:** Hay suficiente evidencia acumulada sobre el uso y la seguridad del uso de los betabloqueantes en la hipertensión crónica asociada al embarazo. Igualmente seguros impresionan la combinación de bloqueantes alfa-beta (labetalol) y en estudios comparativos con betabloqueantes y alfametildopa, no han surgido diferencias en su efectividad. Debe consignarse como precaución algunos estudios que sugieren retardo en el crecimiento fetal, disminución de la frecuencia cardiaca fetal y la habilidad del feto para superar el stress hipóxico ante el uso durante largo tiempo de los bloqueantes beta.

**Bloqueantes Cálcidos:** El uso de los bloqueantes cálcicos ha sido relativamente poco usados en el manejo a largo plazo de la hipertensión en el embarazo. Es impropia pues una recomendación explícita sobre su uso en el embarazo.

Diuréticos: Los diuréticos no constituyen una droga de primera línea para el tratamiento de la hipertensión crónica asociada al embarazo. No obstante si su uso estuviera indicado los diuréticos en menores dosis a las habituales pueden contribuir a potenciar la acción de otros agentes antihipertensivos. Debe tenerse particular precaución y contraindicarse en aquellas situaciones en donde la perfusión uteroplacentaria está disminuida como en la preeclampsia y el retardo franco del crecimiento uterino.

Vasodilatadores: La Hydralazina en combinación con betabloqueantes ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de la Hipertensión crónica en el embarazo aunque no deberían ser usados como tratamiento de primera línea.

Sumariamente digamos que las conclusiones de los distintos consensos sobre el manejo de la hipertensión crónica durante el embarazo, si bien recomiendan una terapia antihipertensiva juiciosa y controlada no hay evidencias concluyentes que ésta mejore la supervivencia fetal. La vigilancia y el monitoreo fetal deben indicarse en cualquier circunstancia en que la madre presente elevación aguda ó crónica de las cifras tensionales. La vigilancia fetal incluye la determinación del apropiado crecimiento fetal.



## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

### RESPUESTA HUMANA.



Fecha: 29-junio-2007

Unidad: Hospital de la Mujer

Nombre : A. P. N. P.

Edad: 27 años .Sexo: Femenino.

Servicio: Terapia intermedia.

Fecha de nacimiento: 5- Febrero- 1980.

Dx médico de ingreso: PREECLAMPSIA.

Valoración realizada por: Sánchez Medina Blanca Itzel.

### Diagnósticos de enfermería

- 1.- Intolerancia a la actividad relacionada con reposo en cama manifestado por informes verbales de fatiga.
- 2.- Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos reguladores manifestado por edema en cara y miembros pélvicos.

3.- Alteración de la perfusión tisular relacionado con la hipertensión manifestado por vaso espasmo

4.- Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos.

5.- Estreñimiento relacionado con cambios ambientales recientes y actividad física insuficiente, manifestada por la eliminación de heces duras secas y formadas.

6.- Hipotermia relacionada con evaporización de la sudoración de la piel en un entorno frío manifestado por escalofríos y frialdad de la piel.

I. INTERCAMBIO

-CEREBRAL

Nivel de conciencia

Persona

x

Lugar

x

Tiempo

x

Apertura de ojos

Normal

x

Con problema

Reflejo pupilar Si

-CARDIACO

Ritmo cardiaco normal 80/minuto

Arritmia

Taquicardia

Bradicardia

Tensión arterial

Brazo: derecho

Izquierdo

-PERIFÉRICO

PULSO	Ausente	Débil	Normal	Fuerte
Carotideo			X	
Apical			X	
Braquial				X
Radial				X

Temperatura

Región

°C

Hipertermia

Hipotermia

Piel

Normal

x

Color

Normal

Pálida

Cianótica

Ictérica

Otros

---

---

**-OXIGENACIÓN**

Frecuencia respiratoria

28<sup>x</sup>

Respiración

Regular

Irregular

Presencia de:

Disnea

Ortopnea

Taquipnea

Bradipnea

Tos

Espujo

Color

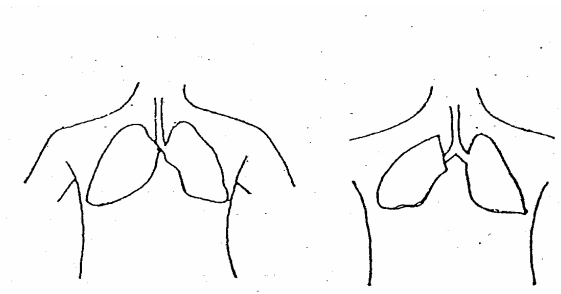
Cantidad

Ruidos respiratorios

Burbujeo

Estertor

Localización:



Tubos respiratorios

Si

No

-Integridad de la piel

Piel

Integra

Quemaduras

Petequias

Eritema

Úlcera

Herida

Abrasiones

Contusiones

Incisión quirúrgica

Resequedad de la piel

Edema

+

++

+++

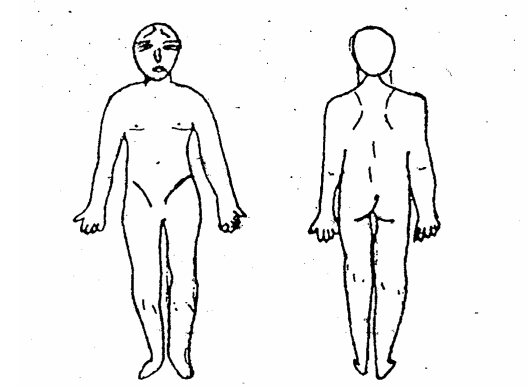
Otros

     pies, cara y manos

Características

\_\_\_\_\_

Localización: en región frontal y occipital



**-NUTRICIÓN**

Dieta indicada por el médico:  
hiperproteica/hiposodica/alta en fibra.

Comidas

1

2

3

Más

Alimentos que le gusten:  
Carne, leche, huevo, fruta, golosinas.

Alimentos que le hacen daño:  
Fresa, hongos .

Cambio actual en el apetito

Si

No

Observaciones \_\_\_\_\_.

Ingesta de cafeína

No

Frecuencia

Talla

Peso

Somatometría

Estado de boca y encías

Color: Rosado.

Húmeda: Hidratadas .

Lesiones: Ninguna.

DENTADURA	Completa	Parcial	Incompleta
Superior	x		
Inferior		x	

Utilización de prótesis

Si

No

Otros  
\_\_\_\_\_

## ELIMINACIÓN

Ritmo Intestinal habitual  
Evacuaciones cada tercer día

Alteración actual  
Estreñimiento

Diarrea

Incontinencia

Remedio para la alteración  
Líquido

Alimentos

Enema

Fármacos

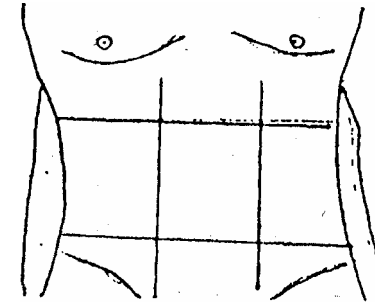
Ruidos intestinales

Si

No

Características \_\_\_\_\_.

Localización:



## CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES (Datos Históricos)

Color: Café

Olor: no

Consistencia: normal

(Datos actuales)

Color: Amarilla

Olor: No

Consistencia: Dura y seca

Frecuencia: cada tercer día

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA  
(Datos Históricos)

Color: amarillo

Olor: No

(Datos actuales)

Color: Ámbar

Olor: Turbio

Sonda Foley

Si

x

No

Cantidad en:

200 ml

12 horas

4000 ml

24 horas

9000 ml

Presencia de:

Anuria

Polaquiuria

Disuria

Hematuria

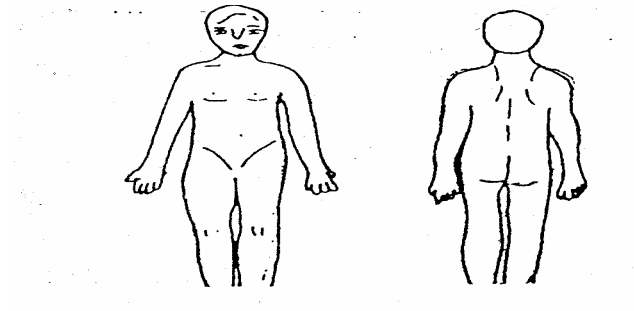
Otros:

\_\_\_\_\_

-SENTIMIENTO

Dolor Malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado a tener dolor.



Localización:

Si

x

No

Intensidad del dolor.

+

++

+++

En que parte del cuerpo le da dolor  
Cabeza y Abdomen

---

Se agrava el dolor con alguna cosa  
Nada

---

Con qué mitiga el dolor  
Con medicamento (Ketorolaco)

---

**-COMUNICACIÓN**

Función de lectura:

Normal

Dificultad

Incapaz

Función de escritura

Normal

Dificultad

Incapaz

Función del habla

Normal

Dificultad

Incapaz



**-MOVIMIENTO**  
Percepción Sensorial  
Alteración

Vista

Si

No

Oído

Si

No

Olfato

Si

No

Gusto

Si

No

Tacto

Si

No

Reflejo

Si

No

Observaciones: \_\_\_\_\_

**-AUTOCUIDADO**

Actividad independencia total

Practica ejercicio

Si

No

Actividad ayuda con aparatos

No

Actividad ayuda con personas

No

Actividad ayuda con aparatos y personas

No

Dependencia total

No

-ACTIVIDAD

Fatiga

Si

No

Debilidad

Si

No

-REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche?  
3 horas.

---

¿Siente descanso al despertar?  
No

---

Auxiliares del sueño

No

---

-CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que tiene la casa

Cocina

Baño (s)

Escalera

Cuenta con:

Agua

Drenaje

Luz eléctrica

Tiene animales

Si

No

Se encuentran

Dentro de la casa

Fuera de la casa

La casa es:

Propia

Rentada

Otros

**-CONSERVACIÓN DE LA SALUD**

¿A qué servicio de salud tiene usted acceso?

ninguno.

¿A qué servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?

Centro de salud.

¿En qué servicio lo han atendido en esta unidad?

Urgencias.

**-RELACIONES**

Estado civil casada.

Vive con:

Familia

Solo

Otros

Tiene hijos

Si

No

Edades

\_\_\_\_\_.

Sexos

\_\_\_\_\_.

Trabaja actualmente

Si

No

Ocupación

Ama de casa

Agrado por la ocupación

\_\_\_\_\_

Preocupaciones laborales

\_\_\_\_\_

Gasto energético:

Físico

Mental

Estudia

Si

No

#### -RELACIONES SEXUALES

Mujer:

Menarca

Menopausia

Historia de embarazos.

1 embarazo.

---

Gestaciones

Abortos

Parto (s)

Normal

Cesárea

Vomito y acúfenos

---

Problemas con el embarazo

Solo con dolor de cabeza me detuvieron por la tensión arterial

---

#### -CONOCIMIENTO

Antecedentes de salud

¿Qué problemas de salud ha tenido anteriormente?

Edema

¿Cuál es su enfermedad actual?

preeclampsia

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad?

Edad

---

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad?

Vomito, hipertensión, cefalea y edema

---

**-FACTORES DE RIESGO**

¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?

No

---

Fuma

Si

No

---

¿Consume alcohol?

Si

No

¿Con qué frecuencia?

---

Frecuentemente se encuentra estresado

Si

No

¿Qué hace para mitigar el estrés?

nada

---

**-PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD**

¿Está enterado el paciente de su problema actual de salud?

Si

No

---

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad?

Orientación sobre la enfermedad, Signos vitales por turno, Cuidados generales de enfermería, cuidados de herida quirúrgica, control de líquidos estricto, administración de medicamentos.

---

Sabe para que le sirvan esos cuidados?

si

---

—

¿Le son de utilidad?

Si

---

—

-MEDICACIÓN ACTUAL

¿Qué medicamentos toma actualmente?  
Furosemide 20mg IV, Hidralazina, Ketorolaco.

¿Con qué frecuencia?  
Por indicación medica  
¿En qué dosis?  
Sin exactitud  
¿Sabe para que le sirvan?  
si

-DISPONIBILIDAD

Disponibilidad del paciente por aprender  
Si  
 x  
No

---

Solicita información

Si  
 X  
No

Memoria intacta:

Intacta  
 X

Solo reciente

Solo remota

-ELECCIÓN

Participación  
Aceptación de la enfermedad

Si  
 X

No

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico

Si  
 x

No

Aceptación del paciente por modificar actitudes  
personales y de su entorno para prevenir enfermedades.

Si  
 x

No

---

-JUICIO

Aceptación del problema

Si  
 x

No

Toma usted las decisiones en caso de presentarse algún problema

Si

No

¿Quién?

-AFRONTAMIENTO

¿Cómo resuelve usted habitualmente sus problemas?

Con la ayuda de su familia.

-SENTIMIENTO

Emocional, integridad, estado.

¿Recientemente le han ocurrido cosas que le estresan?

No

¿Siente ansiedad?

Si

No

¿Se siente afligido? si.

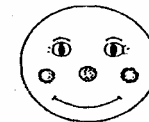
¿Qué hace para relajarse?

Trato de tranquilizarme

Observaciones:



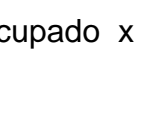
Alegre x



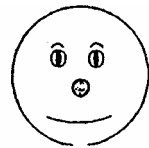
Enojado



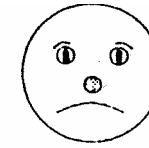
Preocupado x



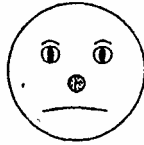
Triste x



Serio



Temeroso



OTROS

---

---

---

-PERCEPCIÓN

Concepto de uno mismo

¿Como es su manera de ser habitualmente? Tranquila.

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

Si.

-RELACIÓN

Socialización.

---

Facilidad para relacionarse con otras personas. Si

Personas que le pueden ayudar. Familiares y el equipo multidisciplinario de salud del hospital.

Convivencia con grupos. Con sus familiares

Actividades que realiza cuando está solo. Ver televisión,  
leer y cuidar de mi hijo.

-VALORACIÓN

Preferencia religiosa. Católica

Prácticas religiosas. Ir a misa.

Prácticas culturales. Ninguna.

Tradiciones familiares: Estar juntos en fechas importantes.

Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus prácticas religiosas. No.



**PLAN DE INTERVENCIONES.**

Usuario: A. P. N. P. Edad: 27 años. Genero: Femenino. Servicio: Terapia Intermedia.

Fecha de elaboración: 29 de junio del 2007. **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.** Intolerancia a la actividad relacionada con reposo en cama manifestado por informes verbales de fatiga.

RESULTADO ESPERADO. Mejorar el estado nutricional: Energía.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>MANEJO DE LA NUTRICIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Explicar la importancia de la buena nutrición así como las proteínas.</li></ul>	<p>Las demandas del embarazo en el organismo de una mujer son considerables; pero la gran mayoría de las embarazadas pueden satisfacer sus propias necesidades y del producto si consumen una alimentación balanceada.</p> <p>Una alimentación variada y bien balanceada, con un contenido adecuado de carbohidratos complejos ricos en fibras, frutas y verduras, y baja en grasas saturadas, ayudará a la futura madre a mantenerse sana y proporcionara al feto los nutrientes esenciales para su desarrollo.</p>

La importancia de una dieta rica en proteínas, es que todas las células del organismo necesitan de ellas; son necesarias para el desarrollo y para la restauración de todo, desde los músculos, huesos hasta el cabello y las uñas.

Los constituyentes básicos de las proteínas son los aminoácidos, compuestos que contienen cuatro elementos que son necesarios para la vida: el carbono, el hidrógeno, el oxígeno y el nitrógeno. Hay muchas clases de moléculas de proteínas en el organismo y cada tipo específico para su función: la queratina y el colágeno dan fuerza y elasticidad al cabello, piel y tendones, la hemoglobina y mioglobina son las proteínas que fijan el oxígeno en la sangre y músculos.

De los 20 aminoácidos diferentes que comúnmente encontramos en las proteínas de plantas y animales, la mayoría puede producirlos el organismo humano, pero 8 aminoácidos esenciales pueden obtenerse solamente de los alimentos son: isoleucina, leucina, fenilalanina, valina, treonina, metionina, triptofano y lisina

## INTERDEPENDIENTE

## DIETA HIPERPROTEICA

### Desayuno

Leche	1 vaso
Huevos cocidos	2 raciones
Pan tostado y mantequilla	1 ración

### Comida

Legumbres ( judías, garbanzos, lentejas) Cocidas con carne y tocino.	1 ración
Un filete de res asado	1 pieza
Puré de patatas con mantequilla	1 pieza
Fruta	1 ración
Pan	1 pieza

### Merienda

Leche y una cucharada sopera de azúcar	1 vaso
--	--------

Se considera dieta hiperproteica aquella que, dentro de un valor calórico normal, proporciona más de un 15% del mismo a través de las proteínas. Sus principales indicaciones son toda una serie de estados que tienen en común la desnutrición proteicocalórica: convalecencias de enfermedades crónicas, postoperatorios, estados posthemorrágicos anemias severas, grandes adelgazamientos y, en general, todos aquellos casos en los que es común encontrar un balance nitrogenado negativo.

Esta dieta tiene suficientes proteínas de alto valor biológico en las tres comidas principales, debiéndose, considerar en lo posible tanto los hábitos o costumbres del paciente como le aspecto económico de los alimentos. De estos los más valiosos serán los portadores de proteínas animales: carnes, vísceras, pescados, huevos, leche y queso, que se complementarán con aquéllas otras contenidas en los cereales, harinas y especialmente las legumbres secas, ricas en este principio inmediato.

El concepto de complementación proteica, por el que proteínas de escaso valor biológico ante la presencia de los aminoácidos esenciales de los que están privados se vuelven de una altísima calidad, cobra aquí todo su valor.

Cena		<p>El sodio que ingerimos proviene de tres fuentes diferentes: el que entra en la composición de los propios alimentos, el añadido en la cocina y el que se adiciona en la mesa. Una restricción sódica implica en principio el poder actuar sobre sus tres niveles: bien suprimiendo y restringiendo la sal de mesa o cocina o seleccionando entre los alimentos aquel contenido en esta sustancia sea moderada o escaso, según el grado de restricción que nos propongamos.</p> <p>Las dietas pobres en sodio tienen su empleo en toda una serie de distintas afecciones en las que el balance sódico se vuelve positivo, o en otras en que el ingreso ordinario de este catión es perjudicial como el insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, en las neuropatías que cursan con edema, en todas aquellas situaciones que exista retención hídrica de cualquier naturaleza es beneficiosa esta restricción.</p>
Pasta cocida con carne y tomate	1 ración	
Pescado blanco cocido	1 ración	
Ensalada de lechuga, tomate y cebolla con una cucharada de aceite de oliva	1 ración	
Pan	1 ración	
Fruta	1 ración	
<b>DIETA HIPOSÓDICA</b>		
<b>DESAYUNO</b>		
Leche integra	1 vaso	
Pan blanco	1 pieza	
Mantequilla sin sal	1 porción	
Huevos cocidos	1 a 2 pieza	
<b>COMIDA</b>		
Guisantes frescos cocidos en puré	1 porción	
Carne asada	1 pieza	
Ensalada mixta	1 porción	

Patata cocida	1 pieza	
Fruta	1 ración	
Pan	1 pieza	
<b>MERIENDA</b>		
Leche con café o té	1 vaso	
<b>CENA</b>		
Espaguetis con tomate	1 ración	
Pescado blanco cocido	1 ración	
Ensalada mixta	1 ración	
Dulce de membrillo	1 ración	
Pan	1 pieza	
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Al cliente se le explico la importancia de la dieta, que en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud, para mejorar y satisfacer las necesidades que requiere su organismo, en colaboración con el cliente y la supervisión por parte de enfermería para ver mejoría satisfactoria.</p>		

**PLAN DE INTERVENCIONES.**

Usuario: A. P. N. P. Edad: 27 años. Genero: Femenino. Servicio: Terapia Intermedia.

Fecha de elaboración: 29 de junio del 2007. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos reguladores, manifestado por edema en miembros pélvicos.

RESULTADOS ESPERADOS: Equilibrio Hídrico.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p data-bbox="472 560 751 592" style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTES</b></p> <p data-bbox="184 633 535 665">MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p data-bbox="184 706 451 738">Control de líquidos</p>	<p data-bbox="1054 527 1879 706">El balance de líquidos, consiste en cuantificar los líquidos llevados al organismo por cualquier vía y los líquidos excretados en un tiempo determinado. Cuantificar líquidos que aumenten o disminuyan tomando en cuenta las pérdidas insensibles.</p> <p data-bbox="1054 738 1890 852"><b>INGRESOS:</b> Son por vía oral y vía parenteral: como los medicamentos, solución líquida y sólida; jarabes, tabletas, pastillas, suspensiones, transfusiones sanguíneas, plasma.</p> <p data-bbox="1054 885 1879 1063"><b>EGRESOS:</b> Todo lo que se elimina como la orina, heces, sudor (pérdidas insensibles) vómito, hemorragia, secreciones (cuantificar lo que elimina el cliente) drenajes, clientes con quemaduras, problemas renales, eclampsia y preeclampsia.</p> <p data-bbox="1054 1071 1900 1323">El organismo pierde normalmente agua por cuatro vías; por la piel en forma de sudación sensible y perdida insensible, por pulmones en forma de vapor de agua en el aire espirado; diariamente se pierde un mínimo de 800 ml de agua que puede aumentar en climas secos cálidos, por riñones en forma de orina, de 1000 a 1500 de agua se elimina por intestinos en heces 200 ml de agua al día.</p>

	<p>El agua es esencial para la vida, aunque el agua no es un nutrimento, no habría vida sin ella, el hombre puede vivir semanas sin comida; pero si no ingiere agua muere en pocos días. Cerca del 60 por ciento del peso corporal de un adulto es agua. Ésta debe ser reemplazada continuamente debido a que perdemos casi un tercio de litro de agua por día, sólo a través de la respiración. Se estima que una persona bebe alrededor de 40.000 litros de agua durante toda su vida. El agua es necesaria para el proceso digestivo y para la eliminación de los productos de desecho. Actúa como lubricante para las articulaciones y para los ojos, y es esencial para regular la temperatura corporal. Las comidas y las bebidas proporcionan agua. La aportación total de las bebidas incluyendo té, café y jugos, junto con los 3000 mililitros de agua obtenidos como producto del metabolismo, es de 2 litros al día, mientras que los alimentos especialmente frutas y verduras proporcionan un litro. Esto suma un total de 3 litros de agua diariamente para un adulto promedio.</p> <p>Es componente impredecible de la sangre, linfa, secreciones, el intersticio (líquido extracelular).</p> <p>Uso y equilibrio del agua corporal. La ingestión y excreción de agua varía enormemente entre individuo, de un día a otro. Sin embargo las personas sanas muestran equilibrio hídrico a pesar de su gran variabilidad de ingestión. Es posible la recirculación gracias a una eficaz resorción intestinal y renal del agua que fluye por los intestinos y riñones.</p>
--	--

	<p>Equilibrio hídrico. INGESTIÓN</p> <p>De 200 a 400 ml agua controlada por sed y apetito. ambiental</p> <p>Presente en los alimentos Producida por el metabolismo forma</p> <p>Ingerida en forma líquida 000000000</p> <p>sudor</p> <p>SANGRE 3500 ml Jugos digestivos Jugo intestinal 3000 ml</p> <p>Saliva 1500 ml</p> <p>Jugo Gástrico 2500 ml</p> <p>Bilis y jugos pancreáticos 1500 ml</p> <p>Cada 24 horas son producidos 8 litros de jugos digestivos y secretados por glándulas gastrointestinal.</p>	<p>EXCRETADA</p> <p>Agua controlada por glándulas endocrinas y temperatura</p> <p>200 a 400 ml. Por los pulmones en de vapor acuoso.</p> <p>Por la piel en forma de</p> <p>En las heces Por los riñones en forma de orina.</p>
--	--	--



	<p>Tres litros de agua circulan siempre en la corriente sanguínea. El agua es el medio de transporte en los nutrientes en toda la economía.</p> <p>Homeostasia y equilibrio hídrico.</p> <p>Hay equilibrio hídrico en el organismo, si se conserva balance en el organismo entre el ingreso y la excreción, siempre que haya libre aporte de agua. Los riñones conservan el agua cuando aumenta las pérdidas hídricas secretando menos orina este mecanismo renal es regulado por la hormona antidiurética hipofisiaria que estimula la resorción de agua en los túbulos renales.</p> <p>Equilibrio de líquidos y electrolitos. Se conoce como electrolito a los componentes químicos que se disocian en el agua y se separan en partículas dependientes llamadas iones cada ión lleva una carga eléctrica positiva o negativa los cationes positivos incluyen sodio, potasio, calcio y magnesio. Y los aniones negativos incluyen cloruros, bicarbonato, fosfato, sulfato.</p> <p>Promedio de líquido recibe diariamente un adulto.</p> <table data-bbox="1050 1055 1785 1266"> <tr> <td>1200 – 1500 ml</td> <td>Agua ingerida</td> </tr> <tr> <td>700 a 1000 ml</td> <td>Alimento ingerido</td> </tr> <tr> <td>200 – 400 ml</td> <td>Oxidación metabólica</td> </tr> </table> <p>Perdida de líquidos en un adulto diariamente.</p>	1200 – 1500 ml	Agua ingerida	700 a 1000 ml	Alimento ingerido	200 – 400 ml	Oxidación metabólica
1200 – 1500 ml	Agua ingerida						
700 a 1000 ml	Alimento ingerido						
200 – 400 ml	Oxidación metabólica						

<p style="text-align: center;"><b>INTERDEPENDIENTES</b></p> <p>Colocación de cateter central.</p>	1200 – 1700 ml	Orina
	100 - 250 ml	Heces
	100 - 150 ml insensible	Transpiración y perdida
	350 – 400 ml	Piel
	350 – 400 ml	Pulmones
	<p><b>CATETER CENTRAL</b> Las venas más utilizadas a menudo son la yugular interna y la externa, la subclavia y las periféricas, la basílica, la cefálica, la femoral y la axilar.</p> <p><b>EQUIPO</b> Bandeja para presión venosa. Bandeja para corte. Solución y equipo para infusión con manómetro de Presión Venosa Central. Sistema de enjuague de heparina y bolsa de presión (si se utiliza transductor). Poste para solución intravenosa. Tablero para el brazo (para colocación antecubital). Apósito estéril y cinta. Batas, mascarillas, gorros y guantes estériles. Monitoreo Electrocardiograma. Nivel de carpintero (para identificar el punto cero).</p>	

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b> <b>FASE PREPARATORIA.</b></p> <p>1.- Armar el equipo según instrucciones del fabricante.</p> <p>2.- Explicar al cliente el procedimiento y obtener el consentimiento informado. Proporciona máxima visibilidad de las venas.</p> <p>3.- Colocar al cliente en posición supina.</p> <p>1) Venas del brazo: extender el brazo y fijarlo en el tablero. 2) Venas del cuello: colocar al cliente en posición de Trendelenburg. Poner bajo sus hombros una pequeña toalla enrollada (para acceso a la subclavia).</p> <p>La posición de Trendelenburg evita la posibilidad de embolias gaseosas, el acceso anatómico y el estado clínico del cliente se toman en cuenta al seleccionar el sitio.</p> <p>4.- Enjuagar el equipo de infusión I.V. el manómetro o preparar el enjuague de heparina para usar el transductor. Fijar todas las conexiones para evitar embolias gaseosas y hemorragias.</p> <p>a. Fijar el manómetro al poste para solución intravenosa. El punto cero del manómetro debe estar a nivel de la aurícula derecha del cliente. El nivel de la aurícula derecha se encuentra en el cuarto espacio intercostal sobre la línea medio axilar.</p> <p>b. Calibrar el transductor en cero y la portilla de nivel con la aurícula derecha. Marcar la línea medio axilar con tinta indeleble para ulteriores lecturas.</p> <p>5.- Iniciar monitoreo de Electrocardiograma. Las disritmias pueden presentarse durante la inserción conforme avanza el catéter.</p>
--	---

	<p>Instalación del Catéter.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.- El médico se coloca la bata, gorro y mascarilla. La inserción de la Presión Venosa Central es un procedimiento estéril.</li><li>2.- Se limpia quirúrgicamente el sitio de la Presión Venosa Central. El médico introduce por vía percutánea el catéter de la PVC o bien por sección venosa directa (venodisección).</li><li>3.- Ayudar al cliente a que permanezca inmóvil durante la inserción.</li><li>4.- Vigilar si aparecen disritmias conforme el catéter entra en una vena de gran calibre o en la aurícula derecha.</li><li>5.- Conectar el catéter el sistema purgado tubería intravenosa y el de enjuague de heparina y dejar que la solución intravenosa, fluya al mínimo para mantener permeable la vena (25 ml. Máximo). Debe verificarse la colocación del catéter antes de poder administrarse soluciones hipertónicas o productos derivados de la sangre.</li><li>6.- El catéter debe ser suturado en su sitio. Impide avance y desalojo inadvertidos del catéter.</li><li>7.- Colocar un apósito oclusivo sobre el sitio.</li><li>8.- Obtener una radiografía de tórax. Se comprueba la posición correcta del catéter.</li></ol>
--	---

## INTERDEPENDIENTES

Administración de fármacos:

Furosemida cada 24 horas

## FUROSEMIDA

La furosemida es un diurético de asa de la familia de las sulfonamidas utilizado en el tratamiento del edema asociado a la insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. También se utiliza en el tratamiento de la hipertensión ligera o moderada y como adyuvante en crisis hipertensiva y edema pulmonar agudo. La furosemida es empleada, asimismo, para el tratamiento de la hipercalcemia. Pertenece al grupo de los diuréticos de alto techo.

## INDICACIONES

Tratamiento del edema periférico o del edema asociado a la insuficiencia cardiaca o al síndrome nefrótico:

Administración oral:

- Adultos: inicialmente 20-80 mg una vez al día, administrando el fármaco por la mañana. Estas dosis pueden ser aumentadas hasta un máximo de 600 mg/día, dividiendo entonces la dosis en dos administraciones.

Administración parenteral:

- Adultos: inicialmente 20 a 40 mg I.V. o I.M

aumentando la dosis en 20 mg cada 2 horas hasta obtener la respuesta deseada. La administración de la furosemida I.V. se debe realizar lentamente, recomendándose una velocidad de infusión inferior a 4 mg/min. en particular cuando las dosis son superiores a los 120 mg o en pacientes con insuficiencia cardiaca o renal.

- 

Tratamiento de la hipertensión:

Administración oral:

- Adultos: inicialmente se recomiendan 40 mg dos veces al día, ajustando las dosis según las respuestas. Una alternativa a este régimen es iniciar el tratamiento con dos dosis de 10 o 20 mg al día, subiendo las dosis en función de la respuesta. La dosis máxima recomendada es de 600 mg/día.

Tratamiento adyuvante de una crisis hipertensiva:

Administración intravenosa:

- Adultos: se han utilizado dosis de 40 a 80 mg I.V. en pacientes con la función renal normal.

Tratamiento de la oliguria derivada de las complicaciones del embarazo (gestosis) tras compensación de la volemia:

Como regla general, no se deben administrar diuréticos que aumentan la sensibilidad materna a las convulsiones

### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES**

La furosemida está contraindicada cuando existe un desequilibrio electrolítico importante, tal como hiponatremia, hipocalcemia, , hipocloremia e hipomagnesemia. Las fluctuaciones de los electrolitos inducidas por la furosemida se producen rápidamente y pueden provocar un coma en pacientes susceptibles. Por estos motivos, la furosemida se debe utilizar con precaución en pacientes con enfermedades hepáticas, estando contraindicada en los pacientes con coma hepático.

La furosemida no debe ser administrada a pacientes con anuria, debido a que una hipovolemia inducida por el fármaco puede provocar una azoemia. Por este motivo, se debe usar con precaución en pacientes con insuficiencia renal grave, aunque la furosemida es un diurético efectivo para muchos pacientes renales. La insuficiencia renal puede reducir el aclaramiento del fármaco y, por consiguiente aumentar el riesgo de toxicidad.

La furosemida se debe utilizar con precaución en pacientes que hayan mostrado intolerancia a las sulfonamidas debido a que ocasionalmente existe una sensibilidad cruzada entre estas y las tiazidas debido a una cierta similitud estructural. Sin embargo, el riesgo absoluto de tal reacción cruzada parece ser pequeño.

La furosemida puede activar o exacerbar el lupus

eritematoso sistémico.

### **REACCIONES ADVERSAS**

La poliuria producida por el tratamiento con furosemida puede producir una pérdida excesiva de fluidos con la correspondiente deshidratación y desequilibrio electrolítico. Las dosis elevadas de furosemida y la restricción de sodio en la dieta pueden aumentar esta posibilidad. La hipovolemia puede conducir a hipotensión ortostática y hemoconcentración, que pueden ser potencialmente serias en los pacientes cardíacos crónicos o geriátricos. En estos casos, es necesaria la monitorización de todos estos iones. Los síntomas de un desequilibrio electrolítico son lasitud, confusión mental, cefaleas, calambres musculares, mareos, anorexia, sed, taquicardia, arritmias y náuseas/vómitos. El hiperaldosteronismo secundario a una cirrosis o nefrosis puede predisponer a una depleción de potasio cuando se administra la furosemida. La hipokalemia e hipocloremia pueden producir alcalosis metabólica en particular en aquellos pacientes en los que otras condiciones ocasionan pérdidas de potasio como la diarrea, vómitos y excesiva sudoración. La pérdida de volumen también causa azoemia con elevación del nitrógeno ureico que puede conducir a una nefritis intersticial atribuible a la furosemida.

### **PRESENTACION**

- FUROSEMIDA 1% INIBSA amp. 20 mg INIBSA
- SEGURIL amp. 20 mg y 250 mg RHONE-POULENC-RORER



### INTERDEPENDIENTES

Administración de fármacos:  
Hidralazina cada 12 horas

- SEGURIL comp. 40 mg RHONE-POULENC RORER

### HIDRALAZINA

La HIDRALAZINA (Apresoline®) es un vasodilatador que relaja los vasos sanguíneos. Reduce la presión arterial, incrementa el suministro de sangre y oxígeno al corazón y disminuye la carga de hipertensión. Se utiliza en insuficiencia cardiaca congestiva. No constituye una cura y debe tomarse regularmente para controlar la presión arterial.

### INTERACCIONES

- medicamentos antiinflamatorios (los AINE, como el ibuprofeno)
- hormonas femeninas, incluyendo el contraceptivo o las píldoras anticonceptivas
- medicamentos para resfríos y problemas respiratorios
- medicamentos para la hipertensión
- medicamentos para la depresión mental
- inhibidores de monoamina oxidasa (Azilect®, Eldepryl®, Emsam®, Marplan®, Nardil®, Parnate®, Zelapar™)
- diuréticos

## **EFFECTOS SECUNDARIOS**

- dolor en el pecho o pulso cardiaco rápido o irregular (palpitaciones)
- fiebre, escalofríos o dolor de garganta
- entumecimiento u hormigueo de manos o pies
- falta de aliento
- erupción cutánea, enrojecimiento, formación de ampollas o picazón
- articulaciones hinchadas o rígidas
- aumento de peso repentino
- hinchazón de pies o piernas
- glándulas linfáticas hinchadas
- debilidad inusual

Efectos secundarios que, por lo general, no requieren atención médica (debe informarlos a quien extiende sus recetas o a su profesional de la salud si persisten o si son molestos):

- diarrea o estreñimiento
- sensación de mareo o aturdimiento
- dolor de cabeza
- pérdida del apetito
- náuseas, vómito

### **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN**

Cada GRAGEA contiene:

Clorhidrato de hidralazina..... 50 mg  
Excipiente, c.b.p. 1 gragea.

Cada COMPRIMIDO contiene:

Clorhidrato de hidralazina..... 10 mg  
Excipiente, c.b.p. 1 comprimido

### **INDICACIONES TERAPÉUTICAS**

Vasodilatador periférico.

Hipertensión: Como medicación complementaria junto con otros antihipertensores como betabloqueadores y diuréticos: los mecanismos de acción complementarios del tratamiento asociativo permiten que los fármacos produzcan sus efectos antihipertensivos a dosis bajas; además los efectos colaterales concomitantes de cada una de las sustancias se compensan parcialmente o incluso se anulan.

Insuficiencia cardiaca congestiva crónica: Como medicación complementaria en los pacientes que no respondan adecuadamente al tratamiento convencional con digital u otros fármacos inotrópicos positivos y/o diuréticos, en combinación con nitratos de efecto prolongado; por ejemplo, en caso de cardiomiopatía congestiva debida a hipertensión, cardiopatía isquémica o sobrecarga de volumen (lesiones valvulares regurgitantes, defectos del tabique auricular y ventricular).

## **CONTRAINDICACIONES**

Hipersensibilidad conocida a la hidralazina o la dihidralazina.

Lupus eritematoso sistémico (LES) idiopático y enfermedades relacionadas con el mismo.

Taquicardia grave e insuficiencia cardiaca con volumen-minuto cardiaco elevado (por ejemplo en la tirotoxicosis).

Insuficiencia miocárdica debida a obstrucción mecánica (por ejemplo, en presencia de estenosis aórtica o mitral, o pericarditis constrictiva).

Insuficiencia cardiaca asilada del ventrículo derecho, a consecuencia de hipertensión pulmonar (cor pulmonale).

## **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN Oral.**

Hipertensión: La dosis tiene que ajustarse siempre a las necesidades individuales del paciente, atendiendo a las recomendaciones siguientes:

Adultos: El tratamiento se instituirá con dosis bajas de APRESOLINA® que se incrementarán lentamente, según reaccione el paciente, a fin de lograr un efecto terapéutico óptimo y evitar en lo posible los efectos secundarios.

APRESOLINA® se administrará dos veces al día y la dosis inicial usual de 25 mg dos veces diarias es suficiente en general. Esta dosificación puede aumentarse en caso

<p style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTES</b></p> <p>Realizar sondaje vesical</p>	<p>necesario hasta la dosis de mantenimiento, de 50 a 200 mg. Sin embargo, la posología no debe elevarse por encima de 100 mg diarios sin haber determinado el fenotipo del acetilador.</p> <p>Adultos: La posología varía considerablemente de un individuo a otro, y en general es más alta que la empleada para tratar la hipertensión. Después de haberla establecido, la dosis eficaz media de mantenimiento es de 50 a 75 mg cada seis horas o de 100 mg dos o tres veces al día.</p> <p><b>PRESENTACIONES</b></p> <p>Caja con 50 grageas de 50 mg, para venta al público. Caja con 100 comprimidos de 10 mg, para venta al público.</p> <p>Plazo de caducidad:</p> <p>APRESOLINA® Comprimidos: 36 meses. APRESOLINA® Grageas: 36 meses.</p> <p><b>COLOCACION SONDA FOLEY</b></p> <p>CONCEPTO.</p> <p>Es la inserción de una sonda estéril en la vejiga para drenar la orina.</p> <p>OBJETIVO.</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener una muestra de orina exenta de contaminación, para investigar la presencia de gérmenes patógenos.</li> <li>- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.</li> <li>- Prepara al paciente para intervenciones quirúrgicas.</li> <li>- Evitar micciones involuntarias en pacientes inconscientes o con problemas neurológicos.</li> <li>- Facilitar la eliminación urinaria en pacientes inmovilizados.</li> <li>- Facilitar la eliminación urinaria en el postoperatorio o posparto del paciente con edema uretral y heridas quirúrgicas muy dolorosas.</li> </ul> <p><b>EQUIPO Y MATERIAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charola con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo para aseo de genitales</li> </ul> </li> <li>- Una sonda Foley o Nelaton calibre de 8 a 10 para niños y 12 a 16 para adultos.</li> <li>- Gasas y torundas estériles</li> <li>- Solución antiséptica</li> <li>- Pinzas y guantes estériles</li> <li>- Bandeja- riñón</li> <li>- Lámpara de pie o exploración.</li> </ul> <p><b>TECNICA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasladar el equipo a la unidad clínica.</li> <li>2. Explicar al paciente el procedimiento que se va hacer para obtener su colaboración.</li> <li>3. Aislarlo y colocarlo en posición de decúbito dorsal al</li> </ol>
--	--

	<p>varón y en posición ginecológica cubriéndola con una sábana e instalar el cómodo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El cubrir correcta y adecuadamente al paciente asegura una colaboración máxima durante el procedimiento.</li> </ul> <p>4. Realizar el aseo de genitales externos con solución antiséptica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir las normas de asépsia, limita la entrada de microorganismos patógenos a la piel.</li> </ul> <p>5. Colocar una lámpara encendida que permita iluminar el campo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una buena iluminación permite la mejor visualización del meato urinario y previene de contaminación.</li> </ul> <p>6. Disponer el equipo que va a utilizarse según el caso. Abrir paquetes con gasas, pinzas, jeringas, sonda vesical, ampollitas, solución antiséptica, recipiente, colector, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mucosa que cubre las vías urinarias es un tejido propio para la propagación de las bacterias.</li> </ul> <p>7. Colocarse los guantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los guantes estériles son una cubierta protectora para el paciente.</li> </ul> <p>8. Probar la permeabilidad de la sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A mayor calibre de la sonda, mayor rapidez, en la eliminación de orina por vejiga.</li> </ul> <p>9. Proceder a instalar la sonda: En paciente femenino: con una mano separar y levantar ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar el meato.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin cerrar los labios menores, tomar la sonda e introducirla de 5 a 7 cm. hasta que empiece a fluir la orina.</li> <li>- Una sensación de vaciamiento de la vejiga se ocasiona</li> </ul>
--	--

	<p>cuando ésta contiene de 3000 a 500 ml de orina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un error en la localización del meato urinario favorece la contaminación del catéter.</li> <li>- La uretra femenina mide 3.5 a cm de longitud.</li> <li>- El drenaje total de la orina predispone a descompensar con demasiada rapidez la vejiga.</li> <li>- La orina está constituida por un 95% de agua y sustancias; orgánicas e inorgánicas en las que van los productos de desecho del metabolismo.</li> <li>- Los líquidos fluyen de un área de mayor presión a una de menor presión y el volumen que fluye guarda relación directa con el gradiente entre las presiones.</li> </ul> <p>9.1 Tomar solución, estéril con la jeringa</p> <p>9.2 Una vez introducida la sonda detenerla sin moverla y pasar el líquido que tiene la jeringa al globo según su capacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La capacidad del globo de una sonda es de 5 a 10 ml.</li> </ul> <p>9.3 Fijar la sonda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso de material para fijación de la sonda a la piel previene de lesiones a ésta.</li> </ul>
--	--



	<p>9.4 Obturar el tubo por donde se introdujo el líquido al globo, si es necesario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El deseo de orinar es producido por la presión que ejerce la orina acumulada, por la composición química de ésta y la estimulación refleja dentro de la vejiga.</li> </ul> <p>9.5 Conectar el extremo libre de la sonda con el tubo de derivación y el extremo libre de éste al frascos o bolsa colectora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso de frascos o bolsas graduadas en mililitros facilita la cuantificación de la orina por parte del personal de enfermería.</li> </ul> <p>9.6 Realizar el informe sobre, cantidad, color consistencia, aspecto, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La medición precisa del ingreso y pérdida de los líquidos permite evaluar el equilibrio hídrico del organismo.</li> </ul>
<p><b>EVALUACION:</b> Con la adecuada restricción y un registro estricto de líquidos, registrados en la sabana se va observando la valoración del edema, disminuyo el edema.</p>	

**PLAN DE INTERVENCIONES.**

Usuario: A. P. N. P. Edad: 27 años. Genero: Femenino. Servicio: Terapia Intermedia.  
Fecha de elaboración: 29 de junio del 2007. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Alteración de la perfusión tisular relacionado con la hipertensión relacionado con vaso espasmo.

**RESULTADOS ESPERADO:** Cuidados circulatorios insuficiencia venosa.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p>Enseñar medidas preventivas para mejorar la perfusión en miembros pélvicos como es:</p> <p>Elevación de miembros pélvicos</p>	<p><b>OBJETIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Educar a la cliente, evitara complicaciones con su salud.</li><li>• Mejorar el retorno venoso</li><li>• Disminuir el edema</li><li>• Ayudar a mejorar la circulación venosa</li><li>• Evitar la formación de coágulos</li></ul> <p>Tener el conocimiento de la situación, disminuyen los riesgos. Debe procurarse prevenir en todo cliente hospitalizado.</p> <p>Los enfermos encamados deben ser sometidos a movimientos pasivos de las extremidades. Debe evitarse que permanezcan sentados durante largos periodos. Debe indicarse que no mantengan las piernas cruzadas y procurar que las mantengan elevadas cuando están sentados.</p> <p>Las válvulas de la venas son deficiente por tanto no hay buena circulación de retorno y la elevación contribuirá a ello.</p>

<p>Aplicar calor húmedo local.</p> <p>Utilizar medias de compresión</p>	<p>El calor hace que los poros abran y permitan la salida de líquido lo cual produce el edema.</p> <p>CALOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolsa con agua caliente.</li> <li>- Diatermia mediante;</li> <li>- Cojín eléctrico,</li> <li>- Lámpara de rayos infrarrojos y ultravioleta, y calentador.</li> <li>- Compresas calientes</li> <li>- Baño terapéutico.</li> <li>-</li> </ul> <p>TECNICA.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar la situación en que se requiera de la aplicación de calor o frío, o bien confirmar la orden terapéutica.</li> <li>- La observación en relación a situaciones específicas determinan la duración y la frecuencia del tratamiento específico del calor o frío.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Verter en la bolsa, previamente revisada, el agua caliente o trocitos de hielo hasta las dos terceras partes.</li> <li>- La aplicación de calor por este método es una medida terapéutica y de comodidad.</li> <li>3. Apoyar la bolsa en una superficie plana y sacar el aire residual haciendo presión por los lados, hasta que no quede aire con ella. Taparla perfectamente.</li> <li>- La presión de aire en la bolsa hace un vacío, el cual evita la adaptación a una zona del organismo, y altera el grado de temperatura del agente utilizado.</li> </ol>
---	---

	<p>4. Secar y cubrir la bolsa con la funda o compresa, incluye el tapón.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La compresa disminuye la transmisión del calor, lo absorbe y evita el peligro de quemaduras.</li></ul> <p>5. Colocar la bolsa en la zona requerida y adaptada a la superficie de la misma.</p> <p>El calor estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales libres.</p> <p>6. Vigilar continuamente el área de aplicación.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La aplicación de calor prolongado produce sudor y enrojecimiento de la zona.</li><li>- Como reacción al frío el organismo aumenta su producción de calor y disminuye la pérdida del mismo.</li></ul> <p>7. Cambiar la bolsa prescrito cuantas veces sea necesario.</p> <p>8. Al terminar el tratamiento retirar la bolsa y extraer el agua. Colocarla hacia abajo y sin tajarla.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El ejercicio favorece el restablecimiento o conservación del tono muscular y movilidad de articulaciones así como la estimulación de la circulación sanguínea y la adaptación de la cavidad.</li></ul> <p>La compresión ayuda al retorno venoso.</p>
--	---

## INTERDEPENDIENTE

Administración de fármacos:

Aspirina o anticoagulantes cada 24 horas

Los fármacos modificarán el tiempo de coagulación sanguínea lo cual evitara los trombos.

**ASPIRINA** (Ácido acetilsalicílico)

### PRESENTACION

Tabletas: 65, 75, 81, 300, 32, 500, 600, 650 mg.

Tabletas: (masticables) 81 mg.

Tabletas (con recubrimiento enterico): 32, 00, 650, 975 mg.

Tabletas (liberación prolongada) 800mg.

Tabletas (liberación controlada) 650 mg.

### MECANISMO DE ACCIÓN

Produce analgesia por un efecto mal definido en el hipotálamo (acción central) y bloqueando la generación de impulsos del dolor (acción periférica). Está última opción puede incluir una inhibición de la síntesis de prostaglandinas.

Ejerce su efecto antiinflamatorio inhibiendo la síntesis de prostaglandinas; también puede suprimir la síntesis de otros mediadores de la respuesta inflamatoria.

Alivia la fiebre por acción del centro termorregulador hipotalámico para disminuir vasodilatación periférica. Ello aumenta el riego periférico y promueve la sudoración, que conduce a una pérdida de calor y enfriamiento por vaporización.

Al parecer, también impide la coagulación bloqueando la acción de las prostaglandinas sintetasa, que evita la formación de sustancias agregante de plaquetas,

tromboxano A2.

#### INDICACIONES Y DOSIFICACIÓN

Adultos: Artritis 2.6 a 5.4 g. PO /día en dosis divididas.

Dolor o fiebres leves. 32 a 650 mg PO o rectal cada cuatro horas según sea necesario.

Transtornos tromboenbolicos: 325 a 650 mg PO 1 o 2 días.

Ataques isquemicos transitorios en varones: 650 mg PO2/día o 32 mg/4 días.

Para reducir el riesgo de ataque cardiaco en personas con antecedentes de infarto de miocardio o angina inestable: 325mg PO, un día.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS

Hematológicos: Tiempo prolongado de hemorragia.

OONG: Tinnitus y pérdida de la audición.

GI: Náuseas, vómito, malestar gastrointestinales, hemorragia oculta.

Hepáticos: Estudios anormales de funcionamiento hepático, hepatitis.

Dermatológicos: Exantema, equimosis y otros: hipersensibilidad manifestada por anafilaxia y/o asma.

#### INTERACCIONES

Antiácidos en dosis altas (y otros alcanizadores urinarios); hacen crecer las concentraciones en la sangre de productos que contienen aspirina.

Anticoagulantes orales y heparina: Aumenta el riesgo de hemorragia. Evítese su empleo combinado, si es posible.  
Cloruro de amonio (y otros acidificantes de la orina): incrementar las concentraciones en la sangre de productos de aspirina póngase cuidado por si hubiese intoxicación en el salicilato.

Corticoesteroides: Aceleran la eliminación de salicilato. Observar la posible disminución del efecto de salicilato.

Hipoglucemiantes: Orales aumenta el efecto hipoglucemiante.

#### CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Contraindicada en úlcera y hemorragia GI en pacientes con trastornos hemorrágicos o con precaución en hipoprotrombinemia, deficiencia de vitamina K y en personas con asma y pólipos nasales (puede producir bronco espasmo grave). Por su relación epidemiológica el síndrome de reyes, con otros recomiendan no dar salicilatos a niños o adolescentes con varicela o enfermedades de tipo influenza.

Los niños febriles o deshidratados pueden presentar señales de intoxicación rápidamente.

Los pacientes ancianos pueden ser más susceptibles a los efectos tóxicos de la aspirina.

	<p>Administrarse con alimento, leche, antiácidos o un vaso grande con agua, para reducir los efectos secundarios GI. Debido a las numerosas interacciones posibles con otros agentes en las que interviene la aspirina, advertir a las personas que toman fármacos preescritos que consulte a su médico o con el farmacéutico antes de tomar combinaciones, que contengan aspirina espedida sin receta.</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> La cliente llevó a cabo las medidas necesarias,</p>	<p>en apoyo con personal de enfermería mejorando su salud notablemente, las venas no son tan notorias cuando se elevan los miembros pélvicos, disminuyo el edema y dolor, la cliente refiere descansar con las medias compresivas, con los anticoagulantes disminuyo el tamaño de las venas y mejoró la circulación.</p>



**PLAN DE INTERVENCIONES.**

Usuario: A. P. N. P. Edad: 27 años. Genero: Femenino. Servicio: Terapia Intermedia.  
 Fecha de elaboración: 29 de junio del 2007. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos.

RESULTADOS ESPERADOS: Curación de la herida por primera intención

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION				
<p style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p>CUIDADOS DE LA HERIDA</p>	<p><b>HERIDA:</b> Son lesiones de la integridad de la piel dependiendo de la causa puede romperse la piel producidas por traumatismos intencionales, cirugía para fines curativos o no intencionadas. Que pueden ser heridas limpias y sucias, de la continuidad de cualquier estructura corporal interna o externa por medios físicos. Deben utilizarse técnicas de limpieza especiales en la preparación de la piel o en el de las mucosas para llevar a cabo aquellos procedimientos como las incisiones.</p> <p><b>CLASIFICACIÓN</b>                      Superficial: dermis y epidermis lesionadas.                      Profundas: lesiones que llegan hasta hueso.</p>				
		TIPOS DE HERIDA	OBJETO PRODUCTOR	CARACTERISTICAS	EJEMPLOS
		Contusión	Tipo romo	Cerrada y se conserva la integridad de la piel	Golpe con una piedra
		Abrasión	Rozamiento de la piel con una superficie	Aparece una erosión e irregularidad superficial	Caída contra el suelo con

		dura.		gravilla.
	Incisión	Cortante	Alargadas y poco profundas	Bisturí, cuchillo o algo filoso
	Punción	Objetos puntiagudos	Profundas y de abertura exterior pequeña	Infecciones astilla, clavos, lancetas.
	Laceración	Punzante	Desgarro irregular de piel y tejidos.	Accidentes laborales y trafico
	Enclavamiento de cuerpos extraños	Penetra en todo tejido	El objeto puede que dar alojado en un órgano interno con una pequeña abertura	Armas blancas de fuego
<p><b>CICATRIZACIÓN DE HERIDAS:</b>  Neoformación o reparación de los tejidos lesionados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cicatrización de primera intención: son tejidos aproximados mediante suturas y esta presente en heridas limpias.</li> <li>➤ Cicatrización de segunda intención: se produce en heridas profundas y grandes, esta presente en heridas infectadas.</li> </ul> <p><b>PROCESO INFLAMATORIO:</b> Mecanismo que tiene por objetivo destruir los agentes lesivos prevenir su expansión y repara el tejido afectado.</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS:</b> Dolor, enrojecimiento, inflamación, calor, perdida funcional.</p>				

## REPARACIÓN DE TEJIDOS

Por regeneración: Crecimiento de nuevas células idénticas a las dañadas.

Por restitución con tejido fibroso: Cuando la regeneración no es posible, bien sea por la naturaleza del tejido dañado como tejido nervioso, muscular o elástico o por las características de heridas.

### CUIDADO DE HERIDAS:

Existen diferentes métodos el cual dependerá de las características de la lesión. Evitar la hemorragia, eliminar cuerpos extraños, favorecer la cicatrización, prevenir la infección, favorecer el drenaje y evitar otras lesiones en la piel circulante.

### METODOS DE CURACIÓN

ABIERTO: No se utiliza apósitos, en el cuidado de apósitos, se realiza únicamente la antisepsia de la zona, dejándola secar y descubierta.

CERRADA: Se utilizan apósitos estériles el cual son elementos con los que se cubren; se deben de fijar a la piel después de realizarse asepsia y antisepsia heridas.

La curación de las heridas quirúrgicas, con la correspondiente desinfección de la zona y el cambio de apósitos, es una tarea de enfermería cuyo principal propósito es la prevención de la infección y otras complicaciones locales.

Limpieza de heridas.

Material:

Soluciones, isodine espuma, agua estéril, jabón líquido, torundas, gasas, apósitos, tela adhesiva.

Cubrir heridas: gasas, apósitos, compresas de hidrocoloides, apósitos transparentes,; estas absorben la cicatrización y permite la visibilidad de las heridas.

Elementos de fijación: micropore, transpor, tela adhesiva, vendas, mayas tubulares elásticas.

#### HERIDAS Y CURACIÓN

Identifique a aquellos clientes con riesgo elevado de complicaciones de la herida. Los factores que aumentan los riesgos son: anemia o malnutrición, tabaquismo, hipoalbuminemia, diabetes, radioterapia en la zona intervenida, determinados tipos de cáncer, estrés y ciertos medicamentos , ácido acetilsalicílico, esteroides y uso prolongado de antibióticos o agentes citotóxicos.

Es posible que el cirujano quiera realizar el primer cambio de apósito. Siempre que se indique el cambio de apósito, hágase con la máxima asepsia. Retírense todos los apósitos, hasta el más profundo, y cámbiense por otros secos. Nunca debe cubrirse simplemente uno mojado por otro seco ya que contribuye a la proliferación de microorganismos.

Inspecciónese la herida durante los cambios de apósito para conocer su estado, supuración o signos de infección como rubor o formación de pus.

1. Una herida que cura correctamente tiene un aspecto rosado, uniforme y liso, y nunca amarillo o ulcerado.
2. Regístrese en la ficha el aspecto que presenta la herida.

Si existe supuración de la herida o del drenaje, protéjase la piel manteniéndola seca. Colóquese una bolsa de colostomía si se considera apropiado.

1. Pueden usarse cintas de montgomey.

- a. Aplíquese el preparado de protección cutánea y déjese secar antes de colocar las cintas. Éstas eliminan la necesidad de cambios de esparadrapo cada vez que se cambie el apósito, si hay que hacerlo con frecuencia.
- b. Las cintas deben atarse con los lazos similares a los utilizados al abrocharse los zapatos, con objeto de conseguir mayor seguridad.

Actualmente las heridas secas suelen dejarse al aire, sin apósito. Inspecciónese y pálpese la herida con frecuencia. Préstese atención a lo siguiente:

1. El aumento de temperatura a lo largo de la herida debe desaparecer aproximadamente a las 72 horas, en caso contrario, puede existir infección. Pálpese la herida con el dorso de la mano.
2. A partir de dicho periodo, el aumento de la temperatura en una zona puede indicar la presencia de infección.
3. Es habitual que aparezca un reborde de cicatrización a los 5-7 días de intervención. Es difícil de palpar. Puede deberse a complicaciones, hernia o dehiscencia de la herida.

Precaucione: se utiliza la técnica en forma aséptica, utilizando guantes unos para retiro de material sucio y otros para la fijación. Debe fijarse la dirección de movimiento de limpieza con la torunda, con los principios de asepsia de arriba a bajo, del centro a la periferia, de lo proximal a lo distal.

En heridas infectadas se toma una muestra se envía ha laboratorio de microbiología.

**MATERIAL.**

Carro de curaciones con:

Guantes estériles, gasas, apósitos, vendas (varios tipos y tamaños), tela adhesiva en diferentes tamaños, micropore diferentes tamaños, agua estéril, isodine espuma, pinzas de kelly recta, tijera.

**TÉCNICA DE CAMBIO DE APOSITO:**

Lavarse las manos.

Preparar el equipo y llevarlo a la unidad

Explicarle al cliente el procedimiento

Colocarse los guantes desechables, con los que se retirara el apósito sucio.

Se colocarán los guantes estériles, el cual previamente se deberán abrir con anterioridad.

Después de observar y valorar la herida, se limpiara con una torunda o gasa la cual debe estar empapada con un desinfectante, retirar el exceso con agua estéril.

Secar la zona con gasa seca

Haciendo un micromasaje con torundas si es que estuviera indicado

Colocar las gasas o compresas estériles fijándolas con vendas u otro tipo de métodos

Dejar comodo al cliente y retirar el equipo

Lavarse las manos

## CURACIÓN DE HERIDA

Concepto: Serie de maniobras que se realizan para la asepsia de una herida.

### Objetivos:

Favorecer la cicatrización por primera intención

Evitar procesos infecciosos.

1.- lavarse las manos

La piel y mucosas generalmente contienen gérmenes.

El lavado de manos disminuye la transmisión de enfermedades.

2.- Trasladar el carro a ala unidad clínica si es necesario, o trasladar al cliente al cuarto de curaciones.

3.-explicar al cliente el procedimiento y la forma en que se puede colaborar.

4.-, si hay familiares en la habitación, pedirles que esperen unos segundos a fuera, con el fin de cuidar la integridad del cliente, propiciando un ambiente terapéutico en su entorno.

5.-dar a ala cliente una posición adecuada de acuerdo al sitio lesionado, descubrir únicamente la zona a curar.

6.-retirar el material sucio con la pinza o los guantes y observar la herida y el proceso de cicatrización.

Las manifestaciones clínicas de infecciones son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, hipertermia, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vómito y cefalea.

La aproximación de bordes, tipo y volumen de secreciones, presencia de inflamación o infección, dolor pulsátil, fiebre, cefalea, anorexia, determinan el tipo de curación a realizar.

7.- Lavarse las manos y abrir los equipos estériles, haciendo con la envoltura un campo estéril para colocar el equipo y material

	<p>requeridos.</p> <p>La sanitización reduce a nivel de seguridad el número de contaminante bacteriano.</p> <p>Los microorganismos se diseminan por vías respiratorias, tubo digestivo, sangre o por contacto directo o vía aérea.</p> <p>8.- Calzarse los guantes.</p> <p>9.- Limpiar con jabón líquido la herida del centro a la periferia o, con una gasa sostenida por una pinza. Cambiar gasas cuanto sea necesario.</p> <p>La solubilidad de los jabones se produce en presencia de agua.</p> <p>A mayor número de microorganismos se requiere de mayor concentración de agente destructor.</p> <p>La piel y mucosas suelen ser lesionadas por agentes químicos, mecánicos, térmicos o microbianos.</p> <p>La herida quirúrgica se considera limpia en relación a la zona circundante.</p> <p>10.- Retirar los productos de desechos del proceso supurativo y tejido necrosado si es necesario.</p> <p>Los desechos orgánicos, exudados, entre otros, incrementan la posibilidad de infección.</p> <p>Los procesos infecciosos en heridas, son ocasionados por gérmenes grampositivos (estafilococos, estreptococos, clostridios) o gramnegativos (Escherichia Coli, aereobacterias, proteus, y pseudomonas).</p> <p>Las heridas contaminadas requieren de un cepillo e irrigación a chorro, para facilitar la limpieza y tratamiento.</p> <p>La escisión de tejidos necrosados, cuerpos extraños y esquirlas presentes, favorece una rápida cicatrización.</p> <p>11.- Enjuagar la herida con solución para irrigación o agua estéril.</p> <p>La desinfección es proceso físico o químico por el cual se destruyen agentes patógenos, excepto las esporas.</p>
--	---



	<p>Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacteriostáticas o bacteriolíticas.</p> <p>El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos.</p> <p>12.- Secar con gasa estéril, preferentemente cambiando de pinza y gasa.</p> <p>La humedad favorece el crecimiento bacteriano.</p> <p>Un objeto sucio contamina uno estéril.</p> <p>13.- Colocar tubos de drenaje en la parte baja de la herida y suministrar solución antiséptica por medicamento prescrito.</p> <p>Un manejo firme y suavemente dirigido de las sondas en una herida, evita lesiones, hemorragia o dolor.</p> <p>Los líquidos circulan hacia abajo como resultado de la gravedad.</p> <p>La presencia de orina, material fecal, jugos gástricos o intestinales en heridas, requiere que la piel circundante se proteja de irritaciones.</p> <p>14.- Aplicar vendotes o retirar puntos de sutura si el caso lo amerita y cubrir la herida con material de curación estéril.</p> <p>El material de curación proporciona las condiciones necesarias de protección al cliente en tratamientos médico quirúrgicos.</p> <p>La protección de la herida con material estéril evita su contaminación.</p> <p>Los apósitos secos inhiben la multiplicación y el paso de gérmenes.</p> <p>15.- Retirarse los guantes y sujetar el apósito con material adhesivo o de contención, según el caso.</p> <p>La protección del epitelio superficial antes de fijar el material adhesivo, evita lesiones posteriores.</p> <p>La circulación sanguínea transporta materiales que nutren y reparan los tejidos corporales.</p> <p>16.-El instrumental sucio en el lugar indicado.</p> <p>La separación de material o equipo sucio en lugares adecuados,</p>
--	---

	<p>Aumentan la seguridad del cliente y personal de salud, desde el punto de vista microbiológico.</p> <p>17.- Dejar cómodo al cliente.</p> <p>18.- Lavar el instrumental y equipo utilizado, con guantes.</p> <p>19.- Reponer el material y equipo utilizado en el carro de curaciones.</p>
<p><b>EVALUACION:</b> Con los procedimientos realizados por el personal de enfermería, la herida quirúrgica se mantiene libre de microorganismos patógenos, cuyo principal propósito es la prevención de la infección y otras complicaciones locales, llevan una satisfactoria rehabilitación, siguiendo su proceso de regeneración o neoformación de los tejidos lesionados.</p>	

## PLAN DE INTERVENCIONES.

Usuario: A. P. N. P.

Edad: 27 años.

Genero: Femenino. Servicio: Terapia Intermedia.

Fecha de elaboración: 29 de junio del 2007. **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Estreñimiento relacionado con cambios ambientales recientes y actividad física insuficiente, manifestada por la eliminación de heces duras secas y formadas.

**RESULTADO ESPERADO:** Control del síntoma. Estreñimiento

INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACIÓN.
<p data-bbox="474 561 764 591"><b>INDEPENDIENTES.</b></p> <ul data-bbox="300 638 653 1143" style="list-style-type: none"><li data-bbox="300 638 653 662">□ Fomento de ejercicio.</li>        <li data-bbox="300 1112 653 1143">□ Terapia de relajación simple.</li></ul>	<p data-bbox="1079 561 1894 737">Es importante, independientemente de la función de la enfermera, determinar las necesidades del cliente y proporcionar un ejercicio adecuado en aquellos clientes que permanecen en cama por mucho tiempo, están sujetos a complicaciones a causa de la inactividad.</p> <p data-bbox="1079 743 1894 883">El ejercicio contribuye a crear y conservar un buen tono muscular, el aumento de la circulación, especialmente el de la corriente venosa de retorno desde las extremidades.</p> <p data-bbox="1079 927 1894 1029">La relajación es un método que intenta crear en la persona que la lleva a cabo un estado psicológico equilibrado. Existen diferentes técnicas de relajación.</p> <p data-bbox="1079 1073 1894 1321">La existencia de una relajación entre el estado emocional y el grado de tensión muscular que experimenta una persona. Esto significa que si estamos tensos, ansiosos, molestos o angustiados, estos estados son acompañados de tensión muscular. Por el contrario un estado de bienestar y calma viene acompañado de una agradable relajación muscular.</p>

## INTERDEPENDIENTES

- Manejo de medicación: Senocidos A B.  
Cada 24 horas por la noche

La relajación o ausencia de tensión se manifiesta en tres niveles:

- Nivel fisiológico: incluyen cambios fisiológicos talas como la disminución de la tasa cardiaca, de la tensión muscular.
- Nivel conductual: incluye un estado de reposo, de inactividad expresiones corporales y faciales.
- Nivel subjetivo: hace referencia a experiencia interna conciente del propio estado emocional.

## SENOKOT.

Tabletas y solución.

Laxante.

Senocidos A B.

Forma farmacéutica y formulación:

Cada tableta de senokot contiene:

Senocidos A B obtenido de cassia acutifolia 187mg.

Normalizado a 8.6mg de senocidos A B una tableta.

Indicaciones terapéuticas. Es estreñimiento de leve a severo debido a: posparto, poscirugia, convalecencia pacientes inmovilizados dietas inadecuadas, estrés, senectud, medicamentos, padecimientos ano rectales o en padecimientos cerebro vasculares o cardiovasculares donde se deben evitar los esfuerzos

Farmacocinética y farmacodinamia en humanos:

	<p>Actúan en el intestino grueso aumentando la frecuencia de los movimientos de masa disminuyendo la actividad segmentaria que obstaculiza el tránsito intestinal.</p> <p>Se han sugerido dos mecanismos de acción. El primero durante la ruptura de los senocidos en el intestino delgado, donde los aglicones derivados de esta ruptura son absorbidos al torrente sanguíneo por medio del cual llegan al colón.</p> <p>El segundo de la mayoría de los senocidos pasa sin cambios hasta el colón donde son transformados por la flora bacteriana normal en aglicones libres activos. Por cualquiera de los dos mecanismos al final de su acción es inhibir la actividad de la adenosis trifosforada cíclica del sodio y potasio involucrando péptidos reguladores gastrointestinales.</p> <p>La evaluación ocurre entre 8 y 12 horas después de la ingesta de senocidos. Por su mecanismo de acción la evaluación es similar a las fisiológicas.</p> <p>Contraindicaciones:</p> <p>Oclusión intestinal. Cuadros de abdomen agudo. Enfermedades inflamatorias del intestino delgado.</p> <p>Reacciones secundarias adversas:</p> <p>Cuando se utiliza por tiempos prolongados pueden</p>
--	--

	<p>producir diarrea acuosa, dolor abdominal moderado. Vía de administración y dosis: oral</p> <p>Tomar dos tabletas antes de acostarse en solución dos cucharadas por la noche antes de acostarse.</p> <p>Presentación:</p> <p>Tabletas con 60 Mg. caja con 30 tabletas. Solución frasco con 150 ml.</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Mejoro la eliminación intestinal con la administración de medicamento y desviar la atención del paciente hacia la relajación y fomento de ejercicio para lograr un estado emocional estable y mantener la actividad física.</p>	

**PLAN DE INTERVENCIONES.**

Usuario: A. P. N. P. Edad: 27 años. Genero: Femenino. Servicio: Terapia Intermedia.

Fecha de elaboración: 29 de junio del 2007. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Hipotermia relacionado con evaporización de la sudoración de la piel en un entorno frío manifestado por escalofríos y frialdad de la piel.

**RESULTADO ESPERADO:** Signos vitales

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p data-bbox="470 597 747 630" style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTES</b></p> <p data-bbox="186 708 506 740">MANEJO AMBIENTAL</p>	<p data-bbox="1058 561 1255 594"><b>HIPOTERMIA</b></p> <p data-bbox="1058 638 1864 740">Se aplica este término al descenso de la temperatura del cuerpo humano por debajo de los 35° C producido por enfermedad o exposición a un medio frío.</p> <p data-bbox="1058 784 1885 924">El tratamiento de la hipotermia consiste en un monitor cuidadoso, cuidados intensivos de apoyo, recalentamiento y tratamiento de los trastornos básicos y de las complicaciones.</p> <p data-bbox="1058 967 1902 1216">Es vital la monitorización cuidadosa de los signos vitales, del ritmo cardíaco, de los gases arteriales y de la presión venosa central. Se administra oxígeno humidificado. La intubación traqueal está indicada en pacientes comatosos y en pacientes con insuficiencia respiratoria; debe practicarse cuidadosa y hábilmente a fin de evitar la aparición de una fibrilación ventricular.</p> <p data-bbox="1058 1260 1892 1330">Los métodos de recalentamiento dependen de la gravedad de hipotermia y de los recursos y facilidades disponibles.</p>

	<p>Estos son:</p> <p>Recalentamiento pasivo (ambiente caliente, cobijas)</p> <p>Recalentamiento externo activo (inmersión en agua caliente, cobijas eléctricas, calentadores ambientales)</p> <p>Recalentamiento central activo (irrigación gástrica o colónica con soluciones cristaloides calientes, calentamiento por inhalación, mediante intubación y administración de oxígeno caliente y húmedo, infusión de soluciones intravenosas calientes, calentamiento por radio ondas y calentamiento por intercambiador de calor externo)</p> <p><b>FORMAS DE PERDIDA DE CALOR</b></p> <p>La transferencia de calor puede ocurrir sólo cuando hay una diferencia de temperatura entre dos superficies y puede ser por conducción, radiación, convección y evaporación.</p> <p>Ambientales.</p> <p>La recuperación de la anestesia frecuentemente es complicada por los escalofríos: cuando disminuyen los efectos anestésicos y el umbral de respuesta al frío retorna hacia lo normal, hay hipotermia central que dispara la vasoconstricción y los escalofríos.</p>
--	---



## TERMORREGULACION DURANTE LA ANESTESIA REGIONAL

La anestesia raquídea y la epidural para cirugía, causa hipotermia por redistribución del calor corporal desde el compartimiento central a la periferia, aumentándose la temperatura en el área de distribución del bloqueo. La hipotermia es tan común bajo anestesia regional, como en la anestesia general. Los escalofríos durante la anestesia regional ocurren en más del 40%, y pueden aumentar la producción de calor metabólico en un 200%. Pueden ser suprimidos con sedantes y opioides intravenosos, por eso la gran variabilidad en su aparición cuando se administra una anestesia conductiva", lo mismo ocurre cuando se administran opioides por vía epidural o raquídea.

### FASES DE HIPOTERMIA

Tipicamente se desarrollan tres fases: en la primera hora después de la inducción de la anestesia, la temperatura central disminuye rápidamente en 0,51,5oC, por la vasodilatación inducida por la anestesia, con redistribución del calor del compartimiento central al periférico. El descenso es mayor cuando el paciente está expuesto a un ambiente frío antes de la inducción. Esta fase es seguida por un decremento lento de la temperatura central en las siguientes 2-3 horas, porque la pérdida de calor al ambiente excede a su producción metabólica. Aunque la anestesia disminuye la producción metabólica de calor en aproximadamente 20%, esta pérdida de calor es debida

	<p>principalmente a la baja temperatura ambiental, el pobre aislamiento térmico, las pérdidas evaporativas de los tejidos expuestos las infusiones endovenosas de líquidos fríos. Esta segunda fase es más corta en el paciente pediátrico, porque la repuesta vasoconstrictora es más rápida; el enflurano inhibe la vasoconstricción y es más notoria en los niños.</p> <p>Le sigue la fase después de 3-4 horas de anestesia, donde la temperatura central no disminuye mas, usualmente coincide con la vasoconstricción periférica y existe una mínima pérdida de calor. En los niños esta fase es reemplazada por una fase de recalentamiento porque la anestesia no inhibe la termogénesis sin escalofrío y por ello se aumenta la temperatura central.</p> <p><b>FACTORES QUE INDUCEN HIPOTERMIA EN SALA DE CIRUGIA</b></p> <p>La hipotermia es un paciente que va a cirugía puede iniciarse antes de ingresar al quirófano, si se encuentra en corredores fríos, sedado y con alteraciones de sus respuestas termorreguladoras. Durante la inducción se disminuye la temperatura por la vasodilatación periférica, que se produce y la redistribución del calor central.</p> <p>Una vez inducido el paciente se retira la ropa y se aplican en la piel líquidos fríos, aumentando las pérdidas por evaporación. Igualmente, al irrigar cavidades corporales con líquidos fríos hay pérdidas de calor por: evaporación, convección y conducción.</p>
--	---

	<p>Otro factor importante es la temperatura en la sala de cirugía. Con temperaturas ambientales de 18 - 21oC todos los pacientes tendrán una temperatura central menor de 36% a las 2 horas. Con temperaturas ambientales de 21o - 24oC, la temperatura central permanecerá estable en aproximadamente 36oC.</p> <p>La administración de líquidos cristaloides en forma abundante (6 - 8 litros) a temperatura ambiental, puede disminuir la temperatura corporal dos grados.</p> <p><b>PREVENCION Y TRATAMIENTO</b></p> <p>Control de la temperatura ambiental. La prevención de la hipotermia empieza poniendo al paciente cómodo y caliente en el área prequirúrgica, manteniendo la piel caliente antes de la inducción, con lo que se mitiga la rápida redistribución del calor hacia el compartimiento periférico. Una pérdida de calor extremadamente rápida ocurre durante la preparación de la piel en un paciente totalmente expuesto, si se aumenta la temperatura ambiental, se disminuye marcadamente la pérdida de calor. Durante la cirugía la temperatura ambiental debe permanecer entre 21-24oC.</p> <p>Aislamiento de la piel. Un cobertor disminuye la pérdida de calor por convección, creando una capa de estancado de aire sobre la piel. También disminuye la pérdida por radiación, aunque éste beneficio puede ser perdido una vez la cubierta se calienta a la temperatura de la piel. En</p>
--	--

**INTERDEPENDIENTE**

**MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES**

los niños la cabeza debe ser cubierta Inmediatamente, pues por esta vía pierden hasta el 60% del calor total.

Lámparas de calor radiante.

**SIGNOS VITALES.**

VALORACION DE TEMPERATURA CORPORAL  
CONCEPTO.

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano, en las cavidades rectal o bucal, o en región axilar o inguinal.

**OBJETIVOS.**

- Valorar el estado de salud- enfermedad
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

**MATERIAL Y EQUIPO.**

Charola con: termómetro en número y tipo según necesidades recipiente porta termómetros con solución antiséptica recipiente con agua, recipiente con torundas secas, recipiente con solución jabonosa, hoja de registro, abate lenguas y lubricantes en caso de realizar toma de temperatura rectal.

#### TECNICA PARA METODO AXILAR O INGUINAL.

1. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
  - El termómetro clínico requiere de mercurio, sustancia que se dilata con variaciones de temperatura y una escala graduada de 34 a 41°C.
  - El calor del cuerpo dilata el mercurio contenido en el bulbo del termómetro y una cámara de constricción que evita su regreso.
2. Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos o practicado algún ejercicio en los últimos 30 minutos.
  - El calor tiene origen en la energía cinética y se aprecia mediante el sentido térmico.
  - La producción de calor es resultante de las reacciones químicas o térmicas.
3. Explicar al paciente sobre el procedimiento y colocarlo en decúbito o posición sedente.
  - La comunicación efectiva incluye en la participación del individuo en su atención.
  - El conocimiento y comprensión del comportamiento humano, ayuda a disminuir la ansiedad o temor.
  - Una posición correcta, permite la realización óptima del procedimiento.
4. Extraer el termómetro de la solución antiséptica e introducirlo en el recipiente de agua.  
Posteriormente, secarlo con torunda mediante movimientos rotatorios.
  - El enjuague con agua disminuye el efecto tóxico de sustancias.

	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Verificar que el mercurio se encuentre por debajo de 34°C de la escala termométrica. En caso contrario hacer descender la columna de mercurio mediante un sacudimiento ligero.</li><li>6. Secar axila o ingle con torunda y colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar o en la ingle.<ul style="list-style-type: none"><li>- Las glándulas sudoríparas de la axila, la ingle y regiones subyacentes están influidas por el estado emocional del individuo, actividad muscular y procesos patológicos.</li></ul></li><li>7. Colocar el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax, a fin de mantener el termómetro en su lugar.<ul style="list-style-type: none"><li>- La pérdida de calor ocurre principalmente por piel y pulmones.</li></ul></li><li>8. Dejar el termómetro de tres a cinco minutos en la axila y retirarlo.<ul style="list-style-type: none"><li>- La medición de la temperatura periférica en axila es relativamente exacta.</li></ul></li><li>9. Limpiar el termómetro con torunda seca del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.<ul style="list-style-type: none"><li>- La fricción ayuda a desprender el material extraño de una superficie.</li></ul></li><li>10. Hacer la lectura del termómetro y registrarla.<ul style="list-style-type: none"><li>- La sujeción firme del termómetro y un lugar iluminado, son factores que facilitan la lectura de la temperatura.</li></ul></li><li>11. Sacudir el termómetro para bajar la escala del mercurio e introducirlo en solución jabonosa. Posteriormente lavar los termómetros y colocarlos en recipientes con solución antiséptica.<ul style="list-style-type: none"><li>- El jabón saponifica las grasas.</li></ul></li></ol>
--	---

	<p>12. Dejar cómodo al paciente y arreglar el equipo de termometría para nuevo uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un equipo en óptimas condiciones de uso disminuye registros y redundancia en una mejor atención al paciente.</li> </ul> <p>13. Valorar la medición de temperatura obtenida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La temperatura central es ligeramente mayor que la periférica (37.5 y 33°C respectivamente).</li> <li>- Son variaciones patológicas, las hipertérmicas, cuyo ascenso, es por arriba de 37.5° C o hipotérmicas cuyo descenso es por abajo de 35° C</li> </ul> <p>VALORACION DE RESPIRACION.</p> <p>CONCEPTO.</p> <p>Es el procedimiento que se realiza para valorar el estado respiratorio del organismo.</p> <p>OBJETIVOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar el estado de salud o enfermedad.</li> <li>- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.</li> </ul> <p>EQUIPO.</p> <p>Reloj segundero</p>
--	---

Hoja de registro

Bolígrafo

TECNICA.

1. Colocar al paciente en posición sédente o decúbito dorsal. De ser posible la respiración debe ser contada sin que éste se percate de ello.

- Una posición correcta permite la realización óptima del procedimiento.
- La respiración voluntaria es fácilmente controlada por el individuo.
- La respiración involuntaria es controlada por el bulbo raquídeo.

2. Tomar un brazo del paciente y colocarlo sobre el tórax, poner un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso.

- Mediante la inspiración, el tórax se expande en todas direcciones y es el acto por el cual entra el aire a los pulmones con 20.95% de O<sub>2</sub>, 79% de N<sub>2</sub> y 0.03% de CO<sub>2</sub>.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El centro respiratorio del cerebro, las fibras nerviosas del sistema nervioso autónomo y la composición química de la sangre, son factores que ayudan a regular la respiración.</li> </ul> <p>3. Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax y el abdomen cuando se eleva y se deprime.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La hematosis es el intercambio de gases entre los alvéolos y las células tisulares.</li> <li>- Las células tisulares captan O<sub>2</sub> proviene de los pulmones. El CO<sub>2</sub> y otras sustancias de desechos de las células, son transportadas por la corriente sanguínea a los pulmones para ser expulsados.</li> </ul> <p>4. Contar las respiraciones durante un minuto y hacer la anotación en la hoja de registro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los factores que influyen en la frecuencia y carácter de la respiración son: edad, sexo, digestión, emociones, trabajo, descanso, enfermedades, medicamentos, calor, frío, fiebre, dolor, hemorragia, choque, etc.</li> </ul>
<p><b>EVALUACIÓN:</b> Después de dejar cómoda a la cliente en su cama se le colocaron cobertores le favoreció sintiendo confort y teniendo en cuenta la monitorización de los signos vitales la cliente logra su recuperación ante los cambios, mejorando la temperatura.</p>	

## PLAN DE ALTA

La presente información es con el fin de que pueda servirle para llevar acabo el Auto cuidado en su hogar durante el periodo en el que se restablece su organismo después de haber tenido a su bebé.

### ALIMENTACIÓN

- No hay restricción de sal; sin embargo, evite las comidas saladas (alimentos enlatados, galletas saladas, embutidos) estos contiene demasiada sal.
- Consumir muchas frutas y verduras de hoja verde; contiene nutrientes que necesita el organismo calcio, zinc, magnesio y vitaminas.
- Beba de ocho a diez vasos de agua al día; tomar líquidos incrementa la producción de leche.
- Consumir pescado y carnes magras, son fuente de proteínas que el organismo necesita.

### CUIDADO DE LOS SENOS:

- Aplicar calor húmedo a los pechos antes de amamantar a su bebé con lienzos de agua tibia.
- Ofrezca la leche a su bebé, cuantas veces lo pida para mantenerlos vacíos y suaves.
- Lave sus senos solo con agua antes de ofrecer leche a su bebé
- Al terminar de amamantar a su bebé aplique una gota de leche de su pezón y deje secar al aire libre, esto evitara la formación de grietas.

### CUIDADOS DE SU HERIDA

- Mantener la herida limpia y seca, solo lave con agua y jabón.
- No aplique polvos o pomadas, esto evitará infecciones.
- En caso de salida de pus acuda a la institución más cercana a su domicilio.

### BENEFICIOS DE CAMINAR DE 15 A 20 MINUTOS DIARIOS EN SU HOGAR

- Agiliza las evacuaciones.
- Evita la formación de coágulos que le puedan producir una embolia.
- Previene la flebitis.
- Le ayuda a que los cólicos disminuyan ya que su matriz esta volviendo a su tamaño normal.
- Le ayuda a que el sangrado disminuya en cantidad día con día.

## CONCLUSIÓN

La prevención de la preeclampsia resulta extremadamente difícil ya que no se conocen los factores etiológicos implicados en su génesis. Sin embargo, el avance que se ha realizado en los últimos años en el conocimiento fisiopatológico, de este proceso a hecho posible el diseño de diferentes estrategias para intentar prevenir o mejorar el pronóstico de la enfermedad. Los procedimientos farmacológicos utilizados en la prevención de la preeclampsia han sido muy variados; se han administrado diuréticos, antihipertensivos, etcétera. La manipulación dietética para intentar prevenir la preeclampsia, con la finalidad de variar la relación iónica intracelular y extracelular. Los factores dietéticos, se relacionan con el incremento en el consumo de proteínas, magnesio, calcio, cinc o ácidos grasos omega – 3 y la disminución en el consumo de sodio.

El cuidado que enfermería ofrece al cliente es importante, ya que se adquiere la enseñanza durante la formación académica. Se implementa el Método Enfermero como el instrumento para que enfermería realice mejor sus actividades, llevando a cabo conocimientos necesarios para el logro de nuestras metas, valoraciones y objetivos del cliente y nosotras enfermeras estamos satisfechas por la atención ofrecida que no solo son cuidados, también hay calidez en nuestra atención y la satisfacción más grade es ver mejorar al cliente y su agradecimiento.

## BIBLIOGRAFIA

ALMUDI Catalán José VADEMÉCUM Quinta edición  
Año 20004 Pág. 129, 487, 588

CASANUEVA Esther Nutriología Médica cuarta edición  
Panamericana Año 2001 Pág. 131, 132, 134, 135, y 608

Enciclopedia de Enfermería Segunda edición España  
Océano/ Centrum

MCCLOSKEY Dochterman Joanne Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Tercera edición  
Mosby Año 2005. Pág. 801 a907

MOORHEAD Sue Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Tercera edición  
Mosby Año 2005 Pág. 555 a 647

MONDRAGÓN Castro H. Obstetricia básica ilustrada Quinta reimpresión  
Trillas Año de impresión enero del 2002 Pág. 16 a 29

OLDS, Lodón, Ladewig Enfermería Materno Infantil Cuarta edición  
Mc-Grall-Hill Interamericana Año 2000 Pág. 435, 678.

PERRY. Bobak Lowdermilk Enfermería Materno Infantil Tercera edición  
Harcourt/Océano Año 2003 Pág. 178, 345.

ROSALES Barrera S. Fundamentos de enfermería Segunda edición  
Manual Moderno Año 1999 Pág. 23 a 45 y 110 a 158

SHOLTIS Brunner Lilian Manual de la Enfermera Cuarta edición  
Interamericana Mcgraw-Hill Año 1995 Pág. 37, 78, 85, 141, 145, 150, 176, 178.

SPARKS Ralph SHEILA. NANDA.  
Elsevier Año 20003 Pág. 61, 88, 101, 123, 217.

V. DIBBLE Marjorie Nutrición y dieta Tercera edición  
Interamericana Año 20001 Pág. 323 a 334

Biblioteca Encarta 2000

[www.google.com](http://www.google.com)

[www.TuotroMedico.COM](http://www.TuotroMedico.COM)