



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA MUJER EMBARAZADA CON:
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA ASOCIADA AL EMBARAZO
BAJO EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

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

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE GARCÍA ROSAS

No. de cuenta: 09121389-1

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
LIC. AMANDA OROZCO TAGLE**



MÉXICO, D.F. 09 NOVIEMBRE DE 2010



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por permitirme vivir esta experiencia inolvidable; para que pueda ayudar a mis semejantes.

A MIS QUERIDOS HIJOS: INGRID Y ANDRÉS

Porque el logro también es suyo, ya que parte del tiempo que invertí en mi superación, era tiempo de ellos.

A MI ESPOSO: ANDRÉS

Por tu apoyo incondicional, tu amor y tus deseos de que siempre caminemos por la misma dirección; por los momentos difíciles y de sacrificio que hemos vivido durante estos años y que no nos han hecho que declinemos.

A MIS PADRES

Porque sin su ayuda incondicional en todo momento, no hubiera llegado hasta aquí.

A MIS ASESORAS:

Lic. Amanda Orozco Tagle y Lic. María de los Ángeles Romero Quiroz
Por sus conocimientos y total entrega para la realización del presente.

A MIS HERMANOS, SUEGROS Y AMIGOS

Porque con sus buenos deseos, hoy he concluido.

MIL GRACIAS....

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVO	7
Objetivos específicos	
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. METODOLOGÍA.....	9
V. MARCO TEÓRICO	10
5.1 Proceso Atención de Enfermería (PAE)	
5.1.1 Etapas del PAE	
Valoración	
Diagnóstico de enfermería	
Planeación	
Ejecución	
Evaluación	
5.1.2. Ventajas del PAE	
5.2 Modelo de Virginia Henderson	12
5.3 Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE).....	13
5.4. Etiología	14
5.5 Epidemiología	15
5.6 Frecuencia de mujeres atendidas en toco-cirugía.....	17
5.7 Fisiopatología	20
5.8 Prevención y manejo de la preeclampsia-eclampsia	26
5.9 Intervenciones de enfermería en control prenatal	27
5.10 Complicaciones de la preeclampsia.....	28
5.11 Tratamiento	28
5.12 Tratamiento de la preeclampsia leve	29
5.13 Tratamiento de la preeclampsia severa	30
VI. EXPLORACION GENERAL DE LA PACIENTE	31
6.1 Caso clínico	31
6.2 Examen clínico.....	33
6.3 Evolución clínica	34
6.4 Valoración por necesidades	37
6.5 Diagnósticos de enfermería	39
VII. PLAN DE CUIDADOS	41

	7.1 Jerarquización de las necesidades	
VIII.	PLAN DE ALTA	51
IX.	CONCLUSIONES	54
X.	GLOSARIO	56
XI.	BIBLIOGRAFÍA	61

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en nuestro país, como en muchos otros del mundo en desarrollo, constituye un problema de salud pública, motivo de gran preocupación para los gobiernos, las instituciones educativas, de salud y la sociedad.

La preeclampsia-eclampsia continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos como hígado, corazón, riñón y sistemas como el nervioso central.

Aunque la etiología de la preeclampsia-eclampsia aún no se conoce con precisión, la prevención juega un papel trascendente para evitar la muerte por esta patología; por ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección temprana para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. En éste sentido el control prenatal, la referencia de los casos y la atención de la urgencia obstétrica revisten una vital importancia, en la cual el papel de los profesionales de la Enfermería y Obstetricia es fundamental; ya que a través de un diagnóstico temprano y oportuno, permitirá se detecten complicaciones que comprometan la vida del binomio.

El presente trabajo contiene el desarrollo de un **Proceso Atención de Enfermería (PAE)**, aplicado a una paciente grávida, con 35.5 semanas de gestación (SDG), que presenta agregada la patología de preeclampsia-eclampsia, con el fin de detectar las necesidades que están comprometiendo su salud y satisfacer las mismas, La metodología del PAE es una de las mejores en la actualidad, ya que proporciona cuidados específicos y personalizados a los pacientes, situación que nos da la oportunidad de relacionarnos con los mismos; y al mismo tiempo conocer y detectar sus necesidades en las diferentes dimensiones del ser humano.

La atención brindada a la paciente, con la aplicación de esta metodología, se describe paso a paso, desde que ingresa a la unidad Toco-quirúrgica del Hospital General Regional "La Perla", en los servicios de admisión, labor y expulsión, posteriormente en terapia intensiva y alojamiento conjunto.

En cada una de esas áreas se le acompaña, se aborda su estado clínico y se le brinda la atención correspondiente. Sin embargo: el plan de cuidados se realizó en el servicio en alojamiento conjunto.

Aunado a este propósito se realizó un PAE como una opción de Titulación, considerando que es la mejor manera de brindar la atención y relacionarse con los pacientes que es en sí la labor de la Enfermera, ya que sirve para orientar, identificar y ejecutar las intervenciones necesarias dirigidas a la paciente antes mencionada.

II. OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el **Proceso Atención de Enfermería (PAE)** a una mujer embarazada de 35.5 (SDG) y con preeclampsia-eclampsia con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson; en las áreas: Toco-quirúrgicas, Terapia Intensiva y Alojamiento Conjunto del Hospital General “La Perla”, para detectar sus necesidades de salud y proporcionarle un cuidado integral, basado en conocimientos teóricos, científicos y humanísticos adquiridos durante mi carrera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de la paciente, con el fin de proporcionar las intervenciones específicas para la satisfacción de sus necesidades.
- Orientar a la paciente y a sus familiares acerca del cuidado en casa, que requieren la paciente y su hijo.
- Hacer partícipe de los cuidados a la paciente y familiares.

- Profundizar los conocimientos adquiridos; para orientar en un futuro posibles pacientes que estén en este mismo caso

III. JUSTIFICACIÓN

Este padecimiento puede ocurrir aproximadamente del 5 al 8% en preeclampsia y del 1.5 a 2% eclampsia de todos los embarazos. En México existe una población muy vulnerable ya que cada día se incrementan más los embarazos en ambos extremos de edad (menores de 20 o mayores de 35), con desnutrición o inadecuada nutrición y con antecedentes de patología agregadas como la diabetes, hipertensión; factores que pueden desencadenar la enfermedad.

El presente **Proceso Atención de Enfermería (PAE)**, se realiza con la finalidad de integrar conocimientos, teorías y prácticas de enfermería en el cuidado de la paciente embarazada con complicación de preeclampsia-eclampsia.

La profesión de Enfermería y Obstetricia, nos proporciona los elementos teóricos, prácticos y humanísticos para intervenir oportunamente en la prevención en la etapa prenatal, evitando que este grupo de mujeres presenten este padecimiento, coadyuvando así a disminuir en este país la morbi-mortalidad materno-infantil

Resulta de gran importancia que la preparación adquirida en la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, se tenga presente todas las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento para pacientes con este padecimiento. Y se pueda actuar rápida y oportunamente para evitar complicaciones que comprometan la vida del binomio: madre-hijo. Y así reducir la mortalidad materna que existe en México.

Este PAE, significa un paso trascendental en mi vida. Ya que servirá para presentar mi examen profesional, y acreditarme como Licenciada en Enfermería y Obstetricia; al mismo tiempo tener la satisfacción de verme realizada como profesionista.

IV. METODOLOGÍA

1. El presente Proceso Atención de Enfermería se eligió como una opción de Titulación Tomando como referencia el modelo teórico de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades de la paciente.
2. Se solicitó la asesoría académica de las Licenciadas en Enfermería: Amanda Orozco Tagle y María de los Ángeles Romero Quiroz, programando asesorías, para la revisión del trabajo, cada vez que fueran necesarias.
3. Se eligió a la paciente en estado de gravidez, de 20 años de edad, con 35.5 (SDG) y que presentó la complicación de preeclampsia-eclampsia; en el servicio de Toco-cirugía del Hospital General Regional "La Perla".
4. Con los datos obtenidos en la valoración se realizaron los Diagnósticos de Enfermería, basados en la bibliografía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) Y Nursing Interventions Classification (NIC), Para poder jerarquizar las necesidades de la paciente.

5. Con la identificación de las necesidades, se realizó la planeación de las acciones de enfermería, y la ejecución de las mismas, evaluando resultados.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Enfermería entre las profesiones es la más humanística, ya que se enfoca a cuidar la salud de las personas y cuando la pierden les ayuda a resolver, sobrellevar o prevenir complicaciones y recuperar su salud.

La enfermería es cuidado de salud y cuidado de la persona que porta la enfermedad, previene, promueve y rehabilita, para que el paciente recupere su salud, pasando por todas los estadios de la enfermedad. (Después de haber consultados a varios autores y varias definiciones, reestructuramos ésta definición, que consideramos la más conveniente para describir a la enfermería).

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si contara con fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.¹

Para dar el cuidado de calidad y libre de riesgos se requiere que el personal de enfermería tenga una formación teórica, práctica y humanística, así como una metodología; llamado **Proceso Atención de Enfermería. (PAE).**

El PAE es un método racional y sistemático. Su objetivo es identificar las necesidades de cuidados reales o potenciales para la salud del paciente, con el fin de establecer planes para hacer frente a las necesidades que se identifiquen para satisfacerlas.

5.1.1 ETAPAS DE PAE

VALORACIÓN: Consiste en obtener, verificar y organizar datos acerca del estado de salud de la paciente. Los datos que se relacionan con los aspectos físico, emocional, social, intelectual y espiritual; se obtienen de gran variedad de fuentes y son la base para las acciones y decisiones que se tomen en pasos subsecuentes. Para realizar esta fase del proceso, las habilidades de observación, comunicación y de entrevista son esenciales.

KOZIER, Barbara Fundamentos de Enfermería. Interamericana-Mc-HILL S.A de C.V. 1994. pág.4

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA : “es el juicio o conclusión que se presenta como resultado de la valoración de enfermería” (Gebbie y Lavin 1975).

PLANEACIÓN: Involucra una serie de pasos en los cuales la enfermera fija prioridades, define metas o resultados esperados y establece una guía escrita para sus intervenciones, con el propósito de resolver o minimizar los problemas identificados del paciente.

EJECUCIÓN: Es poner el plan de atención de enfermería en acción. Durante esta fase se continúa con la obtención de datos y validar el plan de cuidado.

EVALUACIÓN: Consiste en revalorar al paciente después de la intervención de la enfermera y comparar la respuesta con patrones predeterminados.

5.1.2 VENTAJAS DEL PAE:

Para el paciente:

- Individualizado de acuerdo a los problemas y necesidades detectados.
- Calidad en la atención.
- Continuidad en la atención.
- Participación del paciente y familiares en su cuidado.

Para la enfermera:

- Sistematización en el cuidado

- Satisfacción en el trabajo
- Desarrollo profesional.
- Prevención de acciones legales.
- Actualización permanente
- Conocer avances, retrocesos o estancamiento en el estado de salud de la paciente.

5.2 **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Para la fundamentación teórica en que se basa el presente proceso, se eligió la teoría de Virginia Henderson, quien se apoya en la Pirámide de las Necesidades de Abram Maslow. La cual agrupa las necesidades de la siguiente manera:

- Las primeras 7 necesidades están relacionada con la fisiología humana
- La 8ª y 9ª. Con la seguridad
- La 10ª. Con la propia estima
- La 11ª. Con la pertenencia
- La 12ª a la 14ª con el autocuidado

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ❖ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o ayudarle a tener una muerte en paz.
- ❖ Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros, circunstancias en que se desarrollan los cuidados.

Las necesidades humanas básicas establecidas por Virginia Henderson son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada

5. Descansar y dormir
 6. Seleccionar vestimenta adecuada
 7. Mantener la temperatura corporal
 8. Mantener la higiene corporal
 9. Evitar los peligros del entorno
 10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opinión
 11. Ejercer culto a Dios, acorde con su religión
 12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
-
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
 14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que tienen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la misma persona, cuando tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando alguna de éstas se altera o no se satisfacen, surgen los problemas de salud. Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener sus necesidades cubiertas.

5.3 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (EHE):

La palabra **preeclampsia**: es un neologismo médico, que se compone del vocablo latino:

“**Pre**” (antes, previo) y “**Eclampsis**” (relámpago-súbito), por lo tanto quiere decir: **Previo al relámpago o de manera súbita.**

La **Enfermedad Hipertensiva del Embarazo**, también es conocida como: **Toxemia del Embarazo, Gestosis, Preeclampsia, Hipertensión Inducida por el embarazo.** Es de etiología desconocida, que se caracteriza por: **Hipertensión, edema y proteinuria**, se presenta después de la vigésima semana de gestación y en la forma grave puede culminar en **convulsión y coma.**

Se considera que existe hipertensión durante el embarazo si el aumento de la tensión arterial sistólica es superior a 30mmhg o si el incremento de la diastólica sobre pasa los 15mmgh.²

CLASIFICACIÓN:

- ✓ Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo: Hipertensión arterial después de la semana 20 de embarazo o en los primeros 14 días del puerperio, sin proteinuria.

- ✓ Preeclampsia leve: Elevación sobre cifras basales en la presión sistólica mayor de 30mmhg, ó 15mmhg en la diastólica, o mayor de 140/90mmhg, pero menor de 160/100mmhg, con proteinuria (1-3g en 24 horas), edema de uno o dos segmentos.
- ✓ Preeclampsia severa: Hipertensión arterial de 160/110mmhg o mayor, con albuminuria (más de 3g en 24 horas), edema de más de un segmento o generalizado.

²BOTERO; et, al 2000 Obstetricia y Ginecología Texto integrado sexta edición. **Quebecor Imprendes**. PP. 670

- ✓ Eclampsia: Crisis convulsivas y/o coma (y todos los signos y síntomas de preeclampsia).
- ✓ Preeclampsia-Eclampsia sobre agregada a Hipertensión Crónica:
- ✓ Hipertensión Crónica: Hipertensión independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas mayor de 140/90mmhg.
- ✓ Preeclampsia recurrente: Paciente con diagnóstico previo de preeclampsia en embarazos anteriores³.

³LINEAMIENTO TÉCNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA. 2ª. Ed. Secretaría de Salud, Dirección general de salud reproductiva, México, D.F. 2007.

5.4 ETIOLOGÍA:

La naturaleza exacta del factor etiológico primario que causa la preeclampsia sigue siendo desconocido. Se considera de origen multifactorial, incluyendo alteraciones placentarias, vasculares, metabólicas, renales, hepáticas, hematológicas, inmunológicas o mixtas, a las que se suman factores sociales, culturales, económicos y geográficos.

Mientras más temprano se presenten estas complicaciones, mayor será el riesgo en términos de morbilidad materno-fetal.

5.5 EPIDEMIOLOGIA:

Datos recientes estiman que cada año se producen 529 000 defunciones maternas anuales, la mayoría ocurren en países en desarrollo y un número importante de estas defunciones son evitables. Las principales causas directas de defunciones maternas son las hemorragias, las infecciones y los trastornos hipertensivos, estos últimos se consideran a nivel mundial como causas del 12% al 25% del total de defunciones.

Los trastornos hipertensivos son padecimientos que a nivel mundial causan un número elevado de defunciones maternas, en las mujeres adolescentes (menores de 20 años) es probable que el riesgo de morir por estas causas sea elevado, ya que las tasas de defunciones maternas en estos grupos pueden ser hasta el triple de la correspondiente a las de 20 a 24 años.

En nuestro país con datos preliminares del 2004, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, reportó 316 defunciones debidas a esta patología, lo que corresponde al 29,5% del total de defunciones.

Este porcentaje varía para cada una de las entidades federativas, existiendo entidades en donde representa más de la mitad del total de sus defunciones como sucede en Tlaxcala, Coahuila y Chihuahua, hasta entidades en donde representa el 10% o menos (Nayarit y Tabasco) o bien no se reportan defunciones por esta causa (Colima).

Para el 2004, la Razón de la Mortalidad Materna (RMM) por esta causa fue de 18% a nivel nacional. En ese mismo año, 13 Entidades Federativas presentaron una RMM superior a la reportada a nivel nacional, destacándose Tlaxcala y Durango como los Estados con la RMM más elevada (de 34 y 33 respectivamente) y Nuevo León con la RMM más baja. En Tlaxcala

y Durango el riesgo de fallecimiento por esta causa es 1.8 veces mayor que el reportado a nivel nacional y, 8 veces superior si se compara con Nuevo León.

Puebla, Estado de México, Chihuahua, Hidalgo y Guerrero presentaron una RMM superior a 25%, es decir, en estas entidades las embarazadas tuvieron un riesgo de morir de más de cuatro veces que las embarazadas de Nuevo León. En Yucatán, Campeche, Querétaro, Morelos, Oaxaca y Veracruz la RMM obtenida osciló entre 21 y 19 en orden decreciente respectivamente. Otras entidades presentaron una RMM entre 18 y 15; dentro de este grupo se encuentra San Luis Potosí, Coahuila, Baja California, Distrito Federal y Tamaulipas. Aún en estas entidades las embarazadas tienen un riesgo de fallecer superior a tres veces comparando con lo calculado para Nuevo León.

En el resto de Entidades Federativas se observan diferencias en números absolutos, pero la RMM desciende hasta cuatro en Nuevo León.

En los países desarrollados las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas a la enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia/eclampsia), han disminuido, no así en los países en vías de desarrollo en donde existen mayores rezagos, carencia de servicios de salud básicos y especializados, además de deficiencia alta de autocuidado de la salud de la población.

En todo el país, actualmente la preeclampsia/eclampsia se presenta en un 5 a 10% de los embarazos y es causa importante de muerte materna.⁴

id. 2007

5.6 FRECUENCIA DE MUJERES ATENDIDAS EN TOCO-CIRUGIA

En el Hospital General Regional "La Perla". En el primer trimestre (Enero-Marzo) de 2010, se atendieron 1594 pacientes en el área de Toco-cirugía, encontrando los siguientes padecimientos, complicaciones y procedimientos.

ANENCEFALIA	1
EMBARAZO MOLAR	1
VIH + EMBARAZO	1
POLIDRAMNIOS	2
EMBARAZO GEMELAR	3
MIOMATOSIS	3
EMBARAZO ECTOPICO	4
EMBARAZO EMBRIONICO	7
OLIGODRAMNIOS	7
PROCESO INFLAMATORIO PELVICO	7
ABORTO SEPTICO	9
OBITO FETAL	9
DEHISCENCIA	11
PARTO FORTUITO	12
HUEVO MUERTO RETENIDO	13

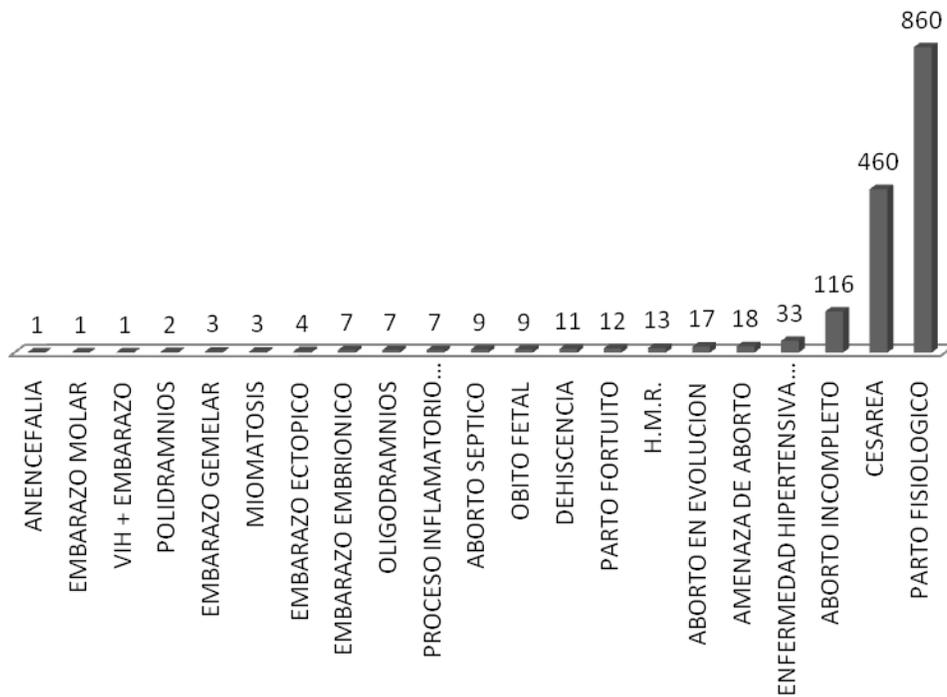
ABORTO EN EVOLUCION	17
AMENAZA DE ABORTO	18
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	33
ABORTO INCOMPLETO	116
CESAREA	460
PARTO FISIOLÓGICO	860
	1594

Fuente Hospital General Regional "LA PERLA", estadística Primer Trimestre
(enero-marzo) de 2010.

Frecuencia de mujeres atendidas en el área de Toco-cirugía

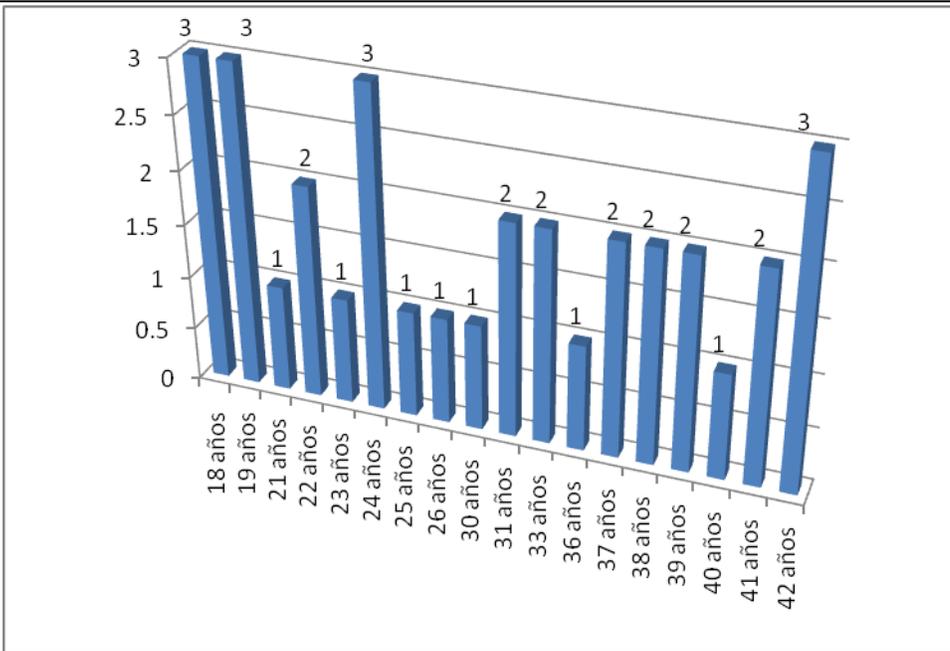
Del Hospital General Regional 'LA PERLA'.

MUJERES ATENDIDAS EN TOCO-CIRUGÍA



Gráfica 1: Fuente Hospital General Regional “LA PERLA”, estadística Primer Trimestre (enero-marzo) de 2010.

**Edad de las pacientes atendidas en el área de Toco-cirugía
Del Hospital General Regional ‘LA PERLA’. Que presentaron
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO**



Gráfica 2: Fuente Hospital General Regional “LA PERLA”, estadística Primer Trimestre (enero-marzo) de 2010.

5.7 FISIOPATOLOGÍA:

VASOESPASMO:

La dilatación y espasmo arteriolar contribuye probablemente al desarrollo de la lesión vascular ya que puede deteriorarse la integridad endotelial a causa de segmentos dilatados. Además la angiotensina II parece tener una acción directa sobre las células endoteliales, causando su contricción. Es posible que estos cambios conduzcan a escapes entre las

células endoteliales a través de los cuales se depositan subendotelialmente elementos constitutivos de la sangre incluyendo plaquetas y fibrinógeno.

La fisiopatología de la hipertensión aguda durante el embarazo está asociada principalmente con los siguientes fenómenos:

1. Una enfermedad de la arteriola que reacciona en forma de vasoespasmo causando hipertensión y finalmente una disminución del flujo sanguíneo en el útero.
2. Una alteración de la reactividad vascular debido a la cual la paciente embarazada no responde normalmente a los agentes presores, no obstante de que la preeclampsia se relaciona con un aumento de la sensibilidad vascular.
3. Un estado de alteración generalizada del metabolismo en el que el organismo de las pacientes con preeclampsia moderada o grave no asimila adecuadamente el sodio ingerido esto se debe probablemente a una alteración de las funciones renales.
4. Una afectación de las funciones renales, la cual se hace patente debido a una disminución en el índice de filtración glomerular.
5. Alteraciones en el comportamiento vascular, ocasionando una verdadera reducción en su volumen y, por lo tanto, un aumento en la concentración de los solutos presentes.
6. Las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) incluyen un aumento en la irritabilidad de dicho sistema cuyas manifestaciones en orden cronológico son: movimientos reflejos hiperactivos, clonus y finalmente convulsiones generalizadas.
7. La eclampsia y la preeclampsia graves son enfermedades catabólicas, como se ha demostrado hace algunos años mediante estudios metabólicos que revelaron el balance negativo de nitrógeno⁶.

⁶QUILLAN –ZUSPAN: Biblioteca de Ginecología y Obstetricia Operatoria. Douglas –Strome. VOLUMEN 1 Ciencia y Técnica Grupo Noriega Editores 1992 Cap. 3 pág. 101.

CAMBIOS A NIVEL DEL RIÑÓN

**VASOESPASMO ARTERIOLAR
GENERALIZADO**

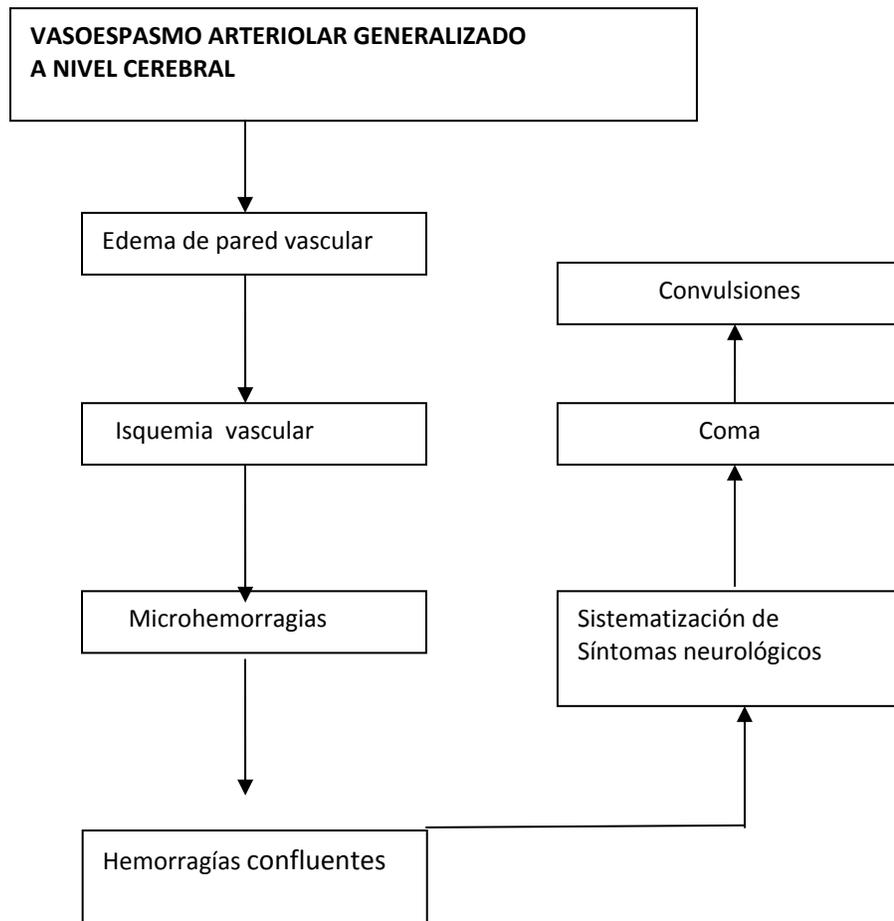
↓
[]
↓

[]

↑
**Liberación de sustancias
presoras**

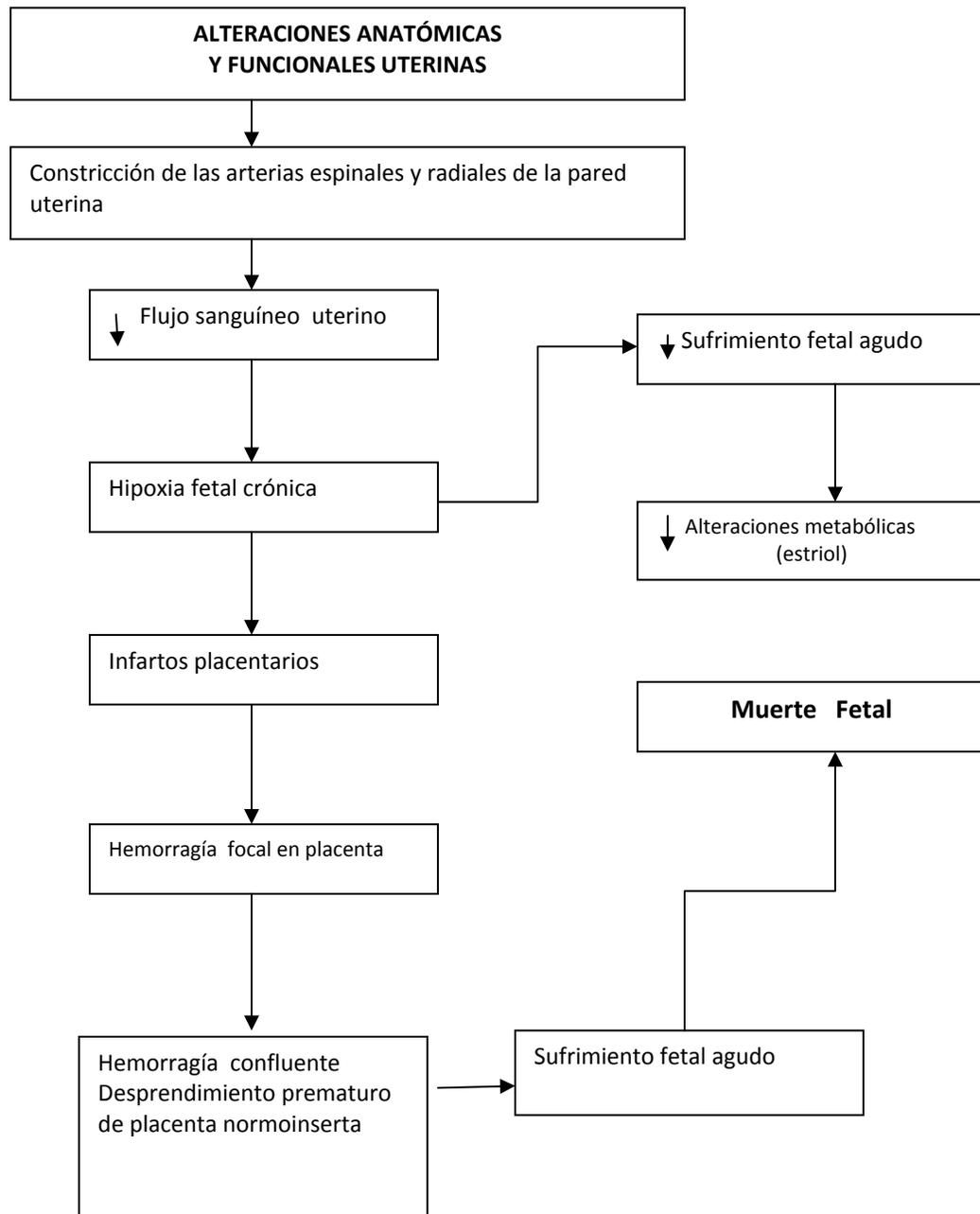
Fuente: MONDRAGÓN H.C. (2001) Obstetricia Básica Ilustrada 4ta. Edición, Edit.
Trillas, México, D.F., pág. 321

MECANISMO DE APARICIÓN DE LESIONES EN EL CEREBRO



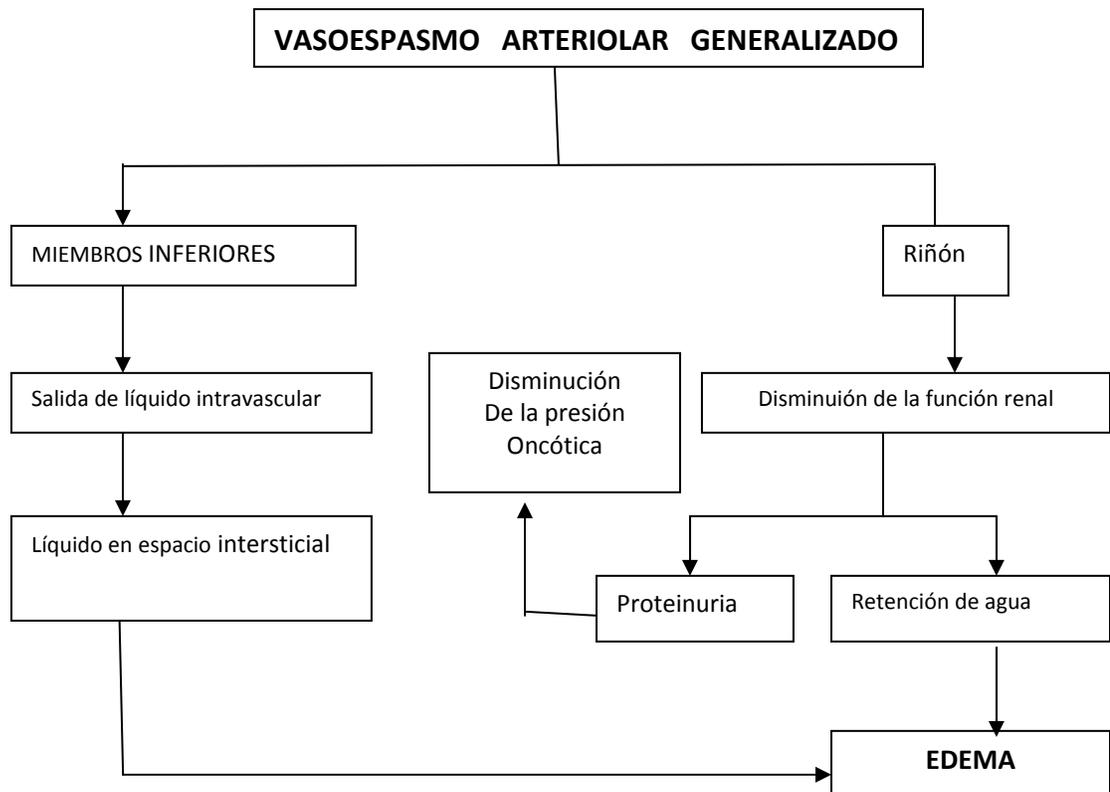
Fuente: MONDRAGÓN H.C. (2001) Obstetricia Básica Ilustrada 4ta. Edición, Edit. Trillas, México, D.F., pág. 322

SINTOMATOLOGÍA A NIVEL DEL FETO



Fuente: MONDRAGÓN H.C. (2001) Obstetricia Básica de la niñez a la juventud 1a. Edición, Edit. Trillas, México, D.F., pág. 713

APARICIÓN DEL EDEMA



Fuente: MONDRAGÓN H.C. (2001) Obstetricia Básica de la niñez a la juventud 1a.

Edición, Edit. Trillas, México, D.F., pág. 713

5.8 PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

A. PREVENCIÓN:

El equipo de salud constituido por el personal médico, enfermería y trabajo social brindará información, orientación y servicios. En el primer nivel de atención se dará énfasis al uso adecuado de la Cartilla Nacional de la Mujer, el Carnet Perinatal y la Cartilla Nacional de Vacunación.

La operación de servicios en el primer nivel de atención debe incluir:

- ✓ Sesiones educativas sobre medidas higiénico dietéticas que favorezcan la maternidad saludable y sin riesgos.
- ✓ Prevención y diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino y cáncer de mama.
- ✓ Prevención y control de infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Planificación familiar con énfasis en anticoncepción post-evento obstétrico.
- ✓ Cuidados del recién nacido.
- ✓ Beneficios de la lactancia materna.

B. DETECCIÓN:

La búsqueda intencionada de factores de riesgo de enfermedad hipertensiva en la población femenina en edad reproductiva y la detección de los primeros signos o síntomas de alarma premonitorios de preeclampsia-eclampsia, permitirán la prevención, diagnóstico temprano y referencia oportuna al 2º o 3er nivel de atención para tratamiento definitivo.

Signos y síntomas de preeclampsia:

- Hipertensión arterial
- Acúfenos y fosfenos
- Edema (miembros pélvicos, bipalpebral o generalizado)
- Aumento de la curva ponderal (más de 5kg en un mes)
- Síntoma de dispepsia (náusea, hiperémesis, epigastralgia)
- Cefalea

C. FACTORES DE RIESGO.

- Edad: embarazo en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Primigrávida o grandes múltiparas
- Antecedentes personales y familiar de preeclampsia-eclampsia en un embarazo anterior o en antecedentes familiares repetidos.
- Hipertensión arterial crónica o adquirida durante el embarazo, de cualquier etiología.
- Sobre distensión uterina de cualquier origen (embarazo gemelar o múltiple, polihidramios)
- Intervalo inter-genésico menor a dos años
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad renal previa o recurrente (aguda o crónica)
- Enfermedad trofoblástica
- Enfermedades autoinmunes
- Desnutrición
- Obesidad
- Ausencia o deficiencia de control prenatal
- Inestabilidad emocional (stress, depresión, angustia, violencia familiar)⁷.

⁷Lineamiento. Op.cit. pág.20-46

5.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN CONTROL PRENATAL.

- ❖ Historia clínica (énfasis en problemas cardíacos, renales o con diabetes mellitus)
- ❖ Toma de tensión arterial
- ❖ Registro de edad del embarazo
- ❖ Medición de altura del fondo uterino
- ❖ Peso de la paciente
- ❖ Toma de frecuencia cardíaca fetal
- ❖ Registro de síntomas de dispepsia (náusea, hiperémesis, dolor en epigastrio, dolor en área hepática)
- ❖ Signos urinarios (oliguria, proteinuria)
- ❖ Reflejos rotulianos
- ❖ Revisar exámenes de laboratorio (Biometría Hemática, Química sanguínea, Serotipo y factor Rh, VDRL, individualizando cada caso (proteinuria o elevación de ácido úrico en la sangre)
- ❖ Prescripción de hierro y ácido fólico
- ❖ Prescripción dieta hiperproteica e hiposódica
- ❖ Aplicación de toxoide tetánico después del 7º y antes del 9º mes.
- ❖ Registro de acúfenos, fosfenos, tinnitus, perturbaciones visuales, desorientación, hemorragia vaginal, edema de 1 ó 2 segmentos, periorbital, generalizado y ruptura de membranas⁸.

⁸Lineamiento. Op.cit. pág.20-46

5.10 COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA

Entre las más importantes se encuentran:

- ✓ Desprendimiento de placenta normoinserta
- ✓ Insuficiencia renal aguda
- ✓ Coagulación intravascular diseminada
- ✓ Hemorragia intracerebral
- ✓ Edema pulmonar
- ✓ Desprendimiento de la retina
- ✓ Hematoma y ruptura hepática
- ✓ Síndrome de HELLP
- ✓ Edema cerebral⁹

⁹Lineamiento. Op.cit. pág.20-46

5.11 TRATAMIENTO:

Una vez establecido el diagnóstico el tratamiento estará encaminado a la corrección de las alteraciones. Es conveniente señalar que hasta el momento no se conoce el tratamiento específico, pues se desconoce la etiología exacta.

1. El mejor tratamiento es la prevención o evitar que aparezca el cuadro. Esto únicamente se consigue mediante un control prenatal adecuado.
2. La interrupción del embarazo
 - ✓ Feto inmaduro con estabilidad de la madre (preeclampsia leve, hipertensión crónica controlada), será idóneo alcanzar la semana 35 de gestación ó 1,350kg de peso fetal. Valorar el uso de inductores de madurez fetal en productos entre las 28-32 semanas (dexametaxona o betametasona. 12 mg/l. cada 12 hrs, por 2 días, repetir la misma dosis a la semana).
 - ✓ Feto sin datos de sufrimiento fetal crónico o retardo en el crecimiento intrauterino.

Causas maternas:

- Estados fisiopatológicos con mala respuesta terapéutica
- Crisis hipertensivas continuas
- Oliguria severa (menor de 30 ml/h)
- Proteinuria severa (mayor de 5g/l)
- Depuración de creatinina menor de 50 ml/dl)
- Trombocitopenia severa
- Ruptura hepática
- Crisis convulsivas (eclampsia)
- Desprendimiento prematuro de placenta

Causas fetales:

- Sufrimiento fetal agudo o crónico agudizado
- Oligodramnios severo
- Retardo en el crecimiento fetal
- Óbito fetal¹⁰.

¹⁰ Lineamiento. Op.cit. pág.20-46

5.12 TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA LEVE.

- Se continuará con todas las medidas establecidas en la vigilancia del embarazo permitiendo hasta donde sea posible mantenerla con tratamiento conservador que permita alcanzar la madurez pulmonar fetal
- Durante el período de tratamiento expectante, la paciente recibirá los medicamentos estrictamente necesarios preferentemente indicaciones dietéticas y control médico estrecho.
- El manejo es domiciliario, procurando que la paciente repose en la cama durante una hora (2 veces al día) en el primer trimestre , 2 horas (2 veces al día) en el segundo y la mayor parte del tiempo posible en el tercero.
- Si las condiciones lo permiten estas pacientes deberán ser citadas a consulta según cada caso, de preferencia diario o cada tercer día y en condiciones estables cada 7 a 14 días, dependiendo del cuadro clínico.
- Determinar la presión sanguínea cada 2 semanas durante la primera mitad del embarazo y semanalmente durante la segunda.
- Se practicarán ultrasonidos seriados para valorar crecimiento fetal, pruebas sin estrés después de la semana 32, de acuerdo a su disponibilidad.
- Si la paciente presentara descompensación o sintomatología agregada que agrave el cuadro clínico, con inminencia de preeclampsia severa o eclampsia, será indicación precisa de hospitalización.
- Estabilizada la paciente valorar la posibilidad de controles ambulatorios en consulta externa del segundo nivel, o decidir la hospitalización definitiva hasta la interrupción del embarazo según condiciones del mismo.
- Procurar que el embarazo no rebase las 38 – 40 semanas (si el cuadro clínico no se estabiliza o se complica)¹¹.

¹¹ Lineamiento. Op.cit. pág.20-46

5.13 TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA.

Las pacientes con preeclampsia severa deben ser internadas, en los servicios de gineco-obstetricia, toco-cirugía o terapia intensiva según corresponda el caso. No debe permitirse que en una preeclampsia severa continúe como tal por más de 48 horas, sin ser tratada adecuadamente.

OBJETIVOS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

- ✓ Mantener funciones vitales controladas
- ✓ Prevenir crisis convulsivas
- ✓ Controlar la hipertensión
- ✓ Tratar complicaciones
- ✓ Interrupción del embarazo de acuerdo al estado materno fetal¹².

¹² Lineamiento. Op.cit. pág.20-46

VI. EXPLORACIÓN GENERAL DE LA PACIENTE

Ficha de identificación:

Fecha de admisión: 18 de marzo de 2010.

Hora: 9:45

Nombre: A. R.R.

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Domicilio: Calle oriente Mz. 2 Lt.6, Col. Nopalera, Sector Popular, Chimalhuacán Estado de México

Nacionalidad: Mexicana

Fecha de nacimiento: 18 de febrero de 1980

Ocupación: Hogar

Religión: Católica

Lugar de Nacimiento: Nezahualcoyotl, Estado de México

Estado civil: Casada

Escolaridad: Secundaria

Fuente de información: Entrevista directa.

CASO CLÍNICO

El día 18 de marzo del año en curso a las 9:45 am, ingresó al Hospital General Regional "La Perla", del Instituto de Seguridad del Estado de México (ISEM), la paciente A. R. R. de 20 años de edad, con 35.5 semanas de gestación (SDG), Peso: 68 kg, Talla 1.58m, TA 135/95mmHg, Temperatura: 36.7°C, FC 88X', FR 24X', glucemia capilar de 110mgdl, tiras reactivas de bililaxis reportó proteínas ++; refiere ser tratada en Centro de salud desde hace 6 meses.

Es referida al servicio de Toco-cirugía del hospital por presentar, algia obstétrica, cefalea con 10 horas de evolución, edema en miembros inferiores de +++, fóséenos, acúfenos. Actualmente embarazo de 35.5 SDG. X Fecha de última menstruación (FUM) 2 de julio de 2009 y Fecha probable de parto (FPP) 8 de abril de 2010, fondo uterino (FU) 28 cm. A la exploración física se encuentra consciente, tranquila y orientada en sus 3 esferas (tiempo, lugar y persona), deambulando.

Se decide pasarla a labor, para valoración ginecológica, se solicita Bh, Qs, Tiempos de coagulación, General de orina.

Con indicaciones medicas de: sonda Foley a permanencia con cuantificación de orina, signos vitales cada 4 horas, Solución Hartman 1000 ml para 2 horas, con carga de hidratación de 500 ml; reposo absoluto en posición decúbito lateral izquierda, monitorización fetal con registro tococardiógrafo cada hora. Hidralazina de 50 mg VO c/6 horas, dexametaxona 12mg c/12 horas IM. esquema de insulina 175-200 = 0, 200-250 = 4u, mayor de 250 = 6u. subcutánea.

Antecedentes heredo-familiares:

Madre hipertensa y diabética con más de 15 años de evolución, padre con antecedentes de hipertensión, tabaquismo y alcoholismo.

Antecedentes patológicos:

Diabética desde los 9 años de edad, se controla con insulina. (refiere no acordarse de cual ni a que cantidad, sólo que es aplicada por su suegra media hora antes de sus alimentos).

Antecedentes no patológicos:

Vive en casa rentada, donde habitan 3 familias más (11 personas), las características de la casa son: una recamara, sala, cocina y baño compartido con los demás habitantes; construcción de tabique aplanado, techo de loza y pisos de lozeta, cuenta con adecuada ventilación e iluminación; cuenta con los servicios intradomiciliarios de agua potable, drenaje, luz y teléfono. En su vivienda habita con su esposo, hijo y su suegra con quien lleva buena relación. Conviven con 3 perros, 1 guajolote y varios pájaros.

Las condiciones en cuanto a su higiene son buenas: baño y cambio de ropa diario, cepillado de dientes dos veces al día, lavado de manos después de ir al baño y antes de cocinar, aseo diario de la vivienda con cambio de ropa de cama semanal.

En su domicilio coloca la basura en bote con tapa y la tira diariamente.

Refiere que su alimentación es adecuada y suficiente (desayuno, comida, cena y 2 colaciones: consume carnes 4/7, en mayor proporción pollo, pescado y res; verduras 7/7, pastas 2/7, cereales 7/7, fruta 2 ó 3 porciones por día en especial: manzana, pera, melón, piña, fresas y guayabas. Su comida favorita es el pozole y las tostadas y por consiguiente la consume de manera regular.

Refiere que su ingesta es variada porque trata de combinar de todo un poco todos los días, también consume 2 ó 3 tortillas, pan tostado, cereales, huevo, leche y agua 2 litros al día.

Sin embargo no conoce el valor que tienen los nutrimentos; pero escucha con atención si se le da alguna plática en cuanto a esto.

Niega: Toxicomanías, alcoholismo, tabaquismo y alérgicos.

En cuanto a reposo, descanso y sueño, comenta que duerme de 8 a 10hrs al día, y hace dos o tres descansos de 20 min, durante el día, sólo para descansar los pies.

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

Menarca a los 12 años con periodos de 5 X 30 escaso y doloroso. Vida sexual activa desde los 14 años con 3 parejas sexuales, Gesta 2, Para 1, Cesárea 0, abortos 0. FUM 2 de julio de 2009.

6.1 EXAMEN CLÍNICO:

Cabeza Normocefalo, no se palpan hundimientos ni salientes óseas. Adecuada implantación de cabello, con higiene regular del mismo.

Cara: Pabellones auriculares con adecuada implantación, simétricos y sin malformaciones aparentes, refiere tinnitus discreta en estos momentos, ojos simétricos sin presencia de nistagmus, con pupilas con adecuada respuesta a la luz que explora, isocóricas y normorrefléxicas, palidez de conjuntivas, edema biparpebral moderado en ambos ojos, palidez generalizada de tegumentos, mucosas nasal y oral semihidratadas, piezas dentales completas, halitosis, discreta hiperemia faríngea, amígdalas eutróficas.

Cuello: pulsos carótideos presentes, sincrónicos y homocrótos a los radiales, sin datos de plétora yugular, no se palpan ganglios ni masas tumorales, tráquea desplazable no dolorosa a la palpación.

Tórax: Se observan movimientos armónicos de inspiración-espriación toraco-abdominales, amplexión y amplexación, aunque con discreta dificultad respiratoria, FR 18x', se ausculta claro pulmonar y sin fenómenos agregados a la auscultación con estetoscopio, a la percusión de áreas pulmonares timpánico en su totalidad, bases y ápices pulmonares.

FC 78 latidos x', con adecuado tono y frecuencia, no se auscultan soplos cardíacos, arritmias ni fenómenos de galope. Mamas turgentes con escasa secreción láctea, pezón formado.

Abdomen: Globoso a expensas de útero gestante, con fondo uterino de 28 cm, producto único vivo, en situación longitudinal, dorso izquierdo, presentación cefálica, abocado, FCF 144x' por estetoscopio de Pinard, ruidos intestinales disminuidos de 2 a 3 por minuto, borborigmos presentes, refiere movimientos fetales en cantidad de 5 a 7 en un día.

Miembros torácicos simétricos, eutróficos, movimientos pasivos de arcos de movilidad en articulaciones adecuados. En miembros pélvicos asimétricos, hipertérmicos, edema ++, signo de Godet ++, con dolor moderado a intenso en articulaciones de rodillas y tobillos, reflejos osteotendinosos (patelar y aquileo) disminuidos con llenado capilar de lecho ungueal disminuido (3-4 segundos).

Genitales: Al tacto vaginal: cérvix posterior, cuello corto, cerrado, sin pérdidas transvaginales, no doloroso a la palpación, sin contracciones uterinas.

Piel: semihidratada, palidez generalizada, diaforesis discreta y generalizada.

Neurológico: Consciente, orientada en tiempo, lugar y persona (en sus 3 esferas) y cooperadora. Valoración de escala de Gasglow 15 puntos.

6.3 EVOLUCIÓN CLÍNICA:

19 de marzo de 2010, 11:15 am. La paciente refiere mareos, náuseas e incremento de dolor de cabeza. Al levantarse a vomitar inicia con convulsiones y pérdida del conocimiento; los resultados de orina indicaron proteinuria de 3gr, signos vitales T/A: 130/95 mmHg, Fc 98 X', Fr 26 X' por lo que se decide pasarla a quirófano para interrupción del embarazo vía cesárea bajo sedación, donde se le procede a intubación endotraqueal, colocación de catéter venoso central, Solución glucosada al 5% de 1000ml, sedación con diazepam 40 mg. IV; al término solución glucosada al 10% 1000ml con 2.5 de midazolam a goteo lento para mantener sedación, furosemide 60mg IV, gasometría arterial y pH sanguíneo, electrocardiograma, Tele de tórax, fondo de ojo (con intervalo de 6 horas).

Cuando termina operación cesárea pasa a Terapia Intensiva.

11:45 am. Nace producto único vivo del sexo: masculino, talla: 47cm, peso 1,950kg, PC 30cm, PT 28cm, PA 27cm, SI 21, Pie 7cm, Apgar 6/7, Capurro 36 semanas: deprimido, llora y respira con dificultad, por lo que se le da respiración artificial con oxígeno suplementario con ambú por pediatra, quien decide que el producto pasa a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Terapia Intensiva:

La paciente es internada en esta unidad por 72 horas, con evolución clínica favorable; según notas de enfermería la paciente se mantuvo en parámetros normales, con los registros que a continuación se muestran:

- ✓ Temperatura: 36⁰C a 37.2⁰C,
- ✓ Frecuencia cardíaca: de 68 a 86 X',
- ✓ Frecuencia respiratoria: 14 a 21 X',
- ✓ Tensión arterial: 128/65 a 139/90 mmHg:
- ✓ Presión venosa central de 8 a 10 cm H₂O,
- ✓ Glicemia capilar: 96 a 170 mgdl,
- ✓ FiO₂: entre 87 y 96%.

Se le realizaron las siguientes acciones de enfermería:

- Ayuno
- Monitoreo cardíaco continuo
- Cuidado de paciente neurológico, toxémico y con intubación
- Cuantificación estricta de líquidos (sonda Foley a derivación)
- Cama con barandales en alto
- Glucemia capilar cada 6 horas
- Medidas antitrombóticas y antiescaras
- Baño de esponja
- Ejercicios vesicales

Y se le ministraron las siguientes soluciones y medicamentos:

- Solución mixta 1000 ml + 60 meq de Kcl p/12 horas
- Haemacell 500 ml p/8horas
- Omeprazol 40mg IV c/24 hrs
- Metocopramida 10mg IV c/8 hrs
- Difenilhidantoina 125mg IV c/8 hrs
- Clonixilato de lisina 100mg IV c/8 hrs.
- Cefotaxima 1gr c/12 horas
- Enalapril 20mg VO c/12 horas
- Metoptolol 50mg VO c/12 hrs.
- Hidralazina 10mg IV en caso de PAS = 160mmHg ó PAD = 110mmHg
- Nifidipino 30 mg VO c/12 hrs.
- Midazolam 2.5 IV PRN.

Al tener una evolución favorable se decide dar de alta a piso de Ginecología por mejoría clínica.

22/03/2010.

En el servicio de Ginecología la estancia de la paciente fue de 5 días bajo el siguiente esquema médico.

1. Dieta hiposódica e hiperproteica
2. Signos vitales cada 4 horas,
3. Cama con barandales en alto
4. Baño en regadera
5. Deambulaci3n
6. Oxigeno 3 a 5l con puntas nasales
7. Posici3n semi-fowler
8. Cuantificar uresis

Medicamento:

1. Insulina subcutánea con esquema 175-200 = 0, 200-250=4u, mayor 250=6u (subcutánea)
2. Captopril Vo,50mg c/12 hrs.
3. Hidralazina Vo. 10mg c/8 hrs.
4. Furosemide Vo. 40mg c/8 hrs.
5. Ciprofloxacino 400mg IV c/12 hrs.
6. Diclofenaco 75mg IV c/12 hrs.
7. Ketorolaco 30 mg IV PRN
8. Paracetamol 300mg c/6 hrs
9. Ranitidina 50mg IV c/12 horas
10. Senosidos AB 2 tab Vo. c/8 hrs
11. Ácido fólico 1 tableta diaria
12. Sulfato ferroso 30mg al día

6.4 VALORACIÓN POR NECESIDADES:

La valoración de la paciente para la obtención de datos se llevó a cabo en la admisión del área de toco-cirugía del hospital "La Perla"; más sin embargo debido a la complicación de su embarazo, la atención de urgencia que tuvo que recibir, las políticas del hospital (no poder ingresar los estudiantes a los servicios los fines de semana), la valoración por necesidades se tuvo que realizar en el área de alojamiento conjunto.

Considero que hubiese sido de suma importancia que la atención hubiera sido en la Terapia Intensiva, que es donde se le pudo haber llevado mejor el Plan de Atención de Enfermería.

1. Respirar con normalidad (Necesidad afectada)

Mascarilla nasal, con administración de oxígeno de 3 a 5 litros por minuto, posición semi-fowler y sedente.

2. Comer y beber adecuadamente (Necesidad no afectada)

Dieta hiposódica e hiperproteica (pollo, verduras, pescado, res, agua de sabor, té, atole, pan integral), consumía en su totalidad el alimento.

3. Eliminar desechos del organismo (Necesidad afectada)

Cuantificación de orina, con características: turbia y escasa, aún cuando tiene indicados diuréticos (por la retención de líquidos)

En cuanto a heces refiere son duras con evacuaciones de 1 a 2 veces al día. Actualmente se le manejan senosidos AB, para mejorar las evacuaciones.

4. Movimiento y mantener una postura adecuada (Necesidad afectada)

La paciente manifiesta dolor tolerable, se le enseñó como levantarse y deambular poco a poco, para que se incorpore a su ritmo habitual, es manejada con vendaje abdominal y se le ministraron analgésicos (ketorolaco 30 mg al día PRN).

5. Necesidad de descansar y dormir (Necesidad no afectada)

Duerme aproximadamente 10 horas, y está haciendo siestas cada 3 ó 4 horas, de 20 minutos.

6. Necesidad de seleccionar una vestimenta adecuada (Necesidad no afectada)

Se encuentra con bata hospitalaria.

7. Necesidad de mantener a temperatura corporal (Necesidad no afectada)

La temperatura se le toma cada hora, con rango de 36 a 37.2⁰C, por lo que no requiere control de temperatura por medios externos.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal (Necesidad no afectada)

Baño de regadora, con cambio de ropa es diariamente.

9. Necesidad de evitar peligros en el entorno. (Necesidad afectada)

El peligro más latente es que pudiera volver a presentar las crisis convulsivas, pero en estos momentos se encuentra controlada, la tensión arterial se observa dentro de los parámetros normales.

Otro peligro latente es la congestión mamaria, en virtud de que se le suspendió la lactancia materna y tiene secreción láctea abundante.

En cuanto al riesgo de caída, se le colocó en una cama con barandales en alto.

10. Necesidad de comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades, miedos u opiniones. (Necesidad afectada)

Después de haber pasado 3 días en Terapia Intensiva y 6 de que nació su hijo, aún no lo conocía, ya que fue enviado a UCIN, por las mismas condiciones de nacimiento. Por lo que se encontraba triste y con miedo de no saber cómo estaba su hijo.

11. Necesidad de ejercer culto a Dios (Necesidad no afectada)

Es de religión católica, y refiere agradecer a Dios que ya se encuentra bien. Así mismo le pide a Dios y a la Virgen porque su hijo recupere la salud.

12. Necesidad de Trabajar de forma que permita sentirse realizado. (Necesidad no afectada)

No trabaja, fuera de casa, refiere que es un acuerdo de ella y su esposo que se dedique a sus hijos.

13. Necesidad de participar en todas la formas de recreación y ocio. (Necesidad no afectada)

Refiere sentirse bien cuando sale con su esposo a algún lugar recreativo, por lo que lo seguirá haciendo.

14. Necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud. (Necesidad no afectada)

Refiere que no le interesa por ahora aprender nada, que está contenta con atender su casa, sus hijos y su esposo.

6.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Deterioro de la movilidad física, r/c intolerancia a la actividad, m/p dificultad para moverse en cama, cambios en la marcha y movimientos descoordinados.
2. Deterioro de la integridad cutánea, r/c presión en ciertas áreas del cuerpo, m/p enrojecimiento y dolor en sacro, codos, omóplatos y tobillos.
3. Riesgo de infección, r/c proceso invasivo
4. Duelo r/c con la capacidad para tener más hijos, m/p cambios drásticos de carácter
5. Alto riesgo de congestión mamaria, r/c interrupción de la lactancia
6. Riesgo de caídas, r/c crisis convulsivas
7. Deterioro del intercambio gaseoso, r/c la disminución de la actividad pulmonar funcional.
8. Alteración de la nutrición, r/c por factores económicos, culturales e ingesta de alimentos poco nutritivos, m/p palidez acentuada de tegumentos y bajo peso.
9. Alteración de la nutrición por defecto, r/c con la incapacidad del organismo para metabolizar y sintetizar correctamente la glucosa y los nutrientes.
10. Alteración de la eliminación urinaria, r/c con poca ingesta de agua, m/p por orina concentrada.
14. Alteración de la defecación por estreñimiento r/c inmovilidad
15. Ansiedad ante la muerte.

VII. PLAN DE CUIDADOS

1.1 Jerarquización de las necesidades.

En el presente Plan de cuidados solo se consideraron las necesidades afectadas y son las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
3. Necesidad de evitar peligros en el entorno
4. Necesidad de comunicarse.
5. Necesidad de nutrición e hidratación
6. Necesidad de eliminar desechos del organismo

❖ NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
(Servicio de Alojamiento Conjunto)

DX. DE ENFERMERÍA: (NANDA)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastorno de la función respiratoria, relacionado con dolor secundario a incisión abdominal ❖ Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con la disminución de la actividad pulmonar funcional
OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mejorar la calidad de la función respiratoria de la paciente.

INTERVENCIONES (NIC, NOC)	FUNDAMENTACIÓN (NIC, NOC)	EVALUACIÓN
<p>Instalación de puntas nasales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar a la paciente para detectar ruidos pulmonares, tales como estertores y sibilancias. • Colocar a la paciente en posiciones que permitan la expansión torácica máxima. 	<p>Las respiraciones ruidosas, húmedas y dificultosas indican que se está acumulando moco, que obstruye las vías respiratorias. La disnea y el aumento en la frecuencia del pulso y respiratoria son indicativos de secreciones acumuladas.</p> <p>Las posiciones fowler, semifowler y ortopneica permiten una adecuada expansión torácica en pacientes en cama. Al no existir compresión de la caja torácica.</p>	<p>*Se detectaron ruidos pulmonares (estertores), lo que dio pauta para que se le realizaran ciertas técnicas (palmopercusión y ejercicios de respiración profunda) para mejorar el intercambio gaseoso en la paciente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle los ejercicios de respiración profunda y tos para expectorar las secreciones. (Respiración diafragmática y técnica de labios fruncidos) 	<p>Cuando el diafragma se contrae, la cavidad torácica se expande y los pulmones se llenan de aire.</p> <p>Los reflejos de la tos y estornudos son mecanismos de limpieza, aclara las vías nasales y las vías respiratorias inferiores.</p> <p>La posición de los labios crea resistencia al flujo del aire que sale de los pulmones, aumenta la presión de</p>	<p>*Se logró que la expansión torácica fuera máxima con los ejercicios de respiración profunda, logrando así una adecuada entrada y salida de aire.</p>

	los bronquios y minimiza el colapso de los bronquiolos de menor calibre.	
INTERVENCIONES (NIC,NOC)	FUNDAMENTACIÓN (NIC, NOC)	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la ingesta de líquidos 	La hidratación adecuada conserva la humedad de la mucosa respiratoria.	Las secreciones dejaron de ser espesas y salieron más rápido.
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar oxigenoterapia de 3 a 5 litros por minuto. 	<p>La cánula nasal es un dispositivo de flujo bajo.</p> <p>Cuando se excede de 6/L min hay tendencia a que el paciente degluta aire y se irrite la mucosa nasal y faríngea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La Sra. A.R.R. manifestó alivio en los síntomas.
<ul style="list-style-type: none"> Dar palmo percusión cada 4 horas 	La percusión sobre partes pulmonares congestionadas puede desalojar en forma mecánica las secreciones espesas de la pared bronquial.	<ul style="list-style-type: none"> Se logró que se aflojaran las secreciones, permitiendo que la salida fuera más rápida.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA (Servicio de Alojamiento Conjunto)

DX. DE ENFERMERÍA: (NANDA)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de la movilidad física, relacionada con incapacidad a la actividad, manifestado por dificultad para moverse en cama, cambios en la marcha y movimientos incoordinados. ❖ Deterioro de la integridad cutánea, relacionada con presión en ciertas áreas de cuerpo, manifestado por enrojecimiento en salientes óseas.
OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que la paciente logró incorporarse a su ritmo de vida habitual, con una postura adecuada. ❖ Disminuir el deterioro de la piel en zonas de salientes óseas.

INTERVENCIONES (NIC, NOC)	FUNDAMENTACIÓN (NIC,NOC)	EVALUACION
Enseñar y ayudar a la paciente a ejercicios	Estos ejercicios resultan útiles para mantener la flexibilidad articular.	

pasivos de arco de movimiento de brazos, piernas y cuello.		<ul style="list-style-type: none"> • Con estas recomendaciones, la paciente se sintió con la confianza necesaria para iniciar la deambulaci3n, poco a poco hasta llegar a una postura correcta, que la beneficio para que el dolor en la ces3rea disminuyera y se incorporara a su ritmo de vida.
Enseñan a la paciente a utilizar los brazos y las piernas para desplazar el peso corporal al levantarse de la cama.	La utilizaci3n de los m3sculos fuertes de los brazos y piernas, pueden reducir la tensi3n de la espalda y abdomen.	
Explicar a la paciente la movilizaci3n progresiva elevaci3n gradual de la cabeza de la cama, sentarse, ponerse de pie.	Les ayuda a los pacientes adaptarse a los cambios que implica la postura vertical.	
Informar a la paciente que alterne el estar de, pie y sentado durante periodos breves tan pronto como sea posible y deambule	La postura vertical en forma brusca puede llevar a la paciente a hipotensi3n ortost3tica.	
Vigilar la tolerancia que presenta la paciente ante la marcha, iniciar con un per3odo de 5 minutos de descanso; observar si se presenta dificultad para respirar, dolor tor3cico, n3useas, sudoraci3n, palidez o enrojecimiento de la piel, mareos o confusi3n mental.	Los objetivos de la actividad dependen de la intensidad del dolor de la paciente y su capacidad funcional. Los problemas en la marcha o postura pueden contribuir al dolor al deambular, permanecer de pie o estar sentado. Por lo tanto los periodos deben ser breves y suaves.	
INTERVENCIONES (NIC, NOC)	FUNDAMENTACI3N (NIC, NOC)	EVALUACION
Realizar cambios de posici3n (dec3bito lateral derecha e izquierda), cada 4 horas.	La presi3n prolongada sobre una parte del cuerpo determina formaci3n de 3lceras, ya que la lesi3n de los vasos se debe a la presi3n del peso corporal. La interrupci3n del aporte sangu3neo debido a la presi3n de los vasos hace que las c3lulas no reciban los nutrientes adecuados y se acumulen desechos celulares, a la larga ocurre la muerte de las c3lulas y surge la 3lcera por dec3bito.	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente mantuvo la piel intacta y bien hidratada
52		

Proporcionar masaje en zonas de salientes óseas	Promueve la circulación y evita la formación de úlceras. La fricción del masaje produce calor en la superficie cutánea, lo cual dilata los vasos periféricos en el área, lo que permite el flujo sanguíneo de la misma.	<ul style="list-style-type: none"> Realizo movimiento normal de miembros superiores e inferiores Con estas intervenciones proporcionadas a la paciente se contribuyó a que la circulación mejorara, y que las zonas con enrojecimiento que empezaba a tener en la espalda y tobillos disminuyera.
Examinar diariamente el estado de la piel, cerciorándose que éste limpia, seca e hidratada.	La presencia de humedad en la piel durante periodos prolongados disminuye su resistencia a los traumatismos. El calor aumenta las necesidades de oxígeno en las células finalmente originan la muerte celular.	
Realizar baño completo diariamente.	Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan mejor. Los residuos de jabón son muy irritantes y predisponen a lesiones de la piel.	
Realizar hidratación completa de la piel (crema hidratante 1 ó 2 veces al día).	Las lociones o cremas mantienen la piel suave y libre de escoriaciones y grietas producidas por falta de grasa.	
Realizar aseo de la cama	Las arrugas en la cama son un factor para la formación de escaras. Los pacientes acostados por largos periodos están propensos a sufrir daños tisulares causados por fricción.	
Verificar que la paciente ingiera alimentos nutritivos y líquidos en abundancia	La desnutrición es un factor que predispone a la formación de úlceras por decúbito a raíz de la facilidad con que resultan dañadas las células nutridas insatisfactoriamente.	
INTERVENCIONES (NIC,NOC)	FUNDAMENTACIÓN (NIC, NOC)	EVALUACIÓN
❖ Inspeccionar y revisar la posible aparición de signos y síntomas de la herida: inflamación y enrojecimiento, edema, separación de los bordes de la herida, secreción purulenta, hipertermia.	Los microorganismos patógenos pueden atacar tanto a las heridas abiertas como cerradas. Lo solución de continuidad de la piel o mucosa aumenta las probabilidades de infección en una herida.	<ul style="list-style-type: none"> Se logró que la herida quirúrgica evolucionara sin complicaciones.
53		

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar los procedimientos con técnica aséptica para evitar la infección: <ol style="list-style-type: none"> 1. lavarse las manos antes Y después de las curaciones. 2. Usar guantes durante los procedimientos. 3. Limpiar y mantener el área libre de excreciones corporales 4. Proteger tejidos circundantes. 	<p>Estas medidas ayudan a evitar la introducción de microorganismos a la herida, también reduce el riesgo de transmisión de infecciones a otras personas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con el vendaje aplicado refirió sentir alivio y comodidad, ya que le ayudó a moverse con libertad y sin molestia.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Brindar sostén e inmovilización de la herida quirúrgica, a través de vendaje abdominal 	<p>Los vendajes y fajas proporcionan presión e inmovilización de una parte corporal para restringir los movimientos, brindar sostén a una parte corporal, prevenir o reducir la inflamación.</p>	
<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC,NOC)</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN (NIC,NOC)</p>	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar vendaje compresivo antes de que ocurra congestión mamaria. 	<p>Ayuda a inhibir la secreción láctea.</p>	<p>Se logró que la paciente no presentara complicaciones como mastitis aguda, hipertermia y mal estar general.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar compresas frías y calientes en las mamas. 	<p>Las compresas frías disminuyen el dolor y la hipertermia.</p> <p>Las compresas calientes dilatan las mamas.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle la técnica de lactoaspiración mecánica o manual, si las mamas están muy congestionadas. 	<p>La extracción de leche ayudará en caso de congestión mamaria severa.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar la técnica masaje concéntrico. 		
<p>54</p>		

<ul style="list-style-type: none"> Mantener la cama hospitalaria en posición baja, para que la paciente pueda acostarse o levantarse con facilidad. 	<p>Las caídas son frecuentes en personas lesionadas, enfermas o debilitadas.</p> <p>Prevenir mareos e hipotensión ortostática.</p> <p>Las crisis convulsivas que se manifestaron durante la eclampsia pueden recurrir hasta las dos semanas siguientes posparto.</p>	<p>La paciente logró incorporarse a su ritmo habitual de vida, sin complicaciones aparentes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Elevar los barandales de la cama. 		
<ul style="list-style-type: none"> Orientar a la paciente sobre la incorporación lenta desde la cama, sentarse antes de ponerse de pie y permanecer parado inmóvil durante un breve lapso antes de iniciar la marcha. 		
<ul style="list-style-type: none"> Identificar signos de alarma (cefalea, acúfenos, fosfenos, tinnitus) que pueda indicarnos crisis convulsivas. 		

❖ NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

(Servicio de Alojamiento Conjunto)

DX. DE ENFERMERÍA: (NANDA)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Riesgo de infección, relacionado con proceso invasivo ❖ Alto riesgo de congestión mamaria, relacionado con interrupción de lactancia materna ❖ Riesgo de caídas, relacionado con crisis convulsivas
OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener a la paciente libre de riesgos reales y potenciales, durante su estancia hospitalaria y en su hogar.

❖ NECESIDAD DE COMUNICARSE

(Servicio de Alojamiento Conjunto)

DX. DE ENFERMERÍA:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Temor ante la muerte
OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que la paciente se tranquilice ante el conocimiento de la expectativa de vida de su hijo, el cual se encuentra en UCIN

debido a que nació con hipoxia y fue recién nacido pre término.

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participar y respetar las etapas de duelo (ira, aislamiento, negación, depresión, aceptación) como sentimientos normales cuando hay ajustes a los cambios sufridos por el cuerpo o estilo de vida. ✓ Alentar a los familiares para que conversen y tranquilicen a la paciente. ✓ Permitir y motivar a la paciente para que hable y exprese sus emociones con libertad. ✓ Acompañar a la paciente cuando deambuló, al área de cuidados intensivos, para que visitará a su hijo. 	<p>El contacto físico es una forma importante de comunicación.</p> <p>El duelo es una respuesta emocional ante cualquier pérdida.</p> <p>Permite la tranquilidad en la paciente, al saber que su esposo ha visitado a su hijo, y saber que ha mejorado.</p> <p>La comunicación adecuada con el paciente, implica que la enfermera tenga una relación de confianza con él.</p>	<p>La paciente al manifestar su duelo, hizo muestra a un cambio positivo a sus emociones.</p> <p>Se tranquilizó cuando pudo ver a su hijo, manifestó que le hizo sentirse bien poder trasladarse a donde se encontraba su pequeño, y saber que estaba evolucionando de manera satisfactoria y que muy pronto estaría con ella.</p>

❖ NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

(Servicio de Alojamiento Conjunto)

DX. DE ENFERMERÍA:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alteración de la nutrición, relacionado con factores económicos, culturales e ingesta de alimentos poco nutritivos, manifestado por palidez acentuada de tegumentos y disminución de peso. ❖ Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la capacidad del organismo para metabolizar y sintetizar correctamente la glucosa y los nutrientes, manifestada por disminución o aumento en glucosa.
OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La paciente conocerá la manera de disponer de alimentos

nutritivos, el valor nutrimental de los mismos, algunas formas de cocinarlos y conseguirlos de acuerdo a sus recursos económicos, así como algunas medidas higiénicas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Indicar y ayudar a la paciente a que se lave las manos antes de comer.	Disminuye el riesgo de infecciones estomacales, debido a microorganismos patógenos	❖ La paciente sintió bienestar, ya que estuvo en ayuno por varios días.
Lavar frutas y verduras, así mismo hervir el agua y clorarla.	Los microorganismos están presentes en cualquier lugar, sobre todo en las frutas y verduras ya que se mantiene con agua de riego.	❖ Se mantuvo animada y comió todo lo proporcionado y refirió que se quedó con apetito.
Realizar pláticas acerca del valor de los nutrimentos y los beneficios de cada uno de ellos en nuestro organismo.	Los pacientes necesitan orientación acerca de necesidades dietéticas especiales, que amerita, debido a su padecimiento y a la cirugía reciente.	❖ Escuchó con atención y preguntaba por sí tenía dudas.
Verificar en la charola el nombre del paciente, tipo de dieta (hiposódica e hiperproteica), la cantidad ingerida.	Anticiparse a aquellas posibles situaciones, en que la dieta fuese incorrecta.	❖ Estuvo con entusiasmo, refirió que solo de algunos sabía los beneficios y que

otros ni siquiera los incluía en su dieta, pero que los iba a llevar a la práctica, sobre todo para proporcionárselo a sus hijos.

❖ NECESIDAD DE ELIMINAR DESECHOS DEL ORGANISMO
(Servicio de Alojamiento Conjunto)

**DX. DE ENFERMERÍA:
(NANDA)**

- ❖ Alteración de la eliminación urinaria, relacionada con poca ingesta de agua, manifestada por orina concentrada
- ❖ Alteración de la defecación por estreñimiento en relación con inmovilidad.

OBJETIVO:

- ❖ Concientizar a la paciente, sobre la importancia de ingerir por lo menos 2 litros de agua para mejorar las características de la orina.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Explicar a la paciente que el ingreso adecuado de líquidos se requiere para la producción de orina suficiente.	La ingesta de agua ayuda a que la orina sea más diluida y por lo tanto la salida de productos azoados.	Permitió tener un control y evolución en cuanto a proteinuria presente en la orina. La paciente prestó atención y agradeció la información
Evitar los estimulantes (café, té y bebidas alcohólicas) a la hora de acostarse, para disminuir las probabilidades de micción por la noche.	Las bebidas alcohólicas inhiben la liberación de la Hormona Antidiurética (ADH) y facilitan la formación de orina. Alteran el estado de sueño. El café, té y bebidas de cola, que suelen tener cafeína, lo que permite que aumenten la frecuencia y volumen de la micción.	
Animarla a que tenga a la mano diariamente una jarra de agua con	Las frutas y verduras frescas, así como los cereales, aumentan el	

dos litros de agua. Y que ingiera poco a poco. Sugiriendo agregar frutas de la estación que son más frescas y económicas. Explicar las complicaciones que ocasiona la ingesta de bebidas carbonatadas y gaseosas.	residuo intestinal. La ingestión suficiente de líquidos es importante para prevenir el endurecimiento y la sequedad de las heces. Las bebidas gaseosas y carbonatadas es factor de sobrepeso.	proporcionada. Facilitó la evacuación. Permitió tener un control y evolución en cuanto a proteinuria presente en la orina
Alentar a la paciente a la ambulación	La actividad física facilita la evacuación. Recupera la motilidad intestinal normal.	
Realizar masaje en abdomen.	El masaje en forma de reloj, permite que haya un mejor peristaltismo, facilitando la salida de heces.	
Proporcionar privacidad y tiempo suficiente para defecar o miccionar.	La falta de privacidad, estar bajo estrés y las apuraciones usualmente inhiben con rapidez la necesidad de defecar	
Cuantificación de uresis	Determinar el volumen residual urinario, cada hora.	

VIII. PLAN DE ALTA

El plan de alta hospitalaria es el proceso de prever y planear los cuidados, con base en las necesidades después de que el paciente sale del hospital.

El plan de alta busca asegurar cuidados en el hogar acordes con las necesidades y requerimientos del paciente, una vez egresado del hospital y que deben ser una guía para la atención de la salud.

La continuidad de los cuidados a través de la respuesta positiva del paciente y la ayuda de la familia, tomando conciencia de la importancia del tratamiento en enfermedades crónicas y degenerativas, como lo son: la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, ayudará a mejorar el estilo de vida.

El objetivo es proporcionar a la paciente y a los familiares, el conocimiento y las técnicas para cubrir las necesidades y conservar el mejor control posible sobre la enfermedad.

8.1 ORIENTACIÓN A LA PACIENTE RESPECTO A SU PADECIMIENTO:

1) Familiarizarse con la diabetes:

- Se explicó a la paciente acerca de la enfermedad de Diabetes, signos, síntomas y complicaciones. En virtud de que es una paciente que **No tiene Conciencia de la Enfermedad.** (Anexo 1)
- Se le indicó que debe visitar al médico regularmente y en caso de alguna complicación de la diabetes.
- Llevar en todo momento carbohidrato adicional (terrones de azúcar, caramelo)
- Llevar en todo momento una tarjeta de identificación como diabético o usar un brazalete con el mismo fin.

a) Medidas Higiénicas:

- Se le explicó la importancia del baño y cambio de ropa diariamente.
 - Aprender la importancia del cuidado de los pies para prevenir infección.
-
- a) Inspeccionar los pies y con el mayor cuidado en busca de callos, ampollas, grietas, enrojecimiento y anormalidades de la uñas.
 - b) Usar un espejo pequeño para el examen de las plantas de los pies.
 - c) No mojar los pies durante periodos prolongados
 - d) Secar los pies con el mayor cuidado, sobre todo entre los dedos.
 - e) Dar masaje a los pies con loción lubricante excepto entre los dedos.
 - f) Aplicar talco en los espacios interdigitales sobre todo si sudan los pies.
 - g) Usar zapatos que no compriman, de tacón bajo, medias o calcetines anchos y elásticos.
 - h) Comprar los zapatos a la caída de la tarde, ya que los pies son más grandes a esta hora que en la mañana.
 - i) No ponerse los nunca los zapatos aplicando fuerza
 - j) Observar los zapatos en busca de clavos salientes
 - k) Evitar calzado con suela de goma o plástico que propicia sudación y pueda causar infecciones micóticas
 - l) Evitar zapatillas
 - m) Acudir al podólogo en forma regular si aparecen callos o uñas enterradas.
 - n) Cortar las uñas de los pies en sentido horizontal, para evitar su crecimiento anormal hacia adentro

- se le proporcionó información acerca de la humectación en la piel, para evitar la resequeidad de tegumentos; y así disminuir el prurito, que puede ser indicativo de aumento de azúcar en la sangre,
- Se le explicó la importancia y la necesidad de la higiene bucal.
 - a. Las visitas al odontólogo.
 - b. La técnica para el cepillado de dientes.

b. Medidas dietéticas:

➤ Tener y procurar una alimentación equilibrada, en determinadas cantidades y frecuencia, ingiriendo tres comidas y 2 colaciones diarias, espaciadas y en horas que coincidan con la acción de insulina.

- Familiarizarse con las dietas para intercambio de alimentos.
- Conocer el consumo calórico de los alimentos ingeridos con más frecuencia.

➤ Usar medidas caseras o una escala de gramos.

➤ Evitar periodos de ayuno o de exceso de alimentación.

➤ Conservar el peso óptimo.

➤ Evitar consumo de alimentos salados o con conservadores como embutidos enlatados, carnes secas, (bacalao, cecina, machaca, etc), quesos maduros, concentrados industriales de consomé, salsas de soya, así como refrescos.

➤ Frutas y legumbres; estacionales que sean baratas y de buena calidad

➤ Tener las manos limpias a la hora de preparar alimentos.

➤ Clorar las frutas y verduras

Dietas para diabéticos e hipertensos (Anexo 2)

C. Fármacos recetados para controlar la diabetes y la hipertensión arterial.

Se le orientó a la paciente acerca de los medicamentos recetados, la dosis, horarios, reacciones, vía de administración.

Insulina NPH, (Hipoglucemiante) com esquema de 175-200=0 200-250=4u Mayor 250=6u

- a) Administrar via subcutânea

- b) Media hora antes de cada comida
- c) Reacciones: hipoglucemia, que se manifiesta por ansiedad, irritación, sudoración, confusión, palpitaciones, palidez, fatiga, parestesias, hambre. Si es grave puede llegar a la pérdida de la conciencia, coma o muerte.

Captopril: (Antihipertensivo) 25mg c/12 hrs.

- a) Vía oral
- b) Cada 12 horas (por La mañana y las noches) tomárla 1 hora antes de los alimentos para evitar molestias gastrointestinales.
- c) Reacciones: Puede causar desvanecimientos (hipotensión postural), ardor de boca, garganta, fiebre, edema de manos y pies, dolor torácico.

Furosemide: (Antihipertensivo y diurético) 20mg c/12 hrs.X 7 días

- a) Vía oral
- b) Cada 12 horas

- c) Reacciones: medicamento potencialmente tóxico tomarse solo en cantidades indicadas, ingerirla con los alimentos ya que puede presentar molestias, debilidad, náusea, vómito graves, calambres, disminución auditiva.

8.2 ORIENTACIÓN A LA PACIENTE RESPECTO A PUERPERIO TARDÍO.

- ✓ Se le explicó brevemente en qué consisten las etapas del puerperio.

a) Medidas Higiénicas:

- ✓ Se le indicó que el baño y el cambio de ropa debe ser diario.
- ✓ Revisar las toallas sanitarias que haya usado poniendo atención en la cantidad de sangrado.
- ✓ Se le dijo como lavarse con jabón neutro la herida, así como el uso de isodine y de gasas.
- ✓ Se le enseñó como hacer un vendaje abdominal y el tiempo óptimo para utilizarlo.
- ✓ El retiro de puntos en la cesárea será en 7 días, posteriores a la alta.

- ✓ Estar pendiente si llegase a presentar síntomas tales como: fiebre, salida de pus en la incisión y acudir al médico en caso de presentarlo
- ✓ Se hizo hincapié en la importancia de realizar ejercicio, se le enseñó los más óptimos para ella. (caminar, uso de bicicleta, natación, aerobics de bajo impacto).
- ✓ Se le indicó que evitará levantar o empujar objetos pesados.

b. Medidas dietéticas:

- ❖ Se le hizo hincapié de tener una buena alimentación (ver anexo 2), para la pronta su pronta recuperación. La dieta recomendada a la paciente fue hiposódica e hiperproteica., calculada en 1200 a 1500 kcl.

c. Fármacos recetados en la etapa de puerperio tardío.

Ácido fólico: (Antianémico)

- a) Tomar una tableta diariamente x 1 mes

Sulfato Ferroso: (Antianémico) 30mg al día

- a) Para la prevención y tratamiento de la deficiencia de hierro.
Administrar con los alimentos ya que puede haber irritación gastrointestinal, dolor abdominal náusea y vómito
- b) Contraindicado en úlcera gástrica, gastritis, hepatitis

Ranitidina: (Antihistaminico) 150mg VO c/12 horas

- a) Tratamiento en los estados de hipersecreción
- b) Tomarlo con los alimentos.

8.3 ORIENTACIÓN A LA PACIENTE AL MANEJO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA:

➤ Se le indicó la importancia que tiene el control en los niveles de azúcar con dextrostix, por lo menos 1 vez a la semana, y se le enseñó la técnica para la toma de glucemia capilar en casa.

➤ Se le explicó la importancia, el procedimiento y los valores para tomarse la tensión arterial, por lo menos 1 vez a la semana.

Ciprofloxacino (antibiótico)

- a) Tomar 500mg cada 12 horas x 14 días VO
- b) Tomar un vaso lleno de agua o con los alimentos.
- c) Tener precaución si se presenta visión borrosa, mareo, somnolencia, edema.

Ketorolaco (Analgésico y antiinflamatorio)

- a) Tomar 10mg VO cada 12 horas o en caso de dolor agudo
- b) Tomarlo con los alimentos
- c) Puede presentar náusea, vómito con sangre, heces oscuras, ardor.

Paracetamol (Analgésicos)

- a) Indicado para disminuir La fiebre y dolor de baja a moderada intensidad
- b) Tomarlo VO 300mg c/8 horas x 5 días

8.4 ORIENTACIÓN A LA FAMILIA

➤ Se le brindó información acerca de métodos anticonceptivos a la paciente y al esposo.

➤ Se le indicó a sus familiares la importancia de acompañarla y animarla a que solicite ayuda cuando tenga ansiedad

➤ Se le informó a sus familiares que su casa debe estar limpia, ventilada, sin humedad y con buena temperatura.

➤ Se les informó la importancia de tenerla vigilada y cualquier síntoma de alarma, llevarla al médico.

8.5. ORIENTACIÓN DEL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO.

A pesar de que la paciente ya había tenido un hijo, se le dieron sugerencias en cuanto al cuidado de su bebé. La plática se le hizo con trípticos, rotafolio y periódico mural que elaboramos los alumnos del grupo 2814 en la materia de Obstetricia II. Anexo (3)

➤ Se le enseñó a los pacientes los cuidados del recién nacido, tal como:

- Baño diario, con agua templada
- Usar jabón neutro
- Lubricarlo con aceite o cremas.
- Secarlo perfectamente
- Hervir perfectamente los biberones

(Ver anexo 3) ¿Cómo preparo correctamente la fórmula para mi bebé?

IX. CONCLUSIONES

El presente Proceso Atención de Enfermería se llevó a cabo de manera satisfactoria, en lo que se refiere a los cuidados brindados durante su estancia hospitalaria y por el tiempo en el cual se tuvo contacto con la señora A. R.R.

Considero fue favorable y provechoso para mejorar una parte de su estado de salud ya que de antemano se observaron respuestas favorables en el proceso practicado, debido al entusiasmo de ella, ya que ponía interés en las intervenciones y pláticas que le proporcionaba. Señaló que pondría en práctica lo que se le enseñó para mejorar la calidad de vida de ella, sus hijos y su esposo.

Me incline por realizar un Proceso Atención de Enfermería (escrito) a una persona con esta patología, porque me inquietó el saber que hay muchos factores para que se dé el desencadenamiento de dicha enfermedad, y que este grupo de mujeres son verdaderamente vulnerables para padecerla, por lo tanto el índice de morbilidad y mortalidad es alto.

Pude observar, que los factores sí son determinantes para que se desencadene la enfermedad; por ejemplo la señora A.R.R., padece diabetes mellitus, desnutrición, edad (menor a 20 años), periodo inter-genésico menor de 2 años, bajo nivel socioeconómico, inestabilidad emocional; por lo cual se concluye que los factores fueron determinantes para que la preeclampsia – eclampsia se desencadenará.

Por lo que es importante que las profesionales de Enfermería pongamos mayor atención en cuanto a la prevención para tratar de evitar el desarrollo de esta patología.

Por otro lado es importante señalar que la preparación de los profesionales de Enfermería exige mayor dedicación, aún falta mucho por hacer. Por lo que invito a mis colegas a conocer los factores de riesgo que se presentan en esta enfermedad, y así intervenir oportunamente en la prevención, diagnóstico y tratamiento y evitar la morbi-mortalidad materno fetal.

Los objetivos planeados se cubrieron, logrando resultados satisfactorios para la paciente y para mí.

El Proceso Atención de Enfermería se considera instrumento importante ya que nos permite una atención personalizada, favorece la profundización del conocimiento; nos permite conocer profundamente al paciente en sus dimensiones humanas durante la enfermedad y propicia un pensamiento crítico y reflexivo, que me permitirá realizarle intervenciones oportunas.

El contar con un modelo me ayudó a precisar los cuidados, me guió para elegir las intervenciones y lograr los objetivos, me permitió delimitar más la responsabilidad profesional y evaluar el servicio brindado

Se le otorgaron las intervenciones de enfermería básicas y especializadas (signos vitales, ministración de medicamentos, oxigenoterapia, aspiración de secreciones, baño, lavado bucal, cambio de posiciones, hidratación de piel, se le ayudó a que tomara sus alimentos); y le proporcioné terapia afectiva, etc. esto la hizo sentir muy bien, y refirió que se sentía feliz que alguien la tratará así.

En cuanto a su hijo, continuó internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), por 20 días más, por inmadurez pulmonar, lo que desembocó a insuficiencia

respiratoria, pero finalmente se recuperó y fue dado de alta domiciliaria el 14 de abril de 2010.

Para finalizar de manera muy personal, el haber retomado la carrera de Enfermería y en éste momento realizar un trabajo que me permita obtener un Título que refleje mi capacidad de ser **ENFERMERA**, recordar y poner en práctica todo lo aprendido y el que los pacientes me agradezcan, me hace sentir totalmente satisfecha.....

X. GLOSARIO

ACÚFENOS: También llamados tinnitus, es un zúmbido de oídos que consiste en notar o escuchar golpes o pitidos que no proceden de ninguna parte.

ANGIOTENSINA: Es una hormona (polipéptido, formado por aminoácidos) . La angiotensina I provoca una vasoconstricción intensa de las arteriolas periféricas, particularmente en el territorio esplácnico, y una hipertensión arterial. La angiotensina II contrae la musculatura lisa y el útero, estimula la producción de aldosterona por la corticosuprarrenal.

Por su acción vasopresora aumenta la presión arterial y disminuye la pérdida de líquidos por los riñones al restringir el riego sanguíneo.

AMPLEXIÓN: Consiste en abrazar la caja torácica con las dos manos colocadas, una por delante y otra por detrás, y comparar el desarrollo relativo de cada uno de los lados del tórax.

AMPLEXACIÓN: Para valorar la amplexación se observa si existe movimiento torácico durante la respiración desde el frente del paciente (movimiento de los hombros hacia arriba, costillas a los lados, etc.)

ALBUMINA: Proteína hidrosoluble compuesta por carbono, hidrógeno, oxígeno y azufre, capaz de coagular la acción del calor. Es una proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo. Es fundamental para el mantenimiento de la presión oncótica, necesaria para la distribución correcta de los líquidos corporales entre el comportamiento intravascular y extravascular.

ALBUMINURIA: Presencia de albumina sérica en la orina.

ALGÍA: Dolor

ANOXIA: Estado normal caracterizado por una falta relativa o total de oxígeno. Anoxia puede ser local o general y puede resultar del aporte insuficiente de oxígeno al aparato respiratorio; de la incapacidad de la sangre para transportar aquel a los tejidos, como en la anoxia anémica; o de tejidos para absorber el oxígeno de la circulación, como la anoxia hística.

ANTICONVULSIONANTES: Relativo a una sustancia o procedimiento que impide o disminuye la gravedad de los ataques epilépticos o convulsivos de otro tipo.

Entre los más comunes: Carbamazepina, Difenhilhidantoína, Fenobarbital, Clonazepam.

ANTIHIPERTENSIVOS: Relativo a una sustancia o procedimiento que disminuye la presión arterial elevada.

Entre los más comunes: Metildopa, Metoprolol Prazosín, Propanolol, Nifedipino, Verapamil, cspopril, Enalapril, Hidralazina.

ANURIA: Incapacidad para orinar, supresión de la producción de orina o excreción urinaria menor de 100 a 250ml al día. La anuria puede ser producida por insuficiencia o disfunción renal, por disminución de la presión arterial, por debajo de la necesaria para mantener la presión de filtración glomerular renal o por obstrucción de las vías urinarias.

CREATININA: es una molécula de deshecho que se genera a partir del metabolismo muscular. La creatinina proviene de la creatina, una molécula muy importante para la producción de energía muscular. La creatinina se transporta desde los músculos por medio de la sangre hacia el riñón.

Los valores normales de creatinina en la sangre son aproximadamente 0,6 a 1,2 miligramos (mg) por decilitro (dL) en los varones adultos y 0,5 a 1,1 miligramos por decilitro en las mujeres adultas.

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA: Coagulopatía grave debida a la acumulación excesiva de los procesos de coagulación y anticoagulación fisiológicos en respuesta a una enfermedad o lesión, septicemia, hipotensión aguda, mordeduras de serpientes venenosas, ciertas neoplasias, urgencias obstétricas, traumatismos graves o hemorragias o intervenciones quirúrgicas muy importantes.

COMA: Estado de inconciencia profunda con ausencia de movimientos oculares espontáneos, falta de respuesta a estímulos dolorosos e imposibilidad de vocalización. Está producido por traumatismos, tumores cerebrales, hematomas cerebrales, enfermedades vasculares y envenenamientos.

CONVULSIÓN: Contracción brusca, violenta e involuntaria de un grupo muscular que puede aparecer como un episodio paraxístico de un trastorno convulsivo crónico o bien de forma transitoria como suele ocurrir tras una contusión cerebral.

CRISIS CONVULSIVA: Alteración súbita en la actividad eléctrica cortical, que se manifiesta clínicamente por una alteración en la conciencia o por la aparición de sintomatología motora, sensitiva o conductual

DISPEPSIA: Dolor en el epigastrio, con varios síntomas: vómito, náusea

DIAFORESIS: Sudoración profusa

ECLAMPSIA: Presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas después de éste, en ausencia de otras causas de convulsiones.

EDAD FETAL: Edad del producto de la concepción calculada desde el momento de la fertilización.

EDAD GESTACIONAL: Edad de un feto o recién nacido, habitualmente expresado en semanas a partir del primer día de la última menstruación de la madre.

EDEMA: Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares. Puede estar causado por aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa (varices, tromboflebitis), compresión por vendas o ligas, insuficiencia cardíaca congestiva sobrecargada de fluidos parenterales, insuficiencia renal, cirrosis hepática, síndrome de Cushing. También por pérdida de proteínas séricas por quemaduras, heridas exudativas, reacciones alérgicas.

ESCOTOMA: Defecto visual de una región definida en uno o ambos ojos. Como síntoma prodromico frecuente se encuentra la aparición de una película reluciente en forma de isla en el campo visual.

FOSFENOS: ver manchas luminosas.

HALITOSIS: Mal aliento.

HIPEREMESIS: Náuseas y vómitos persistentes en el embarazo.

HIPERREFLEXIA: Incremento de los reflejos osteotendinosos

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA: Caída de la presión arterial sanguínea, como resultado de estar de pie durante tiempo prolongado o cuando se pone de pie, después de estar sentada o acostado. Hay disminución momentáneo del flujo sanguíneo al cerebro.

HOMOCROTOS: Iguales

ISOCÓRICAS: Igualdad en el tamaño de las dos pupilas

ÍNDICE DE MASA MUSCULAR (IMM): Es el criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso corporal (kg) entre la talla (cm) elevada al cuadrado y se expresa como kg/m^2 . 14

NISTAGMUS: Movimiento rítmico, rápido, involuntario de los globos oculares, que puede ser horizontal, vertical, rotatorio o mixto.

OBESIDAD: Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un incremento en el índice de masa corporal igual o mayor de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. El sobrepeso se identifica por la existencia de un IMC entre 25 y $29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$.

OLIGURIA: Disminución de la producción de orina. Menor a 400 ml en adultos en 24 horas

OLIGODRAMNIOS: Poco líquido amniótico

PLETÓRA: Exceso de sangre

PREECLAMPSIA: Síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.

PRESIÓN ARTERIAL: Es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

PROTEINA: Compuesto nitrogenado natural de carácter orgánico complejo, constituido por muchos aminoácidos que contiene carbón, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno, y menudo azufre, y algunas veces fósforo, hierro, yodo u otros componentes esenciales de la células vivas.

PROTEINURIA: Presencia de cantidades excesivas de proteína, generalmente albumina en la orina. Un adulto sano elimina menos de 250 mg de proteína al día. La proteinuria persistente suele ser un signo de enfermedad renal o complicación renal de un trastorno de otro origen como la hipertensión

TROMBOCITO: Plaqueta

TROMBOCITOPENIA: Situación hematológica anormal en que el número de plaquetas está disminuido, debido a destrucción de tejido eritrocítico en la médula ósea por ciertas enfermedades.

TROMBOSIS: Situación anormal en que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

VASOCONSTRICCIÓN: Estrechamiento de la luz de un vaso sanguíneo, especialmente de las arteriolas y venas de los reservorios sanguíneos de la piel y de las vísceras abdominales.

XI. BIBLIOGRAFÍA:

- ❖ AHUED, Roberto, et al. (1998) Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. Edit. Instituto Nacional de Perinatología, página 69 – 78

- ❖ AHUED, A.J. Roberto & FERNÁNDEZ C.S. (2000) Ginecología Obstetricia Aplicadas 1ª. ed. México, D.F., página 477

- ❖ ALFARO & RODRIGUEZ (1996) Complicaciones Médicas en el Embarazo Edit. Interamericana, México, D.F., página 70 – 79

- ❖ Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 5 (1998) Ginecología y Obstetricia, 3ª. ed. Edit. Méndez editores S.A. de C.V. México, D.F., pág. 313 – 336

- ❖ BOTERO, et al. (2000) Obstetricia y Ginecología. Texto integrado, 6ta. ed. Quebecor Imprendes, pág. 670

- ❖ CARPENITO, L. J. Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la práctica clínica – 9ª.ed., McGraw-Hill Interamericana. 2007-2008 pág. 929

- ❖ CARPENITO, L.J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería 4ª ed- McGrawHill Interamericana 2007 pp. 1101

- ❖ CUNNINGHAM, et al. (2002) Williams, Obstetricia 4ta. ed. Editorial Masson, México D.F., pág. 1420

- ❖ DE CHERNEY & PERNOLL (1997) Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos 7ª. Ed. Edit. Manual Moderno México D.F., pág 469 – 490

- ❖ DORLAND Diccionario Médico de Bolsillo 1993 24ª. ed. Edit. Interamericana – McGraw- Hill

- ❖ LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA 2ª. Ed. Secretaría de Salud, Dirección general de salud reproductiva, México, D.F. 2007.

- ❖ MONDRAGÓN H.C. (2001) Obstetricia Básica Ilustrada 4ta. ed. Edit. Trillas, México, D.F., pág. 707 – 723

- ❖ RODRIGUEZ, Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos 3ª. Ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana 1999

- ❖ QUILLAN –ZUSPAN: Biblioteca de Ginecología y Obstetricia Operatoria. Douglas – Strome. Volumen 1 Ciencia y Técnica Grupo Noriega Editores 1992 Cap. 3 pág. 101.

- ❖ NANDA Nursing Diagnoses: Definitions Classification, 2007-2008
 Revisión: Luis Rodrigo, Ma. Teresa
 Profra: Enfermería Médico-Quirúrgica Universidad de Barcelona

Elsevier 2007

- ❖ Interrelaciones NANDA, NIC y NOC-2ªed
Marion Johnson
Masson 2006

- ❖ KOZIER, E. B. Fundamentos de Enfermería (1994), Edit. Interamericana* McGraw-Hill pág. 105 – 156

XII. ANEXOS

Anexo 1.



Definición:

La diabetes es un padecimiento crónico-degenerativo, que se caracteriza por azúcar en la sangre alta (hiperglucemia), debido a la capacidad del organismo para producir o utilizar insulina, hormona muy potente secretada por células beta de los islotes de Langerhans, situado en el páncreas. La insulina regula el nivel de la glucosa en sangre, la cual es formada a partir de los carbohidratos, grasas y proteínas por el hígado.

Hay tres tipos de diabetes:

Diabetes tipo 1: También conocida como Juvenil o insulino dependiente, debido a que generalmente se diagnóstica en la infancia. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona.

Diabetes tipo 2: ó Mellitus. Generalmente se presenta en la edad adulta, El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucemia normales, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Este tipo se está volviendo más común en:

- Edad mayor de 45 años
- Un progenitor o hermanos con diabetes
- Cardiopatía
- Nivel alto de colesterol en la sangre
- No hacer suficiente ejercicio
- Obesidad
- Algunos grupos étnicos (particularmente estadounidenses de raza negra,

Diabetes gestacional: Consiste en la presencia de altos niveles de glucemia que se presentan en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. Y que tuvieron productos de más de 4 kg de peso. Las mujeres que padecen este tipo de diabetes están en alto riesgo de padecer diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular posteriormente en la vida



Síntomas:

Los niveles altos de glucosa pueden causar diversos problemas, como:

- Visión borrosa
- Sed excesiva (Polidipsia)
- Fatiga
- Micción frecuente (Poliuria)
- Hambre (Polifagia)
- Pérdida de peso a pesar del aumento del apetito.

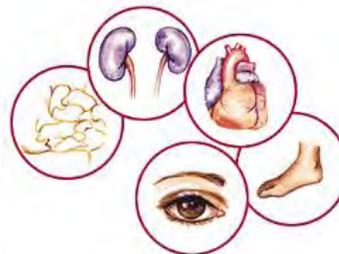


Complicaciones de la diabetes:

Un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades

- ✓ **Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)**
- ✓ **Daño de los nervios periféricos. (polineuropatía)** Alteración de los nervios
- ✓ **Pie diabético:** heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores. El hecho de que una persona pierda la sensibilidad en el pie implica que si se produce una herida, un roce excesivo, una hiperpresión de un punto determinado o una exposición excesiva a fuentes de calor o frío no se sientan.
- ✓ **Daño de la retina (retinopatía diabética)** es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.
- ✓ **Daño renal** Desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal

- ✓ **Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía):** trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas.
- ✓ **La angiopatía diabética** se caracteriza por una proliferación del endotelio, acúmulo de glicoproteínas en la capa íntima y espesor de la membrana basal de los capilares y pequeños vasos sanguíneos. Ese espesamiento causa tal reducción de flujo sanguíneo, especialmente a las extremidades del individuo, que aparece gangrena que requiere amputación, por lo general de los dedos del pie o el pie mismo.
- ✓ **Cardiopatía:** Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- ✓ **Hipertensión Arterial:** Debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades "Hermanadas"



Complicaciones agudas

Estados hiperosmolares: También llamado "coma diabético", comprenden dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética (CAD) y el coma hiperosmolar no cetósico (CHNS). Ambos tiene en común –como su nombre lo dice–, la elevación patológica de la osmolaridad sérica. Esto es resultado de niveles de glucosa sanguínea por encima de 250 mg/dL, llegando a registrarse, en casos extremos más de 1 000 mg/dL. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, la cual pone en peligro la vida del paciente.

La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con DM tipo 1 y presenta acidosis metabólica; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con DM tipo 2 y no presenta cetosis. Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple y muerte.

Hipoglucemia: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobre esfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

Anexo 2.

DIETAS

Para pacientes con Diabetes, Hipertensión arterial e Insuficiencia renal crónica a 1200

O 15,00 kcal.



Hiposódica e hiperproteica

1. No se empleará sal de cocina
2. Se cocinará con aceite de oliva
3. Prohibidas las bebidas alcohólicas y gaseosas
4. Se recomienda consumir en mayor cantidad los nopales (debido a su alto contenido de fibra, bajo los niveles de azúcar en sangre)
5. No se debe limitar la ingesta de líquidos mínimo a consumir 2 litros de agua.

Alimentos permitidos

Cereales:	Pan blanco (trigo, centeno), pan integral, harina de trigo integral, arroz, arroz integral, avena.
Verduras y hortalizas	Nopales, pepino, cebolla, rábano, tomate, jitomate, berenjena, aguacate, calabaza, lechuga, brócoli, berros, champiñones, setas, espárragos, alcachofas, coles, papas.
	Si es dieta estricta en sal, restringir: Zanahorias, nabos, espinacas, acelgas.
Frutas:	Manzana, papaya, jicama, membrillo, pera, sandía, limón, mango, piña, ciruelas, melón, uvas, fresa, mandarina, naranja, plátanos, higos, pasa, ciruelas y frutas secas.
Carnes, pescado y huevos	Pollo sin piel, pavo, conejo, ternera (magra), trucha, sierra, merlo, filete, jamón de pavo, clara de huevo o huevo entero.
Lácteos derivados	Leche descremada, yogurt natural, queso cottagge, panela, canasto.
Condimentos	Clavo, pimienta, laurel, ajo, albahaca, orégano, tomillo, romero, azafrán, perejil, cilantro y limón.
Leguminosas	Alubias, garbanzos, lentejas, frijoles

Recomendaciones:

Para hacer más sabrosa la cocina “sin sal”, es recomendable potenciar el sabor natural de los alimentos:

- ✓ Cociéndolos al vapor.
- ✓ En papillote (envuelto en papel en el horno)
- ✓ Guisados a la plancha.
- ✓ Condimentándolos ganan mejor sabor.

Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
1 vaso de leche descremada 2 claras de huevo a la mexicana 1 pza. tortilla	1 pza. de fruta 1 gelatina 2 galletas marías	Consomé con arroz. Filete de pescado (a la plancha), con ensalada de lechuga, jitomate, pepino y queso panela	1 fruta 1 galleta de amaranto	2 tacos de frijol o de queso 1 taza de té o café sin azúcar
1 vaso de jugo de zanahoria, mandarina o naranja	2 pzas. De nopales azados. 1 pza de pan tostado con mantequilla	Sopa de pasta Milanesa de pollo ½ taza de puré de papa ¾ taza de frijoles	1 pza. pan tostado con mermerlada	1 Sandwich con lechuga, jitomate, cebolla, queso. 1 yogurth
1 vaso de leche descremada 2 quesadillas de jamón de pavo con queso	1 yogurth Calabacitas al vapor o ejotes con huevo 1 pza de fruta	Sopa de lentejas o alubias Bistec de res Ensalada de brócoli, jitomate, aguacate, cebolla.	1 pza de fruta 2 galletas marías.	1 mollete 1 taza de cereal con leche

Ejercicio: Es muy importante en el diabético, pues estimula el metabolismo y la utilización de los carbohidratos y aumenta la acción de la insulina, con lo cual reduce los requerimientos de esta hormona.