



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

23
Ley

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALDO ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
"CESAREA Y SUS COMPLICACIONES"
REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL
"VASCO DE QUIROGA" DEL I.S.S.S.T.E. DE
MORELIA, MICHOACAN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIOS DE LA LUZ PILLE GAVILAN
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

P R E S E N T A N

ASESORIA ACADEMICA

LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

262252

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MORELIA, MICHOACAN AGOSTO 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	2
2.1.	GENERAL	2
2.2.	ESPECIFICOS	2
III.	MARCO TEORICO	3
3.1.	ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	3
3.1.1.	VALORACION	3
3.1.2.	PLANEACION	4
3.1.3.	EJECUCION	5
3.1.4.	EVALUACION	6
3.2.	ASPECTOS GENERALES DE OPERACION CESAREA	6
3.2.1.	CONCEPTO	6
3.2.2.	CONSIDERACIONES GENERALES	7
3.2.3.	INDICACIONES	7
3.2.4.	CONTRAINDICACIONES	7
3.2.5.	PREPARACION PARA OPERACION CESAREA	8
3.2.6.	DETALLES DE LOS PROCEDIMIENTOS	8
3.2.7.	TIPOS DE OPERACION CESAREA	9
3.2.8.	CLASIFICACION	10
3.2.9.	TECNICAS	10
3.2.10.	COMPLICACIONES Y PRONOSTICO	11
3.2.11.	MORBILIDAD MATERNA PERINATAL	11
IV.	HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	11
4.1.	INTERROGATORIO	12
a)	FICHA DE IDENTIFICACION	12
b)	ASPECTOS BASICOS	13
c)	ASPECTO PSICO/SOCIAL	13
d)	ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS	14

INDICE

4.2	EXPLORACION FISICA.	14
a)	EXPLORACION REGIONAL	14
b)	APARATOS Y SISTEMAS	15
4.3.	METODOS DIAGNOSTICOS	15
4.3.1.	LABORATORIO	16
4.3.2.	MEDIDAS GENERALES	16
4.4.	TRATAMIENTO	16
4.4.1.	MEDICAMENTOSO	16
4.4.2.	MEDIDAS GENERALES	19
4.5.	PROBLEMAS DESPUES DE LA OPERACION CESAREA	20
4.6.	PRONOSTICO	21
4.7.	PARTICIPACION DE ENFERMERIA	21
V.	METODOLOGIA	23
5.1.	CRONOGRAMA DE TRABAJO	23
5.2.	VALORACION	24
5.2.1.	OBSERVACION	24
5.2.2.	ENTREVISTA	24
5.2.3.	HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	25
5.2.4.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	28
5.2.5.	FORMATO PES	31
5.2.6.	PADECIMIENTO ACTUAL (RESUMEN CLINICO)	33
5.2.7.	HALLAZGOS EN LABORATORIO Y GABINETE	38
VI.	PLANEACION	39
6.1.	CLASIFICACION	39
6.2.	JERARQUIZACION DE NECESIDADES	40
VII.	EJECUCION	42
7.1.	PLAN DE CUIDADOS.	43
VIII.	BIBLIOGRAFIA	48

I. INTRODUCCION

El presente modelo de atención de enfermería es aplicado a una usuaria del Hospital General "Vasco de Quiroga" del ISSSTE ; de Morelia , Mich. , la cual se encuentra hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. Por ello se considera de importancia, que para la elaboración de este trabajo se implementen teorías, marcos de referencia y clasificar los procedimientos y técnicas, que se utilicen a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería a la usuaria, para dirigir la valoración, organizar, los datos, analizar y conducir la implementación.

Para dar una atención individualizada y específica al paciente en estado crítico se requiere tener habilidades y destrezas en la realización a los cuidados y desarrollar el razonamiento lógico y capacidad metódica como garantía de una atención profesional.

En este trabajo se presenta en el primer capítulo el proceso atención de enfermería con los datos correspondientes de la usuaria desglosando cada una de sus etapas así como los aspectos generales de la patología que la esta afectando; realizando está mediante la investigación metodología de la literatura para darle enfoque científico.

En el segundo capítulo se presentará la historia clínica, contemplando el interrogatorio mediante, la entrevista, exploración física a la usuaria, propiamente por enfermería, los métodos diagnósticos utilizados y la participación de enfermería la cual nos llevo a un diagnóstico específico de enfermería como resultado de esta valoración.

En el tercer capítulo, se presenta la metodología en la cual se desglosará metódicamente la primera etapa del P.A.E., como es la valoración, contemplando la observación, entrevista de enfermería, historia clínica y diagnóstico de enfermería, formato PES, así como el resumen clínico. En este

último se identifican los signos y síntomas usuales, la causa y como se manifiestan.

En el cuarto capítulo se presentará la segunda etapa del P.A.E., en donde se observará la clasificación de prioridades, así como la jerarquización de necesidades de la usuaria, también se presentará la ejecución y evaluación.

En la primera se describe el plan de cuidados y en el segundo el informe de resultados, notas de enfermería, criterio de atención, condiciones del paciente y valoración por turno.

En otro apartado se presentarán las conclusiones y por último la bibliografía del cual fundamenta el marco teórico de este modelo.

II. OBJETIVOS

2.1. GENERAL:

Contar con un documento técnico, en donde se plasme cada una de las etapas del proceso atención de enfermería aplicado a la usuaria relacionada para este fin de la U.C.I. con la finalidad de ejercer la práctica profesional científica, humanística, fundamentada en la lógica del método científico.

2.2. ESPECÍFICOS:

1. Identificar sus necesidades, de acuerdo a la teoría de Maslow así como jerarquizarlas en orden de prioridad.
2. Planear acciones de enfermería, como base a las necesidades.
3. Proporcionar atención individualizada con calidad y calidez a la usuaria.

4. Elaborar cédula para interrogar a la usuaria y/o familiar (es) mediante la entrevista.
5. Fundamentar científicamente los aspectos generales de la patología que afectan a la derechohabiente.

III. MARCO TEÓRICO.

3.1. ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

El proceso atención de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos de los mismos. Las fases del proceso de enfermería se han definido de diferente manera por diversos autores, tal vez debido a que a menudo se interrelacionan y a veces se sobreponen. Las fases del proceso de enfermería se clasifican en: planeación, ejecución y evaluación.

3.1.1. VALORACIÓN:

La primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración, esta fase inicia con la recopilación de datos del paciente que implican acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería, que es la exposición de los problemas que aquejan al paciente. Observar y entrevistar al paciente y familiares son métodos básicos para reunir la información. La historia clínica de enfermería proporciona un esquema sistemático a partir del cual se desarrolla un registro escrito acerca del paciente, por lo común en forma de cuestionario; la historia clínica debe incluir áreas de valoración como el diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas (aseo, defecación,

alimentación, ejercicio, reposo, relajación y hábitos de sueño); condición física, estado psicológico y una historia socioeconómica y cultural) registro objetivo del medio ambiente, ocupación, estado económico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica acerca del paciente y proporciona las bases para valorar sus problemas actuales y potenciales.

Así mismo, sirve como base para planear y brindar los cuidados de enfermería. Otras fuentes secundarias para reunir información, sobre el paciente son los registros médicos y sociales actuales y pasados, notas y visitas de la enfermería, el cardex e informes de los cambios de turno. En vista de que la enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos, y aplica diversas teorías, en tanto brinda dichos cuidados, conviene que recurra a libros, revistas y personas expertas para obtener mayor información.

Esta valoración permite hacer un diagnóstico que es un informe de los problemas del usuario, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema. Esto brinda a nosotros como enfermeras la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

3.1.2. PLANEACIÓN:

La fase de planeación del P.A.E. comienza con el diagnóstico de enfermería que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Una vez identificadas las necesidades, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

La teoría de Maslow de la jerarquía de las necesidades puede ser una guía para clasificación de propiedades. Identifica cinco necesidades humanas básicas que son: fisiológica, de protección, de amor, de estimación, y de autorrealización y sostiene que están ordenadas en una jerarquía, que empieza

con las necesidades fisiológicas y asciende hasta llegar a la autorrealización. Algunos de los pacientes que se encuentran en estados agudos son capaces de identificar sus propias necesidades, determinando sus metas y colaborando en clasificar prioridades.

Por lo tanto una vez que están resueltas las necesidades, inferiores, la prioridad del usuario aumentará.

Debe desarrollarse un plan de cuidados de enfermería basado en la valoración y el diagnóstico de enfermería. Por lo general incluirá los problemas del paciente, las metas y los objetivos de la atención de enfermería y la intervención de ésta.

El desarrollo del plan de la atención en enfermería finaliza fase de planeación .

3.1.3. EJECUCIÓN:

La ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería . Mientras se inicia la ejecución del plan de cuidados, se continua recopilando y valorando los cuidados.

Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo por que toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional , espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico. La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. Sin la planeación y una adecuada comunicación acerca del plan, el paciente puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados.

Una labor importante de nosotras como enfermeras es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios

cuidados si es que no esta en estado crítico. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

3.1.4. EVALUACIÓN:

La fase final, pero continua, el proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logro ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo, de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señale en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos, y cuales requieren revaloración del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándar.

Aunque la evaluación esta considerada como la fase final del proceso de enfermería, esta no termina aquí. La evaluación solo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados, y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.

3.2. ASPECTOS GENERALES DE OPERACIÓN CESAREA.

3.2.1. CONCEPTO:

Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas .

3.2.2. CONSIDERACIONES GENERALES.

No debe decidirse practicar una cesárea muy a la ligera, y a menos que la indicación esté perfectamente definida se requiere reflexión respecto a la valoración del beneficio contra el riesgo.

3.2.3. INDICACIONES.

- 1.- Falla en el progreso del trabajo de parto.
- 2.- Presentaciones anormales.
- 3.- Sufrimiento fetal.
- 4.- Interrupción del embarazo en los estados hipertensivos .
- 5.- Los casos de placenta previa.
- 6.- Los pacientes con diabetes mellitus y otras complicaciones médicas asociadas al embarazo se deben analizar individualmente.
- 7.- Las infecciones por herpes genital.
- 8.- Los problemas isoinmunización materna fetal.

3.2.4. CONTRAINDICACIONES.

Las principales es la ausencia de una indicación precisa. Infecciones piógenas de la edad abdominal, un feto anormal uno muerto y la falta de recursos o ayudantes apropiados.

3.2.5. PREPARACION PARA OPERACION CESAREA

- A) **ULTRASONOGRAMA.-** Este determina la posición, tamaño del feto, descartar anomalías macroscópicas, gemelalidad y determina la localización de la placenta.
- B) **TIEMPOS DE EJECUCION.**
- C) **SANGRE PARA TRANSFUSION:** Salvo en caso de urgencia extraordinaria, debe tenerse 2 unidades de sangre cruzada antes de la operación.
- D) **PREPARACION PREOPERATORIA:** Evitarse los sedantes antes de la operación, debe estar colocada una aguja intravenosa calibre 18 y estar administrando solución de dextrosa al 5 % antes del inicio de la operación, Colocarse Sonda FOLEY. La preparación quirúrgica (afeitada, antisepsia, enema).

3.2.6. DETALLES DE LOS PROCEDIMIENTOS

- A) **ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS:** Se incluye a paciente con cesárea previa y a las que no se hace exploración vaginal después de su ingreso al hospital.

Mujeres con riesgo de infección:

- Ruptura prematura de membranas
- Trabajo de parto prolongado
- Métodos invasivos de registro electrónico
- Después de prueba de forceps o forceps fallido.

- B) **ANESTESIA:** Suele preferirse anestesia general, si puede preverse que el lactante nacerá en el término de 4 a 5 minutos.

Puede usarse anestesia epidural o raquídea lumbar si es un intervalo más largo.

- C) POSICIÓN SOBRE LA MESA: Colocar a la paciente de trendelemburg a un ángulo de 25 a 30 grados.
- D) INSICIÓN ABDOMINAL:
 - Incisión transversal, es mejor desde el punto de vista estético.
 - Incisión media suprapubica, es más rápida y brinda una mejor exposición de utilidad en presencia de hemorragia uterina.
- E) INCISIÓN UTERINA: Antes de realizarla deben colocar compresas abdominales húmedas de cada lado del útero, determinarse el grado de dextrorrotación.
- F) HEMORRAGIA INTERNA: El sangrado intenso de los grandes senos en la incisión uterina suele poder controlarse con pinzas grandes en T.
- G) SUTURA DE LA INCISION UTERINA: Las agujas traumáticas causan menos sangrado y son útiles para colocar suturas en la pared uterina.
- H) ENCUENTRO DE LA PLACENTA: Deberá encontrarse un sitio óptimo para romper la membranas rodeando a la placenta.
- I) PARTO: El operador Extrae el producto y luego desprende y extrae la placenta. Debe administrarse oxitocina rápida para mantener una contracción firme.

3.2.7. TIPOS DE OPERACION CESAREA

1. OPERACION CESAREA CLASICA

2. SECCION CESAREA CERVICAL BAJA

- 3. HISTERECTOMIA CESAREANA
- 4. SECCION CESAREA EXTRAPERITONEAL

3.2.8. CLASIFICACION

- CESAREA ITERACTIVA. Es aquella que se practica en una paciente que tiene el antecedente de 2 o más cesáreas.
- CESÁREA ELECTIVA. Es de carácter excepcional en la obstetricia actual. El médico elige este procedimiento para determinar el embarazo.

3.2.9. TECNICAS

- 1.- INCISIÓN CLASICA EN EL CUERPO UTERINO. La incisión es vertical en la porción contráctil del cuerpo. Se logra con facilidad la extracción del feto.
 - A) Su indicación es en los embarazos preterminos.
 - B) Su desventaja es la hemorragia.
- 2. CESAREA "VERTICAL" (TIPO BECK), La incisión :
 - A) Es más precisa en un embarazo pretermino o antes de que el segmento uterino se haya formado.
 - B) Su denominación más correcta es la cesárea segmentaria corporal.
- 3. CESAREA SEGMENTARIA TRANSVERSAL (TIPO KERR). Es más común, sus desventajas son:
 - A) La pérdida sanguínea es reducida y la posibilidad de adherencias es muy baja.
 - B) La prueba de trabajo de parto se puede sobrellevar en un futuro embarazo con mayor confianza.

C) Desventaja que la incisión puede prolongarse lateralmente hacia los vasos uterinos.

3.2.10. COMPLICACIONES Y PRONOSTICO

Principales factores de que afectan la curación de la incisión uterina son las hemostásis. Precisión de la oposición, calidad y cantidad del material de sutura, prevención de infecciones y estrangulación de tejido.

3.2.11. MORBILIDAD MATERNA-PERINATAL

Los índices de morbilidad varían de acuerdo a factores como:

- a) Indicación operatoria.
- b) Duración del trabajo de parto.
- c) Lapso transcurrido entre la ruptura de membranas.
- d) La intervención quirúrgica.
- e) Sufrimiento fetal.
- f) Tipo de técnica que se elija.

La cesárea practicada a tiempo y ejecutada correctamente disminuye el número de muertes fetales, en particular cuando se hace una urgencia obstétrica.

IV. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA :

Es un registro escrito de la información acerca del paciente.

Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del mismo y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

El presente modelo se aplica a una usuaria del Hospital General "Vasco de Quiroga", del I.S.S.S.T.E., en la ciudad de Morelia, Mich.

- RECOPIACION DE DATOS:

Esta se realizó a través de la entrevista directa a la usuaria por medio de la escritura así como al familiar; también se utilizó el expediente clínico.

4.1. INTERROGATORIO:

a) FICHA DE IDENTIFICACION Y DATOS GENERALES:

- Nombre: Sra. S. A. T.
 - Edad: 34 años
 - Sexo: Femenino.
 - Estado civil: Unión libre.
 - Lugar de nacimiento: Zitácuaro, Mich.
 - Lugar de residencia: Morelia, Mich.
 - Dirección: Calle, Agustín Cortés No. 25, Col. Emiliano Zapata.
 - Religión: Católica.
 - Escolaridad: Preparatoria.
 - Ocupación: Ama de casa.
 - Número de cama: 4
 - Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos.
 - Fecha de ingreso: 12-08-97
 - Jefes del Servicio: Dr. Luis Solorio Solorio
Enf. Int. Julia Maldonado Mier.
- ALIMENTACION: Desayuno: Tortillas, frijoles, leche, huevo, abundantes irritantes, condimentos y refresco.
Comida: Sopa, caldo, frijoles, tortilla y refresco.
Cena: Tacos callejeros y refresco.
- HIDRATACION: Actualmente se encuentra ligeramente deshidratada.

- SIGNOS VITALES: T/A 100/80. Temperatura: 38 oC. Pulso: 130 X'. Respiración: 22 X'.
- ELIMINACION: Evacuación melénica y diuresis de 300 a 400 ml. en 24 horas.
- EXPRESION DE LA SEXUALIDAD: Activa iniciando a los 22 años de edad.
- LOCOMOCION Y POSTURA CONVENIENTE: Reposo absoluto en cama y movilización leve.
- DESCANSO Y SUEÑO: Inquieta ocasionalmente y sedación.
- PESO Y TALLA: A su ingreso peso: 56 Kg. Talla: 1.67 mts.

b) ASPECTOS FISICOS:

A su ingreso en malas condiciones higiénicas y ya hospitalizada:

- HIGIENE: Baño diario, cambio de ropa de cama y bata.
- HIGIENE DE LA VIVIENDA. Es de tipo urbano cuenta con 2 habitaciones. Una la ocupa como cocina y la otra como dormitorio en el que duermen 5 personas en tres camas, en hacinamiento y promiscuidad.
- INTRADOMICILIARIOS. Sus condiciones higiénicas son deficientes, la colonia cuenta con transporte, la recolección de basura está a cargo del camión recolector comisionado en esa colonia; además cuenta con drenaje, agua, luz y servicio postal.

c) ASPECTO PSICO/SOCIAL:

El número de personas que integran la familia son 5 y actualmente 2 gemelitas R. N. siendo en total 7 integrantes, donde el concubino es el jefe de la misma, la visita esporádicamente y ella pocas ocasiones colabora en la toma de decisiones para la resolución de los problemas, que se le presentan:

Tiene regular relación con otras personas, y ninguna con su familia, además no existe comunicación intrafamiliar. Su religión es católica; en sus tiempos libres no le gusta realizar labores manuales, le gusta ver televisión. La paciente se dedica a la prostitución. Cabe mencionar que hay controversia en lo referido por la usuaria entrevistada y con la información obtenida por sus familiares.

d) ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS

- ALCOHOLISMO: Negativo.
- TABAQUISMO: Negativo.
- ADICCIONES A DROGAS: Negativo.
- INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS Y/O ALIMENTACION: Penicilina.
- ENFERMEDADES CRONICAS: Gastritis, estreñida crónicamente, regurgitaciones y pirosis frecuentemente.

4.2. EXPLORACION FISICA

a) Exploración regional:

CABEZA: Forma y volumen normales, implantación del pelo normal. Color canelo lacio, piel blanca, ojos café claros, conjuntivas y pupilas normorreflectivas, conjuntivas ictericas, dientes delineados, cuidado oral en malas condiciones a su ingreso al servicio.

CUELLO: Con presencia de pulsos carotídeos sin adenomegalias con tráquea central y móvil no dolorosa.

TORAX: Forma y volumen normal, glándulas mamarias flácidas, ruidos cardíacos aumentados.

ABDOMEN: Globoso.

DORSO Y EXTREMIDADES: Posición normal. con reflejos normales.

b) APARATOS Y SISTEMAS.

DIGESTIVO: Por sonda nasogástrica, drenando material gastrobiliario y por recto presenta evacuaciones melánicas.

CIRCULATORIO: Franca tendencia a la hipotensión arterial, muy vasodilatada (llenado capilar rápido) y p. v. c. de 8 C. C. de H₂O.

RESPIRATORIO: Aumento de trabajo respiratorio, hipoxemia, Acidosis metabólica por gasometría requiriendo apoyo mecánico ventilatorio.

GENITALES: En vagina presenta leves escoriaciones y en glúteos escaras.

URINARIO: Aparentemente normal.

ENDOCRINO: Elevación de bilirrubinas predominando la directa sin elevación de las enzimas hepáticas.

HEMATOPOYETICO: Cursa con anemia con una hemoglobina de 9 mgrs.

NEUROLOGICOS: Presentó deterioro, evolucionando hasta la encefalopatía (grado IV), actualmente se encuentra bajo efecto sedante.

4.3. METODOS DIAGNOSTICOS.

Los métodos diagnósticos utilizados desde su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos son estudios de laboratorio y gabinete.

a) ESTUDIOS DE LABORATORIO: B.H.C., Q.S., T.P., T.P.T., P.F.H., DHL, Fosfatasa alcalina, Gasometría arterial, E.G.O., Concentrado plaquetario, bilirubinas, electrolitos, T.G.O., Glucosa, Urea, Creatinina en orina y sangre.

b) ESTUDIOS DE GABINETE: Endoscopia, ultrasonido hepático, panendoscopia y rayos X de abdomen.

4.4. TRATAMIENTO.

Asta el momento se han utilizado tres tipos de tratamiento: Medicamentoso, Medidas Generales y Quirúrgico.

a) MEDICAMENTOSO:

MEDICINA INTERNA

12 agosto

- 1.- Solución Hartman 500 c.c. p/12 horas. por catéter periférico.
- 2.- Plasma fresco congelado una unidad c/8 horas. Hasta completar cuatro.
- 3.- Si la HB. de control es menor de 10 g/dl. transfundir paquete globular en 3 horas.
- 4.- No administrar acetaminofén como analgésico.
- 5.- Resto de indicaciones del servicio tratante.

Nota: Es importante mencionar que debido al estado crítico de la paciente, esta fue manejada por tres especialidades: Gineco-obstetricia, Medicina Interna y Terapia intensiva.

U. C. I.

12 de agosto.

1.- Soluciones.

- L. D. sol. glucosada 10 % 1,000 ml + 1 fco. albúmina + amp. sulfato de mg. + 1 amp. MVI + 1 gr. vitamina "C" + 1 amp. fosfato de potasio p/24 horas (proteger como NTP).
- L.M. sol. Hartman 1,000 ml + 1 amp. aminofilina + 1 amp. sulfato de magensio p/12 hrs. Sol. glucosada 5 % 25 ml. + 1 amp. dopamina 15 ml. X hr. ahora.
- L.P. sol. fisiológica 1,000 ml. para cargas y PVC. Sol. glucosada 5 % 230 ml. + 1 fco. dobutamina pasar 15 ml. X hr. ahora. Vía periférica: Haemacel 500 ml. para 1 hora DV., continuar con haemacel 500 ml. p/24 horas suspender mientras se pasa CG o PFC.

2.- Medicamentos.

- Cefepime 1 gr. IV c/8 horas.
- Fitomediona 20 mgrs. IV c/12 horas.
- Ranitidina 50 mgr. IV c/8 horas.
- Metoclopramida 1/2 amp. IV 48 horas.
- Imipenem 1 gr. IV c/8 horas diluir pasar 30 minutos.
- Gluconato de calcio 1 amp. IV. c/8 horas.
- Metamizol 2 grs. IV. en 100 c.c. pasar 30 min c/8 horas.
- Indometacina supositorio rectal D. U. ahora.
- Insulina rápida IV c/6 horas según destrostix, según esquema.
175-240 = 5 U
250 o más = 10 U

13 de agosto.

1.- Soluciones parenterales.

- L. Distal: Sol. glucosada 50 % 450 ml. + 50 ml. de a.A. al 8.5 % + 2 amp. de fosfato de K + 1 amp. de sulfato de mg. + 1 gr. de vitamina "C" + 1 amp. MVI p/24 horas. (sol. actual: agregar 2 amp. más de fosfato de K y dejarla p/12 horas).
- L. medial: a) Sol. salina 0.9 % 950 ml. 1 fco. de albúmina + 6 ml. aminofilina + 1 amp. Kd p/12 horas. b) Sol. salina 0.9 % 250 ml. para PVC.
- L. proximal. a) Sol. glucosada 5 % 230 ml. + 1 amp. dobutamina a dosis respuesta. b) Sol. glucosada 5 % 240 ml. + 2 amp. dopamina a dosis respuesta.
- C. braquial: Paquete globular según indicación médica. Plasma fresco congelado 1 unidad c/12 oras. Haemacel según indicación medica.

2. Medicamentos.

- Bicarbonato de sodio 6 amp. en 200 ml. de sol. gluc. 5 % paar en una hora según indicación médica.
- Resto igual.

SOLUCIONES PARENTERALES.

14 de agosto.

- Sol. salina 0.9 % 500 ml. p/2 horas.
- Manitol al 20 % 100 ml. en carga.
- Sol. salina 0.9 % 500 ml. p/2 horas.
- Furesimide 60 mgrs. IV.

- Hemacel 500 m. p/6 horas.
- Resto de indicaciones igual.

SOLUCIONES PARENTERALES.

15 de agosto 1997.

- L. Distal A.A. 8.5 % 500 c.c. + lipofundir 200 cc + glucosa 50 % 240 c.c. + albúmina 1 fco. + oligoelementos 1 fco. + MVI 1 amp. + vitamina "C" 1 gr. + sulfato de magnesio 3 amp. + fosfato de potasio 1 amp. + heparina 1.000 U + insulina ráida 20 u. p/18 horas.
- L. Medial. Sol. Hartman 950 c.c. + albúmina 1 fco. + aminofilina 10 c.c. + Cc 3 amp. + furesemide 3 amp. p/12 horas, sol. salina c.c. para PVC.
- L. Proximal. Sol. glucosada 5 % 240 ml. + dopamina 2 amp. pasar 10 ml. por hora. sol. glucosada 5 % 230 ml. + dobutamina 1 fco. pasar 10 ml. por hora.
- C. braquial: haemacel 500 c.c. p/24 horas. plasma fresco congelado c/8 horas paquete globular en caso de indicaciones.

2. Medicamentos.

- Imipramina 1 gr. IV. c/8 horas.
- Gluconato de calcio 1 amp. IV c/8 horas.
- Fitomenadiona 10 mgr. I.M. c/24 horas.
- Nalbufina 5 mgr. I.V. c/6 horas PVM.
- Flunitracepam 1 mgr. IV c/6 horas PVM.
- Metamizol 1 gr. IV. en 50 c.c. pasar en 30 minutos c/8 horas.
- Vendaje de miembros inferiores.

4.4.2. MEDIDAS GENERALES.

- AHNO.
- Sonda nasogástrica a derivación.

- Cuidado al paciente neurológico.
- Ventilador a parámetros establecidos.
- Curación diaria de herida quirúrgica.
- Cambio de apósito PRN.
- Cultivo de herida quirúrgica.
- Destrostix c/4 horas.
- Sonda foley.
- Semifowler.
- Cuidados de sondas y catéteres.
- Colutorios con agua bicarbonatada.
- Cabecera elevada a 30 grados.
- Cloranfenicol oftálmico por turno
- Aspiración oftálmica por turno.
- Aspiración gentil de secreciones PRN.
- Estricto corte de uñas.
- Vendaje compresivo abdominal.
- Vigilar sangrado transvaginal.
- Aplicar vaselina en labios.

4.4.3. TRATAMIENTO QUIRURGICO.

- Operación cesárea por sufrimiento fetal y embarazo gemelar.
- Laparotomía exploradora por sépsis abdominal.
- Instalación de sonda nasoyeyunal en segunda porción del duodeno.

4.5. PROBLEMAS DESPUES DE LA OPERACION CESAREA.

- . Prob. colestásis intrahepática.
- . Hígado graso del embarazo.
- . Choque mixto (séptico e hipovolémico)
- . Prob. absceso residual intra abdominal.
- . Encefalopatía hepática IV.

- Sangrado de tubo digestivo alto y bajo

4.6. PRONOSTICO.

Sumamente grave.

4.7. PARTICIPACION DE ENFERMERIA.

Se considera importante proporcionar atención integral a la usuaria hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos y esta es la siguiente:

- Baño de esponja.
- Cambio de ropa de cama y personal.
- Toma de signos vitales cada hora.
- Preparación de soluciones y medicamentos.
- Curación de cateter central y periférico.
- Vendaje de miembros superiores e inferiores.
- Cambios frecuentes de posición.
- Palmo percusión.
- Aspiración de secreciones por traquea y boca.
- Curación de herida quirúrgica.
- Aplicación de calor en glúteos y sulfato de magnesio.
- Monitorización de PVC.
- Medición de contenido de drenajes (S.N.G., PEN ROSE, SONDA FOLEY).
- Observar estado de conciencia.
- Llenado de la hoja de enfermería.
- Preparación de N.P.T.
- Colaborar en la toma de estudios de laboratorio y rayos X.
- Aseo bucal con agua bicarbonatada.
- Humedecer labios a la paciente PRN.
- Corte de uñas.
- Lubricación de piel.

- Apoyo emocional.
- Cuidados de la cánula endotraqueal.
- Monitorización cardiaca.
- Transfundir sangre y plasma de acuerdo a indicación médica
- Vigilar ventilador a parámetros establecidos.
- Vendaje abdominal.

V. METODOLOGIA.

Para efectuar el presente P.A.E. se elaboró un cronograma de actividades, en donde se delimitan los tiempos para su realización, contemplando todos sus aspectos hasta su terminación.

5. 1. CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES.

AGOSTO - NOVIEMBRE

1997

ACTIVIDADES	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1 Seleccionar a la usuaria para P.A.E.				
2 Recopilación de datos del estado de salud de la paciente por medio del expediente.				
3 Elaboración de la historia clínica de enfermería y entrevista a paciente, familiares y personal de salud de la unidad.				
4 Investigar en literatura el fundamento científico de la patología.				
5 Elaborar resumen del padecimiento				
6 Ejecución del plan de cuidados y evaluación.				
7 Asesoría del trabajo.				
8 Presentación del trabajo para su aceptación.				
9 Titulación ya aceptado el trabajo.				

NOTA: Cada una de las actividades aquí plasmadas se contemplaron por mes.

5.2. VALORACION

Dentro de esta etapa del proceso atención de enfermería se utilizó: La observación, entrevista, historia clínica y diagnóstico de enfermería, formato P.E.S. y resumen clínico. Para poder llevar a cabo lo mencionado se elaboró un cronograma de actividades en el cual se delimitaron los tiempos específicos para cada paso presentado anteriormente.

5.2.1. OBSERVACION.

Mediante esta técnica se detectaron:

- a) Síntomas objetivos: mal estado general, ictericia, desnutrición, malas condiciones higiénicas, mucosas secas, mal aliento bucal, olor fétido a nivel de vagina.
- b) Síntomas subjetivos: quejumbrosa.

5.2.2. ENTREVISTA.

Primeramente la entrevista se realizó a la paciente, la cual no pudo comunicarse verbalmente; sino por medio de mímica ya que se encontraba intubada y con ventilador instalado; también se realizó por medio de la escritura, para ello se le proporcionó lápiz y libreta para que contestara las preguntas realizadas.

Cuando se le realizó la entrevista la paciente cooperaba por sí sola. Para obtener el resto de la información necesaria, se entrevistó a sus familiares, vecinos, personal médico y de enfermería del servicio de la U.C.I. en donde se encuentra hospitalizada actualmente, que es en donde se selecciona la paciente para su P.A.E.

5.2.3. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

El formato utilizado para la realización de ésta es el siguiente:

1) DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE.

EDAD.

SEXO.

ESTADO CIVIL.

LUGAR DE NACIMIENTO.

LUGAR DE RESIDENCIA.

DIRECCION.

RELIGION.

ESCOLARIDAD.

OCUPACION.

SERVICIO.

NUMERO DE CAMA.

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO.

JEFE DE SERVICIO MEDICO.

JEFE DE SERVICIO DE ENFERMERIA.

2) ASPECTO BIOLOGICO.

a) Alimentación:

- Desayuno.
- Comida.
- Cena.

b) Hidratación:

- c) Signos vitales.
- d) Eliminación:
 - Evacuaciones.
 - Micciones.
- e) Expresión de la sexualidad.
- f) Locomoción y postura conveniente.
- g) Descanso y sueño.
- h) Peso y talla.

3) ASPECTO FISICO.

- a) Higiene.
- b) Higiene de la vivienda.

4) ASPECTO PSICO/SOCIAL.

5) ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS.

- . Alcoholismo
- . Tabaquismo
- . Adicción a drogas
- . Intolerancia a medicamentos y/o alimentos
- . Enfermedades

6) EXPLORACION FISICA.

a) Exploración regional:

- . Cabeza
- . Cuello
- . Tórax
- . Abdomen
- . Dorso y extremidades

b) Aparatos y sistemas.

- . Digestivo
- . Circulatorio
- . Respiratorio
- . Urinario
- . Genital
- . Endocrino
- . Hematopoyético
- . Osteomuscular

5.2.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

SRA. S.A.T. DE 34 AÑOS DE EDAD INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR COMPLICACIONES DE OPERACION CESAREA, QUE REQUIERE UN MONITOREO CONTINUO Y ESPECIFICO POR SU ESTADO CRITICO.

DATOS OBTENIDOS DURANTE EL EXAMEN DE ENFERMERIA	PUNTOS PRINCIPALES EN LOS CRITERIOS QUE CONDUCEN AL RECONOCIMIENTO DE UN PATRON	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
<p>Cuerdas vocales con dificultad de sonidos guturales por intubacion endotraqueal y ventilación mecánica. Se comunica con mimica y solicita lapiz y libreta para manifestar su inquietud. Tenia dificultad en sostener la libreta por lo que se le ayuda. Con cambios exagerados de la expresion del rostro.</p>	Incapacidad de comunicación verbal y escrita, e incomodidad física.	capacidad de comunicación limitada por sonidos vocales y por escrito.
<p>A veces se encoge de hombros o mueve la cabeza cuando quiere expresarse, o bien mueve las manos haciendo señala - mientos.</p>	Frustraciones repetidas pueden producir ansiedad.	Ansiedad como resultado de frustración por incapacidad de comunicarse.
<p>Rostro enrojecido, piel caliente al tacto. Temperatura bucal de 38 oC y diafóresis moderada.</p>	signos de fiebre	Bacterias patógenas infectando el sitio de incisión de herida quirurgica.
<p>Herida quirurgica con adherencias, material purulento y olor muy fétido. Además se observa inquietud, lucha con el ventilador.</p>	Signos de un proceso infeccioso. Controlar los parámetros respiratorios e iniciar con esquema amplio de antimicrobianos.	Requiere de intervención quirurgica (laparotomia exploradora) Sedación y relajación
<p>En el contenido gastrico de SNG se observan pozos de cafe, melena al tacto rectal y eva - cuaciones.</p>	Endoscopía	Sangrado de tubo digestivo alto y bajo.

28

5.2.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

SRA. S.A.T. DE 34 AÑOS DE EDAD INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR COMPLICACIONES DE OPERACION CESAREA, QUE REQUIERE UN MONITOREO CONTINUO Y ESPECIFICO POR SU ESTADO CRITICO.

DATOS OBTENIDOS DURANTE EL EXAMEN DE ENFERMERIA	PUNTOS PRINCIPALES EN LOS CRITERIOS QUE CONDUCE AL RECONOCIMIENTO DE UN PATRON	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Escaras a nivel de glúteos y olor fétido en vagina.	Signos de deterioro de la dermis e infección.	Piel afectada en glúteos y proceso infeccioso a nivel de vagina.
Hb. baja, que varía de 5.6 a 9.0 persistiendo loquios hemáticos. Requiere cirugía de urgencia, por los datos de infección que presenta. Requiere de exploración quirúrgica abdominal.	Signos de anemia. Sepsis abdominal.	Anémica. Riesgo quirúrgico elevado. Grave.
En el monitoreo continuo de los destrostix se observaron cifras bajas de glucos.	Manifestación de glucosa baja.	Hipoglucemia posiblemente por falla hepática.
Se presentan familiares en primer grado de la paciente (tía materna y dos primos hermanos) Se les informó del padecimiento del paciente y de la gravedad del caso, así mismo de que se requería su autorización para realizar procedimiento quirúrgico, argumentado que deberían hablar con el Sr. J. F. (concubino) para evitar problemas legales posteriores, y que irían a buscarlo al rancho de Cointzio y que en una hora estarían de regreso, para autorizar el tratamiento quirúrgico.	Inquietud Depresión	Angustia familiar.

29

5.2.4 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

SRA. S.A.T. DE 34 AÑOS DE EDAD INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR COMPLICACIONES DE OPERACION CESAREA, QUE REQUIERE UN MONITOREO CONTINUO Y ESPECIFICO POR SU ESTADO CRITICO.

DATOS OBTENIDOS DURANTE EL EXAMEN DE ENFERMERIA	PUNTOS PRINCIPALES EN LOS CRITERIOS QUE CONDUCEN AL RECONOCIMIENTO DE UN PATRON	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Estado de alerta deteriorado	Encefalopatía hepática.	Sedación. Sepsis.
Ayuno prolongado por vía oral; aunque se le esté nutriendo por vía parenteral, la paciente que de primera instancia, llegó con aspecto de mala alimentación durante su embarazo. Abdomen distendido, sin peristalsis y herida quirúrgica abierta con maya de mercilene y cierre por medio de la cual se le realiza curación por turno.	Falta de alimentación por vía oral, de los nutrientes necesarios. Falta de movilización. Manejo adecuado de la herida quirúrgica	Desnutrición. Inmovilización de la paciente Herida limpia después de la laparotomía exploradora.
Al escuchar campos pulmonares se encuentran estertores y sibilancias.	Falta de movilización frecuente y Falta de fisioterapia pulmonar.	Atelectasia pulmonar. Abundantes secreciones espesas

5.2.5. FORMATO P.E.S.

Para la realización de este trabajo, se tomaron en cuenta los tres componentes esenciales, como son: Problema sanitario (P), Factores Etiológicos o relacionados (E), y las características o grupos de signos y síntomas que lo definen (S).

Este formato ayudó al diagnóstico real de enfermería de la usuaria por lo que se mencionará a continuación.

Sra. S.A.T. de 34 años de edad post-operada de cesárea por sufrimiento fetal y embarazo gemelar, de la cual sus diagnósticos de enfermería son los siguientes:

- a) Alteración de la integridad cutánea a nivel de glúteos relacionada con la inmovilización frecuente en cama y que se manifiesta por enrojecimiento, ardor, dolor, mácula, pápula, vesícula y costra.
- b) Alto riesgo de traumatismo quirúrgico (cesárea), relacionado por sufrimiento fetal y embarazo gemelar como primera instancia al ingreso a la tococirugía y posterior a ello laparatomía exploradora con pronóstico grave y que se manifiesta por herida quirúrgica con adherencias, secreción de material purulento y olor muy fétido (sépsis abdominal).
- c) Alto riesgo de infección relacionado por la operación cesárea y que se manifiesta por fiebre, secreción de material purulento y olor fétido, conllevando a laparotomía exploradora.
- d) Lactancia materna interrumpida relacionada con la separación de sus dos productos (gemelos) y que se manifiesta por la no secreción de calostro.
- e) Incapacidad para mantener la ventilación espontánea relacionada por hipoxia y acidosis metabólica observándose en gasometría arterial y que se manifiesta por aumento en el trabajo de la función respiratoria.

- f) Hipertermia relacionada con el proceso infeccioso que estaba desencadenando la paciente y se manifiesta por fiebre de 38 °C, diaforesis, rostro enrojecido y piel caliente al tacto.

5.2.6. PADEECIMIENTO ACTUAL

3-8-1997.- P.A. Ingres a al servicio de urgencias con diagnóstico de embarazo de 35. S.D.F.G. con borramiento y dilatación completa, trabajo de parto en fase activa, a la exploración física se detecta sufrimiento fetal de un producto tenido bradicardia de 110 latidos X y el segundo de 135x' encontrando un producto cefálico y otro podálico, se decide ña exploración abdominal de los productos mediante operación cesárea. Se toman estudios de laboratorio y gabinete.

Emb. de 35S.D.G. gemelar + trabajo de parto + operación programa.. Cesárea tipo kerr + O.T.B. + Cesárea corporal producto del sexo (F) con líquida meconial + el primero con peso 1.900 kg. Apgar. 7-9 y el segundo se tarda en extraerlo, del sexo (F) con un peso 2000 kg. y apagar de 4-6 lloran y respiran al nacer placenta completa ligada de salpingo izquierdo y derecho.

NOTA POST-QUIRURGICA

Refiere dolor a nivel de la herida quirúrgica y mareos por momentos.

Paciente consciente, cooperadora, con palidez de tegumentos ++ y conjuntivas de ++ edema de tt a nivel de piernas y maleolos estudio de lab. muestra HB 8.9 hct. de 28.8 anemia las pruebas de funcionamiento hepática muestra una coledocoléstitis intrahepática, hipoproteïnemia e hipoalbuminemia. Cursando con una probable colestásis intrahepática.

INTERCONSULTA A: MEDICINA INTERNA

4-8-1997. Tiene 2 semanas con ictericia progresiva, edema de Ms y infección

5-8-1997. Cursa con problemas de hígado graso, dolor nivel de la H.Q. consciente cooperadora con higiene deficiente, palidez de tegumentos ++,

ictericia esclerotegumentaria, abdomen blando doloroso a la palpación profunda, útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical,, se transfunde paquete globular, y plasma.

GINECOLOGIA

6-8-1997. Cursa su 3 día de puerperio q. en estudio la ictericia. Asintomática. Únicamente con dolor leve a nivel de la H.Q. palidez de tegumentos herida. Q. Limpia, bordes bien afrentados, útero bien involución por abajo de la cicatriz umbilical, M.I. con edema ++

Evolución favorable.

MEDICINA INTERNA

7-8-1997. Disminución de la ictericia, se solicita B.H. para valorar hemotransfusión y OFH. se transfundió albúmina humana (para controlar los niveles bajos de esta proteína).

Se valorara su egreso. si la (Hb) Hemoglobina es menor de 10 transfundir un paquete globular. La paciente niega tener donadores se niega a que se le tome tuvo piloto. Pasa a medicina interna 4 piso.

GINECO OBSTETRICIA

8-8-1997 Cuenta su 5 día de puerperio quirúrgico, paciente asintomático bien ubicada en tiempo y espacio, cooperadora, con palidez de tegumento en miembros inferiores con edema ++ de predominación maleolar. Pendiente transfundir a la paciente un paquete globular. Presento H8 (Hemoglobina) de 9. Se retiran puntos alternos habiendo salido líquido seroso de color café, olor

fétido escaso, elevada la bilirrubina totales, como la albúmina totales, y albúmina.

9-8-1997- Paciente cursa con, olor fétido, palidez de tegumentos ++, ictericia, esclerotegumentaria ++, abdomen doloroso a la palpación, con salida de líquido color oscuro, fétido procede de la H.G., miembros inferiores con edema ++ y S.V. dentro de lo normal.

10-agosto-1997. Paciente con actitud, mejoría en los tiempos de sangrado y coagulación y del T.P y T.P.T. bilirrubina alta.de9, presenta absceso de pared, paciente, renuente al tratamiento impartido muestra incoformidad por la estancia hospitalaria.

se agrega triple esquema antimicrobiano, ped. transfundir un paquete globular.

MEDICINA INTERNA CAMA - 411

Paciente con los siguientes problemas: post/operada de cesárea, prob. absceso residual, intraabdominal, hígado graso del emb. colectases post/obstructiva. La paciente se encuentra en una escala de glasgow, no responde a la apertura de ojos a la voz solo al dolor, respuesta motora disminuida respuesta verbales incoherente, cursa con su octavo día a las 48 horas. Nota la ictericia, perdida de la personalidad y conducta, estado estuporoso con normocefalo, t/a 190/120, Fr-48 x' y taquipnea, abdomen globoso, extremidades edematizadas ++ MS. de piernas. La pcciente es de grave pronóstico.

LA PACIENTE PRESENTA

12-AGOSTO-1997-. Choque mixto (Séptico e hipovolémico) prob. absceso residual intra-abdominal hígado graso del embarazo , encefalopatía hepática, condiciones clínicas, estuporosa , mínima respuesta a estímulos, ruidos respiratorios con períodos de apnea, se procede de colocación de acceso por vascular central (por vía subclavia izquierda , T/A de 60/40 mg., taquicardia ,

anemia grave, choque séptico, ausencia de ruidos peristálticos con áreas de timpanismo y matidez, la H.Q. muestra secreción verdosa . Se solicita, panendoscopia urgente, se deja sedación para poder controlar los parámetros respiratorios de inicia amplio esquema de antimicrobianos.

GINECOLOGIA

Muy mal estado general, inconsciente, intubada con sonda de leyvn drenando contenido gástrico biliar y en pozos de café, distinción abdominal importante. Se realiza ultrasonido abdominal. Se identifica hígado de intensidad aumentada, poco líquido libre en región hepatorenal, en el útero se observas 15 cm. con liquido en cavidad uterina, se toman estudios de endoscopia. Hallazgos. Esofagitis ulcerada severa pangastritis moderada.

13-agosto.1997. Paciente arterial, llenado capilar rápido, cifras febril persistente, rep. este hiperventilada, acidosis respiratorio, se toma gasometria de control.

Renal.	Dentro de lo normal.
Neurológico .-	Sedada, relajada.
Digestivo.-	3 evacuaciones, melena.
Isquemia trombosis intestinal .	

Además de contribuir a la producción de líquido el feto lo deglute y lo absorbe en su tracto gastrointestinal completando un ciclo que mantiene adecuado volumen de su líquido amniótico.

- a) Su composición; el solvente: agua, osmolaridad; los solutos pigmentos, compuestos diversos.
- b) Células: células grasa, corpúsculo de barr..
- c) Enzimas.

Del estudio de este líquido puede inferirse. madures fetal, característica individuales del homigenito y estado patológico diversos tanto genéticos como ambientales, muestra mejor correlación con la edad gestacional.

ANESTESIOLOGIA

probable fallecimiento.

D.X. Pre-Operatorio PB sepsis abdominal, PQ. Tardia, Ictericia en Estudio, PB. Hígado Graso del embarazo.

Operación proyectada: laparotomía exploradora diagnóstica.

Operación realizada: Laparatomía exploradora histerectomía subtotal, con salpingo-oforectomía, con lavado energético de cavidad abdominal.

HALLAZGOS

Líquido libre en cavidad abdominal en cantidad de aproximadamente 1 libro olor fétido y aspecto seropurulento . Dehiscencia de histerorrafia, notas de fibrinas en asas intestinales, colon sumamente distendido.

13-agostos-1997. Se presentan familiares (tía materna y primos y hermanos y (concubino) autoriza su procedimiento a la unidad de cuidados intensivos (U.P.I.).

14-agosto-1997. La paciente presenta gastrometría con acidosis se corroboró la existencia de sepsis abdominal grave, trombocitopenia, severa, hipoalbuminemia. Se transfunde plasma fresco.

GINECOLOGIA

Primeras horas de post. operatoria. Grave pero estable continúa con esteroides, S.N.G. drenando material verde oscuro.

15-agosto-1997. Persiste la ictericia, paciente grave, hiperdinámica sedada bien acoplada al ventilador, taquicardia de 20 X'.

16-agosto-1997. Estado General Grave , alerta, conectada al ventilador, taquicardia, por la vagina drenando, penrose drenando material serosa.

2.6.7. HALLAZGOS EN LABORATORIO Y GABINETE

- PFN y concentrado plaquetario: 70.000
- Nb.: 8.9 mgrs.
- Tiempos de coagulación. Dentro de límites normales.
- Hiperamilasa. 620.
- P.F.N.: Hiperbilirrubinemia..
- Hipoalbuminemia, enzimas hepáticas, RGO: 50, DHL: 891..
- Gasometria arterial. Oxhemia adecuada, lavado de CO2 compensatoria de acidosis metabólica.
- Azaados: Normales.
- Volumen urinario: aceptable .
- Endoscopia : esofagitis, en estomago y duodeno sin datos de hemorragia.
- T.P.: 13.8 = 64 %.
- T.P.T.: 28 test = 26 seg.
- Lipasa: 620
- Urea: 141.
- Nit. Ureico: 65.89.
- B.b.t.: 4.14.
- B.B.D.: 1.54
- L.D.H.: 891.
- bilirrubinas: bilirrubinemia indirecta.
- Panel de Hepatitis: Para establecer etiología de síndrome icterico
- Hb. de control: 14 mgrs.

- Electrolitos.
- TGO: 46.
- BH. (Leucos: 1.21, Hb.: 13.0, Hct = plaquetas = 165.000, neutros =82, bandas = 1 K =3,4, Na = 150, "Qs. =Normal.
- EGO. aceptable.

a su ingreso en cuidados intensivos los métodos de diagnósticos utilizados son :

- Ultrasonido Hepático. Normal.
- Panendoscopia urgente.
- Biomètria hemática completa: Hb de 5.6 mg..
- Endoscopia: En esófago 4 ulceraciones de 4 cm. cubierta de fibrina y 3 de 0.5 cm. , se aprecia hernia hiatal y la unión de esófago gástrica a los 38 cm.
- Radiologicamente : Se coloca sonda nasoyeyunal en segunda porción del deudeno.
- Hipernatremia , hiperglucemia leve y k. alcalosis respiratoria de ventilador.
- Hb. 14.6 grs., T.P.: 17.2/12.2, T.T.P. mayor de 670 seg./plaquetas 77.000.
- Leucos: 11200, Hb.: 12.4 grs. plaquetas: 295.000 Na: 142, k: 4.9 mmol. Qs con glucosa de 100 grs, urea y creatinina normales , B.T.: 5.33 mgrs., P.T. bajas de 5.4. grs. Albúmina: 3.2 grs., F.,A. 127 mgrs.

V.I. PLANEACION.

6.1. CLASIFICACION DE PRIORIDADES

Para esta clasificación se tomo en cuenta el diagnostico de enfermería y tenemos las siguientes:

- Apoyo psicológico y emocional .

- Electrolitos.
- TGO: 46.
- 8H. (Leucos: 1.21, Hb.: 13.0, Hct = plaquetas = 165.000, neutros =82, bandas = 1 K =3,4, Na = 150, "Qs. =Normal.
- EGO. aceptable.

a su ingreso en cuidados intensivos los métodos de diagnósticos utilizados son :

- Ultrasonido Hepático. Normal.
- Panendoscopia urgente.
- Biometría hemática completa: Hb de 5.6 mg..
- Endoscopia: En esófago 4 ulceraciones de 4 cm. cubierta de fibrina y 3 de 0.5 cm. , se aprecia hernia hiatal y la unión de esófago gástrica a los 38 cm.
- Radiologicamente : Se coloca sonda nasoyeyunal en segunda porción del duodeno.
- Hipernatremia , hiperglucemia leve y k. alcalosis respiratoria de ventilador.
- Hb. 14.6 grs., T.P.: 17.2/12.2, T.T.P. mayor de 670 seg./plaquetas 77.000.
- Leucos: 11200. Hb.: 12.4 grs. plaquetas: 295,000 Na: 142, k: 4.9 mmol. Qs con glucosa de 100 grs, urea y creatinina normales , B.T.: 5.33 mgrs., P.T. bajas de 5.4. grs. Albúmina: 3.2 grs., F.,A. 127 mgrs.

V.I. PLANEACION.

6.1. CLASIFICACION DE PRIORIDADES

Para esta clasificación se tomo en cuenta el diagnostico de enfermería y tenemos las siguientes:

- Apoyo psicológico y emocional .

- Tener disponible carro rojo en su unidad.
- Transfundir sangre ó plasma o+
- Tomar estudios de laboratorio indicando (Bilirrubina).
- Vigilar estado de alerta de la paciente.
- Mantener en buen estado general a la usuaria.
- Realizar aseo bucal.
- Dar puño percusión tres veces por turno .
- Aspiración de secreciones PRN.
- Lavado bronquial previa indicación medica .
- Mantener ventilador a parámetros establecidos e indicados..
- Monitoreo cardíaco continuo.
- Curación de herida quirurgica.
- Vendaje abdominal.
- Tomar cultivo de secreción de herida quirurgica.
- Control de temperatura por medios físicos y químicos
- Curación de escaras a nivel de gluteos.
- Vigilar sangrado de tubo digestivo alto y bajo.
- Vendaje de miembros superiores e inferiores.
- Control estricto de líquidos.
- Curación de catéter periférico y subclavio.
- Toma de signos vitales PRN.
- Monitorización de p.v.c.
- Preparación de npí.
- Cambios frecuentes de posición .
- Cambio de sujeción de la cánula .
- Tomar destrostix prepanial .
- Preparación y ministracion de medicamentos.

6.2. JERARQUIZACION DE NECESIDADES.

Esta se realizo de acuerdo a la teoría de maslow la cual sostiene en su clasificación que estas son:

Fisiológicas, de protección , de amor, de estimación y de autorrealización: encontrando dentro de estas las siguientes:

6.2.1. FISIOLÓGICAS

- Aspiración de secreciones.
- Mantener ventilador a parámetros establecidos.
- Lavado bronquial previa indicación médica.
- Aseo bucal.
- Puño percusión tres veces por turno.
- Tener disponible carro rojo en su unidad.
- Toma de signos vitales.
- Transfundir sangre o plasma o+.
- Tomar estudios sanguíneos indicados.
- Monitorización de p.v.c.
- Control estricto de líquidos.
- Vigilar sangrado de tubo digestivo alto y bajo.
- Control de temperatura por medios físicos y químicos.
- Tomar cultivo de secreción de herida quirúrgica-
- Tomar de destrosiix prepanial.
- Preparación y ministraron de medicamentos.
- Monitoreo cardiaco continuo.

6.2.2. DE PROTECCION.

- Curación de herida quirurgica
- Curación de cateter periferico y subclavio.
- Curación de escaras a nivel de gluteos.
- Cambios frecuentes de posición
- Preparación de N.P.T.
- Vendaje abdominal.
- Vendcje de miembros superiores e inferiores.

VII. EJECUCION

7.1 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: Sra S.A.T. EDAD: 34 AÑOS SEXO: FEMENINO ESCOLARIDAD: PREPARATORIA
 FECHA DE INGRESO A LA U.C.I. 12/08/97 No CAMA: 4 SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 DX MEDICO: POST-OPERADO DE CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y EMBARAZO GEMELAR.
 DX ENFERMERIA: PACIENTE CON 16o DIA DE POST-PUERPERIO QUIRURGICO CON ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA A NIVEL DE DE GLUTEOS, ALTO RIESGO DE TRAUMATISMO QUIRURGICO Y DE INFECCION, CON LACTANCIA MATERNA INTERRUMPIDA, INCAPACIDAD MANTENER LA VENTILACION ESPONTANEA E HIPERTERMIA

2h

IDENTIFICACION DE NECESIDADES	JERARQUIZACION	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
a) Apoyo psicológico y emocional b) Tener disponible carro rojo en su unidad c) Transfudir sangre o plasma O+	i) FISIOLÓGICAS - Aspiración de secreciones	- Contribuir a una mejor ventilación	- Realizar la aspiración con técnica aséptica.	Al utilizar la técnica aséptica, vamos a evitar un proceso infeccioso en aparato digestivo alto.	Hasta el momento no se ha presentado ninguna infección, debido a la técnica de aspiración de secreciones.
d) Toma de estudio de laboratorio e) Vigilar estado de alerta. f) Mantenerla en buen estado general. g) Realizar aseo bucal		- Mantener ventilador a parámetros establecidos.	- Proporcionar el oxígeno necesario de acuerdo a su requerimiento.	- Cambios de tubos de ventilador. - Vigilar constantemente funcionamiento así como sus parámetros que estén de acuerdo a indicación médica	La oxigenación adecuada al paciente incrementa un intercambio gaseoso favorable.
h) Dar puño percusión i) Aspiración de secreciones PRN j) Lavado bronquial previa indicación médica.	- Lavado bronquial	- Evitar que la paciente tenga secreciones gruesas y tapones mucosos	- Preparar equipo y material necesario para aspiración de secreciones - Realizar el lavado y aspiración con técnica aséptica.	El introducir líquido por medio de cánula endotraqueal para el lavado bronquial P.V.M se evita la formación de tapón mucoso, ayudando a una mejor oxigenación	Se realiza lavado bronquial por indicación médica.
k) Mantener ventilador a parámetros establecidos e indicados l) Monitoreo cardíaco continuo ll) Curación de herida quirúrgica m) Vendaje abdominal	- Aseo bucal	Llevar a cabo medidas de higiene bucal con la frecuencia necesaria para conservar la boca sana y fresca.	- Realizar aseo tres veces al día con agua bicarbonatada. - Lubricación de labios con vaselina.	El aseo bucal permite comida física al paciente. La boca es una cavidad que comunica con el tubo digestivo.	Se mantiene limpia la boca de la paciente.

VII. EJECUCION

7.1 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: Sra S A T EDAD: 34 AÑOS

SEXO: FEMENINO

ESCOLARIDAD: PREPARATORIA

FECHA DE INGRESO A LA U.C.I.: 12/08/97

No. CAMA: 4

SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DX. MEDICO: POST-OPERADO DE CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y EMBARAZO GEMELAR.

DX. ENFERMERIA: PACIENTE CON 16o. DIA DE POST-PUERPERIO QUIRURGICO CON ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA A NIVEL DE GLUTEOS, ALTO RIESGO DE TRAUMATISMO QUIRURGICO Y DE INFECCION, CON LACTANCIA MATERNA INTERRUMPIDA, INCAPACIDAD MANTENER LA VENTILACION ESPONTANEA E HIPERTERMIA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES	JERARQUIZACION	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
n) Tomar cultivo de secreciones de herida quirurgica	- Puño percusión tres veces por turno.	Evitar el acúmulo de secreciones bronquiales.	-Percusión torácica manual tres veces al día.	La percusión sobre la superficie posterior torácica durante la espiración, facilita el desprendimiento y expulsión de secreciones broncopulmonar.	Se le dió su percusión torácica a la paciente después del baño de esponja y cambio de ropa de cama.
ñ) Control de temperatura por medios físicos y químicos.	-Tener disponible el carro rojo en su unidad	-Evitar pérdida de tiempo, si se presenta paro cardiorrespiratorio.	- Tener preparado Hoja y mango de laringoscopio. Tubo endotraqueal. Medicamentos. Jeringa de 20 ml. con aguja, etc.,	La disponibilidad del equipo de paro, evita pérdidas de tiempo, en relación a la atención inmediata y oportuna de la paciente.	Hasta el momento no ha presentado paro y se tiene equipo necesario disponible.
o) Curación de escaras a nivel de glúteos.	- Toma de signos vitales.	Monitorizarlos constantemente para detectar alguna alteración fisiopatológica.	Toma de S.V. c/hora Registrar en la hoja de enfermería y curva térmica.	El control de signos vitales permite la valoración del estado físico de la paciente.	Se vigilan constantemente los signos vitales y presenta taquicardia debido a la fiebre 38 oC.
p) Vigilar sangrado de tubo digestivo alto y bajo.	- Transfundir sangre o plasma O+	Corregir anemia a la paciente.	Lavado de manos. Preparación de material. Toma de B.H.C, Q.S. T.P, T.P.T., Bilirrubinas E.G.O., Etc.,	El análisis de los productos requiere de una determinada cantidad de muestras y éstas son consideradas potencialmente infecciosas	Se toman los estudios de laboratorio, cada que estos son solicitados.
q) Vendaje de miembros superiores e inferiores.					
r) Control estricto de líquidos.					

VII. EJECUCION

7.1 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: Sra S A T EDAD: 34 AÑOS SEXO: FEMENINO ESCOLARIDAD: PREPARATORIA
 FECHA DE INGRESO A LA UCI: 12/08/97 No. CAMA: 4 SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 DX MEDICO: POST-OPERADO DE CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y EMBARAZO GEMELAR.
 DX ENFERMERIA: PACIENTE CON 16o DIA DE POST-PUERPERIO QUIRURGICO CON ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA A NIVEL DE
 DE GLUTEOS, ALTO RIESGO DE TRAUMATISMO QUIRURGICO Y DE INFECCION, CON LACTANCIA MATERNA INTERRUMPIDA, INCAPACIDAD
 MANTENER LA VENTILACION ESPONTANEA E HIPERTERMIA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES	JERARQUIZACION	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
s) Curación de catéter periférico y subclavio. l) Monitoreo de P.V.C	Tomar estudios sanguíneos indicados.	Obtener la muestra en cantidad suficiente y en condiciones asépticas.	Dar posición D.D. Tener disponible el material necesario. Toma de P.V.C. Registro en su hoja.	La P.V.C. elevada indica un aumento de líquidos en el organismo.	Se toma cada hora PVC y la paciente se mantiene en buenas condiciones de hidratación.
u) Preparación de N.P.T v) Toma de signos vitales x) Cambios frecuentes de posición	Control estricto de líquidos.	Llevar un estricto control de líquidos.	Medir todos los ingresos y egresos por diferentes vías. Anotar en su hoja de Enfermería	El equilibrio hidroelectrolítico depende del control adecuado y registro de líquidos ingeridos y eliminados, así como el peso corporal.	Se logra llevar a cabo el control de líquidos, evitando un desequilibrio hidroelectrolítico
y) Cambio de sujeción de la cánula z) Tornar destrotox prepadial. Preparación y ministración de medicamentos	-Vigilar sangrado de tubo digestivo alto y bajo - Control de temperatura por medios físicos y químicos (38 oC)	Conocer porque se está presentando éste Evitar que continúe elevandose la temperatura.	Colaborar en la endoscopia. Vigilar características de contenido gastrointestinal y evacuaciones. Bajar fiebre por medios físicos: baño y compresas de agua fría. O medios químicos: Administración de 2 grs. de Metamizol I.V.	El sangrado de tubo digestivo alto y bajo puede producir una anemia si no se corrige oportunamente. El calor del cuerpo dilata el mercurio contenido en el bulbo del termómetro y una cámara de constricción que evita su regreso.	Se vigila sangrado y hasta el momento continúa únicamente con sangrado de tubo digestivo bajo (escaso) Se logra restablecer la temperatura a 37 oC.

VII. EJECUCION

7.1 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: Sra. S.A.T. EDAD: 34 AÑOS SEXO: FEMENINO ESCOLARIDAD: PREPARATORIA
 FECHA DE INGRESO A LA U.C.I.: 12/08/97 No. CAMA: 4 SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 DX MEDICO. POST-OPERADO DE CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y EMBARAZO GEMELAR.
 DX ENFERMERIA: PACIENTE CON 16o. DIA DE POST-PUERPERIO QUIRURGICO CON ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA A NIVEL DE DE GLUTEOS, ALTO RIESGO DE TRAUMATISMO QUIRURGICO Y DE INFECCION, CON LACTANCIA MATERNA INTERRUMPIDA, INCAPACIDAD MANTENER LA VENTILACION ESPONTANEA E HIPERTERMIA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES	JERARQUIZACION	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
	- Tomar cultivo de secrecion de herida quirurgica.	Detectar tipo de ger - men que está originando infección.	Preparar material Toma de cultivo con isopo y con medidas asépticas.	El determinar gérme - nes patógenos en la herida quirurgica, se ocasiona una infección	Se toma cultivo y se contrarresta un poco ya que requiere de intervención quirurgica.
	- Tomar destrostix Prepandial.	Detectar alteracion en la glucosa.	Preparar material. Realizar el destrostix por turno o P.R.N.	Cuando la glucosa se eleva, se presenta una hiperglisemia que puede ocasionar un shock	Se monitoriza glucosa manteniendo en cifras normales la glucosa.
	- Preparación y ministración de medicamentos.	Evitar infecciones y lograr el efecto del fármaco en un tiempo mínimo.	Ministrar los medicamentos por vía y hora indicados.	La mezcla de dos o más productos, puede provocar sinergismo o antagonismo.	Se le aplican diariamente sus medicamentos indicados.
	- Monitoreo cardíaco continuo.	Vigilar constantemente frecuencia cardíaca.	Colocación de electrodos. Instalación de monitor.	Los electrodos captan de la piel las señales electricas del corazón y las envían al monitor	Se mantiene la paciente con monitor continuo.
	2) DE PROTECCION - Curación de herida quirurgica.	Evitar infecciones y favorecer la cicatrización	Lavado de manos. Preparar material. Realizar curación con asepsia y antisepsia.	Las manifestaciones clínicas de infección son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, hipertensión, taquicardia, taquipnea, anorexia, náuseas, vomito y cefalea.	Inicia el proceso de cicatrización.

VII. EJECUCION

7.1 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE Sra S.A.T. EDAD 34 AÑOS SEXO: FEMENINO ESCOLARIDAD: PREPARATORIA
 FECHA DE INGRESO A LA U.C.I: 12/08/97 No. CAMA: 4 SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 DX MEDICO: POST-OPERADO DE CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y EMBARAZO GEMELAR.
 DX ENFERMERIA: PACIENTE CON 16o. DIA DE POST-PUERPERIO QUIRURGICO CON ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA A NIVEL DE
 DE GLUTEOS, ALTO RIESGO DE TRAUMATISMO QUIRURGICO Y DE INFECCION, CON LACTANCIA MATERNA INTERRUMPIDA, INCAPACIDAD
 MANTENER LA VENTILACION ESPONTANEA E HIPERTERMIA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES	JERARQUIZACION	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
	- Curación de catéter periférico y subclavio	Evitar infecciones en el sitio de inserción del catéter.	Curación cada 72 horas, con técnica aséptica y sellar adecuadamente el catéter.	Los apósitos secos colocados como protección de los catéteres inhiben la multiplicación y el paso de germen.	Se cura diariamente el catéter sin presentar infección hasta el momento.
	- Curación de escaras a nivel de glúteos.	Evitar que éstas se diseminen y se infecten.	Lavado de manos. Realizar curación y después de ésta colocarle sulfato de magnesio en polvo, para ayudar a que seque la escara.	La humedad favorece el crecimiento bacteriano.	Se realiza curación tres veces por turno y se coloca colchón de agua, así como cambio frecuente de posición contribuyendo a su desaparición.
	-Cambios frecuentes de posición.	Evitar la formación de escaras.	Colocar colchón de agua en cama. Cambiar de 3 a 4 veces de posición por turno.	La inmovilización prolongada puede causar rigidez y limitación del grado de movilidad de una articulación.	Cuando se inicia el PAE a la paciente ya se le detectaron escaras.
	-Preparación de N.P.T.	Disminuir la pérdida en masa corporal y reducir prob. asociados a desnutrición.	Vigilar la N.T.P. y proporcionar el aporte proteico-calórico indicado.	El ministrar todos los requerimientos de la N.T.P. se evita desnutrición.	Se prepara y ministra su N.T.P. aunque se observa que ha bajado de peso.
	-Vendaje abdominal	Compresión abdominal por herida quirurgica.	Preparar la venda. Vendar abdomen.	Los vendajes limpios y bien aplicados proporcionan bienestar la paciente.	Se mantuvo vendada a la paciente.

VII. EJECUCION

7.1 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: Sra S.A.T. EDAD: 34 AÑOS SEXO: FEMENINO ESCOLARIDAD: PREPARATORIA
 FECHA DE INGRESO A LA U.C.I.: 12/08/97 No. CAMA: 4 SERVICIO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 DX MEDICO. POST-OPERADO DE CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO Y EMBARAZO GEMELAR.
 DX. ENFERMERIA. PACIENTE CON 16o. DIA DE POST-PUERPERIO QUIRURGICO CON ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA A NIVEL DE
 DE GLUTEOS, ALTO RIESGO DE TRAUMATISMO QUIRURGICO Y DE INFECCION, CON LACTANCIA MATERNA INTERRUMPIDA, INCAPACIDAD
 MANTENER LA VENTILACION ESPONTANEA E HIPERTERMIA

IDENTIFICACION DE NECESIDADES	JERARQUIZACION	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
	- Vendaje de miembros superiores e inferiores	Contribuir a una buena circulación y evitar edema.	Vendar miembros superiores e inferiores	La falta de riego sanguíneo produce necrosis en el tejido.	Se evita edema y se mantiene con vendajes.
	3) AMOR				
	- Mantenerla en buen estado general.	Proporcionar higiene personal.	Baño. Corte de uñas. Lubricación de la piel. Cambio de ropa en general. Peinado.	El aseo general y en forma especial el de las manos, uñas y el peinado, son medidas higienicas que evitan o disminuyen la transmisión de germenés patógenos.	Se mantiene en buenas condiciones higienicas.

VIII BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALFARO, Rosalinda . Aplicación del proceso de enfermería . Editorial Doyma, Barcelona, España, 1989 p.p. 96-101.
- 2.- BILLIE E. Meador, Enfermería en cuidados Intensivos Editorial Manual Moderno, México D.F. 1986 1a edición , p.p. 15-19 y 230-259.
- 3.- BURG Merrill, Winter Scharble, Diagnostico y terapéutica en pediatría . Editorial Interamericana, México D.F. 1993, 1a edición, p.p. 353-358.
- 4.- BLANCO González L. Recopilación de literatura 1977.
- 5.- DR, HIROSHI NAKAJIMA. Obstétrica I., Antología. Editorial U.N.A.M., 2a edición 1996, p.p. 613-622.
- 6.- DR. RALPH C. Benson. Diagnostico y Tratamiento Gineco obstétricos, editorial Manual moderno México D.F: 1983. 3a edición, p.p. 943-954.
- 7.- E.M. King. L. wiedk, M Duer. Tecnicas de Enfermería. Editorial Interamericana, 2a edición p.p. 656-764.
- 8.- EUNICE M. King. Técnicas de Enfermería, Editorial Interamericana, México D.F, 1979, 1a edición..p.p. 109-115 y 238-240.
- 9.- Expediente clínico de la usuaria.
- 10.- GAUNTLETT, Patricia y Mymers, Judith, "Enfermería Medico-Quirurgico" Vol. I 2a edición adaptación Susana Salas y Ma. Teres Alzagar, Edit. Mosby/Doyma, libros, Madrid España 1995 p.p. 21-22.
- 11.- HAROLD ELLIS, Cristopher Wastell. Manual internacional de enfermería Quirurgica. Editorial limuso, 1a edición 1987, p.p. 11-50 Tomo I.

- 12.- HK, HAMILTIN, M.B. Rose, Procedimientos en Enfermería. Editorial Interamericana, México D.F. 1986 1a edición p.p. 173-208.
- 13.- JAMES M. Rippe., Manual de cuidados intensivos, editorial Salvat, 2a edición, México D.F., 1991 ,p.p. 3-288.
- 14.- LENETTE Owens Burrell, Zeb L. B. cuidado intensivo Editorial Interamericana, México D.F.,1976, 2a edición ,p.p. 90-101 y 22-230.
- 15.- MARRINER, Ann. "El proceso de Atención de Enfermería, un enfoque científico ". Traducción de la 2a edición: Dr. Alfonso Tellez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México 1990. p.p. 26-47-109.
- 16.- ROSALES, Barrera Susana, Reyes G. Eva, Fundamentos de enfermería, Editorial Manual Moderno, México D.F. 1991 2a edición, p.p. 11-438.
- 17.- SILVER Kempe, Bruyn Fulginiti. Manual de Pediatría Editorial Moderno, México D.F. 1988, p.p. 139-158.
- 18.- STANLEY G., Clayton, John R. Manual de Obstetricia y Ginecología, Editorial Manuel Moderno, México D.F. 1991 1a Edición, p.p. 50-133.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ción del proceso administrativo para coordinar los recursos humanos y materiales, que contribuyan en la planeación, organización, dirección y control