



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TOXEMIA GRAVIDICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MA. TRINIDAD GONZALEZ ORTEGA

ASESOR:
LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

1996 - 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997

28
209



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

T O X E M I A G R A V I D I C A

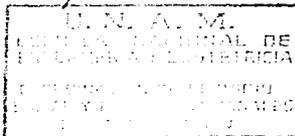
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MA. TRINIDAD GONZALEZ ORTEGA.

ASESORA ACADEMICA :

LIC. EN ENF. : MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN.



1996 - 1997.

I N D I C E

CONTENIDO	PAGINA
JUSTIFICACION.....	1
INTRODUCCION.....	2
OBJETIVOS GENERALES.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
I MARCO TEORICO TOXEMIA GRAVIDICA	
CONCEPTO.....	6
CLASIFICACION	7
ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.....	8
CUADRO CLINICO	9
TRATAMIENTO	10
EXAMENES DE LABORATORIO	15
DIAGNOSTICO	16
MEDIDAS PREVENTIVAS	16
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	17
II METODOLOGIA	17
III PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	18
- VALORACION	
- HISTORIA CLINICA	21*

C O N T E N I D O

P A G I N A

- PLAN DE ATENCION*.....	22
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFIA	54

J U S T I F I C A C I O N

El propósito fundamental del plan de acción de salud para todos en el año 2000 es que todas las personas tengan acceso permanente a los servicios de salud sea cual sea la condición económica, social y política e independientemente del área geográfica en que habiten. Este fenómeno plantea a todos los trabajadores de la salud en tiempos actuales de crisis financieras y costos crecientes no solo la detección de problemas y dificultades sino la oportunidad de tomar decisiones --- trascendentales de bienestar y satisfacción de necesidades de la población demandante de servicios médico-asistenciales, tomando en cuenta que entre las múltiples patologías que afectan a las mujeres embarazadas son: las toxemias grávidicas; además se incrementan las tasas de morbimortalidad materna e infantil, surge entonces la inquietud de documentarse y estudiarse más a fondo dicha patología y así brindar una atención de calidad y calidez a el binomio madre e hijo desde el primer contacto con el personal médico y paramédico y lo más importante prevenir o limitar las complicaciones a través de una atención primaria y un adecuado control-- prenatal.

• • • • •

I N T R O D U C C I O N

México necesita un nuevo sistema de salud. la historia de la humanidad - la profundidad y rapidez de los cambios, muestran que nos encontramos en un proceso crítico de transición, la forma de conseguir éxito hacia la nueva era, consiste en aprovechar el pasado, e innovar el presente anticipandonos a el futuro.

se han presentado una serie de cambios económicos, educativos, culturales y tecnológicos que nos indican un incremento importante en la demanda por servicios de salud durante las próximas décadas.

Al analizar el no. de muertes en población femenina, durante el embarazo parto y puerperio observamos que las tasas son elevadas si se considera que algunos componentes no pueden prevenir y controlar si se detecta a tiempo, de ahí la labor de la enfermería materno infantil, al observar - estos datos se despertó mi interés por realizar el proceso atención de - enfermería sobre ** toxemia gravidica ** pues es una de las principales causas entre otras hemorragias durante el embarazo y parto que representan un 45 % total de defunciones de ahí la importancia de la participación de la enfermera que tiene que actuar con profesionalismo, amor y dedicación a su trabajo, tratemos de ser realistas y no pensar con esto en resolver la crisis que estamos viviendo en nuestro país se requiere -

actuar con responsabilidad así creceremos como profesionistas además de obtener satisfacción propia como ser humano, los que prestamos servicio dentro de una institución hospitalaria, bajo un sistema administrativo - pensamos que tenemos un campo limitado de acción sin embargo podemos -- crecer, no dejándonos consumir por el propio sistema, ni caer en apatía, las enfermeras somos profesionistas organizadas, productivas, solo debemos de cambiar de actitud siendo más humanas y comprender a el individuo como un ser con muchas necesidades , problemas, que se desprenden de su enfermedad y tener capacidad para dar solución a los mismos , colaborando para su pronta recuperación.

Esto se hace más fácil si retomamos el proceso atención de enfermería, - esto no es nuevo sino viene de antaño con las primeras investigaciones - que realizó VIRGINIA HENDERSON , elaboró trabajos de investigación sobre el campo de enfermería como es el proceso analítico y ejercicio profesional de enfermería en 1948.

C. B J E T I V O SGENERALES:

- Buscar elevar el nivel profesional de la enfermera y mejorar la calidad técnica al aplicar el proceso atención de enfermería en diferentes patologías.
- Concientizar a el personal de enfermería sobre la importancia de brindar una atención oportuna y de calidad a las mujeres embarazadas que se detecten algún factor de riesgo.
- Incrementar el juicio crítico para jerarquizar y solucionar problemas a través del proceso atención de enfermería, así mejorar la enseñanza-aprendizaje de futuras profesionales de enfermería.
- Informar a las mujeres embarazadas y a las mujeres en edad reproductiva sobre complicaciones que pudieran surgir durante el embarazo y los daños o secuelas que ocasionan las toxemias en la embarazada y el -- producto así crear conciencia sobre el riesgo.

O B J E T I V O SESPECIFICOS:

- Fortalecer la calidad de atención de enfermería con el padecimiento - de toxemia gravídica , conociendo los factores de riesgo del paciente.
- Motivar a el personal médico y de enfermería a través de la exposición de este caso.
- Programar una serie de pláticas enfocadas a la embarazada y familia - sobre salud reproductiva, inmunizaciones, cuidados, alimentación durante el embarazo.
- Orientar sobre las ventajas de un adecuado control prenatal, tratando de concientizar para que sigan las indicaciones y se lleve a feliz -- término el embarazo.
- Dar seguimiento a embarazadas que se les detecten factores de riesgo- cuando dejen de acudir a sus citas, visitandolas en su hogar.

M A R C O T E O R I C OT O X E M I A G R A V I D I C AC O N C E P T O

Es un padecimiento que complica el estado grávido, que aparece entre la semana 20 de gestación del embarazo o en el puerperio temprano y se caracteriza por la presencia de edema, hipertensión y proteinuria, en algunos casos convulsiones y coma.

.

Mondragón Castro, Hector. Obstetricia Básica Ilustrado, Editorial Trillas
primera reimpresión 1992, página 318.

CLASIFICACION

PURA O PRIMARIA: ES LA QUE aparece en la mujer embarazada que se considera sana antes del embarazo y el cuadro clínico solo puede atribuirse a la gestación.

SEGUN ORIGEN

IMPURA O SECUNDARIA: Es la que ocurre en una mujer -- que presenta hipertensión arterial , nefropatía o diabetes mellitus antes del embarazo.

1er. grado - Toxemia leve

2o. grado - Toxemia moderada

SEGUN INTENSIDAD:

3er. grado - Toxemia severa no complicada

4o. grado - Toxemia severa complicada

5 o. grado - Eclampsia

Idem

ETIOLOGIA Se desconoce la causa pero existen varias teorías :

TEORIA liberación de sustancias presoras del riñon, a la --
placenta, a el cerebro, feto .

FACTORES PREDISPONENTES

- Alteraciones nutricionales ; anemia, deficiencia de ácido fólico.
- Aumento de prostaglandinas.
- Clima frío ; invierno y países fríos.
- Raza; más frecuente en raza negra.
- Presencia de enfermedades preexistentes ; nefropatía, hipertensión.
- Psicologicos; rechazo a el embarazo, madres solteras o abandonadas.
- Edad; pacientes muy jóvenes o de edad avanzada.
- Multiparidad o primigravidez.
- Sobredistensión uterina por ; embarazos múltiples, polihidramnios o macrosomía fetal.

C U A D R O C L I N I C O

9

	<u>HIPERTENSION</u>	<u>PROTEINURIA</u>	<u>EDEMA</u>
Toxemia leve	130/90 mmhg	hasta 1.5gr.	leve
Toxemia moderada	140 / 110 mm hg	1.5 - 3 gr .	moderado
Toxemia severa no complicada	160 / 120 mm hg	3 - 5 gr.	generalizado
Toxemia severa	180 / 120mm hg	5 gr.	generalizado

además;

Cefalea , vomito , dolor epigastrico, temblor , clones , amnesia , alteraciones de la conciencia, acufenos, fosfenos .

T R A T A M I E N T OTOXEMIA LEVE: Ambulatorio - consulta externa.:

- Reposo en decubito lateral y semifowler 2 hrs. por la mañana y 2 hrs. por la tarde.
- Hiperproteínica (60- 70 gra.) normosódica, 2000 calorías y líquidos a libre demanda.
- Medicamentos:
 - fenobarbital 100mg. vía oral cada 12 o 24 hrs.
 - fumarato ferroso 200 mg. vía oral cada 12 hrs.
- Medidas generales : control médico cada 7 días que comprenda:
 - registro de la tensión arterial
 - exámenes de laboratorio; proteinuria, hemoglobina, hematócrito, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico y proteínas en sangre.
 - control de peso corporal
 - valoración del estado fetal
 - examen de fondo de ojo.
- Conducta obstétrica: hospitalizar a la paciente en la semana 38 para interrumpir el embarazo.

T R A T A M I E N T OTOXEMIA MODERADA

Hospitalización en piso:

- Reposo absoluto
- dieta hiperproteínica, normosódica
- medicamentos:
 - fenobarbital 100mg. vía oral cada 12 hrs.
- medidas generales : se debe valorar diariamente;
 - * proteinuria cada 8 hrs.
 - * examen general de orina cada tercer día.
 - * diuresis por turno.
 - * condiciones del feto mediante prueba de reserva fetal.
 - * exámenes de laboratorio en cada turno.
 - * examen de fondo de ojo.
- conducta obstétrica; interrupción del embarazo en las semanas 36-40 según el -- caso.

T R A T A M I E N T OTOXEMIA SEVERA

HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS*

NO COMPLICADA :

- Reposo absoluto
- examen clínico integral
- colocación de cateter central y periférico
- toma de muestra sanguínea para exámenes de laboratorio
- colocación de sonda foley
- control de líquidos con medición de uresis horaria.
- posición semifowler con ligera inclinación lateral
- toma y registro de signos vitales y p.v.c.cada 30 ó 60 min.
- valorar viabilidad y condición fetal periódicamente
- toma de electrocardiograma materno y fetal
- ultrasonido fetal y hepático materno
- determinar oportunamente los síntomas de alarma:
 - * crisis hipertensiva
 - * proteinuria
 - * desorientación o estupor
 - * amaurosis total o parcial
 - * dolor en epigastrio
 - * cefalea frontal intensa
 - * hiperreflexia generalizada
 - * náuseas y /o vómito

TRAMIENTO ESPECIFICO

- Solución gda. 5 % 1000 CC para 24 hrs.
- fenobarbital 0.333 mg i.m o 100 mg vía oral cada 8 hrs.
- hidralacina o clorpromacina diluidas en sol. gda. 5 % administrados por goteo intravenoso hasta obtener respuesta.
- sulfato de magnesio 4 gr. im si hay hiperreflexia.
- inducir maduración pulmonar fetal si lo requiere
- valorar interrupción oportuna del embarazo.

idem.

TOXEMIA SEVERA

Unidad de cuidados intensivos

COMPLICADA

manejo según condiciones de cada paciente;

- controlar las crisis hipertensivas
- mantener la tensión arterial estable
- dar tratamiento a las alteraciones que indiquen los exámenes de laboratorio
- evitar complicaciones.

P R O N O S T I C O M A T E R N O - F E T A L

Toxemia leve y moderada es bueno

Toxemia severa no complicada..... materno ! malo
fetal! desfavorable

Toxemia severa complicada.....materno! pone en
peligro la vida
fetal.
fetal! muy desfa
vorable.

EXAMENES DE LABORATORIO:

- Biometría hemática completa
- grupo sanguíneo y factor rh
- examen general de orina
- urea, creatinina, ácido úrico, glucosa,
sodio, potasio, cloro, equilibrio ácido base.
- plaquetas, tiempo de protrombina, fibrinogeno.
- proteínas plasmáticas y colesterol.

ESTUDIOS ESPECIALES: Ultrasonografía.

H. de Tourris R. Henrion , Ginecología y obstetricia segunda edición,
editorial toray/masson 1980 pag. 430

DIAGNOSTICO

Se establece por medio de ;

16

- interrogatorio
- exploración física
- resultado de exámenes de laboratorio
- detectando hipertensión , edema y proteinuria

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Identificar a las mujeres con factores de riesgo para dar orientación sobre salud reproductiva.
- Control prenatal.
- Medidas higienico dietéticas.

Mondragón Castro Hector. Obstetricia básica e ilustrada editorial trillas , 1992, pag 319.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL; Es necesario en pacientes que presentan hipertensión arterial durante el embarazo hacer diagnóstico diferencial con padecimientos hipertensivos crónicos como;

- hipertensión esencial
- feocromocitoma
- coartación de la aorta
- estenosis arterial renal.

se debe hacer con padecimientos convulsivos como;

- epilepsia
- cisticercosis cerebral

se debe hacer con padecimientos que produzcan estado comatoso como;

- accidentes vasculares cerebrales
- alteraciones metabólicas ; diabetes.
- coma urémico.

.

M E T O D O L O G I A

LA METODOLOGIA que utilizó para realizar este trabajo -
proceso atención de enfermería fué siguiendo el esquema de Leslie Atkinson
la cual nos señala lo siguiente:

cuando se emplea como instrumento en la practica de enfermería el proceso
puede ayudar asegurar la calidad en los cuidados del paciente sino se a-
plica este metodo científico para el cuidado del paciente pronto ocurri-
rán omisiones y duplicaciones, tambien nos ayuda a reducir estos proble-
mas al utilizarse como guía, la enfermera utiliza el proceso atención de
enfermería para planear cuidados y asegurar un control consistente y --
responsable de los problemas del paciente.

• • • • •

I N T R O D U C C I O N

EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA :

Noa indica una serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al-- planear y proporcionar los cuidados de enfermería así como la aplica -- ción del enfoque de solución de problemas a la práctica de enfermería - proporcionando una estructura lógica en la que se basen los cuidados - de enfermería teniendo como elementos esenciales el ser planeado centra- do en el paciente orientado a problemas y dirigido a metas e incluye : 4 etapas básicas : la valoración, planeación, ejecución y evaluación . estas etapas se llevan cabo lógicamente una después de la otra.

VALORACION: Esta implica el desarrollo de la historia clínica de enfer- mería pues es un elemento importante en la investigación del proceso atención de enfermería, es la primera etapa de con- tacto y relación con el paciente, se interroga en forma di- recta, el interrogatorio es básico para obtener una idea de lo que piensa acerca de su enfermedad, de dudas, temores así conocer hábitos-costumbres, nuestros sentidos son básicos - para integrar mejor nuestro diagnóstico de enfermería; vista*****oloración, olfato***olor a pseudomona, oído** rui- dos extraños con ellos detectamos situaciones importantes.

la segunda parte de la investigación es de forma indirecta, a través de; expediente clínico, kardex e informes de cambios de turno, bibliografía etc. etc.

Después de haber realizado la compilación de datos del paciente se identifican y se determinan las necesidades y problemas que afectan a el paciente incluyendo condición física, limitaciones y forma de adaptarse a el - problema esto permite a la enfermera la oportunidad de elaborar el:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA ES un supuesto, una deducción, conjetura o conclusión sobre el estado integral de un individuo que permite determinar-objetivos y acciones para resolver sus problemas de salud.

Este es individualizado porque se busca la necesidad de la persona, es - continuo, se inicia desde que el paciente esta bajo el cuidado de enfermería hasta que prescinde de el.

Es dinámico, varía de acuerdo a el estado del paciente, todo el esfuerzo de elaboración de un diagnóstico merece la pena para lograr humanizar un poco más la atención de enfermería pensar que los pacientes no son el -- fin de nuestra profesión, sino medio para desarrollar nuestra potencialidad, disminuir limitaciones y cumplir con una misión más humana, recoger los estragos de la enfermedad y ayudar a el paciente en el camino de la recuperación o transformar los momentos de agonía en una muerte -- digna, no solo para el individuo enfermo sino para la familia y sociedad una vez realizado los diagnósticos de enfermería en donde se determinan- los problemas del paciente, posteriormente pasa a la siguiente etapa la cual se le denomina PLANEACION Requiere de coordinación entre :

membros del equipo de salud, es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades de enfermería.

SUS FINES SON :

- 1.- individualizar la atención de enfermería.
- 2.- asegurar continuidad del cuidado de enfermería
- 3.- proporcionar cuidado directo a los pacientes.
- 4.- obtener una base para determinar los resultados del cuidado de enfermería.

EL PLAN DE CUIDADOS; es una hoja de trabajo, no forma parte del expediente, en este deben anotarse los objetivos específicos, acciones de enfermería, es individualizado, no puede ser empleado para otro paciente, las anotaciones hechas en él pueden suprimirse cuando se vuelven obsoletas, no necesariamente tienen que ser escritos, sin embargo para poder llevar un control en la atención através de la evaluación de los cuidados se -- considera necesario tenerlos por escrito, si un plan no se pone en acción entonces no es útil la siguiente etapa en la EJECUCION ; Esta etapa equivale a la actividad física de la enfermera de acuerdo a lo planeado, --- mientras se ejecuta el plan de cuidados la enfermera sigue recopilando y valorando datos y planes y evaluando cuidados, es brindar realmente los cuidados de enfermería deben ser comprensibles porque toma en cuenta necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación ,el cuidado es - **personalizado** apropiado a cada paciente específico, la ejecución del plan

de cuidados ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados , -
se requiere de habilidad y destreza, para proporcionar cuidados de en---
fermería de buena calidad, respetando los principios científicos .

Se debe tomar en cuenta los sentimientos del paciente, su --
aspecto afectivo, es muy importante, se puede señalar que la enfermería
trabaja con el cerebro, corazón y con las manos, una vez finalizadas las
acciones de enfermería concluye la fase de ejecución y continua la última
etapa del proceso que es la EVALUACION: En la fase final --
del proceso de enfermería se evalúan y aprecian resultados obtenidos con
los cuidados brindados, en si es un proceso continuo y sistemático, la -
evaluación del progreso del paciente se basa en comparar el cuidado que
se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enferme-
ra, el equipo de salud y familia en base a objetivos trazados del plan de
cuidados, la evaluación del progreso del paciente indica que problemas -
fueron resueltos y cuales requieren revaloración y replaneación, es un -
mecanismo de retroalimentación que sirve para analizar la calidad del --
trabajo realizado y se ha conformado para mejorar dichos cuidados y así
comparar los actuales con los estándar.

En ocasiones es necesario que el investigador conozca los resultados de
su esfuerzo con el objeto de estimular la competencia, incrementar la --
motivación y mejorar el cuidado de enfermería, el proceso de enfermería
es un ciclo continuo. .

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: A.G.D. SERVICIO TOCOCRUZIA
 EDAD 40A. PESO 50 KG. TALLA 1.50 FECHA DE INGRESO 21 AGOSTO - 1996
 ESCOLARIDAD PRIMARIA INCOMPLETA ESTADO CIVIL CASADA
 REGIÓN CAFOLECA OCUPACIÓN HOJAR NACIONALIDAD MEXICANA
 LUGAR DE PROCEDENCIA CARPINTEROS NGO. DOMICILIO CONOCIDO
 EMBARAZO VI ER ER RM 21-AGOSTO-1996
 PERSONA RESPONSABLE SIRINO SALVADOR CRUZ.
 OCUPACIÓN JORNALERO DOMICILIO CONOCIDO CARPINTEROS - NGO.

1.- PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FISICO

HABITACION

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS EXISTE INADECUADA VENTILACION, SI CUENTA CON ILUMINACION.

PROPIA, FAMILIAR, RENTADA PRESTADA

NÚMERO DE HABITACIONES 2 COCINA RECAMARA

ANIMALES DOMÉSTICOS NO

SERVICIOS SANITARIOS CUENTA CON TOMA DE AGUA INTRADOMICILIARIA, INGENERA LA BASURA, CUENTA CON PISA SÉPTICA, NO CUENTA CON PAVIMENTACION, HAY FERRACERIA.

VIAS DE COMUNICACION

TÉLEFONO CASETA MEDIOS DE TRANSPORTE COMBI -COLECTIVA.

RECURSOS PARA LA SALUD EXISTE CLINICA DE S.S.A.

HABITOS HIGIENICOS

ASEO BAÑO CADA TERCER DIA, LAVADO DE MANOS ANTES DE PREPARAR ALIMENTOS, NO LAVADO DE DIENTES.

ALIMENTACION: DESAYUNO P CO CAFE Y PAN, COMIDA 12:00 HRS, SOPA Y FRIJOLES, A VECES GUISADO, CARNE PIANA VEZ.

~~ELIMINACIÓN VESICAL: 3 VECES AL DIA INTESITINAL: 1 VEZ AL DIA.~~

~~DESCANSO DUERME DE LAS 22.00 A 6.00 HRS.~~

~~DIVERSIÓN Y/O DEPORTES CAMINAR DIARIAMENTE A EL MONTE~~

~~ESTUDIO Y/O TRABAJO SE DEDICA EN CASA A LA COSTURA~~

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
ESPOSO	41	JORNALERO	130 SEMANALES
ESPOSA	40	COSTURERA	30 SEMANALES
HIJO	16	CAMPESINO	
HIJA	14	ESTUDIANTE	
HIJO	10	ESTUDIANTE	
HIJO	8	ESTUDIANTE	
HIJO	6	ESTUDIANTE	

DINAMICA FAMILIAR

~~ES REGULAR~~

DINAMICA SOCIAL

~~HAY ALCOHOLISMO POSITIVO , TABAQUISMO NEGATIVO~~

~~COMPORTAMIENTO (CONDUCTA) INTROVERTIDA~~

RUTINA COTIDIANA

~~SE LEVANTA, PREPARA DESAYUNO, MANDA A LA ESCUELA A SUS HIJOS, SE PONE A LAVAR~~

~~SE VA A PASTOREAR, REGRESA A PREPARAR COMIDA, COMER, REALIZA LIMPIEZA DE CASA,~~

~~INICIA LABOR DE COSTURA, TERMINA CENA Y SE DUERME.~~

2.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

~~PROBLEMA O PADECIMIENTO POR EL QUE SE PRESENTA~~

~~ES CANALIZADA A ESTA UNIDAD POR PERSISTIR HIPERTENSION ARTERIAL, CEFALEA, ACUFENOS~~

~~EMERGENS E INICIA DOLOR TIPO OBSTETRICO.~~

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

MENARCA 14 AÑOS VSA 24 AÑOS G VI P v
 C o A o L o
 FPP 7 SEPTIEMBRE 1990 FUM 30 OCTUBRE 1995.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

INTERROGADOS Y NEGADOS

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS

INTERROGADOS Y NEGADOS

3.- EXPLORACION FISICA

ASPECTO FÍSICO CONSTITUCION CON EDAD APARENTE MAYOR A LA CRONOLOGICA, FISICAMENTE BIEN CONFORMADA.

ASPECTO EMOSIONAL CALMADA E INTROVERTIDA.

PALPACIÓN GLANDULAS MAMARIAS CESTANTES Y SECRETANTES CON PEZON Y AREOLA HIPERPIGMENTADA, ARROJAN GORROJO A EXPENSAS DE UTERO GESTANSE, CON VECIOS PRESENTES.

AUSCULTACIÓN FC 78 MIN. CAMPOS PULMONARES CON BUENA ENTRADA Y SALIDA DE AIRE PFC RÍTMICOS DE BUENA INTENSIDAD.

MEDICIÓN T/A 120/70 FC 78 RESP: 22 MIN. TEMP. 36.8 F.U 32 CM.

PERCUSIÓN

EXAMENES DE LABORATORIO

TIPO	C I F R A S		OBSERVACIONES
	NORMALES	DEL PACIENTE	
BIOMETRIA HEMATICA	HB	10.8	
	HTO.	34	
	LEUCOCITOS	6450	
	PLAQUETAS	63 000	
	GRUPO RH	O POSITIVO	
	TP 11.8	9.8	
	TPT 28.2	28.2	
QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA 80-120	84.0	
	UREA	17.3	
	CREATININA		
EXAMEN GENERAL DE ORINA	PROTEINAS		

EXAMENES DE GABINETE

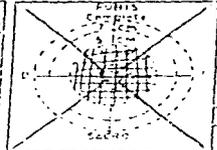
TIPO	OBSERVACIONES
BX DE ABDOMEN	PRODUCTO EN PRESENTACION CEFALICA
PROBLEMAS DETECTADOS	OBSERVACIONES

TOXEMIA GRAVIDICA

ELABORO M.T.G.C
 FECHA 21 AGOSTO 1995

VIGILANCIA Y ATENCION DEL PARTO

- EXPLORACION EN ADMISION -

FECHA: 21 AGOSTO 1966	HORA: 8.30	MOMENTO: A.C.B.
EDAD: 40 AÑOS	GESTACIONES: 11	PARTOS: 5
P.U.L.: 30-OCT-64	INICIO DE CONTRACCIONES CON DOLOR: FLEMA: 10-30-66	HORAS: 12
PULSO: 78	TEMP.: 36.4	ACION MATERIAL: 130/100
SISTEMA: --		
CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS		UNIDAD LIQUIDO AMNIOICO
OTROS DATOS:		
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: PREGNANTINA CLORPROMIDINA		
FOCO-ALTURA DEL UTERO: ALTURA DE LA PRESENTACION: OBL. Y POSICION:		
		
LATIDOS POR MINUTO: 100		CUELLO UTERINO:
INTENSIDAD: + GOOD		
RITMO: RITMICO		
ALTERACION DIAGNOSTICA: ENHIBIDO (E. TERMINO), PROGRESO DE T.P., TROFOLANTIA SEVERA		
OBSERVACIONES: LA PACIENTE SE MANTUVO EN POSICION SUPINA EN T.P. DE LOGRA		
CONTROLAR CIFRAS TENSIONALES		

P I R M A

MATERNA:						MEDICO:			CAUSA:		
FECHA	HORA	Tº	F	T A	CONTRACCIONES X TO	TONO	LATIDOS FETALES	POSICION VARIACION	ALTURA PRESENT	QUELLO A B C	TRATAMIENTO
21-10-44	4.00	36.5	78	100/10			150			70 3	TRATAMIENTO 1100cc + 100cc CON 5% + 10 CLORALHIDRATO
	7.00	37	92	110/110			145				

OBSERVACIONES:

MATERNA:						MEDICO:			CAUSA:		
FECHA	HORA	Tº	F	T A	CONTRACCIONES X TO	TONO	LATIDOS FETALES	POSICION VARIACION	ALTURA PRESENT	QUELLO A B C	TRATAMIENTO
	7.00			130/110			140			70 7	TRATAMIENTO 1000cc + 100cc CON 5% + 10 CLORALHIDRATO

OBSERVACIONES:

MATERNA:						MEDICO:			CAUSA:		
FECHA	HORA	Tº	F	T A	CONTRACCIONES X TO	TONO	LATIDOS FETALES	POSICION VARIACION	ALTURA PRESENT	QUELLO A B C	TRATAMIENTO
	11.00										
	12.00										

OBSERVACIONES:

MATERNA:						MEDICO:			CAUSA:		
FECHA	HORA	Tº	F	T A	CONTRACCIONES X TO	TONO	LATIDOS FETALES	POSICION VARIACION	ALTURA PRESENT	QUELLO A B C	TRATAMIENTO
	13.30				3/0		142		III	100 5	

OBSERVACIONES:

MATERNA:						MEDICO:			CAUSA:		
FECHA	HORA	Tº	F	T A	CONTRACCIONES X TO	TONO	LATIDOS FETALES	POSICION VARIACION	ALTURA PRESENT	QUELLO A B C	TRATAMIENTO

OBSERVACIONES:

MATERNA:						MEDICO:			CAUSA:		
FECHA	HORA	Tº	F	T A	CONTRACCIONES X TO	TONO	LATIDOS FETALES	POSICION VARIACION	ALTURA PRESENT	QUELLO A B C	TRATAMIENTO

OBSERVACIONES:

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

22

Prodromos de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas que requiere de hospitalización

OBJETIVO :

Hospitalizar a la paciente para vigilar la evolución del trabajo de parto y así evitar complicaciones.

Acciones de enfermería

Fundamentación

- | | |
|--|--|
| - Realizar interrogatorio para recopilar datos y así poder realizar historia clínica. | - La historia clínica es un documento en donde se registran los antecedentes del paciente , padecimiento actual y datos correspondientes a la exploración física. |
| - Auscultar a la paciente :
. escuchar frecuencia cardio fetal
. realizar maniobras de leopold | - El método de auscultación se efectua para percibir e identificar los ruidos cardiacos fetales , valorando frecuencia, ritmo e intensidad. |
| . realizar maniobras de leopold; | - Las maniobras de leopold: sirven para explorar por palpación el utero y feto y son; ³
1.-con esta se pretende precisar:
* altura de fondo uterino
* situación del producto
* presentación, altura de la presentación. |

- Toma de signos vitales;	<p>2.- se permite precisarse</p> <ul style="list-style-type: none"> * posición del producto * corroborar situación <p>3.- permite conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> * actitud de la presenta - ción. * grado de encajamiento.
<ul style="list-style-type: none"> * temperatura * pulso * respiración * tensión arterial 	- Los signos vitales son fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, permiten valorar el estado de salud o de enfermedad y ayuda a establecer un diagnóstico.
- Orientar sobre su hospitalización y sobre procedimientos que se le van a realizar.	- la adquisición de conocimientos permiten la comprensión de una relación de ayuda.
- colocación de bata para paciente.	- el uso de bata es importante -- ya que esta confeccionada de una tela específica además es una norma dentro de el hospital.
- Canalizar una vena para mantener vía permeable.	- lo ideal es vena radial ya que es un sitio seguro y permite la movilidad sin riesgo de que se desprenda.
- Toma de muestras de laboratorio;	- es importante que se tomen pues

Acciones de enfermería

Fundamentación

ayuda a el médico y a la enfermera²⁴
a descubrir problemas de salud, tam
bien sirve para hacer un diagnósti-
co más preciso e incluye;

- examen general de orina
- examen de sangre;
 - . factor rh
 - . grupo sanguíneo
 - . hemoglobina
 - . hematócrito

EVALUACION:

Se hospitalizó a la paciente y se siguió la evolución del trabajo de parto así como se proporcionó el tratamiento adecuado.

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA :

25

Temor y ansiedad relacionado con la carencia de conocimientos acerca de su patologia y su tratamiento por temor a lo desconocido.

OBJETIVO:

Disminuir el temor tratando de infundir confianza durante su estancia en el hospital.

ACciones de enfermeria	Fundamentación
- Orientar sobre todos los procedimientos que se realizen.	- la enfermera puede ayudar a establecer una relación adecuada con la embarazada al mostrarle consideración como persona y se logra explicandole cada procedimiento antes de llevarlo a cabo, la adquisición de conocimientos y capacidades permiten la comprensión de una relación de ayuda.
- mantener una actitud profesional en relación con el individuo y familia.	- los valores, creencias y prejuicios influyen en la práctica de la profesión
- escuchar con interés , confianza y paciencia.	- la capacidad de escuchar en la interacción durante el examen clínico, es aspecto importante para la efectividad y éxito del proceso de comunicación.

Acciones de enfermeríafundamentación

- Utilizar lenguaje sencillo y claro.

- el uso de términos médicos disminuye la efectividad de la comunicación .

EVALUACION :

La paciente colaboró durante su tratamiento ya que le inspiramos confianza durante su estancia en el hospital.

Prodromos de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas de + de 6 horas de evolución.

OBJETIVO

Evitar infecciones a la embarazada y a el producto.

Acciones de enfermería	Fundamentación
- realizar cristalografía o prueba de la arborización.	- la arborización se debe a el secado de las sales que contiene el liquido amniotico, para realizar la prueba se coloca una muestra de liquido sobre l portabjotos y se deja secar.- en pacientes con menos de 28 - semanas de gestación es preferible calentar gotas secas de liquido con un mechero, la preparación se observa a el microscopio, buscando un patron de cristalización que recuerde a un hellecho, la precisión de esta -- prueba se ve afectada porla sangre o por meconio.
- mantener seca y comoda a la embarazada en trabajo de parto.	-el mantener humeda a la paciente

ocasiona incomodidad por lo tanto la embarazada no colaborará durante el trabajo de parto.

- Ministración de medicamento antibiótico; ampicilina

el uso profiláctico de ampicilina es para reducir las infecciones neonatales, existen riesgos para el feto; corioamionitis, con sepsis o neumonía fetal, existen riesgos maternos asociados a ruptura prematura de membranas;

- aumento de la incidencia de infecciones amnionitis y endometritis.

EVALUACION

Se utilizó como medida profiláctica, se evitaron infecciones tanto a el producto como a la madre.

Malos hábitos higiénicos asociado a nivel socioeconómico y cultural bajo.

OBJETIVO:

Mejorar condiciones físicas favoreciendo su aspecto e imagen corporal.

Acciones de enfermería	Fundamentación
- Proporcionar equipo necesario para baño de regadera, previamente se explica todo lo relacionado a este procedimiento.	- el baño diario es un medio y forma de asear el cuerpo, ya que hay mayor actividad de -- glandulas sudoríparas y sebáceas de la piel, también hay aumento de secreción vaginal.
- Proporcionar orientación sobre; • higiene corporal	- Es importante orientar a la - paciente sobre higiene corporal pues al limpiar la piel de la suciedad y desechos que hacen un medio de cultivo de microbios patógenos, se previenen infecciones y se conserva sana la piel, además mejora la imagen de la embarazada que tiene de si misma, al cuidar su aspecto, así establece mayor comunicación con los demás.

Acciones de enfermería

Fundamentación

- higiene alimenticia

Los alimentos deben consumirse con las medidas higienicas lo mejor posible así evitaremos ingerir microorganismos patógenos a nuestro organismo evitando mortalidad materna e infantil.

- factores de riesgo

- edad; menor de 14 años
mayores de 36 años.

- paridad; multiparidad
nuliparidad

- estado nutricional

- estado civil; madres solteras

- patologías agregadas; diabetes mellitus, hipertensión crónica

- cefalea, acúfenos, fofefenos, -
edema de miembros inferiores, -
excesivo aumento de peso.

- signos y sintomas de alarma

- las mamas y pezones deben cuidarse todos los dias, y se hacen más grandes y pesadas como efecto de las hormonas del embarazo.
- la auscultación periódica del corazón fetal es normalmente de

- exploración física y autoexploración

31
120-140 por min. es importan-
te el escuchar los ruidos -
cardiacos fetales ya que de
esto se podrá valorar el es-
tado del feto y se podrá --
descubrir oportunamente cual-
quier sufrimiento.

EVALUACION

SE logra cambiar la imagen corporal, de la pacien-
te así se logra mayor comunicación .

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

cefalea , acúfenos, fonfenos asociado a hipertensión arterial.

OBJETIVO:

Colaborar para que se lleve a cabo el tratamiento adecuado y así -
disminuir cifras tensionales.

Acciones de enfermería	Fundamentación
- reposo absoluto y hospitalización en .u.t.q. , llevar control y tratamiento de preeclampsia.	- el reposo en cama ayuda a disminuir la tensión arterial al disminuir la intensidad del -- metabolismo.
- toma de tensión arterial horaria y registro.	- la hipertensión arterial pro -- longada grave predispone al -- daño renal y hemorragias retinianas y cerebrales.
- pasar una carga o bolo de solución salina o fisiológica .	- es importante reponer líquidos. ya que en la preeclampsia se -- cursa con hiponatremia y pér -- dida de líquidos, por lo que es importante hidratar a la célula.
- ministración de medicamentos antihipertensivos ;	- la hidralazina disminuye el -- riesgo de hemorragia cerebral y fallo ventricular izquierdo , contribuye a prevenir la crisis, actúa directamente sobre musculo liso arteriolar, dismi-
• hidralazina intravenosa.	

- nuyendo la resistencia vascular periferica.

EVALUACION Se logra estabilizar las cifras tensionales.

6.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Edema de miembros inferiores, asociado a preeclampsia.

OBJETIVO:

Colaborar para que disminuya el edema y así prevenir complicaciones.

Acciones de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de vendaje y elevación de miembros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - la venda debe aplicarse en zonas limpias y secas, de la parte distal hacia lo proximal ; así se facilita el retorno venoso de las extremidades, también se evita la formación de trombos.
<ul style="list-style-type: none"> - control de líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> - el control de líquidos incluye; realizar anotaciones precisas sobre cantidades que ingresan y cantidades que egresan, así como pérdidas insensibles; cuando hay fiebre, diaforesis. también ayuda a establecer un diagnóstico, valorar el estado general del paciente y la necesidad de aumentar o reducir la administración de líquidos.

E V A L U A C I O N ; Disminuyó el edema, se llevó a cabo un registro exacto y preciso y se evitaron complicaciones.

7. - DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Desequilibrio hidroelectrolítico asociado a preeclampsia.

OBJETIVO:

Mejorar el estado hídrico de la paciente en corto tiempo.

Acciones de enfermería**Fundamentación**

- llevar control estricto de líquidos	- medir exactamente lo que ingresa y lo que egresa, ayuda a valorar el edo. general -- del paciente, ayuda a establecer un diagnóstico.
- colocación de sonda foley	- con la sonda se podrá cuantificar exactamente la orina.
- medición de diuresis horaria y características de la orina.	- en la preeclampsia hay proteinuria por eso es importante -- la coloración de la orina.
- ministración de albúmina.	- en preeclampsia hay pérdida -- de proteínas por orina, para compensar hay que recuperarlas administrando albúmina, esta ayuda a reabsorber líquidos del espacio intersticial, así disminuir el edema.

Acciones de enfermería

Fundamentación

- colocación de cateter central y medición de presión venosa central horaria.
- * colocar a la pac. en decubito dorsal.
- * el equipo para pvc con llave de 4 vias se conecta a el tubo intravenoso ; cateter.
- * el punto cero de la escala en cm debe encontrarse a nivel de auricula derecha del paciente aproximadamente a la mitad entre las paredes toracicas anterior y posterior
- * la dinámica circulatoria es más estable cuando el pac. se encuentra supino, las arterias y venas estan en orientación horizontal cerca del nivel del corazón.

- la presión venosa central es la medición en centimetros de agua de presión en la vena cava o en auricula derecha y se logra a través de un cateter, se puede calcular el volumen sanguíneo, normalmente es de 2 mm de hg , en condiciones patológicas puede elevarse -- hasta 20 ó 30 mm hg , la presión venosa central aumenta -- cuando la función cardiaca se debilita y la sangre que regresa al corazón no puede ser bombeada en forma adecuada.

EVALUACION: SE mejora el estado hídrico de la paciente.

8.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Irregular trabajo de parto asociado a ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO:

CONDUCIR EL TRABAJO de parto, para que evolucione favorablemente, evitando complicaciones.

Acciones de enfermería

- conducción del trabajo de parto;
- asistencia de enfermería;
 - * administrar oxitocico en sol. intravenosa.
 - * cuantificar goteo de la solución
 - * monitorizar a la paciente
 - * llevar hoja de partograma y realizar anotaciones ;
 - frecuencia cardio fetal
 - dilatación
 - borramiento
 - no de contracciones en 10 min.
 - * realizar tacto vaginal para valorar dilatación y borramiento.

fundamentación

- se inicia conducción del t.p cuando no es regular el trabajo de parto ,estimula las contracciones uterinas cuando son insuficientes, la oxitocina que se usa actualmente es sintetica y se emplea por medio de infusión intravenosa en una sol. gda. 5 1000 en 10 ui de oxitocina se inici 10 gts. por min. la dosis se debera aumentar gradualmente según respuesta.

dilatación; aumento del tamaño del orificio cervical desde 0 - 10 cm tamaño suficiente para

- orientar a la paciente de la forma de como respirar y como ayudar para que el producto descienda..

40
permitir el paso del feto.
borramiento: acortamiento del conducto cervical. la región interna del cuello uterino es tirada hacia el segmento inf. del utero a medida que la región externa se dilata, lo que produce adelgazamiento y desaparición del cuello uterino excepto sus bordes circulares.

- la capacidad para controlar la respiración durante el trabajo de parto, ayuda a la madre a relajarse, proporciona oxígeno necesario a el utero y a el producto.
- al principio de cada contracción haga una respiración completa y sisee o sople, respire profunda lenta y rítmicamente en todo el resto de la contracción cuando la contracción haya terminado haga otra respiración completa y sople lentamente .-

vuelva a la respiración normal.

- durante la 2a. etapa de trabajo de parto la madre puja ayudando activamente a la expulsión del producto.

doble las rodillas y separe las piernas haga una respiración - profunda y exhale.

EVALUACION

SE condujo trabajo de parto favorablemente.

9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deficiente higiene en región vulvar, asociado a ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO

Realizar aseo vulvar para limpiar y desinfectar y así evitar cualquier contaminación en el conducto del parto.

Acciones de enfermería

Fundamentación

- llevar a cabo aseo vulvar y cambiar la toalla sanitaria tan frecuente como sea necesario .

aseo vulvar;

- cuidar la privacidad del paciente.
- colocar el conodo y solicitar - que separe las piernas.
- descubrir la región a asear.
- montar en la pinza una gasa y colocarla en el borde superior de los labios mayores.
- vertir jabón previamente colocado en agua caliente a temperatura -- corporal sobre el pubis amortiguando con las gasas.
- enjabonar la región deslizando la - pinza de arriba hacia abajo sin llegar a recto

- durante el trabajo de parto a veces ascienden bacterias patógenas , razón por la cual debe realizarse un esfuerzo para proteger a la embarazada de alguna infección.

Acciones de enfermería	Fundamentación
hasta el último -- movimiento desechando las gasas - tantas como sea necesario. • secar con gasas • retirar el cómodo • dejar seca y cómoda a la paciente.	- las soluciones y las técnicas para la limpieza de genitales varían ,pero el método más co- mún es el agua tibia con jabón.

EVALUACION:

SE realizó aseo vulvar y se evitaron complicaciones.

10.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

INQUIETUD relacionada con la presencia de sonda foley.

OBJETIVO:

Mantener a la paciente relajada con orientación.

Acciones de enfermería	Fundamentación
<p>- orientar sobre la importancia de la sonda foley.</p>	<p>- el aspecto más importante de la sonda foley es conservar la esterilidad y permeabilidad. - además sirve para cuantificar cantidad exacta de orina y -- así poder llevar un estricto control de líquidos.</p>

EVALUACION La paciente entendió acerca de la presencia de la sonda foley y se llevo un estricto control de líquidos.

11.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Deficiente información sobre salud reproductiva.

OBJETIVO:

La paciente opte por un método anticonceptivo definitivo.

Acciones de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> - proporcionar información sobre salud reproductiva; métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - el tener conocimiento sobre -- algún tema proporciona seguridad a las personas.
<ul style="list-style-type: none"> - colaborar con el médico en la colocación del D.I.U .,- dispositivo intrauterino. * colocación de la paciente en posición ginecológica. * proporcionar; espejo vaginal, gasas estériles, jabón líquido para realizar asepsia de la región 	<ul style="list-style-type: none"> - la oclusión tubaria bilateral es método anticonceptivo definitivo en el cual cortan y ligan las trompas de falopio, los médicos prefieren hacer este tipo de cirugía en el puerperio inmediato debido a que esto asegura que no interfiere con un embarazo ignorado.
<ul style="list-style-type: none"> - dispositivo intrauterino; 	<ul style="list-style-type: none"> - dispositivo intrauterino; es un pequeño objeto que tiene forma de anillo, lazo espiral o arco y están hechos de plástico, el médico los inserta dentro de el útero y los puede dejar por mucho tiempo, quedan colgan-

Acciones de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> * previa asepsia se introduce espejo en vagina , se localiza cuello -- el dispositivo se coloca en el adaptador midiendo el tamaño del utero * se introduce el adaptador y dispositivo en vagina, se separa el dispositivo del adaptador y se extrae el adaptador. 	<p>do fuera del cuello los -- apendices de nylon para que la pac. pueda hacerse inspección vaginal y se de cuenta si se encuentra en su lugar.</p>
<p>nota: se recortan los filamentos antes de introducir el dispositivo , se dejan las hebras de regular tamaño.</p>	

EVALUACION: La paciente se decidió por un método anticonceptivo ; temporal; dispositivo intrauterino.

12.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteraciones en el estado nutricional por disminución asociado a nivel socioeconómico bajo.

OBJETIVO:

COLABORAR para mejorar la nutrición balanceada en un futuro.

Acciones de enfermería

- proporcionar una dieta hiperproteica e hipercalórica
- orientar sobre una dieta balanceada y la importancia de una adecuada -- nutrición
- orientar sobre hábitos higiénico-dietéticos.

Fundamentación

- la paciente requiere de una dieta hiperproteica e hipercalórica ya que existe un déficit de esta pues existe desnutrición aunado a esto la paciente con varias horas de -- ayuno y de trabajo puede expresar su deseo de ingerir -- alimentos, al considerar la alimentación de la puerpera hay que incluir 2 factores:
- dar alimentos en forma general.
- aportar elementos lo suficientemente nutritivos que suministren las calorías y

y nutrimentos adicionales necesarios durante la lactancia, si se cumplen las condiciones anteriores la convalecencia de la mujer será más rápida, recuperará con mayor rapidez su resistencia corporal y la calidad de leche y cantidad de leche serán mejores, también podrá resistir mejor las infecciones.

EVALUACION: Se proporcionó una dieta hiperproteica e hipercalórica, además se orientó a la paciente sobre una dieta balanceada.

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

49

13.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

AGOTAMIENTO FISICO asociado asociado a trabajo de parto.

OBJETIVO

Mejorar condiciones físicas y psicológicas, evitar la ansiedad.

<u>Acciones de enfermería</u>	<u>Fundamentación</u>
<ul style="list-style-type: none">- colocar en cama para que la puerpera descanse y duerma lo suficiente, con lapsos ininterrumpidos de reposo, --- cambiar el orden de las técnicas diarias de asistencia para satisfacer -- necesidades de la mujer.- explicar a la paciente la necesidad de reposo y sueño.	<ul style="list-style-type: none">- durante el puerperio la mujer necesita reposo abundante, -- se le instará a relajarse y -- dormir el mayor tiempo posible se logrará si esta cómoda y sin temores, tiene mayor importancia para la mujer que da seno a su hijo porque las preocupaciones y fatigas inhiben la -- producción de leche.

EVALUACION: La paciente descansó y durmió por lo que mejoró su estado físico.

14.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Sangrado transvaginal abundante asociado a mala involución uterina.

OBJETIVO:

Colaborar para que mejore la involución uterina.

Acciones de enfermería	Fundamentación
- administrar medicamentos oxitocicos " oxitocina "	- la oxitocina tiene acción sobre el utero contrayendolo para controlar la hemorragia postparto.
- medir altura de fondo uterino y dar masaje suave al fondo uterino	- el fondo después del parto debe encontrarse a nivel de cicatriz umbilical y estar contraído y firme, si es preciso se examina y se da masaje al útero cada 15min. durante los primeros 90 min. - postparto.
- vigilar sangrado transvaginal	- terminado el parto en el sitio que ocupaba la placenta quedan grandes vasos sanguíneos abiertos, si están contraídas las fibras musculares, se controla el sangrado, los coágulos se -

Acciones de enfermería	Fundamentación
- ambulación temprana	<p>acumulan en cavidad uterina y se extraen aplicando una presión firme pero suave en dirección del orificio cervical, se practica después de dar masaje a el fondo</p> <p>con el incremento de ejercicio se estimula la circulación, hay menor posibilidad que surja tromboflebitis como complicación, mejoran las funciones de vejiga e intestino con menor frecuencia surgen distensión abdominal y estreñimiento.</p>
- baño ; señalar las formas de cuidar senos, perineo, explicar todo lo relacionado a ; eliminación, por seguridad la enfermera debe estar cerca de la paciente cuando tome baño de regadera.	- la mujer en los comienzos del puerperio tiene sudación abundante, el baño en regadera la refresca y calma.
- promover la lactancia materna	el amamantar proporciona el alimento más adecuado a el lactante, facilita la involución del útero, además fomenta una relación estrecha entre madre e hijo.

EVALUACION

LA paciente tuvo buena involución uterina y así disminuyó el sangrado transvaginal.

C O N C L U S I O N E S

El síndrome de preeclampsia en nuestro medio y debido a --
la situación económica, social y política que esta viviendo nuestro --
país es un padecimiento que frecuentemente se presenta y ha aumentado --
el no. de casos que se complican hasta llegar a la muerte.

Es importante detectar a las embarazadas con factores de riesgo en la --
consulta externa para poder llevar un mejor control de ellas, darles --
seguimiento proporcionando el tratamiento adecuado, ya que sabemos que
este es un padecimiento que perfectamente podemos controlar si se pre--
senta deberá valorarse la responsabilidad del paciente, del médico, de --
la enfermera, llegando hacer conciencia del problema que se esta presen--
tando, debiendo proporcionar información médica de acuerdo a el nivel so--
cio-cultural del paciente, por eso es importante llevar un control pre --
natal adecuado así abatiremos el problema.

también se puede controlar con medidas higienico dietéticas, así dismi--
nuir las tasas de morbilidad materna e infantil.

• • • • •

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Arias Fernando, Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo, Editorial Mosby/Doyma, pag. 185-213.
- 2.- A. Fraile Ovejero, Atlas del cuerpo Humano, Ediciones Jover, 1981 , pag. 55.
- 3.- Atkinson Leslie, Proceso Atención de enfermería, Editorial Manual moderno , 1985, pag. 139.
- 4.- Beverly Witter DU GAS , tratado de enfermería práctica, Editorial - Interamericana , 1986, pag. 73-126.
- 5.- Botella Llusia J. Clavero Nuñez J. La pelvis femenina en tratado de ginecología tomo 1 pag. 393-403.
- 6.- C. Hughes Edward , Terminología en obstetricia y ginecología, editorial Salvat , pag. 75-116.
- 7.- Castelazo Ayala Luis IMES , Procedimiento en obstetricia México 1988 pag. 183-189.
- 8.- García Monroy DR. Ocaña Ana ma. DRA. Sistema urogenital, Escuela -- Nacional de Estudios Superiores Ixtacala, pag. 484-487.
- 9.- Gomez Lara FRANCISCO, Teorias y Tecnicas de Salud Comunitaria, ediciones nueva Sociología , 1990, pag. 171-183.

- 10.- Griffith W. Janet , Proceso atención de enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos , Editorial el manual moderno 1986, pag. 293.
- 11.- H. de Tourris. R. Henrion . Ginecología y Obstetricia " 2a. edición Editorial Toray/ Manson 1980, pag. 424-440.
- 12.- Helen L. Frederickson . Claves en Ginecología y Obstetricia . Editorial Mosby 1993, pag. 158-161.
- 13.- I.J Bleier . Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana® 1982, pag. 105-110.
- 14.- IMSS Documento de Medicina Preventiva de historia natural de la Enfermedad., 1986, pag. 49.
- 15.- J. González Merlo Obstetricia , Ediciones Cientificas y Tecnicas - s.a 4a. edición pag. 351-369.
- 16.- J.P. Lemoine. Cuaderno de la enfermera , Editorial Toray/Manson ® 1981, pag. 89-93.
- 17.- Marriner Ann, El proceso atención de enfermería un enfoque Científico, Editorial Manual Moderno . 1983, pag. 309.
- 18.- Mondragón CASTRO Hector, Obstetricia BASICA Ilustrada, Editorial— Trillas, 1992, pag. 318-331.
- 19.- H. Ropper W.W Logan, Proceso atención de Enfermería Modelos de Aplicacion, Editorial Interamericana , 1983, pag 103.

- 20.- Prith Card Jack A. Y M.C Donald LA PELVIS NORMAL En Williams
OBstetricia, 2a. edición MEXICO Editorial SALVAT, pag. 218-235.
- 21.- Ronald M. Caplan Fundamentos de Obstetricia, Editorial Limusa ,---
1987, pag. 201-206.
- 22.- Cunningham Mac Donald, Williams Obstetricia, Editorial Manson
s.a cuarta edicion, pag. 844-846.
- 23.- Nuñez Maciel Eduardo, Ginecologia y Obstetricia, Mendez Editores
3a. edición, 1995, pag. 313-327.
-