



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Enfermería**

**TESIS**

**“Proceso Atención de Enfermería con incorporación de Taxonomía NANDA- NOC-  
NIC en paciente que cursa puerperio quirúrgico más pre eclampsia leve en  
la adolescencia “**

**Que para obtener el título de Enfermera General**

**Presenta**

**C.P.D. Enfermería Rosa María Gutiérrez Velasco**

**Asesor: MCE Olga Rocío Flores Chávez**

**Pachuca, Hgo. Octubre 2014**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**



**Of. No.**

**C.M en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO**  
**DIRECTOR DE CONTOL ESCOLAR**  
**PRESENTE**

Por medio del presente se hace constar que, la C.P.D. Enfermería Rosa María Gutiérrez Velasco con número de cuenta 71856 ha concluido el trabajo de Tesina "Proceso Atención de Enfermería con incorporación de Taxonomía NANDA- NOC- NIC en paciente que cursa puerperio quirúrgico más pre eclampsia leve en la adolescencia ". Siendo asesorada por la C. MCE Olga Rocío Flores Chávez, y habiendo cumplido criterios metodológicos se autoriza la impresión.

Lo anterior en consideración al ACUERDO NUMERO 35 que a la letra dice:

**"Acuerdo institucional de ampliación del término para obtener el título, diploma o grado académico a los egresados de nivel técnico, profesional asociado, licenciatura y posgrado de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo"**

Con el orgullo de ser universitario, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**  
**AMOR ORDEN Y PROGRESO**  
San Juan Tilcuautla, Hgo. 2014



MCE. Ma. Del Pilar Vargas Escamilla

Chávez

Jefe de Área Académica

MCE Olga Rocío Flores

Asesor



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**

**Of. No.**

**C.M en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO  
DIRECTOR DE CONTOL ESCOLAR  
PRESENTE**

**Of. No.**

**C.M en C. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO  
DIRECTOR DE CONTOL ESCOLAR  
PRESENTE**

Sirva este conducto para comunicar a usted que la C.P.D ENF. Rosa María Gutiérrez Velasco sustentará examen recepcional mediante Tesina "Proceso Atención de Enfermería con incorporación de Taxonomía NANDA- NOC- NIC en paciente que cursa puerperio quirúrgico más pre eclampsia leve en la adolescencia "

Asignándole el siguiente jurado

**PRESIDENTE:** MCE. Olga Rocío Flores Chávez

**SECRETARIO:** MCE Cecilia Sánchez Moreno

**VOCAL:** MCE. Evila Gayosso Islas

**SUPLENTES:**

L.E. Gwendy Samperio Pelcastre

L.E. Adriana Beatriz Baños

Con el orgullo de ser universitario, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

AMOR ORDEN Y PROGRESO

San Juan Tilcuautila, Hgo 2014

## **Director del Instituto de Ciencias de la Salud**

MCE María del Pilar Vargas Escamilla

### **Dedicatoria y Agradecimientos**

**A Dios.-** por permitirme existir y formar parte de su creación, reconocer que ningún conocimiento por más sustentable sea que fuera, sin su presencia nada sería comparable con su grandeza.

**A Mis padres Rosita y Ricardo.-** a ustedes que fueron siempre el sustento, el empuje para terminar lo inconcluso, a ustedes gracias porque estuvieron siempre apoyándome en cada momento en lo económico, físico y en lo moral, así también agradecerles por brindarme su confianza y darme una carrera de quien estoy muy agradecida de ser una enfermera a ustedes muchas gracias.

**A Mis hijos Samuel y Mary Rossy.-** que fueron mi motivo para lograr este proyecto a ustedes gracias, por su tiempo, por su ánimo, quiero dejar en ustedes una huella en su caminar diciendo que la perseverancia y el ser constante es un acto que se va adquiriendo con disciplina, cuyo fin es llegar a esa meta y disfrutar de esos logros alcanzados. Los amo y los quiero mucho.

**A Mi maestra MCE Olga Rocío Flores Chávez.-** mi agradecimiento. A usted que dedico con esmero y disposición lograr el objetivo, mi reconocimiento por su loable conocimiento y calidad humana, que vio usted en mí como a esa águila que había perdido su rumbo, su dirección y me mostro el camino hacia donde volar. mil gracias

**A Mi amigo Doctor Manuel Rodríguez Cerezo.-** mi agradecimiento por tus enseñanzas, por tu constancia, sembraste en mí el lema: "haz todo y luego haz más". Gracias por tu gran sabiduría y por mostrarme que la vida es de constancia y perseverancia muchas gracias.

**A Mis hermanos Katy, Juan, Gina, Santa y Josué.-** a ustedes que sin duda no podría olvidar decirles que me siento orgullosa de ser su hermana y agradecerles de antemano su sincera amistad y sus buenos deseos así como sus palabras de ánimo los quiero. Gracias

**A mis amigos, a mi jefe Diana,** a quienes contribuyeron y aportaron de una u otra forma con su granito de arena (con permisos, consejos, palabras de ánimo) a ustedes muchas gracias fueron como mi medicina rehabilitadora. Dios los bendiga.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>I.- INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>II.- JUSTIFICACIÓN</b>	11
<b>III.- OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	13
3.1 General	13
3.2 Específico	13
<b>IV.- METODOLOGÍA.</b>	14
4.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.	14
4.2 Selección del caso y fuentes de información.	14
<b>V- MARCO TEÓRICO</b>	16
5.1 Anatomía y fisiología	16
5.2 Cambios en el embarazo	21
5.3 Historia Natural de la Enfermedad de la Pre eclampsia	38
5.4 Niveles de Prevención del Lavelle-Clack de la Pre eclampsia	39
<b>VI. MARCO ÉTICO-LEGAL</b>	47
6.1 Leyes, normas y reglamentos	47

<b>VII. APLICACIÓN DE PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	51
7.1. Valoración	51
7.2 Razonamiento Diagnóstico	57
7.3 Modelo de priorización AREA	60
7.4 Plan de cuidados	61
<b>VIII. Ejecución</b>	74
<b>IX. Evaluación</b>	75
<b>X. Plan de alta</b>	76
<b>XI. Conclusiones</b>	78
<b>XII Sugerencias</b>	78
<b>XIII. Bibliografía</b>	79

## **I.- Introducción**

El embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo obstétrico, debido a la (México, 2014) alta tasa de mortalidad y morbilidad, tanto para la madre como para el producto por las complicaciones que se presentan en este tipo de embarazo. La pre eclampsia es la principal causa de muerte materna en nuestro país así lo informó Luis Alberto Villanueva Egan, Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. El padecimiento es común que se presente en el último trimestre del embarazo y se caracteriza por presentar dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa, náuseas, vómito, dolor en epigastrio, o en hipocondrio derecho. Resulta difícil prevenir la enfermedad, debido a que un porcentaje importante de las pacientes no presenta ningún dato de alarma de los antes mencionados.

Ante este panorama la Secretaría de Salud ha puesto en marcha acciones encaminadas a reducir la muerte materna en nuestro país. Uno de los más importantes es la universalidad a los servicios médicos en materia de atención de la emergencia obstétrica, por lo cual la mujer embarazada puede ser atendida en cualquier hospital o institución médica, sin importar su derechohabiencia. Lo ideal es, que toda mujer embarazada lleve un control prenatal, y en el momento que se detecten signos de alarma acuda inmediatamente a ser atendida.

El proceso de enfermería (PE), es un método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. El PE tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permita intervenir en la satisfacción de las mismas en sus cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Los profesionales de la enfermería deben utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas de los pacientes y tomar las mejores decisiones, ello permite interactuar con otras disciplinas y campos a la práctica de la enfermería, hacer frente a los cambios en situaciones estresantes,

tomar decisiones importantes en relación a los cuidados del paciente. Incorporar su creatividad a su forma de pensar, ser capaces de encontrar soluciones únicas a problemas únicos, ser creativos, generar ideas con rapidez, ser flexibles, naturales, aportar soluciones originales a los problemas, esto permite ser independientes y tener confianza en sí mismos, y demostrar individualidad. La integración de las taxonomías NANDA - NOC (Clasificación de resultados) y NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) permite fomentar el lenguaje propio de la disciplina.

Ante éste panorama que vive la adolescencia de practicar la sexualidad sin protección alguna se conciben embarazos no deseados que ponen en peligro la salud propia y la del nuevo ser. Se crea la necesidad de aplicar un proceso de enfermería y mejorar la atención que se brinda a la paciente.



## II.- Justificación

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) México ocupa el primer lugar en casos de embarazos adolescentes. El embarazo adolescente es una de las principales preocupaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo relativo a este grupo etario. De acuerdo al organismo internacional, cada año aproximadamente 16 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que supone el 11% de los nacidos en el mundo. Las más recientes cifras de este fenómeno divulgadas en el Informe "Maternidad en la niñez" del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que nuestro país ocupa el primer lugar de embarazos adolescentes en la (OCDE), con una tasa de natalidad de 64.2 por cada 1000 nacimientos. <sup>1</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) "cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto y prácticamente todas estas mujeres se produjeron en países de bajos recursos" y la mayoría de ellos podrían haberse evitado <sup>2</sup>, Las cifras de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) corroboran esta situación en los países desarrollados, la tasa de mortalidad materna es de 293 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. <sup>2</sup>

De acuerdo con los datos registrados con el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI <sup>2013</sup>) Las mujeres embarazadas de 20 a 24 años, presentaron la tasa de morbilidad hospitalaria más alta por pre eclampsia durante 2010 (188 casos de cada 100 mil mujeres de ese grupo de edad).

La hipertensión gestacional también llamada hipertensión inducida por el embarazo, es un trastorno que se caracteriza por la elevación de la presión arterial mayor a 140/90 mmHg, ésta debe monitorearse constantemente porque el

---

<sup>1</sup> (México, 2014)

<sup>2</sup> (OMS, 2014)

riesgo de evolucionar a pre eclampsia o incluso eclampsia que son trastornos más severos. Las mujeres embarazadas de 25 a 29 años, son las que reportan la tasa más alta de morbilidad hospitalaria por hipertensión gestacional.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía: estadísticas a propósito del día mundial de la salud” INEGI <sup>3</sup>

En el Estado de Hidalgo establece INEGI que en 2010, la pre eclampsia es la principal complicación de emergencia obstétrica en las mujeres de 15 a 49 años (47.7%). En 2011 se registraron 8 defunciones por complicaciones de emergencia obstétrica de mujeres de 15 a 49 años de edad.

La mortalidad materna en 2011 ocurrieron en Hidalgo 15 defunciones, de mujeres de 15 a 49 años por complicaciones de embarazo, parto o puerperio, la razón de la mortalidad materna para este grupo de edad es de 27 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, Las dos primeras causas de muerte materna son: complicación del trabajo de parto (33.3%), y edema, proteinuria e hipertensión arterial (pre-eclampsia) (20.0%).

## **INEGI DATOS DE HIDALGO**

El manejo de complicaciones obstétricas debe considerarse como una prioridad para los servicios de salud materna, debido a que el 80% de las muertes maternas ocurren durante el parto, post parto, y las mujeres con complicación obstetricia fallecen generalmente en un plazo de 48hrs. Po ello, o cualquier demora en la atención de una mujer embarazada o puerperal, con alguna complicación y falta de acceso a servicios con capacidad resolutiva, puede demorar en su muerte. En México la estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna menciona que las defunciones por causas obstétricas puedan disminuir si se

---

<sup>3</sup> (INEGI, 2013)

consideran los factores que condicionan las tres demoras: buscar la atención médica, tener accesos a los servicios de salud, recibir tratamiento oportuno. A nivel Mundial existe el compromiso por mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna e incrementar el acceso universal a la salud reproductiva

### **III. Objetivos**

#### **General**

Aplicar el Proceso de Enfermería con interrelación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC en paciente que cursa pre eclampsia en la adolescencia.

#### **Específicos**

- ✓ Realizar la valoración focalizada
- ✓ Identificar las respuesta humanas
- ✓ Aplicar las mejores intervenciones de enfermería para dar respuesta a las necesidades de la paciente y evaluar el plan de cuidados.

## IV. Metodología

### 4.1 Estrategia de la investigación: estudio de caso

Debido a la alta incidencia de morbimortalidad causada por el embarazo en las adolescentes y por ser una emergencia obstétrica como lo es la pre eclampsia se decidió realizar un estudio caso.

### 4.2 Selección de caso y fuentes de información

Para llevar a cabo la recolección de datos, la enfermera puede acudir a distintas fuentes.

**LA FUENTE PRIMARIA** o directa de información será siempre el propio paciente. Sin embargo existen varias **FUENTES SECUNDARIAS O INDIRECTAS**, que pueden añadirse a la primaria tales como:

- La historia clínica del paciente, actual o anterior
- La familia y el entorno del paciente
- El intercambio de información con los demás miembros del equipo de salud
- Libros, artículos y obras referidas al tema.

Los métodos para la recolección de datos son:

La **observación** que es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica. Las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo esta habilidad de realizar una constante observación es esencial para la valoración, a medida que la enfermera adquiere habilidad en proporcionar cuidados físicos, inicia su atención a la persona y comienza a recolectar datos por observación.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una

habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. Así mismo la entrevista con sus fases.

### **Exploración física**

O también llamada valoración física, es un método sistemático de recolección de datos que utiliza la observación (es decir, los sentidos de la vista, oído, olfato, y el tacto) para detectar problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración se utilizan las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática, puede llevarse a cabo de cabeza a pies o siguiendo un enfoque centrado en los sistemas orgánicos. Durante la exploración física se valoran todas las partes corporales y se comparan los hallazgos a ambos lados del cuerpo (p.e. los pulmones).

Posteriormente la enfermera organiza los datos obtenidos, los valida y registra los mismos, para obtener una serie de datos significativos que permite identificar la respuesta humana.

Con lo que respecta a la paciente que seleccione la información obtenida fue con base al interrogatorio, exploración física y la utilización del expediente clínico, así mismo la utilización de fuentes bibliográficas y página web.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> (Alfaro-Lefevre, 2012)

## V. Marco Teórico

### 5.1 Anatomía, fisiología

Los órganos de la reproducción de la mujer se clasifican en externos e internos:

#### ORGANOS EXTERNOS.

✓ **Monte de Venus:** es un cojinete graso ubicado sobre la sínfisis del pubis. Después de la pubertad, la piel de esta estructura se cubre de vello rizado que le da forma de escudo triangular en las mujeres, cuya base está constituida por el borde superior de la sínfisis del pubis.

✓ **Labios Mayores:** están formados por ligamentos redondos terminan en bordes superiores, los labios mayores son menos prominentes, tienen 7 a 8 cm de longitud, 2 a 3 cm de ancho y 1 a 1.5 cm de grosor. se continúan de manera directa con el monte de venus por arriba y se desvanece por su parte caudal en el perineo sitio donde se unen en la línea media para formar la comisura posterior.

Los labios mayores tienen un abundante aporte de glándulas sebáceas, bajo la piel hay una capa de tejido conectivo, fibras elásticas y tejido adiposo una masa de grasa bajo la piel, que provee volumen a los labios y ese tejido es irrigado por un gran número de plexo venoso.

✓ **Labios Menores:** están cubiertos por epitelios escamoso estratificado no tienen folículos pilosos, contienen glándulas sebáceas y en ocasiones unas cuantas sudoríparas. La cara interna de los pliegues labiales está constituida por tejido conectivo, con muchos vasos y algo de fibras musculares lisas. En su interior tiene diversas terminaciones nerviosas y extremadamente sensibles.

Los tejidos de los labios menores se dividen en dos .por caudal de ellos se unen para formar el frenillo del clítoris y el par cefálico hace profusión, y en su parte

inferior los labios menores se entienden hasta alcanzar la línea media a manera de crestas bajo tejido que se unen para formar la horquilla.

✓ **Clítoris:** órgano eréctil, homólogo del pene, localizado cerca de la extremidad cefálica de la vulva. Este órgano eréctil, se proyecta hacia abajo entre las hojas ramificadas de los labios menores. Está constituido por: glande, cuerpo y dos pilares, mide aproximadamente 2 cm de longitud, esta hacia abajo y al interior en dirección a la abertura vaginal. Los vasos del clítoris eréctil se conectan con los bulbos vestibulares.

✓ **Vestíbulo:** es una región en forma de almendra rodeada por labios menores a los lados, se extiende desde el clítoris hasta la horquilla. El vestíbulo es la estructura fundamentalmente madura de la mujer, que proviene del seno urogenital embrionario en estado de madurez, el cual suele estar perforado por seis aberturas: uretra, vagina, 2 conductos de glándula de Bartholin y en ocasiones 2 conductos para uretrales o también llamados de Skene.

La porción posterior del vestíbulo entre la horquilla y la abertura vaginal se llama: fosa navicular (solo se observa en nulíparas), par de glándulas de Bartholin mide 0.5 a 1.0 cm de diámetro, cada una localizada bajo el vestíbulo a cada lado de la abertura vaginal son las glándulas vestibulares mayores con conductos de 1.5 a 2 cm de largo se abren a los lados del vestíbulo a penas fuera del borde lateral del orificio vaginal.

✓ **Meato urinario:** orificio situado en la línea media, en la parte posterior del vestíbulo y por arriba del tabernáculo vaginal yace inmediatamente dentro de la pared vaginal anterior está en la línea media del vestíbulo mide de 1 a 1.5cm por debajo del arco púbico y una corta distancia por arriba de la abertura vaginal. Los conductos de Skene se abren en el vestíbulo a cada lado de la uretra.

✓ **Bulbo Vestibular:** desde el punto de vista embrionario, los bulbos vestibulares corresponden al anclaje del cuerpo esponjoso del pene, se trata de agregados venosos con forma de almendra de 3 a 4 cm de longitud y 1 a 2cm de ancho ,0.5 a 1cm de grosor, que yacen bajo la membrana mucosa a cada lado del vestíbulo .están en estrecha oposición con las ramas isquiopubicas y cubiertos parcialmente por los músculos isquicavernosos y bulbo cavernoso o constrictor de la vagina. Los bulbos vestibulares terminan en el interior cerca de la mitad de la abertura vaginal y se extienden hacia adelante en dirección al clítoris, durante el parto pueden lesionarse o incluso romperse y formar un hematoma bulbar.

✓ **Himen:** es de forma como de un tabique perforado, situado en los límites de los conductos bulbar y vaginal está compuesto de tejido conectivo rico en fibras elásticas y colágena se encuentra cubierto por epitelio escamoso estratificado. En casi todas las mujeres vírgenes, la abertura vaginal suele estar oculta por los labios menores superpuestos.

## ÓRGANOS INTERNOS

✓ **Vagina:** es un conducto tubular , musculo membranoso , situado en la cavidad pélvica se fija por su capsula en el cuello uterino y por su extremidad inferior a los planos del perineo y la vulva , por su cara anterior y posterior se fija , a la vejiga, a la uretra y al recto. Constituye el canal excretor del útero (secreciones y flujo menstrual), órgano femenino de la copulación ,forma parte del canal del parto .tiene una longitud aproximadamente de 8cm ( anterior 7cm, y posterior 9cm). Internamente presenta pliegues llamados: "arrugas o crestas" debido al en-grosa miento de la mucosa, relacionado con la actividad hormonal de la mujer.



✓ **Útero (Cérvix):** órgano muscular en forma de pera, o de cono truncado, con vértice inferior, es un órgano hueco destinado a contener, el huevo fecundado, sirve para la recepción, implantación, retención, nutrición, y expulsión del mismo. Segmento de paredes gruesas del aparato reproductor femenino tubular que se interpone entre las trompas de Falopio y la vagina. (Histología, Lesear). Recibe el ovulo fecundado de la trompa de Falopio, se desarrollan etapas embrionarias (Perimetrio, Miometrio, y Endometrio). Perimetrio.- capa serosa cubierta por células mesoteliales, sostenida por tejido conectivo, Miometrio.- capa masiva del musculo liso 12- 15 mm de espesor fibras musculares, se disponen en heces, presenta contracciones intermitentes por lo general no son de intensidad suficiente para ser percibidas pueden aumentar durante la estimulación sexual, o durante la menstruación, producen dolores semejantes a calambres, estas contracciones aumentan con la oxitocina (hormona de la neurohipofisis), y por las prostaglandinas que son liberadas por membranas fetales durante el parto. Endometrio.- sujeto a cambios cíclicos, durante el periodo reproductivo es respuesta a la actividad secretora del ovario se presenta cada 28 días y dura de 3 a 5 días.

✓ **Trompas de Falopio:** son conductos que se extienden a lo largo del borde superior del ligamento ancho, desde los ángulos laterales del útero hasta la superficie del ovario. Miden de 10-14 cm de longitud, diámetro al salir del útero es de 2-4 mm aumentando progresivamente hasta su extremidad ovárica de 8mm. sus medios de fijación son: externa se une al ovario por el ligamento tubo ovárico, y en la interna por la continuidad del útero. son estructuras pares que se extienden de los ovarios al útero envueltos en un repliegue peritoneal, la trompa recibe el ovulo liberado, en la ovulación es el medio adecuado para la fecundación.

✓ **Ovarios:** generalmente son dos, tienen forma de ovoide o de almendra miden 3.5cm de altura, 2cm de ancho y 1cm de espesor, son considerados

glándulas mixtas ,tienen secreción externa son óvulos , mientras que en la interna son hormonas ováricas, situados en las caras laterales de las excavaciones pélvicas ,detrás del ligamento ancho y descansan en una fosa peritoneal llamada: faceta ovárica . La unidad anatomo funcional es: el folículo ovárico , su superficie extrema es liso y rizado pero se vuelve gris y rugoso debido a las cicatrices luego de la descarga de óvulos de sus folículos , su peso aproximadamente es de : 8gr., sus medios de fijación son 4 ligamentos:

Ligamento lumovarico.- se extiende desde la apófisis de lumbares al polo superior del ovario, contiene vasos ováricos y plexo nervioso ovárico.

Ligamento tubo ovárico.- constituido por tejido conjuntivo y musculo liso, une la extremidad tubarica con la superficie externa del infundíbulo.

Ligamento útero ovárico.- une al polo inferior del ovario al útero cuenta con dos porciones: corteza y medula. Corteza.-. contiene los óvulos, folículos de Graff, células fusiformes y tejido conectivo. Medula.- formado por: tejido conectivo laxo que se continúa con meso ovárico, contiene gran número de arterias, venas y fibras musculares lisas.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> (Cunningham, 2011)

## 5.2 Cambios en el embarazo

1.- Cambios en las trompas de Falopio		
Adaptación	Estimulación	Importancia
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Facilitan la fecundación del óvulo por el espermatozoide.</li> <li>✓ Regulan el tiempo de transporte del huevo fecundado hacia el útero.</li> </ul>	Estrógenos y progesterona	El líquido presente en el oviducto transmite señales que condiciona los acontecimientos de capacitación de los espermatozoides y segmentación de los gametos. Preparación adecuada del endometrio para la implantación del huevo.
2.- Cambios ováricos		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Iniciado el embarazo, la ovulación cesa y se suspende la maduración de nuevos folículos.</li> <li>✓ En uno de los ovarios hay la presencia de un cuerpo lúteo, el cual tiene su máxima función, durante las seis a ocho primeras semanas de gestación</li> </ul>	Progesterona	<p>Garantiza la implantación del blastocito y el desarrollo placentario. Hacia el <b>octavo día</b> de la gestación empiezan a proporcionar nutrición y hormonas para sostener el cuerpo amarillo durante 7 a 10 semanas, hasta que la placenta se hace cargo.</p> <p>La Hormona Gonadotropina Coriónica (HGC), puede conservarse en la circulación</p>

3.- Cambios en el útero		
<p>✓ <b>Volumen:</b> se incrementa desde 10 ml hasta 2 a 10 litros al término.</p> <p>✓ <b>Posición:</b> de ser un órgano pélvico, pasa a ser abdominal (a partir de las doce semanas de gestación) y efectúa dextro rotación (es decir, hacia la derecha).</p>	<p>Presión por el recto sigmoides</p>	<p>La progesterona prepara el sitio de implantación e inhibe la contractilidad del miometrio. Hace presión sobre el uréter derecho.</p> <p>Durante el último trimestre el peso del útero sobre la vena cava puede propiciar Síndrome de Hipotensión Supina</p>
<p><b>Los cambios de contractilidad</b> ocurren durante todo el embarazo, y desde el primer trimestre se registran contracciones irregulares, que en el segundo trimestre pueden ser percibidas a la palpación. Estas contracciones no dolorosas e irregulares son conocidas con el nombre del autor que por primera vez las describió: Braxton Hicks.</p>	<p>Estrógenos, estiramiento y distensión del miometrio</p>	<p>La embarazada percibe tensión y presión uterina indolora (contracciones de Braxton Hicks).</p>
<p><b>Hasta la primera mitad del embarazo el útero</b> es menos propenso a las contracciones uterinas.</p> <p><b>Durante la segunda mitad de la gestación el útero es más propenso</b> a contracciones uterinas</p>	<p>Oxitocina</p>	<p>Provoca contracciones del miometrio</p>

<p><b>El riego sanguíneo uterino</b> aumenta de 50 ml/min a 600ml/min al término de la gestación: También hay aumento paulatino en la capacidad venosa pélvica, hasta llegar a 60 veces su capacidad al final del embarazo. El aumento del volumen sanguíneo intrauterino y el de los vasos, representa casi 1000 ml cerca del final de la gestación</p>	<p>Oxitocina</p>	<p>Las contracciones tempranas pueden propiciar aborto y en la segunda mitad de la gestación amenaza de parto pre término. Estos cambios explican la molestia de tipo congestivo que manifiesta la mujer en los cuadrantes inferiores del abdomen y en la pelvis.</p>
<p><b>4.- Cambios endometriales</b></p>		
<p>Hay proliferación de la túnica uterina, en preparación para la implantación del óvulo. Almacenamiento de glucógeno para nutrir el blastocito si ocurre embarazo</p>	<p>Estrógenos y progesterona</p>	<p>Si resulta inadecuado, no ocurrirá proliferación de la túnica.</p> <p><b>Cuando es insuficiente no se produce implantación y predispone a aborto.</b></p>
<p><b>5.- Cambios vaginales</b></p>		
<p>En la vagina existe un aumento en la vascularización e hiperemia que afecta la piel, vulva y músculos del periné. Esta vascularización acentuada da un color violeta a la mucosa vaginal, (<b>signo de Chadwick o de Jacquemier</b>).</p>	<p>Estrógenos</p>	<p>La proliferación de células hace que las paredes se engrosen y se vuelvan flexibles y distensibles en preparación para el paso de la cabeza fetal durante el parto. La acidez de la vagina, preservada por la producción de ácido láctico regula la proliferación de bacterias y disminuye el riesgo de infecciones (pH 3.5 a 5.0).</p>
<p><b>6.- Cambios cervicales</b></p>		

<p>Por el aumento del riego sanguíneo uterino, el cérvix sufre un marcado reblandecimiento, su color es violáceo (<b>signo de Chadwick</b> o de Jacquemier), y hay un crecimiento (hipertrofia) de las glándulas de la mucosa cervical, favoreciendo la producción de moco.</p>	<p>Estrógenos</p>	<p>Da origen a la aparición de los signos locales de embarazo: Chadwick y Goodel. Se forma un <b>tapón mucoso</b> que protege al feto contra una invasión mecánica o bacteriana. Al inicio del trabajo de parto, por efecto de las contracciones uterinas, se desprende el tapón mucoso y se rompen sus vasos sanguíneos y se expulsa el tapón mucoso con sangre para constituir <b>“la señal sanguinolenta”</b>.</p>
<p><b>7.- Cambios mamarios</b></p>		
<p>Aumento del tamaño y la nodularidad</p> <p>El crecimiento del sistema de conductos (estrógenos) es intenso durante los primeros tres meses, así como del sistema alveolar (progesterona). Hacia el final de embarazo las células alveolares se vuelven secretoras. <b>Hay aumento de la sensibilidad (hipersensibilidad) y congestión de venas superficiales (red venosa de Haller).</b></p>	<p>Estrógenos y progesterona</p>	<p><b>Producción calostro</b></p>
<p><b>8.- Cambios en la pared abdominal</b></p>		
<p>Se puede observar la distensión de la piel por el crecimiento uterino lo que ocasiona ruptura de las fibras elásticas de la capa reticular de la piel. Estas lesiones son de</p>	<p>Estrógenos progesterona y relaxina</p>	<p>Riesgos de padecer estrías</p>

coloración violácea cuando se trata del primero embarazo y adquieren un color blanco nacarado si es multigesta.		
<b>9.- Cambios del aparato cardiovascular</b>		
<b>Adaptación</b>	<b>Importancia</b>	
<b>Cambios mecánicos:</b> El volumen cardiaco se aumenta en un 10% (hasta 75ml). La elevación del diafragma por la presión del útero desplaza el corazón hacia la izquierda y hacia arriba. Disminuye la viscosidad de la sangre y ocurre la torsión de los grandes vasos a causa del mayor volumen del útero. Cambios del volumen sanguíneo:	En las radiografías se aprecia crecimiento del corazón. Ocurren cambios en los ruidos cardiacos (soplos): Se puede escuchar aumento en la intensidad del primer ruido cardiaco desde la semana 12 a la 32 y después una ligera disminución. Hay desdoblamiento intensificado del primer ruido cardiaco, aparición de un tercer y cuarto ruidos.	
<b>Cambios del volumen sanguíneo:</b>  El volumen plasmático se incrementa en un 50% (600 a 1250ml) y alcanza su máximo entre las semanas 30 y 40. Disminuye la albumina plasmática total desde el valor no gestacional de 4.0 a 4.5 g/dl hasta el valor de la gestación de 3.0 a 3.5 g/dl.  Se incrementa la frecuencia cardiaca.	<b>El pulso se incrementa de 10 a 15 latidos por minuto</b> (80 a 85 / min) y llega a su máximo en el tercer trimestre. Se incrementa la filtración renal. Se incrementa el transporte de oxígeno	
<b>Cambios mecánicos:</b> El volumen cardiaco se aumenta en un 10% (hasta 75ml). La elevación del diafragma por la presión del útero desplaza el corazón hacia la izquierda y hacia arriba.	<b>Son anormales los soplos diastólicos (el 18% de las mujeres tienen soplos transitorios suaves).</b> Son comunes los soplos pulmonares sistólicos; <b>se escuchan soplos apicales</b>	

<p>Disminuye la viscosidad de la sangre y ocurre la torsión de los grandes vasos a causa del mayor volumen del útero. <b>Cambios del volumen sanguíneo:</b></p>	<p><b>sistólicos en el 60% de las embarazadas.</b> Hay hidratación importante de los tejidos maternos. Ocurre anemia fisiológica por hemodilución Son más permeables las paredes vasculares</p>
<p>El corazón impulsa de 5.0 a 5.5 l/min, en la no embarazada. Este volumen se incrementa de un 30 a 50% hacia el final del primer trimestre. Se eleva el 10% más durante los dos últimos trimestres, cuando la gestante se encuentra en decúbito lateral. Cambia la distribución del gasto cardíaco</p>	<p><b>El pulso se incrementa de 10 a 15 latidos por minuto (80 a 85 / min)</b> y llega a su máximo en el tercer trimestre. Se incrementa la filtración renal. Se incrementa el transporte de oxígeno.</p>
<p><b>10.- Cambios hematológicos</b></p>	
<p>Los ajustes en el sistema hematológico son necesarios en base a las características inmunológicas creadas por el feto en la madre, el aporte de oxígeno y nutrientes (tanto para el mismo feto como para los tejidos hipertróficos de la madre), el control de la hemorragia durante el embarazo y parto.</p>	
<p><b>GLOBULOS BLANCOS:</b> Durante el embarazo hay un aumento en el número de éstos a expensas de los polimorfo nucleares neutrófilos. Este cambio está en relación con el estímulo estrogénico elevado existente, en valores que van desde 10, 000/ml (valor normal) hasta 15, 000/ml</p>	<p><b>Es importante descartar la posibilidad de un proceso infeccioso par considerar como normal esta leucocitosis.</b></p>
<p>Estos cambios se producen alrededor de los primeros 45 días de gestación, aumentando progresivamente hasta alcanzar el máximo en el 2do y 3er trimestre. Existe otro aumento al inicio del trabajo de parto y después del sexto día del puerperio tiende a disminuir a los valores normales de la mujer no</p>	



embarazada.	
Es frecuente la aparición de formas jóvenes de leucocitos (mielocitos y metabelocitos), pero desaparecen al final del embarazo. También se han observado cambios en la actividad metabólica de los leucocitos, tales como: aumento de la actividad de la fosfatasa alcalina del leucocito, aumento de la actividad de la mieloperoxidasa (importante para la destrucción de hongos y bacterias), mayor actividad del mono fosfato de hexosa y la oxidación de glucosa	
Los eosinofilos muestran un aumento discreto, los basófilos muestran un descenso, y los monocitos no se modifican.	
En lo que respecta a los linfocitos, estos no se modifican pero, se ha observado que la inmunidad esta disemina. Este hecho parece estar encaminado hacia la supervivencia del injerto que constituye el feto. El mecanismo que lo propicia, aparentemente se asocia con el aumento de glucoproteínas que revisten la superficie del linfocito con una barrera mucoide.	<b>Evita el rechazo del feto por el sistema inmunológico de la madre. Evita el rechazo del feto por el sistema inmunológico de la madre.</b>
Otros mecanismos que actúan en el mismo sentido son el bloqueo en la transformación de los linfocitos por la gonadotropina coriónica humana, la prolactina y el lactógeno placentario.	
No se ha demostrado modificaciones en la inmunidad humoral,	La suma de los estos cambios, condicionan una disminución

<p>pero se ha encontrado disminución de la concentración plasmática de IgG e IgA (20 a 30% de su valor normal) la cual se puede explicar por el aumento del volumen plasmático. Sin embarco, la concentración de IgM no se modifica y la IgD aumenta ligeramente.</p>	<p>en la resistencia a las infecciones virales como: Influenza, herpes, rubeola y hepatitis.</p>
<p><b>GLOBULOS ROJOS:</b> Durante el embarazo, existe un estado de eritropoyesis acelerado, con aumento del volumen total de glóbulos rojos y rápida incorporación de hierro. Se sospecha que estos cambios son ocasionados por la acción del lactógeno placentario sobre la eritropoyetina; también se cree que participa la placenta ya que actúa como una fistula arteriovenosa. Otros factores que se asocian con estos cambios son el aumento de la renina y la disminución del riego sanguíneo en el riñón (hipoxia renal).</p>	
<p>Hay aparición de formas jóvenes de glóbulos rojos (reticulocitos) cuyos valores normales van de 0.5 a 1.5%, desde la semana 16, alcanzando su máximo de 2.0 a 6.0% entre la semana 25 a 35. En cuanto a la masa de glóbulos rojos, se ha llegado a observar que el volumen normal fuera del embarazo (1, 400ml) aumenta 50ml a las 20 semanas; 150 ml a las 30 semanas y 250 ml en el embarazo a término, los cuales tienden a disminuir después del parto a consecuencia de la pérdida de sangre.</p>	<p>Compensan la pérdida de masa de glóbulos rojos secundario a la pérdida de sangre durante el parto (300ml).</p>
<p>El valor normal más bajo de hemoglobina (Hb), en la mujer no embarazada es de 12% (OMS), 12 g/dl y según el aumento del</p>	<p>Permite identificar la presencia de anemia.</p>

<p>volumen plasmático y de glóbulos rojos, se supone que el valor normal bajo para la gestante con adecuado aporte de hierro es del 11% (OMS), 11 g/dl. La Hb, constituye la tercer parte del hematocrito; por tanto, el hematocrito para una hemoglobina de 11g/dl es de 33%. Solo multiplica la hemoglobina por 3 y obtendrás el hematocrito.</p>	
<p>Se considera que una hemoglobina inferior a 11%, es anemia. En un principio, el organismo materno trata de compensar el déficit hemático con el aumento del volumen plasmático hasta substituir el volumen de glóbulos rojos conservando el volumen sanguíneo total. Exige además una mayor respuesta del corazón al ejercicio, particularmente cuando la HB, es igual o menor a 7% y sus efectos son más graves en tanto los niveles de hemoglobina son más bajos, pudiendo llegar hasta la insuficiencia cardiaca congestiva con volumen sanguíneo elevado. En el feto, puede ocasionar hipoxia, lo cual trae consigo un estado de sufrimiento fetal crónico con baja eliminación urinaria de estrógeno.</p>	
<p><b>11.- Cambios en el aparato respiratorio</b></p>	
<p><b>Cambios anatómicos:</b> Ocurren cambios que mejoran el intercambio de gases. Mucho antes de que sobrevenga la presión mecánica las costillas más bajas se ensanchan para incrementar el espacio. El diafragma se eleva 4 cm, y el diámetro transversal del tórax aumenta 2 cm</p>	<p>Se incrementa el volumen inspiratorio máximo (volumen de aire con cada respiración). Es posible la espiración más dificultosa.</p>
<p><b>Influencias hormonales:</b> Se incrementan las concentraciones</p>	<p>Los estrógenos disminuyen la resistencia pulmonar al</p>

de estrógenos. Se elevan las concentraciones de progesterona	incrementar la flexibilidad del tejido conectivo.
El centro respiratorio es sensible a la progesterona, por lo que conserva bajas las concentraciones séricas de CO <sub>2</sub> . La concentración plasmática fetal de CO <sub>2</sub> excede la del plasma materno	La progesterona disminuye la resistencia vascular pulmonar al relajar el musculo liso. La ventilación aumenta en un 37% por minuto. Pueden ocurrir hiperventilación y alcalosis respiratoria. Esto facilita el paso de CO <sub>2</sub> de la circulación fetal a la materna. <b>Puede ocurrir disnea</b> a consecuencia de las bajas concentraciones de CO <sub>2</sub> . Su causa inmediata no se relaciona necesariamente con el esfuerzo.
<b>12.- Cambios digestivos</b>	
Se incrementa la producción de saliva. Disminuye la secreción gástrica del ácido clorhídrico y pepsina (por lo general después del primer trimestre)	Retrasa la digestión y la úlcera péptica mejora al disminuir la reacción secretoria a la histamina.
<b>INTESTINO</b> Ocurre:  Por acción de la progesterona se presenta disminución del tono y la movilidad del tubo digestivo.  ✓ Se incrementa la absorción de agua por el colon.  ✓ Desplazamiento del sigmoides hacia arriba, constituyendo un factor obstructivo mecánico por el útero.	Aumenta el riesgo de estreñimiento
<b>HIGADO</b> Aunque rara vez se altera en el curso del embarazo normal, presenta algunas características consideradas como	Existe mayor tendencia a la alteración del metabolismo lípido, con formación del hígado graso por el ingreso dietético

<p>normales en el embarazo y que fuera del mismo podrían considerarse como signo de enfermedad sobre todo se asocia con aumento de colesterol sérico y de la fosfatasa alcalina.</p>	<p>alterado; esta se presenta con mayor frecuencia hacia el final del embarazo. También existe el riesgo de ictericia colestática intrahepática recurrente, más frecuente hacia el final del embarazo</p>
<p><b>13.- Cambios metabólicos</b></p>	
<p><b>Metabolismo de los hidratos de carbono:</b> Al metabolismo de los carbohidratos se le ha dedicado una especial atención, dado que se ha considerado que el embarazo es un factor diabetógeno en potencia. La placenta suministra nutrientes y agua al feto en crecimiento, así como produce varias hormonas para mantener el embarazo.</p>	<p>Mayor riesgo a diabetes gestacional.</p>
<p>Algunas de estas hormonas (estrógeno, cortisol, y el lactógeno de la placenta humana) pueden tener efectos bloqueadores en la insulina. A esto se le llama efecto en contra de la insulina, el cual usualmente comienza como en la semana 20 a la 24 del embarazo.</p>	
<p>A medida que la placenta crece, se producen más de estas hormonas, y la resistencia a la insulina engrandece. Normalmente, el páncreas es capaz de producir la insulina adicional necesaria para sobreponerse a la resistencia de la insulina, pero cuando la producción de insulina no es suficiente para sobreponerse del efecto de las hormonas placentarias, el resultado es la diabetes gestacional.</p>	

<p>Aumento de peso materno: Los factores que intervienen en el aumento de peso son:</p> <p><b>PESO PROM. EN GRAMOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feto 3,500</li> <li>✓ Grasa materna 3,200</li> <li>✓ Líquido de tejidos maternos 1,400</li> <li>✓ Volumen sanguíneo materno 1,250</li> <li>✓ Aumento del útero 900</li> <li>✓ Líquido amniótico 800</li> <li>✓ Placenta 700</li> <li>✓ Tejido mamario uterino 500</li> </ul> <p><b>TOTAL 12,250</b></p>	
	<p>Los factores que pueden estar relacionados con un aumento exagerado de peso son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sobrealimentación</li> <li>✓ Edema</li> <li>✓ Producción anormal de líquido amniótico (poli hidramnios)</li> <li>✓ Macrosomía fetal</li> </ul>

<p>El aumento de peso es paulatino, y se considera que en promedio es de 225 g/semana. A partir del segundo trimestre es posible valorar si el aumento de peso es adecuado multiplicando el número de semanas de gestación por 225gramos. Compara el peso real con el obtenido. Lo mejor en cuanto al incremento de peso en la mamá es de 1kg a 1.5Kg x mes, teniendo una ganancia ponderal de 11 a 12Kg al término de la gestación.</p>	<p>El excesivo aumento de peso durante la gesta puede originar complicaciones, tales como:</p> <p>7 veces más posibilidades de sufrir Hipertensión Arterial.</p> <p>5 veces más posibilidades de sufrir Eclampsia (hipertensión arterial, edemas, albuminuria, seguidos por convulsiones).</p> <p>Más posibilidades de presentar diabetes gestacional y macrosomía fetal.</p> <p>Más posibilidades de sufrir dificultades durante el parto (importantes hemorragias, etc.</p>
<p><b>Metabolismo de las grasas:</b> Se piensa que por influencia de los estrógenos y del cortisol, existe un aumento de lípidos, de sus valores normales de 600mg/100ml de sangre hasta 900mg%100ml. Se incluyen todas las fracciones tales como la colessterina y sus esterres, los fosfolípidos, los triglicéridos y los ácidos grasos libres.</p>	<p>Estos cambios propician un estado de reserva calórica para el embarazo y la lactancia.</p>
<p><b>Metabolismo de las proteínas:</b> Se reconoce un balance nitrogenado positivo, ya que una ingesta promedio de 10 a 20g al día, se retienen 2 a 3g de nitrógeno. Esta cantidad de proteína es utilizada en el desarrollo del embrión, de la placenta y del útero, así como las mamas y tejidos maternos restantes. Un volumen importante es destinado al aumento volumen eritrocito</p>	
<p><b>Las proteínas séricas totales</b> están disminuidas, aunque</p>	<p>Predispone al edema en miembros inferiores, debido a la</p>

<p>influye mucho la hemodilución existente en el embarazo. Esta disminución proteica se desarrolla a expensas de la albúmina, además parece estar influida por la progesterona y el estrógeno circulante en grandes cantidades.</p>	<p>disminución de la presión coloidosmótica de la sangre.</p>
<p><b>Metabolismo del hierro:</b> El embarazo ocasiona movilización de reservas de hierro, con aumento de su absorción para cubrir las necesidades aumentadas de glóbulos rojos, feto y placenta. Existe un aumento de la transferrina (proteína transportadora del hierro), lo cual indica una mayor concentración sérica y mayor capacidad de absorción intestinal. Se recomienda un aporte diario de 60 a 80mg para mantener niveles adecuados.</p>	<p>La deficiencia de hierro sumada a la hemodilución, favorece la aparición de anemia.</p>
<p><b>14.- Cambios urinarios</b></p>	
<p><b>Influencias hormonales:</b> Bajo la influencia de los estrógenos la retención total de agua es de 6 a 8 litros al final del embarazo, distribuidos entre madre, feto, placenta y líquido amniótico. La progesterona incrementa el tamaño del riñón. La secreción de aldosterona por las glándulas suprarrenales y la de los estrógenos por la placenta equilibran la progesterona, lo que produce dilatación de los uréteres y relajación de la vejiga y trigono</p>	<p>Puede haber edema fisiológico, particularmente por la tarde (vespertino). Puede ocurrir pérdida de sodio y electrolitos en la orina (natriuresis). Se produce resorción de cloruro de sodio y agua por los túbulos renales. No aumento el volumen de orina a causa de secreción. Disminuye la secreción de orina en la etapa tardía del embarazo, se incrementa la retención de líquidos. La vejiga se vuelve edematosa y se lesiona con facilidad.</p>
<p><b>Efectos posturales:</b> La postura afecta el riego sanguíneo y las funciones renales</p>	<p>ocurre disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Flujo sanguíneo y filtración glomerular por la acumulación de sangre en la pelvis y las piernas.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Volumen y secreción de orina.</li> <li>✓ Gasto cardiaco, con vasoconstricción renal compensatoria</li> </ul>
<b>Efectos posturales</b>	<p>Se acumula agua en el cuerpo durante el día, lo que origina edema en porciones en declive. Cuando la paciente duerme acostada en decúbito lateral, se elimina el efecto de la gravedad, con lo que se distribuye líquido por todo el cuerpo, con los siguientes efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento de la filtración renal, con nicturia.</li> <li>✓ Aumento de la excreción de agua y sodio.</li> </ul>
<b>15.- Cambios del sistema músculo esquelético</b>	
<b>Influencias hormonales y mecánicas:</b> Las articulaciones se relajan por acción de la relaxina: Los ligamentos que sostienen y estabilizan las articulaciones se vuelvan más laxos. Se ve afectada la articulación sacro-ilíaca, que es vital para el equilibrio y la estabilidad de la pelvis, siendo esta última la base donde apoyamos y sostenemos nuestra columna vertebral y cuerpo.	La movilidad y flexibilidad de las articulaciones sacroilíaca, sacroccóigea y púbica se incrementan en preparación para el parto. Puede ocurrir espasmo de los ligamentos úterosacros y dolor del ligamento redondo.
Asimismo, el incremento paulatino en las dimensiones del abdomen proyecta hacia el interior el centro de gravedad del cuerpo, lo que se compensa con un aumento de la curvatura lumbar, produciendo estrés en las articulaciones posteriores de las vértebras lumbares y un exceso de trabajo muscular, ya que la mujer trata de mantener el equilibrio estático y dinámico del	<p>Predispone a dorsalgia y pueden experimentar dolor o adormecimiento de las extremidades superiores, a causa de la inclinación de los hombros y el tórax hacia delante.</p> <p><b>Predispone a dolor en la planta de los pies</b></p>

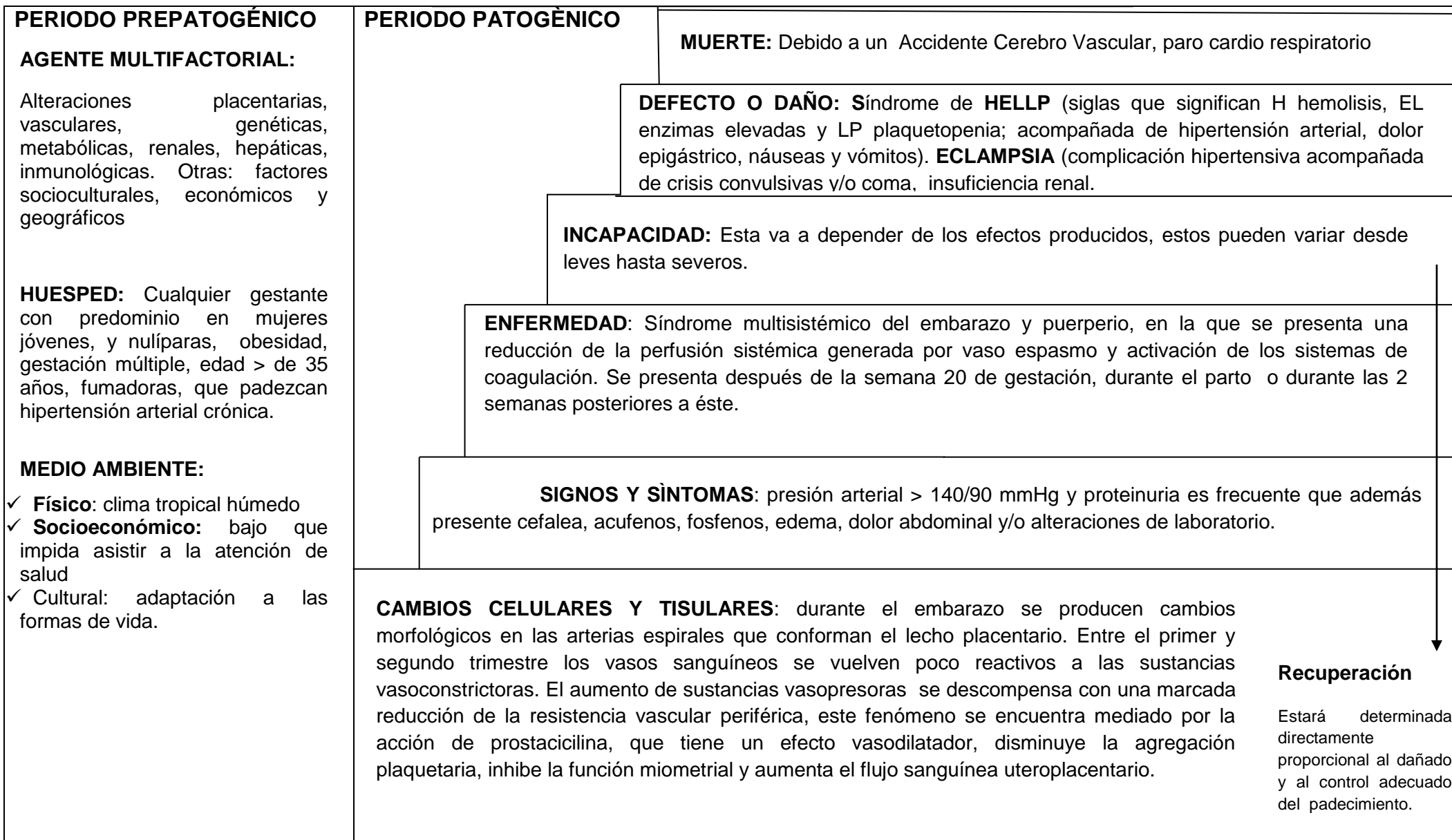
<p>cuerpo. Conforme pasan los meses, el tamaño y peso de las glándulas mamarias generará mayor trabajo en los músculos extensores de columna.</p>	
<p><b>16.- Cambios neurológicos</b></p>	
<p>Por la retención de líquido extracelular y por relajamiento de articulaciones y ligamentos, producidos por el alto nivel hormonal, se presentan algias en zonas correspondientes a inervación periférica.</p>	<p>Los calambres musculares son frecuentes, sobre todo en el último trimestre, especialmente en los músculos de las piernas; su causa no está bien determinada, pero hay tendencia a relacionarlos con depleción de sales.</p>
<p><b>17.- Cambios en la piel</b></p>	
<p><b>Influencias hormonal:</b> Los estrógenos tienen efecto franco sobre la piel. Hay aumento generalizado de la masa de tejidos blandos, siendo más notable en párpados, cara, manos y pies, en donde también influye la retención de líquidos. Hay cambios vasculares que se manifiestan en la piel, especialmente bajo la epidermis y que son conocidos como nevos arácnos, angiomas formados por una arteriola única, que se ramifica en muchos vasos finos</p>	<p>En muchas mujeres aumenta la pigmentación de la piel, dando origen al cloasma o mancha en forma de alas de mariposa en la cara, y a la línea morena en el abdomen. También es responsable de la aparición de la areola secundaria en las mamas.</p>
<p>Las glándulas sudoríparas tienden a aumentar su actividad. Las estrías en el abdomen, mamas y frecuentemente en la piel de los muslos se deben a la distensión, a la elevación hormonal y a la deficiente elasticidad de los tegumentos.</p>	<p>El eritema palmar, las varicosidades en extremidades inferiores, bulbares y vaginales, son frecuentes. Propician el crecimiento de las glándulas sebáceas y areolares como las de Montgomery. Estas son consideradas un signo temprano de embarazo.</p>

<b>18.- Cambios oculares</b>	
La hipófisis aumenta de volumen. Incremento de líquido extracelular moderado y un ligero edema corneal, Es común que las gestantes con miopía, vean su problema acrecentarse, pero no en forma preocupante.	Puede presentarse hemianopsia bitemporal (afección de la mitad del campo visual) En las mujeres que usan lentes de contacto refieren que no es fácil su ajuste
<b>19.- Cambios auditivos</b>	
Las modificaciones están ligadas a la hiperemia de la mucosa producida por los cambios hormonales y es más patente en la bucofaríngea. Hay una acumulación mayor de cerumen en el conducto auditivo externo. Es frecuente la epistaxis y la congestión nasal <sup>6</sup>	En el oído, debido a la hiperemia y el aumento de líquido extracelular, se puede producir trastornos en el conducto de Eustaquio que puede manifestarse en forma sintomática en los cambios de altitud, así como también en los conductos semicirculares, lo que explica los mareos que describen las embarazadas a los cambios repentinos de posición. Disminución de la audición.

---

<sup>6</sup> (Rivera, 2008)

### 5.3 Historia Natural de la Enfermedad de la Pre eclampsia



### 5.4 Niveles de Prevención de Leavell y Clark

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA			PREVENCIÓN TERCIARIA
PROMOCION PARA LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita periódica al medico, por lo menos cada 6 mese.</li> <li>• Orientación educativa sobre llevar una dieta equilibrada.</li> <li>• Platicas educativas sobre adicciones.</li> <li>• Fomento de ejercicio</li> <li>• Fomento de actividades recreativas</li> <li>• Esparcimiento</li> <li>• Consejería genética</li> </ul>	<p><b>Control prenatal</b></p> <p><b>1er consulta:</b> Confirmación del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar semanas de edad gestacional y calcular la fecha probable de parto</li> <li>• Realizar la exploración física en el caso de que el embarazo sea mayor a 12 SDG se realiza medición d altura de fondo uterino (FU) y si es mayor a 22 SDG además del FU, determina: La situación, posición y presentación fetal (dependerá de las SDG), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrogatorio</li> <li>• Exploración física</li> <li>• Medición de la T/A: Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg</li> <li>• Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hr. Ésta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).</li> <li>• <b>Exámenes de laboratorio:</b> BH, QS,</li> </ul>	<p><b>TRATAMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuno</li> <li>• Decúbito lateral izquierdo</li> <li>• Instalación de acceso vascular periférico y central</li> <li>• Administración de cristaloides</li> <li>• Instalación de sonda vesical a permanencia</li> <li>• Curva de presión arterial horaria</li> <li>• Auscultación de la FCF</li> <li>• Vigilar datos de vaso espasmo (cefalea, acufenos, fosfenos, epigastralgia).</li> <li>• Vigilancia de reflejos osteotendinosos</li> </ul> <p><b>TX QUIRÚRGICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del parto por vía vaginal.</li> <li>• Intervención cesárea</li> </ul>	<p>Apego al régimen terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacológico</li> <li>• Dietético</li> <li>• Uso de medidas generales para minimizar el daño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar el apoyo del profesional de psicología debido al estado emocional de la paciente, ya que es sensible a la depresión posparto.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de riesgo obstétrico.</li> <li>• Solicitar exámenes complementarios de: BH, QS, EGO, Gpo y RH, VDRL, prueba rápida de VIH.</li> <li>• Indicar suplemento de hierro, ácido fólico.</li> <li>• Asesoramiento nutricional (plato del buen comer)</li> <li>• Asesoramiento de realizar la actividad física y actividad sexual</li> <li>• Información de los signos de alarma.</li> <li>• Determinar la fecha probable de parto (FPP)</li> <li>• Realizar registros en la cartilla perinatal</li> </ul> <p><b>2da consulta</b> (entre la 22 y 24 SEG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el peso materno</li> <li>• Interpretación de los signos vitales</li> <li>• Maniobras de Leopold</li> <li>• Medición de FU</li> </ul>	<p>EGO, Gpo y RH, tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático: TGO- AST, TGP- ALT- DHL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exámenes de gabinete:</b> USG</li> </ul>			
--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultación de FCF</li> <li>• Revisar resultados de laboratorio</li> <li>• Continúa con las actividades de promoción a la salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma</li> <li>• Inmunización (toxoides tetánico)</li> <li>• Se continúa la preparación para el nacimiento, lactancia y crianza</li> </ul> <p><b>3er CONSULTA</b> (27-29edg)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corroborar la FPP y semanas de gestación.</li> <li>• Valorar el peso materno</li> <li>• Valorar la presión arterial</li> <li>• Realizar las Maniobras de Leopold, y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.</li> <li>• Mide la FU</li> </ul>				
--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valora por palpación los movimientos fetales.</li> <li>• Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma</li> <li>• Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo</li> <li>• Administración de hierro.</li> <li>• Las actividades de promoción a la salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.</li> <li>• La preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.</li> <li>• Administra la segunda dosis de toxoide tetánico</li> </ul> <p><b>4ta Consulta (33-35SDG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corroborar la FPP</li> <li>• Valora el peso materno</li> <li>• Valora la presión arterial</li> <li>• Realiza las</li> </ul>				
--	---	--	--	--	--



	<p>Maniobras de Leopold. Es importante que ubiques con claridad la situación, posición y presentación fetal, ya que se acerca la fecha probable de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide FU y se pone énfasis en la cuarta maniobra.</li> <li>• Valora la FCF</li> <li>• Valora por palpación los movimientos fetales</li> <li>• Revisa la BH, EGO</li> <li>• Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma</li> <li>• Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.</li> <li>• Investiga las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento</li> <li>• Continúa con la administrando hiero.</li> <li>• Continúa con las</li> </ul>				
--	--	--	--	--	--

	<p>actividades de promoción a la salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia con ellos la integración de un plan de nacimiento, el cual consiste en tomar decisiones acerca de: lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, etc.</li> <li>• Enfatiza la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto</li> </ul> <p><b>5ta Consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valora el peso materno</li> <li>• Valora la presión arterial</li> <li>• Realiza las Maniobras de Leopold. Es importante que ubiques con claridad la situación, posición</li> </ul>				
--	---	--	--	--	--

	<p>y presentación fetal y altura de la presentación, ya que se acerca la FPP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mide FU</li> <li>• Valora la FCF</li> <li>• Valora por palpación los movimientos fetales.</li> <li>• Valora la pelvis (pelvimetría clínica), si tienes dudas, solicita la valoración por otro profesional. (Enfermera Especialista Perinatal o un Médico Gineco – Obstetra)</li> <li>• Revisa los resultados de la BH, QS, EGO.</li> <li>• Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma</li> <li>• Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.</li> <li>• Investiga las expectativas de la mujer y de su familia</li> </ul>				
--	---	--	--	--	--

	con relación al nacimiento. <sup>7</sup>				
--	--	--	--	--	--

---

<sup>7</sup> (Cunningham, 2011) (Rivera, 2008)

## VI. MARCO ÉTICO Y LEGAL

La atención obstétrica que se brinda en nuestro país está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.<sup>8</sup>

La atención obstétrica ideal debe ser brindada por personal profesionalmente capacitado y acreditado, y en hospitales que cuenten con quirófano y banco de sangre. Los establecimientos que prestan servicios de atención obstétrica, se encuentran regulados por la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

No es posible ignorar el gran impacto de las demandas por mala práctica durante la atención obstétrica, que durante los últimos quince años se han incrementado de manera exponencial, y es una de las áreas médicas que se ve involucrada con mayor frecuencia en demandas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

**El embarazo, parto y puerperio deben ser atendidos por personal capacitado y debidamente autorizado.**

- a) Otorgar la atención con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados.
- b) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución adecuada.
- c) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional.

---

<sup>8</sup> (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, 1993)

d) Tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y por la Norma Oficial 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**Valorar integralmente cada caso durante la atención prenatal e identificar las pacientes con alto riesgo.**

- a) Elaborar e integrar cuidadosamente el expediente clínico completo.
- b) Valorar el riesgo reproductivo y obstétrico.
- c) Dar seguimiento a las variables clínicas de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993 (numeral 5.1.6), para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes y relevantes.

**Estrechar la vigilancia prenatal durante el tercer trimestre de la gestación.**

- a) Citar a las pacientes a revisión cuantas veces la clínica lo indique necesario.
- b) Utilizar las guías clínicas reconocidas para la detección oportuna y prevención de las complicaciones del embarazo.
- c) Valorar cada caso en particular y cada momento específico de la gestación.
- d) Evitar el uso rutinario de las evaluaciones clínicas y estudios paraclínicos que no tengan justificación.

**Procurar la mejor atención obstétrica.**

- a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad o un mayor nivel de capacidad resolutive.
- b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado.
- c) Contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno.

### **Establecer el mejor plan de nacimiento.**

- a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo al estado clínico del binomio.
- b) Realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna.
- c) Contar con el consentimiento válidamente informado, cuando así lo amerite.

### **Reducir riesgos innecesarios.**

- a) Asegurar una atención obstétrica acorde a los riesgos establecidos.
- b) Elaborar el parto grama de manera completa y adecuada, para la correcta interpretación de la curva de Friedman.
- c) Conducir y supervisar la atención obstétrica.
- d) Participar en la detección oportuna y el seguimiento eficaz del trabajo de parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo.

### **Documentar todo el proceso de atención.**

- a) Documentar debidamente el evento obstétrico en el expediente clínico: nota de valoración inicial, parto grama, nota pre quirúrgico y postquirúrgico con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en la atención de la paciente.
- b) Anotar en el expediente clínico el razonamiento clínico que sustente los procedimientos a realizar durante toda atención obstétrica.

### **Realizar, promover y facilitar la educación a la embarazada y sus familiares sobre los riesgos inherentes a la gestación.**

- a) Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo multidisciplinario que tiene contacto con las pacientes durante la atención obstétrica.
- b) Explicar desde la primera consulta cuáles son los riesgos generales y específicos del embarazo para cada paciente en particular, y documentarlo en el expediente.
- c) Explicar de manera sencilla lo que puede ocurrir en la sala de labor, expulsión y quirófano, para tranquilizar a la paciente y sus familiares.
- d) Enfatizar sobre los datos de alarma y la conducta recomendada para cada uno, durante todas y cada una de las consultas prenatales.
- e) La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe.



## **VII.- Aplicación del Proceso de Enfermería**

### **7.1 Valoración**

Se trata de paciente femenino HSEY de 20 años de edad presentándose al HGZN 2, IMSS de Tulancingo. Hgo, al servicio de toco cirugía, con embarazo de 37 SDG, manifestando cefalea, zumbidos de oídos, acufenos, fosfenos, T/A de 160/100 mmHg, se observa con facies de angustia, preocupación, temor, miedo; se comienza con interrogatorio y se decide internamiento hospitalario se realizan estudios de laboratorio y gabinete que permitan determinar el diagnóstico médico certero para su pronta resolución tomando con exactitud una posible cirugía para salvaguardar la vida de ambos, cabe mencionar que se realizó la valoración a su ingreso, y se da continuidad durante el puerperio quirúrgico momento en el que se aplica el Proceso de Enfermería. El diagnóstico médico es embarazo de 37 SDG + pre eclampsia leve, esto de acuerdo al lineamiento técnico de Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia.

**1.- Antecedentes heredo familiares (AHF):** Padre de edad de 68 años hipertenso y diabético hace 8 años de evolución, madre de edad de 65 años hipertensa con evolución de 6 años.

#### **2.- Antecedentes personales no patológicos (APNP):**

**Hábitos alimenticios:** realiza 3 comidas al día, desayuno 1 vaso leche 1/7, fruta, y cereal, comida ingesta de carnes rojas 1/, pollo 3/7, pescado es muy esporádico, sopa de pasta 7/7, ingesta de agua solo dos a tres vasos al día, en la cena 1 taza de café 7/7 con un pan 3/7.

**Higiene personal:** realiza el baño diario, con cambio de ropa interior diaria, así como el cepillado de dientes, y lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

**Adicciones:** niega tabaquismo, consumo de alcohol y otras sustancias

**Recreación y actividad física:** Refiere que antes de embarazarse practicaba el básquet ball, ahora en la situación no le es posible realizar ejercicios más que solo caminar.

**Automedicación:** niega automedicación, solo bajo prescripción médica.

### **3.- Antecedentes personales (APP):**

Profesa la religión católica, estado civil, soltera, actualmente vive con sus padres y hermanos, ella es la mayor de su casa, tiene cuatro hermanos. Habita casa propia bien iluminada y ventilada cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y públicos. Refiere esquema completo de inmunizaciones

### **4.- Antecedentes personales patológicos (APP)**

**a) Antecedentes médico - quirúrgicos, traumatismos y transfusiones sanguíneas:** Negados

**b) Alergias:** A la penicilina

### **4.- Antecedentes Gineco-Obstetricios (AGO)**

Menarca: 15 años de edad, ritmo: 28 X 3, IVSA: 15 años  
pareja sexual: 1, FUM: 15-07-13, FPP: 21-04-14, G: 1, P: 0, C: 1, A: 0

**5.- Exploración Física:** somatometría: peso: 76 kg, estatura: 1.63 cm signos T/A 160/100 mmHg, **FC:** 96 x', **FR** 22 por minuto, **Temp:** 37.0°C, **PVC** 15cm H2O. Paciente orientada, neurológicamente íntegra, irritable debido al dolor y las molestias originadas por el diagnóstico actual (puerperio quirúrgico inmediato). Se encuentra con palidez de tegumentos, cabeza con adecuada implantación de cabello y mucosas orales hidratadas, cuello con movilidad completa, refiere cefalea, acufenos, fosfenos, sensibilidad a la luz, edema palpebral y cara, ++, miembros superiores con simetría y movilidad adecuada, se encuentra instalado un acceso vascular central, glándulas mamarias acordes con edad, pezón plano motivo por el cual se dificulta la lactancia materna , hay presencia de calostro,

abdomen ligeramente globoso depresible, doloroso discretamente en epigastrio, no visceromegalias, útero involucionado, se encuentra a nivel de la cicatriz umbilical, presencia de herida quirúrgica en la línea media infra umbilical, limpia y sin datos de infección, verbaliza y muestra con facies dolor de tipo opresivo y constante, se ausculta peristaltismo, en genitales se observan acordes con edad y género, presencia de loquios rojos brillantes activos, continua con sonda vesical a permanencia, con características de la orina color amarillo ámbar, olor suigeneris, drenando aproximadamente 100ml por hora, miembros inferiores simétricos con edema ++, hiperreflexia patelar bilateral. La madre adolescente refiere no tener conocimientos acerca del cuidado durante el puerperio, lactancia materna y los cuidados del recién nacido. Durante la estancia hospitalaria refiere cansancio debido a que el RN llora demasiado, aunado a ello en el ambiente hospitalario se escucha demasiado ruido, por la noche no apagan las luces, por lo tanto no concilia el sueño, manifiesta dolor en la herida quirúrgica.

**Dx:** Emb 37 SDG más probable pre eclampsia leve, de resolución quirúrgica.  
(Intervención cesárea)

**Exámenes de laboratorio:**

<b>QUÍMICA CLÍNICA</b>		
	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDADES</b>
Glucosa	146	74 - 105
Nitrógeno Ureico	15	7 - 18
Urea	32.1	15 - 39
Creatinina	0.8	0.6 – 1.0
Ácido Úrico	7.2	3.5 – 7.2
Bilirrubina Total	0.3	0.2 – 1.0
Bilirrubina Directa	0.1	0.00 – 0.30
Bilirrubina Indirecta	0.2	0.1– 0.8
Transaminasa Glutámico Oxalacética (AST)	10	15 – 37

Transaminasa Glutámico Púruvica (ALT)	30	30 – 65
Fosfatasa Alcalina	127	50 – 136
Deshidrogenasa Láctica	281	82 – 234
<b>COAGULACIÓN</b>		
Grupo sanguíneo	A positivo	
Tiempo de Protrombina	12.3	11.5 – 15.5
Tiempo de Tromboplastina Parcial	23.5	24.3 – 35
Fibrinógeno	507	150 – 550
TESTIGO TP	14.1	14.1
TESTIGO TPT	28.9	28.9
<b>HEMATOLOGÍA</b>		
<b>FÓRMULA ROJA</b>		
Eritrocitos	6.99	4.10 – 5.70
Hemoglobina	17	12.50- 15.50
Hematocrito	54.8%	39.0 – 45.5
Plaquetas	292	150.0 – 450.0
Volumen Corpuscular Medio	90.1	78.0-103.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.0	27.0 – 34.0
Concentrado de Hemoglobina	27.9	30.0-34.0
Volumen Plaquetario	8.8	7.4 – 11.0
<b>FÓRMULA BLANCA</b>		
Leucocitos	10.7	4.0 – 10.0
Linfocitos %	13%	12.0 – 46.0
Neutrófilos %	70.80	40.0 – 85.0
Linfocitos #	1.4	1.0 – 4.2
Granulocitos#	9	2.0 – 7.0

<b>EXÁMEN FÍSICO</b>	<b>Drenaje</b>
Color	Hemático
Aspecto	Turbio
Densidad	1.030
PH	5.0
<b>EXÁMEN QUÍMICO</b>	
Leucocitos	Negativo
Glucosa	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Cetonas	Negativo
Sangre	250
<b>Proteínas</b>	<b>1000mg/dl</b>
Urobilinogeno	Normal
Nitritos	Negativo

## **TERAPÉUTICA PREESCRITA**

**1.- DIETA:** Ayuno

### **2.- SOLUCIONES PARENTERALES:**

- Solución glucosa 5%1000 + 10 ámpulas de sulfato de magnesio, pasar 1 gr/hora.

- Solución cloruro de sodio 500ml 0.9% para PVC

### **3.- MEDICAMENTOS:**

- ☞ Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas
- ☞ Metamizol 1 gr IV cada 8 horas
- ☞ Sulfato ferroso 200 mg VO cada 24 horas
- ☞ Diltiazem 90 mgr VO cada 8 horas
- ☞ Prazocin 1 mg VO cada 8 horas.

☞ Hidralacina 5 mgr IV en caso de T/A mayor o igual a 110 mmHg.

#### **4.- MEDIDAS GENERALES:**

- ☞ T/A cada hora
- ☞ Vigilar sangrado transvaginal e involución uterina
- ☞ PVC por turno
- ☞ Cuantificación de diuresis
- ☞ Vendaje compresivo abdominal
- ☞ Recolección orina de 24 horas.

## 7.2 RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

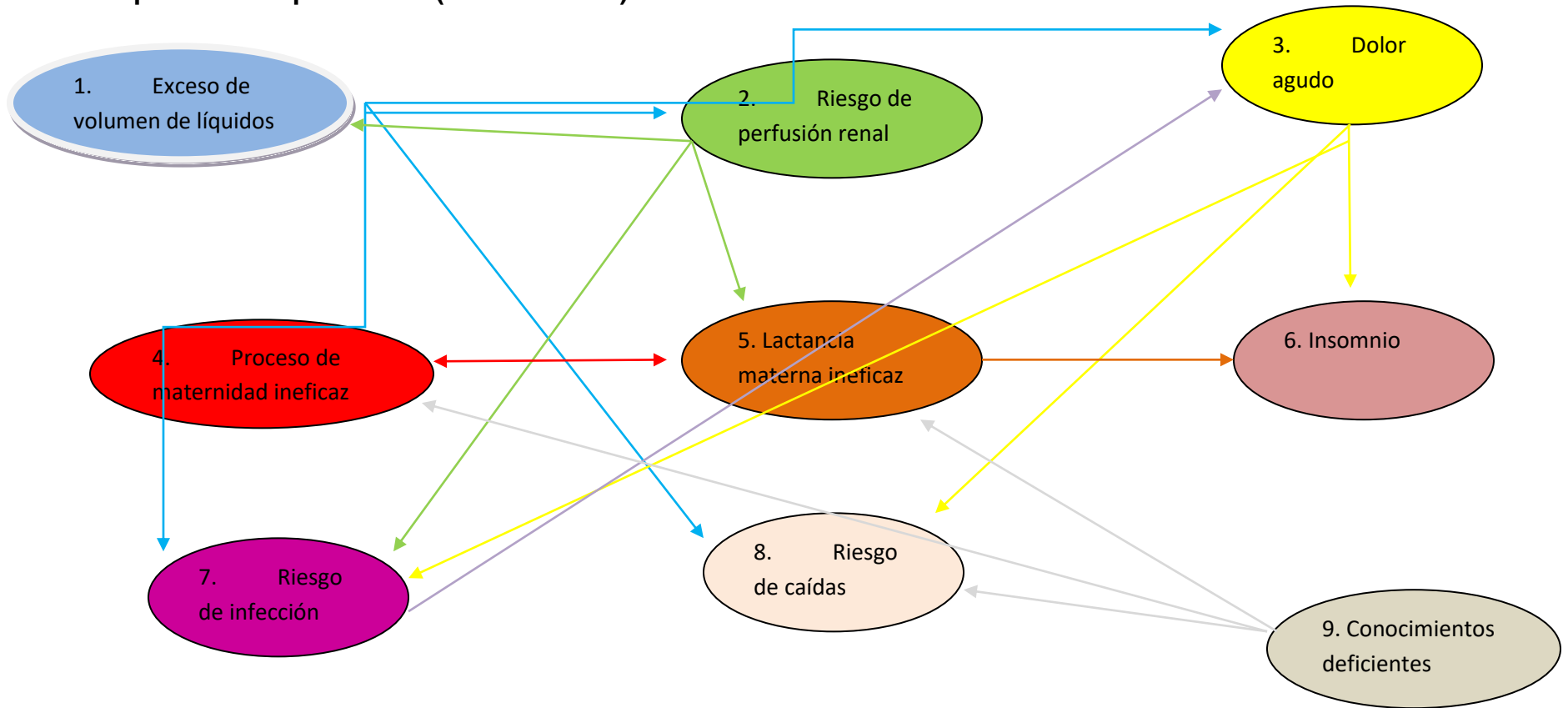
Datos significativos agrupados (evidencia) Datos objetivos	Datos subjetivos	Identificación del diagnóstico De enfermería y/o PI	Factores relacionados o de riesgo	Características definitorias	Análisis deductivo (Dominios y clases involucrados)
Aumento de la T/ A 160/100mmHg, PVC 15cm H2O, edema ++ Proteinuria Na 150meq	Refiere visión borrosa, sensibilidad a la luz acufenos	Exceso de volumen de líquidos	Compromiso de los mecanismo reguladores	Edema, cambios en la presión arterial, aumento de la PVC,	Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación
Hipertensión Arterial 160/100mmHg		Riesgo de perfusión renal	Hipertensión		Dominio 4: Actividad / reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares.
	Expresa Dolor Abdominal tipo opresivo y continuo herida quirúrgica. Irritabilidad frecuente.	Dolor Agudo	Agentes lesivos físicos (herida quirúrgica)	Conducta expresiva (Irritabilidad), observación de evidencias de dolor, expresa dolor.	Dominio 12: Confort Clase 1: Confort / Físico
	Refiere problemas de lactancia y se observa falta de apego al R/N	Proceso de maternidad ineficaz	Embarazo no planificado y no deseado	No demuestra técnicas, de alimentación del R/N, adecuadas. No	Dominio 8: Sexualidad Clase 3: Reproducción

				demuestra vinculación con el R/N, no proporciona un ambiente seguro para el R/N.	
Presencia de pezones planos, dolor local en mama izquierda. R/N no toma correctamente el pezón.	Dolor a la palpación de mama izquierda	Lactancia materna ineficaz	Anomalías de la mama (pezón izquierdo plano, con signos de mastitis)	El lactante se muestra incapaz de cogerse correctamente al pecho materno, vaciado insuficiente.	Dominio 7: Rol / relaciones Clase 3: Desempeño del rol.
	Informe verbal siesta diurna Irritabilidad, astenia y adinamia	Insomnio	Deterioro del patrón del sueño normal, malestar físico (dolor en herida quirúrgica).	Observación de cambios de la emotividad. Observación de falta de energía. Expresa dificultad para conciliar el sueño.	Dominio 4: Actividad / reposo Clase 1: Sueño/ reposo
Presencia de acceso vascular central, sonda vesical a permanencia		Riesgo de Infección	Procedimiento invasivo		Dominio 11: Seguridad / Protección Clase 11: Infección
		Riesgo de caídas	Medicación con antihipertensivos, mareos, condiciones post –operatorios.		Dominio 11: Seguridad / protección  Clase 11: Lesión física



	La madre adolescente refiere no tener conocimientos acerca del cuidado durante el puerperio , Lactancia materna y los cuidados del recién nacido.	Conocimientos Deficientes	Limitación Cognitiva	Informa del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones.	Dominio 5: Percepción / cognición Clase 4: Cognición
--	---	---------------------------	----------------------	--	---

### 7.3 Jerarquización de problemas (Modelo AREA)



1. Exceso de volumen de líquidos	4
2. Riesgo de perfusión renal ineficaz	3
3. Dolor agudo	3
4. Proceso de maternidad ineficaz	1
5. Lactancia materna ineficaz	0
6. Insomnio	0
7. Riesgo de infección	1
8. Riesgo de caídas	0
9. Conocimientos deficientes	3

## 7.4 Plan de cuidados

<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA) Exceso de volumen de líquidos</b> : Aumento de la retención de líquidos isotónicos				
<b>Dominio: 2 Nutrición</b>				
<b>Clase: 5 Hidratación</b>				
	<b>Resultados (NOC)</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
	<b>Dominio y Clase</b>			
<p><b><u>Etiqueta diagnóstica:</u></b></p> <p>Exceso de volumen de líquidos</p> <p><b><u>Factores relacionados</u></b></p> <p>Compromiso de los mecanismo reguladores</p> <p><b><u>Características definitorias</u></b></p> <p>Edema, cambios en la presión arterial, aumento de la PVC, proteinuria</p>	<p>D: 2 Nutrición</p> <p>C: 5 Hidratación</p> <p>✓ Severidad de la hipertensión</p> <p>✓ Función renal</p>	<p>✓ Aumento de la presión arterial sistólica</p> <p>✓ Aumento de la presión arterial diastólica</p> <p>✓ Aumento de la proteinuria</p> <p>✓ Hipertensión</p> <p>✓ Edema</p>	<p>✓ Gravemente comprometido 1</p> <p>✓ Sustancialmente comprometido 2</p> <p>✓ Moderadamente comprometido 3</p> <p>✓ levemente comprometido 4</p> <p>✓ No comprometido 5</p>	<p>Mantener a: 5</p> <p>Aumentar a: 20</p>

--	--	--	--	--

<b>Intervenciones (NIC) Monitorización de signos vitales 6680</b>	<b>Intervenciones (NIC) Monitorización de líquidos 4130</b>
<b>Campo: 4 Seguridad</b>	<b>Campo: 2 Fisiológico: Complejo</b>
<b>Clase: V Control de riesgos</b>	<b>Clase: N Control de Perfusión Tisular</b>
<b>Actividades:</b>	<b>Actividades:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar de los signos vitales</li> <li>2. Medir la TA cada 15 minutos, se recomienda el uso de brazalete apropiado para el brazo de la paciente, es decir longitud de 1,5 veces la circunferencia del brazo, debido a que si es muy pequeño las presiones pueden subestimarse.</li> <li>3. La paciente debe estar sentada con un soporte en la espalda y semi- reclinada en un ángulo de 45°, con el brazo apoyado ala altura del corazón.</li> <li>4. Utilizar un baumanómetro; los métodos automatizados deberán utilizarse con precaución y calibrarse periódicamente para reducir la toma errónea, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Atención Integral de la Pre eclampsia en el Segundo y tercer nivel de atención de la Secretaria de Salud.</li> <li>5. Medición e interpretación de la presión venosa central (PVC)</li> <li>6. Monitorizar la pulso oximetría.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Llevar un registro preciso de entrada y salida de los líquidos.</li> <li>2. Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed</li> <li>3. Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina</li> <li>4. Medición del llenado capilar</li> <li>5. Monitorización de albúmina y proteínas totales.</li> <li>6. Monitorización del peso.</li> <li>7. Reportar el gasto urinario &lt; 30 ml/h o la densidad urinaria &gt; 1.040</li> </ol>
<b>Fundamentación Científica</b>	
Los signos vitales son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo y alertar en caso que este comprometido el bienestar de la persona. La valoración de los signos vitales es una de las funciones del profesional de enfermería	

que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psico-físico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente. La TA puede variar cada hora, se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar. La disminución de la presión coloidosmótica del plasma provoca salida del líquido del espacio intravascular al extravascular.

<b>Intervenciones (NIC) Terapia intravenosa 4200</b>	<b>Intervenciones (NIC) Manejo de la medicación 2380</b>
<b>Campo: 2 Fisiológico : Complejo</b>	<b>Campo: 2 Fisiológico: Complejo</b>
<b>Clase: N Control de Perfusión Tisular</b>	<b>Clase: H Control de Fármacos</b>
<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalar un acceso vascular central con el uso de barrera máxima (lavado de manos con la técnica recomendada por la OMS, uso de cubre pelo, mascarilla, bata y guantes estériles y campo estéril en la superficie. Recomendación de la GPC de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las infecciones relacionadas a Líneas Vasculares de la secretaria de salud.<sup>9</sup></li> <li>2. Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción durante la infusión.</li> <li>3. Realizar los cuidados del sitio de punción intravenosa de acuerdo a normatividad institucional.</li> <li>4. Instalación de sonda vesical a permanencia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar las 5 reglas de administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de la medicación</li> <li>2. Administración de farmacoterapia prescrita (diltiazem 90 mgr VO cada 8 horas, prazocin 1 mg VO cada 8 horas, hidracina 5 mgr IV en caso de T/A mayor o igual a 110 mmHg.</li> <li>3. Observar los efectos terapéuticos de la medicación</li> <li>4. Observar si se producen efectos adversos</li> <li>8. Explicar al paciente y/o familiares la acción y los efectos de la medicación.</li> <li>9. Administración de líquidos según corresponda (Solución glucosa 5%1000 + 10 ámpulas de sulfato de magnesio,</li> </ol>

<sup>9</sup> (Guía de Práctica Clínica. Prevención, 2012)

5. Vigilar la permeabilidad de sondas y catéteres 6. Solución cloruro de sodio 500ml 0.9% para PVC 7.	pasar 1 gr/hora.
---	------------------

### Fundamentación Científica

La administración de fármacos por vía oral e intravenosa constituye uno de los cometidos más frecuentes que realiza una enfermera/o en su trabajo diario que permite administrar medicamentos con precisión, rapidez y eficacia. La enfermera/o es responsable de la toma de decisiones sobre múltiples aspectos en relación con la terapia intravenosa, entre otros de la elección del tipo de catéter, de las medidas de éste, del lugar de inserción, del mantenimiento, de la prevención de complicaciones, etc., por lo que el resultado y la eficacia de la terapia intravenosa, así como la seguridad del paciente dependen de su correcta intervención. La medicación antihipertensiva va dirigida a la reducción de la presión arterial media. La Organización Mundial de la salud (OMS) recomienda como agente de primera elección en diltiazem en el tratamiento de la hipertensión arterial.

<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA) Riesgo de Perfusión Renal Ineficaz.</b> - riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.				
<b>Dominio: 4 Actividad / reposo</b>				
<b>Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / pulmonares</b>				
<b>Etiqueta diagnóstica:</b>	<b>Resultados (NOC)</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
	<b>Dominio y Clase</b>			
Riesgo de perfusión renal ineficaz	Dominio: 4 Actividad / reposo Clase: 4 Respuesta cardiovasculares / pulmonares.	✓ Proteínas en la orina ✓ Creatinina sérica	1.-Gravemente 2.-Sustancialmente 3.-Moderadamente 4.-Levemente 5.- No	Mantener: 4 Aumentar: 10
<b>Factores relacionados:</b>				

Hipertensión	Función Renal		Comprometido	
<b><u>Características definitorias</u></b>				

<b>Intervenciones (NIC) Manejo de la hipervolemia</b>
<b>Campo: 2 Fisiológico: Complejo</b>
<b>Clase: N Control de la Perfusión Tisular</b>
<b>Actividades:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar los niveles séricos de albumina y proteínas</li> <li>2. Observar el color, cantidad y gravedad específico de la orina</li> <li>3. Vigilar que la disfunción orgánica de la pre eclampsia se haya resuelto mediante la realización de estudios de laboratorio: examen general de orina, sodio sérico, potasio, creatinina, glucosa en ayuno, colesterol total y lipoproteínas de alta densidad y baja densidad, triglicéridos</li> <li>4. Manejo de líquidos intravenosos</li> <li>5. Monitoreo de la PVC</li> </ol>

**Fundamentación Científica:** La disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones es de suma importancia, el monitoreo estricto revela mejoría o complicaciones que comprometen la función renal debido a que la perfusión renal y el filtrado glomerular están reducidos, que podría ser resultado del descenso del volumen plasmático, cambios morfológicos de endoteliosis glomerular que bloque la barrera de filtración, el descenso hace que los valores de creatinina sérica se eleven, la concentración de sodio de igual manera. La principal causa de la proteinuria es que el sistema de filtros de los riñones resulte dañado.

**Diagnóstico de Enfermería (NANDA) Dolor agudo:** experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

**Dominio: 12 Confort**

**Clase: 1 Confort Físico**

	<b>Resultados (NOC)</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
--	-----------------------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------------



<p><b><u>Etiqueta diagnóstica:</u></b></p> <p>Dolor agudo</p> <p><b><u>Factores relacionados</u></b></p> <p>Agente lesivo físico (presencia de herida quirúrgica)</p> <p><b><u>Características definitorias</u></b></p> <p>Conducta expresiva, irritabilidad, observación de evidencias de dolor, expresa dolor.</p>	<p><b>Dominio y Clase</b></p> <p>D: 12 Confort C: 2 Confort físico</p> <p>✓ Nivel de dolor ✓ Nivel de malestar</p>	<p>✓ Dolor referido ✓ Expresión facial de dolor</p>	<p>✓ Grave 1 ✓ Sustancial 2 ✓ Moderado 3 ✓ Leve 4 ✓ Ninguno 5</p>	<p>Mantener a: 4</p> <p>Aumentar a: 10</p>
--	--	---	---	--

<b>Intervenciones (NIC) Manejo del Dolor 1400</b>	<b>Intervenciones (NIC) Administración de Medicación 2300</b>
<b>Campo: 1 Fisiológico: Básico</b>	<b>Campo: 2 Fisiológico: Complejo</b>
<b>Clase: E Fomento de la comodidad física</b>	<b>Clase: H Control de fármacos</b>
<b>Actividades no farmacológicas</b>	<b>Actividades</b>
<p>1. Proporcionar un baño de regadera con agua tibia</p> <p>2. Aplicación de vendaje compresivo abdominal</p>	<p>1. Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Incitar a la de ambulaci3n precoz</li> <li>4. Posici3n de dec3bito dorsal con piernas semi flexionadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Verificar la indicaci3n terap3utica de medicaci3n antes de administrarse as3 como indagar al paciente si es al3rgico con alg3n medicamento.</li> <li>3. Mantener un ambiente de seguridad y la eficacia en la administraci3n de los medicamentos.</li> <li>4. Administraci3n metamizol 1 gr IV cada 8 horas</li> </ul>
<p><b>Fundamentaci3n Cient3fica</b></p> <p>El dolor es una experiencia emocional, buscar actividades distractoras disminuye el foro de atenci3n por lo que disminuye el dolor. Los analg3sicos inhiben competitivamente irreversible la acido-oxigenasa lo que inhibe la producci3n de prostaglandinas que son sustancias que activan sobre el sistema nervioso y generan dolor.</p>	

**Diagn3stico de Enfermer3a ( NANDA) Conocimientos deficientes:** carencia o deficiencia de informaci3n cognitiva relacionada con un tema especifico

<b>Dominio: 5 Percepción/ Cognición</b>				
<b>Clase: 4 Cognición</b>				
<b><u>Etiqueta diagnóstica:</u></b> Conocimientos deficientes	<b>Resultados (NOC)</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
	<b>Dominio y Clase</b>			
<b><u>Factores relacionados</u></b>  Poca familiaridad con los recursos para obtener la información  <b><u>Características definitorias</u></b>  Verbalización del problema	D : 5 Percepción / Cognición C : 4 Cognición  ✓ Conocimiento: cuidados del R/N ✓ Conocimiento: lactancia materna	✓ Cambios del cuerpo durante el puerperio ✓ Cuidados de la incisión de cesárea ✓ Ingestión recomendada de nutrientes ✓ Conocimiento de los cuidados físicos del niño	Ningún conocimiento 1 Conocimiento escaso 2 Conocimiento moderado 3 Conocimiento sustancial 4 Conocimiento extenso 5	Mantener a: 8 Aumentar a: 15

<b>Intervenciones (NIC) Cuidados posparto 6930</b>	<b>Intervenciones (NIC) Asesoramiento en la lactancia 5244</b>
--	--

<b>Campo: 5 Familia</b>	<b>Campo: 5 Familia</b>
<b>Clase: W Cuidados de un nuevo bebé</b>	<b>Clase: Z Cuidados de crianza de un nuevo bebe</b>
<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor, y presencia de coágulos.</li> <li>2. Fomentar una de ambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.</li> <li>3. Facilitar el apego progenitor-lactante óptimo.</li> <li>4. Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos.</li> <li>5. Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales del lactante.</li> <li>6. Proporcionar una educación y apoyo adecuado sobre el método de alimentación escogida.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida</li> <li>2. Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;</li> <li>3. Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;</li> <li>4. No utilizar biberones, chupones. etc., recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante.</li> <li>5. Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna</li> <li>6. Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna así como su percepción de la misma.</li> <li>7. Instruir sobre los signos del lactante (por ejemplo: succión, estado de alerta, tranquilo).</li> <li>8. Ayudar a asegurar que el lactante sujeta bien la mama</li> <li>9. Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia</li> <li>10. Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.</li> <li>11. Instruir sobre el modo de interrumpir la succión del lactante si es preciso.</li> <li>12. Explicar a la madre sobre los cuidados del pezón.</li> <li>13. Explicar el modo correcto de manipular la leche extraída (por ejemplo: recolección, almacenamiento, preparación, calentamiento).</li> </ol>

<b>Intervenciones (NIC) Fomentar el rol parenteral 8300</b>
<b>Campo: 5 Familia</b>
<b>Clase: Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé</b>
<b>Actividades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 .Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el RN</li> <li>2 .Moldear y fomentar la interacción parenteral con el RN</li> <li>3 .Escuchar los problemas y preocupaciones de la madre sin juzgarla.</li> <li>4 .Proporcionar una retroalimentación positiva y resultado extraordinario en las habilidades parenterales para favorecer la autoestima.</li> </ol>

**Fundamentación Científica**

La etapa del puerperio es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo. Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad. Es de suma importancia vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios, detectar tempranamente las complicaciones como: Hemorragia Infección puerperal, taquicardia, fiebre, Sub involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina, loquios fétidos, de ambulación temprana y prevenir complicaciones, así mismo la lactancia materna constituye el alimento natural de la especie humana, por ello debemos agotar todos nuestros esfuerzos en garantizar que el recién nacido sea alimentado exclusivamente al seno materno al menos hasta los primeros seis meses después de nacido. La leche materna proporciona inmunidad al recién nacido mediante la Ig A, protege contra agentes invasivos como pueden ser virus o bacterias. Así mismo ayuda a la liberación de oxitócica favoreciendo la involución uterina. La producción de la leche materna aumenta con la succión del bebé. Los cuidados óptimos para el inicio y mantenimiento eficaz del amamantamiento exclusivo deben llevarse a cabo desde la salida de calostro para así poder lubricar y mantener las mamas en buenas condiciones para poder ofrecer seno materno al recién nacido.

<b>Diagnóstico de Enfermería ( NANDA) Riesgo de infección</b> : riesgo de ser invadido por organismos patógenos				
<b>Dominio: 11 Seguridad / protección</b>				
<b>Clase: 2 Lesión física</b>				
<u><b>Etiqueta diagnóstica:</b></u> Riesgo de infección  <u><b>Factores relacionados</b></u> Procedimientos invasivos  <u><b>Características definitorias</b></u>	<b>Resultados (NOC)</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación Diana</b>
	<b>Dominio y Clase</b>			
	<b>D: 11 Seguridad / protección</b> <b>C: 2 Lesión física</b>  ✓ Detección del riesgo ✓ Integridad tisular: piel y membranas mucosas			
		✓ Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo ✓ Obtiene información sobre cambios en recomendaciones sanitarias ✓ Controla los cambios en el estado general de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilidad</li> <li>• Temperatura de la piel</li> <li>• Integridad de la piel</li> </ul>	Gravemente comprometido 1 Sustancial Comprometido 2  Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a: 12 Aumentar a: 25

<b>Intervenciones (NIC) Control de Infecciones 6545</b>
<b>Campo: 2 Fisiológico : Complejo</b>
<b>Clase: L Control de la piel / heridas</b>
<b>Actividades:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar el lavado de mano aplicando los 5 momentos que marca la OMS</li> <li>2. Usar técnicas estrictamente asépticas al realizar procedimiento.</li> <li>3. Realizar curación y protección de la herida.</li> <li>4. Realizar cambio de apósitos y vendaje compresivo por razón necesaria.</li> <li>5. Administración de antibiótico prescrito ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas</li> <li>6. Instruir a la paciente sobre los signos y síntomas de infección: dolor, calor y rubor</li> </ol>

**Fundamentación Científica**

El lavarse las manos entre un paciente y otro constituye un medio importante para controlar y evitar la transmisión de microorganismos, el uso adecuado de material estéril, barreras de protección, lavado de manos controla la propagación. Las secreciones orgánicas favorecen el desarrollo de microorganismos, la gravedad de la infección depende de la resistencia del organismo, los gérmenes patógenos se proliferan al encontrar un ambiente adecuado, la protección de heridas con material estéril evita su contaminación. Los apósitos mojados constituyen un medio ideal para el crecimiento o multiplicación de microorganismos. El drenaje alberga microorganismos que si permanecen durante periodos largos proliferan y pueden transmitirse a otras personas. La ceftriaxona tiene propiedad de ser bactericida, de acción prolongada para uso parenteral, y que posee un amplio espectro de actividad contra organismos grampositivos y gramnegativos

## VIII EJECUCIÓN

- ✓ Bienvenida a la unidad hospitalaria.
- ✓ Membrete de identificación.
- ✓ Atención con trato digno.
- ✓ Medición de signos vitales.
- ✓ Recolección de orina de 24 horas
- ✓ Administración de tratamiento farmacológico
- ✓ Monitorización del control de líquidos
- ✓ Utilización de barandales y cama a su altura.
- ✓ Baño de regadera
- ✓ Cambio de ropa de cama
- ✓ Vendaje de miembros inferiores y abdominales.
- ✓ Apego al seno materno
- ✓ De ambulación
- ✓ Preparación de ambiente cómodo y agradable para el binomio.
- ✓ Integración del expediente clínico.
- ✓ Apoyo emocional en todo momento



## **IX. EVALUACIÓN**

Durante la estancia hospitalaria, la paciente respondió favorablemente a las intervenciones de enfermería, haciendo referencia de disminución progresiva del dolor gracias a las medidas terapéuticas dictaminadas (esquema de analgésicos e intervenciones no farmacológicas). Se logra efectuar un apego más efectivo madre y recién nacido) favoreciendo el proceso de maternidad. Se incrementaron los conocimientos de manera paulatina de la paciente sobre la lactancia materna, aprendiendo las técnicas de alimentación, para volver eficaz la alimentación del recién nacido. La paciente presentó una involución uterina normal y características normales de los loquios. Con lo que respecta al tratamiento de la pre eclampsia, poco a poco se fue normalizando la presión arterial, más sin embargo se fue a casa con tratamiento farmacológico para el mejoramiento de la misma.

## X.- PLAN DE ALTA

**Destino post-alta:** Hogar  Indeterminado  Otros: \_\_\_\_\_

Utilización de recursos de la comunidad:

Atención a domicilio/Hospicio

Comida a domicilio

Atención de día

Grupos de apoyo comunitario

Grupos parroquiales

Otros: \_\_\_\_\_

Atención sanitaria a domicilio

### Medio de transporte post alta:

Coche propio/amigos

¿Ayuda económica post alta previa?

Si

Ambulancia

No

Taxi

¿Problemas post alta respecto al cuidado previo?

Si

Colectivo

No

Sin determinar

¿Necesita aparatos auxiliares después del alta?

Si

No

### Consultas:

Centro de salud

Atención sanitaria a domicilio

Hospital

Servicios particulares

Otros comentarios:

---

MEDICAMENTOS	ENTORNO	TRATAMIENTOS	INSTRUCCIÓN SANITARIA	REFERENCIA DE PACIENTE EXTERNO	DIETA
Medicamentos que deberá continuar tomando después del alta incluyendo dosis, horario	Servicios que sean necesarios para continuar sus cuidados en ese entorno.	Tratamientos que deben continuar después del alta y puedan ser ejecutados por el paciente mismo o por un miembro de la familia.	El paciente deberá ser instruido en entorno a la manera de preservar el bienestar. Lo anterior incluye los signos y síntomas que indican la necesidad de cuidados adicionales.	El paciente debe estar familiarizado con los servicios provenientes del hospital u otras instrucciones comunitarias, tendientes a favorecer sus cuidados y progresos continuados	El paciente debe ser instruido en torno a cualquier restricción en su régimen alimenticio. La persona debe ser capaz de seleccionar sus alimentos por sí misma.
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ceftriaxona 1 gr IM cada 24 horas</li> <li>✓ Metamizol 1 gr VO cada en caso de dolor</li> <li>✓ Sulfato ferroso 200 mg VO cada 24 horas durante 1 mes</li> <li>✓ Diltiazem 90 mgr VO cada 8 horas</li> <li>✓ Prazocin 1 mg VO cada 8 horas.</li> <li>✓ Hidralacina 10 mgr VO en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A los 7 días acudir a su unidad de medicina familiar para ser revisada la herida quirúrgica y monitorizar la presión arterial</li> <li>✓ Al mes acudir a la clínica 34 UMF con los resultados de laboratorio de BH, QS, EGO y PFH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar continuidad al tratamiento farmacológico.</li> <li>✓ Medición constante de la presión arterial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estar alerta a signos de alarma como:</li> <li>✓ Cefalea, acufenos, fosfenos, edema, fiebre, loquios con mal olor, molestias al orinar, herida quirúrgica, hemorragia vaginal, congestión mamaria.</li> <li>✓ Higiene personal</li> </ul>	Tendrá cita abierta al servicios de urgencias en caso de cualquier anomalía en su salud y la del recién nacido.	Ingerir alimentos ricos en calcio, en vitamina C pero bajos en sodio.

## **XI.- CONCLUSIONES**

La aplicación del Proceso de Enfermería permite valorar a la paciente con enfoque holístico y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes, considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas), se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.

## **XI.- SUGERENCIAS**

Generar cursos de educación continua para los y las enfermeras que en su momento no fuimos formados bajo la metodología actual del Proceso de Enfermería y es considerada la herramienta principal y fundamental para brindar el cuidado profesional.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. 2012-2014, N. I. (s.f.). *Diagósticos Enfermeros*. Ámterdan: Elsevier.
2. Alfaro-Lefevre. (2012). *Aplicación del proceso enfermero*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
3. Atención de la mujer durante el embarazo, p. y. (1993). *Secretria de Salud*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
4. Bulechek, B. D. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Amsterdán: Elsevier.
5. Cunningham, L. H. (2011). *Williams*. México: Mc Graw Hill.
6. INEGI. (7 de Abril de 2013). Estadísticas a propósito del día mundial de la salud. Aguascalientes , México.
7. México, U. (10 de Enero de 2014). OCDE: México ocupa el primer lugar en casos de embarazos adolescentes. *Universia*.
8. Moorhead, J. M. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Ámsterdan: Elsevier.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, A. d. (1993). Obtenido de [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html)
10. NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Q. e. (2000). Obtenido de [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html)
11. OMS, M. d. (2014). *Mortalidad materna*.
12. Rivera. (2008). *Control prenatal*. Obtenido de <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPREN>