

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE ESMERALDAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA

INFORME DE ESTUDIO DE CASO

**EMBARAZO 24.5 SEMANAS + ECLAMPSIA + SÍNDROME
DE HELLP + ANEMIA QUE COMPLICAN EL PUERPERIO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORA

NADIA NATHALY CORTÉZ ERAZO

ASESORA

MSC. MERCY FALCONES BENALCÁZAR

Esmeraldas – Mayo, 2017

Tribunal de Graduación

Estudio de caso aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el Reglamento de Grados de la PUCESE previo la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

Presidente tribunal de graduación.

Lector 2

Director/a de estudio de caso.

Director/a de la Escuela.

Esmeraldas, 2017

AUTORÍA

Yo, Nadia Nathaly Cortéz Erazo declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de estudio de caso, es absolutamente original, auténtica y personal.

En virtud que el contenido de este estudio es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora y de la PUCESE.

Nadia Nathaly Cortéz Erazo

CI. 085008505-1

DEDICATORIA

A mi mamá Faviola Erazo Gonzales quien ha estado junto a mí en todo momento de mi vida, dando respuestas a mis preguntas: ¿Cuándo podemos saber qué tanto es demasiado?, y ¿Cuándo todo es demasiado para soportarlo? Impulsándome para que alcance las metas propuestas e inculcándome valores que son fundamentales en la vida diaria.

A mis abuelas Rosa Gonzales y Elda Gallo, a mis hermanos Norella Sevilla, Fabiola Sevilla, Havid Sevilla, a mi prima Stefanía Maldonado y mi novio Larry Castillo con entrañable afecto, quienes fueron mi fortaleza a cada instante para alcanzar este logro.

Con mucho cariño les dedico este estudio, Gracias por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por haberme ayudado en el largo camino de mi vida y carrera proporcionándome salud y sabiduría para cumplir mis metas y objetivos.

A mis padres Faviola y Sandro por su amor incondicional, consejos y apoyo, tanto emocional como económico en todos los momentos buenos y difíciles de mi vida, siendo mi principal inspiración y motivo para cumplir este logro en mi vida.

A mi tutora de este estudio MSc: Mercy Falcones por su tiempo, dedicación y paciencia en el trayecto de la realización del presente estudio de investigación.

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en una paciente en estado de gestación con diagnóstico médico de ECLAMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA, la cual se encontraba internada en el servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Delfina torres de Concha en la provincia de Esmeraldas, el propósito del estudio es servir de instrumento de apoyo para profesionales de salud que tienen responsabilidad de atención a embarazadas a través de la identificación de los primordiales factores asociados y repercusiones materno fetales causados por los mismo trastornos, indagando los ámbitos sanitarios, familiares, escolares laborales y culturales. La metodología utilizada para este estudio tuvo un enfoque descriptivo, donde se aplicaron las fuentes primarias de recolección de datos como registros, observación y la entrevista dirigida a la paciente de forma minuciosa en la cual se averiguó la sintomatología, estado emocional, conocimiento de la patología entre otras; al personal de salud acerca del tratamiento que se le administraba a la paciente, los cuidados específicos que se le realizaba, y la evolución de la paciente. Se concluye que los trastornos hipertensivos están directamente relacionados a factores como hábitos alimentarios inequívocos, edad, etnia, sedentarismo, gravidez de las mujeres, antecedentes familiares provocando consecuencias como terminación del embarazo, depresión neonatal, muerte.

Palabras Claves: Embarazo, Eclampsia, Síndrome de Hellp, Anemia, Puerperio.

ABSTRACT

The present research aims to apply the nursing care process (ECP) in a pregnant patient with a medical diagnosis of ECLAMPSIA + HELLP + ANEMIA POST CESÁREA SYNDROME, who was admitted to the Gineco-Obstetrics service of the Hospital Delfina Concha Towers in the province of Esmeraldas, the purpose of the study is to serve as a support tool for health professionals who have responsibility for care of pregnant women through the identification of the primordial associated factors and maternal fetal repercussions caused by the same disorders , Investigating the health, family, work and cultural schools. The methodology used for this study had a descriptive approach, where the primary sources of data collection were used as records, observation and the interview directed to the patient in a thorough way in which the symptomatology, emotional state, knowledge of the pathology among other; Health personnel about the treatment given to the patient, the specific care given to her, and the evolution of the patient. We conclude that hypertensive disorders are directly related to factors such as unequivocal eating habits, age, ethnicity, sedentary lifestyle, pregnancy of the women, family history causing consequences such as termination of pregnancy, neonatal depression, death.

Key words: Pregnancy, Eclampsia, Syndrome, Hellp, Anemia, Puerperium.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVOS	12
GENERAL	12
ESPECÍFICOS	12
INFORME DE CASO	13
DEFINICIÓN DEL CASO	13
METODOLOGÍA	18
DIAGNÓSTICO	21
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	22
RESULTADOS OBTENIDOS DE PLANES DE CUIDADOS	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS	31
ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	32
ANEXO 2 EXÁMENES DE LABORATORIO.....	42
ANEXOS 3 FICHAS FARMACOLÓGICAS.....	44
ANEXO 4 FAMILIOGRAMA	53
ANEXOS 5 INSTRUMENTOS	54

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1	22
Ilustración 2	23
Ilustración 3	24
Ilustración 4	25
Ilustración 5	26
Ilustración 6	32
Ilustración 7	42
Ilustración 8	42
Ilustración 9	43
Ilustración 10	44
Ilustración 11	45
Ilustración 12	46
Ilustración 13	47
Ilustración 14	48
Ilustración 15	49
Ilustración 16	50
Ilustración 17	51
Ilustración 18	52
Ilustración 19	53
Ilustración 20	57
Ilustración 21	58

INTRODUCCIÓN

Durante el estado de gestación, existen diversos factores como hábitos alimentarios, estilo de vida inadecuados y antecedentes familiares que contribuyen a la adquisición de numerosas patologías como son: Preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp entre otros, teniendo como consecuencia la terminación del embarazo antes de cumplir las 42 semanas, generando a su vez: hemorragias, anemia, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, shock, las mismas que complican el puerperio y ocasionan directamente la muerte materna.

La persistencia de estos factores anexado el tabaquismo, obesidad, multiparidad, bajo peso materno o pre gravídico e hipertensión arterial intervienen notoriamente en la salud de la gestante desencadenando ciertas enfermedades: Preeclampsia la cual es considerada como la elevación de la tensión arterial mayor o igual 140/90 milímetros de mercurio añadido proteinuria después de las veinte semanas de embarazo, la misma que puede evolucionar a una eclampsia caracterizada por la presencia de convulsiones tónico clónicas, o puede manifestarse con el cuadro hospitalario grave de Síndrome HELLP mencionado anteriormente. Por esta razón se justifica plenamente la realización de este estudio, porque será de gran aporte a los profesionales de la institución, para que puedan ejecutar de mejor manera los cuidados y tratamiento hacia la paciente durante su estancia en el hospital, a través de la aplicación de guías clínicas y protocolos del Ministerio de Salud Pública los mismos que permitirán disminuir el riesgo de complicaciones a futuras gestantes.

El objetivo planteado para este estudio consistió en aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en una paciente con diagnóstico médico de EMBARAZO 24.5 SEMANAS + ECLAMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA internada en el servicio Gineco Obstetricia del Hospital Delfina torres de Concha en la provincia de Esmeraldas.

La metodología utilizada tuvo un enfoque de tipo descriptivo y retrospectivo ya que se examinan cada uno de los datos que contienen los formularios que se ubican en la Historia Clínica Unitaria de la paciente, la cual es la fuente verídica y principal de esta

investigación, a más de aplicar la técnica de la entrevista a la paciente, personal médico y de enfermería con la finalidad de revelar los principales factores de riesgo con respecto a los Trastornos Hipertensivos durante el embarazo, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves como es Preeclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp, enfermedades adyacentes como anemia y shock al mismo tiempo de saber cuáles son las intervenciones del personal profesional de salud debido a que en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Delfina Torres de Concha del cantón y provincia de Esmeraldas ha existido un gran incremento la morbi-mortalidad a causa de esta patología.

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en una paciente con diagnóstico médico de EMBARAZO 24.5 SEMANAS + ECLAMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA internada en el servicio Gineco Obstetricia del Hospital Delfina torres de Concha en la provincia de Esmeraldas.

ESPECÍFICOS

- Valorar a la paciente a través de la aplicación de diferentes métodos y técnicas de recolección de datos.
- Entrevistar a la usuaria, enfermera y médico tratante o especialista de la paciente.
- Identificar los patrones funcionales alterados de la paciente.
- Instaurar planes de cuidados de enfermería en la paciente que contribuya a mejorar su diagnóstico.
- Fomentar en la paciente y familiares un estilo de vida saludable.
- Controlar que la paciente cumpla con el tratamiento completamente.
- Educar a la paciente y familiar respecto a Hipertensión Arterial, Eclampsia y Anemia.
- Desarrollar fichas farmacológicas y familiograma.

INFORME DE CASO

DEFINICIÓN DEL CASO

En el Hospital general Delfina Torres de Concha de la Provincia de Esmeraldas, el día 21/10/2016 a las 02:00 am es ingresada por Emergencia la señora **N.N.** de 38 años de edad, múltipara, con embarazo de 24.5 semanas por Fecha Ultima de Menstruación (01-05-16), nacionalidad Ecuatoriana, con número de cédula *****5 y número de historia clínica 2****6, de etnia mestiza, nacida el primer día del mes de Mayo del año 1978 en la provincia de Manabí, reside al sur del Cantón Provincia de Esmeraldas, refiriendo cefalea, malestar general más o menos de 20 horas, se le administra paracetamol y a las 4 horas presenta convulsiones tónico clónicas con presuntivo diagnóstico de eclampsia, expresó no haber mostrado hasta el momento ningún tipo de patología, excepto las diagnosticadas como Eclampsia, Síndrome de Hellp, lo que conllevó al parto pre término a través de cesárea y Anemia que complica el puerperio, además indicó no presentar alergias, y no tener las vacunas completas hasta su edad y durante su embarazo. Vive con el esposo, madre y 9 hijos, en una casa propia mixta, la madre y el padre no presenta ninguna patología, ni anormalidad genética o congénita.

Paciente en el momento de ingreso permanece con nada por vía oral, por motivo de entrada a quirófano para realizar cesárea, después de la misma el médico tratante le indica dieta hipo sódica 1500 miligramos al día, adaptada a las necesidades nutritivas que requiere a diario y también favorece un buen estado hidroelectrolíticos y la eliminación durante su estadía en la sala.

Al examen físico céfalo-caudal la paciente orientada en tiempo debido a que logra identificar la fecha, el día y la hora en el que se encuentra; en espacio ya que ha logrado identificar sin ninguna complicación el lugar donde se encuentra, país, la ciudad, el cantón; y persona porque ha logrado mencionar su nombre, el de la madre e hijos.

Muestra tegumentación suave, hidratada, epidermis elástica, con temperatura normal, coloración epidérmica mate acompañada, sin erupciones, ni prurito a nivel de la epidermis,

su postura es endomorfa, se encuentra en completo reposo en posición semi-fowler es decir 45 grados.

Cabello bien implantado, de pigmentación oscuro, ondulado e higiénico hidratado, con una altura a nivel del cuello, sin seborrea, ni pediculosis; facies edematizadas y pálidas, pupilas isocóricas de color negro, párpados simétricos, no presenta traumatismos, ni lesiones aparentemente; Nariz con tabique y orificios nasales normo implantado, sin secreción, ni epistaxis, aparentemente ninguna anomalía; a nivel bucal no presenta aparentemente caries, dientes de color amarillentos incompletos, sin halitosis, labios reseco y pálidos; en los oídos no manifiesta ningún traumatismo comunica tener una perfecta audición sin secreción a nivel del pabellón auricular, ni otitis.

En la cabeza no se observa inflamación en los ganglios linfáticos superficiales occipital y pre-auricular y submaxilar. A nivel de cuello se observa distensión de las venas. Tórax simétrico, mamas simétricas, sin presencias de nódulos, areola normal, pezón sin presencia de secreción, hendidura o retracción, surco submamario en grado 2 o moderado, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, cursa su embarazo número 10 con 24 semanas de gestación; ruidos hidroaéreos disminuidos, altura uterina 0, no presenta cicatrices a nivel del abdomen. Con frecuencia cardíaca fetal de 130 latidos por minuto, en cuanto a sus genitales paciente con sonda vesical permeable, diuresis clara de escaso volumen, presencia de proteinuria en tirilla reactiva.

En sus miembros superiores mantiene buena simetría con dificultad en la movilización, con apertura de vía periférica en el miembro superior izquierdo, no presenta cicatrices, ni fracturas, no muestra coloración de pintura en las uñas, ni onicomycosis, en los miembros inferiores exterioriza edema leve, movilidad moderada, ausencia de cicatrices o fracturas, no luce coloración a nivel de sus uñas, onicomycosis, ni pie de atleta.

Los patrones funcionales alterados se deben a los trastornos hipertensivos durante embarazo ya que estos son una de las principales causas significativas de morbi-mortalidad a nivel mundial, abarca la muerte de las madres, fetos y recién nacidos. Entre ellos se encontraron:

- **Sistema / Patrón Funcional 2 – Cardiovascular:** Debido a que su tensión arterial está elevada mayor a 140/100 mmHg, su frecuencia cardiaca en 81 latidos por minutos, edemas en miembros inferiores, sonidos cardiacos audibles.
- **Sistema / Patrón Funcional 3 - Digestivo / Nutrición:** De acuerdo a su diagnóstico se encuentra sin ingesta de alimentos por vía oral, por la cesárea a realizar y diagnóstico, su deposición es de dos veces en el día de coloración amarilla y olor característico.
- **El sistema/ Patrón Funcional 4 - Genito-Urinario:** Paciente elimina 300 a 400 ml en 24 horas, más presencia de proteinuria en tirilla reactiva ++ su orina es de color amarillenta opaco, con olor fuerte.
- **El sistema/ Patrón Funcional 5 - Cognitivo-Perceptivo:** La paciente se encuentra con facies de tristeza, desanimada, temerosa debido a su patología. Presencia de estigmatismo, refiere dolor agudo soportable.
- **Sistema / Patrón de Funcional 6 – Motora:** paciente mantiene una actividad ligeramente limitada debido a su diagnóstico, conserva marcha inestable por presencia de edema en los miembros inferiores, dificultad para conciliar el sueño.
- **Sistema / Patrón Funcional 7 - Integridad cutánea / Linfático** presenta palidez e inflamación de las mucosas, labios secos, dentadura incompleta y edema facial.

Los **ámbitos de estudios** hallados en la paciente fueron: **sanitario**, pese a que, su domicilio está ubicado al lado del centro de salud, durante toda su etapa de gestación no recibió controles, promoción de salud acerca de los cuidados que debió tener durante el embarazo, ni planificación familiar por parte del personal que labora en la institución; el ámbito **escolar** puesto que la paciente no terminó la primaria, porque los padres no le brindaron el apoyo para continuar con los estudios; **familiar** ya que los padres son separados y mantienen una relación conflictiva, y en el ámbito **laboral** no tiene trabajo, es ama de casa, sin embargo depende de la economía de su cónyuge y este tiene trabajos temporales con jornadas intensas.

En el presente caso la elección médica indudable fue la intervención quirúrgica (cesárea) como método preventivo para salvaguardar la vida de la madre y el feto, la misma que se llevó a cabo en el servicio de Quirófano del Hospital Delfina Torres, para este procedimiento estuvieron implicados los siguientes actores:

- ✚ Médico General: O. M.
- ✚ Médico Ginecólogo: V. Q – D. C.
- ✚ Licenciada Enfermería: M. B.
- ✚ Paciente: N.N
- ✚ Bioquímico Farmacéutico: B. T.

Se debe tener en claro que la **Eclampsia** es una afección que puede surgir en un embarazo mayor o igual a las 20 semanas expresado por la tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg con presencia de proteinuria en tirilla reactiva de; una, dos o tres cruces, es decir mayor a 300 miligramos en 24 horas y diferenciada por un cuadro clínico principalmente de convulsiones tónico clónicas o coma. El **Síndrome de Hellp** es otro de los trastornos hipertensivos o desorden multisistémico durante el tercer trimestre del estado gestacional específicamente a las 28 semanas caracterizado porque la tensión arterial diastólica se encuentra mayor a 90 mm/Hg sumada proteinuria mayor a 300 miligramos en 24 horas. Desencadenando así estos trastornos hipertensivos, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, edema agudo de pulmón, falla renal y hemólisis, lo mismo que puede provocar **anemia severa** hemolítica caracterizada por 6.8 gramos/ decilitros retrasando la evolución del puerperio, los factores para que se desarrolle son estilo de vida o hábitos alimentarios inadecuados como es no desayunar, saltarse comidas, exceso de picoteos de grasas, azúcar en alimentos manufacturados, bebidas y refrescos azucarados, déficit de legumbres, verduras, frutas, pescado, disminución de actividad física, obesidad, multiparidad, etnia, edad, alcoholismo, tabaquismo, enfermedades adyacentes, condiciones socio-económicas. Este tipo de patologías pueden provocar en el feto complicaciones que actúan en el ciclo del desarrollo normal del mismo, generando a su vez consecuencias como prematuridad o parto pre término, siendo la terminación de un embarazo menor a 37 semanas; procedimiento el cual llevó a cabo con la paciente debido al compromiso materno fetal, lo mismo que implica: test de Apgar bajo, bajo peso al nacer, insuficiencia respiratoria, problemas cardiovasculares y la muerte.

Las **intervenciones de enfermería** empleadas a dichas complicaciones consistieron en:

- Controlar constantes vitales para estar al corriente del nivel de estabilidad.
- Observar la eliminación de líquidos, en caso de la orina: olor y color.
- Vigilar el estado neurológico, escala de Glasgow.

- Mantener un ambiente inductor al descanso y curación.
- Determinar si existe hemorragia.
- Llevar control de ingesta y eliminación.
- Dar un buen confort y bienestar a la paciente.
- Controlar la eficacia de la medicación.
- Controlar electrolitos (potasio y magnesio en suero)
- Manejo del dolor, a través de la administración de analgésicos indicados.

Se puede decir que, la comprensión acerca de la importancia del control médico durante el embarazo es el pilar fundamental para la prevención de complicaciones a causa de los trastornos hipertensivos gestacionales, que comprometen el bienestar materno fetal, enfocándose principalmente en los hábitos y estilos alimentarios inequívocos.

Ante este caso surge la siguiente interrogante: ¿El personal que labora en la institución de salud logra cumplir sus funciones de captación y realización de controles y tratamiento de acuerdo a los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública?

Ante la presencia de dichas patologías los fármacos administrados fueron los siguientes:

- Lactato Ringer 1000ml 80ml por hora intravenoso.
- Metamizol 2 gramos intravenoso cada 8 horas por razones necesarias.
- Nifedipino 10mg, vía oral cada 8 horas, 20mg por cada hora
- Tramal 100 mg intravenosa cada 8 horas.
- Hidralazina 5mg intravenosa diluida lenta si la tensión arterial es >160/110 mmHg.
- Ranitidina 50mg intravenoso cada 12 horas
- Solución salina 0.9% 1000ml
- Cefazolina 1 gramo intravenosa en 8 horas.
- Sulfato de magnesio 20 gramos +400cc de solución salina.
- Betametazona 12 mg intramuscular.
- Oxígeno por bigotera a 3 litros.
- Paracetamol 1g vía oral 1 cada 8 horas.
- Ácido ascórbico 1g intravenoso cada día.
- Losartán 100mg vía oral cada 12 horas.

METODOLOGÍA

La metodología aplicada en este estudio es de tipo descriptiva y retrospectiva ya que se examinan cada uno de los datos que contienen los formularios que se ubican en la Historia Clínica Unitaria de la paciente, la cual es la fuente verídica y principal de esta investigación, a más de emplear la técnica de la entrevista a: la paciente, personal de enfermería y personal médico, donde se indagó, la sintomatología, estado emocional, conocimiento de la patología, información acerca del tratamiento que se le administraba, los cuidados específicos que se le realizaba, y la evolución durante el tiempo de hospitalización, con la finalidad de revelar los principales factores de riesgo con respecto a los Trastornos Hipertensivos durante el embarazo, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves como es Preeclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp, enfermedades adyacentes como anemia y shock al mismo tiempo de saber cuáles son las intervenciones del personal profesional de salud debido a que en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Delfina Torres de Concha del cantón y provincia de Esmeraldas ha existido un gran incremento la morbi-mortalidad a causa de esta patología.

A continuación se detalla la lista de preguntas aplicadas a través de la técnica de la entrevista, donde las principales fuentes de información fueron:

Paciente

1. ¿Con quién vive?
2. ¿Cuántos partos o cesáreas ha tenido?
3. ¿Cuántos hijos vivos y cuántos fallecidos? causa de muerte.
4. ¿Algún miembro de su familia padece de hipertensión arterial?
5. ¿Por qué motivo acudió a la institución?
6. ¿Recibió controles durante su embarazo?
7. ¿Cuántos controles recibió durante su embarazo y dónde los recibió?
8. ¿Sabe usted qué es eclampsia?

9. ¿Ha observado usted que presenta mejora en el estado de su salud con la medicación que toma actualmente?
10. ¿Considera que ha sido maltratada física o verbalmente por el personal de salud?
11. ¿Cómo considera la atención que le proporciona el personal de salud de la institución?
12. ¿Cree que la información que usted proporciona, haciendo hincapié en la sintomatología y padecimientos que presenta es tomada en cuenta por el personal que le atiende?

Personal de Medicina

1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para que se produzcan trastornos hipertensivos durante la gestación, eclampsia, síndrome de Hellp, y anemia post parto?
2. ¿Cuáles son las principales intervenciones que realizan cuando ingresa una paciente con diagnóstico presuntivo de eclampsia?
3. ¿En qué consiste el tratamiento para la eclampsia?
4. ¿Qué aspectos se toman en cuenta para brindar tratamiento a pacientes con síndrome de Hellp?
5. ¿Cuáles son las intervenciones que realizaría frente a un caso de Síndrome de Hellp?
6. ¿Cuáles son los criterios para autorizar la transferencia de un paciente?
7. ¿Qué consecuencias generarían estos trastornos hipertensivos en el recién nacido?
8. ¿Cuáles son las acciones a tomar en cuenta en una paciente con anemia post cesárea?
9. ¿Qué tipo de dieta es indicada para pacientes con estos trastornos?

Personal de Enfermería

1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para que se produzca trastornos hipertensivos durante la gestación?
2. ¿Cuáles son las acciones que realizan ante una gestante con eclampsia?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que realizaría frente a un caso de Síndrome de Hellp?
4. ¿Qué consecuencias generarían estos trastornos hipertensivos en el recién nacido?
5. ¿Cuáles son las acciones a tomar en cuenta en una paciente con anemia post cesárea?

Los exámenes realizados fueron:

- **Analítica de sangre:** hemograma (prueba analítica que ofrece información acerca de diferentes tipos de células presentes en la sangre glóbulos blancos, rojos y plaquetas. Transaminasa Glutámico Oxalacética- Transaminasa Glutámico Pirúvica, Hemoglobina, Linfoma Difuso Histocítico, Bilirrubina Total, Bilirrubina Indirecta, Bilirrubina Directa, Plaquetas, Grupo Sanguíneo, Factor Rh Rhesus (antígenos presentes en la membrana de los leucocitos), Venereal disease research laboratory (Sífilis Desarrollada), Virus Inmunodeficiencia Humana, Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina.
- **Análisis de orina:** Examen de proteinuria, Urea, Creatinina, **Cultivo de orina o urocultivo.**
- **Pruebas de imagen:** Ecografías, Ecocardiogramas, Electrocardiogramas, Tomografía Axial Computarizada, Radiografía.

DIAGNÓSTICO

Médico: Embarazo 24.5 semanas + Eclampsia + Síndrome de Hellp + Anemia que Complica el Puerperio.

Enfermería:

- Deterioro de la eliminación urinaria
 - **Dominio:** 3 Eliminación e Intercambio
 - **Clase:** 1 Función urinaria
 - **Código de diagnóstico:**(00016)
- Disminución del gasto cardiaco
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares
 - **Código de diagnóstico:** (00029)
- Riesgo de infección
 - **Dominio:** 11 Seguridad y Protección
 - **Clase:** 1 Infección
 - **Código de diagnóstico:** (00004)
- Retraso en la Recuperación Quirúrgica
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 2 Actividad / Ejercicio
 - **Código de diagnóstico:** (00100)
- Riesgo de Sangrado
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares
 - **Código de diagnóstico:** (00206)
- Riesgo de Shock
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares
 - **Código de diagnóstico:** (00205)

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Ilustración 1

Deterioro de la eliminación urinaria

Nivel: II		Especialidad:	Servicio: Gineco Obstetricia	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
Deterioro de la eliminación urinaria		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
		RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
					Mantener	Aumentar	
Dominio 3: Eliminación e Intercambio Clase 1: Función Urinaria Código de diagnóstico: (00016) Definición.- Disfunción en la eliminación urinaria. m/p: Retención, frecuencia. r/c: Infección del tracto urinario, multicausalidad.		Dominio: Salud Fisiológica II Clase: Eliminación (F) Resultado: Eliminación urinaria (0503)	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación • Cantidad de orina • Color de orina • Retención de orina 	Desde comprometido hasta No comprometido. 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2	4	
					2	4	
				3	5		
				1	5		
CLASIFICACIÓN DELAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)							
Clase: B Control de la eliminación		Campo:1 Fisiológico Básico		Clase: B Control de la eliminación		Campo:1 Fisiológico Básico	
Intervención Independiente: Cuidados de la retención urinaria (0620)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo de la eliminación urinaria(0590)			
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar sonda vesical. ✓ Administración de medicación según indicaciones médicas. ✓ Controlar periódicamente los efectos de los fármacos prescritos, como bloqueadores del canal de calcio y anticolinérgicos. ✓ Controlar periódicamente la ingesta y eliminación. ✓ Controlar constantes vitales (Score mama). 				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, volumen y color. ✓ Anotar la hora de la última eliminación urinaria. ✓ Obtener muestra de orina para análisis. ✓ Restringir líquidos. ✓ Estimular la eliminación urinaria. 			
Elaborado por: Nadia Cortéz Erazo				Fecha de elaboración: 21/10/2016 - 22/10/2016			

Ilustración 2

Nivel: II	Especialidad:	Servicio: Gineco Obstetricia	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Dominio 4: Actividad /Reposo Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares Código de diagnóstico: (00029) Definición.- La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo. m/p: Arritmias, cambios en el electro cardiograma, palpitaciones, taquicardia, edema, fatiga, aumento en la presión venosa central, aumento de peso, prolongación del tiempo de llenado capilar, cambios del color de la piel, variaciones en la lectura de la presión arterial y agitación. r/c: Alteración de la frecuencia cardiaca y alteración del ritmo cardiaco.	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
	Dominio: Salud Fisiológica II Clase: Cardiopulmonar (E) Resultado: Estado Circulatorio (0401)	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial sistólica • Tensión arterial diastólica • Edema periférico • Fatiga • Palidez • Aumento de peso • Deterioro cognitivo 	Desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal. 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.	Mantener 1 1 3 1 3 2 2	Aumentar 4 4 4 4 4 4	
CLASIFICACIÓN DELAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
Clase: N Control de la Perfusión Tisular	Campo:2 Fisiológico Compl.	Clase: I Control Neurológico	Campo: 2 Fisiológico Complejo			
Intervención Independiente: Cuidados Cardiacos: Agudos (4044)		INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Manejo de las Convulsiones (2680)				
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. ✓ Canalizar vía periférica ✓ Controlar el estado neurológico ✓ Controlar ingesta, eliminación y peso diario ✓ Vigilar función renal ✓ Controlar electrolitos(potasio y magnesio en suero) ✓ Comprobar la efectividad de oxigenoterapia ✓ Mantener un ambiente inductor al descanso y curación ✓ Evitar la formación de trombos periféricos (cambio de posición cada 2 horas) ✓ Administrar medicamentos que alivien el dolor. <p>Elaborado por: Nadia Cortéz Erazo</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guiar los movimientos para evitar lesiones ✓ Permanecer con el paciente durante el ataque ✓ Vigilar la dirección del a cabeza y ojos durante el ataque ✓ Mantener abierta la vía aérea y usar un protector de lengua para evitar que la lengua obstruya las vías aéreas. ✓ Comprobar estado neurológico ✓ Vigilar constantes vitales ✓ Reorientar después del ataque ✓ Administrar medicación prescrita ✓ Administrar anticonvulsivantes ✓ Impartir educación a los familiares. ✓ Mantener higiene bucal. <p>Fecha de elaboración: 22/10/2016</p>				

Ilustración 3

Riesgo de infección

Nivel: II		Especialidad:	Servicio: Gineco Obstetricia	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
Riesgo de infección			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
			RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						Mantener	Aumentar
Dominio 11: Seguridad y Protección Clase 1: Infección Código de diagnóstico: (00004) Definición.- Riesgo de ser invadido por organismos patógenos. r/c: Enfermedad crónica, retención de líquidos corporales, disminución de hemoglobina, procedimientos invasivos.			Dominio: Salud Fisiológica II Clase: Integridad Tisular (L) Resultado: Curación de la herida por primera intención(1102)	<ul style="list-style-type: none"> Aproximación de los bordes de la herida. Formación de cicatriz. 	Desde Ninguno hasta No extenso. 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso	3	1
			CLASIFICACIÓN DELAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)				
Clase: L Control de la piel/heridas		Campo:2 Fisiológico Complej.		Clase: L Control de la piel/heridas		Campo: 2 Fisiológico Complej.	
Intervención Independiente: Cuidados del sitio de incisión(3440)				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Cuidados de la zona de cesárea(6750)			
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. ✓ Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión. ✓ Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. ✓ Aplicar bandas o tiras de cierre si procede. ✓ Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados. ✓ Controlar dieta de la paciente. Elaborado por: Nadia Cortéz Erazo				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer información acerca del procedimiento y de las sensaciones que se experimentarán. ✓ Realizar los preparativos para el parto por cesárea. ✓ Preparar el abdomen para la intervención. ✓ Proporcionar información sobre el bebé. ✓ Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica. ✓ Control de constantes vitales. Fecha de elaboración: 23/10/2016			

Ilustración 4

Nivel: II	Especialidad:	Servicio: Gineco Obstetricia	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA																		
Retraso en la recuperación quirúrgica		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																			
<p>Dominio 4: Actividad /Reposo Clase 2 : Actividad/ Ejercicio Código de diagnóstico: (00100) Definición.- Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar. m/p: Dificultad para moverse en el entorno. Percepción de que se requiere más tiempo para recuperarse. Retraso en la reanudación del trabajo o las actividades laborales. Informes de malestar. Informes de dolor. r/c: Dolor. Procedimiento quirúrgico prolongado.</p>	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA																	
	<p>Dominio: Salud Fisiológica II</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>Resultado: Estado Cardiopulmonar (0414)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial sistólica • Tensión arterial diastólica • Eliminación urinaria • Edema periférico • Fatiga • Palidez • Aumento de peso • Distensión de venas del cuello. 	<p>Desde desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal. <p>Desde grave hasta Ninguno.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Mantener</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Aumentar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Mantener	Aumentar	1	4	1	4	3	5	2	5	3	4	4	5	4	5	2
Mantener	Aumentar																				
1	4																				
1	4																				
3	5																				
2	5																				
3	4																				
4	5																				
4	5																				
2	5																				
CLASIFICACIÓN DELAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)																					
Clase: N Control de la Perfusión Tisular		Campo:2 Fisiológico Compl.		Clase: N Control de la Perfusión Tisular																	
				Campo: 2 Fisiológico Complejo																	
Intervención Independiente: Cuidados Cardiacos: Agudos (4044)			INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Disminución de la hemorragia útero postparto(4026)																		
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES																		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca. ✓ Controlar ingesta, eliminación y peso diario. Vigilar función renal ✓ Vigilar tendencias de tensión arterial sistólica y diastólica. ✓ Proporcionar dieta para paciente limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, alimentos ricos en grasa.) ✓ Controlar electrolitos(potasio y magnesio en suero) ✓ Comprobar la efectividad de oxigenoterapia ✓ Mantener un ambiente inductor al descanso y curación ✓ Evitar la formación de trombos periféricos (cambio de posición cada 2 horas) ✓ Administrar medicamentos que alivien el dolor. <p>Elaborado por: Nadia Cortéz Erazo</p>			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar el historial obstétrico y registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia postparto. Como son (partos largos, historial anterior de hemorragias, inducción, preclampsia, expulsivo prolongado, parto múltiple, parto por cesárea o precipitado). ✓ Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino. ✓ Fomentar la micción o introducir sonda vesical. ✓ Observar características de loquios el color y volumen. ✓ Control de cantidad de sangre perdida. ✓ Elevar piernas, iniciar perfusión. ✓ Control de signos vitales. Mantener a familiares informados. ✓ Administrar hemoderivados. <p>Fecha de elaboración: 23/10/2016 - 24/10/2016</p>																		

Ilustración 5

Nivel: II	Especialidad:	Servicio: Gineco Obstetricia	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
Riesgo de shock		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
		RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
					Mantener	Aumentar	
<p>Dominio 4: Actividad /Reposo Clase 4 : Respuesta cardiovascular / Pulmonar Código de diagnóstico: (00205) Definición.- Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituye una amenaza para la vida. r/c: Hipovolemia, hipotensión, infección, síndrome de respuesta inflamatoria.</p>		Dominio: Salud Fisiológica II	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea visible • Sangrado vaginal • Hemorragia postoperatoria • Palidez de piel y mucosas • Disminución de la hemoglobina • Disminución del hematocrito 	Desde grave hasta Ninguno.			
		Clase: Cardiopulmonar (E)		1. Grave	2	4	
		Resultado: Severidad de la Pérdida de Sangre (2108)		2. Sustancial	2	4	
				3. Moderado	2	4	
				4. Leve	3	4	
	5. Ninguno	2	4				
		2	4				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)							
Clase: N Control de la Perfusión Tisular		Campo: 2 Fisiológico Compl.		Clase: N Control de la Perfusión Tisular		Campo: 2 Fisiológico Complejo	
Intervención Independiente: Manejo del shock volumen (4258)			INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Administración de hemoderivados				
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente. Evitar la pérdida de volumen sanguíneo. ✓ Controlar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90mmHg o un descenso de 30 mmHg en pacientes hipertensos. ✓ Controlar signos y síntomas de shock hipovolémico (polidipsia, aumento de frecuencia cardíaca, oliguria, disminución de ruidos intestinales, alteración del estado mental o respiración). ✓ Insertar y mantener una vía de gran calibre. Administrar líquidos como cristaloides y coloides isotónicos. ✓ Administrar líquidos endovenosos y hemoderivados calientes (concentrados de hematíes, plaquetas, o plasma fresco congelado). Monitorizar estudios de coagulación TP, TTP, y demás estudios de laboratorio. Administrar oxígeno. Realizar gasometría arterial. <p>Elaborado por: Nadia Cortéz Erazo</p>			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener la historia de transfusiones de la paciente. Verificar las indicaciones del médico. ✓ Verificar que sea correcta la paciente el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad y registrar según protocolos. ✓ Preparar una bomba para la administración de hemoderivado. ✓ Monitorizar signos vitales. ✓ Monitorizar y regular el flujo durante la transfusión. ✓ No administrar líquidos endovenosos salvo solución salina isotónica en las vías del hemoderivado. ✓ Cambiar el filtro y equipo al menos cada 4 horas. Detener la transfusión si hay reacciones sanguíneas. ✓ Aplicar precauciones universales. <p>Fecha de elaboración: 22/10/2016 - 24/10/2016</p>				

RESULTADOS OBTENIDOS DE PLANES DE CUIDADOS

De acuerdo a los planes de intervención ejecutados, concernientes al deterioro en la eliminación urinaria, disminución del gasto cardiaco, riesgo de infección, retraso en la recuperación quirúrgica y riesgo de shock se observó que la paciente mejoró ya que según las escalas de medición, ella dejó de retener orina, se consiguió controlar la tensión arterial, cesó la hemorragia, se corrigió la anemia que complicaba el puerperio y por ende a través de las estrategias empleadas los resultados obtenidos fueron muy favorables.

Se le autorizó finalmente el alta médica con todos los detalles para el seguimiento y cumplimiento del tratamiento puesto que mostró gran recuperación y los resultados de los exámenes de laboratorio se hallaron dentro de los parámetros normales.

REFERENCIAS

- Arias, M. M. (Ed.). (2008). Hematología. Madrid, España: Editorial Marbán
- Martínez, P. Endrino, V. Fuentes, L. (2010). Cuidados en el Embarazo Parto y puerperio. Recuperado de <http://docplayer.es/3934691-Cuidados-de-enfermeria-en-el-embarazo-patologico.html>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Trastornos Hipertensivos del Embarazo. (ISBN 978-9942-07-466-9). Recuperado de https://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Durante el Embarazo. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Postparto. (ISBN 978- 9942- 07-453-9). Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en el Embarazo. (ISBN 978-9942-07-570-3). Recuperado de <https://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Anemia%20en%20el%20embarazo.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Alimentación y Nutrición de la Mujer Gestante y de la Madre en el Periodo de Lactancia. (ISBN- 978-9942-07-733-2). Recuperado de <https://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/Alimentacion%20y%20nutricion%20de%20la%20madre%2025-11-14.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Atención del Parto por Cesárea. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partо_por_cesarea.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Recién Nacido Prematuro. (ISBN: 978-9942-07-968-8) Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%20n-nacido-prematuro.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Atención del Trabajo de Parto y Postparto Inmediato. (ISBN- 978-9942-07-873-5) Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Componente Normativo Materno. (ISBN0000000474) Recuperado de <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/2.%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de Atención Materno Neonatal.

(ISBN0000000474)

Recuperado

de

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf

Sepulveda A., Romero C., Hasbun J., Parra M. (2015). Actualización en el diagnóstico y manejo del daño hepático agudo grave en el embarazo. Revista Médica de Chile SciELO. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art11.pdf>

Terán E. (2013). Factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital San Vicente de Paúl en el período enero a julio 2012. (tesis de Pregrado). Universidad Técnica Del Norte Facultad Ciencias De La Salud Escuela De Enfermería. Ibarra.

Valiente, T. B. (2008). Hematología. Madrid, España: Editorial Marbán

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%2520COMPLETA.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Ilustración 6

Apellidos Y Nombres: N.N		Edad: 40		Sexo: Femenino	
# Historia clínica 299286		Fecha de nacimiento 01/05/1978		Lugar de nacimiento Santa Rosa - Manabí	
Procedencia: Ecuatoriana		Fecha de ingreso 21/10/2016		Área Hospitalización Gineco Obstetricia.	
				# Cama 2	
Diagnóstico Médico Actual: Embarazo 24,5 Semanas + Eclampsia + Síndrome De Hellp + Anemia Que Complica El Puerperio					
ANTECEDENTES					
Familiares			Personales:		Hábitos psicosociales:
Madre		Padre		Ninguno	
No refiere		No refiere			
INMUNIDAD: Paciente según historia clínica perinatal no se le aplicaron las vacunas: antitetánica y anti rubeola.					
SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA					
Estado civil: Unión Libre	Religión que práctica Católica		Empleo Ama de casa		Grado de instrucción alcanzado Primaria incompleta
Personas que viven con el usuario: Cónyuge, madre y 9 hijos		Tipo de vivienda: Mixta		Servicios básicos: Cuenta con todos los servicios básicos.	
				Fuente de ingresos: Esposo albañil su ingreso mensual es de \$350	
MOTIVO DE CONSULTA O INGRESO					
<p>Motivo: Paciente que cursa las 24,5 semanas de gestación ingresa al servicio de Emergencia del Hospital Padre Alberto Buffoni del cantón Quinindé, con signos de alarma como cefalea intensa durante más o menos 20 horas, se le administra por vía endovenosa paracetamol 100ml es dada de alta y más o menos 4 horas más tarde ingresa nuevamente por presentar convulsiones tónicas de inmediato es transferida al servicio de Emergencia del Hospital General Delfina Torres de Concha del Cantón y provincia de Esmeraldas, se le realiza valoración presentando dolor abdominal de leve intensidad, fotopsia, fotofobia, acúfenos, astigmatismo, mareo.</p>					
B. RESUMEN DEL EXAMEN FÍSICO CÉFALO CAUDAL					
Temp. (°C)		Resp. (rpm)		Pulso (ppm)	
36.9 °C		22 rpm		81 ppm	
				P.A. (mmHg)	
				140/100 mm/hg	
PLANOS DE ORIENTACIÓN					
Tiempo:		Espacio:		Persona:	
Paciente logra identificar la fecha, el día y la hora en el que se encuentra.		Paciente ha logrado identificar sin ninguna complicación el lugar, el piso, la sala donde se encuentra, país, ciudad, el cantón.		Paciente ha logrado mencionar su nombre, el de su madre, esposo e hijos.	
PIEL		Paciente con tegumentación suave, aparentemente hidratada, epidermis elástica, con temperatura normal, coloración epidérmica mate acompañada, sin erupciones, ni prurito a nivel de la epidermis.			
Cabeza - Cara:		Paciente presenta cabeza normocefálica, cabello bien implantado, de pigmentación negra, ondulada e higiénica aparentemente hidratado, con una altura a nivel del cuello, aparentemente sin presencia de seborrea, ni pediculosis. Sus fascias pálidas acompañada de edema facial.			

Ojos:	Pupilas isocóricas reactivas a la luz de color negro manifiesta estigmatismo, párpados simétricos, no presenta traumatismos, ni lesiones figuradas.
Nariz	Tabique normo implantado sus Orificios nasales bien implantados sin secreción, ni epistaxis aparentemente ninguna anomalía.
Boca:	Presencia de caries, dientes de color amarillento e incompleto, no presenta halitosis, mucosas secas y pálidas.
Oído	No manifiesta ningún traumatismo comunica presentar una perfecta audición no presenta secreción a nivel del pabellón auricular no presenta otitis.
Cuello	Paciente no manifiesta dolencia en los ganglios linfáticos, cervical, supraclavicular occipital y pre- auricular, submaxilar, ausencia de adenopatías.
Tórax	Simétrico asténico con frecuencia respiratoria de 22rpm, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos.
Abdomen:	Paciente abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, cursa su embarazo número 10 con 24 semanas de gestación; ruidos hidroaéreos disminuidos, altura uterina 0, no presenta cicatrices a nivel del abdomen.
Genitales	Paciente con sonda vesical permeable, diuresis clara de escaso volumen.
Miembros Superiores	Izquierdo y derecho: Mantiene buena simetría con dificultad en la movilización, no presenta coloración de pintura en las uñas, onicomycosis.
Miembros Inferiores:	Izquierdo y derechos: presenta edema debido a su diagnóstico poca movilidad, no presenta coloración a nivel de sus uñas, onicomycosis, ni pie de atleta.

SISTEMAS Y PATRONES FUNCIONALES

Sistema / Patrón Funcional I - RESPIRATORIO	
Frecuencia respiratoria: 22 rpm	Tos : Ausente
Sonidos respiratorios: paciente presenta sonidos normales, limpios, sin ninguna alteración.	Secreciones: Secreciones ausentes.
Tórax: Simétrico, normoexpansible, sin dolor a la palpación.	
Descripción de parámetros: Presencia de tumoración cancerígena en fase terminal en la mama derecha.	
Sistema / Patrón Funcional II - CARDIOVASCULAR	
Frecuencia cardiaca: 81ppm	Presión arterial: 140/100mmHg
Pulso: normal, palpable y sin ninguna alteración.	Ritmo del pulso: Pulso rítmico, sin ninguna alteración.
Edema: Edemas presentes en los miembros inferiores.	Llenado capilar: Llenado capilar en 1 segundo.
Dolor torácico: presente, opresión en el pecho.	Sonidos cardiacos: Arrítmicos, audibles.
Sistema / Patrón Funcional III - DIGESTIVO / NUTRICIÓN	
Tipo de dieta indicada : Nada por vía oral	Alimentación habitual: no balanceada
Suplementos dietéticos (no indicados. Indicados, especificar):	Deglución (normal. Anormal, especificar): Dificultad para alimentarse.
Dentadura: Incompleta, le falta 2 caninos y 2 incisivos uno de cada mandíbula.	Sonidos intestinales: Disminuidos
Apetito: Disminuido	Peso: Talla: 1.64cm, peso: 80kg; IMC: 24.39 – Normo-peso.
Evacuaciones: 2 veces al día, de color amarillas, con olor característico.	

Descripción de parámetros: Paciente se encuentra en NPO por motivo previo a cesárea debido a su condición de compromiso materno fetal.	
Sistema / Patrón Funcional IV - GENITO / URINARIO	
Aspecto anatómico: Labios mayores en presencia de edema.	Diuresis: Presencia de sonda vesical diuresis ml, color amarillo, proteinuria en tirilla reactiva +/+++
Balance hídrico (valor en número; cada 4, 6 o 12 horas):	Dolor: Dolor a nivel pelviano.
Incontinencia: Ausente.	Sonda: Presente
Secreciones: Ausente.	Edema: Vagina, labios mayores.

Sistema / Patrón Funcional V - COGNOSCITIVO / PERCEPTIVO	
Estado emocional: Pct. Tranquila, con facies de tristeza y desanimada.	Nivel de ansiedad: Ausente.
Vista: Presencia de astigmatismo a nivel de ambos ojos.	Oído: Sin ninguna alteración.
Uso de prótesis: Ausente.	Barreras lingüísticas: Lenguaje presente sin ningún tipo de barrera.
Molestia / dolor: Refiere dolor agudo – soportable	Sensibilidad: Sensibilidad normal.

Sistema / Patrón de Funcionalidad VI - MOTORA	
Capacidad de autocuidado: Pct. Dependiente para realizar su higiene y vestirse.	Patrón actividad / ejercicio: Muy limitado debido a compromiso vital
Hábitos de descanso: Dificultad para conciliar el sueño.	Deambulaci3n: con ayuda debido a que presenta edema en sus piernas.
Marcha: Tiene marcha inestable debido a que sus extremidades inferiores pasan edematizadas.	Fuerza de miembros superiores: Siente debilidad alcanzar alg3n objeto.
Fuerza de miembros inferiores: Piernas débiles con presencia de edemas.	

Sistema / Patr3n Funcional VII - INTEGRIDAD CUTÁNEA / LINFÁTICO	
Mucosa oral, conjuntiva: Mucosas secas, pálidas.	Características de la piel: tegumentaci3n áspera, poco hidratada, temperatura normal, sin erupciones, ni prurito.
Anexos –cabello, uñas-: cabello normo-implantado, pigmentaci3n negro ondulado e higiénico, sin alteraci3n en las uñas.	Presencia de catéteres, drenes u otros: Vía periférica permeable.
Sistema / Patr3n Funcional VIII - NEUROSENSORIAL	
Estado mental: Paciente se encuentra alerta.	Responde órdenes: Poco colaboradora al responder.
Pupilas: Isocóricas reactivas a la luz	Fuerza de presi3n: Débil
Valoraci3n pares craneales: Normal	Reflejos: Normal

Sistema / Patr3n Funcional IX - AFRONTAMIENTO / RELACIONES	
Percepci3n de la salud: Paciente est3 consciente de su diagn3stico, sabe los riesgos que conlleva y est3 dispuesta a seguir el tratamiento para la mejora de salud de su hijo y ella.	Mantenimiento de la salud: Mantiene una higiene saludable, acepta el tratamiento terapéutico.
Preocupaciones: Paciente refiere preocupaci3n por su familia, sus hijos en casa, y economía debido a que su esposo utiliza gran parte de su salario para el tratamiento.	Experiencias relacionadas con el problema actual: No refiere.
Sistema de apoyo: Refiere que su apoyo es la familia, mamá, esposo e hijos.	
Sistema / Patr3n Funcional X - SEXUALIDAD / REPRODUCCI3N	
Menarquia / sexarquia: Menarquia a los 12 años y su sexarquia fue los 13 años.	Problemas menstruales / hormonales: No refiere.

Autoexploración mamaria: Dos veces.	Gestaciones: 10 gestas, 9 partos, 1 cesárea y todos nacidos vivos.
Número de hijos: 10 hijos vivos	Pareja: 2 parejas sexuales: Primera pareja tiene 2 hijos, y con su actual pareja tiene 8 hijos.
Preocupación sexual: Ninguna	Uso de anticonceptivos: No utiliza.
DESCRIPCIÓN (breve) DE LA PATOLOGÍA:	
<p>FISIOPATOLOGÍA: Eclampsia una enfermedad crónica degenerativa que puede surgir en un embarazo mayor o igual a las 20 semanas expresado por la tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg con presencia de proteinuria en tirilla reactiva de; una, dos o tres cruces, es decir mayor a 300 miligramos en 24 horas y diferenciada por un cuadro clínico principalmente de convulsiones tónico clónicas o coma. El Síndrome de Hellp es otro de los trastornos hipertensivos durante el tercer trimestre del estado gestacional específicamente a las 28 semanas caracterizado porque la tensión arterial diastólica se encuentra mayor a 90 mm/Hg sumada proteinuria mayor a 300 miligramos en 24 horas. Anemia Post Cesárea.- Cuando su hemoglobina es inferior a 6.8 gramos sobre decilitros</p> <p>SIGNOS Y SÍNTOMAS: Eclampsia, Convulsiones tónico clónicas o coma. Síndrome de Hellp sus signos Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP), Fiebre, Nauseas, Vómitos, Dolor abdominal. Anemia palidez, cefalea, debilidad y cansancio.</p> <p>MEDIOS DIAGNÓSTICOS: Exámenes de laboratorio, valoración, antecedentes personales y familiares.</p> <p>COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES: Hematoma subcapsular hepático, Ruptura hepática, Coagulación intravascular diseminada, Falla renal, Edema agudo de pulmón, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Hemorragia posparto, Compromiso materno fetal y muerte.</p> <p>CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA: Control de constantes vitales. Cambio de posición. Mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico. Administración de medicación. Educación a familiares y pacientes respecto a las patologías. Mantener un ambiente inductor al descanso y curación. Controlar la ingesta y eliminación.</p>	
EXAMENES REALIZADOS	
<p>ORINA: Urea, Creatinina, Proteinuria SANGRE: TGO- TGP, HEMOGLOBINA, LDH, BT, BI, BD, PLAQUETAS, GRUPO SANGUÍNEO, FACTOR RH, VDRL, VIH, TP, TTP CULTIVOS: UROCULTIVO.</p>	
INTERCONSULTAS	
Cardiólogo, Nefrólogo, Ginecólogo, Medico General, Nutricionista, Odontólogo, Anestesiólogo, Psicólogo.	
Estudios especiales: Sanguíneas, Imagenología: Ecografías, Electrocardiogramas, TAC, Radiografía.	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	
<p>Durante el periodo de atención hospitalaria que se le proporcionó a la paciente un tratamiento farmacológico con el objetivo de mejorar su salud y disminuir el riesgo de muerte. Los fármacos administrados son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactato Ringer 1000ml 80ml por hora intravenoso. • Metamizol 2 gramos intravenoso cada 8 horas por razones necesarias. • Nifedipino 10mg, vía oral cada 8 horas, 20mg por cada hora 	

- Tramal 100 mg intravenosa cada 8 horas.
- Hidralazina 5mg intravenosa diluida lenta si la tensión arterial es >160/110 mmHg.
- Ranitidina 50mg intravenoso cada 12 horas
- Solución salina 0.9% 1000ml
- Cefazolina 1 gramo intravenosa en 8 horas.
- Sulfato de magnesio 20 gramos +400cc de solución salina.
- Betametazona 12 mg intramuscular.
- Oxígeno por bigotera a 3 litros.
- Paracetamol 1g vía oral 1 cada 8 horas.
- Ácido ascórbico 1g intravenoso cada día.
- Losartán 100mg vía oral cada 12 horas.

DIETA:

TIPO DE DIETA: Nada por vía Oral

TIPO DE DIETA (según consistencia: líquida, blanda u otra): Líquida

Explique la relación de la dieta con la patología:

La paciente en el momento de ingreso queda en nada por vía oral, por motivo de entrada a quirófano para realizar cesárea, después de la misma el médico tratante le indica dieta hiposódica, esta va adaptada a las necesidades nutritivas que requiere a diario y también favorece a un buen estado hidroelectrolíticos y a la eliminación durante su estadía en la sala.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

DIAGNÓSTICOS REALES:

- Disminución del gasto cardiaco
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares
 - **Código de diagnóstico:** (00029) **m/p:** Arritmias, cambios en el electro cardiograma, palpitaciones, taquicardia, edema, fatiga, aumento en la presión venosa central, aumento de peso, prolongación del tiempo de llenado capilar, cambios del color de la piel, variaciones en la lectura de la presión arterial y agitación. **r/c:** Alteración de la frecuencia cardiaca y alteración del ritmo cardiaco.
- Deterioro de la eliminación urinaria
 - **Dominio:** 3 Eliminación e Intercambio
 - **Clase:** 1 Función urinaria
 - **Código de diagnóstico:**(00016) **m/p:** Retención, frecuencia. **r/c:** Infección del tracto urinario, multicausalidad.
- Riesgo de infección
 - **Dominio:** 11 Seguridad y Protección
 - **Clase:** 1 Infección
 - **Código de diagnóstico:** (00004) **r/c:** Enfermedad crónica, retención de líquidos corporales,

disminución de hemoglobina, procedimientos invasivos.

- Retraso en la Recuperación Quirúrgica
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 2 Actividad / Ejercicio
 - **Código de diagnóstico:** (00100) **m/p:** Fatiga, expresa sentir dolor, evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica. **r/c:** Procedimiento quirúrgico importante y dolor.

Riesgo de Muerte Súbita del Lactante (00156) **r/c:** Prematuridad, bajo peso al nacer, falta de atención prenatal.

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO:

- Riesgo de Sangrado
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares
 - **Código de diagnóstico:** (00206). **r/c:** Coagulación esenciales ejemplo trombocitopenia, complicaciones relacionadas con el embarazo ejemplo eclampsia, complicaciones postparto.
- Riesgo de Shock
 - **Dominio:** 4 Actividad /Reposo
 - **Clase:** 4 Respuestas Cardiovasculares/ Pulmonares
 - **Código de diagnóstico:** (00205) **r/c:** Hipovolemia, Hipoxia, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

DIAGNÓSTICOS DE SALUD:

- Potencial de mejora de hábitos alimenticios
 - Potencial de mejora de realización de actividad física
- Potencial de mejora de secuencia del tratamiento post-operatorio.

EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA	EVOLUCIÓN
21/10/2016	<ul style="list-style-type: none"> <p>• Al servicio de Emergencia del Hospital General Delfina Torres de Concha de la Provincia de Esmeraldas, ingresa el día 21/10/2016 a las 02:00 am la paciente N.N. de 38 años de edad, multípara; la misma que es transferida previamente desde Hospital Padre Alberto Buffoni de Quinindé por presentar embarazo de 24.5 semanas por Fecha Ultima de Menstruación (01-05-16), + Eclampsia, de acuerdo a la familia refiere cefalea, malestar general más o menos de 20 horas, motivo por el cual acude a Quinindé, allí se le realizó el control de constantes vitales, se le canaliza una vía periférica permeable a través de la cual se administra paracetamol y siendo dada de alta. A las 4 horas presenta convulsiones tónico clónicas y es trasladada nuevamente al Hospital Padre Alberto Buffoni previa valoración y estabilización. Es transferida al Hospital Delfina Torres de concha con presuntivo diagnóstico de eclampsia a su ingreso se realiza control de constantes vitales Tensión Arterial es 140/100 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca 73 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, temperatura axilar 37 grados centígrados; saturación de oxígeno 99% expresó no haber mostrado hasta el momento ningún tipo de patología, excepto las diagnosticadas por medio de exámenes de laboratorio como son Eclampsia, Síndrome de Hellp, lo que conllevó al ginecólogo a realizar parto pretérmino a través de cesárea. Paciente en el momento de ingreso permanece en nada por vía oral, por motivo de intervención quirúrgica, consciente, orientada en tiempo y espacio poco colaboradora y temerosa por el procedimiento.</p> <p>Posterior a intervención quirúrgica es valorada por Unidad de Cuidados Intensivos para manejo de futuras complicaciones.</p> <p>Siendo el Diagnóstico Pre operatorio: Embarazo 24.5 semanas de gestación por clínica + Eclampsia + síndrome de Hellp.</p> <p>Diagnóstico Post operatorio: Paridad Satisfecha</p> <p>Operación Proyectada: Cesárea</p> <p>Operación Realizada: Cesárea + Salpingectomía Bilateral.</p>

22/10/2016	<p>Paciente es valorada por unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de Eclampsia + Síndrome de Hellp + Anemia que complica el Puerperio.</p> <p>Hallazgos Quirúrgicos: útero grávido acorde edad gestacional; producto único vivo sexo masculino con movimientos presentes; placenta y membranas ovulares completas; Líquido amniótico claro.</p> <p>Hemorragia 300 mililitros.</p> <p>Líquidos Transquirúrgicos 1200 mililitros.</p> <p>13:15 Pm: Paciente cursa en sala de recuperación +/- 11 horas post quirúrgicas, Glasgow 15/15 orientada en tiempo, espacio y persona, con infusión de <i>sulfato de magnesio a dosis de 2 gramos/hora</i>. Al examen físico cabeza normocefálica, fascies pálidas, edema facial, pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas orales secas, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida inframedia umbilical cubierta con apósitos húmedos, altura uterina 0. Genitourinario: sonda vesical permeable diuresis clara de escaso volumen, sangrado transvaginal. Extremidades simétricas: edema de miembros inferiores. Reflejos Osteo Tendinosos: 3/5. SCORE MAMA: 2</p> <p>Signos vitales: TA: 130/70 milímetros de mercurio; Frecuencia cardiaca: 71 latidos por minuto; Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto; temperatura 36.5 grados centígrados; saturación de oxígeno 98% al aire ambiente. Control hemodinámico estricto.</p>
23/10/2016	<p>16:45 Pm: Paciente es valorada en piso de Ginecología por UCI, cursando día 3 de hospitalización. Al momento consciente orientada en tiempo, espacio y persona, con Glasgow de 15/15, con administración de paquete de glóbulos rojos concentrados debido anemia. Al examen físico: Cabeza normocefálica, fascies pálidas, edema facial, pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas orales secas, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos, herida inframedia umbilical cubierta con apósitos húmedos, altura uterina 0. Genitourinario: sonda vesical permeable diuresis clara de escaso volumen, sangrado transvaginal mínimo. Extremidades simétricas: edema de miembros inferiores. Reflejos Osteo Tendinosos: 3/5. SCORE MAMA: 6</p> <p>Signos vitales: Tensión Arterial: 150/100 milímetros de mercurio; Frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto; Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto; temperatura 36.5 grados centígrados; saturación de oxígeno 98% al aire ambiente. Ingresada a UCI por futuras complicaciones. Pronóstico reservado. Control hemodinámico estricto, manejo de complicaciones, antibioticoterapia, antihipertensivos. Indicaciones médicas: Dieta hiposódica, control score mama, administración de solución salina al 0.9% en 24 horas, amoxicilina endovenosa cada/12 horas, metamizol, ácido ascórbico.</p>

24/10/2016	<p>Paciente al momento refiere mareo al levantarse, dolor a nivel pélvico 6/10. Está consciente, cifras tensionales 140/90 mmHg permanece con vía permeable con doble terapia de antihipertensivos realiza pico hipertensivo 160/100 mmHg por lo que se aumenta losartán paciente inestable hemodinamicamente, se le administra medicación de acuerdo a prescripciones médicas.</p> <p>Monitoreo electrónico: Fc, Fr, TA, SAO₂ cada 2 horas. Temperatura axilar cada 4 horas, balance hídrico. Glasgow cada 6 horas, valoración Score Mama cada 30 minutos.</p> <p>Medidas generales: Semi-fowler 45°, normotermia, normoglucemia, higiene corporal diaria, aseo bucal, control sangrado transvaginal. Dieta, Hidratación e Infusiones: Dieta hiposódica, solución salina 0.9% 1000ml intravenosa a 100ml por hora, glóbulos rojos concentrados 1 unidad intravenosa en 30 minutos.</p> <p>Medicación: Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas (3/3).</p> <p>Nifedipino 20 miligramos vía oral cada 8 horas.</p> <p>Paracetamol 1 gramo vía oral por razones necesarias.</p> <p>Losartán 100 miligramos vía oral cada 8 horas.</p> <p>Ventilación: Oxígeno por cánula nasal a 3 litros/ minuto si la saturación de oxígeno es inferior a 90%. Pulsioximetría permanente.</p> <p>Laboratorio:</p> <p>Leucocitos: 13.09, Neutrófilos 81%, Linfocitos: 13.4%, Hemoglobina: 6.8 gramos/ decilitros, Hematocrito: 2.2%, Plaquetas 102.000.</p> <p>TGO: 72.5 U/L, TGP: 36.1 U/L, Urea: 38 mg/dl.</p> <p>Balance hídrico. Ingesta: 3330 ml; Excreta: 3850ml; Pérdidas Insensibles: 960ml; Diuresis: 2640ml; Gasto Urinario: 1.57ml/kg/hora. Balance Negativo (-) 520ml.</p> <p>Se toma muestra para exámenes de laboratorio.</p>
25/10/2016	<p>06:11am Se realiza control postransfuncional.</p> <p>Biometría hemática completa: Leucocitos 9710, Segmentados 77.4%, linfocitos: 13.4%, hemoglobina 12.5 gramos/ decilitros, hematocrito 39.8%, plaqueta 92.000. Química sanguínea: Glucosa 93mg/dl, urea 32mg/dl, creatinina no hay reactivo, TGO 32.3 U/L, TGP: 28.8 U/L.</p> <p>Coagulación TP: 12.3 seg. TTP: 30 seg. INR: 1.03. Electrolitos: Sodio 1.38, potasio 3.7, calcio 1.22</p>

<p style="text-align: center;">26/10/2016</p>	<p>Paciente es trasladada de UCI al servicio de Gineco-obstetricia para su pronta recuperación con las siguientes indicaciones: Monitoreo electrónico: Fc, Fr, TA, SAO₂, temperatura axilar cada 8 horas. Control de Glasgow cada turno, valoración Score Mama según signos vitales.</p> <p>Medidas generales: Semi-fowler 45°, normotermia, normoglucemia, higiene corporal diaria, aseo bucal, control general en sitio de presión, control sangrado transvaginal. Retirar sonda vesical.</p> <p>Dieta, Hidratación e Infusiones: Dieta hiposódica, solución salina 0.9% 1000ml intravenosa a 80ml por hora,</p> <p>Medicación: Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 8 horas (2/3).</p> <p>Nifedipino 20 miligramos vía oral cada 8 horas.</p> <p>Paracetamol 1 gramo vía oral por razones necesarias.</p> <p>Losartán 100 miligramos vía oral cada 12 horas.</p> <p>Ventilación: Oxígeno por cánula nasal a 3 litros/ minuto si la saturación de oxígeno es inferior a 90%. Pulsioximetría permanente.</p> <p>Biometría hemática completa: Leucocitos 9890, Segmentados 78.2%, linfocitos: 13. %, hemoglobina 9.9 gramos/ decilitros, hematocrito 31.8%, plaqueta 144.000. Química sanguínea: Glucosa 93mg/dl, urea 32mg/dl, creatinina no hay reactivo, TGO 32.3 U/L, TGP: 28.8 U/L.</p> <p>Uroanálisis: Color amarillo claro, aspecto turbio, densidad 7.0, leucocitos 3+/500, nitritos negativos, proteínas 3+/500, eritrocitos 3+/500, células epiteliales 12-15 por campo.</p>
<p style="text-align: center;">27/10/2016</p>	<p>Paciente de 38 años de edad cursa su séptimo día de hospitalización post quirúrgicas, Glasgow 15/15 orientada en tiempo, espacio y persona. Al examen físico cabeza normocefálica, fascies pálidas, pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas hidratadas, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, abdomen blando Depresible sin dolor a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos normales, extremidades simétricas sin: edema de miembros inferiores.</p> <p>Signos vitales: TA: 130/70 milímetros de mercurio; Frecuencia cardiaca: 71 latidos por minuto; Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto; temperatura 36.5 grados centígrados; saturación de oxígeno 98% al aire ambiente, hemodinamicamente estable, médico autoriza alta.</p>

ANEXO 2 EXÁMENES DE LABORATORIO

Ilustración 7

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Unidades	Lugar:	Esmeraldas	Referencias	Esmeraldas	Esmeraldas
	Fecha:	21-oct-16		22-oct-16	23-oct-16
	Hora:	02:30 AM		06:11	07:00
	Exámenes	Resultados		Resultados	
x10 ³ /μL	Leucocitos	14.760	5.00-10.00	14.790	13.090
%	Segmentados	92.5	45-75	83.6	81
%	Linfocitos	3.7%	44	12	13.4
#	Plaquetas	114.000	150.000-450.000	135.000	102.000
g/dl	Hemoglobina	10.1	11.80-15.50	6.8	6.8
	Hematocritos	32.1%	36.00-47.00	22%	22%

Análisis de resultados de biometría hemática: en el presente cuadro encontramos el componente sanguíneo alterado lo cual da a conocer la presencia de una infección y anemia severa.

Ilustración 8

BIOQUIMICA

EXÁMENES	RESULTADOS	REFERENCIAS	UNIDADES
Glucosa	148	70-106	mg/dL
Urea	40.7	10-50	mg/dL
Creatinina	1.24	0.50-1.20	mg/dL
TGO/ ASAT	30.6	Menor a 40	U/L
TGP/ ALAT	75.6	Menor a 34.00	U/L

Análisis de resultado de bioquímica: en el presente grafico observamos que los resultados se encuentran fuera del rango normal, por ello la presencia de algunas complicaciones.

Ilustración 9

UROANÁLISIS

ANÁLISIS FÍSICO	
EXÁMEN	RESULTADO
Color	Amarillo Turbio
Aspecto	Turbio
Densidad	1.01
P.H	6.0
ANÁLISIS QUÍMICO	
Leucocitos	3+ / 500 Leu/uL
Nitritos	Negativo
Proteínas	++ / 300 mg/dL
Glucosa	Negativo
Cetonas	Negativo
Urobilinogeno	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Hemoglobina	3+ / 50 Ery/uL
Eritrocitos	Negativo
EXÁMENES MICROSCOPICO	
Células Epiteliales	12 – 15 campo x 40
Leucocitos	15 – 20 campo x 40
Piocitos	4 – 12 campo x 40
Hematíes	Abundante campo x 40
Bacterias	++ campo x 40

ANEXOS 3 FICHAS FARMACOLÓGICAS

Ilustración 10

NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	MECANISMO DE ACCIÓN	EFECTOS ADVERSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Metamizol Magnésico • AlgiMabo • Neo Melubrina • Metalgial • Nolotil • Lasain • Metamizol Normon 	<p>Dolor agudo postoperatorio o postraumático, moderado o severo; dolor de tipo: cólico, de origen tumoral, ginecológico (dismenorrea), odontológico (gingivitis). Fiebre alta que no responde a otros antitérmicos.</p>	<p>Pirazolona con efectos analgésicos, antipiréticos y espasmolíticos. Actúa impidiendo la formación de prostaglandinas en el organismo, ya que inhibe a la enzima ciclooxigenasa. Las prostaglandinas se producen en respuesta a una lesión, o a ciertas enfermedades, y provocan inflamación y dolor. El metamizol reduce la fiebre y el dolor.</p>	<p>Hipotensión, reacciones anafilácticas, agranulocitosis, reacciones cutáneas y mucosas, disnea, molestias gastrointestinales, color rojo en orina, porfiria aguda intermitente, deficiencia congénita de G6PDH,</p>
<p>TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN</p>	<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA</p>	<p>PRESENTACIÓN</p>
<p>Una ampolla de 2 g de metamizol por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, salvo criterio médico, sin sobrepasar las 3 ampollas por día. vía oral: de 1 a 2 g cada 8 horas</p>	<p>Control de signos vitales. Precaución. Evitar la administración repetida de dosis elevadas. En tratamientos de corta duración no es necesaria una reducción de la dosis.</p>	<p>Los metabolitos del metamizol son excretados en la leche materna, por lo que se debe evitar la lactancia durante las 48 horas después de su administración. No administrar en 1er y está contraindicado en el 3er trimestre; en el 2º, valorar riesgo/beneficio. No puede excluirse la posibilidad de cierre prematuro del conducto arterioso (Botalli) y de complicaciones perinatales debidas al deterioro de la agregación plaquetaria tanto del neonato como de la madre. Por tanto, está contraindicado durante el tercer trimestre del embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 575 miligramos cápsulas • 1000 miligramos ampollas • 2000 miligramos ampollas • Sol. iny. 0,4 mg/ml



Ilustración 11

NOMBRE COMERCIAL	TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN	MECANISMO DE ACCIÓN	INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA
<ul style="list-style-type: none"> • Nifedipino • Adalat • Dilcor • Pertensal Oros complibersosten 	<p>Vía oral. Administrar independientemente de las comidas, no deben partirse, deben tragarse enteros y sin masticar con ayuda de un poco de líquido. La ingesta de alimentos retrasa, pero no reduce, la absorción. Evitar tomar zumo de pomelo. Adultos</p> <p>Liberación rápida (angina, Raynaud, -no usar en HTA-): inicialmente 10 mg/VO/8 h; dosis máxima 20 mg/8h.</p> <p>Liberación retardada (angina, HTA, Raynaud): inicialmente 20 mg/8-12 h; dosis máxima 60 mg/12 h</p> <p>Formulación Oros (angina, HTA, Raynaud): inicialmente 30 mg/24 h; dosis máxima: 120 mg/24 h.</p>	<p>Antianginosos, Antihipertensivos, antagonistas del calcio. Actúa bloqueando los canales de calcio que se encuentran en el corazón y en los vasos sanguíneos. De esta forma consigue disminuir el movimiento de calcio a través de las células lo que produce una disminución del ritmo cardíaco y de la presión arterial, ya que relaja la musculatura de los vasos sanguíneos. Sobre la circulación coronaria provoca vasodilatación, lo que provoca un aumento del flujo sanguíneo y de la oxigenación del corazón.</p>	<p>Aumenta efecto hipotensor de: diuréticos, β-bloqueantes, IECA, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, otros antagonistas del calcio, bloqueantes alfa-adrenérgicos. Aumenta toxicidad de: digoxina. Jugo de pomelo inhibe el metabolismo oxidativo.</p>



INDICACIONES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EFECTOS ADVERSOS	PRESENTACIÓN
<p>Angina de pecho crónica estable en tratamiento. Combinado, angina de pecho vasoespástica, s. de Raynaud, Hipertensión Arterial. Sólo debe administrarse en el embarazo si el beneficio justifica el riesgo potencial.</p>	<p>Los pacientes con trastornos de la función hepática deben ser vigilados estrechamente, pudiendo ser necesaria una disminución de dosis.</p> <p>Los comprimidos Oros y las formas de liberación Retard no deben masticarse ni partirse. Se tragarán enteros junto con un vaso de agua.</p> <p>En caso necesario, la suspensión del tratamiento debe hacerse de forma gradual, reduciendo poco a poco la dosis. Únicamente se acepta el empleo en embarazadas en caso de que no exista otra.</p>	<p>Cardiovascular: edema periférico, hipotensión, palpitaciones, síncope, arritmias, edema pulmonar, angina, taquicardia. SNC: mareos, nerviosismo, cefalea, alteraciones del sueño, insomnio, visión borrosa, alteraciones del equilibrio, parestesias, debilidad, parestesias, ansiedad, somnolencia, vértigo, Dermatológicos: dermatitis, rash, prurito, urticaria, síndrome de Stevens-Johnson</p> <p>GI: náuseas, diarrea, disconfort abdominal, dispepsia, flatulencia, retortijones Genitourinarios: alteraciones en la micción, dificultad sexual. Hepáticas: hepatitis, hepatotoxicidad, elevación de enzimas hepáticas. Hematológicas: anemia, leucopenia, trombocitopenia, test de Coombs positivo con o sin anemia hemolítica. Respiratorio: congestión nasal, respiración jadeante, disnea, infección respiratoria.</p>	<p>Cápsulas de liberación rápida de 10 mg. Forma Retard: de 20 mg y comprimidos recubiertos de 20 mg. Formulación Oros (liberación sostenida): comprimidos de 30 y 60 mg.</p>

Ilustración 12

Nombre Comercial: Trama
HIDROCLORURO, Adolonta
 Ceparidin, Tioner, Tradonal
 Tralgiol, Zytram, Zytram BID



INDICACIONES

Dolor de moderado a severo.

Presentación	Efectos Adversos	Intervención De Enfermería
Ampollas de 2 ml conteniendo 100 mg. Cápsulas de 50 mg. Comprimidos de liberación controlada de 150 mg, 200 mg, 300 mg y 400 mg. Comprimidos retard de 75 mg, 100 mg, 150 mg y 200 mg. Cápsulas retard de 50 mg, 100 mg, 150 mg y 200 mg. Solución conteniendo 100 mg/ml. Supositorios de 100 mg.	SNC: mareo, vértigo, somnolencia, desorientación, euforia, depresión respiratoria. Cardiovasculares: hipotensión postural, síncope, vasodilatación. GI: náuseas, vómitos, sequedad de boca, dolor abdominal, anorexia, estreñimiento. Dermatológicos: urticaria y rash.	Mayores de 75 años, I.R. e I.H. moderadas: prolongar intervalos de dosificación. Precaución en dependientes de opioides, con tendencia al abuso, traumatismo craneal, shock, perturbación del conocimiento de origen desconocido, depresión respiratoria, hipertensión intracraneal, porfiria aguda, alteraciones del tracto biliar, epilépticos, tendencia a convulsiones o tratados con medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo o metabolizados por CYP3A4 o CYP2D6 o depresores del SNC. Bajo potencial de dependencia, pero a largo plazo puede inducir tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.
Técnicas De Administración	Mecanismo de Acción	Interacción Medicamentosa
Formas orales sólidas: tomar enteras, sin dividir ni masticar, con suficiente líquido y con o sin comidas. Formas orales líquidas: tomar con un poco de líquido o de azúcar, con o sin comidas. Inyectable: administración parenteral: IM, SC, IV (inyección lenta, 2-3 minutos) o bien puede administrarse diluido por perfusión o mediante un dispositivo de analgesia controlado por el paciente, bajo vigilancia médica, en una sala de reanimación convenientemente equipada.	Analgésico de acción central, agonista puro no selectivo de los receptores opioides μ , delta y kappa, con mayor afinidad por los μ .	Inhibidores de la recaptación de serotonina y los neurolépticos aumentan el riesgo de convulsiones. En pacientes en tratamiento con otros analgésicos opiáceos, anestésicos volátiles, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, hipnóticos o fenotiacinas y el consumo de alcohol aumenta el riesgo de depresión respiratoria y hemodinámica. Su efecto está disminuido por el uso concomitante de carbamazepina. Su potencia está aumentada por otros analgésicos (opiáceos y no opiáceos) y agonistas alfa ₂ .

Ilustración 13


<p>Nombre Comercial: HIDRALAZINA Apresoline Dralserp</p>		<p style="text-align: center;">INDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia Cardíaca Congestiva • Hipertensión Arterial • Insuficiencia Respiratoria.
<p style="text-align: center;">Presentación</p> <p>Tableta 10mg Ampolla 20mg En combinación con beta-bloqueantes y diuréticos: NEATENOL DIUVAS: bendrofluometiazina (5 mg); atenolol (100 mg); hidralazina (50 mg) FIDES ROTTAPHARM</p>	<p style="text-align: center;">Efectos Adversos</p> <p>SNC: mareo, vértigo, somnolencia, desorientación, euforia, depresión respiratoria. Cardiovasculares: hipotensión postural, síncope, vasodilatación. GI: náuseas, vómitos, sequedad de boca, dolor abdominal, anorexia, estreñimiento. Dermatológicos: urticaria y rash.</p>	<p style="text-align: center;">Intervención De Enfermería</p> <p>Mayores de 75 años, I.R. e I.H. moderadas: prolongar intervalos de dosificación. Precaución en dependientes de opioides, con tendencia al abuso, traumatismo craneal, shock, perturbación del conocimiento de origen desconocido, depresión respiratoria, hipertensión intracraneal, porfiria aguda, alteraciones del tracto biliar, epilépticos, tendencia a convulsiones o tratados con medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo o metabolizados por CYP3A4 o CYP2D6 o depresores del SNC. Bajo potencial de dependencia, pero a largo plazo puede inducir tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia</p>
<p style="text-align: center;">Técnicas De Administración</p> <p>Oral. Administrar con agua antes de las comidas. Parenteral. Disolver el contenido de la ampolla en 1 ml de agua para inyección y aplicar inmediatamente. No se recomienda la administración en soluciones que contengan glucosa, fructosa, lactosa y maltosa. Debido a que la hidralazina reacciona con metales, el inyectable debe prepararse con filtro no metálico y utilizarse rápidamente una vez preparado tras extraerse con aguja a una jeringa. Es compatible con los líquidos</p>	<p style="text-align: center;">Mecanismo de Acción</p> <p>Vasodilatador periférico de acción directa que actúa principalmente sobre las arterias causando una relajación directa del músculo liso arteriolar. La hidralazina es un vasodilatador de acción directa en las arteriolas sistémicas. Además altera el metabolismo del calcio, interfiriendo con los movimientos del mismo.</p>	<p style="text-align: center;">Interacción Medicamentosa</p> <p>Inhibidores de la recaptación de serotonina y los neurolépticos aumentan el riesgo de convulsiones.</p> <p>En pacientes en tratamiento con otros analgésicos opiáceos, anestésicos volátiles, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, hipnóticos o fenotiacinas y el consumo de alcohol aumenta el riesgo de depresión respiratoria y hemodinámica.</p> <p>Su efecto está disminuido por el uso concomitante de carbamazepina. Su potencia está aumentada por otros analgésicos (opiáceos y no opiáceos) y agonistas alfa₂.</p>

Ilustración 14

Nombre Comercial: RANITIDINA

Ranuber

Toriol

Zantac



INDICACIONES

En ads.: úlcera duodenal; úlcera gástrica benigna; s. de Zollinger-Ellison; profilaxis de la hemorragia recurrente en pacientes con úlcera sangrante; esofagitis péptica y tto. de los síntomas asociados; profilaxis de hemorragia gastrointestinal debida a úlceras de estrés en enfermos graves; en el preoperatorio, en pacientes con riesgo de síndrome de aspiración ácida (síndrome de Mendelson), especialmente pacientes obstétricas durante el parto.

Presentación	Efectos Adversos	Intervención De Enfermería
<p>Ampollas de 50 mg en 5 ml (10mg/ml) Comprimidos de 150 y 300 mg</p>	<p>Poco frecuentes: dolor abdominal, estreñimiento, náuseas (estos síntomas mejoran generalmente con el tto. continuado). Hipersensibilidad.</p>	<p>La administración IV debe ser lenta (diluir al menos con 20 ml de diluyente y administrar en 5-15 minutos). Utilizar en embarazo y lactancia únicamente si su administración es esencial (pasa placenta y leche materna). Las dosis terapéuticas administradas en pacientes. Obstétricas durante el parto o la cesárea no han mostrado ningún efecto adverso sobre el mismo o el progreso neonatal. No necesario ajustar la dosis en ancianos.</p>
Técnicas De Administración	Mecanismo de Acción	Interacción Medicamentosa
<p>Vía oral. Los comprimidos se deben tomar enteros con agua y no se deben romper o machacar. La administración IV debe ser lenta (diluir al menos con 20 ml de diluyente y administrar en 5-15 minutos)</p>	<p>Antagoniza los receptores H₂ de la histamina de las células parietales del estómago. Inhibe la secreción estimulada y basal de ác. Gástrico y reduce la producción de pepsina.</p>	<p>Disminuye absorción de: ketoconazol (administrar ranitidina mín. 2 h antes), atazanavir, delavirdina, gefitinib. Aumenta absorción de: triazolam, midazolam, glipizida. Absorción disminuida por: antiácidos altamente neutralizantes administrados en ayunas, como hidróxidos de Al o Mg, espaciar 1 h; sucralfato a dosis altas (administrar 2 h después de ranitidina). Modifica tiempo de protrombina con: anticoagulantes cumarínicos (warfarina), monitorizar. A dosis elevadas reduce excreción de: procainamida, N-acetilprocainamida. Lab: interfiere con prueba de secreción ácida gástrica y con pruebas cutáneas con extractos de alérgenos, no tomar 24 h antes. Falso + de prueba de proteínas en orina con Multistix (realizar con ác. sulfosalicílico).</p>

Ilustración 15

NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	MECANISMO DE ACCIÓN	EFECTOS ADVERSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cefazolina • Areuzolin, • Kurgan, • Tasep, • Tecfazolin 	<p>Infección respiratoria inferior, exacerbación bacteriana de bronquitis crónica y neumonía, urinaria, pielonefritis, de piel y tejido blando, biliar, osteoarticular, septicemia, endocarditis; profilaxis en cirugía contaminada o infección de herida quirúrgica con riesgo importante.</p>	<p>Interfiere en la fase final de síntesis de pared celular bacteriana..</p>	<p>Hipersensibilidad a cefalosporinas. Vaginitis, moniliasis genital, fiebre medicamentosa, erupción cutánea, prurito vulvar, eosinofilia, shock anafiláctico; neutro, leuco y trombocitopenia; elevación de enzimas hepáticas, BUN y creatinina sérica, I.R., diarrea, náuseas, vómitos, anorexia, aftas bucales, trastorno hepatobiliar y urinario, prurito genital, dolor y flebitis en zona de iny..</p>
TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA	PRESENTACIÓN
<p>Vía IM/IV. En iny. IV administrar lentamente durante 3-5 min.</p>	<p>Hipersensibilidad a penicilinas, alergias medicamentosas; en I.R.: ajustar dosis; riesgo de colitis pseudomembranosa y sobrecrecimiento de microorganismos no sensibles, en tto. prolongado; máx. 100 mg/kg en niños con p.c. < 60 kg y 6 g/día en niños con p.c. > 60 kg; no recomendado en prematuros y < 1 mes; no administrar vía intratecal: toxicidad severa del SNC.</p>	<p>Antagonismo con: antibióticos bacteriostáticos. Secreción tubular disminuida por: probenecid. Lab: falso + en glucosuria con sol. deFehling, Benedict o tabletas Clinitest y en test de Coombs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vial con 1 g de Cefazolina en polvo + ampolla con 10 ml de agua para inyección. • Vial con 2 g de Cefazolina en polvo. • Cefazolina 1 g en 50 ml de ClNa al 0,9 %. • Cefazolina de 2 g en 100 ml de solución de ClNa al 0,9 %.



Ilustración 16

Nombre Comercial: SULFATO DE MAGNESIO



INDICACIONES

Tto. preventivo y curativo de la crisis de eclampsia: infus. IV de 16 mmol de catión Mg (4 g de sulfato de Mg) durante 20-30 min; si persiste, administrar otra infus. de 16 mmol. Dosis máx. acumulada: 32 mmol de catión Mg durante la 1 era hora (8 g de sulfato de Mg). Después, infus. continua de 8-12 mmol de catión Mg/h (2-3 g/h de sulfato de Mg) durante las 24 h posteriores a la última crisis.

Hipocalcemia.

Coadyuvante en Asma.

Presentación	Efectos Adversos	Intervención De Enfermería
<p>Ampollas para uso EV con 1500 mg en 10 ml.(1 gr=8.1 mEq). Ampollas para administración IM con 750 mg de sulfato de Magnesio y 20 mg de procaína, diluídos en 5 ml de agua bidestilada</p>	<p>Náuseas, vómitos, debilidad, flushing. > 5 Cambios eléctricos; prolongación de los intervalos PR, QRS y QT. 7-10 Hipotensión, disminución de los reflejos osteotendinosos, sedación. >10 Parálisis muscular, depresión respiratoria, arritmias. >14 Muerte por parada respiratoria o asistolia.</p>	<p>Hipersensibilidad a penicilinas, alergias medicamentosas; en I.R.: ajustar dosis; riesgo de colitis pseudomembranosa y sobrecrecimiento de microorganismos no sensibles, en tto. prolongado; máx. 100 mg/kg en niños con p.c. < 60 kg y 6 g/día en niños con p.c. > 60 kg; no recomendado en prematuros y < 1 mes; no administrar vía intratecal: toxicidad severa del SNC.</p>
Técnicas De Administración	Mecanismo de Acción	Interacción Medicamentosa
<p>Para el tratamiento profiláctico de la enfermedad de la membrana hialina en niños prematuros hay que administrar a la madre antes del parto la siguiente pauta de dosificación: si se estima necesario inducir el parto antes de la 32.^a semana de gestación, o si resulta inevitable el nacimiento prematuro antes de la 32.^a semana de gestación por una complicación obstréctica, se recomienda inyectar un vial de CELESTONE CRONODOSE por vía intramuscular, por lo menos 24 horas antes del momento previsto del parto. Debe administrarse una segunda dosis 24 horas más tarde, a no ser que el parto haya tenido ya lugar.</p>	<p>El magnesio, catión principalmente intracelular, disminuye la excitabilidad neuronal y la transmisión neuromuscular. Interviene en numerosas reacciones enzimáticas. Es un elemento constitutivo; la mitad del magnesio del organismo se encuentra en los huesos.</p>	<p>Prolongación del bloqueo neuromuscular y riesgo de depresión respiratoria con: barbitúricos, opiáceos e hipnóticos. - Precaución con: glucósidos digitálicos. Hipersensibilidad; I.R. grave (Clcr< 30 ml/min).; no se recomienda en asociación con derivados de la quinidina; taquicardia; insuf. cardíaca; lesión miocárdica; infarto; I.H Cuando hay sobre-dosificación de sulfato Iny. IV de 1 g de gluconato cálcico.</p>

Ilustración 17



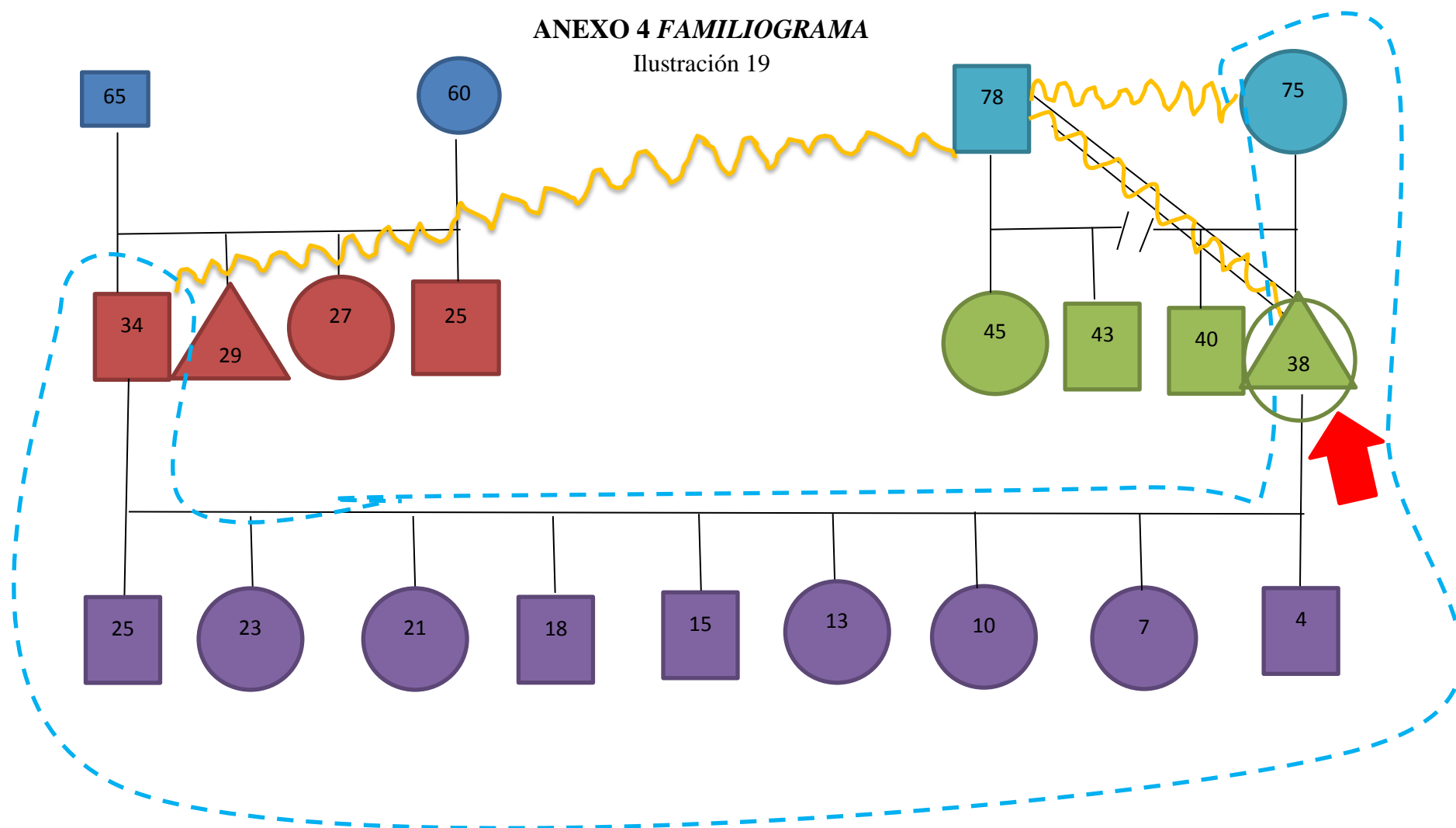
<p>Nombre Comercial: BETAMETASONA Betnovate Celestoderm V Diproderm.</p>		<p>INDICACIONES</p> <p>Trastornos endocrinos. Shock. Edema cerebral. Prevención de episodio de rechazo de trasplante renal. Tétanos. Prevención del síndrome de dificultad respiratoria. Enf. osteomusculares. Enf. del colágeno.</p>
Presentación	Efectos Adversos	Intervención De Enfermería
<p>Cada ampolla de 1 ml contiene: Betametasona 4 mg.</p>	<p>Trastornos de líquidos y electrolitos orgánicos, osteomusculares, gastrointestinales, dermatológicos, neurológicos, endocrinos, oftálmicos, metabólicos y psiquiátricos. Corticoterapia parenteral: ceguera (tto. intralesional en cara y cabeza), híper o hipopigmentación, atrofia cutánea y subcutánea, absceso estéril, sensación de ardor, artropatía tipo Charcot.</p>	<p>No suspender bruscamente el tto. Precaución en situación de estrés (aumentar dosis), hipotiroidismo, cirrosis, herpes simple ocular, tendencias psicóticas, colitis ulcerosa, diverticulitis, anastomosis intestinal, úlcera péptica, I.R., hipertensión, osteoporosis, miastenia gravis, tuberculosis latente (vigilar), niños, embarazo. Evitar vacunar. Puede producir cataratas, glaucoma o enmascarar signos de infección. Evitar en embarazadas con preeclampsia, eclampsia o lesión placentaria. No utilizar la presentación Cronodose vía IV ni en infecciones agudas o crónicas.</p>
Técnicas De Administración	Mecanismo de Acción	Interacción Medicamentosa
<p>Para el tratamiento profiláctico de la enfermedad de la membrana hialina en niños prematuros hay que administrar a la madre antes del parto la siguiente pauta de dosificación: si se estima necesario inducir el parto antes de la 32.^a semana de gestación, o si resulta inevitable el nacimiento prematuro antes de la 32.^a semana de gestación por una complicación obstréctica, Debe administrarse una segunda dosis 24 horas más tarde, a no ser que el parto haya tenido ya lugar. La necesidad de administrar la primera dosis 24 horas antes del parto.</p>	<p>Antiinflamatorio potente, antirreumático y antialérgico.</p>	<p>Efecto disminuido por: fenobarbital, rifampicina, difenilhidantoína o efedrina. Efecto aumentado por: estrógenos. Aumento de arritmias o toxicidad digital asociada con hipocaliemia con: glucósidos cardiacos. Aumento de depleción de potasio de: amfotericina B. Aumenta y disminuye efecto de: anticoagulantes tipo cumarina. Aumenta la incidencia o gravedad de úlceras gastrointestinales con: AINE o alcohol.</p>

Ilustración 18

<p>Nombre Comercial: PARACETAMOL Actron Temppra' Acetaminofen</p>		<p>INDICACIONES</p> <p>-Oral o rectal: fiebre; dolor de cualquier etiología de intensidad leve o moderado. - IV: dolor moderado y fiebre, a corto plazo, cuando existe necesidad urgente o no son posibles otras vías.</p>
Presentación	Efectos Adversos	Intervención De Enfermería
<p>Cápsulas de 500 mg Comprimidos de 160 mg, 250 mg, 500 mg y 650 mg. Comprimidos efervescentes de 1g. Gotas conteniendo 100 mg/ml.. Solución de 150 mg/ml y de 325 mg/ml. Suspensión de 120 mg/5 ml. Supositorios de 150 mg, 250mg, 300 mg, 500 mg y 600 mg.</p>	<p>Raras: malestar, nivel aumentado de transaminasas, hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea, alteraciones hematológicas, hipoglucemia, piuria estéril.</p>	<p>En casos de insuficiencia renal, se debe aumentar el intervalo entre dosis en función del aclaramiento de creatinina (Ccr). Con Ccr de 10-50 ml/min: pautar cada 6-8 h. Con Ccr < 10 ml/min: pautar cada 8-12h. Aparentemente es seguro durante la gestación en tratamientos cortos. Durante la lactancia se debe administrar después de las tomas.</p>
Técnicas De Administración	Mecanismo de Acción	Interacción Medicamentosa
<p>Solución oral: puede tomarse diluida en agua, leche o zumo de frutas o bien directamente. Polvo para solución oral: tomar disuelto en agua. Granulado para solución oral: disolver en 1/2 vaso de agua fría y tomar inmediatamente. Supositorio: introducir profundamente en el recto. Si está demasiado blando para utilizarlo, enfríelo en la nevera durante 30 min o bajo el chorro de agua fría antes de quitar la envoltura o, si fuera necesario después, para evitar su reblandecimiento. Debe usarse el supositorio completo. No fraccionar antes de su administración</p>	<p>Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.</p>	<p>Aumenta efecto (a dosis > 2 g/día) de: anticoagulantes orales. Hepatotoxicidad potenciada por: alcohol, isoniazida. Biodisponibilidad disminuida y potenciación de la toxicidad por: anticonvulsivantes. Disminuye efecto de: diuréticos de asa, lamotrigina, zidovudina. Acción aumentada por: probenecid, isoniazida, propranolol. Puede aumentar toxicidad de: cloranfenicol. Aumenta tiempo de protrombina.</p>

ANEXO 4 FAMILIOGRAMA

Ilustración 19



La señora N.N de 38 años de edad que presenta un embarazo más o menos de 24.5 semanas por fecha ultima de menstruación, reside en el cantón Quinindé de la Provincia de Esmeraldas, con el esposo, nueve hijos de los cuales cuatro son varones y cinco mujeres, y la madre, la misma que está separada del padre de la paciente, pese a esto la usuaria mantiene una relación estrecha y a su vez conflictiva con el padre,

ANEXOS 5 INSTRUMENTOS



Entrevista Dirigida A Paciente Con Ecalmpsia + Síndrome De Hellp + Anemia Post Cesárea, En El Hospital Delfina Torres De Concha De La Provincia Esmeraldas.

Los datos servirán para la elaboración del trabajo de titulación: Estudio de Caso sobre **ECALMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA**, previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, por lo que solicito su apoyo.

Objetivo: Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en una paciente con diagnóstico médico de **ECLAMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA** quien se encuentra hospitalizada en el servicio Gineco Obstetricia del Hospital Delfina torres de Concha en la provincia de Esmeraldas.

Fecha:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

1. ¿Con quién vive?
2. ¿Cuántos partos o cesáreas ha tenido?
3. ¿Cuántos hijos vivos y cuántos fallecidos? causa de muerte.
4. ¿Algún miembro de su familia padece de hipertensión arterial?
5. ¿Por qué motivo acudió a la institución?
6. ¿Recibió controles durante su embarazo?
7. ¿Cuántos controles recibió durante su embarazo y dónde los recibió?
8. ¿Según su opinión qué es eclampsia?
9. ¿Ha observado usted que presenta mejora en el estado de su salud con la medicación que toma actualmente?
10. ¿Considera que ha sido maltratada física o verbalmente por el personal de salud?
11. ¿Cómo considera la atención que le proporciona el personal de salud de la institución?
12. ¿Cree que la información que usted proporciona, haciendo hincapié en la sintomatología y padecimientos que presenta es tomada en cuenta por el personal que le atiende?



**ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE MEDICINA
REFERENTE A ECALMPSIA + SÍNDROME DE HELLP +
ANEMIA POST CESÁREA, EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA EN HOSPITAL DELFINA TORRES DE
CONCHA DE LA PROVINCIA ESMERALDAS.**

Los datos servirán para la elaboración del trabajo de titulación: Estudio de Caso sobre **ECALMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA**, previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, por lo que solicito su apoyo.

Objetivo: Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en una paciente con diagnóstico médico de ECLAMPSIA + SÍNDROME DE HELLP + ANEMIA POST CESÁREA quien se encuentra hospitalizada en el servicio Gineco Obstetricia del Hospital Delfina torres de Concha en la provincia de Esmeraldas.

Fecha:

1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para que se produzcan trastornos hipertensivos durante la gestación, eclampsia, síndrome de Hellp, y anemia post parto?
2. ¿Cuáles son las principales intervenciones que realizan cuando ingresa una paciente con diagnóstico presuntivo de eclampsia?
3. ¿En qué consiste el tratamiento para la eclampsia?
4. ¿Qué aspectos se toman en cuenta para brindar tratamiento a pacientes con síndrome de Hellp?
5. ¿Cuáles son las intervenciones que realizaría frente a un caso de Síndrome de Hellp?
6. ¿Cuáles son los criterios para autorizar la transferencia de un paciente?
7. ¿Qué consecuencias se generarían estos trastornos hipertensivos en el recién nacido?
8. ¿Cuáles son las acciones a tomar en cuenta en una paciente con anemia post cesárea?
9. ¿Qué tipo de dieta es indicada para pacientes con estos trastornos?



**ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA REFERENTE A ECALMPSIA E
INTERVENCIONES EN DICHA PATOLOGÍA.**

1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para que se produzca trastornos hipertensivos durante la gestación?
2. ¿Cuáles son las acciones que realizan ante una gestante con eclampsia?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que realizaría frente a un caso de Síndrome de Hellp?
4. ¿Qué consecuencias tienen estos trastornos hipertensivos en el recién nacido?
5. ¿Cuáles son las acciones a tomar en cuenta en una paciente con anemia post cesárea?

Ilustración 20

Mejora de la captación y derivación oportuna

GERENCIA INSTITUCIONAL DE DISMINUCIÓN ACCELERADA DE MUERTE MATERNA									
SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	–	–	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89	90	91-139	–	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51-59	–	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤10	–	11	12-20	–	21-29	≥30	FR	
T (°C)	≤36	–	–	36.1-37.6	37.7-38.4	–	≥38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤85	86-89	90-93*	94-100	–	–	–	Sat	
Estado de Conciencia	–	confusa / agitada	–	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (*)	–	–	–	(-)	(+)	–	–	Proteinuria	

(*) Sobre las 20 semanas de gestación
 (90-93%*) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0
 (**) Sin oxígeno suplementario

La puntuación de "0" como estado normal y "3" como puntuación de máximo riesgo

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación para detección de riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención.

PROPOSITO: clasificar la gravedad de las pacientes, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.



(Pública, 2015)

Ilustración 21

ROTS

MOTOLIDAD

Fuerza muscular: La fuerza muscular se mide en grados de 0 al 5

- 0 no hay fuerza muscular.
- 1 indicio de contracción.
- 2 movimiento activo que no vence la gravedad.
- 3 movimiento activo que vence la gravedad.
- 4 movimiento activo que vence la gravedad y pequeña oposición.
- 5 movimiento activo que vence oposición completa.
Contracción muscular normal.

(Meza, 2015)