

70
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TOXEMIA GRAVIDICA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE
ATENCION DE ENFERMERIA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
MARIA GUADALUPE PACHECO PRADO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

I.	<u>MARCO TEORICO</u>	5
1.1	Generalidades de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	5
1.2	Cronología del embarazo	13
1.3	Fisiología materna durante el embarazo	20
1.4	Diagnóstico de embarazo y control prenatal	29
1.5	Valoración del riesgo durante el embarazo	38
1.6	Trastornos hipertensivos del embarazo	41
1.7	Preeclampsia	51
1.8	Historia Natural de la Preeclampsia	78
II.	<u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	79
2.1	Recolección de datos	79
2.2	Problema actual o padecimiento	83
2.3	Diagnóstico de Enfermería	89
III.	<u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	90
	CONCLUSIONES	106
	BIBLIOGRAFIA	113
	ANEXOS	
	GLOSARIO DE TERMINOS	

INTRODUCCION

Las políticas de salud en el país y los propósitos del sector salud en jerarquizar la atención médica por niveles de especialización, para llegar a responder en una forma más organizada a las demandas de asistencia por parte de la población y optimizar los recursos disponibles, para alcanzar mayor cobertura dando mejor calidad de atención a la salud del individuo, contando con el equipo necesario para llevarlo a cabo.

En la paciente embarazada con frecuencia se puede producir hipertensión arterial aunque haya sido momentánea o se puede acentuar en la que ya era hipertensa.

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones corrientes de la gestación y forman una de las grandes triadas de complicaciones en obstetricia; la hemorragia, la hipertensión y la sepsis, responsables de una gran parte de las muertes materno-fetales.

La preeclampsia es un padecimiento o un grupo de padecimientos que complican frecuentemente el estado gravídico hacia el final del embarazo o en el puerperio temprano y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y en ciertos casos severos hay convulsiones y estado de coma.

La hipertensión arterial en la embarazada se considera cuando se elevan las presiones diastólica a 90 mmHg o más, acompañada del ascenso de la presión sistólica de 140 mmHg., o más.^{1/}

Este padecimiento es un trastorno de etiología desconocida que afecta al sistema cardiovascular y se caracteriza por un curso clínico gradualmente progresivo, el cual se diagnostica en la embarazada cuando los niveles de la tensión arterial señalados se registran previamente al sexto mes del embarazo y se mantiene más de seis meses después del parto.

La preeclampsia afecta más a menudo a las nulíparas y aumenta la susceptibilidad en cada extremo de la escala de las edades. En las nulíparas mayores hay más probabilidad de sufrir hipertensión crónica, la cual predispone al desarrollo de la preeclampsia.

La preeclampsia tiene su incidencia más elevada entre las mujeres de clase media y baja, ya que la mayoría de éstas no cuentan con una adecuada asistencia prenatal, ya sea por el no acceso a los servicios de salud, mala nutrición o por la ignorancia que en muchos casos se traduce en vergüenza por lo tanto, no acuden a recibir asistencia médica.

^{1/} A. Pritchard, Jack, Obstetricia, p. 539.

Normalmente el llegar a la preclampsia es evitable y por esto es rara a medida que un número cada vez mayor de mujeres reciban una asistencia prenatal adecuada, habrá menos complicaciones, ya que una buena supervisión con la detección de signos y síntomas de la preeclampsia próxima y dando un tratamiento adecuado, conseguirán en muchos casos mejoría suficiente para que las condiciones del niño y la madre sean satisfactorias.

La eclampsia es la aparición de convulsiones no causadas por enfermedad neurológica como en el caso de la epilepsia, sino en una mujer que también cumple los criterios de la preeclampsia.^{2/}

Es por esto que el personal de enfermería juega un papel muy importante en la asistencia prenatal realizando detección oportuna y evitando se llegue a complicaciones posteriores.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia en su afán de reconquistar un campo ya perdido, como es la asistencia obstétrica su labor cobra mayor responsabilidad en la detección del riesgo y de la canalización oportuna para su atención.

Durante las prácticas hospitalarias se observó que la mayoría de las pacientes que asisten a recibir atención médica a

2/ Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia # 3, Ginecología y Obstetricia, p. 381.

las instituciones son de nivel socioeconómico medio y bajo y es frecuente encontrar pacientes con problemas hipertensivos.

La frecuencia de la problemática dentro de la Institución en donde se le ha dado un gran apoyo al estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en lo referente a la práctica obstétrica, es motivación para elegir como opción de titulación el enfatizar sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Toxemia Gravídica, ya que su frecuencia en nuestro país ha ido en aumento.

I. MARCO TEORICO

1.1 Generalidades de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

El aparato reproductor femenino está constituido por órganos internos y externos. Los órganos internos están conformados por el útero, tubas uterinas, ovarios y vagina; los segundos, u órganos externos, por el monte de Venus, labios menores, clítoris, vestíbulo, meato urinario, introito vaginal, himen, conductos de Sken y glándulas de Bartholini.

Utero: es un órgano en forma de pera invertida, situada entre el recto y la vejiga y tiene un papel importante en la menstruación, implantación del huevo, desarrollo del feto durante el embarazo y, en el trabajo de parto; mide aproximadamente 7.5 cms., de longitud y 5 centímetros de ancho y de grueso 1.75 centímetros.^{3/}

Las subdivisiones anatómicas del útero son la porción en forma de cúpulas por encima de las tubas uterinas llamadas fondo, la porción mayor central denominada cuerpo y la porción inferior estrecha que se abre en la vagina llamada cuello o cérvix y entre el cuello y el cuerpo del útero hay una zona constreñida, la cual es llamada istmo.

3/ Ibidem. p. 390

El útero es mantenido en su posición por los ligamentos uterosacros, ligamentos anchos que unen al útero a cada lado de la cavidad pélvica, ligamento redondo y cardinal. El cuerpo del útero llamado también segmento muscular; consta de tres capas musculares, una capa interior llamada endometrio, una capa muscular media o miometrio, y una capa externa o capa serosa que cubre todo el cuerpo del útero.

Para entender como se presenta la menstruación y como el feto recibe nutrición de su madre, es preciso decir algo en relación con la irrigación sanguínea del útero. Las ramas de las arterias uterinas, se distribuyen en forma circular por debajo de la capa serosa y dan origen a ramas que penetran al miometrio, en el momento de penetrar en el endometrio, estas ramas se dividen en dos clases de arteriolas, una termina en la capa basal y le lleva los materiales necesarios para regenerar la capa funcional, la otra penetra a esta última capa y sufre marcados cambios durante el ciclo menstrual.

Tubas uterinas: el organismo femenino tiene dos tubas uterinas llamadas también trompas de Falopio, son dos estructuras situadas, una de cada lado del útero en la parte superior y se desprenden de los cuernos del útero. Estas estructuras miden de 10 a 14 centímetros, formadas de cuatro partes cada una; la porción intersticial,

el ítemo, el ámputa y el infundíbulo, unidas directamente formando continuidad con el útero, colocadas entre los pliegues del ligamento ancho. El extremo abierto de cada tuba, denominado infundíbulo, se encuentra muy cerca del ovario pero no está unido a él y se ha-
ya rodeado por una franja de prolongaciones en forma de dedo, de-
nominadas fimbrias y en el momento de la ovulación envuelven al
óvulo.

Desde el punto de vista histológico, están compuestas por tres ca-
pas; la capa interna es la mucosa que contiene células columnales
ciliales, las que producen una corriente que impulsa a el óvulo ha-
cia el interior de las tubas y células secretoras que se cree contri-
buyen a la nutrición del óvulo. La capa media o capa muscular es-
tá compuesta de fibras circulares de músculo liso, las contracciones
peristálticas del músculo sirven para desplazar el óvulo hacia abajo,
en dirección al útero. Por último, la capa exterior de las tubas es
la membrana serosa.

Ovarios: estructuras situadas en la cara posterior del ligamento
ancho unidos a él por un mesoovario, llamados también gónadas fe-
meninas, son glándulas que semejan la forma y tamaño parecido al
de una almendra con cáscara, su tamaño es de más o menos de
tres centímetros de largo por dos de ancho y se encuentran unidos

a la vertiente posterior del ligamento ancho y descansan en una pequeña fosa de la pared pélvica llamada fosita de Krause o de Waldeyer, están ubicados en la parte alta de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero. Cada ovario tiene un hilio, punto de entrada de vasos sanguíneos y nerviosos. Es el único órgano de la cavidad pélvica que no está cubierto de peritoneo.^{4/}

Tienen dos funciones, producir células germinales (óvulos), y producir hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona). El espacio entre los ovarios y el final de las trompas correspondientes, permiten al óvulo flotar libremente después de que se desprendió del ovario.

El ovario tiene una corteza externa en la que se encuentran folículos primordiales en desarrollo y un tejido conectivo especializado (teca), además de una médula interna compuesta principalmente por el tejido conectivo y vasos sanguíneos.

En una vista microscópica puede observarse que cada ovario tiene una capa exterior de epitelio simple llamada epitelio germinativo, el interior del ovario está compuesto por tejido conjuntivo en el cual se encuentran los folículos ováricos llamados óvulos.

^{4/} Pritchard, Jack; op.cit., p. 30

Vagina:

La vagina es una estructura tubular que tiene una porción colocada dentro de la pelvis y una porción colocada en el periné, divididas ambas por el músculo elevador del ano que se adosa aproximadamente en su parte media, profundamente se adhiere al cérvix, de tal manera que forma los llamados fornices anterior, posterior y laterales.

La vagina no contiene glándulas, simplemente está formada por una mucosa que permite la salida del líquido que fluye a través de sus paredes, este líquido generalmente ácido, que impide a los organismos patógenos invadan la vagina. La vagina desemboca en la porción más posterior del vestíbulo, sirve de vía de paso del flujo menstrual, como receptáculo del pene durante la copulación y como la parte baja del canal del parto. Es un órgano revestido por una túnica mucosa que mide aproximadamente alrededor de diez centímetros de longitud y está situada entre la vejiga y el recto, dirigida hacia arriba y hacia atrás, en donde se une al útero.

El revestimiento de la vagina tiene múltiples pliegues, lo que le da un aspecto rugoso que permite su expansión durante el parto, se conocen como pliegues transversales de la vagina, formado de epitelio plano estratificado pero carecen de glándulas mucosas cervicales, y en cierto grado del líquido que fluye la vagina. Las células estratificadas de la vagina contienen glucógeno, el cual constituye el ali-

mento de los bacilos de Doderlain que normalmente habitan en la vagina; estos bacilos producen ácido láctico, y por ello el pH de la vagina es ácido de 4 a 5.5 para protección contra las vaginitis.^{5/}

El riego sanguíneo de la vagina proviene de las arterias vaginales que nace de las arterias ilíacas internas y rama descendente de las arterias uterinas; además, en la porción superior reciben sangre de las arterias de la vejiga y hacia abajo la riegan las ramas de las arterias hemorroidal media y pudenda interna.

Monte de Venus:

Pertenece a los órganos femeninos externos, también se conoce como monte de pubis; es una elevación de tejido graso cubierto de vello en forma triangular situado en la parte anterior de la sínfisis del pubis, por delante de la abertura vaginal y uretral. A partir del Monte de Venus se extienden hacia abajo y atrás dos pliegues denominados labios mayores y labios menores.

Labios mayores:

Tienen abundante tejido graso, glándulas sebáceas y sudoríparas; están cubiertas por piel y en ella abundante vello que cubre los labios menores.

5/ Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia, No. 3 op.cit., p. 3.

Labios menores:

A diferencia de los mayores, están desprovistos de vellos y tienen relativamente pocas glándulas sudoríparas, pero contienen numerosas glándulas sebáceas.

Se dividen hacia arriba en forma de horqueta y circunscriben el clítoris en su parte profunda, formando hacia arriba el capuchón y hacia abajo el frenillo del mismo.

Clítoris:

Es una pequeña estructura cilíndrica de aproximadamente una pulgada de largo, compuesta de dos cuerpos cavernosos que se extienden hacia abajo a cada lado de los huesos del arco púbico o glande, formada por una estructura distinta que es el principio de los bulbos vestibulares, de tal manera que el cuerpo del clítoris se divide hacia los lados de los cuerpos cavernosos y el glande, también se divide rodeando la vagina en los bulbos vestibulares.

Vestíbulo:

Es la hendidura que se observa cuando se separan los labios menores y comprende hacia arriba el orificio de la uretra y hacia abajo el orificio de la vagina, además de la glándula de Bartholini y los conductos

de Skene. En el interior del vestíbulo está también el himen y las aberturas de diversos conductos de las glándulas que secretan moco.

Meato urinario:

O también llamado meato de la uretra, es una pequeña abertura en la que se abren los conductos de Skene, contiene además las glándulas periuretrales y las uretrales que son repliegues de la mucosa de los cuales existen miles, el meato es externo y se haya de 1 a 1.5 centímetros por debajo del clítoris y está cubierto por los pliegues de los labios mayores y menores.

Orificio vaginal:

Se conoce también con el nombre de introito vaginal, se localiza a la entrada de la vagina; en la mujer virgen está compuesto por el cierre casi completo del himen.

Himen:

Es una membrana que tiene como función prevenir la entrada de la orina en la vagina; en la porción central de esta membrana hay un pequeño agujero que permite la salida de la menstruación, membrana elástica pero muy delgada, la cual se rompe al tener la primer relación sexual.

Los conductos de Sken y glándulas de Bartholin:

Tiene como función primordial la de secretar moco para mantener lubricada la vagina, principalmente durante la excitación sexual. Los conductos de Bartholin tienen una longitud de 1.5 a 2 centímetros y se dirigen hacia arriba hasta las glándulas situadas una a cada lado en dirección lateral por encima de los músculos constrictores de la vagina.

1.2 Cronología del embarazo;

Una vez que se han desarrollado el espermatozoide y el óvulo a través del proceso de la meiosis, y que los espermatozoides se depositan en la vagina durante el acto sexual, hay posibilidades de presentarse el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que desde el punto de vista fisiológico, el embarazo no puede ser considerado como un simple crecimiento de un feto sobreañadido al metabolismo de la mujer. El desarrollo del feto se acompaña de cambios importantes en la composición y metabolismo de la madre.

Muchos autores apoyan la posibilidad de que sólo por un movimiento flagelar los espermatozoides progresan y llegan hasta el ovario; las contracciones del útero inducidas por las prostaglandinas y por el or-

gasmio y sobre todo por un movimiento de succión que se ejerce hacia el peritoneo, son los factores que contribuyen al encuentro de los gametos.

La unión entre el óvulo y el espermatozoide se hace en el momento de la ovulación o poco después en el tercio externo de la tuba uterina; si la unión se lleva a cabo posteriormente o en un lugar más alejado al ya citado, se producirán dos posibilidades: a) El óvulo después de ser exteriorizado, tiende a deteriorarse y a morir; se supone que el óvulo que llega a la cavidad uterina se encuentra en tal estado de degeneración que será imposible su fertilización; b) Si la fertilización se lleva a cabo en la porción proximal de la trompa o el útero, el mecanismo de nidación podría ser tardío y ocasionar que el huevo se fijara en zonas anormales, llevando inserción baja de placenta.^{6/}

El término fertilización se aplica a la unión del núcleo del espermatozoide con el núcleo del óvulo. Al ser alcanzado el óvulo por los espermatozoides, éstos deberán atravesar la capa de células del óvulo, al penetrar la cabeza espermática al protoplasma ovular ocurre una reacción periférica que impide que penetre otro espermatozoide... La membrana nuclear del espermatozoide desaparece y queda libre el

^{6/} Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 op.cit., p. 25.

pronúcleo que vuelve a formar una membrana y es entonces que ocurre la unión del material nucleolar condensándose los cromosomas para formar la etapa de metafase que es preparatoria a la división celular.

El núcleo de segmentación contiene 23 cromosomas de pronúcleo masculino y 23 de pronúcleo femenino, por lo tanto la fusión de los pronúcleos haploides restaura el número diploide. El óvulo fertilizado que consta de un núcleo de segmentación, citoplasma y membrana de envoltura, se conoce como cigoto o huevo, desde la primera división del huevo propiamente dicho, éstas serán mitóticas; las siguientes divisiones se producen de una manera rápida que a las 96 horas de la fertilización se encuentra el huevo en fase de blastocito o de mórula.

A medida que la mórula desciende a través de la tuba uterina, continúa dividiéndose y finalmente forma una bolsa hueca de células, que se conoce con el nombre de blastocito. El blastocito está constituido por dos partes, una cubierta exterior de células denominadas trofoectodermo y una masa celular interior llamada blastocelo; mientras que el primero formará las membranas que constituyen la porción fetal de la placenta, la segunda dará origen al embrión. El blastocito entra a la cavidad uterina alrededor del 5o. día después de la fertilización, la unión del blastocito al endometrio ocurre en-

tre el 7o. y 8o. día después de la fertilización, la cual se le denomina implantación.^{7/}

En este momento el endometrio se encuentra en fase posovulatoria, y normalmente el blastocito se implanta en la cara posterior del útero cerca del plano medio; la porción del endometrio en la cual se implanta y se adhiere es la capa basal, a través del cual le permite absorber nutrientes de las glándulas y los vasos sanguíneos del endometrio para su desarrollo y crecimiento posterior.

El comienzo del período embrionario se toma como el comienzo de la tercera semana siguiente a la ovulación o unas 5 semanas después del comienzo del último período menstrual, y coincide con el tiempo calculado para la menstruación. La mayoría de las pruebas diagnósticas de embarazo suelen ser positivas en este momento. El disco embrionario está bien definido y el tallo del cuerpo se diferencia perfectamente. En esta fase el saco coriónico mide aproximadamente un centímetro de diámetro.

En este período las vellosidades coriónicas están distribuidas igualmente alrededor de la circunferencia del saco coriónico. Al final de la cuarta semana después de la ovulación el saco coriónico mide

^{7/} Tórtora, Gerard; Principios de anatomía y fisiología, p. 578.

de 2 a 3 centímetros de diámetro y el embrión unos 4 a 5 mm., de longitud. El corazón y el pericardio son muy prominentes a causa de la dilatación de las cavidades del corazón. Existen las yemas de brazos y piernas y el amnios empieza a revestir el tallo de conexión, que se convierte en el cordón umbilical.

Al final de la sexta semana desde el momento de la ovulación, o unas 8 semanas tras el comienzo del último período menstrual, el embrión mide 22 a 24 mm., de longitud y la cabeza es bastante grande comparada con el tronco. Existen los dedos de las manos y de los pies y las orejas forman unas elevaciones definitivas a cada lado de la cabeza.

Muchos embriólogos consideran que el final del período embrionario y el comienzo del período fetal inicia alrededor de las 8 semanas siguientes a la ovulación, o 10 semanas después del último período menstrual, en este momento el embrión mide cerca de 4 centímetros 8/.

Posteriormente son pocas, si es que hay alguna, las estructuras principales nuevas que se forman; subsiguientemente el desarrollo consiste en el crecimiento y la maduración de las estructuras formadas durante el período embrionario.

8/ Pritchard, Jack Williams, op.cit., p. 147.

Al final de la doceava semana que sigue al último período menstrual ó 10 semanas desde la ovulación y cursando el tercer mes lunar, el feto tiene una longitud de . . . centímetros y el útero suele ser palpable, justo por encima de la sínfisis pubiana. En la mayoría de los huesos han aparecido centros de osificación; los dedos de las manos y de los pies se han diferenciado y están provistos de uñas; aparecen rudimentos esparcidos de pelo; los genitales externos empiezan a mostrar signos definidos de sexo masculino o femenino.^{9/}

Al final del cuarto mes lunar (decimosexta semana, el feto tiene una longitud de 13 a 17 centímetros y pesa unos 100 gramos, y un examen minucioso de los órganos genitales revelan el sexo definitivo del feto.

En el quinto mes lunar, o final de la semana vigésima, es el punto central del embarazo si la gestación se ha calculado desde el tiempo del último período menstrual normal, esta semana es importante desde el punto de vista clínico para confirmar la duración del embarazo; en este momento el nivel del fondo uterino se haya a nivel del ombligo materno y la madre empieza a percibir movimientos fetales y con frecuencia aunque no siempre se puede escuchar el latido cardíaco

^{9/} Brunner Sholtis, Lillian; Manual de la enfermera, p. 645.

fetal a través del estetoscopio. En este tiempo el feto pesa algo más de 300 gramos y su piel se ha vuelto menos transparente y un lanugo veloso cubre todo su cuerpo y es evidente algún cabello en el cráneo.

En el sexto mes lunar el feto pesa aproximadamente 600 gramos, la piel está arrugada y la grasa se deposita debajo de ella; la cabeza es todavía muy grande pero se suelen reconocer cejas y pestañas, a esta edad el feto si llega a nacer, intentará respirar pero generalmente fallece unos cuantos minutos después.

Al final de la semana vigésimo-octava, ya dentro del séptimo mes lunar, el feto ha alcanzado un peso de aproximadamente 1 000 gr. y una longitud de 37 centímetros, la piel es roja y aparece cubierta de vérnix, la membrana pupilar acaba de desaparecer de los ojos. En este mes el feto se mueve enérgicamente y en algunos casos puede soportar la vida extrauterina.

En el octavo mes lunar el feto ha alcanzado una longitud de unos 42 centímetros y su peso de unos 1.700 gr., la superficie de su piel está todavía muy roja y arrugada y el producto puede sobrevivir a la vida extrauterina con cuidados adecuados.

Al final del noveno mes lunar, el feto ha alcanzado una longitud de 47 centímetros y pesa unos 2.5 Kgs., a causa del depósito de gra-

sa subcutánea, el cuerpo ha adquirido mayor redondez y su cara ha ido perdiendo su aspecto arrugado.

A las 40 semanas, o propiamente dicho, a los diez meses lunares, tras el último período menstrual, en esta etapa el producto está plenamente desarrollado con los rasgos característicos del recién nacido.

Paralelo al crecimiento fetal va ocurriendo el crecimiento del útero y los cambios fisiológicos en la mujer embarazada.

En la figura No. 4 mostramos la altura uterina, de acuerdo a los meses lunares del desarrollo del feto.

1.3 Fisiología materna durante el embarazo.

La duración del embarazo es por término promedio de 266 días (38 semanas) a partir de la ovulación o de 280 días (40 semanas) desde el primer día o del último período menstrual. Desde este período la madre experimenta cambios adaptativos considerables, tanto en número como en grado.^{10/}

Cambios locales: el útero que alberga el producto tiene una profunda habilidad para aumentar de tamaño y capacidad, que va desde 7 centímetros a 35 centímetros en su longitud y de 60 a 1,200 gra-

^{10/} Patrichard Jack, Williams; op.cit., p. 174.

mos de peso al llegar al término del embarazo implica tanto un es tiramiento como una considerable hipertrofia de las células musculares preexistentes.

El cuello uterino sufre ablandamiento y cianosis ostensible debido al aumento de vascularidad, edema, hipertrofia e hiperplasia de las glán dulas.

En la vagina existe la presencia del signo de Chadwick (coloración pur púrea). Las paredes vaginales se preparan para el parto; la mucosa aumenta de espesor, el tejido conectivo se afloja y las pequeñas células musculares se hipertrofian; la secreción vaginal aumenta, el pH que normalmente es de 3.5 también aumenta a 6 debido a la producción de ácido láctico por los bacilos acidófilos.

Los cambios en la pared abdominal son el desarrollo de estrías rojizas, debido a la elasticidad que tienen las fibras musculares de esta región, permitiendo así el crecimiento del producto.

Cambios mamarios: se vuelven hipersensibles y pruriginosos durante las primeras semanas del embarazo, aumentan de tamaño al segun do mes ocasionando hipertrofia de los alveolos mamarios.

Los pezones se ensanchan y presentan mayor pigmentación, el calostro en ocasiones puede obtenerse en el segundo trimestre pero esto no es general. La areola se vuelve más pigmentada y alrededor de

ésta aparecen pequeñas prominencias conocidas como Tubérculo de Montgomery.

Cambios generales; Hematológicos. En base a las características inmunológicas creadas por el feto en la madre, el aporte de oxígeno y nutrientes, el control durante el embarazo y el parto de hemorragias son cambios que motivan a realizar un análisis de los leucocitos y eritrocitos.

Glóbulos blancos. También llamados leucocitos, durante el embarazo existe un aumento en el número de estos a expensas de los polimorfonucleares neutrófilos. Este cambio está en relación al estímulo estrogénico elevado, existentes en el embarazo, en valores que van desde 10 000 por ml. (valor normal), hasta 15 000 por ml. De cualquier manera, es necesario descartar cualquier proceso infeccioso para considerar como normal esta leucocitosis.

Glóbulos rojos. Durante el embarazo existe un proceso de eritropoyesis acelerado, con aumento total de glóbulos rojos y rápida incorporación de hierro hay aparición de formas jóvenes cuyos valores van desde 0.5 a 1.5%, desde la semana 16 alcanzando el máximo de 2.0 a 6.0% entre la semana 25 a 35.

Aunque no hay acuerdo para determinar el grado de aumento en las masas de glóbulos rojos, se ha llegado a observar que el volumen normal fuera del embarazo (1,400 ml) aumenta 50 ml., a las 20 semanas, 150 ml., a las 30 semanas y 250 ml., en el embarazo a término.

El valor normal más bajo de hemoglobina en la mujer no embarazada es de 12 g.%, según el aumento del volumen plasmático y de glóbulos rojos, se supone que en el embarazo normal con aporte adecuado de hierro debe ser en promedio 10.6% ó 10.4g.% como mínimo.

Cambios cardiovasculares: los padecimientos cardiovasculares ocupan un lugar predominante en las causas de muerte materna. Pero se ha logrado disminuir esta mortalidad a través de mejores condiciones de higiene, alimentación, cuidado prenatal.

Volumen sanguíneo: existe un aumento considerable desde el primer trimestre y continúa progresivamente hasta las 28 semanas en que el aumento es muy claro y persistente hasta la semana 34. En el embarazo con producto único en primigestas es de aproximadamente 1.200 ml., lo cual representa un aumento de casi el 50% del valor medio de 2.600 ml., en la mujer no embarazada. En la multigesta el aumento aproximado es de 1.500 ml. y el embarazo gemelar es de 2.000 ml.

Presión arterial: la presión sistólica tomada en decúbito supino cambia un poco de 3 a 4 mmHg., por debajo de los valores normales fuera del embarazo, ocurriendo esto en el primer y segundo trimestre. Durante el tercer trimestre se acerca a los valores normales. La presión diastólica en el primero y segundo trimestre es menor que fuera del embarazo, pero tiene tendencia a elevarse más rápido que la sistólica en las últimas semanas del embarazo.

Podremos considerar como una presión anormal aquella mayor de 140/90 mmHg., y en términos generales se dice que un aumento de 30 mmHg., en la presión sistólica y de 20 mmHg., en la diastólica lo que correspondiera a una hipertensión arterial.

Algunos factores que pueden modificar las cifras de la tensión arterial pueden ser la posición de decúbito ocasionando aumento en la presión sistólica no modificándose la diastólica.

El cambio de posición de decúbito a posición erecta al inicio del embarazo causa una disminución de la presión sistólica y en cambio en el embarazo avanzado no hay modificaciones. Es recomendable el hecho de que el decúbito supino causa disminución de las presiones diastólicas y sistólicas, debido a trastornos del retorno venoso por oclusión parcial o total de la vena cava inferior por el útero gravido. A este hecho se le ha dado el nombre de hipotensión supina.

Otro factor que modifica la presión arterial es el parto. Entre cada contracción no hay modificación de los valores, sin embargo, durante la contracción hay modificaciones de los valores, durante la contracción hay un aumento diastólico de 25 mmHg., a 30 mm de Hg., ambos probablemente secundarios al retorno venoso aumentado.^{11/}

Corazón: en lo referente a este órgano hay una elevación progresiva del diafragma durante el embarazo, con lo que el corazón se desplaza hacia la izquierda y hacia arriba con el ápex desplazado lateralmente. Existe un aumento del volumen cardíaco en un promedio de 75 ml., entre las semanas 14 a 36 y representa un aumento en el contenido del corazón aunque no se puede descartar que exista cierta hipertrofia muscular. Los soplos sistólicos pulmonares y mitrales son frecuentes debido a disminución de la viscosidad sanguínea y al desplazamiento el cual provoca torsión de los grandes vasos.

Frecuencia cardíaca: hay un aumento progresivo en la frecuencia cardíaca que va desde 70 latidos, cifra promedio fuera del embarazo a 80 al inicio de éste y de 85-90 en el último trimestre. Durante el período expulsivo pueden llegar los latidos hasta 125 por min., y en el posparto inmediato permanecer en 85 latidos por minuto.

^{11/} Brunner Sholtis, Lillian; op.cit., p. 683.

Gasto cardíaco: fuera del embarazo el gasto cardíaco es de 5.0 a 5.5 litros por minuto, aumentado en el embarazo de 1 hasta 2 litros por minuto o sea de 5.0 a 7.0 litros por minuto. El decúbito lateral ocasiona disminución del gasto en relación al registrado en decúbito supino. El aumento del gasto cardíaco está dado por el aumento del volumen sistólico, pues la frecuencia cardíaca no se modifica en gran forma.

Riego sanguíneo uterino: muestra un aumento aproximado de 50 ml., por minuto a las diez semanas, a 200 ml., por minuto a las 28 semanas y a término de 500 a 700 ml., por minuto, de los cuales un 80% corresponde a la placenta y el resto para el miometrio y endometrio.

Riego sanguíneo en extremidades: se encuentra disminuido en las extremidades inferiores y se relaciona directamente con la posición supina por obstrucción de la aorta y vena cava inferior por el útero gravido.

Cambios en la función respiratoria: en el primer trimestre el aumento en el volumen respiratorio en reposo es notorio. La ventilación minuto asciende debido probablemente al aumento de consumo de oxígeno y a la producción de bióxido de carbono por el producto de la concepción. El diafragma se eleva durante el embarazo principalmen

te por el crecimiento uterino. La caja torácica se extiende merced a la expansión de las costillas, debido al aumento de la movilidad de adherencias de las costillas.

Cambios de la función renal: el riñón es un órgano que cumple funciones de purificación del medio interno, filtrando los desechos de la sangre que llega a este órgano. El cambio anatómico más notable es la dilatación de los cálices, pelvis renal y ureteres, debido a la acción de la progesterona o a factores constructivos por el útero gestante, lo cual no se ha determinado con exactitud. La filtración glomerular aumenta en la primera etapa del embarazo y permanece así casi hasta el final, debido a la presión ejercida por la vena cava inferior y las venas ilíacas. Ante este acontecimiento se aconseja a la mujer embarazada aumente la ingesta de líquidos y descansar en posición de decúbito lateral. Otro factor importante es la ingesta de sal, ya que con ella aumenta la filtración glomerular y la diuresis. Todos estos cambios hemodinámicos parecen estar relacionados con las alteraciones del líquido extracelular que acompañan al embarazo. El aumento de la filtración glomerular condiciona el que mayor cantidad de solutos y plasma atraviesen el glomérulo. Esto explica en parte la glucosuria, aminoaciduria y el aumento de diversas vitaminas en la orina. El aumento en el flujo plasmático renal proporciona más sustratos y oxígeno al riñón lo cual

mejora todas las funciones celulares que requieren consumo de energía, tales como la reabsorción de glucosa, electrólitos, eliminación de hidrógeno y amoníaco y reabsorción del sodio.

Cambios en el aparato digestivo: durante el embarazo ocurren diversos cambios en su funcionamiento. En la boca hay ablandamiento generalizado de las encías, acompañado de hemorragias ligeras o irritaciones que se describe como gingivitis del embarazo.

Aunque en términos generales se hable de una menor producción de saliva, existe un cuadro llamado Tialismo, en el cual la producción de saliva puede llegar hasta más de 1,000 ml., en 24 horas. Este hecho generalmente se relaciona con una hiperemesis en cuyo caso se describen influjos emocionales. Otro síntoma frecuente es la Pirosis principalmente en la primera parte del embarazo, es ocasionado por un reflujo del contenido gástrico hacia el esófago por una pérdida del tono del esfínter cardioesofágico y aumento en la presión intraabdominal sobre el estómago.

El estómago es desplazado por el crecimiento uterino, lo que ocasiona que exista una disminución del peristaltismo con retardo en el vaciamiento. Otro hecho característico es el estreñimiento que va desde la disminución en el número de evacuaciones hasta un fleo grávidico acentuado, el que ocurre por la disminución del peristaltismo por el desplazamiento del sigmoideo hacia arriba y un factor obstruc

tivo mecánico por el útero grávido.

El hígado es desplazado hacia atrás, arriba y a la derecha; el riego sanguíneo hepático no sufre alteraciones y varias pruebas de funcionamiento hepático guardan límites normales.

Cambios en el sistema endocrino; la pituitaria crece ligeramente, la tiroidea se ensancha moderadamente debido a la hiperplasia del tejido glandular y al aumento de vascularidad. El metabolismo basal aumenta progresivamente hasta un 25% más de los límites normales, debido a la actividad metabólica del feto. Los niveles de yodo y tiroxina también aumentan bruscamente y se mantienen así hasta el alumbramiento, debido al aumento de estrógenos circulantes.

Las secreciones adrenales aumentan considerablemente el total de aldosterona, aumenta como a la 15ava semana, debido al aumento de renina y angiotensina.

1.4 Diagnóstico de embarazo y control prenatal.

En la mayoría de los casos la paciente es quien ha hecho el diagnóstico de embarazo, por lo que únicamente queda hacer la certificación de existencia o no del mismo.

Para realizar el diagnóstico de embarazo deben existir tres tipos de signos que nos orientan, los cuales dividiremos de la siguiente manera:

Signos presuncionales:

Amenorrea: el retraso menstrual en una mujer sana con ciclos regulares y con vida sexual activa, nos hace sospechar de embarazo, sin olvidar que existen casos de amenorrea fisiológica como la de la lactancia o climaterio.

Cambios mamarios: existe aumento de tamaño y dolor, las venas mamarias se hacen cada vez más notorias. En las primeras semanas hay turgencia e hipersensibilidad del pezón; después de 4 semanas comienza a crecer y a palparse una sensación nodular, debido a la hipertrofia de los alveolos y acines, y al continuar el aumento aparece una fina red venosa llamada Signo de Haller, aparece la areola secundaria, además de los corpúsculos de Montgomery que son glándulas sebáceas hipertrofiadas.

Manifestaciones cérvico-vaginales; hay cambios en la coloración de la vagina de color azul oscuro, signo de Schadowick. A partir del segundo mes se reblandece el cérvix de modo considerable; de manera que avanza el embarazo, el orificio externo se entreabre, siendo más acentuado en la múltipara.

Cambios uterinos: a las 6 semanas se manifiestan el signo de Hegar, el cual consiste en el reblandecimiento del útero dando la impresión

que el cérvix se encuentra separado del cuerpo. Posteriormente la forma del útero cambia, dando una irregularidad fúndica que corresponde al sitio de nidación ovular llamado signo de Piskacek.

Otros signos que puede mencionar la paciente son constipación, fatiga, sueño, aumento de peso, náuseas, vómito, polaquiuria o incontinencia urinaria.

Además a la exploración se hacen notorias la presencia de estrías abdominales, hiperpigmentación, en la cara llamada cloasma, aparición de la línea morena en el abdomen.

Signos de probabilidad: existe crecimiento abdominal cerca del final del tercer mes, hay cambios en la forma, tamaño y consistencia del útero, cambio en el cuello uterino, hay ablandamiento, el cual se conoce como signo de Goodell, hay contracciones intermitentes del útero (Braxton Hisccks). Pruebas hormonales de embarazo positivas. (Reacciones de gonadotropina coriónica en el plasma y orina).

Signos de certeza: éstos dependen de la detección del producto y son: latidos fetales, los cuales suelen escucharse entre la vigésima y vigésima segunda semana de gestación, hay percepción de movimientos fetales, peloteo fetal, visualización del producto mediante rayos X después del cuarto mes.

Atención prenatal: hoy en día cobra más y más importancia en la práctica obstétrica la vigilancia de la mujer durante el embarazo; podemos decir que la medicina preventiva es la más efectiva, a la cual podemos aspirar, lo que da más importancia a la vigilancia prenatal, ya que tiene como finalidad evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o normales, o bien que al suceder ^{lo} esto se detecten las alteraciones en sus fases iniciales para darles pronto tratamiento y evitar así grandes complicaciones que pongan en peligro la vida de la madre y el producto.

Desde 1540, hubo autores que dieron alguna importancia a la evolución de la gestación, pero fue hasta 1901 en que Ballantyne subrayó la importancia de la vigilancia prenatal. ^{12/}

La asistencia prenatal abarca los cuidados médicos y de enfermería que se brindan a la mujer embarazada en el curso de la gestación y que finaliza al iniciarse el parto, cuyos propósitos son asegurar la salud óptima del binomio, prevenir complicaciones y enseñar a la futura madre a cuidarse.

La etapa de mayor importancia en el desarrollo de un ser intrauterino corresponde al primer trimestre de embarazo, ya que en esta fase habrá de efectuarse la embriogénesis y organogénesis y son muchos

^{12/} Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, op.cit., p. 79.

los factores ambientales que pueden dañar al producto de la concepción.

Un examen inicial es importante cuando una paciente acude a recibir asistencia obstétrica: el peso. En promedio la mujer puede aumentar hasta 9.1 kilogramos durante la gestación normal, el aumento o disminución de peso en forma considerable constituye un síntoma de cuidado que requiere mayor vigilancia.

La presión sanguínea. Cualquier aumento o disminución de la presión sanguínea de manera considerable también requiere de una vigilancia especial, principalmente cualquier aumento de la presión diastólica o sistólica por los grandes problemas que trae consigo como lo son la toxemia o preclampsia que será nuestro tema a tratar dentro del desarrollo del presente trabajo.

Exámenes de orina: se realizan exámenes en busca de glucosa y albúmina; los niveles de glucosa bajan un poco en las mujeres embarazadas y cualquier indicio de albúmina en la orina cabe señalarlo, pues es un signo grave de toxemia.

Exámenes de sangre: los cuales son: biometría hemática para descartar anemias, tipo de sangre, primordialmente el Rh, sobre todo por los problemas de insoimmunización materno-fetal y tiempo de coagulación.

Historia clínica: la cual empezaremos con la obtención de los antecedentes heredo-familiares, pues nos interesan aquellos padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente, por ser hereditarios o contagiosos, tales como: Diabetes, Hipertensión Arterial, Tuberculosis, y embarazos múltiples.

Antecedentes personales no patológicos: estado socioeconómico y cultural, hábitos higiénicos y dietéticos, además de las toxicomanías.

Antecedentes personales patológicos: padecimientos agudos o crónicos que hayan dejado secuela o sean vigentes en el momento del embarazo. Padecimientos de la infancia o adolescencia como fiebre reumática y rubéola.

Antecedentes ginecoobstétricos: debe investigarse fecha de la menarca, tipo de ciclo menstrual, iniciación de vida sexual activa, número de embarazos, partos, cesáreas y abortos previos, así como la evolución de los embarazos anteriores, partos y puerperios, el peso y características de los productos, uso de métodos anticonceptivos y fecha de última menstruación.

Estado actual: serie de signos y síntomas que presente la paciente hasta el momento de su consulta.

Se debe investigar una serie de síntomas que sin ser totalmente patológicos se presentan en las diferentes etapas evolutivas del emba-

raza y producen preocupación a la embarazada. En el primer trimestre es frecuente que la paciente presente sintomatología neurovegetativa propia de esta etapa y debemos insistir sobre la presencia de sangrado o escurrimiento transvaginal, sintomatología urinaria o digestiva. En el segundo trimestre debemos interrogar sobre el momento de inicio de percepción de movimientos fetales y de contracciones de Braxton Hicks.

En el tercer trimestre se encuentran muchas más sintomatologías, ya que la paciente frecuentemente refiere dolores de tipo espasmódico muscular en pared abdominal, dolor dorso-lumbar y en extremidades inferiores; además, síntomas digestivos como constipación y pirosis frecuentes.

En lo referente a la patología, es muy importante el interrogatorio sistemático de vasoespasmo, como son cefalea, acúfenos, fosfenos, vómito, parestesias, aumento anormal de peso y leucorrea.

Interrogatorio dirigido por aparatos y sistemas: tomaremos datos de cualquier terreno de la economía que puede relacionarse con el estado actual de la paciente.

Exploración física: toma de peso, talla y signos vitales como de rutina, se obtendrán por interrogatorio los datos de peso y presión arterial, previos a la gestación. Se incluye también exploración de

las mamas, nivel de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, tacto vaginal y exploración vaginal para visualizar el cérvix uterino para aprovechar la toma de muestras de estudio citológico de exudado cérvico vaginal.

Consultas subsecuentes: debe de repetirse cada mes hasta las 32 semanas de embarazo, cada quince días hasta las 36 semanas y cada siete a diez días hasta el momento del parto. Las consultas incrementarán su frecuencia cuando la patología existente así lo requiera.

Indicaciones generales: dieta: se ha encontrado una relación significativa entre la alimentación materna y el bienestar del producto, especialmente en lo que respecta a la ingestión de proteínas. El requerimiento de energéticos sufren cambios en el curso del embarazo; la ingestión de calorías se regulariza, las grasas deberían representar el 25% aproximadamente de calorías totales. El sodio es de 2.5 a 5 gramos como promedio máximo, en caso de que no exista ninguna contraindicación como lo es en el caso de retención de líquidos. Las necesidades vitamínicas aumentan durante el embarazo y la lactancia y las mejores fuentes se encuentran en los alimentos naturales, aunque algunos médicos recomiendan complementos vitamínicos.

En forma general es fundamental cuidar adecuadamente la dieta de la futura madre. En las pacientes de bajos recursos, las deficiencias en el aporte de nutrientes, especialmente de proteínas, hacen frecuente la desnutrición materna con su consecuente afección al feto. La preparación de los alimentos debe de ser sencilla e higiénica, con poco condimento, para evitar compromisos de índole digestiva.

Higiene: el ejercicio físico debe ser moderado, deben ajustarse a cada paciente, en especial, de acuerdo a sus hábitos previos y en relación con el momento evolutivo de la gestación, pero encaminados a evitar la fatiga, el baño es diario.

Viajes: generalmente no están contraindicados pero en los viajes largos debe interrumpirse con frecuentes períodos de descanso (10 a 20 minutos por hora). Pero es recomendable emprender cualquier viaje, con autorización del obstetra.

Vestido: uso de ropa cómoda de un soporte abdominal en la última etapa del embarazo, para evitar la fatiga; zapatos confortables, de tacón bajo, que ayuden a mantener el equilibrio y no causen problemas.

Hábitos intestinales: cuando exista estreñimiento se deben tomar abundantes líquidos, frutas y legumbres y, en caso extremo, aplicar

supositorios de glicerina o laxantes moderados.

Medicamentos: existen fármacos que no causan daño al producto, pero también se han comprobado algunos otros que frecuentemente causan efectos nocivos al feto, por lo cual se han proscrito, por esta razón es conveniente que la embarazada consulte con el obstetra antes de la administración de cualquier fármaco.

Hay otros factores que pueden afectar la evolución de la gestación como son: las radiaciones, toxicomanías, contaminación ambiental,

La vigilancia prenatal adecuada es la pauta para un mayor desarrollo físico y mental de generaciones futuras. Se dice que no hay momento más trascendente para la vida, que los primeros minutos que siguen al nacimiento, pero realmente el período más importante de nuestra existencia se inicia con la fecundación y termina en un período neonatal inmediato.

1.5 Valoración del riesgo durante el embarazo.

Constituye un punto muy importante para el bienestar de la madre y el producto, ya que como es bien sabido, cada embarazo sigue un curso clínico diferente, el cual puede caer dentro de los límites de la normalidad o dentro de la patología, lo cual determinará el tipo de atención que se le debe brindar a la paciente.

En el siguiente cuadro se describen los factores de riesgo más frecuentes:

Evaluación de factores de riesgo:

A. Datos generales:

	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo
1. Edad	20 a 34	15 a 19	14 ó + de 35
2. Peso al inicio del embarazo	Ideal $\pm 10\%$	$\pm 11-20\%$	$\pm 21 ó 30\%$
3. Estatura en cm.	1.50 ó +	1.45-1.49	1.44
4. Nivel socioeconómico	Alto	Medio bajo	Muy bajo
5. Estado civil	Casada Unión libre	Sin cónyuge.	
6. Actitud	Adecuada	Parcialmente inadecuada.	Inadecuada Muy alterada
7. Paridad	1 a 5	nulípara	6 a 9 10 ó +

B. Antecedentes:

8. Abortos consecutivos	no	dos	3 ó más
9. Parto anterior	Fácil	Prolongado	Traumático.
10. Ginecológicos (pelvis)	no		Malformaciones (estrechez)

	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo
11. Cesáreas	no	una	dos o más
12. Cirugía previa	no	Abdomi- nal	Ginecoló- gica Uterina
13. Muertes perinatales.	no	una	dos o más
14. Preeclampsia	no	moderada	severa
15. Partos pre-término	no	uno	2 o más
16. Hijos con bajo peso	no	uno	2 o más
17. Hijos macrosómicos	no	uno	2 o más
C. Embarazo actual:			
18. Hipertensión crónica	no		si
19. Cardiopatía	no		si
20. Nefropatía	no		si
21. Diabetes	no		si
22. Amenaza de aborto	no		actual
23. Hemorragia 2o. mitad	no		si

24.	Amenaza de parto pretérmino	no		actual
25.	Ruptura de membranas	no		si
26.	Hipertensión en el embarazo	no		si
27.	Factor Rh	positivo	negativo	negativo ^{13/}

1.6 Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos más frecuentes son: la hipertensión arterial esencial o ideopática, se desconoce su causa, la cual se controla pero no se cura, y la llamada hipertensión secundaria, que no tiene un factor conocido causal, generalmente es secundaria a otros padecimientos.

1.6.1 Hipertensión arterial ideopática o esencial.

Se define clínicamente por la elevación de las presiones diastólica de 90 o más y de la sistólica de 140 mmHg o más. Desde el punto de vista de la hemodinámica se caracteriza por el aumento de la resistencia periférica efectiva determinado por un estado de vasoconstricción generalizada. Para considerar la hipertensión como genuina

^{13/} Hospital Ignazio Zaragoza del ISSSTE; Área de Ginecoobstetricia. Hoja evaluatoria de factores de riesgo; 1984.

es obligado el aumento de la presión diastólica, se excluyen de la definición las hipertensiones puramente sistólicas (anemia crónica, insuficiencia aórtica, hipervolemia y aortoesclerosis), ya que no existe aumento de la resistencia periférica.

La hipertensión es un trastorno de etiología desconocida que afecta al sistema cardiovascular y se caracteriza por un curso clínico gradualmente progresivo, se diagnostica en las embarazadas cuando los niveles de la tensión arterial señalados se registran antes de la gestación o previamente al 6o. mes de embarazo y se mantiene más de 6 meses después del parto.^{14/}

Un diagnóstico de hipertensión solo se puede hacer después de varias mediciones seriadas. La necesidad de determinaciones seriadas de la presión arterial como base para el diagnóstico es particularmente significativa durante el embarazo, cuando la actividad física, la tensión psicológica u otro estímulo, más las influencias hormonales, a menudo producen alteraciones circulatorias que dan origen a elevaciones transitorias de la presión arterial. Una elevación persistente de la presión diastólica confirma el diagnóstico de hipertensión clínica.

^{14/} Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia
No. 3, op.cit. p. 381.

Puede ser difícil determinar si la hipertensión de una paciente precede a su embarazo o deriva del mismo, si se le examina por primera vez después de la semana 20 de gestación. El diagnóstico de hipertensión no relacionada con el embarazo puede hacerse mediante valoraciones seriadas del estado renal y cardiovascular en los primeros tres meses después del parto, ya que la elevación de la presión arterial que persiste por más de seis semanas después del parto se debe a hipertensión arterial esencial, pues por lo general las toxemias desaparecen para este tiempo.

1.6.2 Hipertensión secundaria.

Estadísticamente el 10 al 20% de hipertensos: genuinos tienen un factor conocido por lo que recibe el nombre de hipertensión secundaria. Existen diversas causas que a continuación se clasifican.

A. Causas renales:

1. Estenosis de arterias renales por enfermedades fibromusculares, ateroma o compresión peri-renal.
2. Lesiones parenquimatosas y vasculitis:
Glomerulonefritis, periarteritis nodosa, lupus eritematoso, eclampsia, anguitis de hipersensibilidad, tromboangietis obliterante, glomerulosclerosis diabética, tumores renales,

rión poliquístico, hidronefrosis, pielonefritis, obstrucción de vías urinarias.

B. Causas no renales:

1. Hiperactividad de la corteza suprarrenal: Síndrome de Cushing, Síndrome de Cohn, Pseudohermafroditismo, producción de desoxicorticosterona debida a efecto enzimático.
2. Hiperactividad de la médula suprarrenal: feocromocitoma.
3. Síndrome de ACTH ectópica.
4. Coartación de la aorta.
5. Neurogénica. Lesiones cerebrales, encefalitis, tumores, hemorragias, poliomiелitis dorsal, parálisis ascendente, estados de ansiedad.
6. Uso de anticonceptivos orales.^{15/}

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial secundaria pueden ser variables, en algunos casos no existe ninguna expresión clínica y no depende de las cifras tensionales, sino de las alteraciones funcionales o estructurales. Los signos y síntomas pueden ser secundarios a los efectos sobre los vasos sanguíneos en diversos órganos y tejidos o al aumento de carga soportada por el co-

^{15/} Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, op.cit., p. 382.

razón, esto en principio puede ser poco específico o mal sistematizado.

En toda paciente embarazada es importante saber el inicio de las manifestaciones clínicas como cefalea, acufenos, fosfenos, lipotimias, ambliopias que serán la repercusión de la hipertensión a nivel cerebral y ocular, teniendo en cuenta además de las complicaciones a este nivel como son las hemorragias y las trombosis con sus características clínicas específicas; asimismo es necesario conocer las alteraciones a nivel de corazón, arterias periféricas y ríñón.

Las alteraciones vasculares retinianas darán la pauta para determinar la cronicidad o agudeza de la hipertensión.

Existen diferentes grados de hipertensión y se clasifican de la siguiente manera:

- Grado I. Los signos retinianos son mínimos y consisten en un angostamiento o esclerosis mínima de los vasos retinianos. Estas personas tienen pocos síntomas de hipertensión y su estado general es satisfactorio.
- Grado II Hay síntomas más notables de esclerosis, con una ampliación del reflejo luminoso de las arterias, compresión de las venas en los sitios de cruce de las arte-

rias y angostamiento arterial de índole general y focal. La presión suele ser generalmente mayor que en los individuos con signos de grado I y el pronóstico es peor.

Grado III Edema retiniano, zonas algodonosas, hemorragias con angostamiento difuso y focal de las arterias. La hipertensión arterial suele ser elevada y sostenida.

Grado IV Suele haber edema papilar, además de los signos de grado III.

Se puede considerar los principales hallazgos del fondo de ojo en las diversas etapas de la hipertensión arterial:

1. Hipertensión arterial reciente

a. Normal

b. Espasmo arteriolar Retinopatía grado I

2. Hipertensión arterial crónica:

a. Aumento del reflejo arteriolar

"Hilos de cobre y plata"

Cambios arterioescleróticos

b. Tortuosidad arteriolar

Retinopatía grado II

c. Cruces A/V francos

e. Rectificación arteriolar

3. Hipertensión arterial aguda:

- a. Espasmo arteriolar generalizado o focal Retinopatía grado III
- b. Hemorragias
- c. Exudados algodonosos Retinopatía grado IV
- d. Edema macular en "estrella"
- e. Papiledema "Borramiento del borde nasal de la papila" que puede ser fisiológico.

4. Hipertensión arterial crónica con exacerbación aguda:

- a. Datos de hipertensión arterial crónica.
- b. Datos de hipertensión arterial aguda.

5. Diagnóstico de toxemia:

- a. Espasmo arteriolar generalizado o focal^{16/}

Diagnóstico:

Toda paciente con hipertensión arterial debe ser estudiada en forma

^{16/} A.M.H.G.O., No. 3, op.cit., p. 385.

integral, ya que el diagnóstico predispone en casos específicos de hipertensión arterial secundaria a una terapéutica médico quirúrgica adecuada, ya que en la hipertensión arterial esencial, cuyo diagnóstico se hace por exclusión, sólo se llevará a cabo un control con tratamiento médico.

Diagnóstico diferencial:

En la mujer embarazada debe efectuarse en base al conocimiento de las causas que pueden propiciarla, en vista de que la conducta terapéutica sigue un curso definitivo.

La hipertensión no es un hallazgo constante en la paciente con enfermedad renal y su presencia es de poca utilidad en algunos casos para distinguir la enfermedad renal de la preeclampsia o de la enfermedad hipertensiva. La hipertensión que acompaña a una enfermedad sistémica que afecta al riñón mostrará las manifestaciones clínicas del padecimiento base, como en el caso del lupus eritematoso sistémico, poliartritis nodosa; la proteinuria masiva sugiere un síndrome nefrótico en el que se encontrará además de hipercolesterolemia o hipoalbuminemia, el ácido úrico puede estar aumentando en los pacientes que están recibiendo diuréticos derivados de las tiazidas, o en aquellos con oliguria a consecuencia de la destrucción masiva de tejido.

El Síndrome de Cushing que acompaña a la mujer embarazada mostrará obesidad, hirsutismo, acné, estrias cutáneas y alteraciones en el campo visual, es rara la coincidencia de pacientes embarazadas con tumores cromafines pero ante las manifestaciones clínicas de hipertensión arterial sostenida y el cortejo sintomático de la liberación intermitente de catecolaminas, angustia, palpitaciones, diaforesis, palidez, temblores, piloerección, náuseas, vómito, angina o edema agudo pulmonar, deberá sospecharse. La hipertensión renovascular simula cualquier tipo clínico pero el curso de la hipertensión es severo y de difícil control. La hipertensión en la pielonefritis aparece tardíamente cuando hay signos de trastorno tubular isostenuria, poliuria, nicturia o bien uremia; el aldosteronismo primario es poco frecuente; los síntomas son consecuencia de la alcalosis hipocalémica con poliuria, nicturia, parestesias, cuadros repetidos de debilidad muscular generalizada o parálisis. En pacientes embarazadas jóvenes con hipertensión arterial, con pulso femoral débil en comparación con la radial, soplo sistólico irradiado a región interescapular y arteria intercostales palpables cerca del borde escapular deberá sospecharse de coartación de la aorta.

La hipertensión arterial maligna es una situación clínica caracterizada por una forma aguda de enfermedad hipertensiva que si no se trata, casi siempre es mortal; el rápido empeoramiento se acom-

paña de edema de papila, insuficiencia renal progresiva y manifestaciones neurológicas, se encuentra una lesión histológica que es la nefroesclerosis, maligna, excepto en aquellos casos rápidamente progresivos con hipertensión diastólica grave, edema de papila y encefalopatía hipertensiva, hay casos fulminantes con nefroesclerosis y uremia sin edema de papila, por lo tanto, no hay un cuadro clínico uniforme, el comienzo es brusco con cefalea intensa o reexacerbación de la misma, hay anorexia, náuseas, vómito y dolor abdominal, pérdida de peso, hipertensión sostenida, hay cardiomegalia y encefalopatía con retinopatía hipertensiva grave, aumento en el examen general de orina pues hay proteinuria, hematuria, cilindruria e insuficiencia renal.

Tratamiento:

En la actualidad ha ido disminuyendo en gran parte la incidencia de la fase maligna de la hipertensión arterial, de la encefalopatía hipertensiva de los accidentes cerebrovasculares y de la insuficiencia renal como complicación propia de la hipertensión arterial, gracias a los grandes avances en la terapéutica y de nuevos métodos quirúrgicos para la resolución de esta problemática, lo que ha logrado en las dos últimas décadas la disminución de la morbimortalidad por hipertensión arterial.

Los medicamentos que disminuyen la presión arterial actúan en varias formas a pesar de que no hay datos concluyentes de que el sistema nervioso simpático participa en la etiología de la hipertensión arterial, los fármacos pueden alterar la función simpática en cualquier sitio, otros antihipertensores son vasodilatadores que dilatan de manera directa las arteriolas logrando menor resistencia periférica, y los diuréticos que disminuyen el volumen plasmático.

Algunos de los medicamentos que modifican la actividad simpática central, son la clonidina, metildopa.

Los bloqueadores posganglionares adrenérgicos como: reserpina, guanetidina, betanidina. Bloqueadores de receptores alfa adrenérgicos: la pentolamina y la fenoxibenzamina. Bloqueador beta adrenérgico: el propranolol. Vasodilatadores arteriales son: hidralazina, prazosina, diazóxido, minoxidil. Dilatadores arteriales: los diuréticos.

1.7 Preeclampsia

La preeclampsia podemos definirla como la ocurrencia de hipertensión durante el embarazo, en combinación con edema generalizado, proteinuria o ambos.^{17/}

Cuando ya existe hipertensión arterial, debido a alguna otra enferme

^{17/} Butnareacu Glenda, Fragia; Enfermería perinatal, p. 234.

dad como hipertensión esencial, enfermedad renal o Diabetes Mellitus, la elevación adicional de la presión arterial más el edema o la proteinuria justifican un diagnóstico de preeclampsia superpuesta.

El término toxemia del embarazo ha sido aplicado variablemente a cualquiera de los trastornos en los cuales se manifiestan hipertensión, proteinuria, edema durante el embarazo o el puerperio.

La preeclampsia es un padecimiento frecuente, que complica el estado gravídico o puerperal, y afecta principalmente a mujeres jóvenes primigestas o a la múltipara de edad, la frecuencia real es difícil de determinar porque muchas pacientes no son controladas, considerando que un 10 a 20% junto con las hemorragias y sepsis, constituyen las causas de muerte en las mujeres embarazadas.

1.7.1 Etiología.

La causa de la preeclampsia permanece aún desconocida. Solo se conocen algunas causas que hacen sospechar el por qué la aparición de este padecimiento, como lo son los trastornos metabólicos de las proteínas, bloqueo de la actividad o metabolismos normales por la placenta en desarrollo, manifestaciones ideocinocráticas de reacción vascular, y deficiencias nutricionales.

Han ganado popularidad los intentos recientes de mencionar a la isquemia como causa básica de las toxemias, pero esto sólo constitu

ye una hipótesis. La vigilancia de niñas con madres que portan pro
blemas hipertensivos durante el embarazo han revelado cifras de pre
siones medias significativamente más altas a los 7 años que en la
población general.

Por el desconocimiento de la causa que origina la preeclampsia se
le ha llamado la enfermedad de las teorías, entre las que destacan:

- a. Sobredistensión uterina.
- b. Aumento de la presión intraabdominal.
- c. Coagulación intravascular diseminada.
- d. Isquemia útero-placentaria con liberación de aminopresores.
- e. Disminución de monoaminooxidasa, consecutiva ante el aumento
de vasopresores. ^{18/}

Cualquier teoría debe de tener en cuenta las siguientes observaciones:
la hipertensión inducida o agravada por el embarazo se desarrolla
con mayores probabilidades en la mujer expuesta a las vellosidades
coriónicas por primera vez, la expuesta a una superabundancia de ve
llosidades coriónicas que cubren el trofoblasto como en el caso de
gemelos o de una mola hidatídica, la que tiene una enfermedad vas-
cular preexistente, o la que está genéticamente predispuesta a la hi-
pertensión durante el embarazo. ^{19/}

^{18/} Pritchard, Jack A.; op.cit., p. 551.

^{19/} La colectividad del libro de la salud de las mujeres de Boston,
Nuestros cuerpos y nuestras vidas; p. 156.

Existen además numerosos factores predisponentes:

1. Factores inherentes al embarazo: gestación múltiple, polihidramnios, mola hidatídica, macrosomía fetal.
2. Factores maternos: hipertensión arterial, obesidad, Diabetes Mellitus, nefropatías, disrritmias cerebrales (epilepsia).
3. Factores constitucionales: edad, paridad, nutrición, herencia, psicopatías, raza, clima.

También hay procesos fisiopatológicos ya bien demostrados, y para fines prácticos trataremos por separado cada fenómeno que ocurre en cada órgano, pero debemos tener presente que cada uno guarda una relación estrecha que algunos datos clínicos no pueden entenderse más que tomando en cuenta el conjunto de esos procesos fisiopatológicos.

1.7.2 Fisiopatología

Vasoespasmó: el vasoespasmó es básico en el proceso patológico de la preeclampsia, ésta se basa en la observación directa de los vasos sanguíneos pequeños en los lechos ungueales, el fondo de ojo y la conjuntiva bulbar, y ha sido supuesto a partir de las alteraciones histológicas que se observan en varios de los órganos afectados. Algunos observaron que en la preeclampsia se encontraban alteracio-

nes del tamaño de las arteriolas en el lecho ungueal, con manifestaciones de espasmo segmentario, el cual producía regiones alternantes de contracción y dilatación. En la conjuntiva bulbar se han identificado alteraciones todavía más notables; hay una notable constricción arteriolar, incluso hasta la abolición intermitente de la circulación capilar.

Una prueba adicional de que las alteraciones vasculares desempeñan un importante papel en la preeclampsia es proporcionada por la frecuencia con que se encuentran espasmos de las arteriolas en este padecimiento.

La constricción vascular impone una resistencia al flujo sanguíneo y explica la hipertensión arterial. Más probablemente el vasoespasmo ejerce un efecto nocivo sobre los vasos sanguíneos, así como en los órganos que estos abastecen. La dilatación segmentaria que comúnmente acompaña el espasmo arteriolar segmentario probablemente contribuya de forma adicional al desarrollo del daño vascular que la integridad endotelial puede quedar comprometida por el estiramiento en los segmentos dilatados.

Además, la angiotensina parece tener una acción directa sobre las células endoteliales causando la contracción de éstas. Estos sucesos pueden producir extravasaciones interendoteliales a través de las cua-

les pueden pasar los componentes de la sangre, incluyendo las plaquetas y el fibrinógeno y depositarse endotelialmente. Estos cambios vasculares, junto con la hipoxia local en los tejidos adyacentes, probablemente produzcan hemorragia, necrosis y otros trastornos que en ocasiones se han observado en la hipertensión grave producida por el embarazo; entonces probablemente sean evidentes los depósitos de fibrina.

Respuestas presoras incrementadas observaron un aumento de reactividad vascular ante las hormonas presoras en mujeres con preeclampsia precoz, utilizando angiotensina II o noradrenalina utilizando vasopresina.

Más recientemente han demostrado en primigestas que el aumento de la sensibilidad vascular a la angiotensina precede claramente a la aparición de un embarazo inductor de hipertensión.

El mecanismo por el cual la posición supina estimula una elevación de la presión sanguínea no está claro, pero es otra manifestación de la hipersensibilidad vascular en las mujeres destinadas a desarrollar hipertensión inducida por el embarazo.

Se han observado alteraciones de la función de varios órganos y sistemas probablemente en gran parte como consecuencia del vasoespasmo en la preeclampsia y la eclampsia grave.

Alteraciones útero-placentarias: no existen mediciones precisas del flujo sanguíneo uterino, a través de la placenta, existen muchas razones para creer que la función de la placenta por parte de la madre se encuentra reducida en los casos de hipertensión inducida por el embarazo, y por razones válidas consideran que la depuración metabólica del sulfato de deshidroisaldosterona hasta estradiol 17-B por parte de la placenta, refleja estrechamente el nivel de perfusión materna de la placenta. Normalmente mientras el embarazo avanza, aumenta la depuración metabólica.

Al mismo tiempo que el flujo sanguíneo uteroplacentario está más probablemente comprometido en las mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, la actividad uterina espontánea, en respuesta a la oxitocina, se encuentra aumentada, lo cual tiene importancia clínica. Siendo todas las otras condiciones iguales, la inducción del parto con oxitocina en las mujeres con preeclampsia y eclampsia grave tienen más probabilidades de éxito que en las mujeres embarazadas normales. Simultáneamente el riesgo de hiperestimulación uterina con oxitocina es mayor.

No existen estudios específicos sobre la función placentaria en la hipertensión inducida por el embarazo, pero cuando el síndrome se ha desarrollado por completo, la función placentaria ha sido inferida de la presencia ocasional de infartos placentarios y de un creci-

miento fetal retardado. Sin embargo, este es con mayores probabilidades la consecuencia de la perfusión materna reducida más que de una atonía placentaria intrínseca.

El síndrome tiene mayores probabilidades de aparecer en los embarazos en los cuales existe un trofoblasto y vellosidades coriales abundantes.

En 1945 Herting, identificó en los embarazos preeclámpticos una lesión de las arterias útero-placentarias caracterizadas por células espumosas prominentes, ricas en lípidos.

Sobre la base de los estudios con microscopio electrónico de las arterias uteroplacentarias obtenidas por biopsia del lugar de implantación de la placenta, han descrito lo siguiente: las alteraciones preeclámpticas precoces incluyen lesión endotelial, absorción de los componentes del plasma por la pared de los vasos, proliferación de las células y necrosis de la misma, además se han identificado mediante métodos inmunológicos.

Alteraciones renales. Durante el embarazo normal, el flujo renal sanguíneo y la filtración glomerular están notablemente aumentada por encima de los niveles propios de la mujer no gestante, pero con la aparición de hipertensión inducida por el embarazo, se redu-

ce la perfusión renal y la filtración glomerular. Sin embargo, en la preeclampsia y eclampsia se encuentran que están apreciablemente por debajo de los normales sin gestación. Por consiguiente, con mayor frecuencia no están elevadas las concentraciones de creatinina o urea en el plasma, la concentración de ácido úrico del plasma se encuentra elevado con mucha mayor frecuencia, sobre todo en las mujeres con procesos graves. Las tiacidas al igual que en la preeclampsia causan una elevación del ácido úrico del plasma.

Normalmente se encuentran alteraciones histológicas en el riñón.

Se ha descrito que los glomérulos están agrandados un 50% y que a menudo protuyen en el cuello del túbulo, las asas capilares están variablemente dilatadas y contraídas, las células endoteliales se encuentran hinchadas, y entre ellas se depositan las fibrillas que no sirven para el engrosamiento y reduplicación de la membrana basal.

Las alteraciones renales identificadas al microscopio electrónico han sido consideradas por algunos autores como patognomónicas de eclampsia, siempre presentes en esta enfermedad y específicas en ellas.

Pero sin embargo, la incertidumbre del diagnóstico clínico es tan grande, como para evitar la aceptación de esta relación unívoca.

En gran parte de la corteza renal de ambos riñones se necrosa en casos raros, la necrosis cortical se caracteriza clínicamente por

oliguria, anuria y por una azoemia que se desarrolla rápidamente, este proceso probablemente provenga del vasoespasmio de las arterias renales como trombosis resultante de las arterias intralobulares y con extensión desde los capilares glomerulares adentro de ellos.

Alteraciones hepáticas: aún no es claro si el flujo sanguíneo hepático aumenta durante el embarazo normal y después disminuye al aparecer la hipertensión inducida por el embarazo. Hay veces que durante la preeclampsia se encuentran alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático, que incluyen una excreción de bromosulfaleína y una moderada elevación de los niveles séricos de las transaminasas glutaminoxalacética, la hiperbilirrubinemia es frecuente en la paciente con preeclampsia.

La nefrosis hemorrágica en la periferia del lóbulo hepático, identificada corrientemente durante la necropsia, fue considerada durante largo tiempo como una lesión característica de la eclampsia. Sin embargo, las biopsias hepáticas en los casos no mortales normalmente no han mostrado las alteraciones que a menudo se ven en los casos fatales.

Alteraciones cerebrales: el investigador McCall no encontró que el flujo sanguíneo cerebral, medido mediante la técnica de óxido de

Kety Schidt, se redujera en las mujeres con hipertensión inducida por el embarazo; sin embargo, la técnica no excluye la posibilidad de hipoperfusión focal o hipoperfusión del cerebro. El electroencefalograma muestra normalmente anomalías no específicas durante al gún tiempo después de las convulsiones en la eclampsia.

Alteraciones pulmonares:

Después de una convulsión, la frecuencia respiratoria se eleva a menudo como una consecuencia de la hipercapnia resultante de la producción de ácido láctico y a su vez, la liberación de anhídrido carbónico a partir del bicarbonato. El edema pulmonar ha constitui do un hallazgo corriente en la autopsia de los casos fatales. Sus causas incluyen insuficiencia cardíaca, sobrecarga circulatoria, la cual en ocasiones yatrogénica y la aspiración del contenido gástrico durante las convulsiones o poco después mientras que el sensorio está embotado o permanece ajustada a la cara una máscara de oxígeno.

Alteraciones endocrinas:

Durante el embarazo normal los niveles de renina, angiotensina II y aldosterona están incrementados. En la hipertensión inducida por el embarazo, normalmente disminuyen hasta los niveles normales sin gestación. Se mantiene la posibilidad de una hormona presora todavía no identificada.

Hay un aumento en la actividad de la hormona antidiurética para explicar la oliguria, pero no ha sido comprobado. Se han concentrado niveles de gonadotropina coriónica en el plasma inconstantemente elevado; a la inversa, el lactógeno placentario se ha encontrado inconstantemente reducido.

Alteraciones de líquidos y electrólitos. En las pacientes con preeclampsia el líquido extracelular se acumula aún más en el embarazo normal, pero el mecanismo responsable aún no es claro, el edema se manifiesta en el momento que paradójicamente los niveles de aldosterona están reducidos en comparación con los niveles notablemente elevados en el embarazo normal. Las concentraciones de electrólitos no difieren apreciablemente de las que se encuentran en el embarazo normal a menos que se haga tratamiento energético, restricción dietética del sodio o se administre agua con la suficiente oxitocina como para conseguir la antidiuresis.

Un edema importante no significa por sí mismo un mal pronóstico, ni tampoco la falta de edema garantiza un desenlace favorable, para los embarazos complicados por la preeclampsia.

Alteraciones hematológicas: las más importantes son: disminución o ausencia de la hipervolemia del embarazo normal, alteraciones de la coagulación y manifestación de hemólisis aumentada.

En la preeclampsia el volumen sanguíneo tiene menores probabilidades de encontrarse gravemente reducido. En la mujer de estatura media el volumen sanguíneo es aproximadamente de 5 000 ml., al final del embarazo normal en comparación con unos 3 500 ml., en la mujer embarazada; cabe aclarar que la falta de hipervolemia es a consecuencia de la vasoconstricción más que a la inversa.

1.7.3 Curso clínico:

Como se ha mencionado anteriormente, los signos clásicos de la preeclampsia son la hipertensión, proteinuria y edema, que son cambios que por lo general ignora la mujer embarazada. En el momento en que aparecen signos que ella misma puede detectar como son la cefalea, alteraciones de la visión, hinchazón de los párpados y de los dedos, lo que nos traduce que el trastorno está notablemente avanzado, por lo que se hace necesario recalcar la importancia de un adecuado control prenatal en la detección y tratamiento oportuno de este padecimiento.

Presión sanguínea: la alteración más importante de la preeclampsia es el vasoespasmo, especialmente de las arteriolas, por lo que se advierte con mayor seguridad una elevación de la presión sanguínea. La presión diastólica es un síntoma pronóstico más digno de confianza que la presión sistólica y cuando persiste a nivel de 90 mmHg., o más, es normal.

Ganancia de peso o edema: otro signo es la ganancia de peso en forma brusca y excesiva y, en algunas ocasiones, es el primer signo que aparece. Los incrementos de peso alrededor de 450 gr., por semana, pueden considerarse como normales, pero cuando alcanza los 900 gr., en una sola semana o bien, 2 700 grs. al mes, hay que empezar a sospechar de una posible preeclampsia. Una característica es la repentina y excesiva ganancia de peso en la gestación que es atribuible casi siempre a la retención anormal de líquidos y es demostrable, por lo común antes de que aparezcan signos visibles de edema, tales como la hinchazón de párpados y de los dedos.

Proteinuria: esta varía mucho, no solamente de un caso a otros, sino también de una hora a otra en la misma paciente. La variabilidad señala una causa funcional (vasoespasmo), más que una causa orgánica. En la preeclampsia leve la proteinuria puede ser mínima o faltar por completo; y el grado más grave normalmente puede demostrarse y puede llegar a ser de 10 g/l, y por lo general aparece después de la hipertensión y del edema.

Cefalea: es en algunos casos rara pero cada vez más frecuente en los casos graves de preeclampsia, el dolor intenso de cabeza constituye el heraldo que anuncia la primera convulsión y es resistente al tratamiento con analgésicos.

Dolor en epigastrio: el dolor en el cuadrante superior derecho es otro signo tardío de preeclampsia e indica la aparición de crisis convulsivas eminentes, el cual puede ser debido al estiramiento de la cápsula hepática posiblemente por hemorragia, aunque algunos piensan que tales alteraciones se originan en el sistema nervioso central.

Alteraciones visuales: van desde un ligero enturbiamiento de la visión hasta la ceguera total, y aunque algunos piensan que tales alteraciones son de origen central es más posible que sean atribuibles a espasmo retinal-arteriolar, isquemia y edema, y en casos raros un verdadero desprendimiento de retina, el cual tiene un pronóstico favorable, pues una semana después del parto se coloca en su lugar nuevamente.

1.7.4 Diagnóstico

Se considera que hay preeclampsia leve cuando después de las 24 semanas de gestación aparecen dos o más signos de los siguientes: presión sistólica de 149 mmHg o elevación de 30 mmHg por arriba de las cifras normales del paciente, presión diastólica de 90 mmHg a 99 o un aumento de 15 mmHg por arriba de las cifras normales, proteinuria de un gramo por litro hasta tres gramos, edema persistente de manos a cara, aumento de peso de 2 a 5 Kg., en 4 semanas.

Hay que aclarar que una sola aparición de tensión arterial elevada puede ser equívoca, para darle valor se deben realizar varias tomas sucesivas en 8 horas como mínimo, durante el cual debe permanecer y persistir igual de anormal.

Cuando la preeclampsia es severa o grave, deben estar dos o más de los siguientes datos: tensión arterial sistólica de 150 mmHg o más, diastólica de 100 mmHg o más, tanto la una como la otra en forma repetida. Proteinuria de más de 3 gr. por litro, edema en más de dos segmentos, aumento acelerado de peso, más de 5 kilos en 4 semanas.

Una de las manifestaciones anteriores, asociada a síntomas cerebrales, visuales, gastrointestinales o renales.

La eclampsia denota la presencia de crisis convulsivas o estado de coma, usualmente ambos en una paciente embarazada o en el puerpicio inmediato, que tenga hipertensión arterial edema y proteinuria.

Se trata de enfermedad hipertensiva esencial cuando aparecen hipertensión arterial antes de las 24 semanas de gestación, con presencia indefinida después del parto. Esta enfermedad no incluye casos de hipertensión crónica secundaria a enfermedad del riñón, obstrucción de vías urinarias o algunas otras.

Las cifras de tensión arterial de 140/90 mmHg, demostradas antes de llegar a las 24 semanas del embarazo, puede ser certeza de que exista enfermedad cardiovascular crónica hipertensiva o la presencia de hipertensión con alteraciones retinianas compatibles con la esclerosis vascular.

Cuando la preeclampsia aparece en pacientes hipertensas es a menudo entre las 24 y 30 semanas y el criterio para definir un cuadro de toxemia aguda es el siguiente: habiendo demostrado que se trata de una paciente con hipertensión crónica, que la tensión arterial sistólica se eleve 30 mmHg., o una elevación de 15 mmHg, en la diastólica o más. La aparición de un gramo de proteinuria o más aislada o conjuntamente con la exacerbación de la hipertensión y/o edema.

El diagnóstico de hipertensión crónica se hace en asociación con el embarazo, siempre que las manifestaciones sostengan la cronicidad del trastorno: 1) una historia bien comprobada de presión sanguínea elevada 140 ó más de sistólica y 90 ó más de diastólica, antes del embarazo actual y 2) el descubrimiento de esta hipertensión antes de la vigésima semana, o sea, antes del momento en que es probable que aparezca la preeclampsia o eclampsia durante la gestación. El hallazgo de hipertensión antes de la vigésima semana, excepto

si existe una alteración molar extensa en la placenta, se toma para dar a entender que la presión estaba elevada antes del embarazo y, está elevada si la paciente está embarazada o no.

Además de los casos de hipertensión crónica franca, existen muchos otros en que los embarazos sucesivos se asocian a hipertensión, pero en los períodos entre dichos embarazos la presión es normal, pero existen muchas enfermedades y síndromes asociados a la hipertensión que pueden encontrarse en la mujer embarazada. Con mucho, la hipertensión esencial es la más frecuente de estas enfermedades entre las mujeres embarazadas.

La glomerulonefritis crónica puede ser más frecuente de lo que se pensaba anteriormente, puesto que en su estudio de biopsias renales de mujeres con preeclampsia se encontró el 21% de las primigrávidas y en el 6.6% de las multíparas, alteraciones renales.

Existen muchas enfermedades y síndromes asociados a la hipertensión que puede encontrarse en la mujer embarazada.

1.7.5 Tratamiento

El mejor tratamiento de esta patología y de muchas otras es la prevención, la que se realiza con una consulta prenatal adecuada, lo que es fácil desarrollar en países con alto nivel socioeconómico,

pero en países como el nuestro, en el que no se reconoce el padecimiento en su estado incipiente, lo cual imposibilita una vigilancia y atención prenatal adecuada o satisfactoria, por lo que los casos se atienden en estadios más avanzados, teniendo ésto como causa común la falta de cultura general de la población, mala alimentación y pocos recursos económicos. Por lo consiguiente, podemos hablar de que en nuestro país existe un tipo de medicina curativa más no preventiva, lo cual aumenta los gastos de la economía poniendo más obstáculos para llegar a realizar "medicina preventiva".

Esto forma un reto para todo el personal del sector salud, al buscar prevenir la enfermedad más que curarla, lo cual debe ser objetivo principal a realizar dentro de este campo, en especial del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, para abrir la brecha que lleve a la apertura de un nuevo campo.

Cada escuela de gineco obstetricia tiene un criterio terapéutico que va desde la conducta conservadora, sin realizar una medida médica u obstétrica, hasta los intervencionistas puros que en todos los casos realizan interrupción del embarazo por vía abdominal sin mediar ningún tratamiento, y entre éstos existe una gama variable de conductas; el uso de cocteles, sulfato de magnesio y en cada uno de ellos reportan éxito.

Pero en forma general, todos los tratamientos deben estar encaminados a 3 objetivos generales que son:

- a. Control de irritabilidad nerviosa (Síndrome de Vasoespasmos o convulsiones).
- b. Estabilidad de la hipertensión arterial (evitar oscilaciones)
- c. Fomento de la diuresis

Interrupción precoz del embarazo:

En la preeclampsia leve: reducción de la actividad física, con reposo absoluto en el transcurso del día, independientemente del descanso habitual nocturno.

Dieta hiperprotéica: 30 cl., por Kg. de peso, y además normosódica.

Sedantes: Diazepam 5 mgs. vía oral 1-3 veces al día. Diuréticos: Furosemide 40 mgs., en la mañana durante tres o cuatro días, con un día de reposo. Evitar constipación intestinal con magnesias y peptrolato o laxantes mecánicos, no utilizar purgantes salinos ni estimulantes de la fibra muscular lisa, medir en forma aproximada la diuresis en 24 horas y explicar a la enferma los síntomas que corresponden a la agravación del cuadro clínico (mayor edema, cefalea, fosfenos, acufenos).

Citar a la paciente a una nueva consulta con un intervalo de 7 a 10 días y valorar en forma estricta el estado del feto.

En caso de que no responda al tratamiento ambulatorio debe ser hospitalizada y valorar la interrupción del embarazo de acuerdo a las normas de preeclampsia severa.

La preeclampsia severa: hospitalización, reposo absoluto, aislamiento y silencio, sonda foley a permanencia en pacientes sin trabajo de parto, canalización de vena y juzgar la toma de P.V.C., manipulaciones mínimas, control estricto de líquidos, diuresis horaria, cifras tensionales, respiraciones, pulso y temperatura cada 4 horas.

Medidas específicas: dieta hiposódica (0.5 a 2 grs. de sodio en 24 horas e hiperprotéica, 30 calorías por Kg., de peso ideal.

Sedantes: Diazepam, 10 mg. I.M., cada 8 horas, durante las primeras 24 horas de manejo.

Diuréticos: se inicia Furosemide a la dosis de 120 mgs. en 500 ml. de solución glucosada al 10% cada 8 horas. Las primeras horas condicionado al grado de edema, excitación cerebral y diuresis. Se administran los líquidos de acuerdo al balance particular de cada paciente.

Antihipertensores: en casos de crisis hipertensivas severas, podrán

indicarse siguiendo los lineamientos marcados al tipo de preeclampsia de la paciente.

Manejo obstétrico: pacientes con trabajo de parto y cualquier edad gestacional, seguir medidas generales y específicas ya mencionadas.

Método analgésico: Meperidina 100 mg., Promazina 50 mgs., Prometazina 50 mg. en 250 ml., de solución glucosada al 5% y anestesia, a juicio del anesthesiólogo y aplicación profiláctica de fórceps y revisión de cavidad.

En las pacientes con preeclampsia severa sin trabajo de parto se presentan dos posibilidades:

Embarazo de término:

Iniciar medidas generales y específicas y después de conocer sus exámenes de laboratorio, indicar interrupción del embarazo en un lapso no mayor de 12 horas, de acuerdo a las condiciones obstétricas.

En aquellos casos que permitan sospechar de sufrimiento fetal, agravamiento del cuadro clínico, condiciones cervicales inadecuadas a que hagan suponer inducción a largo plazo, control definitivo de la fertilidad, está indicada la operación cesárea.

Embarazo de menos de 35 semanas:

Si la gravedad del caso no disminuye, a pesar de un tratamiento intensivo por un tiempo máximo de 24 horas, se interrumpirá el embarazo, independientemente de la edad gestacional.

Si el tratamiento se acompaña de una disminución de la sintomatología, en las primeras horas de la terapéutica, la interrupción del embarazo deberá posponerse hasta que el producto llegue a la semana 35 o más de la gestación y haya certeza de madurez fetal. Por lo tanto, estarán indicados los estudios de madurez fetal (edad ósea, estudio en líquido amniótico: creatinina; relación lecitina-esfingomielina, espectrofotometría, células de descamación fetal) y, en caso de que en dicha prueba se muestren datos de inmadurez, se indicará la administración de hidrocortisona a dosis de 500 mgs. diarios 3 al día, antes de la interrupción del embarazo o con corticoides a dosis equivalentes. (Betametasona, Dexametasona).

Tratamiento para la eclampsia: esta complicación será manejada en la Unidad de Terapia Intensiva.

Medidas generales:

Reposo absoluto, aislamiento y silencio. Colocar sonda foley, catéter de polietileno para medir presión venosa central de preferencia

en miembro superior derecho o izquierdo, manipulaciones mínimas, evitar mordeduras de lengua mediante una cánula de Guedell lo que permite además, mantener las vías respiratorias permeables, aspiración de secreciones bucofaríngeas, administración de oxígeno permanente a razón de 4 libras por minuto.

Vigilar estrictamente los siguientes datos: número y duración de crisis convulsivas desde el primer contacto con la paciente, tensión arterial, pulso y respiración con intervalos de 30 minutos, determinar presión venosa central, diuresis cada hora, magnitud del edema, presencia o no de cianosis, calidad de los latidos cardíacos y auscultación de los campos pulmonares, control estricto de líquidos y balance cada 8 horas, condiciones del estado fetal.

Sedación:

Diazepam 40 mgs. por vía intravenosa muy lenta en 50 ml. de solución glucosada al 5%, con registro constante de tensión arterial, frecuencia del pulso y respiración suspendiendo la inyección en caso de súbita y notable hipotensión o taquicardia. Si la variación de estas constantes no es muy importante, se continúa el paso lento de la inyección. Al terminar la inyección endovenosa, administrando los primeros 25 ml., rápidamente y el resto en 3 horas, se llevará un control estricto del volumen urinario y de la presión venosa central.

Si la diuresis es mayor de 4 000 ml., en las primeras tres horas deberá suspenderse la administración de Furosemide.

Antihipertensores: cuando existen cifras de hipertensión severa o inestable a pesar de las medidas establecidas, deberá valorarse el uso de hipertensivos. Cuando las cifras tensionales estén 120 para la diastólica o más, están indicados alcaloides de Rawdolfia o Hidro lazenoftaleína 1 ampollita I.V, cada 4 a 6 horas, hasta lograr su estabilidad, pero si continúan cifras persistentes por arriba de 120 mmHg., u oscilantes y se tenga la seguridad de que no hay hemo-rragia cerebral, están indicados el uso de vasodilatadores activos del tipo del clorhidrato de Isosuprina 50 mgr. en goteo por venocli-sis con control estricto de tensión arterial, recordar que no se tra-ta de llevar la presión a cifras normales, sino a estabilizarla.

Corticoides: el edema cerebral y la tendencia natural de la enfer-medad o la coagulación intravascular diseminada indica la utiliza-ción de estos se recomienda 8mgr., de Dexametazona I.V., duran-te la segunda fase inmediata de Dexametazona.

Difenilhidantoinato: está indicada ante la presencia de convulsiones 100 mgr., I.V., cada 4 ó 6 horas.

Antimicrobianos: Ampicilina 500 mgr., I.V. cada 6 horas.

Manejo obstétrico:

La interrupción del embarazo se realizará en las primeras 6 horas de iniciado el tratamiento, independientemente de la edad gestacional y estén o no controladas las crisis convulsivas, preferentemente mediante intervención cesárea.

1.7.6 Pronóstico:

Depende de la gravedad de la preeclampsia. Con la preeclampsia grave que no mejora después de unos pocos días de hospitalización, es aconsejable la finalización del embarazo para el bienestar de la madre y el feto, siendo éste un embarazo de término; se puede inducir el parto o si no es satisfactoria, se procederá a la cesárea, siendo el procedimiento de elección. Cuando se ha llegado a la eclampsia el pronóstico es grave, puesto que es una de las entidades más peligrosas con las que tiene que tratar el obstetra, aunque la tasa de mortalidad en la eclampsia ha ido disminuyendo muy notablemente en las tres últimas décadas.

En gran parte contribuyen a la tasa de mortalidad materno-fetal, son las definiciones inadecuadas, diagnósticos imprecisos, falta de uniformidad en el cúmulo de estadísticas médicas, informes de censos imprecisos y registro no confiable de estadísticas vitales nacionales. Los procesos hipertensivos gestacionales que contribuyen a la morta-

lidad materno-fetal, debido casi siempre a la imposibilidad de obtener datos específicos por las incertidumbres diagnósticas.

La recurrencia de preeclampsia en un embarazo subsiguiente es rara, también son raras las secuelas a largo plazo del ataque eclámpico. Si persiste la hipertensión a la lesión renal o se diagnostican en un embarazo subsiguiente es probable que sea resultado de un trastorno vascular o renal subyacente previo, no del episodio de la preeclampsia.

1.7.7 Rehabilitación:

Está encaminada a las secuelas posteriores al padecimiento, tanto en el recién nacido como en la madre. Se debe seguir fomentando las visitas médicas periódicas, así como seguir el tratamiento médico indicado, fisioterapia, dietoterapia, terapia ocupacional.

HISTORIA NATURAL DE LA PREECLAMPSIA

Agente:

Desconocido.

Factores predisponentes:

Inherentes al embarazo: gestación múltiple, polihidramnios, mola hialiforme, macrosomía fetal.

Factores maternos:

Hipertensión arterial, obesidad, diabetes, nefropatías, diárritimas cerebrales (epilepsia).

Factores constitucionales:

Edad, paridad, nutrición, herencia, psicopatías, raza

Factores ambientales:

Clima, altitud de la región que habita.

Huésped:

Edad: más en mujeres jóvenes, primigestas o multiparas de edad avanzada.

Herencia: asociada a insuficiencia cardíaca; enfermedad coronaria, angina de pecho, infarto agudo al miocardio, accidente vascular cerebral (hemorrágico, trombótico).

Insuficiencia renal

Obesidad.

Medio ambiente:

Más en medio con recursos económicos bajos

Más en lugares altos

Más en climas fríos.

Cambios tisulares:

Vasoespasm — Hipoxia local — Hemorragia — N
(Contricción de tejidos (Hipersensibilidad vascular arteriolar)

Signos y síntomas inespecíficos.
Cefalea
Edema
Dolor en epigastrio
Acúfenos
Fosfenos

Signos y Síntomas Específicos

Materna:

Hipertensión arterial > 130.

Edema en inferiores u otros órganos
Protrusión vasospasmo

Fetales:
Puede sufrir miopía
Taquicardia o brad

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO	PATOGENICO
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	
PROMOCION A LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIONES
Orientación a la población sobre la importancia del control médico	A pacientes con hipertensión crónica Tratamiento médico de sostén. Hipotensores	Registro de T/A (varias mediciones seriadas) exámenes de laboratorio: (proteinuria, trazas, cilindros, eritrocitos en el E.G.O.)	Interrupción de la gestación
Orientación nutricional	Dieta hiposódica Evitar obesidad	En sangre clob fibrinógeno en mayor cantidad	gravada, hospitalización
Orientación higiénica	Visitas médicas regulares En pacientes con algún otro factor predisponente como diabetes, diárritimas cerebrales, nefropatías, afecciones cardíacas, seguir tratamiento médico según sea el caso. Examen oftalmoscópico. Valoración de estado renal y cardíaco. Exámenes de biometría hemática, química sanguínea, E.G.O.	Cambios retinianos: visión borrosa, fosfenos. Cambios arteriolar y edema de retina mediante exploración oftalmoscópica. La hiperreflexia puede ser un signo importante, porque su aumento progresivo implica la amenaza de convulsiones inminentes. Tratamiento antihipertensivo (Alfa-metildopa, hidralazina, diuréticos.	

HISTORIA NATURAL DE LA PREECLAMPSIA

MUERTE

			Complicaciones:	Maternas llegar a la eclampsia
				Fetales sufrimiento fetal agudo
		Maternas:		Maternas:
		Hipertensión arterial 130/90 ó más		Lesión cerebral permanente
		Edema en miembros inferiores, párpados u otras partes del organismo.		Hipertensión crónica.
		Proteinuria (debida al vasoespasmó).	Secuelas:	Insuficiencia renal
Signos y síntomas inespecíficos.	Cefalea Edema Dolor en epigastrio Acúfenos Parestesias	Signos y Síntomas Específicos		Insuficiencia cardíaca
		Fetales:		Fetales:
		Puede haber datos de sufrimiento fetal		Lesión cerebral permanente (epilepsia, retraso mental).
		Taquicardia, bradicardia o ambas.		Lesión cardíaca

Cambios tisulares:

Vasoespasmó — Hipoxia local — Hemorragia — Necrosis
(Constricción de tejidos arteriolar) (Hipersensibilidad vascular)

	PERIODO	PATOGENICO	
	PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIARIA
	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION
En crónica En.	Registro de T/A (varias mediciones seriadas) exámenes de laboratorio: (proteinuria, trazas, cilindros, eritrocitos en el E.G.O.) En sangre dióxido de carbono en mayor cantidad	Interrupción del embarazo por vía vaginal u abdominal si la gravedad de la paciente aumenta, no importando la edad gestacional.	Encajinada a las secuelas Seguir promoviendo visitas médicas De control
o factor s, disrit- s, afec- atamiento	Cambios retinianos: visión borrosa, fosfenos. Cambios arteriulares y edema de retina mediante exploración oftalmoscópica.		Dietoterapia Fisioterapia
y car- ática,	La hiperreflexia puede ser un signo importante, porque su aumento progresivo implica la amenaza de convulsiones inminentes. Tratamiento antihipertensivo (Alfa-metildopa, hidralacina, diuréticos.		Terapia ocupacional.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1 Recolección de datos.

2.1.1 Datos de identificación

Análisis de datos

Nombre: M.R.M.A.

Problemas reales o poten

Servicio: Hospitalización 2o. piso

ciales.

Gineco-obstetricia.

No. de cama: 226, Edad: 30 años

Sexo: femenino; Estado Civil:

casada; Religión: católica

Sin problemas

Fecha de ingreso: 4-XI-85.

Escolaridad: carrera técnica;

Nacionalidad: mexicana;

Procedencia: Distrito Federal

Domicilio: Ecatepec, Edo. de Méx.

2.1.2 Nivel y condiciones de vida.

Ambiente físico:

Habitación: características fí-

sicas. Cuenta con una mala ven-

tilación, buena iluminación, cons-

tituida por dos recámaras de pe-

queño tamaño bien aseadas, una

sala comedor, cocina, baño, pe-

queño jardín.

Habitación mal ventilada

Análisis de datos

No cuenta con animales domésticos, la casa es propia, construida de tabique y concreto.

Servicios sanitarios. Cuenta con agua potable intradomiciliaria, drenaje e iluminación pública. Hay problemas de recolección de basura hasta por semanas.

Vías de comunicación: cuenta con varias vías de comunicación, con autobuses que van directo a Jardines de Morelos y autobuses de transporte local. No cuenta con teléfono propio pero hay casetas para realizar llamadas, cuenta con correo.

Recursos para la salud: sólo cuenta con una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 36, y algunos consultorios médicos que existen en el rumbo.

Recolección de basura deficiente.

Sin problema

No cuenta con servicios para la salud que sean accesibles.

Hábitos higiénicos: son regulares, baño diario, aseo de manos dos o tres veces al día, lavado de dientes 2 veces al día, no acostumbra visitas frecuentes al odontólogo, cambio de ropa cada tercer día.

Alimentación: de regular calidad y cantidad:

Desayuno: frijoles, huevo, leche, pan.

Comida: guisado con verduras, o carne cada tercer día, tortillas, agua y a veces fruta.

Gena: café y pan.

Descanso: por lo regular en las tardes 2 horas diarias.

Sueño: de 7 a 8 horas diarias y algunas veces insomnio sin causa aparente.

Análisis de datos

Potencial

Hábitos higiénicos regulares.

Potencial

Hábitos alimenticios regulares.

Sin problema

Diversión y/o deportes: no practica deporte y rara vez sale a centros de diversión.

Estudio o trabajo: trabajó durante diez años.

Composición familiar: es una familia integrada por 4 personas: paciente, su esposo y dos hijos de 9 años, gemelas, las cuales estudian el tercer año de primaria. El ingreso económico familiar es de \$10,000 a \$11,000.00 pesos semanarios.

Dinámica social: no pertenece a ningún grupo social ni religioso y sólo conviven de vez en cuando con los vecinos y familiares

Comportamiento: su conducta es adecuada, su estado emocional es estable dentro del medio hospitalario.

Análisis de datos

Potencial

no hay actividades deportivas ni recreativas.

Real

Bajo ingreso económico.

Sin problema

Sin problema

Análisis de datos

2.2 Problema actual o padecimiento

Real

Padecimiento actual: paciente femenina de 30 años de edad, GII CI por gemelar que ingresa por presentar elevación de la presión arterial de 130/90 130/100, así como actividad uterina, cefalea, fofenos ocasionales y edema palpebral y de miembros inferiores († †).

Una cesárea.
Hipertensión arterial
Cefalea, fofenos, edema palpebral y de miembros inferiores.

Signos vitales de ingreso: 130/100 T/A
36.5^o temperatura, 86 pulsaciones por minuto.

24 resp. Ebb. actual se resuelve por cesárea, ya que existía sufrimiento fetal y antecedente de cesárea.

Cesárea por sufrimiento fetal.

Antecedentes personales patológicos:

Real

accidente automovilístico dejando fractura de pelvis a la edad de 13 años.

Antecedentes de fractura de pelvis.

Enfermedades propias de la niñez:

rubeóla, sarampión, escarlatina sin dejar secuelas, deciduitis poscesárea a los 21 años de edad.

Antecedentes de deciduitis

Análisis de datos

Niega otros antecedentes patológicos y transfuncionales.

Antecedentes familiares patológicos: padres diabéticos aún vivos, abuelos desconoce causas de su fallecimiento, hermanos aparentemente sanos.

Potenciales

Padres diabéticos

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento; desconoce la profundidad del padecimiento y refiere que está únicamente porque tiene alta la presión arterial pero que eso es todo.

Sin problema

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: la paciente es cooperadora para con el personal que la atiende en el hospital, presentando la información necesaria para ayudar al diagnóstico preciso, así como en la realización de exámenes de laboratorio y gabinete.

Sin problema

Análisis de datos

La familia, especialmente el esposo, muestra gran interés en el padecimiento de su esposa y colaborando apoyo emocional.

Antecedentes gineco-obstétricos:

menarca a los 11 años, con ritmo de 30 x 3-4 días, sin coágulos, algunas veces con dolor, cantidad normal, después del inicio de las relaciones sexuales no hubo cambios en las menstruaciones posteriores.

Sin problemas

Inicia vida sexual activa.

A los 20 años de edad, telarca a los 13 años, pubarca a los 13 años y el completo desarrollo de ambos fue a los 15 años aproximadamente, son de tamaño mediano los senos.

Patología mamaria: a la palpación se encuentran pequeñas nodulaciones, hay poco dolor, y aún existe secreción por pezón, niega alguna patología posterior.

Sin problema

Análisis de datos

Antecedentes obstétricos: Gesta II Cesárea I, su primer gesta fue a los 21 años de edad, la cual fue un embarazo gemelar, duró $8\frac{1}{2}$ meses (38 semanas). Durante el primer trimestre tuvo escasas náuseas, psialorrea abundante. Durante el segundo y tercer trimestre aparentemente cursó sin complicaciones, el cual acabó en realización de cesárea porque un producto tenía presentación pélvica y otro cefálica. Hubo posteriormente deciduitis poscesárea.

2o. embarazo el actual, con F.U.R. 28 de enero de 1985, F.P.P., 5 de noviembre 1985.

Exploración física: inspección. Paciente femenina, normocéfala, buena coloración de tegumentos, cloasma facial bien hidratada, cuello normal, edema palpebral y de M.I. (+ +).

Potencial

Cesárea hace 9 años con antecedentes de deciduitis poscesárea.

Real

Edema palpebral
Edema en miembros inferiores.
Infección vaginal por hongos.

Análisis de datos

Palpación: útero globoso a expensas de embarazo de término por clínica y F.U.R., gran panículo adiposo. Senos con pequeñas nodulaciones. Al tacto cérvix con 2 centímetros de dilatación, 50% de borramiento, cuello fibroso, leucorrea blanquecina y probable infección por hongos.

Percusión, ruidos cardíacos normales y pulmonares sin estertores ni ruidos anormales.

Auscultación: frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto, pulso 86, peso 93 Kg. talla 1.55m.

Exámenes de laboratorio:

Fecha: 4 de noviembre, 1985

Sangre: Hemoglobina: 13.5

Hto. 43

Glucosa 66 mg/dl.

Urea 23.8 mg/l.

Creatinina 1.0 mg/dl.

Aumento de peso, 14 Kg durante todo el embarazo.

Problemas reales o potenciales

"Real"

Proteinuria de 1 gr/lt.

Análisis de datos

Orina: pH 6

Densidad: 1 030

Proteínas 1 g/lt.

Glucosa: no tiene

Acetona: no tiene

Hemoglobina: no tiene

Sedimento: leucocitos 2-3

por campo

Eritrocito: no tiene

Cilindro: no tiene

Fase de síntesis:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Hipertensión arterial | 8. Antecedentes de padres diabéticos. |
| 2. Proteinuria | |
| 3. Edema | 9. Hábitos alimenticios regulares. |
| 4. Cesárea anterior y cesárea actual | |
| 5. Cefalea | 10. Pocos servicios para la salud. |
| 6. Fosfenos | |
| 7. Infección vaginal | 11. Recolección deficiente de basura. |
| | 12. Habitación mal ventilada |
| | 13. No hay prácticas deportivas ni recreativas. |

2.3 Diagnóstico de Enfermería:

Paciente femenina, de edad aparente a la cronológica con abdomen globoso a expensas de útero gestante, fascies no características, marcha no claudicante, con antecedentes de importancia como fractura de pelvis a los 13 años, cesárea por embarazo gemelar hace 9 años, deciduitis poscesárea, padres diabéticos. A su ingreso presenta embarazo de término por clínica y F.U.M., con actividad uterina irregular, 2 centímetros de dilatación, producto cefálico abocado, rechazable, cérvix central posterior, se detecta hipertensión arterial (no detectada durante las consultas prenatales) cefalea, fosfenos, edema palpebral ligero y de miembros inferiores, infección vaginal, los exámenes de laboratorio muestran proteinuria. Por lo que el embarazo actual se resuelve por cesárea, por existir antecedentes de importancia y el inicio de Dips I. Actualmente se encuentra con herida quirúrgica poscesárea más salpingoclasia por paridad satisfecha, dolor, sangrado transvaginal escaso, tensión arterial en límites normales, además signos vitales normales.

A la visita domiciliar se detecta que cuenta con habitación mal ventilada, problemas de recolección de basura, pocos servicios para la salud, accesibles en una emergencia, hábitos higiénicos regulares, al igual que los hábitos alimenticios, bajo ingreso económico, no realización de actividades recreativas ni deportivas, los cuales de manera directa o indirecta han contribuido al padecimiento actual.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Objetivos:

Planear cuidados específicos de enfermería.

Brindar seguridad y confianza al paciente.

Evitar al máximo las complicaciones del padecimiento.

Proporcionar atención de calidad al paciente.

Reintegrar al individuo a la sociedad y a su familia.

Problema: Hipertensión arterial de 140/100, 130/100.

Manifestaciones clínicas del problema:

Elevación de la tensión arterial de 130/100, 140/100 mmHg.,
en varias mediciones seriadas, cefalea, fosfenos.

Razón científica de las manifestaciones:

No se ha encontrado un agente vasopresor que explique la hipertensión arterial durante el embarazo, pero se ha incriminado a la renina en bases teóricas. Se ha considerado a la retención de sodio como un factor incitante, ya que existe edema y retención acuosa evidente. Otro factor como la concentración de catecolaminas, epinefrinas y norepinefrinas pueden ser mayores de lo normal en algunas pacientes. Además las prostaglandinas en mayores concentra-

ciones de lo normal pueden disminuir la vasoconstricción producida por la angiotensina II.

Otro factor como la determinación de la función de las hormonas sexuales esteroides en el control de la presión arterial, ya que los estrógenos y la progesterona y algunos otros metabolitos pueden sensibilizar a los vasos sanguíneos ante sustancias vasopresoras no identificadas.

Acciones de enfermería:

Toma y registro de la tensión arterial mínima cada 4 horas y su valoración.

Administración de antihipertensivos: Alfa metil Dopa cada 6 horas 250 mgr.

Razón científica de las acciones:

La toma y registro de valores tensionales nos sirven de control y valoración del estado general de la paciente y nos dan un parámetro de como actuar en base a la gravedad del cuadro.

Los antihipertensivos del tipo de la Metil-Dopa inhiben eficazmente la acción de la Noradrenalina, además de la Metildopa misma o algún metabolito originado de su biotransformación, actúa como un

falso mediador ocupando los sitios de acción de la Noradrenalina, mediador químico del sistema nervioso simpático, actuando como bloqueador de las neuronas adrenérgicas y sobre el sistema nervioso central, siendo su potencia antihipertensiva tan fuerte por lo que se emplea en tratamientos de hipertensión Grado II y Grado III. Su máximo efecto se logra en 4 horas ó 6 máximo y dura aproximadamente 24 horas.

Evaluación:

Se lleva a cabo el control estricto de la presión arterial de la paciente.

Se logró control de las cifras tensionales para que se mantuvieran dentro de los límites normales.

Problema: Edema.

Manifestaciones clínicas del problema:

Aumento exagerado de peso.

Hinchazón de párpados y miembros inferiores.

Razón científica de las manifestaciones:

El edema es común y tal vez normal durante el embarazo y hay más de una causa del edema gestacional como pudiera ser la presión mecánica de las venas de los miembros inferiores por el peso del pro-

ducto, la presión venosa aumentada los vasopresores y las hormonas.

Al aumento de volumen sanguíneo del embarazo y al crecimiento fetal ocurre una retención de sodio, pero en la preeclampsia la capacidad de excretar sodio está alterada más allá de lo que pudiera atribuirse a una disminución de tasa de filtración glomerular. Un aumento de la sensibilidad a la actividad vasoactiva de la hormona antidiurética sobre la circulación renal, que debiera contribuir a la retención de sodio y agua.

Acciones de Enfermería:

Registro y valoración del grado del edema para su control.

Dieta hiposódica blanda.

Administración de hidrocortizida vía oral cada 6 horas, 50 miligramos.

Fundamentación científica de las acciones:

Para valorar el estado general de la paciente.

Los estudios metabólicos han demostrado que pacientes con preeclampsia a quienes se dan dietas bajas en sodio desarrollan un desequilibrio sódico negativo hasta el grado de desarrollar hiponatremia que requerirá la administración de sal.

La retención de sodio y agua pueden persistir hasta después de varios días del parto.

El componente hidrocorticoide bloquea la reabsorción de sodio, actúa por un mecanismo diferente interrumpiendo con el intercambio de iones de potasio e hidrógeno, por lo que reduce el riesgo de hipokalemia.

Evaluación:

El edema no cede por completo, pero no va en aumento.

Problema: Proteinuria.

Manifestación científica del problema:

La proteína excretada es principalmente la albúmina y en menor cantidad la globulina. Estas proteínas pasan a través del glomérulo hacia la orina más rápido y en mayores cantidades de las que pueden reabsorberse en los túbulos proximales debido a la lesión glomerular o tubular.

Se sabe que ocurre la mayor pérdida de proteínas cuando la lesión renal es más grave.

Entre las proteínas que se pierden está la angiotensinasa que inacti-

va la angiotensina II, así a pesar del aumento gradual de las concentraciones de angiotensinasa después de la semana 20 de gestación, su pérdida en la orina puede disminuir la tasa de inactivación de la angiotensina II y contribuir a la hipertensión.

Acciones de Enfermería:

Toma de muestras de laboratorio para la determinación de la cantidad de proteínas liberadas y así medir el daño renal y el estado de gravedad de la paciente.

Razón científica de las acciones:

Sólo a través del examen de orina se puede lograr la determinación de la cantidad de proteínas liberadas por el riñón y así determinar el grado de lesión glomerular.

Evaluación:

El laboratorio nos reportó la cantidad de proteínas encontradas lo que contribuye al diagnóstico definitivo de la paciente.

Problema: Segunda cesárea.

Manifestaciones clínicas del problema:

Herida quirúrgica en abdomen.

Razón científica de las manifestaciones:

Los antecedentes de la paciente, agregados a su estado actual, fueron las indicaciones para la realización de esta operación cesárea; cesárea anterior por embarazo gemelar, deciduitis poscesárea, fractura de pelvis a los 13 años, iniciación de sufrimiento fetal y además paridad satisfecha, por lo que se realiza salpingoclasia.

Acciones de Enfermería:

Cuidados preoperatorios: preparación psicológica de la paciente, preparación física (toma de muestras de laboratorio, tricotomía abdomino-púbica, sondeo vesical, mantener ayuno, enema, capelina y botas, canalización de vena, toma y valoración de signos vitales, valoración del estado fetal.

Cuidados transoperatorios: actividades de circulante, llevando control de los tiempos quirúrgicos, valoración del estado materno y fetal, durante la cirugía.

Cuidados posoperatorios: vigilancia del estado de conciencia, signos vitales cada 15 minutos, curación y vigilancia de herida quirúrgica, vendaje abdominal, valoración de la involución uterina, características de loquios, administración de analgésicos, de Alfametildopa. Cuidados generales de enfermería.

Razón científica de las acciones:

Los cuidados preoperatorios son los que se le proporcionan a un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, con el objeto de mantener las condiciones óptimas durante la misma, evitando riesgos agregados a los ya existentes por la simple cirugía.

Los cuidados transoperatorios son los que se le proporcionan a la paciente durante la cirugía cesárea, contribuyendo a que se lleve en las óptimas condiciones.

Los cuidados posoperatorios son los que se le brindan al paciente después de una intervención quirúrgica, están encaminados a valorar el estado y las condiciones en que sale la paciente de la sala de intervenciones, además de contribuir al pronto restablecimiento de la paciente. Se valoran datos como signos vitales, involución uterina, loquios, herida quirúrgica.

Evaluación:

Herida quirúrgica limpia, no muestra infección, lo que favorece el proceso de cicatrización.

Problema: Hábitos higiénicos y alimenticios regulares.

Manifestaciones clínicas del problema:

Cambio de ropa cada tercer día, pocas visitas al odontólogo, lavado de manos una o dos veces al día, aseo dental una vez al día, alimentación mala en calidad y cantidad; ingiere en exceso carbohidratos y lípidos, pero pocas proteínas y vitaminas.

Razón científica de las manifestaciones:

Cualquier deficiencia alimenticia o higiénica puede ser el inicio de padecimientos leves o graves, o contribuir a la acentuación de algunos ya existentes.

Acciones de Enfermería:

Orientación higiénica y nutricional.

Razón científica de las acciones:

Dentro de la orientación nutricional se debe hacer énfasis sobre el tipo de alimentos que proporcionan una dieta balanceada, buena en calidad y cantidad, todo en base a los recursos económicos con que cuenta la paciente. En lo referente a los hábitos higiénicos contribuyen a disminuir los factores predisponentes de muchos procesos nosológicos.

Con esto se trata de mejorar las condiciones de vida y mantener las condiciones óptimas de salud.

Evaluación:

Sólo se puede hacer a largo plazo, aunque en las visitas domiciliarias hechas posteriormente, se observó que los hábitos higiénicos y alimenticios fueron mejorando en cierta medida.

Problema: Infección vaginal por monilia.

Manifestaciones clínicas del problema:

Secreción vaginal espesa, blanca, coagulada, prurito e irritación vulvar.

Razón científica de las manifestaciones:

El pH vaginal suele ser de 5 a 7. Las mujeres gestantes y las diabóticas están predispuestas, debido a la glucosuria y el aumento de glucógeno presente en la vagina durante el embarazo. La contaminación generalmente procede del recto.

Acciones de Enfermería:

Toma de exudado vaginal para cultivo.

Orientación sobre cuidados higiénicos.

Ministración de Micostatín óvulos.

Razón científica de las acciones:

La instrucción a la paciente en el minucioso cuidado perineal y el lavado de las manos, evitan reinfección y contagiar el hongo a otras personas, especialmente a los niños.

El estudio hecho por el laboratorio nos va a ayudar a confirmar el diagnóstico de monilia sugestivo por la sintomatología y signos característicos de este padecimiento.

El Micostatín local destruye la invasión causada por los hongos impidiendo su pronta reproducción característica.

Evaluación:

En vista de que el embarazo duplica las posibilidades de una infección, la evaluación no se puede realizar a corto plazo, sino en el puerperio, ya que estos tratamientos son largos.

Problema: . . . Antecedentes de padres diabéticos.

Manifestación clínica del problema:

Datos tomados a través de la historia clínica.

Razón científica del problema:

La historia clínica nos aporta datos de gran importancia para el ac-

tual padecimiento de la paciente viendo en ella los antecedentes de importancia como son los heredo familiares u aquellos que potencialmente son susceptibles de desarrollar como en el caso de la Diabetes.

Acciones de Enfermería:

Toma de dextroxtis, dieta hipocalórica y orientación sobre la predisposición que tiene para el desarrollo de una diabetes y los cuidados que debe de tener desde el aspecto higiénico dietético y alimenticio para eliminar el porcentaje de riesgo.

Evaluación:

El dextroxtis muestra que hay niveles normales de glucosa y la orientación dada sobre cuidados específicos, se podrán evaluar a largo plazo.

Problema: Alteración del estado emocional.

Manifestaciones clínicas del problema:

Sentimientos de miedo, tristeza, soledad.

Razón científica de las manifestaciones:

Las emociones se reflejan en estados subjetivos de sentimientos,

en comportamiento generado a partir de emociones y en cambios adaptativos. Las emociones están relacionadas a los acontecimientos diarios. Ciertas situaciones tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente del estado físico o psicológico.

El miedo es una experiencia emocional incómoda y generalmente se evita, acompañada al peligro de la vida o daño al organismo, especialmente cuando el individuo se percibe a sí mismo como incapaz para evitar o eliminar la amenaza.

La tristeza es una experiencia emocional desagradable que generalmente se acompaña a la pérdida de algo valioso.

La soledad es una emoción que acompaña al aislamiento real o percibido de los otros seres humanos.

La experiencia emocional está relacionada de manera compleja a la función psicológica y fisiológica total.

Acciones de Enfermería:

Orientación general sobre su padecimiento y apoyo psicológico.

Razón científica de las acciones:

La enfermera debe incrementar la comprensión acerca de los procesos emocionales y de sus relaciones con la salud y el bienestar.

Además, la enfermera debe utilizar sus conocimientos sobre los procesos emocionales y sus observaciones del paciente como individuo, para planear los cuidados generales.

Evaluación:

Se logra gran estabilidad en el estado emocional de la paciente, eliminando casi en su totalidad el miedo a lo desconocido.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE: M.R. M.A.
 Fecha de ingreso: 4-XI-56 Sexo: Femenina
 Estado civil: Casada
 Edad: 30 años
 Servicio: Hospitalización, 7o. piso Gineco-Obstetricia
 Diagnóstico médico:

Neemclampsia leve en estado

OBJETIVOS:

- Manejar cuidados específicos de enfermería brindar seguridad y confianza al paciente.
- Evitar al máximo las complicaciones del peditamiento.
- Proporcionar atención de calidad al paciente respetando el individuo a la sociedad y a su familia.

Diagnóstico de Enfermería:

Paciente femenina, de edad aparente a la cronológica, con abdomen globoso a expensas de hipo que presenta, facies no caracterizada, marcha no claudicante, con antecedentes de hipertensión como fractura de pelvis a los 13 años, usó tres por embarazo general hace 7 años, deciduina postparto, padeció diabétesis. A su ingreso presenta: embarazo de término por clínica y F.U.M., con actividad uterina irregular, 7 contracciones de dilatación, producto céfalico abastado, rechazable, cérvix cervical y interno, se detecta hipertensión arterial (no detectada durante los controles prenatales), cefalea, fatigosa, edema periférica ligero y de miembros inferiores, los exámenes de laboratorio muestran normalidad. Por lo que el embarazo actual se resuelve por cesárea, por existir antecedentes de hipertensión y el inicio de Gripe II. Actualmente se encuentra con huida química progresiva más hipertensiva por pérdida satelital, dolor, segundo transvaginal de usaco, tensión arterial en límites normales, además sigue unos vitales normales.

A la visita domiciliar se detecta que cuenta con habitación mal ventilada, problemas de presentación de usaco, pocos recursos para la salud, accesibles a una emergencia, hábitos higiénicos regulares, al igual que los hábitos alimenticios, poco ingreso económico, no realización de actividades recreativas ni deportivas. Los cuales de manera directa o indirecta han contribuido al padecimiento actual.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLINICAS DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Hipertensión arterial	Elevación de la tensión arterial de 130/100 a 140/100 mmHg., en varias mediciones sucesivas, cefalea, fatigosa.	No se ha encontrado un agente vasopresor que explique la hipertensión arterial durante el embarazo, pero se ha incrementado a la zotemia en base tóxica. Se ha con el estado a la retención de sodio como la concentración de catecolaminas, epinefrina y noradrenalina pueden ser mayores de lo normal en algunas paciones. Además, las prostaglandinas un mayor contracción de lo normal pueden disminuir la vasopresión producida por la angiotensina II. Otro factor como la disminución de la función de las hormonas sexuales esteroides en el control de la presión arterial, ya que los estrógenos y la progesterona y algunos otros metabolitos pueden sustituir a los vasos sanguíneos ante sustancias vasopresoras no identificadas.	Toma y registro de la tensión arterial mínima cada 4 horas y su valorización. Administración de antihipertensivos: Alfa metildopa cada 6 horas, 250 mg.	La toma y registro de valores tensionales nos sirven de control y valorización del estado general de la paciente y nos dan un parámetro de como actuar en base a la gravedad del cuadro. Los antihipertensivos del tipo de la Metil Dopa inhiben eficazmente la acción de la Noreadrenalina, además de la Metil Dopa inhibe eficazmente la acción de la Noreadrenalina, mediante química del sistema nervioso simpático, actuando como bloqueador de las neuronas simpáticas y sobre el sistema nervioso central, siendo su potencia antihipertensiva Grado II y Grado III. Su máximo efecto se logra en 4 horas a 6 máximo y dura aproximadamente 24 horas.	Se lleva a cabo el control estricto de la presión arterial de la paciente. Se logró control de las cifras tensionales para que se mantuvieran dentro de los límites normales.
Edema	Aumento exagerado de peso, hinchazón de párpados y miembros inferiores.	El edema es común y tal vez normal durante el embarazo y hay más de una causa. El edema fisiológico normal como padecer la presión sanguínea de las venas de los miembros inferiores por el peso del feto. La presión venosa aumentada los vasos presores y las hormonas. El aumento de volumen sanguíneo del embarazo y el aumento fetal ocurre una liberación de sodio, pero en la normalidad la capacidad de excretar sodio está aumentada más allá de lo que pudiera atribuirse a la retención de sodio y agua.	Registro y valorización del grado del edema para su control. Dieta hiposódica blanda Administración de hidroclorotiazida oral cada 6 horas, 50 miligramos.	Para valorar el estado general de la paciente. Los estudios metabólicos han demostrado que pacientes con proteinopatía renal con diuresis bajas en sodio desarrollan un desequilibrio iónico negativo hasta el grado de desarrollar hiponatremia que requiere la administración de sal. La retención de sodio y agua pueden persistir hasta dos veces de su nivel normal. El componente hidroclorotiazida bloquea la reabsorción de sodio, acción por un mecanismo diferente interrumpiendo con el intercambio de iones de sodio e hidrógeno, por lo que reduce el riesgo de hipokalemia.	El edema no cede por completo, pero no va en aumento.
Proteinuria	Eliminación de proteínas a través de la orina.	La proteína excretada se principalmente la albúmina y es menor cantidad la globulina. Estas proteínas pasan a través del glomerulo hacia la orina más rápida y en mayores cantidades de lo que pueden reabsorberse en los túbulos proximales debido a la lesión glomerular o tubular. Se sabe que ocurre la mayor pérdida de proteínas cuando la lesión renal es más grave. Entre las proteínas que se pierden está la angiotensina que interviene en la angiotensina II, así se puede el aumento gradual de las concentraciones de angiotensinasa después de la semana 20 de gestación, su pérdida en la orina puede disminuir la tasa de inactivación de la angiotensina II y contribuir a la hipertensión.	Toma de muestras de orina para laboratorio por la determinación de la cantidad de proteínas liberadas y así medir el daño renal y el grado de gravedad de la paciente.	Si se a través del examen de orina se puede lograr la determinación de la cantidad de proteínas liberadas por el riñón y así determinar el grado de lesión glomerular.	El laboratorio no reportó la cantidad de proteínas excretadas, lo que contribuye al diagnóstico definitivo de la paciente.
Segunda cesárea.	Huida química en abdomen.	Los antecedentes de la paciente, ser dados a su estado actual, fueron las indicaciones para la realización de esta cesárea cesárea: cesárea anterior por embarazo general, deciduina postparto, fractura de pelvis a los 13 años, iniciación de edema to fetal y además perdió satelital, por lo que se realiza asplintocisión.	Cuidados preoperatorios preparación psicológica de la paciente, preparación física (lona de mareas de laboratorio, triplometra abdominal-púbica, goniómetro, manómetro, esfigmomanómetro, enema, capcilla y botas, desinfección de usaco, toma y valoración de signos vitales. Valorización del estado fetal Cuidados transoperatorios: actividades de cuidado, estricto control de los tiempos quirúrgicos, valoración del estado materno fetal, durante la cirugía. Cuidados postoperatorios: Vigilancia del estado de conciencia, signos vitales cada 15 minutos, oxigenación y vigilancia de heces químicas, vendaje abdominal, valoración de la intervención quirúrgica, administración de analgésicos, cuidados de heridas de cirugía.	Los cuidados preoperatorios son los que se le proporcionan a un paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, con el objeto de mantener las condiciones óptimas durante la misma, evitando riesgos agregados a los ya existentes por la simple cirugía. Los cuidados postoperatorios son los que se le brindan al paciente después de una intervención quirúrgica, los que están encaminados a valorar el estado de la salud de intervenciones, además de contribuir al pronóstico de la paciente, por valorar la tasa como la salud, con la vida, en la vida, salud química.	El laboratorio no reportó la cantidad de proteínas excretadas, lo que contribuye al diagnóstico definitivo de la paciente.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLINICAS DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES
Hábitos higiénicos y alimentarios regulares	Cambio de ropa cada tercer día, pocas visitas al odontólogo, lavado de manos una o dos veces al día, aseo dental una vez al día, alimentación mala en calidad y cantidad; ingiere en exceso carbohidratos y lipidos, pero pocas proteínas y vitaminas.	Cualquier deficiencia alimenticia o higiénica puede ser el inicio de padecimientos leves o graves, o sólo contribuir a la acentuación de algunos ya existentes.	Orientación higiénica y nutricional.	Dentro de la orientación alimenticia hacer énfasis sobre el tipo de alimento proporcionen una dieta balanceada, b calidad y cantidad, todo en base a l cursos económicos con que cuenta la te. En lo referente a los hábitos hig contribuyen a disminuir los factores i nentes de muchos procesos patológico Con isto se trata de mejorar las con de vida y mantener las condiciones ó de salud.
Infección vaginal por monilia	Secreción vaginal espesa, blanca, coagulada, prurito e irritación vulvar.	El pH vaginal suele ser de 5 a 7. Las mujeres gestantes y las diabéticas están predispuestas debido a la glucosuria y el aumento de glucógeno presente en la vagina durante el embarazo. La contaminación generalmente procede del recto.	Toma de oxudado vaginal para cultivo. Orientación sobre cuidados higiénicos. Ministración de Micostatin óvulos.	La instrucción a la paciente en el cuidado perineal y el lavado de las evitan reinfección y contagiar a los otras personas, especialmente a los El estudio hecho por el laboratorio ne ayudar a confirmar el diagnóstico de sugestivo por la sintomatología y sus racterísticos de este padecimiento. El Micostatin local destruye la invasi sada por los hongos impidiendo su producción característico.
Antecedentes de padres diabéticos	Datos tomados a través de la historia clínica.	La historia clínica nos aporte datos de gran importancia para el actual padecimiento de la paciente viendo en ella los antecedentes de importancia como son los heredo familiares o aquellos que potencialmente son susceptibles de desarrollar como en el caso de la diabetes.	Toma de dextroxitis, dieta hipocalórica y orientación sobre la predisposición que tiene para el desarrollo de una diabetes y los cuidados que debe de tener desde el aspecto higiénico dietético y alimenticio para eliminar el porcentaje de riesgo.	Dextroxitis. Para determinación de nivel de glucosa en sangre. Dieta hipocalórica: reducir al máximo ingesta de carbohidratos, ya que el metabolismo de éstos está alterado. Orientación para eliminar el porcentaje de riesgo.
Alteración del estado emocional.	Sentimientos de miedo, tristeza, soledad.	Las emociones se reflejan en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento generado a partir de emociones y en cambios adaptativos. Las emociones están relacionadas a los acontecimientos diarios. Ciertas situaciones tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente del estado físico o psicológico. El miedo es una experiencia emocional incómoda y generalmente se evita, acompañada al peligro de la vida o daño al organismo, especialmente cuando el individuo se percibe a sí mismo como incapaz para evitar o eliminar la amenaza. La tristeza es una experiencia emocional desagradable que generalmente se acompaña a la pérdida de algo valioso. La soledad es una emoción que acompaña al aislamiento real o percibido de los otros seres humanos. La experiencia emocional está relacionada de manera compleja a la función psicológica y fisiológica total.	Orientación general sobre su padecimiento y apoyo psicológico.	La enfermera debe incrementar la comprensión acerca de los procesos emocionales y de sus relaciones con la salud y el bienestar. Además, la enfermera debe utilizar sus conocimientos sobre los procesos emocionales como sus observaciones del paciente como individuo, para planear los cuidados generales.

RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES	EVALUACION
<p>Cualquier deficiencia alimenticia o higiénica puede ser el inicio de padecimientos leves o graves, o sólo contribuir a la acentuación de algunos ya existentes.</p>	<p>Orientación higiénica y nutricional.</p>	<p>Dentro de la orientación alimenticia se debe hacer énfasis sobre el tipo de alimentos que proporcionen una dieta balanceada, buena en calidad y cantidad, todo en base a los recursos económicos con que cuenta la paciente. En lo referente a los hábitos higiénicos contribuyen a disminuir los factores predisponentes de muchos procesos nosológicos. Con ésto se trata de mejorar las condiciones de vida y mantener las condiciones óptimas de salud.</p>	<p>Sólo se puede hacer a largo plazo aunque las visitas domiciliarias hechas posteriormente, aparentemente los hábitos higiénicos y alimenticios fueron mejorando.</p>
<p>El pH vaginal suele ser de 5 a 7. Las mujeres gestantes y las diabéticas están predispuestas debido a la glucosuria y el aumento de glucógeno presente en la vagina durante el embarazo. La contaminación generalmente procede del recto.</p>	<p>Toma de exudado vaginal para cultivo.</p> <p>Orientación sobre cuidados higiénicos.</p> <p>Ministración de Micostatín óvulos.</p>	<p>La Instrucción a la paciente en el minucioso cuidado perineal y el lavado de las manos, eviten reinfección y contagiar el hongo a otras personas, especialmente a los niños. El estudio hecho por el laboratorio nos va a ayudar a confirmar el diagnóstico de monilia sugestivo por la sintomatología y signos característicos de este padecimiento. El Micostatín local destruye la invasión causada por los hongos impidiendo su pronta reproducción características.</p>	<p>En vista de que el embarazo duplica las posibilidades de una infección, la evaluación no se puede realizar a corto plazo, sino en el puerperio, ya que estos tratamientos son largos.</p>
<p>La historia clínica nos aporte datos de gran importancia para el actual padecimiento de la paciente viendo en ella los antecedentes de importancia como son los heredó familiares o aquellos que potencialmente son susceptibles de desarrollar como en el caso de la diabetes.</p>	<p>Toma de dextroxitis, dieta hipocalórica y orientación sobre la predisposición que tiene para el desarrollo de una diabetes y los cuidados que debe de tener desde el aspecto higiénico dietético y alimenticio para eliminar el porcentaje de riesgo.</p>	<p>Dextroxitis. Para determinación de niveles de glucosa en sangre. Dieta hipocalórica: reducir al máximo la ingesta de carbohidratos, ya que el metabolismo de éstos está alterado. Orientación para eliminar el porcentaje de riesgo.</p>	<p>El dextroxitis muestra que hay niveles normales de glucosa y la orientación dada sobre cuidados específicos, se podrán evaluar a largo plazo.</p>
<p>Las emociones se reflejan en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento generado a partir de emociones y en cambios adaptativos. Las emociones están relacionadas a los acontecimientos diarios. Estas situaciones tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente del estado físico o psicológico. El miedo es una experiencia emocional incómoda y generalmente se evita, acompañada al peligro de la vida o daño al organismo, especialmente cuando el individuo se percibe a sí mismo como incapaz para evitar o eliminar la amenaza. La tristeza es una experiencia emocional desagradable que generalmente se acompaña a la pérdida de algo valioso. La soledad es una emoción que acompaña al aislamiento real o percibido de los otros seres humanos. La experiencia emocional está relacionada de manera compleja a la función psicológica y fisiológica total.</p>	<p>Orientación general sobre su padecimiento y apoyo psicológico.</p>	<p>La enfermera debe incrementar la comprensión acerca de los procesos emocionales y de sus relaciones con la salud y el bienestar. Además, la enfermera debe utilizar sus conocimientos sobre los procesos emocionales como sus observaciones del paciente como individuo, para planear los cuidados generales.</p>	<p>Se logra gran estabilidad en el estado emocional de la paciente, eliminando casi en su totalidad el miedo a lo desconocido.</p>

CONCLUSIONES

Durante mucho tiempo y principalmente en la actualidad, se ha hablado de la gran importancia que tiene la planeación de los cuidados que presta el personal de Enfermería en pro del bienestar para brindar cada vez mejor atención al paciente.

Como se ha mencionado, los propósitos del sector salud en jerarquizar la atención por niveles de especialización, para responder en forma más organizada a las demandas de asistencia y optimizar los recursos disponibles para alcanzar mayor cobertura proporcionando mejor calidad de atención, contando con el equipo necesario para llevarlo a cabo, es un reflejo del presente trabajo en donde el curso clínico del partecimiento fue controlado evitando llegar a grandes complicaciones.

Para el desarrollo del trabajo analicé varios casos de diferentes patologías, concluyendo al fin realizándolo en paciente con embarazo y preeclampsia, ya que su incidencia en nuestro país ha ido en aumento.

Los cambios fisiológicos que acontecen en la mujer embarazada durante toda la gestación pueden sufrir alteraciones debido a múltiples

causas, lo que conlleva a un desequilibrio produciendo una variedad de padecimientos que ponen en peligro al binomio.

La organización Mundial de la Salud ha señalado que desde el punto de vista fisiológico, el embarazo no puede considerarse como un simple crecimiento fetal sobre añadido al metabolismo de la mujer, sino que se acompaña de cambios importantes en la composición y metabolismo de la madre, lo que nos obliga a darle la importancia que se merece al cuidado prenatal para así detectar a tiempo desviaciones del curso normal del embarazo.

Desde el diagnóstico del embarazo, se deben tomar las precauciones pertinentes para contribuir a su buena evolución, cuidados como en la alimentación, en el vestido, restringir la automedicación, fomentar las visitas médicas periódicas y educación higiénica.

La orientación que se le brinda a la mujer sobre los signos de alarma durante el embarazo, son indispensables para hacer la detección oportuna de cualquier padecimiento.

La valoración del riesgo durante el embarazo constituye un punto muy importante para el bienestar de la madre y el producto, además de determinar el tipo de atención que se le debe de brindar en base a los niveles de atención. Se pueden clasificar en tres ti-

CONCLUSIONES

Durante mucho tiempo y principalmente en la actualidad, se ha hablado de la gran importancia que tiene la planeación de los cuidados que presta el personal de Enfermería en pro del bienestar para brindar cada vez mejor atención al paciente.

Como se ha mencionado, los propósitos del sector salud en jerarquizar la atención por niveles de especialización, para responder en forma más organizada a las demandas de asistencia y optimizar los recursos disponibles para alcanzar mayor cobertura proporcionando mejor calidad de atención, contando con el equipo necesario para llevarlo a cabo, es un reflejo del presente trabajo en donde el curso clínico del padecimiento fue controlado evitando llegar a grandes complicaciones.

Para el desarrollo del trabajo analicé varios casos de diferentes patologías, concluyendo al fin realizándolo en paciente con embarazo y preeclampsia, ya que su incidencia en nuestro país ha ido en aumento.

Los cambios fisiológicos que acontecen en la mujer embarazada durante toda la gestación pueden sufrir alteraciones debido a múltiples

causas, lo que conlleva a un desequilibrio produciendo una variedad de padecimientos que ponen en peligro al binomio.

La organización Mundial de la Salud ha señalado que desde el punto de vista fisiológico, el embarazo no puede considerarse como un simple crecimiento fetal sobre añadido al metabolismo de la mujer, sino que se acompaña de cambios importantes en la composición y metabolismo de la madre, lo que nos obliga a darle la importancia que se merece al cuidado prenatal para así detectar a tiempo desviaciones del curso normal del embarazo.

Desde el diagnóstico del embarazo, se deben tomar las precauciones pertinentes para contribuir a su buena evolución, cuidados como en la alimentación, en el vestido, restringir la automedicación, fomentar las visitas médicas periódicas y educación higiénica.

La orientación que se le brinda a la mujer sobre los signos de alarma durante el embarazo, son indispensables para hacer la detección oportuna de cualquier padecimiento.

La valoración del riesgo durante el embarazo constituye un punto muy importante para el bienestar de la madre y el producto, además de determinar el tipo de atención que se le debe de brindar en base a los niveles de atención. Se pueden clasificar en tres ti-

pos de riesgos: bajo, mediano y alto; hecha en base a varios aspectos como son: la edad de la paciente, peso, estatura, nivel socioeconómico, estado civil, paridad, abortos, partos anteriores, cesáreas, cirugías previas, muertes perinatales, preeclampsia anterior, hijos con bajo peso, hijos macrosómicos, hipertensión crónica, cardiopatía, nefropatía, diabétes, amenaza de aborto, hemorragias, partos pretérmino, ruptura de membranas, hipertensión en el embarazo, factor Rh.

La preeclampsia entra dentro de los embarazos considerados como de alto riesgo por las complicaciones tan frecuentes que suele tener. Se ha definido como la ocurrencia de hipertensión durante el embarazo, en combinación con edema generalizado, proteinuria o ambos.

Es una entidad que complica el estado gravídico o puerperal que afecta principalmente a mujeres jóvenes primigestas o a la multipara de edad, su frecuencia ha ido en aumento, porque muchas pacientes no son controladas, junto con las hemorragias y las sepsis constituyen los padecimientos que más muertes materno-fetales causan.

Se ha considerado a la preeclampsia como la enfermedad de las teorías, ya que se desconoce la causa real que lo produce, pero

existen factores predisponentes tales como: los inherentes al embarazo como gestación múltiple, polohidramnios, mola hidatídica, los inherentes a la madre como obesidad, diabetes, nefropatías, y factores constitucionales como nutrición, herencia y psicopatías.

El tratamiento de esta patología ha ido mejorando a medida que la atención prenatal sea realizada en mayores proporciones contribuirá a que la incidencia de complicaciones durante el embarazo vaya en disminución.

El tratamiento debe estar encaminado a 3 objetivos generales que son: control del vasoespasmo, estabilización de la presión arterial, fomentar la diuresis, interrupción del embarazo en caso necesario.

El pronóstico de la paciente es bueno, ya que el control prenatal, la detección oportuna del padecimiento y su resolución inmediata, contribuyeron a la pronta rehabilitación y mantener en condiciones óptimas al binomio.

La recurrencia de la preeclampsia en un embarazo subsiguiente es rara como también son raras las secuelas a largo plazo del ataque preeclámptico.

Si persiste la hipertensión a la lesión renal o si se diagnostican en un embarazo subsiguiente, es probable que sea resultado de un trastorno vascular o renal subyacente previo, no del episodio de la pre-eclampsia.

En las visitas domiciliarias subsecuentes a su egreso, no se detectan complicaciones como hipertensión, infección en herida quirúrgica, procesos febriles y sospecha de retención de restos ovulares.

SUGERENCIAS

Todo el profesional de enfermería debe tomar el proceso de atención como un instrumento que nos permite llevar a cabo una mejor atención para la salud en una manera más organizada, ya que nos permite planear los cuidados específicos a cada paciente según su patología y el estadio en que se encuentren.

Constantemente la enfermera tiene que tomar decisiones por sí misma para resolver problemas relacionados con el cuidado de sus pacientes, con su propia seguridad y la de los demás y con las relaciones interpersonales, por lo que cada vez se exigen más decisiones atinadas y también se le pide que guíe al personal auxiliar que ejerce cuidados de Enfermería, por lo que sugiero que el presente trabajo se tome como una motivación para mejorar cada día más la atención prestada a cada individuo dentro de su cuadro nosológico.

En general, se espera que con estos trabajos las enfermeras del presente y del futuro, con mayor cantidad de conocimientos básicos, no se conviertan en pobres contrapartes humanas de computadoras encargadas de procesar datos. A pesar de inspirar respeto y ahorrar tiempo, las computadoras sólo son capaces de realizar una función: dar una respuesta segura, acertada y predecible cuando se orpime un botón; no son capaces de elaborar ideas originales, planteando aplicaciones únicas

de datos científicos ante las complejas situaciones de asistencia que se modifican y aumentan con el paso del tiempo.

Dentro de la evolución del cuadro clínico ha de hacerse notar que la atención prenatal que la paciente recibió antes de su enfermedad fue determinante para detectar a tiempo la patología y darle pronta atención evitando así complicaciones posteriores, lo que nos pone en evidencia la importancia del cuidado prenatal, ya que en nuestro país debería darse mayor énfasis a la prevención localizada en el primer nivel de atención y nosotros como personal de salud debiéramos saber que es más barato prevenir que curar, en base a la situación económica de nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

- BENSON, Ralph C. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico; Ed. El Manual Moderno, México, 1979, 1080 pp.
- BROOKMILLER, Mae Enfermería obstétrica, 5a. ed., Ed. Interamericana, 547 pp.
- BUTNARESCU, Glenda Fragia Enfermería perinatal; Ed. Limusa, México, 1982, 762 pp.
- GARDNER, Ernest Anatomía, Ed. Salvat 938 pp.
- GAVENKY, Ricardo Parto sin temor y parto sin dolor, 6a. ed., Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1978, 166 pp.
- GREENHEL, J.P. Manual de la futura madre; antes y después del parto; Ed. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V., Barcelona, 1979, 296 pp.
- GUYTON C. Arthur Tratado de fisiología médica, 5a. ed., Ed. Interamericana, México, 1977, 1159 pp.
- GREENHILL, Jacob Obstetricia; Ed. Interamericana, México, 1977, 818 pp.
- GRIFFITH, Janet W. Christensen, Paula J. Proceso de Atención de Enfermería; Aplicación de teorías, guías y modelos; Ed. El Manual Moderno, México, 1986, 406 pp.
- HYTTEN E., Frank, et.al. Fisiología del embarazo, Trad. Esteban Caballería, Ed. Toray, S.A., Barcelona, 1967, 967 pp.

- MARRINER, Ann El proceso de Atención de Enfermería, un enfoque científico; 2a. ed., El Manual Moderno, México, 1979 325 pp.
- MOORE, Keith L. Anatomía, orientación clínica; Ed. Panamericana, Argentina, 1214 pp.
- PRITCHARD, Jack A., et.al. Obstetricia, 2a. ed., Ed. Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V, México, 1980, 967 pp.
- ROBBINS, L. Stanley Patología estructural y funcional; Ed. Interamericana, México, 1975, 1516 pp.
- SALAZAR Roja, Emidgia Papel de la enfermera en la atención prenatal, México 1982, 106 pp.
- SCHOTTELIUS, Tuttle Fisiología; 16a. ed., Ed. Interamericana, México, 519 pp.
- SCHWARCZ, Ricardo Obstetricia, 3a. ed., Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 944 pp.
- SCHOLTIS Brunner, Lilian, et.al. Manual de la enfermera, Vol. 3, Parte II, Ed. Interamericana, México, 1985, 636-700 pp.
- STEVEN, H. Abman Clínicas de perinatología; Vol. 1 Ed. Interamericana, España, 1984 252 pp.
- TAYLOR, Edward Obstetricia de Beck; 8a. ed. Ed. Interamericana, México, 1968, 621 pp.
- TORTORA, Gerard Principios de anatomía y fisiología; 2a. ed. Ed. Harla, México, 1979 628 pp.

YURA H., Walsh M.B.

El proceso de enfermería, valoración, planificación, implementación y evaluación; Ed. Alhambra, Espala, 219 pp.

HEMEROGRAFIA

ASOCIACION Nacional de Escuelas de Enfermería:

Proceso de Atención de Enfermería; Ejemplar No. 2, México, D.F. 65 pp.

ASOCIACION de Médicos del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3.

Ginecología y obstetricia, 2a. ed., Ed. Francisco Méndez Oteo, México, 1982, 1001 pp.

La colectividad del libro de la salud de las mujeres de Boston;

Nuestros cuerpos, nuestras vidas; 2a. ed., México, 1980.

A N E X O S

VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVOS:

1. Realizar el control posnatal de la paciente y el recién nacido.
2. Hacer notar la importancia del control médico periódico para el control de su hipertensión arterial.
3. Reafirmar la orientación dada sobre su tipo de alimentación, cuidados higiénicos y cuidados al recién nacido.
4. Conocer las condiciones de vida de la paciente dentro de su medio.
5. Cuidar y orientar a la paciente en las necesidades detectadas al momento de la visita.

Ficha de identificación:

Nombre M.R.M.A., Edad: 30 años; Sexo: femenino;

Cama No.: 226; Servicio: embarazo de alto riesgo, 2o. piso.

Fecha de ingreso: 4 de noviembre de 1985; Religión: católica

Ocupación: hogar; Estado civil: casada; Escolaridad: secretaria

Fecha de egreso: 11 de noviembre de 1985

Síntesis del caso clínico:

Paciente femenina de 30 años de edad, Gesta II, Para O, Cesárea I por embarazo gemelar hace 9 años, A O, la cual inicia su padecimiento el día 4 de noviembre de 1985 al presentar cefalea intensa al parecer de 15 días de evolución acompañada de fosfenos desde hace dos días. A su ingreso se explora, detectando actividad uterina, cursa embarazo de término por clínica, además de una importante hipertensión arterial de 130/100 mmHg; foco fetal de 150 latidos por minuto, dilatación de 2 cm., con cuello posterior central con 2 centímetros de largo y el producto se encuentra abocado rechazable; edema de miembros inferiores y ligero edema palpebral tiene como antecedentes de importancia: deciduitis poscesárea, padres diabéticos y obesidad como algunos de los principales, por lo que se decide operar ese mismo día, para lo que se toman muestras de laboratorio.

Las muestras enviadas al laboratorio se coagulan y no reportan los resultados, se vuelve a valorar y se suspende la cirugía por desaparecer actividad uterina y haber ingerido alimentos en exceso. Se hospitaliza.

Al día siguiente la paciente persiste con hipertensión de 140/100 mmHg desaparición de actividad uterina, buena motilidad fetal, al tacto se encuentra cérvix con 2 cm., y permeable al pujo, el producto continúa abocado, frecuencia cardíaca fetal de 160 por min. Se da tratamiento

con alfa metil dopa 250 mgs, cada 6 horas y vía oral, solución glucosada 5% de 1 000 ml., hidralazina 50 mgrs., cada 6 horas. Ayuno en caso de necesitar intervención.

El día 5 de noviembre se da el diagnóstico de embarazo de alto riesgo por preeclampsia leve en estudio, con 40 semanas de gestación. Se niegan síntomas de vasoespasmo y actividad uterina. Se difiere el tacto, se realiza historia clínica de enfermería completa. Se toma nuevamente las muestras de laboratorio (BH, Q.S. EGO, TPT, TP).

El día 6 de noviembre se programa cesárea previa valoración de los resultados de laboratorio, los cuales se encuentran normales exceptuando el EGO que muestra proteinuria de 1 gr/lt.

A las 11.15 horas se prepara paciente para realizar cesárea y se baja al quirófano, bajo bloqueo peridural se realiza la intervención obteniéndose producto único vivo sexo femenino a las 12.45 horas, con peso de 3.800 Kgs., talla de 52 cms., Apgar de 8/9. También se realiza salpingoclasia por paridad satisfecha.

Nota poscesárea más salpingoclasia; la paciente se encuentra quejumbrosa, con signos vitales de 130/90, pulso de 68 por minuto, 18 respiraciones, diuresis normal, 36.5 temperatura, existe palidez tegumentaria, bien hidratada, abdomen con herida quirúrgica y apósito abdominal limpio, útero contraído, loquios normales, edema en miembros inferiores.

El día 7 de noviembre de 1985 cursa su primer día de posoperada con dolor en herida quirúrgica, diuresis normal, aún no canaliza gases, palidez tegumentaria, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, miembros inferiores sin cambio.

Signos vitales 130/90, pulso de 78, respiraciones de 22, temperatura 37°C, sin cambios aparentes, continuando con el alfa-metil-dopa a la misma dosis indicada. Se da orientación relacionada con la herida quirúrgica en el hogar y cuidados al recién nacido.

El día 8 de noviembre cursando su segundo día de posoperada, cursa con signos vitales normales, cefalea moderada, herida quirúrgica sin datos de infección, mucosas orales hidratadas, buena coloración de tegumentos, salida de calostro y dolor en senos, sangrado transvaginal normal, continúa con el edema en miembros inferiores, comienza a canalizar gases.

El día 9 signos vitales de 130/90, pulso 76, respiración 20, temperatura 37°C, dolor en herida quirúrgica, resto igual, continúa el tratamiento con alfa-metildopa, se da orientación nutricional.

El día 10 de noviembre de 1985. Tercer día de posoperada, sin complicaciones se da tratamiento de sostén, se decide su alta del hospital por mejoría. Se planea visita domiciliaria.

Actividades a realizar:

1. Valorar las enseñanzas dadas en el hospital sobre orientación higiénica, nutricional, cuidados al recién nacido.
2. Orientar sobre la importancia de visitas médicas periódicas para el control de su hipertensión arterial.
3. Detectar y resolver los problemas que surjan durante la visita domiciliaria.
4. Valorar la herida quirúrgica, involución uterina, loquios, chequear la tensión arterial, edema y condiciones generales de la paciente.
5. Formar un panorama general de modo de vida, situación económica, para planear la orientación que se les debe de dar para mejorar las condiciones de vida aprovechando los recursos con que cuenta.

Metodología:

1. Localización del área de trabajo.
2. Presentación con la familia haciendo una pequeña descripción de los objetivos de la visita.
3. Preparación de un ambiente de confianza y aceptación con los familiares y la paciente.

4. Iniciar con las actividades planeadas.
5. Valorar visitas posteriores.

Relaciones familiares y sociales:

El día 21 de noviembre de 1985, segunda visita domiciliaria de las 12 a las 13 horas.

Se encuentran en casa la señora y dos de sus hermanas que están de visita.

Se realizó primero la exploración del bebé el cual se encuentra en mejores condiciones pues las ulceritas han cicatrizado, el muñón ya se desprendió y la cicatriz umbilical está en buen estado.

Se enseña la manera de realizar el baño del recién nacido haciendo hincapié en el aseo de cavidades y la importancia del baño diario y cambios de ropa.

Al revisar a la señora se encuentra cicatrizada en su totalidad la herida quirúrgica y se le habla acerca de ir disminuyendo la colocación de la venda para permitir que los músculos vuelvan a adquirir sus funciones normales.

El edema ha disminuido en párpados pero no en miembros inferiores es de +++.

La T/A es de 130/90 mmHg., y aún continúa con el tratamiento de alfa-metil-dopa.

Se planea investigar sobre los servicios públicos para reportar las irregularidades que existen para recolección de basura e investigación de los lugares más cercanos en donde existen servicios para la salud; y acudir en caso de emergencia. Además, hablar sobre cuadro de inmunizaciones para proteger tempranamente al recién nacido.

El 5 de diciembre de 1985. Tercera visita domiciliaria de las 16 a las 17 horas.

Este día hablamos sobre los sitios más cercanos donde pueden acudir en casos de emergencias y existen por el rumbo 3 a 5 consultorios médicos particulares, y la clínica hospital más cercana está en Sta. Clara, Edo. de México, es la No. 68 del IMSS.

Se valoran los signos vitales 120/90, T/A, 36.9°C, temperatura, 76 pulso, 22 respiraciones, las cuales son normales, el edema ha disminuido a $\frac{1}{2}$ + en miembros inferiores, refiere haber tenido cefalea de regular intensidad desde hace 2 días, aún continúa con alfa-metil-dopa la cual un día antes de nuestra visita se le había terminado, lo que pudo haber ocasionado la cefalea, se le da la indicación de continuar con el tratamiento en la dosis y horario indicado.

El recién nacido se encuentra en buen estado general, se les explica la importancia de las inmunizaciones y el tiempo para iniciarlas, para lo que se le pide llevar a registrar al bebé y obtenga su cartilla para el control de dosis y revacunaciones.

En lo referente a la recolección de basura, se hizo el reporte a la municipalidad para evitar el tener el lugar insalubre, ya que la mayoría de los vecinos la almacenan o dejan en las calles.

El día 7 de enero se realiza la última visita domiciliaria de las 10 a 10:45 horas. La señora se encuentra realizando sus actividades que normalmente estaba acostumbrada, lavar, cocinar, trapear y en general el aseo de la casa.

El niño ya recibió su primera dosis de vacuna antipoliomielítica y de la triple, difteria, tosferina y tétanos, y en general se encuentra en buen estado general, sin problemas en su alimentación.

Por último, se reafirma el continuar con visitas médicas periódicas para poder detectar a tiempo el origen de algún padecimiento que pongan en peligro la salud de toda la familia o simplemente para prevenirla, ya que en este caso el control prenatal fue decisivo en el desarrollo, detección y tratamiento adecuado y a tiempo, evitando complicaciones graves.

Comentarios:

La idea de los seguimientos de casos es valiosa, ya que se pueden reafirmar conocimientos dados a las pacientes para su cuidado y detectar nuevos problemas que afectan la salud del individuo.

Debido a la importancia que adquiere la preeclampsia, que aún en el puerperio puede causar daño a la salud materna, es de gran utilidad continuar la vigilancia posnatal.

Este tipo de trabajos realizados nos reafirma la aplicación de la teoría a la práctica.

CUADRO DE CONTROL PRENATAL

Consultas Prenatales	Semanas de gestación	Peso Kg	F.U.	F.F.	Mov. fatales		T/A	EDEMA	
					Si	no		Si	no
14/V/85	15	80	13 cm	--	-	-	100/60	-	-
13/V ₆ /85	19	83	19	-	-	-	120/80	+	-
12/VII/85	24	82.700	23	-	+	-	120/80	+	-
14/VIII/85	28	85.500	28	140	+	-	110/70	-	+
17/VIII/85	31	87.600	32	140	+	-	120/80	-	+
15/X/85	37	88.200	34	140	+	-	120/80	-	+
25/X/85	38	94 Kgr.	36	140	+	-	120/80	++	-

COMENTARIOS:

Se puede apreciar que el control prenatal fue llevado a cabo desde el primer trimestre del embarazo, lo que nos permite ver y valorar que no hubo alteraciones durante el transcurso sino hasta el final de las 40 semanas.

GLOSARIO DE TERMINOS:

- ABSORCION:** Toma de líquidos por sólidos o de gases por sólidos y líquidos.
- ACTITUD FETAL:** Relación de la cabeza y los miembros, con el tronco del feto por lo regular en flexión.
- ADRENALINA:** Nombre apropiado de la epinefrina; secreción activa de la médula de glándula suprarrenal.
- ALBUMINA:** Sustancia protéica que se encuentra en casi todos los tejidos líquidos y animales o en las plantas.
- ALIGERAMIENTO:** Suele aparecer después de las 36 semanas, y es más común en primigrávidas. La parte que se presenta penetra en la pelvis y disminuye la presión que ejerce sobre el diafragma. La embarazada refiere que le es más fácil respirar.
- AMENORREA:** Ausencia o supresión de la menstruación.

- AMNIOS:** Membrana lisa que rodea al feto y contiene líquido amniótico. Está fuccionada laxamente con la membrana coriónica externa.
- ANEMIA:** Cifra de hemoglobina de la madre menor de 10 g. por 100 ml.
- ANGIOTENSINA:** Sustancia de la sangre que produce vasocongtricción.
- AREOLA:** Cualquier espacio pequeño en un tejido, el anillo pigmentado alrededor del pezón de la mama.
- ASINCLITISMO:** Situación en la cual la sutura sagital del cráneo fetal no queda en un punto medio entre el promontorio y la sínfisis pú**u**bica de la mujer.
- AUSCULTACION:** Examen escuchando los sonidos en el interior del cuerpo.
- BORRAMIENTO:** El conducto cervical es arrastrado de arriba abajo; por lo regular esta situación surge de la fase temprana o latente del trabajo de parto.

- BRADICARDIA:** Acción cardíaca lenta.
- CALOSTRO:** Líquido amarillento producido por los senos durante el embarazo, y antes que comience la verdadera lactancia.
- CEFALEA:** Dolor de cabeza
- CERVIX:** Cuello o región constreñida de un órgano especialmente la parte inferior cónica del útero.
- CESAREA:** Operación quirúrgica que consiste en extraer al feto por incisión de la pared abdominal y del útero, cuando el parto no se puede verificar por sus vías normales.
- CLOASMA:** La zona hiperpigmentada de las mejillas y nariz, en el embarazo. Por lo regular está delimitada en zonas que afectan en forma semejante a la quemadura solar.
- CONTRACCIONES DE BRAXTON HICKS:** Contracciones espontáneas indoloras del útero descritas originalmente como signo de embarazo, aparecen desde el primer

trimestre y probablemente estimulan la corriente sanguínea por el útero y la transferencia de oxígeno al feto.

CORDON UMBILICAL:

Organo largo y flexible que contiene una vena y dos arterias rodeadas por esa gelatina de Wharton, y que va desde la placenta hasta el ombligo del feto.

CONVULSION:

Contracción violenta e involuntaria de los músculos.

DISTOCIA:

Parto difícil o anormal con desproporción cefalopélvica o algún trastorno primario de los mecanismos del parto y uterinos en acción.

DIURETICO:

Dícese de lo que favorece la evacuación de la orina, ya que actúan sobre el riñón.

ECLAMPSIA:

Estado clínico que se caracteriza por convulsiones no atribuidas a trastornos cerebrales como epilepsia o hemorragia cerebral, que por lo regular se sobreañade a un estado anterior de preeclampsia grave.

- EDEMA:** Actumulación anormal de líquidos en los tejidos corporales.
- EPISIOTOMIA:** Incisión del perineo y la vagina que agranda el introito vaginal y aminora la curva del conducto del parto.
- ENTUERTOS:** Contracciones uterinas producidas por la occitocina liberada por la neurohipófisis en especial durante el amamantamiento; más intenso en múltiparas. Estimulan la involución del útero.
- ESTRIAS:** Surcos rojos o violáceos que aparecen durante el embarazo, que después se atrofian y quedan de un color blanquecino.
- FOSFENO:** Sensación luminosa que resulta de la compresión del ojo cuando está cerrado el párpado.
- GELATINA DE WASTON:** Tejido conectivo blando y pulposo que constituye la matriz del cordón umbilical.

- GLOMERULO:** Masa redondeada de nervios y vasos sanguíneos, especialmente el manojito de capilares microscópicos rodeados por la parte expandida de cada túbulo renal.
- LACTACION:** Período de amamantamiento.
- LEUCORREA:** Secreción vaginal incolora o blanquecina, no pruginosa ni fétida.
- LOQUIO:** El material que expulsa el útero durante el puerperio; que en sus comienzos es rojizo, después amarillento (seroso), y por último blanquecino.
- MECONIO:** Heces negroverduzcas del feto, compuestas de restos celulares, bilis lanugo y untosebáceo.
- METABOLISMO:** Cambios o procesos físicos y químicos mediante los cuales la sustancia viviente se mantiene y se produce energía para uso del organismo.
- OBSTETRICO:** Del latín Obstetrix-partera) ico-referente a. Referente a los partos.

OCCIPUCIO:

La zona de la cabeza del feto que está por detrás de la fontanela posterior.

PUERPERIO:

Período comprendido después del parto hasta los 40 días posteriores; período en que los órganos vuelven al estado normal que tenían antes del embarazo y por lo regular, se considera el intervalo de 6 semanas después del parto.

SINFISIS:

La línea de la unión; articulación cartilaginosa como la que existe entre los cuerpos de los huesos pélvicos.