

170



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE SECUNDIGESTA
CON PREECLAMPSIA SEVERA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

PAULA PRADO LEÓN

No. CUENTA ~~9661935-3~~

ASESORA ACADÉMICA:

LIC. VICTORIA CERVANTES RAMÍREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD · NACIONAL · AVTONOMA · DE · MEXICO



1960



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	1
I.- JUSTIFICACIÓN.	4
II.- OBJETIVOS.	6
III.- METODOLOGÍA.	7
IV.- MARCO TEÓRICO.	9
4.1 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.	9
4.1.1 Persona y las 14 necesidades básicas.	10
4.1.2 Salud.	12
4.1.2.1 Independencia.	12
4.1.2.2 Dependencia.	13
4.1.2.3 Causas de dificultad o problema.	13
4.1.2.3.1 Falta de fuerza.	14
4.1.2.3.2 Falta de voluntad.	14
4.1.2.3.3 Falta de conocimientos.	14
4.1.3 Enfermería.	15
4.1.4 Entorno.	16
4.2 Proceso Atención Enfermería.	17
4.2.1 Valoración.	18
4.2.1.1 Observación.	20
4.2.1.2 Historia clínica de enfermería	21
4.2.2 Diagnóstico.	22
4.2.2.1 Componentes de un diagnóstico.	23
4.2.3 Planeación.	24
4.2.4 Ejecución.	26
4.2.5 Evaluación.	27
4.3 Valoraciones y escalas para calificar al recién nacido y a la madre.	28
V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.	38
5.1 Valoración.	38
5.2 Diagnóstico de enfermería.	51
5.3 Planeación, ejecución y evaluación de intervenciones.	56
5.4 Plan de alta.	119
VI.- CONCLUSIONES.	128
VII.- SUGERENCIAS.	130
VIII.- GLOSARIO.	132
IX.- BIBLIOGRAFÍA.	139

X.- ANEXOS.	144
Patología. Preeclampsia Severa.	144
10.1. Definición.	144
10.2. Etiología.	144
10.3. Epidemiología.	145
10.4. Patogenia.	148
10.5. Fisiopatología.	149
10.5.1. Sistema Nervioso Central.	149
10.5.2. Sistema Pulmonar.	150
10.5.3. Aparato Cardiovascular	150
10.5.4. Sangre.	151
10.5.5. Sistema Endócrino.	152
10.5.6. Hígado.	153
10.5.7. Riñones.	153
10.5.8. Catecolaminas.	154
10.5.9. Prostaglandinas.	154
10.5.10. Placenta.	155
10.6. Cuadro Clínico.	156
10.7. Manejo de preeclampsia severa.	162
10.8. Tratamiento de preeclampsia severa.	166
10.8.1. Mantenimiento de las funciones vitales maternas.	166
10.8.2. Prevención y/o control de las crisis convulsivas.	168
10.8.3. Control de crisis hipertensivas.	171
10.8.4. Expansión de volumen intravascular.	172
10.9. Complicaciones de la preeclampsia.	176
10.10. Pronóstico.	176

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería, ofrece el camino hacia una atención individualizada de las necesidades del paciente, con calidad y calidez.

Durante la aplicación del Proceso, la Enfermera conoce al individuo, familia y comunidad, a través del cual identifica sus necesidades, las clasifica en orden de prioridades, planea las actividades de atención, y así brindar una atención de calidad y calidez afín de reintegrarlo en mejores condiciones posibles a su núcleo familiar y labores diarias.

El Proceso Atención de Enfermería se elabora para dar a conocer las acciones de enfermería que son necesarias, para planear y fundamentar la atención de la paciente con diagnóstico de embarazo de alto riesgo y preeclampsia severa.

Elaborar este trabajo me permite conocer el Proceso Atención de Enfermería, aplicar y determinar las ventajas de su uso, tanto para el paciente como para la Enfermera y la propia enfermería, dándole difusión a sus ventajas y al proceso en sí, entre los profesionales de enfermería

que nos encontramos en busca de una práctica científica y humanística.

El presente trabajo se estructura en 5 partes, las cuales son:

1. La primera parte, es la metodología que se aplicará.
2. La segunda parte, en forma general, se refiere al marco teórico incluyendo conceptos básicos de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y conceptos básicos del Proceso Atención Enfermería y valoraciones y escalas para calificar al R/N y madre, destacando la importancia del papel de la Enfermera en los aspectos nutricionales y control para futuros embarazos.
3. La tercera parte, aborda la práctica con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, la descripción del caso, diagnóstico de enfermería, planeación de cuidados, ejecución de intervenciones y evaluación, el plan de alta.
4. La cuarta parte, sirve de marco para la conclusión del Proceso de Enfermería, se dan sugerencias, se incluye un glosario de términos y la bibliografía que sustenta el trabajo.
5. La quinta parte y última, se refiere a los anexos, en donde se anotan los aspectos generales de la

patología, además de incluir los aspectos epidemiológicos y estadística nacional, estatal e institucional de muerte materna, siendo la segunda causa de muerte materna y perinatal a nivel mundial.

I.- JUSTIFICACIÓN

Dentro de las opciones que tiene la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, una de ellas, es la de la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería, por el cual se realiza el presente, que sirva como documento para presentar mi Examen Profesional y obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Elegí este caso, por el contacto que tengo con pacientes preeclámpticas y los graves problemas que presenta y las complicaciones a las que están expuestas, y así ofrecerle a la paciente una atención de calidad y a futuro, a las demás pacientes con el mismo diagnóstico; ya que este tipo de pacientes representa un reto para la enfermería, quien es la que proporciona la atención basada en las necesidades y problemas del paciente, con el objeto de restablecer la salud y evitar complicaciones.

El método tiene como propósito fundamental llevar a cabo los pasos ordenados y seguros en el desarrollo del Proceso de Enfermería, en el cual se da a conocer la estructura, funciones y actividades, tomando en cuenta los conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades de la enfermería al proporcionar

atención de calidad y satisfacer sus necesidades del paciente y su familia, utilizando instrumentos de la investigación.

Por lo anterior, es necesario contar con el PAE. para evaluar la satisfacción de las necesidades de salud del paciente y sus objetivos logrados, para integrarlo a su núcleo familiar y sus conocimientos adquiridos durante y después de su hospitalización, logrando ser independiente.

II.- OBJETIVOS

- Elaborar un Proceso Atención Enfermería que sirva como instrumento para poder presentar el Examen Profesional de Licenciatura en Enfermería, y poder obtener el Título Profesional.

- Aplicar el Proceso Atención Enfermería aplicado a una paciente con preeclampsia severa, con el objeto de proporcionar atención individualizada y de calidad basada en sus necesidades, buscando satisfacerlas y restablecer su salud.

- Desarrollar habilidades en la planeación de cuidados de enfermería aplicando el Proceso Atención Enfermería.

III.- METODOLOGÍA

La metodología utilizada es la del Proceso Atención Enfermería, que parte de una valoración en donde se toma la teoría de Virginia Henderson, con sus catorce necesidades básicas.

Una vez valorado y diagnosticado el paciente, se planifican los cuidados, estableciendo por tal fin objetivos mutuos involucrados al paciente y a la enfermería en sí.

Para la organización del trabajo se reunieron:

➤ **Fichas de trabajo.**

Siendo un instrumento que permita ordenar y clasificar los datos consultados de las lecturas realizadas para sustentarlo en el marco teórico y en el Proceso Atención Enfermería.

➤ **La observación.**

Definiéndose como la búsqueda de datos relevantes del paciente, recopilando una gran diversidad de información, acerca de los componentes específicos de la persona como son biofisiológicos,

psicológicos, socioculturales y espirituales y valorando los criterios de dependencia e independencia de la misma.

➤ **La entrevista.**

A través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin, aplicando un instrumento a utilizar y así proporcionar un cuidado personalizado, teniendo como propósito animar a la persona a expresar sus ideas, sentimientos y hechos que permitan identificar sus necesidades.

➤ **La historia clínica.**

Siendo un registro escrito de la información acerca de la paciente, valorando los problemas reales y potenciales de la paciente.

Se inicia con la realización del Proceso Atención Enfermería, empezando con la primera etapa, que es la valoración, basada en el modelo de Virginia Henderson de acuerdo con sus catorce necesidades. Posteriormente, con el diagnóstico de enfermería, siendo realizados por los diagnósticos enfermeros de la NANDA, a continuación con la planeación, ejecución y evaluación del mismo.

IV.- MARCO TEORICO

4.1 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Según Virginia Henderson la única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la conservación de la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Metaparadigmas.

A partir de esto, se extraen conceptos y subconceptos, como son:

- Persona.
 - Necesidades básicas
- Salud.
 - Independencia
 - Dependencia
 - Causas de dificultad

- Rol profesional.
 - Cuidados básicos de enfermería
 - Relación con el equipo de salud
- Entorno.
 - Factores ambientales
 - Factores socioculturales .

4.1.1 Persona y las 14 necesidades básicas.

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objetivo de los cuidados. Así cada persona configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento, siendo las siguientes necesidades:¹

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

¹ FERNÁNDEZ Ferrín, Carmen **Manual de Apoyo "Seminario de Proceso de Enfermería"**, et. al., El Modelo de Henderson, Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995, Págs. 82-83

- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente, con el fin de crear y de desarrollarse a lo largo de su vida, las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades.

4.1.2 Salud.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.²

4.1.2.1 Independencia.

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Estas necesidades son específicas y únicas para cada individuo, de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

² *Ibidem* Págs. 83 – 84

4.1.2.2 Dependencia.

Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Aunque puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes con componentes específicos de la persona biofisiológica, sociocultural, psicológica y espiritual.

De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física debe ser calificada como dependiente si no sabe, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficits sean subsanados, estas dependencias ya no pueden ser consideradas como tal, aunque la alteración persista.³

4.1.2.3 Causas de dificultad o problema.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, siendo las siguientes:

³ *Ibidem*, Págs. 85 – 86

4.1.2.3.1 Falta de fuerza.

Se interpreta por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas y la capacidad intelectual.

4.1.2.3.2 Falta de voluntad.

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

4.1.2.3.3 Falta de conocimiento.

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.⁴

⁴ *ibidem* Pág 66.

4.1.3 Enfermería.

Se define como la asistencia fundamental al individuo enfermo o sano, para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda.

Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o alcanzar una muerte tranquila.

Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la Enfermera son independientes de otros integrantes de salud, utilizando su método en su plan de atención de Enfermería para proporcionar un cuidado holístico al paciente.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades.

Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas

de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.

Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formulación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera:

- Sustituta (Compensa lo que le falta al paciente)
- Ayudante (establece las intervenciones clínicas)
- Compañeras (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).⁵

Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado. Implica la utilización de un plan de cuidado enfermero por escrito.⁶

4.1.4 Entorno.

Henderson no lo define explícitamente. Implica la relación que uno comparte con su familia. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para

⁵ RUBY L. Wesley, RN, PhD, CRRN "Teorías y Modelos de Enfermería" XX Springhouse Notes McGraw Hill Interamericana. Pág 26 - 27

⁶ Ibidem Pág 27

proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las Enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación de la Enfermera.

Puede ser controlado por los individuos sanos, una enfermedad puede interferir con esta capacidad. Puede afectar a la salud los factores personales: (Edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos: (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.⁷

4.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

El Proceso de Enfermería: Es el cimiento, la capacidad constante, esencial, que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión, aunque dicho Proceso ha cambiado y evolucionado y por ende adquirido mayor claridad y comprensión.

Es un método para realizar algo que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un

⁷ *Ibidem* . Pág 26

resultado particular. El Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.⁸

Este Proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear, y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Las fases de los Procesos de Enfermería, se clasifican en:

- Valoración.
- Diagnostico.
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación.⁹

4.2.1 Valoración.

La primera fase del Proceso de Enfermería, es la valoración, donde se identifican y definen los problemas de dichos pacientes.

Esta fase comienza con la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al

⁸ MARRINER Ann "El Proceso de Enfermería" Un Enfoque Científico Traducción de la 2ª Edición Dr Alfonso Téllez Vallejo Editorial Moderna México, 1990 Págs 12 – 19

⁹ Ibidem Págs 12 – 19.

llegar a un diagnóstico de enfermería, la cual es un juicio crítico de los problemas que aquejan al paciente.¹⁰

La información se recaba o adquiere por medio de dos técnicas:

- La observación.
- La entrevista.

Esta valoración, permite a la Enfermera hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas del paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema.

Esto brinda a la Enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.¹¹

Para enfrentarse a un problema, lo primero es determinar en qué consiste el problema, o por lo tanto, la primera fase del proceso de resolución del problema, es la valoración, y ésta la conforman:

- La observación.
- La historia clínica de enfermería.

¹⁰ ibidem Pág 13

¹¹ ibidem Pág 14

4.2.1.1 La Observación.

Es una descripción minuciosa de lo observado, es básico para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la Enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de valoración, es de vital importancia para la Enfermera escuchar lo que el paciente dice.

Los sonidos de sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente está angustiado.

El oído es también de gran ayuda en la evaluación, en la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

A través del tacto puede determinar el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

Puede infundirse al paciente una sensación de estima al tocarlo, al mismo tiempo la Enfermera

puede advertir si su piel está caliente o fría, húmeda o seca.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta como en la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.¹²

La observación del paciente es más completa en forma ordenada, un estudio ordenado de acuerdo a las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson.¹³

4.2.1.2 La Historia Clínica de Enfermería.

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas reales y potenciales del paciente como base para planear, ejecutar el cuidado de enfermería.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñado por un comité de la Institución. Los

¹² Ibidem Págs 28 – 29

¹³ Ibidem Pág. 29

rubros que se seleccionen, las áreas tales como los aspectos físicos, sociales y culturales también determinan las categorías de la información dentro de estas áreas que son necesarias para dar un cuidado de enfermería individualizado.

La historia clínica deberá adaptarse a cada una de las unidades de la Institución, la información que se necesita para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una Sala de Maternidad que en una Unidad de Cuidados Intensivos.¹⁴

4.2.2. Diagnostico.

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la intervención de las Enfermeras destinadas a lograr los objetivos.

Diagnostico enfermero real: Describe respuestas humanas a procesos vitales, estado de salud que

¹⁴ Ibidem Págs 29 -- 30

existe en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Diagnostico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud, procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnostico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que preceden en el potencial de avance un nivel más elevado.

4.2.2.1. Componentes de un diagnóstico.

- **Etiqueta.-** Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Pueden incluir calificativos (v. Más adelante).

- **Definición.**– Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- **Características definitorias.**– claves, inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales y de la salud.
- **Factores Relacionados.**– Condiciones, circunstancias, que contribuyen al desarrollo o mantenimiento de un diagnóstico enfermero.
- **Factores de Riesgo.**– Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.¹⁵

4.2.3 Planeación.

La fase de planeación comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la

¹⁵ Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999 – 2000 XXV Aniversario Harcourt. Madrid-Barcelona-Boston Págs 115 – 116

recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería.

Conforme la Enfermera continúa recopilando datos y verificando las suposiciones con el paciente, sus deducciones se vuelven más precisas.¹⁶

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la Enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son las más urgentes.

Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo a las metas por las que debe esforzarse.

A partir de los objetivos generales, la Enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observables.

Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar

¹⁶ MARRINER Ann. Op. Cit Págs 12 -- 19

señalados explícitamente en el Plan de Cuidados de Enfermería.

El Plan de Cuidados de Enfermería debe ser individualizado, de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente.

Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervenciones de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.¹⁷

4.2.4 Ejecución.

Es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidados de enfermería comprensivos, ya que toma en cuenta necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado de manera que sea apropiado a cada paciente específico.

El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la

¹⁷ *Ibidem* Págs 12--19

enfermedad del paciente, y coordina el programa para el resto del equipo de salud, ya que éste realizará pruebas y diversos tratamientos dentro de una consecuencia adecuada para el paciente. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.¹⁸

4.2.5 Evaluación.

La Fase final, pero continua del Proceso de Enfermería, es la evaluación o apreciación de resultados con los cuidados.

La evaluación del progreso del paciente indica qué problemas fueron resueltos y cuáles requieren revaloración y replaneación.

Aunque la evaluación está considerada como la fase final del Proceso de Enfermería, éste no termina aquí, la evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El

¹⁸ *Ibidem.* Págs 12 – 19

proceso de enfermería es, por lo tanto, un ciclo continuo.¹⁹

4.3 VALORACIONES Y ESCALAS PARA CALIFICAR AL RECIEN NACIDO Y A LA MADRE.

Valoración de apgar.

En 1958, la Dra. Virginia Apgar estableció un método de exploración del recién nacido con el fin de establecer los efectos secundarios al manejo obstétrico, al minuto del nacimiento, es muy útil como guía para valorar asfixia neonatal; si se efectúa a los cinco minutos, permite predecir el estado clínico posterior.

Los signos que se valoran son:

- 1.-Frecuencia cardíaca;
- 2.-Esfuerzo respiratorio;
- 3.-Tono muscular;
- 4.-Irritabilidad refleja; y,
- 5.- Color.

A cada uno de los signos se les da un valor de 0 a 5 puntos. La calificación esperada deberá ser entre 7 y 10,

¹⁹ *Ibidem* Págs 12 - 19

un índice de 10 significa que el producto está en condiciones óptimas.

La frecuencia cardiaca se califica con 2 cuando sea mayor de 100 y menor de 160 por minuto; una frecuencia mayor traduce asfixia moderada; la bradicardia menor de 100/min., es de pronóstico grave y requiere maniobras de reanimación, cuando empeora a pesar del oxígeno amerita intubación endotraqueal.

El esfuerzo respiratorio obtendrá puntuación de 2, si el llanto es fuerte y en forma espontánea, de 1, si el llanto es débil y de 0, si está ausente.

El tono muscular obtendrá puntuación de 2, cuando la flexión sea completa y haya movimientos activos, de 1, con flexión leve de extremidades, y de 0 si existe flacidez.

La irritabilidad refleja se manifiesta al momento de las maniobras de aspiración de vías aéreas superiores y la puntuación será de 2, cuando el llanto es vigoroso, hay tos o estornudo; de 1, si hay llanto y algunos movimientos leves; de 0, si no existe respuesta.

Debemos hacer hincapié en que la valoración de Apgar se hace hasta el primer minuto de vida y que si esperamos a esta evaluación para iniciar la reanimación, perderíamos un tiempo muy valioso, es por ello que habiendo iniciado las maniobras de reanimación, el Apgar nos es de utilidad para determinar lo eficiente que está siendo ésta.²⁰

CUADRO DE VALORACIÓN DE APGAR²¹

SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardíaca.	Ausente.	Lenta < 100/min.	> 100/min
Esfuerzo Respiratorio.	Ausente.	Llanto débil	Llanto Fuerte
Tono Muscular.	Flacidez.	Flexión leve de extremidades	Flexión Completa
Irritabilidad refleja. (Respuesta a estimulación del pie)	Ninguna.	Algunos movimientos	Llanto Vigoroso
Color.	Cianosis generalizada, palidez o ambas.	Cuerpo Sonrosado Acrocianosis	Sonrosado Total

²⁰ JUAN Games E. L. PALACIOS Treviño *Introducción a la Pediatría* Sexta Edición Editores Méndez Pág. 202

²¹ *Ibidem* Pág. 203

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSEN.

El método de Silverman-Andersen, utilizado desde 1956 para cuantificar la gravedad de la insuficiencia respiratoria, se sustenta en la valoración de los siguientes signos:

1. Disociación tóraco-abdominal;
2. Tiros intercostales;
3. Retracción del apéndice xifoides;
4. Aleteo nasal; y,
5. Quejido respiratorio.

Se califica de 0 a 2, siendo la calificación ideal de 0.

Para la disociación tóraco-abdominal, la calificación será de 0, cuando exista sincronía en los movimientos tóraco-abdominales; de 1, cuando exista poca elevación del tórax; de 2, cuando existe asincronía de los movimientos tóraco-abdominales.

Para los tiros intercostales la calificación será de 0 cuando no existen, de 1 cuando apenas son visibles y de 2 cuando los tiros intercostales son marcados.

Para la retracción xifoidea la calificación será de 0, cuando esté ausente; de 1, cuando es visible y de 2, cuando la retracción es marcada.

Para el aleteo nasal la puntuación será de 0, cuando no existe; de 1, cuando el aleteo nasal es mínimo; y de 2, cuando es marcado.

El quejido respiratorio será de 0, cuando no existe; de 1, cuando es audible sólo con estetoscopio; y de 2, cuando es audible a distancia.

Las valoraciones de Apgar y de Silverman Andersen aunadas al estudio gasométrico, establecerán el criterio de manejo de la insuficiencia respiratoria en el recién nacido. Aquellos pacientes son valorados de Apgar entre 7 y 10 al minuto de haber nacido, no necesitan de maniobras especiales y el manejo subsecuente en la Sala de Expulsión será como sigue:

- a).- Aseo ocular y eritromicina, tetraciclina o cloranfenicol oftálmicos, dos gotas en cada ojo, dosis única.
- b).- Vitamina K 1mg IM en dosis única.

c).- Verificar permeabilidad esofágica por medio de sonda gástrica.

CUADRO DE VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSEN

SIGNO	0	1	2
Movimiento tóraco abdominal.	Rítmicos y regulares.	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Tórax y abdomen en "sube y baja".
Tiros intercostales.	No hay.	Discreto.	Acentuado y Constante.
Retracción Xifoidea.	No hay.	Discreto.	Muy Marcada.
Aleteo nasal.	No hay.	Discreto.	Muy Acentuado.
Quejido respiratorio.	No hay.	Leve e inconstante	Constante y acentuado. ²²

²² Ibidem. Págs 202 - 203

**VALORACIÓN POR CAPURRO
PARA VALORAR LA EDAD GESTACIONAL**

Textura de la piel.	Gelatinosa.	Fina y lisa.	Discretamente gruesa y descamación superficial.	Gruesa, con grietas superficiales descamación en manos y pies.	Gruesa apergaminada con grietas profundas.
Forma de la oreja.	Plana sin forma.	Incurvación de una parte del borde del pabellón.	Pabellón parcialmente incurvado en la parte superior.	Pabellón totalmente incurvado	
Tamaño de la mama.	No palpable	Palpable menor de 5mm de diámetro.	Diámetro entre 5 y 10 mm.	Diámetro mayor de 10 mm.	
Pliegues plantares.	Sin pliegues.	Pliegues mal definidos en la mitad anterior	Surcos bien definidos en la mitad anterior y surcos en el tercio ant.	Surcos en la mitad anterior de la planta.	Surcos en mas de la mitad anterior.
Forma del pezón	Pezón apenas visible no areola.	Pezón bien definido, areola lisa y chata, diámetro menor de 7.5mm.	Pezón bien definido areola punteada, borde levantado diámetro menor de 7.5mm.	Pezón bien definido areola punteada, borde levantado diámetro mayor de 7.5mm ²³	

²³ Ibidem Págs 203 – 204

- a. Si la valoración resulta entre dos cifras, tome el promedio.
- b. Añádase a la suma total 208 y se obtiene en días la edad gestacional
- c. Rango entre 208 y 302 días.

De Capurro, H., Konichezky, S., Fonseca, D. Y Caldeyro Barcia: A simplified method for diagnosis Of gestional age in the newbor infant. J. Pediatr. 1978;93:120.

EDAD GESTACIONAL

VALORACIÓN DE ALDRETE PARA VALORACIÓN POSTANESTÉSICA

CLINICA HOSPITAL ISSSTE PACHUCA, HIDALGO.

SALA DE RECUPERACIÓN.

CRITERIO

Actividad.	Movimientos voluntarios al ordenárselo (4 extremidades).	= 2
Muscular.	Movimientos voluntarios al ordenárselo (2 extremidades).	= 1
	Completamente inmóvil.	
Respiración.	Respiraciones amplias y capaz de toser.	= 2
	Respiraciones limitadas.	= 1
	Apnea.	
Circulación.	Presión arterial: + 20% del nivel preanestésico.	= 2
	Presión arterial : + 20-50% del nivel preanestésico.	= 1
	Presión arterial : + 50% del nivel preanestésico.	= 0
	Completamente despierto.	= 2
Estado de conciencia.	Responde al ser llamado	= 1
	No responde	= 0
	Mucosas sonrosadas.	= 2
Color	Pálido, con livideces, icterico.	= 1
	Cianótico. ²⁴	= 0

²⁴ Clínica Hospital ISSSTE Pachuca, Hidalgo. Tabla que se Utiliza para Valorar a los Pacientes en Sala de Recuperación

ESCALA DE GLASGOW: valoración de la escala de Glasgow

Menor:	Puntuación de 13-15 o equivalente
Moderado:	Puntuación entre 9-12 o equivalente
Severo:	Puntuación de 8 ó equivalente

Además de determinar la severidad del daño encefálico tiene mucha importancia para el pronóstico.

Los pacientes con puntuación de 8 o menor tienen un elevado índice de mortalidad. Con puntuación de 3, la mayoría de los pacientes mueren, o quedan con vida vegetativa.

La Escala de Glasgow tiene como limitante el que no evalúa óptimamente la función del tallo cerebral.

CUADRO DE VALORACIÓN DE LA ESCALA DE GLASGOW EN EL ADULTO.

Motora:	Obedece.	6
	Localiza.	5
	Retra.	4
	Respuesta flexora.	3
	Respuesta extensora.	2
	Ninguna.	1
Verbal:	Orientado.	
	Conversación.	5
	Confusa.	4
	Palabras inapropiadas.	3
	Sonidos incomprensibles.	2
	Ninguna.	1
Apertura de ojos:	Espontánea.	4
	Al hablarle.	3
	Al dolor.	2
	Ninguna.	1 ²⁵

²⁵ Instituto Nacional de Pediatría **Criterios Pediátricos** 1988 Pags 573 – 574

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

5.1 VALORACIÓN

DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

1.- Datos de identificación

NOMBRE: Escudero Roa Evelyn Anhai	Edad: 24 años.	Sexo: Femenino.
Ocupación: Secretara.	Escolaridad: Medio Superior	
Religión: Católica.	Estado Civil: Casada	
Domicilio: Calle Guadalupe #109 Col. Venustiano Carranza.		
Teléfono: 71 8-16-90.	Lugar de procedencia: Pachuca, Hidalgo.	
Servicio: Ginecología.	No. de Cama: 13.	
No. de expediente: EURE 760512/2		
Fecha: 7 de septiembre de 2000.		

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente de 24 años de edad con diagnóstico de embarazo de 36.1 semanas de edad gestacional mas preeclampsia severa, que acude al Servicio de Urgencias Ginecológicas por presentar cefalea persistente intensa, acufenos, fosfenos, visión borrosa, dolor tipo obstétrico de leve a regular intensidad, sin perdidas transvaginales, edema generalizado acentuado en las extremidades pélvicas a la toma de presión arterial 170/130mmhg.

A la exploración física.- Paciente inquieta, angustiada, quejumbrosa, con datos de vasoespamo, con palidez de tegumentos, piel integra, mucosas orales semihidratadas a resacas, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, abdomen blando depresible, globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo intrauterino, cefálico, longitudinal, libre, dorso a la izquierda, fondo uterino de 30 Cm, frecuencia cardiaca fetal de 146 por minuto, a nivel hepático a la palpación, refiere dolor en epigastrio, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, se difiere el tacto vaginal, miembros pélvicos con edema más hiperreflexia.

VALORACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON, IDENTIFICANDO LOS DATOS DE INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Datos de independencia.- Vías respiratorias permeables, mucosas orales semihidratadas, cuellos cilíndrico normolineal-largo, sin presencia de adenomegalia, pulsos carotídeos normales, traquia central móvil sin presencia de ganglios, tórax normolineal, ruidos cardíacos rítmicos, con frecuencia cardíaca a su ingreso de 88 latidos por minuto de buena intensidad sin fenómenos agregados, presión arterial 170/120, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, frecuencia respiratoria de 20 latidos por minuto.

Entorno: Fumaba antes del embarazo de dos a tres cigarros diarios desde los 18 años de edad, su esposo fuma mucho en casa al igual que sus compañeros en su trabajo.

Influencia de emociones: Evita estar junto a los que fuman por temor a que afecte a su bebe.

Datos de dependencia.- Ligera cianosis peribucal, con oxígeno por puntas nasales a tres litros por minuto.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Datos de independencia.- Boca en buen estado, sin amígdalas, piezas dentales con obturaciones, mucosas orales semihidratadas, vías digestivas normales con peristalsis presente. Realiza de tres a cuatro comidas al día, siguiendo una dieta balanceada y equilibrada, ingiriendo un litro de leche, un litro de agua al día, refiere preferencias algunos alimentos como: pastel, refresco y chiles rellenos. Consumía alcohol antes del embarazo de una a dos copas en eventos sociales.

Datos de dependencia.- Intolerancia al atún presentando salpullido, comía a cada rato desde hace quince días con discreta inapetencia y aumento de peso, edema generalizado, presenta náusea y vómito. Desde su ingreso se mantiene en ayuno absoluto.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Datos de independencia.- Eliminación intestinal de una a dos veces por semana, eliminación urinaria de 8 a 10 veces al día, de características amarilla claro, sudoración normal, salida de secreción láctea sin perdidas transvaginales como liquido, sangre y tapón mucoso.

Datos de dependencia.- Características de las evacuaciones duras en pequeña cantidad y con dificultad, con presencia de flatulencia, se levanta a eliminación urinaria de una a dos veces en la noche, presenta secreciones vaginales de color blanquecina con grumos y prurito. Desde su ingreso ha llevado una sonda vesical a drenaje continuo.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Datos de independencia.- Alineación de los miembros pélvicos. Normolinéales, con cicatriz de quemadura de miembro pélvico izquierdo, pulso normal de 88 latidos por minuto, circulación sanguínea con buena coloración de tegumentos.

Datos de dependencia.- Prescripción de reposo absoluto en posición de decúbito lateral izquierdo en semifowler, movimientos limitados por tener catéter IV largo, vía periférica y sonda foley, con presencia de hiperreflexía y edema, refiere presentar calambres de piernas y pies constantemente, se encuentra incomoda, inquieta, con cefalea, acufenos, fosfenos y visión borrosa.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Datos de independencia.- Habitualmente duerme 8 horas diarias, de 22:30 a 06:30, descansa en su trabajo de 20 a 30 minutos sentada, levantando los pies, toma una siesta después de la comida de 30 a 40 minutos, se levanta relajada y descansada.

Datos de dependencia.- Se levanta al baño de dos a tres veces, le cuesta trabajo dormirse nuevamente. En el hospital no puede dormirse, se siente cansada y débil.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Datos de independencia.- Usa prendas de vestir adecuadas a su edad, desde su ingreso, usa ropa del hospital.

Datos de dependencia.- Necesita ayuda para vestirse y desvestirse, por tener catéter IV largo, vena periférica y sonda foley.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Datos de independencia.- Temperatura 37°C.

Datos de dependencia.- Desde el inicio del embarazo es muy friolenta.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Datos de independencia.- Piel y mucosas limpias, baño diario, aseo parcial diario, cambio de ropa total diario, cambio de ropa de cama cada ocho días, cepillado de dientes 3 veces al día, lavado de manos antes y después de ir al baño, corte de uñas y cepillado de cabello constantemente.

Datos de dependencia.- Refiere caída de cabello en gran cantidad desde los primeros meses de embarazo, edema generalizado, ligera palidez de tegumentos, no puede bañarse en regadera ni cepillarse los dientes ni peinarse.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Datos de independencia.- Se siente apoyada por su esposo y familiares.

Datos de dependencia.- En el momento, la paciente se encuentra consciente, inquieta angustiada por el estado de su bebe.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Datos de independencia.- Se expresa con claridad y fluidez, es sociable, amigable y expresa lo que siente.

Datos de dependencia.- Presenta alteraciones en los órganos de los sentidos y alteración del pensamiento.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Datos de independencia.- Es católica, cree en Dios, escucha Misa todos los domingos y reza el Rosario de una a dos veces por semana, no realiza ningún rito religioso.

Datos de dependencia: Cree que Dios la ha olvidado y la está castigando.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR PARA REALIZARSE.

Datos de independencia.- Se considera una persona sana y fuerte, trabaja como secretaria en Gobierno, además, mantiene su hogar limpio y cuidado, se siente realizada como esposa, madre y mujer.

Datos de dependencia.- Ahora no puede trabajar, por estar incapacitada.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECRETIVAS.

Datos de independencia.- Es una persona que le gusta participar en la organización de todo tipo de eventos, y le gusta bailar, escuchar música, leer, tejer, escribir y salir al campo, por el momento no

practica ningún deporte pero antes del embarazo realizaba actividades deportivas como: natación, aeróbics. Otro de los pasatiempos favoritos de ella es poner vals para quince años.

Datos de dependencia.- Ahora no puede realizar ninguna de las actividades recreativas antes mencionadas.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia.- Verbaliza interés por conocer su estado de salud y desea mejorar por que su hijo la necesita.

Datos de dependencia.- Insuficiente conocimiento sobre el riesgo que puede presentar durante el embarazo y complicaciones. Inseguridad y miedo hacia lo desconocido.

SIGUIENTES VALORACIONES:

Posteriormente, la paciente presenta descompensación por descontrol hipertensivo de 170/130mmHg, con datos clínicos se pudiera pensar en inminencia de eclampsia, posterior a la aplicación de cargas hídricas y

bloqueadores del calcio, se mejora la tensión arterial, posteriormente con la toma de ultrasonido, registro tococardiografico, refiere sufrimiento fetal agudo, por lo que deciden pasarla a cesárea de urgencia.

Se realiza cesárea tipo kerr, obteniendo producto único vivo, que lloró y respiró al nacer, brindándole cuidados inmediatos al recién nacido. Calificado con un apgar de 7-9, una valoración de Silverman-Anderson de cero, con una edad gestacional por capurro de 35.5 a 36 semanas de edad gestacional; un peso de 2140 kgs., talla 48cm.

Como hallazgos quirúrgicos, se observó hígado petequiado, se deja penrose en herida quirúrgica.

A las 10:00 horas del día 8 de septiembre del año 2000, se califica a la paciente con una valoración de aldrete de 8.

A las 12:00 horas del día 8 de septiembre del año 2000, la paciente se encuentra somnolienta, con presión arterial de 150/110mmHg, presión venosa central de 6-7 ml., por centímetro cúbico de agua, con escala de Glasgow de 12, con sangrado hemático abundante por penrose, los exámenes interpretan hemólisis, plaquetopenia de 120 mm, enzimas hepáticas elevadas TGO 70 U.I/L., TGP 470

U.I./L., DHL 502 U.I./L., TGT 20 U.I./L., elevación de bilirrubinas totales 1.4 mg, cifras bajas de hemoglobina de 7.2 gr.

A las 11:00 horas del día 10 de septiembre, en el Servicio de Terapia Intensiva, la paciente presenta parestesia generalizada con sensación de aumento, taquicardia de 120 latidos por minuto, por lo que pudo haber un evento isquemico transitorio.

El día 11 de septiembre a las 13:00 horas, se encuentra muy angustiada por no poderse mover, los resultados de laboratorio reportan: hipocalcemia y Sx anémico.

Presenta frecuencia cardíaca de 115x', taquicardia sinusal, con ritmo de galopeo en forma intermitente pudiendo ser por la misma anemia, volumen urinario incrementado sin elevación de los azoados.

A las 23:00 horas del día 12 de septiembre, presenta anuria, dolor a la palpación en glándulas mamarias, pudiendo ser por acumulo de secreción láctea.

El día 13 de septiembre a las 13:30 horas, acepta y tolera dieta en poca cantidad.

Al día siguiente a las 10:00 horas, en el pase de visita refiere presentar dolor a nivel de herida quirúrgica, manejando las siguientes cifras: con signos vitales de presión arterial de 130/70 mmHg, temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca de 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 latidos por minuto y PVC de 11Cm.

El día 15 de septiembre, a las 15:00 horas, pasa al Servicio de Hospitalización, clínicamente consciente, orientada, con ligera palidez de tegumentos, cuello sin alteraciones, campos pulmonares bien ventilados, sin estertores, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, herida quirúrgica sin datos de infección, genitales ligeramente con edema en labios mayores, sangrado transvaginal escaso, con ligero edema de miembros inferiores.

El 17 de septiembre, a las 16:00 horas, refiere cefálea, registrando una presión arterial de 130/100 mmHg.

El 18 de septiembre del 2000, se da de alta del Hospital a las 11:00 horas, con signos vitales estables, sin datos de infección en herida quirúrgica, sangrado transvaginal escaso.

A los 8 días después de que se da de alta a la paciente, se valora en el Servicio de Tococirugía de Urgencias, la cual se encuentra con buena coloración de tegumentos, con herida quirúrgica cicatrizada, con presión arterial de 130/90 mmHg.

5.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- Vasoconstricción generalizada, relacionada a la liberación de sustancias en el torrente circulatorio, manifestada por cifras tensionales elevadas, que causan cefalea, náusea, vómito, acufenos y fosfenos.
- Alto riesgo de hemlisis, relacionada a alteración hepática, manifestada por cifras bajas de hemoglobina, elevación de bilirrubina total y enzimas hepáticas.
- Estreñimiento, relacionado con una dieta pobre en fibras y líquidos manifestada por evacuaciones 1 ó 2 veces por semana de heces en poca cantidad secas.
- Alteración en la eliminación de líquidos, relacionada a la retención de agua y excreción de sodio manifestado por anuria y el ingreso de líquidos.
- Alto riesgo de interrupción del embarazo, relacionada a sufrimiento fetal secundario a hipertensión arterial.

- Alteración en el estado de alerta, relacionado a edema cerebral, manifestado por somnolencia, cefalea, náusea, vómito e hipocalcemia.
- Alteración de bienestar en relación con cefalea, manifestado por dolor náusea y vómito.
- Alto riesgo de sangrado, relacionado a plaquetopenia, manifestado por sangrado de herida quirúrgica, equimosis de presión y tiempos prolongados de coagulación.
- Alteración en la distribución de líquido en los diferentes lechos vasculares, manifestada por hipertensión arterial, edema y anuria.
- Trastornos del padrón de sueño, relacionado con malestar físico, ambiente desconocido y ruidoso y angustia por estar separada de su hijo.
- Riesgo de alteración en la integridad de la piel, relacionada con edema generalizado.²⁶
- Riesgo de lesión, relacionada con alteraciones visuales y entorno desconocido (hospitalario).
- Déficit de auto cuidado, relacionado con problemas sensoriales y cognoscitivos.
- Ansiedad y angustia, relacionada con ambiente no familiar, pruebas diagnósticas, tratamiento médico.

²⁶ Carpinto J.L. "Diagnósticos de Enfermería". Aplicación a la Pediatría 5ª Edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana Madrid 1995 Págs 265-989

- Miedo, relacionado con la posibilidad de complicaciones futuras.
- Riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado con la separación de apoyo religioso.
- Alteración del estado emocional, relacionado con conocimiento insuficiente sobre procedimientos hospitalarios.²⁷

CAUSAS DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA

DX. DE ENFERMERÍA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD.	FALTA DE CONOCIMIENTO
Vasoconstricción generalizada, relacionada a la liberación de sustancias en el torrente circulatorio, manifestada por cifras tensionales elevadas que causan cefalea, náusea, vómito, acúfenos y fosfenos.	X	X	X
Alto riesgo de hemólisis, relacionado a alteraciones hepáticas, manifestado por cifras bajas de hemoglobina, elevación de bilirrubinas totales y enzimas hepáticas.			X
Estreñimiento, relacionado con una dieta pobre en fibras y líquidos, manifestada por evaluaciones 1 ó 2 veces por semana de heces en poca cantidad secas.	X	X	
Alteración en la eliminación de líquidos, relacionada a retención de agua y excreción de sodio, manifestado por anuria y edema.	X		X

²⁷ M. Teresa-Luis Rodrigo "Diagnósticos Enfermeros". Un Instrumento para la Práctica Asistencial. 3ª Edición Harcourt Brace Madrid, Barcelona México D.F. Págs 15-225

DX. DE ENFERMERIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD.	FALTA DE CONOCIMIENTO
Alteración en la distribución de los líquidos en los diferentes lechos vasculares, manifestada por hipertensión arterial, edema y anuria.			
Alto riesgo de interrupción del embarazo, relacionado a sufrimiento fetal, secundario a hipertensión arterial.	X	X	X
Alteraciones en el estado de alerta, relacionado a edema cerebral, manifestado por somnolencia, cefalea, náusea y vomito.	X	X	X
Alteraciones de bienestar en relación con cefalea manifestado por dolor, náusea y vómito.	X		X
Alto riesgo de sangrado, relacionado a plaquetopenia, manifestado por sangrado de herida quirúrgica, equimosis de presión y tiempos prolongados de coagulación.	X	X	X
Trastornos del patrón de sueño, relacionado con malestar físico, ambiente desconocido y ruidoso y angustia por estar separada de su hijo.			X
Riesgo de alteración en la integridad de la piel, relacionada con edema generalizada.	X	X	
Riesgo de lesión, relacionada con alteraciones visuales y entorno desconocido (hospitalario).	x		X

DX. DE ENFERMERIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD.	FALTA DE CONOCIMIENTO
Déficit de auto cuidado, relacionado con problemas sensoriales y cognoscitivos.			X
Ansiedad y angustia, relacionada con ambiente no familiar, pruebas diagnósticas, tratamiento médico.		X	X
Miedo, relacionado con la posibilidad de complicaciones futuras.			X
Riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado con la separación de apoyo religioso.	X	X	
Ajteración del estado emocional, relacionado con conocimiento insuficiente sobre procedimientos hospitalarios			X

5.3 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE INTERVENCIONES.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>▶ Vasoconstricción generalizada, relacionada a la liberación de sustancias en el torrente circulatorio, manifestada por cifras tensionales elevadas que causan cefalea, náusea, vómito, acúfenos y fosfenos.</p>	<p>▶ Detectar los signos y síntomas de hipertensión; normalizará las cifras tensionales posterior a la ministración de medicamentos antihipertensivos para mantener las cifras normales.</p>	<p>▶ Valoración de las características de las cifras tensionales.</p>	<p>▶ La hipertensión es una entidad que consiste en el aumento de la tensión arterial sistémica, en el adulto se considera esta elevación de mayor de 140/90mmhg, o en la presión sistólica una elevación de 30mmhg y 15mmhg en la diastólica.²⁸</p>

²⁸ NORDMARK Madelyn ROHWEDER A Bases Científicas de la Enfermería 2ª Edición La Prensa Médica Mexicana México, 1993 Pág 60.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
	<p>Controlar y reducir al máximo las complicaciones cardiovasculares dentro de las primeras horas de su ingreso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar y vigilar la presencia de signos y síntomas asociados a problemas circulatorios. ▶ Tomar y registrar cada hora los signos vitales durante las 24 horas y PVC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Después de una vasoconstricción momentánea, la vasodilatación aumenta el flujo sanguíneo de los tejidos lesionados.²⁹ ▶ La tensión arterial debe medirse con frecuencia, reportando de inmediato cualquier elevación por arriba de lo normal y la disminución o aumento de la PVC.³⁰

²⁹ Ibidem Pág 399

³⁰ Ibidem Pág 85

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Administración y ministración de medicamentos antihipertensivos prescritos, como: alfametildopamina, nifedipina, hidralacina. ▶ Monitorear el equilibrio hídrico de ingresos y egresos y peso diario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cualquier medicamento indicador para disminuir la tensión arterial, debe administrarse de inmediato.³² ▶ La hidralazina causa vasodilatación y aumenta la circulación y el funcionamiento renal.³³ ▶ Las demandas circulatorias sistemáticas pueden disminuir manteniendo en límites el peso corporal óptimo.³⁴

³² Ibidem Pág 85

³³ BENZON Ralph C Manual de Ginecología y Obstetricia 2ª Edición Editorial El Manual Moderno 1985 Pág 295

³⁴ NORDMARK, Madelyn ROHWEDER Op Cit Pág 84

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ La administración de líquidos es de 125 ml por hora, previa carga de solución glucosada. al 5%. 	

EVALUACIÓN.

Logrando los objetivos: Se estabiliza la tensión arterial, aunque continua con medicamentos antihipertensivos en dosis bajas, a su ingreso es de 170/110 posteriormente continuo subiendo a 170/130 y después de la cesárea fue de 130/80mmhg. No se presentaron cambios importantes en el sistema vascular. Con las intervenciones oportunas de enfermería, se detectaron y redujeron las complicaciones cardiovasculares.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteración en la eliminación de líquidos, relacionada a retención de agua y excreción de sodio manifestado por anuria y edema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mantener el volumen de líquido y el balance hídrico, reducir el edema y mantener cifras tensionales normales. ▶ Reducir y eliminar los factores causales del edema periférico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar y registrar la cantidad relativa de edema de las extremidades pélvicas de 1 cruz a 3 cruces, valorar diariamente. ▶ Limitar la ingesta de sodio a 2 o 3grs al día o según la orden médica. ▶ Administración y ministración de diuréticos según esté indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos, dando como resultado una pobre nutrición celular y aumento de la nutrición celular.³⁵ ▶ La reducción de sal reduce la retención de líquido.³⁶ ▶ Los diuréticos reducen la sobre carga de líquidos por aumento de la pérdida de agua en los riñones.³⁷

³⁵ NORDMARK, Madolyn ROHWEDER Op Cit Pág 715

³⁶ BEARE/Myers Enfermería Principios Prácticos 1ª Edición Editorial Mosby 1993 Tomo II Pág 715

³⁷ Ibidem Págs 716 – 717

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar la hidratación de la piel, que el vestido sea el adecuado en cuanto a ajuste. ▶ Indicar períodos alternantes de reposo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La sequedad excesiva lesiona la piel, por lo que se puede producir grietas en la piel y mucosas, estas áreas irritadas producen molestias y los tejidos subyacentes, están más expuestas a las lesiones.³⁸ ▶ La respuesta vascular normal hacia la lesión comprende: Vaso constricción, vaso dilatación, edema localizado.³⁹

³⁸ Ibidem Pág 717

³⁹ Ibidem Pág 379

EVALUACIÓN.

Se lograron los objetivos: La diuresis es adecuada y concentrada, con las siguientes características:

PH: 6.

Densidad: 1010.

Proteínas: Negativas.

Glucosa: Negativa.

Acetonas: Negativas.

Hemoglobina: Negativa.

Sedimentación: 3 leucos por campo.

Osmolaridad plasmática 290mOsm/kg.

Osmolaridad urinaria 45 mOsm/kg.

Con buena coloración de piel y tegumentos, turgencia normal, el edema fue disminuyendo, ya que presento edema generalizado (más de 3 cruces), posteriormente sin edema, no hay desequilibrio hidroelectrolítico.

Presión arterial estabilizada de 120/70mm hg.

NECSIDAD DE NUTRICIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteración en la distribución de líquidos en los diferentes lechos vasculares, manifestada por hipertensión arterial, edema y anuria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Detectar los signos y síntomas de desequilibrio electrolítico. ▶ Valorar el estado de hidratación. ▶ Valorar el adecuado volumen intravascular. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se valora y vigila la presencia de signos y síntomas de deshidratación, por lo que se toma y registra la presión venosa central, medición de diuresis horaria, se toman muestras para laboratorio, se instala sonda Foley, para llevar a cabo un control estricto de líquidos con pérdidas insensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La disminución del volumen intravascular y hemo concentración, se puede reducir en la toma de PVC, en un buen balance hidroelectrolítico, por lo que se ministra sol. gda. Al 5% 300 ml, y 1000 ml p/8 h, para mantener un aporte hídrico y calórico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se ministran soluciones parenterales en cargas rápidas y posteriormente a 125 ml x hora y dependiendo de las cifras de PVC. ▶ La ministración de soluciones fisiológicas y Hartman a razón de 1000 ml en 2 hrs., según PVC. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ministración de soluciones electrolíticas, porque permanecen mayor tiempo en el espacio intravascular y sirven para hidratar y reposición de volumen.

EVALUACIÓN.

El objetivo se logró. Se ministran cargas hídricas y se mejora el estado hidroelectrolítico y la PVC se mantiene en cifras normales.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alto riesgo de interrupción del embarazo, relacionado a sufrimiento fetal secundario a hipertensión arterial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Manejar y minimizar los episodios de sufrimiento fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar y evaluar las líneas básicas de los latidos cardiacos fetales: ▶ Frecuencia cardiaca fetal de 120 a 160x'. ▶ Vigilar la frecuencia cardiaca fetal. <ul style="list-style-type: none"> - Tomando en cuenta lo siguiente:. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La vida del feto depende de la sangre materna que circula por la placenta.⁴⁰ ▶ El sufrimiento fetal agudo generalmente se manifiesta durante el trabajo de parto y obedece a alguna condición que ocasiona una baja súbita del vapor de oxigeno al feto.⁴¹

⁴⁰ NORDMARK, Madelyn, ROHWEDER Op Cit Pág 24

⁴¹ BENZON Ralph C Op Cit Pág 496

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia: Debajo de 120 latidos por minuto. - Taquicardia: Arriba 160 latidos por minuto. - Desaceleraciones variables, producidas por la compresión del cordón umbilical. 	<p>▶ Las alteraciones del latido cardíaco del feto adquieren un proceso evolutivo durante el sufrimiento fetal agudo.⁴²</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medición de frecuencia cardiaca a la paciente. - Hipertemia - Diuresis, densidad de la diuresis - Nivel de ansiedad - Colocarla en decúbito lateral izquierdo en semifowler - Ministración de oxigeno por puntas nasales a 3 litros por minuto 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La taquicardia se produce cuando aumenta la temperatura central de la madre.⁴³ ▶ La deshidratación de la madre puede producir, taquicardia en el feto.⁴⁴ ▶ La ansiedad severa puede aumentar la frecuencia del feto.⁴⁵

⁴³ Ibidem, Pág 716

⁴⁴ Ibidem Pág 724

⁴⁵ Ibidem Pág 718

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Toma de ultrasonido pélvico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La postura disminuye la oclusión de la vena cava inferior por el útero, promoviendo el retorno venoso al corazón.⁴⁶ ▶ La administración de oxígeno aumenta el aporte de oxígeno al flujo.⁴⁷ ▶ El ultrasonido valora las condiciones del producto (Cantidad de líquido, frecuencia, posición).⁴⁸

⁴⁶ Ibidem. Pág 719

⁴⁷ Ibidem Pág 720

⁴⁸ BENZON Ralph C Op Cil Pág 496

EVALUACIÓN.

Se lograron los objetivos. No respondió a la terapéutica de emergencia por el descontrol hipertensivo de 170/130mmhg, se ministra carga hídrica y bloqueadores del calcio para prevenir una eminencia de eclampsia, se mejora la presión arterial, se toma ultrasonido el cual reporta sufrimiento fetal agudo, por lo que se realiza cesárea tipo kerr, obteniendo producto único, vivo, que lloró y respiró al nacer con un apgar de 7/9, peso de 2340kg, se proporcionaron cuidados inmediatos a recién nacido, se recupera la paciente de la anestesia y pasa a UCI, para continuar su manejo terapéutico.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteración en el estado de alerta, relacionado a edema cerebral manifestado por somnolencia, cefalea, náusea y vómito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reducir los signos y síntomas de edema cerebral posterior a la ministración de medicamentos. ▶ Restablecer y mantener la agudeza mental y conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluar los signos y síntomas de edema cerebral como: visión borrosa, cefalea, náuseas y vómito y cambio de nivel de conciencia. ▶ Toma y registro de signos vitales cada hora. ▶ Ministración de oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El edema del cerebro provoca el aumento de la presión endocraneal y por lo tanto la compresión sobre ciertos centros cerebrales.⁴⁹ ▶ El deterioro de los signos vitales puede indicar compromiso hemodinámico.⁵⁰ ▶ La oxigenación suplementa el oxígeno reducido en la sangre, aumenta la provisión de oxígeno.⁵¹

⁴⁹ SEGATORE Luigi Diccionario Médico Primera Edición Editorial Terde Barcelona 1983 Pág 373

⁵⁰ BERAÉ/Myres Op Cit Pág 714

⁵¹ Ibidem Págs 714 - 745

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ministración y administración de medicamentos antihipertensivos como son hidralacina, alfametildopa, nifedipina. ▶ Promover un medio apacible, evitando estímulos que puedan provocar convulsiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El empleo de antihipertensores y betabloqueado, es reducir gradualmente las cifras de la tensión arterial y evitar una mayor alteración en la perfusión sanguínea, útero, placentaria y reducir la muerte fetal.⁵² ▶ Mantener un ambiente silencioso, tranquilo, favorable al reposo.⁵³

⁵² BENZON Ralph Op Cit Pág 325

⁵³ BEARE/Myres Op Cit Pág 715

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Explicar a la paciente las posibles causas de las náuseas y vómito. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La comprensión de la paciente de la fuente de la normalidad de las náuseas y vómito, reduce la ansiedad, ayudando a reducir los síntomas.⁵⁴

EVALUACIÓN.

Se logro los objetivos. Con la administración y ministración de antihipertensores, los efectos colaterales como la náusea, vómito, cefalea, somnolencia, desaparecieron.

⁵⁴Ibidem Pág 715

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteración de bienestar en relación con cefalea manifestado por náusea y vómito.</p>	<p>Minimizar los efectos colaterales.</p> <p>Disminuir la estimulación del centro del vómito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ministración de antihipertensores y beta bloqueadores como la hidralcina, alfametildopamina y nifedipina. ▶ Disminuir la estimulación del centro del vómito. ▶ Reducir los olores y visiones desagradables. ▶ Reducir o eliminar los estímulos nocivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El empleo de antihipertensores y betabloqueadores reducen gradualmente las cifras de la tensión y evitan una mayor alteración en la perfusión sanguínea, útero placentaria y muerte fetal.⁵⁵ ▶ Los estímulos causales pueden estimular el centro del vómito.⁵⁶

⁵⁵ BENZON Ralph C Op Cit Pág 325

⁵⁶ HALLOWAY M Nancy Op Cit Pág 70

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Orientar a la paciente sobre las náuseas y vómito. ▶ Enseñar a practicar respiraciones profundas y tragar saliva para suprimir el reflejo del vómito. ▶ Darle a tomar hielo picado y jugos bien fríos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La información ayuda a reducir la ansiedad que puede aumentar las náuseas.⁵⁷ ▶ La respiración profunda y la deglución ayuda a reducir la intensidad del reflejo del vómito.⁵⁸

⁵⁷ Ibidem Pág 70

⁵⁸ Ibidem Pág 70

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mantener la terapia IV para sustitución de líquidos cristaloides, coloides o productos sanguíneos según lo prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Los coloides hidratan el espacio intravascular e impulsan los fluidos desde el intersticio hacia el torrente sanguíneo. Los cristaloides sustituyen el flujo extra celular y se distribuyen por el intersticio y el espacio intravascular y la sustitución de sangre se debe administrar para proporcionar capacidad de transporte de oxígeno si la hemoglobina esta significativamente disminuida.⁵⁹

⁵⁹ M Kim, G M C Farland et al Guía Clínica de Enfermería, Diagnóstico en Enfermería, Plan de Cuidados 5ª Edición Editorial Mosby, 1994 Pág 358

EVALUACIÓN.

Se logro el objetivo. Desapareció la náusea y vómito, se estabilizó la presión arterial, por lo cual se disminuyeron las dosis de medicamentos, sin datos de desequilibrio electrolítico. Se encuentra alerta.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alto riesgo de hemólisis relacionada a alteraciones hepáticas, manifestada por cifras bajas de hemoglobina, elevación de bilirrubinas totales y enzimas hepáticas.</p>	<p>▶ Controlar los desequilibrios hematológicos dentro de las primeras horas de estancia hospitalaria.</p>	<p>▶ Se explora a la paciente en busca de signos y síntomas de hemólisis como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor epigástrico - Somnolencia - Cefalea - Confusión <p>▶ Se valoran las cifras de laboratorio como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemoglobina de 7.2 gr. - Hematocrito 34% - Bilirrubinas 1.4mg - Enzimas hepáticas 	<p>▶ Hemólisis: Es la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre con la liberación consiguiente de la hemoglobina.</p> <p>▶ La hemólisis se produce por la acción de medios físicos, químicos y tóxicos.⁶⁰</p> <p>▶ Hemoglobina: Es el pigmento contenido en los glóbulos rojos de la sangre en general, el color rojo característico.</p>

⁶⁰ SEGOTORE Luigi Op Cit Pág 602

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se vigila la presencia de signos y síntomas de hemorragia como: Palidez de tegumentos, diaforesis y hipotensión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hematocrito sanguíneo es el porcentaje de células que componen la sangre. La cifra normal en mujeres es de 40-52 ml.⁶¹ ▶ Los problemas que afectan los componentes de la sangre y que pueden producir hemorragias son los siguientes: Hemofilia, producción inadecuada de protrombina, purpura, trombocitopenica.⁶²

⁶¹ NORMAK Madelyn ROHWEDER Op Cit Pág 42

⁶² Ibidem Págs 42 - 47

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<ul style="list-style-type: none">▶ Se vigilan los factores que pueden aumentar la hemorragia como: Hipertensión arterial, leucopenia, edema.▶ Administrar y ministrar vitamina K según prescripción médica.	<ul style="list-style-type: none">▶ La vitamina K es esencial para la producción de protombina, la cual es necesaria para la coagulación.⁶³

⁶³ Ibidem Pág 140

EVALUACIÓN.

Logrando el objetivo de elevar y disminuir las cifras de acuerdo al resultado que era de hemoglobina de 7.2 gramos, hematocrito de 29.1 ml, bilirrubinas totales de 1.4 mgxmi y enzimas hepáticas TGO DE 70 U./L, TGP 470 U./L., DHL 502 U./L, TGT 20 U /L y plaquetas de 120 mm., aumentando y disminuyendo considerablemente las cifras de laboratorio, siendo posteriormente los siguientes resultados: Hemoglobina de 10.3 gramos, hematocrito de 36 ml, bilirrubina directa de 0.18 mgxmi, bilirrubina indirecta de 11 mgxmi, enzimas hepáticas de TGO 33 U /L, TGP 43 U /L, DHL 407 U./L, TGT 18 U./L, y plaquetas de 200 mm³, mejora la coloración de tegumentos, sin presencia de signos ni síntomas de hemorragia ni alteraciones hematológicas. Su presión arterial se normaliza.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de alteración en la integridad de la piel, relacionada con edema generalizado.</p>	<p>Proteger y mantener la integridad de la piel y eliminar el edema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar los factores causales del exceso de volumen de líquidos, vaso constricción. ▶ Promover los factores que mejoran el flujo arterial. ▶ Mantener las extremidades en posición descendente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Los trastornos de la piel y de las mucosas pueden ser producidos por edema. ▶ Tanto los tejidos deshidratados como los edematosos tienden a ser más propensos a sufrir lesiones traumáticas. ▶ La presencia de exceso de líquido tisular interfiere con la nutrición celular.⁶⁴

⁶⁴BENZON Ralph C. Op Cit Pág 379

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Considerar el uso de vendaje de miembros pélvicos compresivo para prevenir éstasis venosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La tumefacción debido a la acumulación de fluido se manifiesta inicialmente en las extremidades inferiores y se generaliza rápidamente. ▶ El edema que aparece en la mitad superior del cuerpo es siempre patológico y puede ser siempre indicio de toxemia.⁶⁵

⁶⁵ Ibidem Pág 289 – 290

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Balance y control de líquidos. ▶ Ministración de diuréticos: como el furosemide. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El volumen excesivo de líquidos dificulta el intercambio adecuado de sustancias entre las células y la sangre.⁶⁶ ▶ Aplicación de diuréticos como el furosemide. Actualmente algunos autores contra indican estos medicamentos porque pueden presentar hemoconcentración.⁶⁷

⁶⁶ Ibidem Pág 290

⁶⁷ MONDRAGÓN Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada 4ª Edición Editorial Trillas 1991 Pág 325

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cambios frecuentes de posición y movilización. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La estasis venosa en las extremidades inferiores puede producir: dermatitis por estasis que se localiza en el dorso del tobillo y se caracteriza por enrojecimiento, edema, resequedad y prurito.⁶⁸

EVALUACIÓN.

El objetivo se logró, se redujo el edema y la piel está protegida de lesiones, el estado hemodinámico dentro de lo normal.

El edema se redujo en forma considerable, mejoró el flujo sanguíneo dando como resultado una nutrición celular y disminuyó el riesgo de alteración de la piel.

⁶⁸ NORDMARK Madelyn ROHWEDER Op Cit Pág 379

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de lesión, relacionada con alteraciones visuales y entorno desconocido (hospitalario).</p>	<p>Reducir los peligros ambientales como: lesiones en el hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Orientar a la paciente hacia su entorno: dónde se encuentra el timbre, el baño, dejar la luz prendida del baño por las noches. ▶ Enseñarle cómo mantener los barandales subidos. ▶ Asegurarse que los artículos personales de uso frecuente estén a su alcance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La orientación ayuda a proporcionar familiaridad, una luz por la noche ayuda a la paciente a encontrar su camino.⁶⁹ ▶ Mantener los barandales subidos evitará caídas. ▶ El tener a la mano los objetos, previene las caídas por estirarse en exceso.⁷⁰

⁶⁹ HALLOWAY M Nancy Op Cit. Pág 705

⁷⁰ Ibidem Pág 706

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="796 142 1078 270">▶ Orientar a la paciente para que pida ayuda cuando la necesita. <li data-bbox="796 344 1078 610">▶ Informar normatividad del Hospital como es: hora de visita, número de personas para la visita, información médica. 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1114 142 1431 334">▶ La obtención de ayuda con la Deambulacón y otras actividades reduce el riesgo de lesión del paciente.⁷¹ <li data-bbox="1114 344 1431 642">▶ Un proceso de admisión tranquilo y profesional y una presentación cálida puede aliviar al paciente y establecer un tono positivo para su estancia en el Hospital.⁷²

⁷¹ Ibidem Pág 703

⁷² Ibidem Pág 705

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluar la capacidad de la persona de cumplir los objetivos del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El darle una información correcta puede ayudar a disminuir la ansiedad del paciente asociada a lo desconocido y extraño.⁷³

EVALUACIÓN.

Se logró el objetivo. Se redujeron los peligros ambientales durante su fase aguda, señala medidas que pueden emplear si sufre una lesión accidental.

Manifiesta que cualquier ajuste lleva tiempo, pero con comprensión y ayuda, puede lograrse un progreso, adquiriendo buenos hábitos de salud y al mismo tiempo evita complicaciones futuras.

⁷³ Ibidem Pág 705

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar el conocimiento del paciente a cerca de su condición, su pronóstico y medidas de tratamiento. ▶ Determinar su capacidad de dar su consentimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La enseñanza del paciente sobre las pruebas y medidas de tratamiento puede ayudar a disminuir su miedo y ansiedad asociado y mejorar su sensación de control sobre la situación.⁷⁶ ▶ La participación en la toma de decisiones, puede ayudar a dar a la paciente una sensación de control, lo que fomenta su capacidad de afrontamiento.

⁷⁶ Ibidem Pág 704

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Explicar todo lo relacionado a su terapéutica. ▶ Informar sobre los derechos de la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La percepción de la pérdida de control puede dar como resultado una sensación de importancia y luego de desesperanza.⁷⁷ ▶ El conocimiento de sus derechos y recursos como persona hospitalizada puede proporcionar tranquilidad y ayudarlo a reducir su nivel de ansiedad.⁷⁸

⁷⁷ Ibidem Pág 705

⁷⁸ Ibidem Pág 706

	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Corregir todo error información incorrecta que pueda expresar la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un factor que contribuye habitualmente al miedo y a la ansiedad es la información incompleta o incorrecta, dar una información adecuada y correcta puede ayudar a aliviar los temores del paciente.⁷⁹

⁷⁹ Ibidem Pág 703

EVALUACIÓN.

Se lograron los objetivos. Demuestra buena voluntad para solucionar la angustia, el diagnóstico y el impacto que le causa lo desconocido.

Participa de manera activa en las actividades de cuidados relacionados a su tratamiento.

Muestra menos estrés y angustia emocional, es capaz de verbalizar su comprensión de los procedimientos del diagnóstico y tratamiento.

La angustia desapareció.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alto riesgo de sangrado, relacionado a plaquetopenia, manifestado por sangrado de herida quirúrgica, equimosis de presión y tiempos prolongados de coagulación.</p>	<p>Realizar y detectar temprano signos y síntomas de sangrado afin de evitar complicaciones hematológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar posible hemorragia interna o externa. ▶ Puede ser arterial, venosa, capilar o provenir de todas estas estructuras. ▶ Monitorear los recuentos de plaquetas y los resultados de tiempo de coagulación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La hemorragia es la salida de sangre fuera del sistema vascular.⁸⁰ ▶ Puede haber hemorragia espontánea si las plaquetas son menos de 20,000 mm³.⁸¹ ▶ La cuenta aproximada de plaquetas o trombocitos es de 150,000 – 400,000 mm³ en sangre.⁸²

⁸⁰ NORDMARK Madelyn ROHWEDAR Op Cit Pág 69 - 71

⁸¹ BEARE/Myres Op Cit Pág 824

⁸² NORDMARK Madelyn ROHWEDAR Op Cit Pág 47

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
			<p>▶ El tiempo de protrombina manifiesta la actividad de la protrombina en la sangre, con la técnica QUICK, el tiempo de protrombina normal es de 14 a 18 segundos, si se prolonga de más de 30 segundos, se considera que existe cierta tendencia hemorrágica.⁸³</p>

⁸³ Ibidem Pág 27

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Examinar todos los sitios corporales por hemorragia una vez por turno por mínimo. ▶ Revisar herida quirúrgica abdominal y sangrado a cualquier nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El sitio de sangrado tiene importancia por los posibles efectos de la presión ejercida por la sangre acumulada, por ejemplo intracraneana, intrapericardia.⁸⁴ ▶ El tiempo que se requiere para el proceso de cicatrización varía de acuerdo con la extensión y con la localización de la hemorragia, con la irrigación sanguínea del sitio lesionado y con cualquier interferencia con los procesos normales de cicatrización.⁸⁵

⁸⁴ Ibidem Pág 47

⁸⁵ Ibidem Pág 379

EVALUACIÓN.

El objetivo se logró. Ya no presentó sangrado por herida quirúrgica, ya que posteriormente a la cirugía, presentó sangrado hemático abundante por penros. Se observa la herida quirúrgica en proceso de cicatrización, sus signos vitales y pulso periférico normales, ya no presenta hemorragia ni equimosis de presión por la herida quirúrgica, los tiempos de coagulación estabilizados.

La respuesta es satisfactoria, se observa herida quirúrgica en cicatrización, con evidencia de los bordes intactos y tejidos de granulación.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Estreñimiento relacionado con una dieta pobre en fibras y líquidos manifestada por evacuaciones en poca cantidad, secas, de una a dos veces por semana.</p>	<p>Reconocer los criterios de normalidad intestinal sin emparejarlos con una eliminación diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revisar conjuntamente los hábitos dietéticos y la ingesta de líquidos. ▶ Planificar una dieta rica en residuos y fibras. ▶ Planificar un aporte diario mínimo de 2000 ml de líquido. ▶ Establecer un plan de ejercicio diario moderado y regular. ▶ Si tolera el salvado, iniciar su toma con moderación, aumentando gradualmente la cantidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El recomendar cambios de la dieta e ingesta de líquidos, dentro de las limitaciones económicas, ayuda a un mejor reflujo gástrico, además de ayudar a que las heces no se endurezcan en el recto y se produzca distensión crónica. ▶ El aumento lento de fibra ayudara a evitar los retorcijones y el meteorismo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Discutir los efectos negativos de ignorar repetidamente el reflejo de defecación cuando se presente. ▶ Discutir la eficacia de la toma de 1-2 vasos de agua tibia en ayunas. ▶ Revisar la rutina diaria e incluir la hora de la defecación como parte de ella. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El experimentar la sensación de eliminación completa de las heces responde inmediatamente al deseo de defecación.⁸⁶

⁸⁶ MIJAKI Gertrude K Mc FARLAND Aubrey M McLane 5ª Edición Guía Clínica de Enfermería Diagnósticos en Enfermería y Plan de Cuidados Págs 178 – 179

EVALUACIÓN.

El objetivo se logró de reconocer los criterios de normalidad intestinal se moderaron la paciente empezó a evacuar diariamente con ayuda de la deambulaci3n y la ingesta de l3quidos y dieta, adem3s de desaparecer el meteorismo y los retorcijones.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Trastornos del patrón del sueño, relacionado con malestar físico, ambiente desconocido y ruidoso y angustia por estar separada de su hijo.</p>	<p>Proporcionar un ambiente tranquilo al paciente para que descanse por lo menos 6 a 8 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Orientar y vigilar el ciclo del sueño. ▶ Explicar y vigilar las medidas para promover la relajación. ▶ Mantener un ambiente oscuro y silencioso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Una persona para tiempo típicamente por 4 o 5 ciclos cómputos de sueño cada noche. El despertarse durante un ciclo puede hacerlo no sentirse bien descansada por la mañana.⁸⁷ ▶ El sueño es difícil sin relajación. El ambiente hospitalario desconocido puede impedir la relajación.⁸⁸

⁸⁷ HALLOWAY M Nancy Op Cit Págs 710 - 711

⁸⁸ Ibidem Pág 711

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asegurar una buena ventilación de la habitación. ▶ Cerrar la puerta si lo desea. ▶ Comentar las razones de los diferentes requisitos individuales del sueño. ▶ Explicar que su hijo esta bien que ella debe tener fuerzas y salir por él que la necesita. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un período prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo tanto físico como mental.⁸⁹

⁸⁹ Ibidem Pág 712

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Explicar la importancia del ejercicio regular para promover un buen sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El ejercicio regular no solo aumenta la resistencia y favorece la capacidad de tolerar el estrés psicológico, si no que también promueve la relajación.⁹⁰

EVALUACIÓN.

El objetivo se logró. La paciente descansó y cursó con sueño fisiológico, los periodos de reposo fueron adecuados, aumento del tiempo de el sueño y fue más profundo.

La paciente durmió de 6 a 8 horas por la noche siendo el patrón del sueño aceptable.

⁹⁰ Ibidem Pág 711

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Déficit de autocuidado relacionado con problemas sensoriales y cognoscitivos.	Promover la máxima implicación del paciente en su autocuidado.	▶ Se proporcionarán cuidados, seguridad y ayuda a la paciente, durante su estancia hospitalaria.	▶ Los trastornos del equilibrio fisiológico y psicológico que resultan en reacciones exageradas o disfunción mental disminuyen la capacidad mental individual para hacer frente con éxito a todos los acontecimientos de la vida. ⁹¹

⁹¹ NORDMARK Madelyn / ROHWEDER Op Cit Pág 629

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organizar actividades de forma que el paciente pueda realizarlo fácilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El fomento de las capacidades, autocuidado del paciente puede aumentar su sensación de control e independencia promoviendo el bienestar general.⁹²

⁹²HALLOWAY M Nancy Op Cit Pág 706

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Animarle y ayudarle a establecer un horario regular. ▶ Evaluar su capacidad para su cuidado. ▶ Darle ayuda y su capacidad para sus cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La enfermera debe planear los cuidados de acuerdo con sus conocimientos, con sus observaciones de los pacientes y de su ambiente. La enfermera puede: Engranar las expectativas del comportamiento del individuo a su nivel personal de desarrollo. ▶ Incluyendo la tolerancia para la regresión durante alguna enfermedad que produzca tensión a la hospitalización.⁹³

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Siempre que sea posible animarle a que realice su rutina diaria. ▶ Proporcionar prendas de vestir de una talla mayor a la normal. ▶ Proporcionar ambiente estético. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La participación del paciente en el autocuidado mejora su funcionamiento fisiológico y reduce la fatiga por la inactividad y además mejora su sensación de bienestar.⁹⁴ ▶ El ánimo y la realización del progreso pueden darle al paciente un incentivo para el progreso continuado.⁹⁵

⁹⁴ HALLOWAY M Nancy Op Cit Pág 730

⁹⁵ Ibidem Pág 706

EVALUACIÓN.

Se logro el objetivo. La paciente participó en su arreglo personal (bañarse, cepillado de dientes, peinarse etc.), reaccionó con convencimiento de la verdad y el deseo de obtener ayuda, hizo preguntas adecuadas, adquiere buenos hábitos de salud y al mismo tiempo evita complicaciones, fue capaz de cuidarse por sí misma.

Se restablece y mantenimiento de la agudeza mental y conciencia de sucesos actuales.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Miedo, relacionado con la posibilidad de complicaciones futuras.</p>	<p>Proporcionar orientación y apoyo psicológico y reducir los episodios de miedo con información oportuna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar la experiencia personal y los conocimientos acerca de complicaciones del embarazo. ▶ Mecanismos para resolver las crisis. ▶ Estado afectivo con referencia a diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estos factores afectan en gran medida la conducta y capacidad de la paciente para hacer frente al diagnóstico, cirugía y tratamiento de seguimiento.⁹⁶ ▶ Cuando más pronto acepta la realidad de la situación, tanto más apta estará para poner en marcha mecanismos de solución del problema.⁹⁷

⁹⁶ SMELTEZER B C BARE/BRUNNER y SUDADRTH Enfermería Médico Quirúrgica 7ª Edición, Editorial Interamericana McGraw Hill Pág 1383

⁹⁷ Ibidem Pág 1384

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="816 150 1067 245">▶ Preparación emocional de la paciente. <li data-bbox="816 384 1067 682">▶ Proporcionar información a la paciente los resultados de su embarazo y las modalidades terapéuticas más nuevas de las complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1130 150 1445 373">▶ Las mejores opciones y resultado desde el punto de vista estadístico, aminoran en gran medida los temores y aceptación del plan terapéutico.⁹⁸ <li data-bbox="1130 384 1445 575">▶ Sienta las bases de un plan terapéutico por colaboración, con lo que se evita que la mujer reciba datos contradictorios.⁹⁹

⁹⁸ Ibidem Pág 1385

⁹⁹ Ibidem Pág 1386

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Señalar el número cada vez mayor de recursos hospitalarios para el manejo de las complicaciones del embarazo. ▶ Pedir que la visiten seres queridos y amigos comprensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El apoyo de personas significativas para la paciente es más perdurable que el de parientes que le son extraños.¹⁰⁰

EVALUACIÓN.

Se logró el objetivo. La paciente verbalizó una total comprensión con respecto a posibilidad de complicaciones maternas y fetales, conoció, los síntomas que requieran atención médica inmediata.

Describe la necesidad de una valoración médica y asistencial y los cuidados en cualquier embarazo futuro.

¹⁰⁰ Ibidem Pág 1383

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Riesgo de sufrimiento espiritual, relacionado con la separación de apoyo religioso.</p>	<p>Mantener las practicas habituales que vayan en contra de la calidad de la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Preguntar si la paciente desea introducirse en una práctica religiosa o espiritual y si lo desea darle oportunidad de hacerlo. ▶ Expresar la comprensión y aceptación de la importancia de las creencias y prácticas religiosas o espirituales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estas prácticas pueden darle significado y finalidad y pueden ser una fuente de consuelo y fuerza.¹⁰¹ ▶ La transmisión de una actitud de juicio puede ayudar a reducir la intranquilidad del paciente por expresar sus creencias y prácticas.¹⁰²

¹⁰¹ HALLOWAY M Nancy Op Cit Pág 712

¹⁰² Ibidem Pág 714

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Darle intimidad y tranquilidad para lo espiritual, según los deseos de la paciente y según se pueda practicar. ▶ Si lo desea puede rezar con la paciente o a leerle un texto religioso. ▶ puede contactar con un líder religioso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La intimidad y el silencio proporciona un ambiente que posibilita la reflexión y contemplación.¹⁰³ ▶ La enfermera incluso la que no suscribe los mismos valores o esencias religiosas que el paciente le puede ayudar a cubrir sus necesidades espirituales.¹⁰⁴

¹⁰³ Ibidem Pág 718

¹⁰⁴ Ibidem Pág 719

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Explorar si alguna de las prácticas hospitalarias externas en conflicto con las creencias del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estas medidas pueden ayudar al paciente a mantener los lazos espirituales y a practicar los ritos espirituales. ▶ Muchas religiones prohíben ciertas conductas, el cumplir las restricciones puede ser una parte importante del culto del paciente.¹⁰⁵

EVAUACION.

El objetivo se logro: Se proporciono el sistema de apoyo religioso.

Manifestó esperanza y gusto con Dios, se siente conforme y feliz por su condición actual.

¹⁰⁵ Ibidem Pág 712

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alteraciones del estado emocional relacionado con conocimiento insuficiente sobre procedimientos hospitalarios.</p>	<p>Explicar el razonamiento sobre cada procedimiento a la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proporcionar una información correcta, usando terminología sencilla. ▶ Valorar su respuesta emocional actual. los factores de estrés de la hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El conocimiento correcto del procedimiento planificado y de las rutinas de cuidado, pueden ayudar a reducir la ansiedad y el miedo relacionado con lo desconocido.¹⁰⁶ ▶ La ansiedad moderada o elevada determina la capacidad de procesar la información: Las explicaciones sencillas imparten con más eficiencia la información.¹⁰⁷

¹⁰⁶ HALLOWAY M Nancy Op Cit Pág 734

¹⁰⁷ Ibidem Pág 713

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Explicar las posibles causas del desconocimiento. ▶ Corregir todo error e información inexacta que tenga ella sobre el procedimiento. ▶ Explicar la importancia y finalidad de todos los procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El apoyo adecuado puede eliminar o reducir al mínimo los sentimientos del paciente de que debe "pasar solo".¹⁰⁸ ▶ El conocimiento exacto de los procedimientos planeados y de las rutinas de cuidados pueden ayudar a reducir la ansiedad y el miedo en relación con lo desconocido.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Ibidem Pág 713

¹⁰⁹ Ibidem Pág 716

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Explicar todas las rutinas y sensaciones esperadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proporcionar apoyo emocional y animar al paciente a que le permita aclarar sus miedos y le da a la enfermera la oportunidad de proporcionarle un cuidado realista y tranquilo.¹¹⁰ ▶ Pueda esperar de por qué se hacen los procedimientos y de por qué pueden producirse ciertas sanciones, pueden ayudar a reducir los miedos asociados a lo desconocido e inesperado.¹¹¹

¹¹⁰ Ibidem Pág 716

¹¹¹ Ibidem Pág 718

EVALUACIÓN.

Se logro el objetivo: La paciente permanece libre de alteraciones en el estado de salud.

Conoce la necesidad del mantenimiento continuo de salud.

Conoció los cuidados necesarios para cada procedimiento, coopera correctamente y ayuda a evitar complicaciones en el progreso de su recuperación y el cumplimiento terapéutico.

5.4 PLAN DE ALTA.

JUSTIFICACIÓN.

Es la finalidad de que el paciente al egreso de la Unidad Hospitalaria se incorpore a su núcleo familiar y a la comunidad e integrarse a sus actividades de su vida diaria, tratando de llevar su vida lo mejor posible, continuando su tratamiento y medidas preventivas para llevar a cabo una vida óptima.

OBJETIVOS:

- Continuar en casa su recuperación, siendo capaz de realizar sus propias actividades cotidianas.
- Continuar una pronta mejoría de la paciente, contando con el apoyo familiar.
- Seguir un registro de los cuidados que se continuarán durante su recuperación.
- Satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas de la paciente.

LIMITES:

- Espacio: Hogar de la paciente.
- Lugar: Domicilio

- Asesoría: Enfermeras, Médicos Ginecólogos, Trabajadora Social, Dietista.
- Tiempo: Será a los 30 o 40 días de su egreso del Hospital, hasta su primer consulta con su médico especialista.
- Universo de trabajo: La paciente y su núcleo familiar.

INDICACIONES MEDICAS Y MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Hidralacina 50 mg. V.O. cada 6 horas.
- Metoprolol 100 mgs. Cada 24 horas.
- Almodipino 500 mgs. V.O. cada 12 horas.
- Alfa metildopa 500 mgs. V.O. cada 6 horas.
- Analgésico Vía Oral cada 8 horas por razón necesaria.
- Valorar la presión arterial
- Evitar el consumo de alimento salado o con conservadores, como: Embutidos, enlatados, carnes secas, quesos duros, salsa de soya, así como refresco.
- Incrementar el consumo de alimento que proporcionen adecuado aporte energético agregando dieta normal el equivalente a 300 Kcal/día.
- Baño y cambio de ropa diariamente.

- Curación de herida quirúrgica y vigilancia de cicatrización de la misma.
- Deambulacion diariamente.
- Vigilancia del estado de alerta.
- Cuidado y lubricación de la piel, así como de glándulas mamarias.
- Orientar sobre las características de los loquios y su duración.
- Recomendación higiénico - dietética.
- Información sobre lactancia materna: Siendo la leche materna un alimento natural y específico para alimentar al recién nacido, dándole el seno materno cuando lo solicite, siendo la leche materna de muy buena calidad, independientemente del peso y de la estructura de la madre, la capacidad para lactar depende de la decisión, no del tamaño de los pezones o de la forma de los pezones, mientras más seguido se amamante, más producción de leche abra, ayudándose comer más de lo acostumbrado y agregar frutas y verduras, tomar abundantes líquidos.
- No tabaquismo, alcoholismo o drogadicción y no tomar medicamentos no recetados por el médico.
- Información y orientación sobre relaciones sexuales a la paciente y a la pareja con respecto al manejo de

su sexualidad de acuerdo a sus condiciones físicas y emocionales, aclarar dudas con respecto a relación sexual, mitos o información inadecuada, limitaciones precisas en ciertas circunstancias.

- Brindar conocimientos sobre planificación familiar: Dando una consejería adecuada para la adopción de un método anticonceptivo, sobre todo en su caso que existen factores de riesgo.
- Información y orientación sobre los cuidados que debe tener con su hijo, sobre cuadro básico de vacunación.
- Enseñanza sobre la medición de presión arterial.
- Educación sobre medidas recomendadas, destacando aspectos nutricionales y control para futuros embarazos, siendo los siguientes puntos:
 - ▶ Nutricional:
 - Evitar alimentos.- Embutidos, salados o conservadores, así como refrescos.
 - Aporte energético.- Adicional 300 Kcal/día.
 - Proteínas.- Fundamental en el segundo de la gestación, incremento proteico a dieta basal, 60 g/día; de preferencia de origen animal (una ración más de la que normalmente consume), o asociaciones de vegetales para obtención de suma de aminoácidos; (arroz-

Frijoles), leguminosas-maíz, soya-arroz-trigo, soya-cacahuete-ajonjolí, vegetales verde obscuro-apio-brócoli, amaranto-miel, nueces-almendras, etc.)

- Cítricos.- 70 mg/día, tres piezas, repartidas una en cada comida (guayaba, naranja, kiwi, membrillo, etc.).
- Hierro.- Prescripción a partir de la 12^a semana de gestación, polimaltosado o ferroso 30 mg/día, o 150 mg de sulfato ferroso, o 90 mg fumarato ferroso, o 250 mg de gluconato ferroso (una toma al día, media hora antes de preferencia de la comida principal), o una porción de 100 g de chícharos, o 80 g de hígado, o 100 g de frutas secas, o una docena de ciruela pasa, o una pieza de zapote negro, etc., en 24 hrs.
- Caseinato de calcio.- Importante en el tercer trimestre de la gestación, 1.5 a g/día, que pueden sustituirse por 3-4 vasos de leche, o 2-3 porciones de queso fresco de 50 g c/u, o tres porciones de yoghurt, una pieza en cada comida, o una ración de pescado salmonado de 100 g, y/o 6-8 piezas de tortillas sin conservadores.

- Vitamina D.- 10Mcg/día o del aporte de la dieta diaria. (un vaso de leche, un huevo, una pieza de pescado) aunado a exposición de luz solar de 20-30 min/diarios con la mayor superficie corporal descubierta.
- Ácido Fólico.- Prescripción desde el inicio de la gestación hasta la 12^a semana; una dosis diaria; (400Mcg/día); frutas, verduras y cereales integrales.
- Vitamina A.- 10,000 UI/día, o dos raciones de jitomate, o un vaso de jugo de zanahoria; etc., dosis mayores de 25,000 UI/día podrían ser teratogénicas (RDA Recomendado Dietary Allowances National Academy of Sciences E.U.).

El aporte adecuado de los nutrientes necesarios, favorece el mantenimiento de la salud materna, un crecimiento y desarrollo fetales óptimos, con la disminución de factores de riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal.

Incremento de peso recomendado:

Primer trimestre: De 1.0 a 1.5 Kg. por cada mes.

Segundo trimestre: De 1.5 a 2.0 Kg. por cada mes.

Tercer trimestre: De 1.0 a 1.5 Kg. por cada mes.

La alimentación natural será la primera elección. No se recomienda la suplementación vitamínica de rutina y mucho menos indiscriminadamente; en aquellos casos que por su cuadro clínico así lo ameriten, ya sea por patologías previas, agregadas, cuadros clínicos de deprivación, o intolerancia a ciertos alimentos, se controlará su prescripción bajo estricta vigilancia médica.

- ▶ **Reposo.**– Vida emocional tranquila, reducción de la actividad física, espaciado durante el día de 20 a 30 minutos en decúbito lateral, alternando semifowler, (elevación de las extremidades inferiores 20 Cm., con almohadilla, en decúbito lateral) de 4–6 veces en 24 hrs.
- ▶ **Sueño.**– De preferencia de 8 a 10 horas diarias. En caso de trastornos del sueño, se valorará bajo estricto control médico el uso temporal de sedantes.
- ▶ **Hábitos intestinales.**– Evitar la constipación intestinal con ingesta de líquidos adicionales (2 a 3 litros diarios de agua en 24 hrs.), orientación sobre dieta laxante natural: higos, naranjas,

tamarindos, etc., en los casos en que persista el estreñimiento, adicionar laxantes del tipo fibra adicional, psyllium plantago, lubricantes rectales, preferentemente no utilizar purgantes salinos ni estimulantes de la musculatura lisa.

- ▶ **Tabaquismo.**– Orientar sobre el riesgo de productos de bajo peso al nacimiento, debido al aporte insuficiente de oxígeno para el producto durante el embarazo y sus probables complicaciones; además de disminución de la producción láctea durante la etapa de lactancia, de continuar con el hábito.
- ▶ **Ingestión de etanol y/o drogadicción.**– Orientar sobre los posibles riesgos de incremento de convulsiones en pacientes con predisposición a eclampsia, epilepsia, descompensaciones en diabéticas, hipertensas, etc., intoxicación al feto, adicciones intraútero, malformaciones congénitas, incrementos de aborto por traumatismos en estado de intoxicación etílica o drogadicción.
- ▶ **Automedicación.**– Posibilidades de riesgo de intoxicaciones farmacológicas por ingestas excesivas de medicamentos, fármaco resistencia por dosis inadecuadas e insuficientes,

alteraciones metabólicas y/o malformaciones congénitas en el producto, dependiendo del fármaco y de la edad gestacional.

- ▶ **Orientación.**– A la paciente y/o a la pareja con respecto al manejo de su sexualidad de acuerdo a las condiciones físicas o emocionales de la pareja. Aclarar dudas con respecto a relaciones sexuales, respecto a mitos o información inadecuada en relación con la sexualidad como factor de riesgo. Indicaciones precisas en patologías obstétricas en las que haya peligro de aborto parto prematuro u alguna otra patología específica.
- ▶ **Lactancia materna.**– Comentarios acerca de los beneficios para el binomio madre-hijo como disminución de enfermedades gastrointestinales, reforzamiento del sistema inmunológico del niño, mejor desarrollo y crecimiento del mismo, mejor relación psicológica de ambos y en la economía familiar. (Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre).
- ▶ **Planificación familiar.**– Factores de riesgo en un futuro embarazo.¹¹²

¹¹²Lineamientos Técnicos Op Cit Pags 10 – 90

VI. CONCLUSIONES

Elaborar el Proceso Atención de Enfermería en una paciente con preeclampsia severa con eminencia a eclampsia, se valora que es un problema de salud que desencadena una serie de manifestaciones sistemáticas y complicaciones del embarazo, puede dejar secuelas importantes en las funciones vitales del organismo de la madre como de su hijo.

Al realizar y poner en práctica el PAE, se requiere conocerlo y tener una base de datos que solo se obtienen con la preparación continua, además de un grado de experiencia en la profesión, ya que se necesita tiempo y dedicación, personalmente se me dificultó su elaboración; sin embargo habituarse a utilizarlo, se desarrolla habilidad para poder realizarse con menor tiempo y mayor perfección.

La aplicación del Proceso Atención Enfermería sistematiza la atención, favorece la investigación y estimula a la enfermera a escribir sus conocimientos y experiencias, de las cuales se podrá beneficiar la profesión en sí e ir contrayendo así el acervo de conocimientos de la misma,

convirtiéndose en la promotora de los beneficios que el proceso ofrece al individuo que permite identificar sus problemas de salud, con base en ésta se planean los cuidados individualizando la atención que se proporciona y a la vez se propicia la participación del paciente y su familia en la planeación de los cuidados.

Esto favorece la pronta recuperación de la salud, la rehabilitación y la integración del individuo a la comunidad.

VII. SUGERENCIAS

- Concientizar al personal del sector salud, principalmente Médicos y Enfermeras a incrementar la asistencia en actualización y capacitación continua, en el apoyo interdisciplinario y la unificación de criterios médicos en la prevención, detección y manejo de preeclampsia / eclampsia, ya que es la segunda causa de muerte materna y perinatal.

- Que el personal de enfermería tenga amplio conocimiento sobre preeclampsia / eclampsia, para así poder informar, orientar, enseñar y brindar atención a mujeres antes de la gestación, durante la gestación, el parto y puerperio.

- Que el personal de salud, oriente, informe a las adolescentes en las escuelas y a las adolescentes en general, los factores de riesgo que pueden llevar a una preeclampsia / eclampsia y las posibles complicaciones.

- Capacitar al personal de enfermería sobre PAE, siendo un método que sirve para identificar, planear y efectuar en forma sistemática los cuidados que se le deben de brindar a pacientes con preeclampsia severa.
- Que a las embarazadas se les informe lo importante de llevar el control prenatal estrictamente necesario.
- Que la Institución promueva la educación continua a su personal.
- Que haya disponibilidad por parte de la Jefe de Enfermeras y Supervisoras de la Institución, para poner en práctica el PAE de acuerdo a las catorce necesidades de Viginia Henderson.
- El personal de la Institución contribuya al cambio para mejorar la atención de calidad y calidez al paciente.

VIII. GLOSARIO

Actividades:	Son las acciones específicas que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos.
Actividades de enfermería:	Acciones realizadas por la Enfermera para prevenir la enfermedad o sus complicaciones, mantener o restablecer la salud.
Actividades independientes de enfermería:	Actividad reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión de otros profesionales.
Actividades interdependientes de Enfermería:	Actividades de enfermería que requieren la dirección de otros profesionales de la salud.
Antihipertensivo:	Cualquier agente que reduce la presión arterial alta.
Diagnóstico de enfermería:	Es la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería, durante la

cual se analizan los datos de la valoración.

Diastólica: Período de relajación del ciclo cardiaco.

Decúbito lateral izquierdo: Posición del cuerpo acostado horizontalmente de lado izquierdo.

Ejecución: Es la cuarta etapa del Proceso de Atención de Enfermería, que supone la puesta en práctica del plan de cuidados.

Electrolitos: Cuerpo disociado en anión o en catión, por ejemplo: CL, NA, MG.

Etiología: La causa de la enfermedad.

Evaluación: Quinta etapa del Proceso de Atención de Enfermería, se determina si se han alcanzado los objetivos de los cuidados de enfermería, se identifican los

factores que han contribuido al éxito o fracaso del plan y se establece si han de modificarse los cuidados o estos pueden darse por concluidos.

Hipertensión: Tensión arterial anormalmente alta. Se refiere a la tensión arterial e incluye los valores sistólicos, cambios diastólicos o ambos.

Indicadores: Son criterios establecidos que sirven de referencia para enjuiciar.

Loquios: Flujo uterino durante las primeras semanas después del parto.

Mecanismo de defensa: Mecanismo mental inconsciente que se utiliza la persona para disminuir su ansiedad, cuando percibe alguna amenaza para su integridad.

MmHg: Milímetros de mercurio.

Necesidad: Elemento imprescindible para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.

Objetivo: Meta o fin determinado. Cambio que se quiere lograr.

Objetivo de enfermería: Exposición de lo que la Enfermera planifica para ayudar al cliente a alcanzar una evolución esperada o lograr sus propios objetivos personales en cuanto a su salud.

Obstetricia: Ciencia que trata de la atención de la mujer embarazada durante la etapa prenatal de parto y del puerperio.

Organización: Es la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social para lograr su máxima eficiencia.

Planeación: La determinación del curso concreto de acción que habrá de seguirse.

Planeación: Tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en el transcurso del cual se fijan los objetivos y se elabora el plan de cuidados.

Plan de tratamiento médico: Es el plan que utiliza el médico para tratar las enfermedades.

Prevención: Es aquello en lo que, con base a condiciones futuras en que habrá de encontrarse, se determinan los principales cursos de acción.

Perfusión: Hidratación, irrigación, inyección.

Posparto: Período que sigue el parto.

Presión arterial: Es la que ejerce la sangre en las paredes de los vasos y se mide en milímetros de mercurio.

Problema: Insatisfacción de necesidades, aquel que obstaculice.

Proceso: Es el conjunto de etapas o pasos que sigue un orden lógico.

Proceso de enfermería: Método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el concepto básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Propósito: Es lo que quiere hacer.

Sistólico: Fase de contracción del ciclo cardiaco.

Tegumentos: Tejidos que recubre el cuerpo.

Validación: Es el proceso por el que se asegura que la información a los datos reunidos son verdaderos.

Valores:	Conjunto de creencias y actitudes del individuo sobre la verdad.
Valoración de enfermería:	Proceso de recopilación de información sobre un individuo, familia o comunidad con el fin de identificar diagnóstico o problemas de enfermería reales o potenciales.
Vaso espasmo:	Espasmo constrictor de las paredes de los vasos.

IX. BIBLIOGRAFÍA

ALFARO Rosalinda, *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Editorial Doyma, Barcelona, España, 1989.

ATKINSON, Lesli, Proceso Atención de Enfermería Edit. Manual Moderno. México, 1985.

BENZON Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia* 2ª Edición. México, 1992.

BRUNER Sholtis L.Y SUDDARTH Smith D. Manual de Enfermería. Traducida por Dr. Ramos Arnulfo. Edición 1ª Interamericana. 1994.

CARPENITO L.J. Planes de Cuidado y Documentación y Diagnóstico de Enfermería y Problemas Asociados, 5ª Edición, Interamericana. Mc. Graw Hill. 1995.

CARPINTO J.L. Diagnóstico de Enfermería, 5ª Edición, Editorial Mc. Graw Hill, Interamericana 1995.

CRITERIOS PEDIÁTRICOS, Instituto Nacional de Pediatría, Volumen y Número 1, 1988.

DABAUT, E. Diccionario de Medicina, Traducida por Montanier de la Poza y Montanier Toutain, México, 1987.

DUGAS Tratado de Enfermería Práctica. 5ª Edición, Editorial interamericana, El Manual Moderno. México, 1990.

DUNAGAN Claiborne, Manual de Terapéutica Médica, 7ª Edición, Editorial Salvat, Editores. 1990.

EXPEDIENTE Clínico de Escudero Roa Evelin A., de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Pachuca, Hidalgo.

FERNÁNDEZ Ferrin Carmen y Gloria NOVEL Marti, El Proceso Atención de Enfermería. Estudios de Casos. Masson-Salvat, Barcelona, 1995.

FERNÁNDEZ Ferrin, Carmen et, al, El Modelo de Henderson Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995 MANUAL DE APOYO "Seminario de Proceso de Enfermería.

GAMES Juan E. J.L. Palacios Treviño. Introducción a la Pediatría Sexta Edición, Editores Méndez. 1996.

GAUNTLETT Patricia, Myers Judith. Enfermería Médico-Quirúrgica. 2ª Edición Vol. 1, Adaptación Susana Salas y María Teresa Alzaga, Edth. Mosby Doyma. Libros Madrid, España, 1995.

GOLDSTEIN Abraham. LEWIS Aronov, Farmacología. 2ª Edición, Editorial Limusa, 1979.

HARCOURT, XXV Aniversario, Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificaciones. 1999-2000, Madrid-Barcelona-Boston.

HOLLOWAY M: Nancy, Cuidados en Enfermería Médico Quirúrgica, Planes de Cuidados en Enfermería. Edición 5ª Doyma 1990.

LINEAMIENTO TÉCNICO, Para la Prevención Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. 1999.

PHANEUF Margot, GRANDIS Louise, RIOPELL L. Cuidados de Enfermería, Editorial McGraw-Hill, Interamericana. 1998.

MARRINER, ANN, "El Proceso de Atención de Enfermería"

Un Enfoque Científico, Traducción de Segunda Edición.
Dr. Alfonso Téllez Vallejo, Editorial Manual Moderno,
México, 1990.

Mc. FARLAND Kim. Diagnósticos de Enfermería.

Interamericana, Mc.Graw Hill. 1992.

M. TERESA Luis Rodrigo. Diagnóstico Enfermero 3^a
Edición Harcourt Prace. Madrid-Barcelona, 1997.

MIJAKI GERTRUDE K. Mac FARLAND. Avbrey M. Guía
Clínica de Enfermería. Diagnósticos en Enfermería y Plan
de Cuidados. 5^a Edición. 1993.

MONDRAGÓN Castro H, Obstetricia Básica Ilustrada. 4^a
Edición, Edit. Trillas, México, 1990.

NORDMARK. Madelyn. ROHWEDER A. Bases Científicas de
la Enfermería 2 edición. México, 1993.

PERNOLL Martín L., y Benzon Ralph. Distocia en
Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobtétricos. 5^a Edición
Manual Moderno. México, D.F. 1990.

QUEENAN, John y HOBBS John. Normas para la Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Editorial El Manual Moderno, 1984.

ROSALES Barrera S. REYES Gómez E., Fundamentos de Enfermería, Editorial El Manual Moderno, 1991.

RUBY L. Wesly, RN, PhD, CRRN, "Teorías y Modelos de Enfermería Springhouse Notes" McGRAW-HILL Interamericana. 1997.

W. GRIFFITH Janet-CRISTENSON Paul J. Proceso de Enfermería Aplicación de Teoría y Práctica, Guía y Modelo. Edición 3ª Editorial Manual Moderno. 1998.

WILLSON, Robert y ELISE Carrington en Gineco-Obstetricia, Editorial Manual Moderno. México, 1991.

YERS Patricia, BERNOCCHI, Losey, Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2ª Edición, Editorial Interamericana, Mc. Graw-Hill, 1990.

X. ANEXOS

PREECLAMPSIA SEVERA

10.1 DEFINICION.

Es un síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de la gestación, parto o puerperio inmediato y mediato; caracterizado por la hipertensión arterial, proteinuria y edema.

10.2 ETIOLOGIA.

Sigue siendo desconocida. Se considera multifactorial; pudiendo ser por factores culturales, sociales, económicos, geográficos y orgánicos como: alteraciones placentarias, vasculares, metabólicas renales, hepáticas, hematológicas, inmunológicas o mixtas, manifestándose como:

- Clínicas: Proteinuria, hipertensión arterial, edema.
- Hemodinámicas: Vasoconstricción, resistencia vascular periférica.
- Hematológicas: Plaquetopenia, factores de consumo, trombosis, hemólisis.¹¹³

¹¹³ Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia / Eclampsia. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva, 1999. Pág. 4.

- **Morfológicas:** Endoteliosis glomerular, necrosis hemorrágica periportal en hígado, microhemorragias parenquimatosas múltiples.

10.3 EPIDEMIOLOGÍA.

En 1993, en el Sistema Nacional de Salud, se registraron 36373 casos de morbilidad materna, reportándose 320 defunciones por eclampsia, con una tasa de 1.12 por 10,000 NVR, y para 1996, 38892 casos y 444 defunciones, con una tasa de 1.6 por 10,000 NVR.

En 1998, 44,399 casos de preeclampsia/eclampsia, con 474 defunciones por esta causa, que comprende un poco más del 33%, siendo previsible al 35% de los casos de muerte materna. Estas estadísticas son a nivel Nacional.

A nivel Estado de Hidalgo, se registraron 10 defunciones e institucionalmente en ISSSTE, HIDALGO, 1 defunción anual aproximadamente o menos.¹¹⁴

¹¹⁴ *Ibidem* Págs 4-5

FACTORES O CARACTERÍSTICAS QUE INCREMENTAN SIGNIFICATIVAMENTE EL RIESGO DE PRESENTAR PREECLAMPSIA SON LOS SIGUIENTES:

- Desnutrición (baja ingesta de proteínas, calorías, hierro y ácido fólico).
- Madre soltera o no unida.
- Inestabilidad emocional (estrés, depresión, angustia, mal ambiente familiar).
- Edad de 35 años o más.
- Edad menor de 20 años.
- Primer embarazo.
- Cinco o más embarazos.
- Embarazo gemelar.
- Enfermedad trofoblástica.
- Polihidramnios.
- Preeclampsia-eclampsia en embarazo anterior.
- Hipertensión arterial de cualquier origen.
- Diabetes
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmunes.¹¹⁵

¹¹⁵ *ibidem* Pág 7

CLASIFICACIONES DE TIPOS DE HIPERTENSIONES EN EL EMBARAZO

- **Hipertensión inducida por embarazo.**– Hipertensión arterial después de la semana 20 del embarazo o en las primeras 24 horas post parto obstétrico, sin proteinuria.
 - a).– **Preeclampsia leve.**– Elevación sobre cifras basales en la presión sistólica mayor de 30 mmHg o diastólica mayor 15 mmHg o mayor de 140/90 menor que 160/110.
 - b).– **Preeclampsia severa.**– Hipertensión arterial de 160/110 mmhg o mayor.
 - c).– **Eclampsia.**– Crisis, convulsiones y/o coma asociada a hipertensión arterial.

- **Preeclampsia/eclampsia. Sobrecarga a la hipertensión crónica.**– Hipertensión arterial al embarazo, agregándose preeclampsia y eclampsia.
- **Hipertensión crónica.**– Hipertensión independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas. Mayor de 140/90 mmHg.

10.4 PATOGENIA.

La preeclampsia como una “enfermedad de teorías” porque se desconoce la causa. Algunas de las teorías al respecto indican:

- Un fenómeno de rechazo (Producción insuficiente de anticuerpos bloqueadores).
- Riesgo placentario alterado.
- Reactividad vascular alterada.
- Desequilibrio entre prostaciclina y tromboxano.
- Disminución de la tasa de filtración glomerular con retención sal y agua.
- Disminución del volumen intravascular.
- Aumento de la irritabilidad del sistema nervioso central.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Estiramiento del músculo uterino (Isquemia)
- Causas dietéticas.
- Factor genético.

10.5 FISIOPATOLOGÍA.

10.5.1 Sistema Nervioso Central.

Los tejidos son capaces de regular su propio flujo sanguíneo, esto es lo que se llama autorregulación.¹¹⁶

El riego cerebral se conserva por autorregulación a un grado constante de casi 55ml/min/100g bajo límites amplios de presión arterial, sin embargo, la presión arterial puede incrementar hasta cifras a las que no puede funcionar la autorregulación, cuando sucede así, se abren las uniones endoteliales apretadas y ocurre fuga, de plasma y eritrocitos hacia el espacio extravascular, esto puede dar por resultado hemorragia petequial o hemorragia intracraneal franca. Si se complicara a eclámpsia, las pacientes sufren convulsiones.

OJOS:

Pueden ocurrir tanto desprendimiento grave de la retina como ceguera cortical.

¹¹⁶ MARTÍN L. Pernoll Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos 6ª Edición m/m Manual Moderno. Pág 442.

10.5.2 Sistema Pulmonar.

Puede presentar edema pulmonar, este es cardiogénico o no cardiogénico y suele ocurrir después del parto, en algunos casos, se relaciona con la administración de líquidos en exceso, también se relaciona con disminución de la presión oncótica coloide del plasma a causa de proteinuria, empleo de cristaloides para restituir las pérdidas de sangre y disminución de la síntesis hepática de albúmina.¹¹⁷

10.5.3 Aparato Cardiovascular.

Está reducido el volumen plasmático, no sobreviene expansión fisiológica normal del mismo posiblemente a causa de vasoconstricción generalizada, fugas capilares o algún otro factor, como no se conoce la causa de la reducción del volumen; se cree que ocurre hipertensión después de la liberación de una sustancia presora desde el útero hipoperfundido. Otros investigadores han detectado IgM, IgG y complemento en los glomérulos de algunas pacientes y sugieren un mecanismo inmunológico.¹¹⁸

¹¹⁷ *Ibidem* Pág. 443

¹¹⁸ *Ibidem* Pág. 444

10.5.4 Sangre.

Las pacientes con preeclampsia tienen estudios normales de la coagulación, en algunas, se puede encontrar un espectro de anomalías que varían entre trombocitopenia aislada, anemia hemolítica, microangiopatía y coagulación intravascular diseminada, la anormalidad más común es la trombocitopenia; se encuentra una cuenta menor de 150 000/ui en 15-20% de las pacientes.

Los valores bajos de fibrinógeno en caso de preeclampsia y eclampsia suelen acompañarse de desprendimiento prematuro de la placenta o pérdida fetal.

Se observa elevación de los productos de desdoblamiento de la fibrina en 20% (por lo general en límites de 10 a 40 Mg/ml) de las pacientes se encuentran con anemia hemolítica microangiopática sin otros signos de CID y también hay pruebas de este último trastorno en 5% más, se consideraba que

la CID era la causa de preeclampsia; en la actualidad, se considera una secuela de la enfermedad.¹¹⁹

10.5.5 Sistema Endócrino.

Función que tiene el sistema de renina, angiotensina y aldosterona para regular la presión arterial en el embarazo normal y en el de pacientes hipertensas, en el primero, en efecto de los estrógenos sobre el hígado incrementa de manera notable la producción de sustrato de renina, o como consecuencia de secreción compensatoria de catecolaminas, quienes proponen esta teoría recomiendan evitar los diuréticos y aconsejan el impulso de expansores del volumen, otra teoría señala que la disminución del volumen es secundaria a vasoconstricción quienes la proponen aconsejan el empleo de vasodilatación y advierten que los expansores del volumen pueden agravar la hipertensión o producir edema pulmonar.¹²⁰

¹¹⁹ *Ibidem*. Pág. 444

¹²⁰ *Ibidem* Pág. 445

10.5.6 Hígado.

Puede desarrollar 2 tipos de lesiones:

1. Congestión pasiva crónica, semejante a la que se observa en caso de insuficiencia cardiaca derecha; y,
2. Hemorragia subcapsular, que puede volverse extensa al grado de producir rotura hepática.

10.5.7 Riñones.

La lesión caracterizada de la preeclampsia, glomeruloendotelosis, es una tumefacción del endotelio capilar glomerular que produce disminución del riego del glomerulo y de la tasa de filtración glomerular, se han encontrado productos de desdoblamiento de la fibrina en la membrana basal, y los investigadores sugieren que la coagulación intravascular puede ser secundaria o tromboplástica liberada por la placenta.¹²¹

¹²¹ Ibidem Pag 444.

10.5.8 Catecolaminas.

La concentración urinaria y sanguínea de catecolaminas es la misma en mujeres embarazadas normotensas, en las mujeres con preeclampsia, los valores de catecolaminas aumentan durante el parto, quizás debido al estrés, hay ausencia de resistencia vascular a las catecolaminas, tanto a la resistencia a otros vasopresores endógenos como la hormona antidiurética y la angiotensina 11.

10.5.9 Prostaglandinas.

Las prostaglandinas, sus metabolitos o ambos, tienen una función en la patogenia de la preeclampsia, la prostaciclina (PGI₂) es un vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria producido por el endotelio vascular. El tromboxano A₂ (TXA₂) tienen el efecto opuesto; es decir, es un vasoconstrictor y agregador plaquetario, y lo producen las plaquetas, en pacientes preeclámpicas reducen la producción de PGI₂ en los vasos sanguíneos maternos y umbilicales.¹²²

¹²² *Ibidem* Pág 445

10.5.10 Placenta.

La preeclampsia se desarrolla después de una insuficiencia parcial en el proceso de placentación, primero, no todas las arterias espirales del lecho placentario, son invadidas por trofoblastos, segundo en las arterias invadidas, se desarrolla una arterosis aguda (una lesión similar a la arterosclerosis) en los segmentos miometriales.

Hay un área de resistencia vascular en la arteria espiral debido a la incapacidad de la segunda onda de invasión trofoblástica, además la arterosis aguda compromete más la luz vascular, en consecuencia, el feto está sujeto a un flujo sanguíneo intervelloso insuficiente desde el principio del embarazo, esto puede resultar en un retraso del crecimiento intrauterino o en parto de feto muerto.

La terapéutica antihipertensiva puede ser perjudicial porque a vasodilatación periférica puede reducir aún más el flujo sanguíneo placentario ya comprometido.¹²³

¹²³ *Ibidem* Pág 446.

10.6 CUADRO CLINICO.

Signos y Síntomas.

Hipertensión arterial: Se define como una presión sanguínea sistólica de 140 mmHg. o más y una presión sanguínea diastólica de 90 mmHg. o más por lo menos en 2 registros con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro: o bien, una elevación de 30 mmHg. o más en la presión sistólica y 15 mmHg., o más en la presión diastólica, si las cifras previas en el primer trimestre del embarazo, se desconocen unas cifras absolutas de tensión arterial de 140/90 mmHg., o más después de la semana 20 de edad gestacional, hace el diagnóstico de hipertensión en el embarazo.¹²⁴

También como diagnóstico de hipertensión es una elevación de la tensión arterial media (TAM) de 20 mmHg. o más sobre las cifras previas del primer trimestre del embarazo o una cifra absoluta de tensión arterial media de 105 mmHg. o más en 2 ocasiones con un mínimo de 6 horas de diferencia entre una y otra.

¹²⁴Lineamiento Técnico. Op. Cit Pág. 16

Formulas para obtener la tensión arterial media (TAM):

TAM=TA diastólica más 1/3 de la diferencial.

Ejemplo:

T.A: 120/80

Diastólica:80

Diferencial:40

1/3 diferencial:13

Diastólica (80) más 1/3 diferencial (13)=TAM:93

o bien:

$$\text{TAM} = \frac{2 \text{ diastólicas} + 1 \text{ sistólica}}{3}$$

ejemplo:

T.A: 120/80

2 diastólicas:160 + 1 sistólica: 120=280

280 entre 3=TAM:93.¹²⁵

La tensión arterial media es útil sobre todo en los casos en que sólo hay hipertensión sistólica o bien sólo hay hipertensión diastólica.

Ejemplo de hipertensión sistólica: 160/80 (TAM=106)

Ejemplo de hipertensión diastólica: 120/100 (TAM=106)

¹²⁵ *ibidem* Págs. 16-18

EDEMA.

El edema patológico es la acumulación excesiva y generalizada de líquido en los tejidos (espacio intersticial) y debe ser investigado en las áreas pretibial, lumbosacra, abdominal y/o en la cara y en las manos.

El edema es significativo sólo si hay signos del godete, el cual se demuestra mejor aplicando presión con un dedo sobre el tercio inferior tibial por cerca de 30 segundos, puede ser demostrado también sobre la pared abdominal (marca de estetoscopio de pinard o del transductor del daptone) y en el área sacra (marca de las arrugas de la ropa o sábanas al almacenar), puede ocurrir hasta en el 40% de pacientes normotensas, pero puede ser el primer signo de preeclampsia.¹²⁶

Se le clasifica en cruces:

- + edema pretibial, maleolar o de pies.
- ++ edema de pared abdominal o región lumbosacra.
- +++ lo anterior y/o edema facial y de manos.
- ++++ anasarca (0 ascitis)

¹²⁶ *ibidem*. Pág. 18

El edema preclínico puede manifestarse como ganancia excesiva de peso (en cualquier etapa del embarazo) de más de 1kg por semana, o una ganancia total de más de 15kg en todo el embarazo una regla sencilla y práctica para vigilar la curva ponderal durante el embarazo en la siguiente: Una mujer aumenta en todo el embarazo aproximadamente el 20% de su peso ideal.

El aumento debe ser:

Primer trimestre: 1.0 a 1.5 Kg. En todo el trimestre.

Segundo trimestre: 1.0 a 1.5kg. por cada mes

Tercer trimestre: 1.5 a 2.0kg. por cada mes.

El total resulta de 8.5 a 12kg. En todo el embarazo. En este rango están la mayoría de las embarazadas.¹²⁷

PROTEINURIA:

Presenta 300 gm o más en una colección de orina de 24 horas. O bien 300 mg/L o más en tiras reactivas, estas varían con la marca comercial; así 300 mg, son ++ con bililabstix y + con rapignost-total screen.

¹²⁷ Ibidem Pág 18.

Casi todas las tiras comerciales expresan cantidad de proteínas en miligramos por decilitro (mg/dL), por lo que, sugiere multiplicar esta cifra para tener la proteinuria por litro.

Para definir proteinuria se requieren 2 determinaciones o más, al menos, con 6 horas de diferencia entre una y otra, la orina debe ser clara y obtenida a medio chorro durante la micción o a través de sonda vesical y con la paciente en reposo, hay varios factores que influyen en la proteinuria.¹²⁸

- Contaminación con bacterias o secreciones vaginales (Da resultado falso positivo) - ejercicio, (da excreciones aumentada).
- Tira. (hay proteinuria ortostática).
- Densidad de la orina (menor de 1.010 da resultados falsos negativos), mayor de 10.30 da resultado falso.
- PH urinaria 8 da resultado falso positivo y mayor es positivo.
 - ▶ Oliguria menor de 17 ml por hora de diuresis en 24 horas menor de 400 ml en 24 horas.

¹²⁸ *ibidem*. Pág. 18

- ▶ Trastornos cerebrales o vesicales (como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopía)
- ▶ Trastornos cerebrales o visuales (como alteraciones de la conciencia).
- ▶ Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen (“dolor de barra”).
- ▶ Edema pulmonar.
- ▶ Cianosis.
- ▶ Función hepática alterada.
- ▶ Trombocitopenia.
- ▶ Crecimiento uterino retardado, hiperflexia, sufrimiento fetal, hemólisis intravascular.¹²⁹

Datos de Laboratorio.

Pueden estar elevados los valores de hemoglobina y hematocrito a causa de hemoconcentración o, en los casos más graves puede haber anemia secundaria a hemólisis, se detectan productos de desdoblamiento de la fibrina y disminución de los factores de la coagulación, el ácido úrico suele estar elevado por arriba de 6 mg/dl.

¹²⁹ *Ibidem.* Pág 27

La creatinina sérica es más a menudo normal (0.6 a 0.8mg/dl); pero puede encontrarse elevada en la preeclampsia grave, aunque se producen anomalías hepáticas casi en el 10% de las pacientes.¹³⁰

La bilirrubina suele estar por debajo de 5mg/dl y aminotrasferasa aspartato (AST) por debajo de 500 ul. La fosfatasa alcalina puede incrementarse 2 a 3 veces. Puede estar muy elevada la lactato deshidrogenasa a causa de la hemólisis general de orina revela proteinuria y en ocasiones, cilindros hialinos.¹³¹

10.7. MANEJO DE PREECLAMPSIA SEVERA.

Control prenatal normal.

Reposo diurno, además del nocturno, 3 a 4 veces al día, durante 20 a 30 minutos en decúbito lateral izquierdo.

Caseinato de calcio en polvo una cucharada sopera en un vaso de leche 3 veces al día (como aporte proteico), dieta normosódica (3 a 6 gramos de sodio en 24 horas) hay

¹³⁰ MARTÍN L. Perodi Op. Cit Pág. 447

¹³¹ *ibidem*. Pág. 448.

que aclarar, que la dieta de nuestra población sea hipersódica, por lo que se recomienda disminuir la ingesta habitual de sal e incrementar el consumo de proteínas. Vida emocional tranquila.

En pacientes de preeclampsia severa en hospitalización un segundo o tercer nivel.

Continuar con las mismas medidas ya señaladas (reposo, dieta, hierro, ácido fólico, gluconato de calcio, polivitaminas caseinato de calcio)

Vigilancia materna y fetal (clínica, laboratorio y gabinete).

Vigilancia materna.

Clínica:

- Tensión arterial.
- Peso.
- Datos de síndrome vaso - espasmo.
- Edema.
- Reflejos ósteotendinosos.
- Medición de diuresis sin sonda de Foley.

De gabinete:

- Estudio de fondo de ojo (según el caso).

De laboratorio

- Biometría hemática.
- Cuenta de plaquetas.
- Tiempo de protombina (tp) y tiempo parcial de tromboplastina.
- Química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, proteínas totales y fraccionadas).
- Examen general de orina (y determinación de proteinuria con tiras reactivas cada 8 horas).
- Depuración de creatinina y proteínas en orina de 24 horas.
- Urocultivo (cuando haya indicación).
- Grupo sanguíneo, R.H y VDRL (si no lo tiene).¹³²

Vigilancia Fetal.

Clínica:

- Crecimiento uterino.
- Movimientos fetales.
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

¹³² Lineamiento Técnico Op Cit Pág 21

- En caso de amniocentesis: Características del líquido amniótico.

De gabinete:

- Cardiotocografía: Prueba sin estrés. (pss).
En casos seleccionados, pruebas de tolerancia a la oxitocina (PTO) si la hay disponible.
- Ultrasonido: Crecimiento fetal y medicaciones fetales, cantidad de líquido amniótico, inserción y grado de madurez placentaria.
- Perfil biofísico: En casos seleccionados (PPS), ultrasonido con detección de datos adicionales: Movimientos corporales fetales, movimientos respiratorios fetales. etc.¹³³

De laboratorio:

- Amniocentesis: Para pruebas de madurez pulmonar fetal (las que se encuentran disponibles por el laboratorio) cuando se requiera según el caso.

Medicamentos:

- Alfametildopa tabletas de 250 mgs, 1 o 2 tabletas, 3 veces al día (total de 750 a 1500 mg por día).¹³⁴

¹³³ Ibidem Pág. 20

¹³⁴ Ibidem Pág. 20.

- Hidralacina tabletas de 10 mgs de 2 a 5 tabletas 3 veces al día (total de 60 a 150 mgs por día).
- Fenobarbital tabletas de 10 mgs una tableta cada 12 o 24 horas dependiendo el caso (sobre todo si hay hiperreflexia).

10.8 TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA Y DE SUS COMPLICACIONES.

Lineamientos generales:

- Mantenimiento de las funciones vitales maternas.
- Prevención y control de crisis convulsivas.
- Control de la tensión arterial.
- Expansión del volumen circulatorio.
- Manejo metabólico y electrolítico.
- Prevención y/o manejo de las complicaciones.
- Interrupción del embarazo.

10.8.1 Mantenimiento de las funciones vitales maternas.

Esto aplica una serie de medidas generales:

- Mantenimiento de la permeabilidad de las vías respiratorias superiores (y la ventilación) se

- puede usar (dependiendo del caso cánula guedel) intubación o traqueostomía.
- Aspiración de secreciones de las vías respiratorias superiores.
 - Evitar la mordedura de la lengua debido al traumatismo que ocurre en una convulsión.
 - En ciertos casos puede requerir presión positiva en la ventilación (ambú simple o respirador automático).
 - Evitar traumatismos durante las crisis convulsivas, cama con barandales y almohadas.
 - Ayuno absoluto.
 - Venas permeables con venoclisis (por lo menos dos): una para mantener hidratación, aporte calórico y administración de fármacos y para instalar catéter largo para medir la presión venosa central (PVC) y tomar muestras de sangre.¹³⁵
 - Instalar sonda foley abierta a permanencia para medir la diuresis horaria y tomar muestras de orina para exámenes.
 - Vigilancia clínica: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, coloración,

¹³⁵ Ibidem Pág 21

reflejos osteotendinosos, reflejos capilares, diuresis (cantidad y características), alteraciones de la piel (petequias, equimosis) y estado de la conciencia.

- Vigilancia materna y fetal por laboratorios, gabinete, ultrasonografía y estudios muy variados dependiendo del caso y sus complicaciones.

10.8.2. Prevención y/o control de las crisis convulsivas.

Se sugieren los siguientes fármacos, dependiendo de su disponibilidad, en orden decreciente:

- Sulfato de magnesio.
- Fenobarbital
- Difenilhidantoinato de sodio.
- Diazepan.

El sulfato de magnesio: Puede ser utilizado en cualquiera de los siguientes esquemas de administración.

- Esquema intramuscular de pritchard.

Impregnación: 4 g I.V. en 3 a 5 minutos + 10g. IM.

Mantenimiento: 1 a 2 g. I.V. por hora.

- Esquema intravenoso de zuspan.
Impregnación: 4 g I.V. en 3 a 5 minutos + 10g.
IM.
Mantenimiento: 1 a 2g. I.V. por hora
- Esquema intravenoso de sibai
Impregnación: 6 g I.V. en 10 minutos.
Mantenimiento: 2 a 3g I.V. por hora.

Se sugiere emplear el siguiente esquema modificado:

- Esquema de Zuspan modificado.
Impregnación: 4 g I.V. diluido en 250 ml de solución glucosada al 5% en 20 minutos.
Mantenimiento: 1 a 2 g I.V. por hora administrados en infusión intravenosa continua.

Esto se puede lograr preparando una solución de 900 ml. de solución glucosada al 5% + 10 ampolletas de 1 gramo. (10 ml. cada una de sulfato de magnesio, que hacen un total de 10 gramos de sulfato de magnesio).¹³⁶

¹³⁶ Ibidem Pags 21 - 22.

Administrar 1 a 2 g I.V. por hora en infusión continua pasar de 100 a 200ml de solución por hora.

- Nivel normal de magnesio (MG) en plasma 1.5 a 2.5 mg/dl.
- Nivel de magnesio terapéutico recomendado: 4.8 a 8.4 mmg/dl.
- Nivel de magnesio con dosis de impregnación: de 4 g a 8 mg/dl.
- Nivel de magnesio con dosis de mantenimiento: 1 gr por hora a 3 a 4 mg/gl.

Es amplio, se tiene que vigilar el reflujo patelar, la diuresis horaria frecuencia respiratoria.

- Antidoto: Gluconato de calcio: 1 ampolleta de 2 gr I.V.
- Fenobarbital: Ampolletas de 0.330 g, 1 ampolletas I.M. o I.V. cada 8 horas de acuerdo al grado de sedación.
- Difenhidantoinato de sodio: 250 mg I.V. cada 6 horas por 4 dosis, posteriormente 125 mg I.V. cada 6 horas.
- Diazepam: 10 mg I.V. repetición de la dosis está condicionada a la evolución.

10.8.3 Control de crisis hipertensivas.

- Nifedipina: 1 cápsula sublingual de 10 mgs, si persiste la crisis hipertensiva se puede administrar nueva dosis cada 20 o 30 minutos.
- Hidralacina: Intravenosa Bolos intravenoso intermitente de 5 a 10 mgs, cada 20 minutos con vigilancia estrecha de presión arterial para lograr la dosis terapéutica óptima.
- Cloropromacina: 12.5 mg I.V. o I.M.
- Isoproxina: 250 ml de solución glucosada al 5% + 5 ampolletas de sisoproxina de 10 mgs cada una a goteo dosis-respuesta, se sugiere iniciar con 8 gotas por minuto para mantener presión arterial diastólica entre 90 y 100 mmHg.
- Todos estos vasodilatadores requieren simultáneamente expansión del volumen intravascular y vigilancia de la presión venosa central (PVC).¹³⁷

¹³⁷ *Ibidem*; Págs 22 – 24

10.8.4 Expansión del volumen intravascular.

La preeclampsia - eclampsia cursa en la mayoría de los casos con disminución del volumen intravascular (hipovolemia y hemoconcentración), por eso un punto muy importante del tratamiento es corregir este defecto, con las siguientes medidas:

- Colocar catéter largo intravenoso para medir PVC.
- Soluciones glucosada al 10% de 1000 ml, como aporte calórico (cristaloide)
- Dextrán 500 ml (coloide de alto peso molecular) para expandir el volumen intravascular de velocidad de infusión requiere medición de la PVC.
- Presión venosa central.
- Alto : más de 10 cm de H₂O.
- Normal : 8 a 10 cm de H₂O.
- Baja : Menos de 5 cm de H₂O.

Habitual en preeclampsia - eclampsia: Es PVC baja: 0 (cero) cm de H₂O.

Causa de PVC altas en preeclampsia - eclampsia.

Catéter en mala posición

Insuficiencia cardíaca.

Suministro excesivo de líquido.

Velocidad de infusión de dextrán 40 se determina en base a la PVC.

Velocidad de infusión de 500ml de dextrán 40

PVC:

0 a 5 cm de H₂O. En 2 horas.

5 a 8 cm de H₂O. En 4 horas.

Mayor de 8 cm de H₂O. No se administra dextrán.

Velocidad de infusión del dextrán se regula según los datos de hipovolemia.

Magnitud de la hipotensión los vasodilatadores.

Frecuencia cardiaca (taquicardia)

Oliguria

PVC baja.

Si después de administrar el dextrán 40 persisten los datos de hipovolemia, se pueden emplear otras soluciones coloides como:

Hemacel

Plasma

Albúmina.¹³⁸

¹³⁸ WILLSON Robert y Elise Carrington En Gineco-Obstetricia Editorial Manual Moderno México, D F 1991 Pág 123.

Algunas consideraciones sobre la cantidad de los líquidos infundidos para corregir la hipovolemia son persistentes:

- Coloides: Dextrán, hemacel, albúmina.
- Cristaloides: Solución salina, glucosada o mixta.¹³⁹

El dextrán tiene un poder oncótico 3 veces mayor al plasma, es además antiagregante plaquetario, permanece en el comportamiento intravascular por 8 a 12 horas favorece el ingreso hacia el comportamiento intravascular de volumen de líquido intersticial similar al volumen de dextrán administrado, es decir otros 500ml.

El hemacel tiene un poder oncótico similar al plasma, por lo tanto, no favorece el ingreso de líquido del comportamiento intersticial hacia el intravascular, permanece en el compartimiento intravascular un tiempo similar al del dextrán.

¹³⁹ *Ibidem.* Págs 123 - 124.

Solución cristalóide en el 50% de la cantidad administrada, el resto pasa al compartimiento intersticial.¹⁴⁰

Paquete globular: (corrección del estado anémico; albumina humana 1 frasco de 12.5 grs. en 50 ml equivalente a la presión oncótica de 250 mgs de plasma, 1 gramo de albúmina ejerce una presión oncótica de 5.54 mmHg). (control de la presión arterial).

CONTROL METABÓLICO Y ELECTROLÍTICO.

(40-60%); bicarbonato de sodio, en solución al 7.5%, casos con niveles plasmáticos menores de 15 mEq, con PH igual o menor a 7.24; solución salina, en hiponatremia igual o menor a 130 mEq/L.; aporte calórico y electroíltico con soluciones cristalóides individualizados (soluciones glucosada al 10% 1000 cc cada 12 horas), glucocorticoides (dexametazona 8 mg cada 6 horas I.V., insulina rápida en hiperglicemia persistente.¹⁴¹

¹⁴⁰ MARTÍN L. Pernoll Op. Cit Pág. 445.

¹⁴¹ *ibidem.* Págs 450 - 452

10.9 COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA.

- Síndrome DE HELLP
- Coagulación intravascular diseminada.
- Insuficiencia renal aguda.
- Hemorragia hepática (hematoma subcapsular o ruptura del hígado).
- Accidente vascular cerebral (hemorragia, trombosis, isquemia, infarto).
- Edema cerebral (o hipertensión intracraneana).
- Edema agudo pulmonar cardiogénico y no cardiogenico.
- Insuficiencia cardiaca.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normoiserta.¹⁴²

10.10 PRONOSTICO.

El pronóstico de estas pacientes ha mejorado considerablemente desde que se ha difundido cada vez más la vigilancia prenatal; si todas las embarazadas

¹⁴² Lineamiento Técnico. Op Cit Pág 25

fueran vigiladas y tratadas correctamente, la preeclampsia sería una observación rara en obstetricia.

No podemos evitar que una preeclampsia progrese a una eclampsia, si no nos damos cuenta mediante la vigilancia del embarazo de que esta mujer embarazada presenta hipertensión arterial, proteinuria y edema.

El pronóstico materno de la preeclampsia es benigno, se les mejora correctamente; habitualmente el tratamiento hace ceder los síntomas, el pronóstico para el feto es menos bueno que para la madre en vista de que con cierta frecuencia se obtiene producto prematuro y en otras ocasiones óbito.¹⁴³

¹⁴³ MONDRAGÓN Castro H Op Cit. Pag 157