



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA MADRE GESTANTE CON PREECLAMPSIA.

ELABORO:

PLE. MARIA BEATRIZ PEÑA RESENDIZ

No. DE CUENTA: 098611559



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Coordinación de Servicio Social

DIRECTORA DEL TRABAJO DE RECEPCION LIC. MA. TERESA AYALA QUINTERO

[Firma manuscrita]



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OCTUBRE DE 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María Beatriz Peña

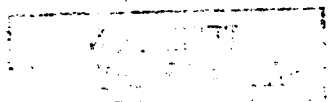
Rosendiz

FECHA: 30 - OCT - 2002

FIRMA: _____

B. Peña R.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA MADRE GESTANTE CON
PREECLAMPSIA**

ELABORÓ:

PLE. MARÍA BEATRIZ PEÑA RESENDIZ

No. de Cuenta: 098611559

DIRECTORA DEL TRABAJO DE RECEPCIÓN

LIC. MA. TERESA AYALA QUINTERO

OCTUBRE 2002.

INDICE

| | PÁG. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| JUSTIFICACIÓN | 8 |
| OBJETIVOS | 9 |
| I. MARCO TEÓRICO | 10 |
| 1.1 Concepto de Enfermería | 10 |
| 1.2 Proceso de Atención Enfermería | 11 |
| 1.2.1 Objetivos de Proceso Atención Enfermería | 12 |
| 1.2.2 Características del Proceso Atención Enfermería | 13 |
| 1.3 Etapas del Proceso Atención Enfermería | 14 |
| 1.3.1 Valoración | 14 |
| 1.3.2 Diagnóstico | 20 |
| 1.3.3 Planeación | 23 |
| 1.3.4 Ejecución | 27 |
| 1.3.5 Evaluación | 30 |
| 1.4 Descripción del modelo de Virginia Henderson | 33 |
| 1.4.1 Conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson | 33 |
| 1.4.2 La persona y las 14 Necesidades Básicas | 34 |
| 1.4.3 Descripción de las 14 Necesidades Básicas | 35 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 1.4.4 | Aplicación del Modelo de Virginia Henderson | 41 |
| 1.5 | Descripción Teórica de la Preeclampsia | 43 |
| 1.5.1 | Introducción | 43 |
| 1.5.2 | Definiciones | 44 |
| 1.5.3 | Clasificación de la Preeclampsia | 46 |
| 1.5.4 | Epidemiología | 51 |
| 1.5.5 | Fisiopatología | 52 |
| 1.5.6 | Manejo y Tratamiento | 57 |
| 1.5.7 | Embarazo | 63 |
| 1.5.8 | Trabajo de Parto | 66 |
| 1.5.9 | Manejo Terapéutico durante el Puerperio Fisiológico y Lactancia Materna | 70 |
| 1.6 | Importancia de los exámenes de laboratorio | 81 |
| II. | METODOLOGÍA | 88 |
| 2. | APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA | 88 |
| 2.1 | Presentación del caso clínico | 91 |
| 2.2 | Valoración | 91 |
| 2.3 | Diagnósticos de Enfermería | 98 |
| 2.4 | Planeación | 101 |
| 2.4.1 | Plan de Cuidados | 102 |

| | |
|-------------------|-----|
| 2.5Ejecución | 113 |
| 2.6Evaluación | 113 |
| 2.7Plan de Alta | 114 |
| III. CONCLUSIONES | 117 |
| IV. SUGERENCIAS | 120 |
| V. ANEXOS | 121 |
| VI. GLOSARIO | 125 |
| VII. BIBLIOGRAFÍA | 127 |

INTRODUCCIÓN

El Sector Salud en estos últimos años, ha promovido la salud reproductiva con una visión holística en lo que se refiere a lo conceptual, estructural y operativo de los servicios de salud entrelazándose así en acciones que incorporan a la comunidad, creando y promoviendo una conciencia en el autocuidado.

La transformación demográfica, económica y social del país ha propiciado una demanda creciente en los servicios de salud pública, adquiriendo el personal de salud un mayor compromiso en brindar atención en menor tiempo, con mayor calidad y eficiencia, permitiendo la obtención de una familia saludable y sin riesgos. Fomentando así entre el personal la actualización y capacitación continua, la investigación, el apoyo interdisciplinario y la unificación de criterios médicos en el manejo y tratamiento.

El presente trabajo trata de la aplicación del método de trabajo enfermero-paciente aplicado a una usuaria que cursa con preeclampsia del Hospital Obstétrico Pachuca.

Esta usuaria cursa con embarazo de término presentando datos claros de preeclampsia orientados a determinar que es un embarazo complicado.

En el primer capítulo se presenta la revisión del Proceso Atención Enfermería, contemplando las 14 necesidades determinadas por Virginia Henderson.

Tomando en cuenta que dentro de la rama de la medicina ocupa un lugar importante de morbi - mortalidad materna la preeclampsia, en sus diferentes modalidades y manifestaciones clínicas, considerando que es un

problema de salud pública dentro de los países desarrollados y en países en vías de desarrollo por su elevada morbilidad y mortalidad materno - fetal, resulta importante conocer las variaciones e implicaciones que presenta esta patología.

Se trata de una enfermedad que se presenta única y exclusivamente en el humano con etiología desconocido considerándose como enfermedad de las teorías.

La preeclampsia es una forma reversible de hipertensión que complica del 6 al 8% de los embarazos después de las 20 semanas de gestación, la mayoría de ellas primigestas, embarazos múltiples, hipertensión arterial previa al embarazo, daño renal crónico, padecimientos autoinmunes como Lupus Eritematoso Sistémico y metabólicos como Diabetes Mellitus.

Numerosas teorías han sido propuestas en los últimos 50 años para explicar la etiología y evolución de la preeclampsia. A pesar de la amplia diversidad de opiniones y de las frecuentes controversias acerca de esta enfermedad, se ha aceptado que la vía final común del proceso fisiopatológico es la disfunción o daño endotelial vascular. Entre los diferentes investigadores parece que consensan en relación a que el proceso fisiopatológico central se caracteriza por vasoespasmo, hipertensión y diferentes grados de alteración en la perfusión de los órganos vitales, particularmente la unidad feto - placenta.

El Hospital Obstétrico Pachuca, atiende a población abierta, dando atención específica a la mujer en proceso de gestación de bajo riesgo, considerando que toda mujer que curse con embarazos de alto riesgo, será canalizada a otra institución. Pero actualmente el Hospital Obstétrico Pachuca resuelve problemas claros de preeclampsia, detectando complicaciones y dando atención inmediata específica a estas usuarias.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, las instituciones de salud y las instituciones de educación, han planteado un sinnúmero de estrategias para mejorar la calidad de atención al usuario, basadas en fortalecer las áreas más importantes, implementando programas prioritarios enfocados a la prevención de enfermedades que pongan en peligro la vida del binomio madre e hijo, esto ha generado un proceso de formación de profesionales para la atención específica de la mujer gestante con preeclampsia.

Sin embargo, estos programas no han logrado consolidar establecer criterios que concienticen a la población en edad reproductiva de los riesgos e implicaciones que conlleva el no llevar un control prenatal, observando que la enfermera juega un papel importante en la prevención de esta patología y una vez presentada en la atención específica de enfermería.

Tomando en cuenta los fenómenos antes planteados, se propone el siguiente proceso atención enfermería de preeclampsia basado en el plan de cuidados con estrategias obtenidas del modelo de Virginia Henderson que permitan satisfacer las necesidades y/o problemas detectados en la usuaria con preeclampsia inducida por el embarazo con el fin de elevar la calidad de atención de enfermería y así con ello disminuir los índices de morbi - mortalidad materno fetal.

En este estudio se pretende ampliar y profundizar las intervenciones de enfermería desde un marco de referencia propio de la disciplina para poder ser aplicado en el Hospital Obstétrico Pachuca, dada su prevalencia observada de esta patología en esta Institución. El sustento metodológico es el Proceso Atención Enfermería retomando el modelo conceptual de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

En este hospital, tenemos en un 55% de las usuarias que asisten a recibir atención, se observa una gran prevalencia de esta patología, siguiendo todo un método específico de atención con el único objetivo de evitar complicaciones que pongan en peligro la vida materno - fetal.

Según los datos estadísticos reportados en el Programa Nacional de Salud Reproductiva 2001-2006, en el que se reporta el 4.7 de muertes maternas por cada 10,000 nacimientos, de los cuales el 33% son ocasionados por preeclampsia - eclampsia.

Considerando los datos anteriores, toma mayor importancia la intervención de Enfermería en el ámbito educativo y preventivo, para disminuir la incidencia de mortalidad materno - fetal relacionadas a este problema.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería basado en las necesidades que plantea el modelo de Virginia Henderson aplicado a la mujer gestante con preeclampsia implementando acciones que logren disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materno fetal, generando estrategias con el fin de prevenir complicaciones que pongan en peligro la vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los diagnósticos de enfermería en los casos de preeclampsia a partir de la valoración de enfermería según Virginia Henderson.
- Definir las intervenciones de enfermería acordes a cada diagnóstico y necesidad básica en la usuaria
- Establecer un protocolo de intervenciones para casos similares, atendiendo a la metodología del proceso de enfermería
- Difundir en el personal de enfermería el conocimiento de esta patología, así como la implementación de guías de valoración y la aplicación de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

¿Qué es Enfermería?

La enfermería ha sido descrita de diferentes formas por un sin número de líderes de opinión y teóricos de la especialidad. En 1980 la American Nurses Association (A.N.A.), desarrolló una definición vigente que describe los alcances de la práctica de esta actividad.

"La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales de salud".

La enfermería es una profesión dinámica y se fundamenta en los cuidados.

En la actualidad está ampliamente aceptado que la disciplina conocida como enfermería es el resultado de la evolución dentro de la sociedad, de una actividad innata y esencial en el ser humano: la actividad de cuidar.

Esta actividad es una respuesta intuitiva a la aspiración de mantenerse sano, de funcionar de manera óptima y de conseguir bienestar, seguridad y atención en cualquier estado de salud.¹

¹ Ellen Murray, Mary, Ph. D. RN, Leslie D. At Kinson, R.N.H.S.N. "Proceso de Atención de Enfermería". 5ª. Edición Ed. Interamericana. Pág. 1

Cuidar puede ser una actividad sencilla, hecha por cualquiera, pero cuando por la disminución o incapacidad del individuo o por la complejidad de las acciones que implica la actividad de cuidar se precisa la intervención de un experto, a esta intervención se le llama enfermería, es decir, la enfermería es la profesionalización de la actividad de cuidar, de la misma forma que la medicina es la profesionalización de la actividad de curar.

La enfermería se ocupa esencialmente en ayudar a los individuos y a grupos a acrecentar al máximo su funcionamiento en estados de salud diversos. La enfermería se desarrolla a través de cuatro campos de atención:

1. Asistencia
2. Enseñanza
3. Administración e
4. Investigación

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientado al logro de objetivos²

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y previsión de cuidados de enfermería, basándose en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficacia y el grado de

² ALFARO - Le Fevre Rosalinda "Aplicación del Proceso Atención Enfermería" Guía práctica. Edit. Mosby. Barcelona, España. 1992. Pág. 3

satisfacción y progreso del paciente, asimismo, se basa en principios y reglas que han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente.

¿Por qué es importante el proceso de enfermería?

Las enfermeras como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor, y continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. El proceso de enfermería constituye un instrumento en el que la enfermera evalúe continuamente el cuidado que presta y lo mejore.

El proceso enfermería consta de 5 pasos: valoración diagnóstico, planificación, implementación o ejecución y evaluación. Estos pasos están relacionados entre sí, son cíclicos y están contruidos unos sobre otros.

La exactitud de cada paso es crucial para asegurar que el cliente reciba el máximo beneficio de los cuidados de enfermería.

1.2.1 OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Su objetivo es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes

satisfacción y progreso del paciente, asimismo, se basa en principios y reglas que han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente.

¿Por qué es importante el proceso de enfermería?

Las enfermeras como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor, y continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. El proceso de enfermería constituye un instrumento en el que la enfermera evalúe continuamente el cuidado que presta y lo mejore.

El proceso enfermería consta de 5 pasos: valoración diagnóstico, planificación, implementación o ejecución y evaluación. Estos pasos están relacionados entre sí, son cíclicos y están contruidos unos sobre otros.

La exactitud de cada paso es crucial para asegurar que el cliente reciba el máximo beneficio de los cuidados de enfermería.

1.2.1 OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Su objetivo es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes

que satisfagan las necesidades identificadas para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades.³

1.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

- 1) El Sistema es abierto, flexible y dinámico
- 2) Individualiza las necesidades particulares de cada cliente
- 3) Está planificado
- 4) Se dirige a objetivos concretos
- 5) Es flexible para satisfacer las necesidades exclusivas del cliente, familia y su entorno
- 6) Permite a la enfermera y al cliente ser creativos en el diseño de métodos para resolver los problemas de salud.
- 7) Es interpersonal. Exige que la enfermera se comunique en forma directa y coherente con los usuarios para satisfacer sus necesidades.
- 8) Es cíclico como todas las etapas interrelacionadas, no hay un principio ni un fin absoluto.
- 9) Hace hincapié en la retroalimentación, que conduce la confirmación del problema o a la revisión del plan de cuidados.

³ Kozier, G. Erb, K. Blais, 3. R. Johnson 3. S. Temple. "Técnicas en enfermería Clínica". 4ª. Edición. Vol. I. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. Pág. 18

10) Puede aplicarse de forma "universal", el proceso de enfermería se emplea como marco para los cuidados de enfermería en todo tipo de contexto de atención sanitaria, con usuarios de todas las edades.⁴

1.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso atención enfermería está dividido en 5 etapas, las cuales se describen a continuación:

- Valoración
- Planeación
- Evaluación
- Diagnóstico
- Ejecución

1.3.1 VALORACIÓN

La valoración es el primer paso de proceso de cuidados y de mayor importancia en la recolección de datos y que consiste en reunir toda la información disponible que permitan formarse una idea del estado de salud del usuario, identificándose los problemas y sus capacidades.

Las decisiones e intervenciones de la enfermera, se basan en la información reunida en esta fase, y se considera muy importante porque se realizan actividades específicas que contribuyen a ser una pensadora crítica y al encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar las decisiones sobre el plan de cuidados.⁵

⁴ Op. Cit. Kozier. Pág. 18

⁵ Ibidem. Alfaro. Pág. 36

Mediante la observación, entrevista y exploración física conforman los elementos más importantes para hacer una buena valoración.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos empieza cuando alguien entra con el sistema de cuidados de la salud y continua durante el tiempo en que necesita esos cuidados.

La información recopilada proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establece un plan inicial de cuidados.

La información recopilada en las visitas posteriores no solo aportará datos sobre la situación de salud, sino también sobre cómo responde el usuario al plan de cuidados, para esto implica la utilización de muchos recursos diferentes, no obstante se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de los registros médicos y de enfermería, la familia y otros⁶ profesionales que hayan trabajado y la bibliografía relevante para elaborar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería, para conocer los problemas que aquejan al paciente.

Desde la utilización de este instrumento, la recolección de datos se convierte en un "proceso continuo" de recopilación de información.

⁶ Op. Cit. Alfaro. Pág. 37

En efecto, durante el desempeño de su trabajo, la enfermera siempre debe de observar, cuestionar, consultar y recopilar datos propios de cada uno de los usuarios.

El profesional de enfermería, posee tres medios principales para la recopilación de información: fuentes secundarias de información y las fuentes primarias, como la observación, la entrevista y la exploración física.⁷

LA OBSERVACIÓN

La observación es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere práctica. Las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo, esta habilidad de realizar una constante observación es esencial para la valoración, a medida que la enfermera adquiere habilidad en proporcionar cuidados físicos, para recolectar por observación.⁸

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.⁹

⁷ Op. Cit. Alfaro. Pág. 37

⁸ Ibidem. Ellen. Murria. Pág. 28

⁹ Ibidem. Ellen. Murray. Pág. 28

ENTREVISTA

Es una comunicación planificada a una conversación con cierta finalidad. Algunos de sus posibles objetivos son: recoger datos, dar información, identificar problemas, evaluar, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia.

La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

La entrevista puede aplicarse en la mayor parte de las fases del proceso de enfermería.

Un tipo de entrevista es la historia de salud de la enfermera, que es la herramienta básica de la recolección de datos durante la fase de valoración del proceso de enfermería.

Existen dos planteamientos de la entrevista dirigible y no dirigible.¹⁰

TIPOS DE ENTREVISTA

- 1) *Entrevista directa:* Es aquella que está bien estructurada y se obtiene información específica de fuente primaria porque es aplicada directamente a la persona.

¹⁰ <http://www.terraes/personal/duenas/pae/htm>.

2) *Entrevista indirecta*: Es aquella en la cual se obtiene información de fuente secundaria como la familia y el expediente¹¹.

TIPOS DE PREGUNTAS

1) *Preguntas cerradas*: Son aquellas que sólo tienen como respuesta un sí o un no.

2) *Preguntas abiertas*: Son aquellas en el que el individuo puede expresarse sobre lo que están preguntando.¹²

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Examen físico: El examen incluye aspectos físicos, biológicos y sociales. La enfermera lo lleva a cabo para recoger datos sobre el estado de salud del cliente.

Debe ser sistemático: Un enfoque habitual es el examen cefalocoidal. El objetivo es identificar las capacidades individuales tanto físicas como psicológicas.¹³

¹¹ Ibidem. Kozier. Pág. 199

¹² Ibidem. Kozier. Pág. 21

¹³ Phaneuf, Margot "Cuidados de enfermería. El proceso atención enfermería", T.R. Carlos Ms. López González y Julia López Ruiz, Ed. Mc Graw Hill. - Interamericana, Madrid, 1993. Pág. 59

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA

Los métodos que a continuación se enumeran para la exploración física son instrumentos importantes en la valoración.

Inspección: Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, valorando dureza, tamaño, textura, inflamación y movilidad de un órgano.

Palpación: Es el proceso de examinar al cuerpo utilizando el sentido del tacto, detectando presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.

Percusión: consiste en golpear suavemente con la mano o instrumento cualquier segmento del cuerpo. Esta técnica permite producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano.

Auscultación: Se efectúa por medio del oído, nos permite valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos.¹⁴

¹⁴ Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva. "Fundamentos de Enfermería"

1.3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales potenciales.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de lo que es responsable la enfermera.¹⁵

Los tipos de diagnóstico aprobados de acuerdo a la taxonomía de la NANDA son:

- a) Reales
- b) De alto riesgo
- c) Posibles
- d) Bienestar o de síndrome

COMPONENTES DE LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS:

TÍTULO (ETIQUETA) Y DEFINICIÓN:

Descripción concisa del problema

¹⁵ Carpenito Linda. "Manual de Diagnóstico d Enfermería". 5ª. Edición. Ed. Interamericana, Madrid, España. 1997.

CARACTERÍSTICAS DEFINITIVAS:

Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se asocian con el diagnóstico (los diagnósticos de alto riesgo no tienen características definitivas, puesto que los signos y síntomas aún no son evidentes)

FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO:

Factores que pueden causar o contribuir al problema.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- **Diagnósticos de Enfermería Real:**
(Presente o actual) enunciado formado por 3 partes mediante el formato PRS (NANDA).

Diagnóstico de Enfermería = P + R + S

P = Problema

R = Factores Relacionados

S = Signos y Síntomas

Mediante ésta fórmula la enfermera selecciona primero el diagnóstico de enfermería aprobados por la NANDA y utiliza la palabra relacionada para unir el problema con los factores relacionados y lo relaciona con la causa etiológica.

La NANDA (1998) sugiere signos y síntomas asociados a diagnósticos d enfermería específicos bajo los encabezados de características definitorias.¹⁶

- **Diagnóstico de Enfermería de Alto Riesgo:**

Puede suceder, no presenta signos y síntomas y este enunciado cuenta solo de dos partes:

Formato:

| | | | | |
|--|---|----------|---|-----------------------|
| Diagnóstico de Enfermería de Alto Riesgo | = | Problema | + | Factores de Riesgo |
|--|---|----------|---|-----------------------|

Se utiliza el término "relacionado con" para unir el problema potencial con los factores de riesgo presentes, utilizando las abreviaturas de ARD (Alto Riesgo De)

La enfermera enumera los factores de riesgo que se han identificado con base a la valoración y los cuales indican que el problema tiene grandes probabilidades de presentarse.

- **Diagnóstico de Enfermería Posible:**

(Puede estar presente) (Sólo lleva etiqueta y etiología)

La enfermera puede escribir un diagnóstico de enfermería como un enunciado incompleto de un problema. El objetivo de este diagnóstico es asegurar la colecta continua de datos, en esta fase no se identifica otros signos y síntomas o factores de riesgo.

¹⁶ Kozier, Erb. "Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica". Tomo I, 4ª. Edición. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. 1995 España.

- **Diagnóstico de Enfermería de Bienestar:**

Este comienza con "potencial de favorecer seguido por el mayor número de bienestar de la persona o grupos de personas."¹⁷

1.3.3. PLANEACIÓN (Planificación)

La planificación es un proceso deliberado, sistemático y esencial para proporcionar un cuidado de enfermería de calidad.

Es un proceso en el que se realiza la toma de decisiones y la resolución del problema.¹⁸

Durante esta etapa, se desarrolla y se anota un plan de cuidados individualizado, dirigido al logro de objetivos, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problema+s y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento.

LA PLANIFICACIÓN IMPLICA:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de objetivos del cliente y los criterios de resultados
- Determinación de las intervenciones de enfermería
- Documentación del plan de cuidados.

¹⁷ Alfaro Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería". Guía Práctica. 3ª. Ed. Doyma. Barcelona, España, 1996. p.p. 301, pág. 85, 86

¹⁸ Ibidem. Kozier. Pág. 32

EL PLAN DE CUIDADOS TIENE LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS:

- 1) Facilitar la comunicación entre los distintos medios.
- 2) Dirigir los cuidados y la anotación de los mismos.
- 3) Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación e investigación.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES:

Es la primera etapa en la que se establece un orden preferencial para las estrategias de enfermería.

¿Qué problemas necesitan atención inmediata?

¿Qué problemas tienen soluciones sencillas?

¿Qué problemas deben derribarse?

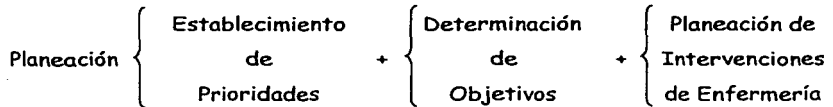
¿Qué problemas deben anotarse?

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería.

El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquía de necesidades básicas de Maslow (1968) quien postuló que todos los seres humanos tenemos necesidades básicas.

- Necesidades fisiológicas
- Necesidad de protección / seguridad

- Amor y pertinencia
- Autoestima
- Autorrealización¹⁷



ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

El segundo paso en la fase de planeación del proceso de enfermería es establecer objetivos para cada uno de los problemas y del cliente, identificados en el diagnóstico de enfermería.

Un objetivo del cliente es un resultado a un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la salud¹⁸

El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería guía el tipo de declaración de objetivos: los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

¹⁷ Ibidem Alfaro. Pág. 129

¹⁸ Ibidem. Kozier. Pág. 34-35

OBJETIVOS DEL CLIENTE

Es el resultado deseado de la atención de enfermería en el que la enfermera espera lograr con el cliente y que está encaminado a prevenir, aminorar el problema identificado en el diagnóstico de enfermería.¹⁹

Los objetivos pueden ser a corto plazo o a largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente, la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo.

Los objetivos a corto plazo (OCP), son los que se pueden conseguir en forma rápida, con frecuencia en menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo son aquellos que van a lograrse a un plazo de tiempo más largo con frecuencia semanas o meses.

DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Tercera etapa en la fase de planeación en la que se debe priorizar que problemas serán los que se incluyen en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben conservarse con el cliente de tal forma, que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario, nos facilitará aún más la relación terapéutica.²⁰

¹⁹ Ibidem. Kozier. Pág. 34-35

²⁰ Ibidem. Kozier. Pág. 41

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS

La cuarta etapa y final de la fase de planificación, es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith Kenney y Christensen (1996), es un instrumento para documentar y comunicar la situación del cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.²¹

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar cuidados de calidad mediante:

- Los cuidados individualizados

- La continuidad de los cuidados

- La comunicación

- La evaluación

1.3.4 EJECUCIÓN

También denominada actuación y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una

²¹[http:// www.terra.es/personal/duenas/pae.ntr](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.ntr) Pág. 22-28 Internet.

forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

La fase de ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y las necesidades asistenciales del individuo.

Durante toda la fase de la ejecución se debe de continuar colectando información, ya que a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos también cambiará por lo que se hace necesario revisar y actualizar el plan de cuidados.²²

Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo dependiente, independiente y de colaboración.

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

Son aquellas que se realizan bajo una orden o supervisión del médico o jefe inmediato superior y que la enfermera no tiene ingerencia en ella (Ejem. Ejecutar ordenes inmediatas)

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

Son las que realiza la enfermera como resultado de su conocimiento y su capacidad para decidir su actuación.

²² Ibidem. Kozier. ERB. Pág. 252

ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN

Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud como resultado de una decisión conjunta de equipo.²³

Para la ejecución del plan de cuidados, la enfermera debe reunir tres tipos de capacidades que son: *cognoscitiva, interpersonal, técnica o manual.*

CAPACIDAD COGNOSCITIVA

Se refiere a la capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y la creatividad.

CAPACIDAD INTERPERSONAL

Son todas las actividades que realiza una persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

CAPACIDAD TÉCNICA O MANUAL

Son las que se realizan con las manos, como son la aplicación de técnicas y los procedimientos o bien la utilización del equipo que se encuentra a su disposición.

²³ Ibidem. Kozier, ERB. Pág. 252

Es de esencial importancia el conocimiento de los principios científicos en los que se basa un procedimiento para que se puedan adaptar sin riesgo a cada individuo.

Para que la enfermera pueda aplicar el plan de cuidados de enfermería al individuo, generalmente realiza las siguientes actividades: cuidar, comunicar, ayudar, asesorar, actuar como el abogado de la persona y agente de cambio, conducir y controlar.

La fase de ejecución del proceso de enfermería, finaliza con el registro de las actividades de enfermería y la respuesta del paciente. Esta información deberá ser precisa, concisa y objetiva.²⁴

1.3.5 EVALUACIÓN

Es juzgar o valorar, consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones a las que se llegan determinan si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse y esta constituye un proceso *continuo y terminal*.

CONTINUO: Porque se realiza durante la ejecución o implementación del plan de cuidados. Aquí la enfermera puede cambiar algunas actividades para ayudar al individuo para lograr sus objetivos.

TERMINAL: Porque una vez aplicado el plan de cuidados la enfermera evalúa si se cubrieron o no los objetivos²⁵.

²⁴ Ibidem. Kozier. EBR. Pág. 258

El proceso de evaluación tiene seis etapas que son:

- 1) Identificar los criterios de resultado (estándares de medida) que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.

Estos criterios tienen dos propósitos: orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos. Si estos son contrarios, están bien definidos y si son precisos y mensurables, orientan el siguiente proceso.

- 2) Obtención de datos: los datos se recogen de manera que se puedan sacar conclusiones sobre el logro de los objetivos, por lo que los datos deben tener relación con los criterios de resultado.

Estos datos pueden ser objetivos o subjetivos, siendo los datos objetivos los más útiles en la evaluación por ser medibles.

El registro de datos debe ser exacto y conciso.

- 3) Cuantificación del logro de los objetivos: consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos, dando tres probables resultados:
 - a) Se ha logrado el objetivo, es decir, la respuesta del individuo es la esperada.
 - b) El objetivo se ha alcanzado parcialmente, es decir, solamente se han alcanzado objetivos a corto plazo pero no lo establecido a largo plazo.
 - c) Si no se ha cubierto el objetivo.

²⁹ Ibidem. Kozier. EBR. Pág. 258

- 4) **Relación de las actividades de enfermería con los resultados del individuo.**
Jamás se debe suponer que la acción de enfermería es el único factor causal por lo que se ha logrado o no el total de objetivos.

Por lo tanto, la enfermera deberá revisar todos los aspectos del plan de cuidados y del proceso de enfermería independientemente de los objetivos que se hayan alcanzado, así como evaluar y reestructurar las estrategias.

- 5) **Modificación del plan:** cuando se determina la necesidad de cambiar o modificar el plan de cuidados, la enfermera debe seguir los siguientes pasos:
- a) **Modificar los datos de la columna de valoración para diferenciar los nuevos hallazgos, anotando fecha y alguna señal que indique que son nuevos.**
 - b) **Revisar los diagnósticos, anotando igualmente fecha de los nuevos.**
 - c) **Revisar prioridades del individuo, los objetivos o criterios de resultado para correlacionarse con los nuevos diagnósticos.**
 - d) **Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos, estas estrategias pueden incrementar o disminuir las necesidades de cuidado del individuo. Cambian de esquemas y nuevas disposiciones en las actividades de enfermería que permita agrupar actividades similares.**
- 6) **Modificar los criterios de resultado, ajustándolos a cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben indicar el nivel de bienestar deseado por el individuo. Invalidar los diagnósticos de enfermería incorrectos²⁶**

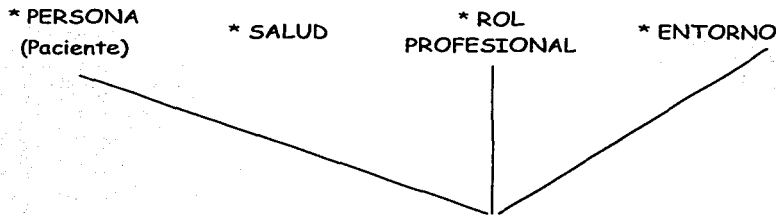
²⁶Ibidem. EBR. 256

1.4 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

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

1.4.1 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE HENDERSON



- Henderson individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente, familia y comunidad.
- Capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Se trata de la calidad de la salud de la propia vida, ese margen de vigor mental / físico lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital.

- La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), la cual realizaría sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.
- Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.²⁷

1.4.2 LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS:

Cada persona se configura como un ser único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que satisfacer para mantener su integridad, promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección de la piel

²⁷ MARRINER. Toney "Teorías y modelos de enfermería". Ed. Mosby-Doyma. 4a. Edición. Pág. 102

9. Necesidad de evitar los peligros
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar y practicar actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje

1.4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS²⁸

1. Respirar con normalidad.

Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos.

2. Comer y Beber adecuadamente.

Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.

3. Eliminar los desechos del Organismo.

Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La

²⁸ [http:// personal .redes -b- es/a -Sangres c. / modelos.ht ml](http://personal.redes-b-es/a-Sangres.c./modelos.ht ml)

necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.

4. Movimiento y Mantenimiento de una postura Adecuada.

Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

5. Descansar y Dormir.

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

6. Seleccionar vestimenta adecuada.

La necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales del decoro y de los gustos personales.

7. Mantener la Temperatura Corporal

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8. Mantener la Higiene Corporal.

Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

9. Evitar los Peligros del Entorno.

La necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas o externas con el fin de mantener su integridad física o mental.

10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, medios u opiniones.

Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

11. Ejercer culto a Dios, acorde con la Religión.

Necesidades de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que se dispone para asumir roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13. Participar en todas las formas de recreación y ocio

Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversión.

14. Estudiar, descubrir ó satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de salud.

Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre si mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.

La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona a menudo debe de recibir bien a menudo información.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona es única, tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerlas de diferente manera, con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las diferencias personales en la satisfacción de las necesidades básicas bien determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona. Así como la estrecha interrelación, existente entre las diferentes necesidades.

LA SALUD

Independencia, dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde su filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales, que buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud, cuando eso no es posible, aparece una dependencia que se debe a tres causas y se identifican como:

- a) Falta de fuerza
- b) Falta de conocimiento
- c) Falta de voluntad

INDEPENDENCIA

Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades, también son específicos y únicos para cada individuo.

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales espirituales.

DEPENDENCIA

Se considera desde una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades.

Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia.

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

- 1) *Falta de fuerza:* Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
- 2) *Falta de conocimiento:* En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad.
- 3) *Falta de voluntad:* Entendida como incapacidades 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.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia total, parcial, temporal o permanente, aspectos que serán valorados para la planificación de intersecciones.

ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería y del equipo de salud

Son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función, actuando según criterios de suplencia o ayuda. Según el nivel de dependencia identificado en la persona. "Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación".

ENTORNO

Comprende la importancia de los aspectos socioculturales y aspectos físicos (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y planificación de los cuidados.

1.4.4 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

1. ETAPA DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos.

En esta etapa se determina:

- a) El grado de independencia: Dependencia en la satisfacción de cada una de las necesidades
- b) Las causas de dificultad en tal satisfacción
- c) La Interrelación de unas necesidades con otras
- d) La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. ETAPA DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

Se formulan objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección del modelo de intervención más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

3. ETAPA DE EVALUACIÓN

Determina los criterios que nos indican los niveles de independencia alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

1.5 DESCRIPCIÓN TEÓRICA DE LA PATOLOGÍA PREECLAMPSIA

1.5.1 INTRODUCCIÓN

La enfermedad de preeclampsia en sus diferentes modalidades y manifestaciones clínicas se considera un problema de salud Pública en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, por la elevada morbilidad y mortalidad materno - fetal que se presenta. De acuerdo a la Organización Pan América de la Salud (OPS) y la organización Mundial de la Salud (OMS) representa la principal causa de morbi - mortalidad en mujeres en edad reproductiva

Se trata de una enfermedad que se presenta únicamente en el humano, en donde la etiología no se ha determinado, por lo que se considera la enfermedad de preeclampsia, es una forma reversible de hipertensión, que complica en un 6 al 8% de los embarazos después de las 20 semanas de embarazo, la mayoría de ellas son primigestas, así también se asocia con embarazo múltiple, hipertensión arterial previa al embarazo, pacientes con daño renal crónico, padecimientos auto inmunes como Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y metabólicos como la Diabetes Mellitus.²⁹

Numerosas teorías han sido propuestas en los últimos 50 años para explicar la etiología y evolución de la preeclampsia. A pesar de la amplia diversidad de opiniones, y de las frecuentes controversias acerca de esta enfermedad, se ha aceptado que la vía final común del proceso fisiopatológico explicado en la actualidad por diversas teorías, es la disfunción o daño endotelial vascular. Así mismo las diferentes teorías propuestas para explicar la preeclampsia, tiene una vía común o puntos de conexiones entre ellas. Entre los diferentes investigadores, parece haber consenso en relación a que el proceso fisiopatológico central se caracteriza por vaso espasmo, hipertensión y

²⁹ J. Roberto Ahued Ahued, Fernández del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". D. J.G.H. Pág. 93-95

diferentes grados de alteración de la perfusión de los órganos vitales, particularmente la unidad feto placentaria.

1.5.2 DEFINICIONES.

PREECLAMPSIA

Toxemia del embarazo, caracterizada por hipertensión, albuminuria y edema.

OXITOCINA

Hormona que en condiciones normales se produce en la hipófisis posterior, estimula las contracciones uterinas y el paso de leche a los conductos galactóforos.³⁰

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO. (EHIE).

Padecimiento que complica en el embarazo después de las 20 semanas de gestación, o al puerperio (no mayor de 14 días) y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos, alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central Convulsiones, coma).

MULTIGESTA

Mujer que ha tenido más de un embarazo.

MULTÍPARA

Mujer que ha tenido más de un embarazo el cual el feto fue viable.³¹

³⁰ Olds London Ladewing "Enfermería Materno Infantil". 4ª. Edición. Ed. Interamericana. Pág. 1171-1173

³¹ Olds London Ladewing "Enfermería Materno Infantil". 4ª. Edición. Ed. Interamericana. Pág. 1171-1173

ENFERMEDAD VASCULAR CRÓNICA E HIPERTENSIVA. (Hipertensión esencial).

Padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de las 20 semanas de gestación, con presencia indefinida después del parto o historia de hipertensión previa a la gestación.

PRESIÓN ARTERIAL MEDIA.

Se refiere a la cifra resultante de la suma de dos veces la presión diastólica mas una vez la sistólica dividido entre la constante.

1.5.3 CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA

La FEMEGO (Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia), presenta la siguiente clasificación, siendo ésta la más conocida y aplicable:

1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

- A) *Preeclampsia leve.*
- B) *Preeclampsia severa.*
- C) *Inminencia de eclampsia.*
- D) *Eclampsia.*
- E) *Síndrome de H.E.L.L.P.*
- F) *Preeclampsia recurrente*
- G) *Enfermedad hipertensiva no clasificable.*

2. ENFERMEDAD VASCULAR CRÓNICA HIPERTENSIVA.

- A) *Hipertensión arterial sistémica esencial.*
- B) *Hipertensión arterial sistémica secundaria.*
- C) *Hipertensión arterial sistémica crónica con EHE agregada,*

La ACOG (Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia), presenta la siguiente clasificación:

1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

I. PREECLAMPSIA.

- Leve

- Severa

II. ECLAMPSIA.

III. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MÁS ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO SOBREAgregada

V. TRANSITORIA

VI. NO CLASIFICABLE.

A) PREECLAMPSIA LEVE.

Se establece el diagnóstico de Preeclampsia leve, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- a) Presión sistólica igual o mayor a 140 mm Hg o elevación de la presión a igual o mayor a 30 mm Hg sobre lo habitual.
- b) Presión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, o elevación mayor o igual a 15 mm Hg sobre la presión habitual.
- c) Presión arterial media igual o mayor a 106 mm Hg.
- d) Preteinuria menor de 3 grs. en orina de 24 hrs.
- e) Edema persistente de cara o extremidades.

P.A.E. Preeclampsia

La medición de las cifras tensionales se debe de realizar con la paciente sentada y requiere de dos tomas consecutivas con un intervalo de 6 hrs.

B) PREECLAMPSIA SEVERA.

Se considera la existencia de Preeclampsia severa, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- a) Presión arterial sistólica igual o mayor a 110 mm Hg.
- b) Presión diastólica igual o mayor a 110 mm Hg.
- c) Presión arterial media mayor de 126 mm Hg.
- d) Proteinuria mayor de 3 grs. en orina de 24 hrs.
- e) Edema generalizado.

O bien, la presencia de uno de los siguientes signos:

- a) Presión sistólica igual o mayor a 180 mm Hg.
- b) Presión diastólica igual o mayor a 120 mm Hg.
- c) Presión arterial media igual o mayor a 140 mm Hg.
- d) Proteinuria mayor de 5 grs. en orina de 24 hrs.

C) INMINENCIA DE ECLAMPSIA.

Se establece el diagnóstico, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen uno o más de los siguientes signos:

- a) Presión arterial sistólica igual o mayor a 185 mm Hg.
- b) Presión arterial diastólica igual o mayor a 125 mm Hg.
- c) Preteinuria mayor de 10 grs. en orina de 24 hrs.
- d) Estupor.
- e) Perdida parcial o total de la visión.
- f) Dolor epigástrico en barra.
- g) Hiperreflexia generalizada.

D) ECLAMPSIA.

El diagnóstico se establece cuando posterior a la semana 20 de gestación, o en puerperio (no más de 14 días), se presenta convulsiones o coma acompañado de hipertensión arterial, edema o proteinuria.

E) SÍNDROME DE H.E.L.L.P.

Se establece el diagnóstico cuando después de la semana 20 de gestación y 14 días de puerperio se presenta en la paciente con enfermedad hipertensiva del embarazo presenta hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria. El síndrome se clasifica de acuerdo al recuento del Plaquetas enumeradas a continuación:

TIPO I. Cuenta plaquetaria es menor de 50 000 c/mm

TIPO II. Cuenta plaquetaria de 50 000 a 100 000 c/mm

TIPO III. Cuenta plaquetaria de 100 000 a 150 000 c/mm.

TIPO IV. Cuando el síndrome aparece en el puerperio (No más de 14 días)

F) PREECLAMPSIA RECURRENTE.

Se refiere a la presencia de cualquiera de los tipos de enfermedad hipertensiva del embarazo que se presente por segunda ocasión o más en embarazos consecutivos o no.

G) ENFERMEDAD HIPERTENSIVA NO CLASIFICABLE.

Situación que establece la imposibilidad de ubicar claramente la clasificación de la entidad, ya sea por carecer de elementos necesarios o bien por haberse instituido tratamiento previo a su estadificación.

2. ENFERMEDAD VASCULAR CRÓNICA HIPERTENSIVA

A) HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA ESENCIAL.

Se refiere al padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de la semana 20 de gestación y/o persistencia de cifras tensionales elevadas después del nacimiento, y que no sea consecuencia de alteración anatómica o función renal.

B) HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA CRÓNICA.

Se refiere al padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de la semana 20 de gestación y/o persistencia de cifras

tensionales elevadas después del nacimiento, y que sea consecuencia de alteración anatómica o funcional renal primaria.

C) HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA AGREGADA. CRÓNICA CON EHIE AGREGADA

Se refiere a paciente con historia previa de hipertensión arterial crónica conocida o con hipertensión arterial antes de la semana 20 de gestación en donde se agrega proteinuria igual o mayor a 1 grs en orina de 24 hrs, elevación de ácido úrico igual o mayor a 6 mg/dl, durante la segunda mitad de la gestación.

1.5.4 EPIDEMIOLOGÍA.

La literatura esta llena de información sobre la EHIE, desde Mouriceau en 1964, en donde establece que las pacientes primigestas tienen una mayor incidencia sobre las multíparas, el tiempo ha tenido en poner a su justo medio a cada uno de los factores y así tenemos que:

La nuliparidad: Es el de mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, dado que la paciente se enfrenta por primera vez al embarazo en donde tiene ocho veces más probabilidades de desarrollarla, incluso en haber tenido un aborto previo reduce el riesgo las posibilidades en dos terceras partes.

La multiparidad: Se asocia al padecimiento solo en edades mayores, en donde existe un componente crónico de base o bien patología que represente alguna alteración vascular como la diabetes Mellitus.

La historia familiar de EHIE: Chesley, Cosgrove y Annito, establecen que existe un componente genético probablemente recesivo, apoyado por la mayor incidencia que tienen las hijas de madres que padecieron algún tipo de hipertensión en el embarazo.

Circunstancias gestacionales agregadas: Se observa una mayor frecuencia en pacientes con embarazo múltiple, enfermedad trofoblástica gestacional con una probabilidad de seis veces mayor.

Edades reproductivas extremas: Las pacientes menores de 18 años o mayores de 35 años, se observa mas frecuentemente, pero también se observa mayor severidad del cuadro hipertensivo.

Patología fetal: Los embarazos con polihidramnios del tipo inmunológico o no, se presentan en un 70%.

Nivel socioeconómico y raza: Es sin duda uno de los factores que más se asocia, en donde en estudios multicéntricos se observa mayor frecuencia en mujeres latinas, raza negra, en donde se asocia con deficiencia nutricional y el hecho de ser madres trabajadoras parece ser el común denominador. Se determina que la deficiencia de Calcio se asocia con EHIE, en donde una suplementación con el elemento en pacientes con factores de riesgo se ha visto disminuida.

1.5.5 FISIOPATOLOGÍA

Disfunción de las células endoteliales - daño endotelial.

- a) *Fisiología del endotelio:* La pared de los vasos sanguíneos es un órgano activo, compuesta de células endoteliales, musculares lisas y

fibroblastos que se encuentran integrados en un conjunto de complejas interacciones funcionales, en donde sirven como sensores de señales hemodinámicas y humorales, efectores de las respuestas inducidas a este nivel. Mantienen la integridad vascular (Homeostasis) por la presencia de sustancias vasoactivas (vasodilatadores-vasoconstrictores) así como mediadores pro coagulantes y anticoagulantes, pro inflamatorios y antiinflamatorios, promotores e inhibidores del crecimiento.

Las prostaglandinas PGI-2 el factor de relajación del endotelio vascular (Oxido nítrico) conocidos como los vasodilatadores más potentes, que permiten a las células endoteliales modular la reactividad de la musculatura vascular, así como inhibición de la adhesión y agregación plaquetaria.

Otras sustancias que se sintetizan en el endotelio son: fibronectina-sulfato de heparina - inter leucina 1 - factor activador de plasminógeno, factores de crecimiento - factor activador plaquetario-endotelinas.

La producción de todas las sustancias mencionadas es modulada por las concentraciones de mensajeros intracelulares tales como AMPc-GMPc, calcio, e interacciones entre las células endoteliales y plaquetas u otros componentes del plasma.

- b) Disfunción - daño endotelial. Esta dado por un alteración en el equilibrio e inhibidor de plasminógeno y entre prostaglandina - tromboxano A₂, así como daños morfológicos en el endotelio como la endoteliosis glomerular y cambios ultra estructurales definidos en los vasos uterinos y del lecho placentario en donde se establecen 4 teorías:

- 1) Teoría de la isquemia placentaria: La isquemia placentaria es el factor detonante en la patología con lo cual se desarrollan la serie de eventos en la EHIE, dado por la pérdida de la refractariedad vascular normal al embarazo a sustancias presoras y alteraciones en la invasión del trofoblasto en donde la reactividad de las resistencias periféricas esta aumentada a la angiotensina que es una sustancia presora. Así mismo la deficiente penetración del trofoblasto a la pared uterina condiciona un sistema de alta resistencia con la consecuencia de todos los eventos que presenta la enfermedad hipertensiva del embarazo, con aumento de la secreción de tromboxano A₂, disminución del factor de relajación del endotelio y disminución de PGI-2 con la consiguiente hipertensión.

- 2) Hipótesis del incremento de VLDL versus disminución de albúmina con efecto protector de toxicidad endotelial. La disminución de la albúmina en las mujeres embarazadas condiciona la aparición de EHIE, por aumento en la cantidad de triglicéridos que se fijan al endotelio vascular con el consiguiente daño, así como liberación de sustancias presoras que causan vasoconstricción, otra explicación es el aumento de lipoproteínas de baja densidad, las cuales su metabolismo y degradación esta disminuida por el hígado condicionado por disminución de albúmina. En conclusión la albúmina condiciona un efecto protector al endotelio en las mujeres embarazadas con lo que las protege contra la EHIE.

- 3) Hipótesis de la mala adaptación inmune-toxina decidua en las arterias espirales. Dada por la mala adaptación inmune por el trofoblasto que no tiene una penetración adecuada para la implantación acompañado de una alteración de sistema HLA-G el cual tiene una aceptación materna del tejido placentario, con asociación del aumento de neutrófilos los cuales secretan

elastasa con lesión del endotelio por la formación de radicales libres de oxígeno y lípidos peróxidos los cuales inhiben la relajación vascular por alteración del equilibrio de prostaglandinas y tromboxano.

- 4) Hipótesis. De origen genético. Se tiene tendencia familiar a padecer enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, en donde hijas de madres con EHIE tienen mayor riesgo de presentarla que en la población en general, aun sin determinar el tipo de gen y carácter de herencia (autosómica o dominante). Cooper y Liston sugieren una hipótesis en donde la susceptibilidad a adquirir la enfermedad se encuentra determinada por un gen recesivo.³²

****En la hipertensión crónica esta determinado y establecido el carácter hereditario de la hipertensión y padecimientos asociados. ****

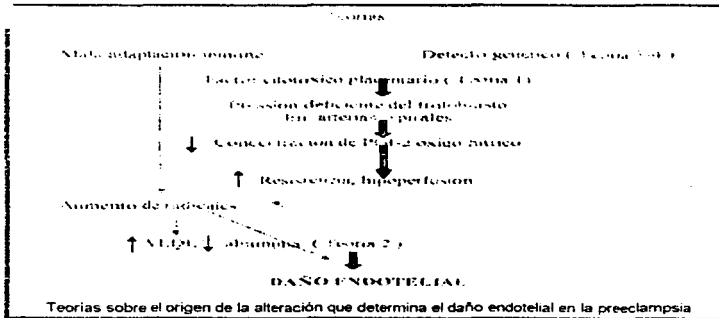


Figura I

³² J. Roberto Ahued Ahued, C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". Ed. J.G.H. Pág. 97

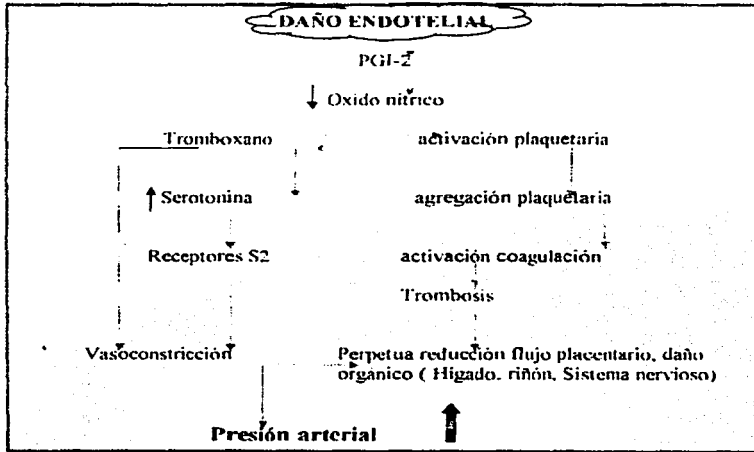


Figura II³³

³³ J. Roberto Ahued Ahued, C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". Ed. J.G.H. Pág. 98

1.5.6 MANEJO Y TRATAMIENTO

PREECLAMPSIA LEVE.

Vigilancia: Se debe de manejar en forma ambulatoria, con evaluación semanal a fin de detectar su evolución y control, con evaluación de los siguientes parámetros clínicos:

- **Tensión arterial:** Presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o elevación mayor o igual a 30 mmHg sobre la habitual, nos indica alteración.
- **Peso corporal.**
- **Grado de edema:** Edema persistente de extremidades y cara o bien generalizada.
- **Presencia de síndrome vasculo espasmódico.**
- **Hiperreflexia generalizada.**

Parámetros de laboratorio: Exámenes de rutina prenatales, con determinación semanal de:

- **Ácido úrico**
- **Proteinuria mayor a 3 grs. en orina de 24 hrs.**
- **Hemoglobina y**

- Hematocrito

Parámetros de gabinete: ultrasonografía, cardiotocografía ante parto a partir de la semana 32.³⁴

MANEJO.

- Reposo relativo.
- Incremento en la ingesta de proteínas de origen animal.
- Disminución de la ingesta de sal.
- Utilización de laxantes suaves.
- No permitir que el embarazo se prolongue más de 40 semanas.
- Dar tratamiento antihipertensivo si lo amerita.

PREECLAMPSIA SEVERA

Toda paciente que se detecta Preeclampsia severa deberá de ser hospitalizada al momento de realizar el diagnóstico con vigilancia estrecha del binomio y con el manejo siguiente.

- Laboratorios básicos, incluir: Pruebas de funcionamiento hepático, examen general de orina, química sanguínea, ácido

³⁴ J. Roberto Ahued Ahued. C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". Ed. J.G.H. Pág. 98

úrico, depuración de creatinina, electrolitos séricos, pruebas de coagulación.

- Exámenes de gabinete: Electrocardiograma, ultrasonido obstétrico

En los casos de Preeclampsia severa se continua con el embarazo hasta la semana 36 con vigilancia estrecha de los parámetros siguientes:³⁵

- Vigilar signos vitales cada hora o cada 2 horas.
- Diuresis y control de líquidos (Sonda Foley) todo este horario
- Corroborar bienestar fetal mediante ultrasonido o electrocardiograma.
- Pruebas de función renal cada 24 horas.
- Biometría hemática, pruebas de función hepática y pruebas de coagulación c/ 72 hrs.
- Creatinina y ácido úrico en sangre cada 24 horas.
- Radiografía de tórax.
- Cifras tensionales diastólicas menor de 180 mm Hg y diastólicas menos de 100 mm Hg.

³⁵ J. Roberto Ahued Ahued, C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas", Ed. J.G.H. Pág. 102

- Pruebas de coagulación, biometría hemática y función hepática sean normales.
- Ausencia de alteración del estado de conciencia o datos de vaso espasmo.³⁶

Interrupción del embarazo con los siguientes criterios.

- Elevación de creatinina sérica 1 mg/dl sobre la basal.
- Elevación de ácido úrico en sangre 1 mg/dl en 24 hrs. o 10 mg/dl independiente al valor previo.
- Alteración de las cifras tensionales.
- Oliguria menor de 20 ml/hora.
- Datos sugestivos de inminencia de eclampsia.
- Presencia de algunos de los parámetros de síndrome de H.E.L.L.P.
- Datos cardiotocográficos de baja reserva fetal.
- Oligohidramnios severo.³⁷

³⁶ J. Roberto Ahued Ahued. C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". Ed. J.G.H. Pág. 102-103

³⁷ J. Roberto Ahued Ahued. C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". Ed. J.G.H. Pág. 103

Manejo fármacos.

- Soluciones (Dextran 40%, fisiológica o Hartman) 100 ml/h por 3 hrs., con la intención de expandir el volumen y con ello romper el vasoespasmo.
- Fármacos (Hidralazina, Alfametildopa, Nifedipina, Sulfato de magnesio, Dexametazona, DFH, Carbamacepina.) La alfametildopa en dosis de 250 mg. Con efecto de 2 a 4 hrs. La hidralazina recomendada en dosis de 250 mg c/6 hrs., el uso prolongado estimula el sistema renino - aldosterona disminuyendo la presión del riego en riñones, aumentando la retención de líquidos y disminuyendo su efecto hipotensor.³⁸

**** Paciente la cual no se logra el control de las cifras tensionales, independiente de la edad gestacional, de debe de interrumpir el embarazo****

**** Paciente con inminencia de eclampsia, síndrome de H.E.L.L.P, debe de ser manejada en forma conjunta con unidad de cuidados intensivos con médico Gineco obstetra, terapista ó Medico internista y personal de enfermería capacitado **.**

La paciente con hipertensión arterial crónica, más Preeclampsia sobre agregada el manejo es en forma conjunta con Medico Internista y Gineco Obstetra.

³⁸ J. Roberto Ahued Ahued. C. Fernandez del Castillo "Ginecología y Obstetricia Aplicadas". Ed. J.G.H. Pág. 103

PREVENCIÓN:

NUTRICIONALES

Dieta hiposódica

Dieta hiperprotéica

Suplementación con Ca,

Magnesio

Zinc

Ac. Linoleico.

FARMACOLÓGICAS

Ácido Acetil Salicílico 500 mg. V.O. c/8 hrs.

Antidepresivos

Dipiridamol

Teofilina

Heparina: En caso de Sx antifosfolípido

**** Toda paciente con evento de enfermedad hipertensiva del embarazo se debe de otorgar consejería de planificación familiar y con método de planificación de alta efectividad. Así como darle información que ante cualquier signo de alarma tienen cita abierta a urgencias.****

Como parte del tratamiento, se debe orientar a la madre en lo que corresponde a la lactancia materna y puerperio fisiológico, higiene personal, alimentación y cuidados al recién nacido manejado por el personal de enfermería sin olvidar esquema de vacunación.

1.5.7 EMBARAZO

Los cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer embarazada se originan por varios factores. Muchos de ellos provienen de las influencias hormonales, algunas se originan por el crecimiento del feto dentro del útero y otros son motivados por la adaptación física de la madre a los cambios que presenta.

En las primeras cuatro semanas aparecen los primeros segmentos corporales que se convertirán en la médula espinal, cerebro y columna. El corazón, aparato circulatorio y sistema digestivo toman forma. En la madre representa el primer retraso menstrual, las mamas se vuelven más sensibles, pueden crecer. Inicia la fatiga crónica y la frecuencia urinaria, que pueden persistir durante tres meses o más. La gonadotropina coriónica humana aparece en orina y el suero 9 días después de la concepción.

En las primeras ocho semanas el desarrollo es rápido, el corazón empieza a bombear sangre. Puede distinguirse los rasgos faciales y las divisiones principales del cerebro; se forman huesos y músculos diminutos debajo de la piel delgada. En los cambios maternos empiezan las náuseas matutinas, que pueden persistir hasta las 12 semanas. Aparecen los signos de Hegar, Goodell y Piskacek. El cérvix se presiona, aumenta la leucorrea. No hay aumento de peso notorio.

A las 9 semanas el embrión se transforma en feto, empiezan los primeros movimientos, a las 12 semanas puede determinarse el sexo, los riñones producen orina. En la madre aparece el signo de Chadwick. El útero rebasa el borde pélvico, en este mes pueden comenzar las contracciones de Braxton Hicks y continúan

todo el embarazo. El aumento de peso es de 1 a 2 kg durante el primer trimestre, la placenta funciona por completo y produce hormonas.

En las siguientes cuatro semanas (16 SDG) todos los órganos empiezan su maduración y crecimiento, las manos fetales pueden presionar; las piernas patean en forma activa, el feto pesa alrededor de 225 g. La frecuencia cardiaca fetal puede distinguirse y el páncreas produce insulina. En los cambios maternos el fondo uterino se encuentra a la mitad entre la sínfis púbica y el ombligo. El aumento de peso es menor a 0.5 kg por semana. Durante el resto del embarazo, aumentan las secreciones vaginales. El prurito, irritación y mal olor sugieren infección. La ropa de maternidad disminuye la presión sobre la vejiga y la frecuencia urinaria.

En las 20 SDG el vérmix protege al cuerpo del feto. El lanugo cubre el cuerpo y mantiene el aceite sobre la piel. El feto desarrolla un programa de sueño, succión y pataleo; mientras tanto el fondo uterino llega al ombligo, las mamas empiezan la secreción de calostro, con existencia de aproximadamente 400 ml de líquido amniótico, pueden experimentar mareos y desmayos, en especial con cambios súbitos de posición, puede empezar el desarrollo de venas varicosas. La mujer siente movimientos fetales, la areola se oscurece, puede existir constipación nasal. Tal vez empiecen los calambres en las piernas, así como el estreñimiento.

A las 24 semanas el esqueleto se desarrolla con rapidez, empiezan los movimientos respiratorios y el peso fetal es alrededor de 750 g en los cambios maternos, en el fondo rebasa el ombligo, es posible que inicie el dolor de espalda y calambres en las piernas, los cambios cutáneos pueden incluir estrías gravídicas, cloasma, línea negra, acné, rubor palmar y plantar. Puede haber presencia de hemorragia nasal. Es posible que exista prurito

abdominal conforme crece el útero, el cual continuará hasta el final del embarazo.

A las 28 SDG el factor tensoactivo se forma en los pulmones del feto que ya tiene un tamaño del 2/3 de lo que será al nacimiento. El fondo uterino se encuentra a la mitad entre el ombligo y el apéndice xifoides. Se pueden desarrollar hemorroides. La respiración torácica reemplaza a la abdominal, es palpable el perfil fetal, puede estar cansada del embarazo, es posible que inicien las agruras.

A las 32 SDG el feto creció hasta los 37 a 42 cm, comienza el almacenamiento de hierro, calcio y fósforo; en los cambios maternos el fondo llega al apéndice xifoides, las mamas están plenas y sensibles, existe la posibilidad de que regrese la frecuencia urinaria, puede presentarse problemas para conciliar el sueño y edema maleolar, así como disnea.

A las 39 SDG el producto ocupa todo el útero, por lo que se restringe su actividad, los anticuerpos maternos se transfieren al feto, brindando inmunidad durante cerca de 6 meses hasta que el sistema inmunitario propio del lactante pueda ocupar su lugar; para los cambios maternos el feto desciende más en la pelvis materna (aligeramiento). La placenta es casi cuatro veces más gruesa que en la semana 18, pesa alrededor de 500 g. Aumentan los dolores de espalda y frecuencia urinaria. Las contracciones de Braxton Hicks se intensifican conforme el cérvix y el segmento uterino inferior se prepara para el trabajo de parto.

1.5.8 TRABAJO DE PARTO

El comienzo del trabajo de parto marca un cambio importante en la relación entre la madre y el feto.

Existen cuatro factores en el proceso del trabajo de parto y el nacimiento:

1. **La Pelvis Materna:** En el que se valora
 - a) El tamaño de pelvis
 - b) El tipo de pelvis (ginecoide, androide y antropoide, platipeloide) y
 - c) La capacidad del cérvix para dilatarse y borrarse y del canal vaginal

2. **Feto:**
 - a) Cabeza fetal, tamaño y presencia de modelaje
 - b) Actitud fetal, flexión o extensión del cuerpo
 - c) Situación fetal
 - d) Presentación fetal
 - e) Posición fetal (relación de la presentación
 - f) placenta

3. **Contracciones uterinas:**
 - a) Frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas a medida que el feto se mueve a través del canal.
 - b) Efectividad de los esfuerzos del pajo
 - c) Duración del parto

4. **Estado Psicológico:**
 - a) Preparación física para el parto
 - b) Herencia sociocultural
 - c) Experiencia con otros nacimientos
 - d) Integridad emocional

RELACIONES FUNCIONALES DE LA PRESENTACIÓN Y DE LA PELVIS MATERNA.

El encajamiento de la presentación. Cuando la presentación comienza a descender en el interior de dicha entrada, antes de que haya ocurrido el verdadero encajamiento.

CONTRACCIONES UTERINAS

Son llamadas fuerzas primarias a las contracciones musculares uterinas que producen los cambios característicos de la primera etapa del parto - borramiento completo y dilatación del cérvix y las fuerzas secundarias al uso de los músculos abdominales para realizar esfuerzos de pujo durante la segunda etapa del trabajo de parto. En el trabajo de parto las contracciones uterinas son rítmicas pero intermitentes, existiendo un periodo de relajación, periodo que permite la recuperación de la circulación utero placentario, la cual es importante para la oxigenación del feto, cada contracción presenta tres fases:

- a) Incremento, que es cuando se está armando la contracción
- b) Acme el valor máximo o "pico" de la contracción
- c) Decremento la progresiva, disminución de la contracción que esto se traduce en frecuencia, duración e intensidad de una contracción.

El proceso del trabajo de parto comienza en general en el momento adecuado para el útero y para el feto.

Existen cambios de posición llamados movimientos cardinales o mecanismos del trabajo de parto:

- *Descenso:* Ocurre debido a cuatro fuerzas
 - a) Presión de líquido amniótico
 - b) Presión directa del fondo uterino sobre la zona glútea del feto
 - c) Contracción de los músculos abdominales y
 - d) Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

- *Flexión:* Producida a medida que la cabeza fetal desciende y encuentra resistencia de los tejidos blandos de la pelvis.

- *Rotación Interna:* La cabeza fetal debe rotar para ajustarse a los diámetros de la cavidad pélvica

- *Extensión:* La resistencia del piso pélvico y el movimiento mecánico de la vulva que se abre en dirección superior y anterior.

- *Restitución:* Una vez que la cabeza emerge y está libre de la resistencia pélvica, el cuello retrocede de su giro y lleva la cabeza hacia uno de los lados y se alinea con la posición de la espalda en el canal del parto.

- *Rotación Externa:* A medida que los hombros rotan hacia la posición anteroposterior en la pelvis, la cabeza gira un poco más hacia uno de los lados.

- *Expulsión:* Después de la rotación externa y por medio de los esfuerzos de la mujer, el hombro anterior se encuentra con la superficie inferior de la sínfisis del pubis, se desliza por debajo de ella.

La ruptura de membranas, el líquido amniótico empieza a salir en grandes cantidades y existe la posibilidad de que haya un trabajo de parto espontáneo.

LAS ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

Existen tres etapas del parto:

- *Primera Etapa ó Dilatante:* Comienza con el inicio del trabajo de parto verdadero y termina con la dilatación completa del cérvix. Se divide en fase latente, activa y transitoria, caracterizados por cambios físicos y psicológicos.
- *Segunda etapa ó Periodo Expulsivo:* Comienza con la dilatación completa y terminan con el nacimiento del niño.
- *Tercera Etapa ó Periodo de Alumbramiento:* Comienza cuando termina de expulsarse al recién nacido y finaliza con la expulsión de la placenta.

+ Existe un desprendimiento de placenta.

Algunos clínicos identifican una cuarta etapa:

- *Posterior a una o dos horas después del nacimiento:* comienzan los reajustes fisiológicos en el organismo materno.

1.5.9 MANEJO TERAPÉUTICO DURANTE EL PUERPERIO FISIOLÓGICO Y LACTANCIA MATERNA

El puerperio es el lapso de tiempo durante el cual el cuerpo se adapta tanto física como psicológicamente al proceso del nacimiento. Empieza justo después del parto y continúa cerca de seis semanas o hasta que el cuerpo terminó su adaptación y regresó a un estado cercano al previo al embarazo.³⁹

CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO

ADAPTACIONES FÍSICAS PUERPERALES

Se basa en el entendimiento objetivo de los procesos fisiológicos y anatómicos normales en el puerperio. Estos procesos incluyen a los órganos reproductores y otros sistemas principales del cuerpo.

ÓRGANOS REPRODUCTIVOS

INVOLUCIÓN DEL ÚTERO

El término *involución* se usa para describir la reducción rápida en el tamaño uterino y su regreso a una situación similar a su estado previa al embarazo.

Justo después de la expulsión de la placenta el útero se contrae con firmeza hasta el tamaño de una toronja grande. El fondo se localiza en la línea media, a la mitad o dos terceras partes de la distancia entre la sínfisis púbica y el ombligo. Las paredes del útero contraído, que miden alrededor de 4 a 5 cm. de espesor, están cercanas, y los vasos sanguíneos se comprimen con firmeza por el miometrio, en unas cuantas horas después del parto el fondo uterino se eleva hasta el nivel del ombligo. Un fondo superior al ombligo y

³⁹ Olds London Ludewing. "Enfermería Materno Infantil", Ed. 4ª. Pág. 1057

blando, (se siente suave y esponjoso, en lugar de firme y bien contraído) se relaciona con hemorragia uterina excesiva. Conforme la sangre se acumula y forma coágulos en el útero, el fondo se eleva; se interrumpen las contracciones firmes del músculo uterino, lo que provoca un útero atónico. Cuando el fondo es mas alto de lo que se espera y se desvía en la línea media (casi siempre a la derecha), debe sospecharse distensión vesical. Ya que los ligamentos uterinos aun están estirados, una vejiga llena puede mover el útero.

El útero pertenece al nivel del ombligo alrededor de un día y luego cada día posterior al puerperio desciende a la pelvis una distancia aproximada del ancho de un dedo. Este descenso se presenta con tanta rapidez que en 10 días o 2 semanas el útero es un órgano pélvico otra vez y no puede palpase por vía abdominal. Si la mujer amamanta a su hijo la liberación de oxitocina de la hipófisis posterior, la cual es una respuesta a la succión, puede provocar que el útero descienda con más rapidez hacia la pelvis.

Los cambios en el peso uterino también son muy notorios. Aunque el término del embarazo pesa alrededor de 1000 g. el útero disminuye a 500 g. en una semana, a 300 g. dos semanas después y a 100 g. después de la tercer semana.

LOQUIOS

Una de las capacidades únicas del útero es su habilidad para deshacerse de los restos después del parto. Esta secreción a la que se llama loquios se clasifica según su apariencia y contenido. Los loquios hemáticos tienen color rojo oscuro. Esta secreción se presenta durante los primeros dos o tres días y contiene células epiteliales, eritrocitos, leucocitos, fragmentos de la decidua y, en ocasiones, meconio fetal, lanugo y vérnix caseosa. Los loquios no deben contener coágulos grandes.⁴⁰

⁴⁰ Olds London Ludewing. "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4°. Pág. 1058

Los loquios serosos desde alrededor del tercero hasta el décimo día. Tiene color rosáceo a parduzco y se componen de exudado seroso, fragmentos de decidua degenerativa, eritrocitos, leucocitos, moco cervical y numerosos microorganismos.

El volumen total de loquios es alrededor de 240 a 270 ml. (8 a 9 onzas) y el volumen disminuye en forma gradual. La secreción es más intensa en la mañana que en la noche por los loquios tienden a acumularse en la vagina y el útero cuando la mujer esta acostada y se eliminan cuando se levanta. La cantidad de loquios también puede aumentarse por el esfuerzo o la lactancia.

CAMBIOS CERVICALES

Después del parto el cérvix esta esponjoso, blando e informe y puede parecer equimótico. El orificio extremo es muy irregular y se cierra despacio.

La forma del orificio extremo cambia en forma permanente después del primer parto. El orificio como hoyuelo característico de la nulípara cambia a una hendidura lateral (en boca de pez) en la múltipara. Después de una laceración cervical importante o varias laceraciones, el cérvix puede verse inclinado a un lado.

CAMBIOS VAGINALES

Después del parto la vagina se ve edematosa y puede estar equimótica. La equimosis aparente de la vagina se debe a la congestión pélvica y desaparecerá rápido. El himen, desgarrado y con colgajos sanará en forma irregular y dejará colgajos pequeños a los que se llama carúnculas mirtiformes.⁴¹

⁴¹ Olds London Ludewing. "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 1059.

El tamaño de la vagina disminuye y las arrugas empiezan a formarse de nuevo hacia las tres semanas. Esto facilita el regreso gradual a un tamaño menor, aunque no de nulípara. El tono y la contractilidad del introito vaginal pueden mejorarse con ejercicios de contracción perineal. Los labios mayores y menores son más blandos en la mujer que ya dio a luz que en la nulípara.

CAMBIOS PERINEALES

Durante el puerperio temprano el tejido blando, dentro y alrededor del perineo, puede verse edematoso, con cierta equimosis. Si existe una episiotomía o laceración, los bordes deben estar aproximados. En ocasiones hay equimosis y esto puede retrasar la cicatrización.⁴²

Recurrencia de la ovulación y menstruación

Alrededor del 40% de las madres no lactantes presentan de nuevo la menstruación en 6 semanas, mientras que el 90% la presentaran antes de las 24 semanas después del parto. De estas cerca del 50% ovulan durante el primer ciclo. A las doce semanas después del parto casi el 45% de las primeras lactantes presentan ya la menstruación, entre las madres lactantes el 80% tiene uno o más ciclos anovulatorios antes del primer ciclo con ovulación (Easterling y Herbert, 1986).

ABDOMEN

Los ligamentos uterinos (sobre todo el redondo y el ancho) están estirados y requieren tiempo para recuperarse. La pared abdominal misma, también se estira y parecerá laxa y un poco blanda durante un tiempo. Con ejercicio, el tono muscular abdominal mejorara mucho en dos o tres meses.

⁴² Olds London Ludewing. "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 1059-1060

LACTANCIA

Durante el embarazo las mamas se desarrollan en preparación para la lactancia por la influencia del estrógeno y la progesterona. Después del parto la interacción de las hormonas maternas conduce al establecimiento de la producción láctea. Este proceso se describe con detalle en la sección sobre lactancia.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Es frecuente el hambre después del parto y la madre puede disfrutar una comida ligera. La ingesta de líquidos ayuda a reponer la pérdida de estos durante el trabajo de parto, en la orina y a través de la transpiración.

El intestino tiende a ser más lento después del parto por los efectos de demora de la progesterona y el menor tono muscular del abdomen.

El dolor en la episiotomía, cualquier laceración y hemorroides puede conducir a la mujer a retrasar la evacuación por temor al aumento de dolor o al desgarro de las suturas.

TRACTO URINARIO

El aumento de la capacidad vesical, el edema y contusión de los tejidos alrededor de la uretra, la menor sensibilidad al llenado vesical y la incapacidad para orinar en la posición horizontal colocan a la púérpera en riesgo de presentar sobredistensión, vaciamiento incompleto y acumulo de orina residual.⁴³

⁴³ Olds Ludewin "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 1060-1061

LACTANCIA

Durante el embarazo las mamas se desarrollan en preparación para la lactancia por la influencia del estrógeno y la progesterona. Después del parto la interacción de las hormonas maternas conduce al establecimiento de la producción láctea. Este proceso se describe con detalle en la sección sobre lactancia.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Es frecuente el hambre después del parto y la madre puede disfrutar una comida ligera. La ingesta de líquidos ayuda a reponer la pérdida de estos durante el trabajo de parto, en la orina y a través de la transpiración.

El intestino tiende a ser más lento después del parto por los efectos de demora de la progesterona y el menor tono muscular del abdomen.

El dolor en la episiotomía, cualquier laceración y hemorroides puede conducir a la mujer a retrasar la evacuación por temor al aumento de dolor o al desgarro de las suturas.

TRACTO URINARIO

El aumento de la capacidad vesical, el edema y contusión de los tejidos alrededor de la uretra, la menor sensibilidad al llenado vesical y la incapacidad para orinar en la posición horizontal colocan a la puérpera en riesgo de presentar sobredistensión, vaciamiento incompleto y acumulo de orina residual.⁴³

⁴³ Olds Ludewin "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 1060-1061

El gasto urinario aumenta durante el puerperio temprano (primeras 12 o 24 horas) por la diuresis puerperal. Los riñones deben eliminar un cálculo de 2000 a 3 000 ml de líquido extracelular que se relaciona con un embarazo normal. En caso de hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión crónica y diabetes, la retención de líquidos es aún mayor vía diuresis puerperal aumenta en proporción.

Es posible que haya proteinuria leve (1 +) durante la primer semana después del parto. Sin embargo la proteinuria puede relacionarse con un proceso infeccioso (cistitis, pielitis); por tanto, debe valorarse mejor. Una muestra de orina que se contamina con loquios puede ser la causa de la proteinuria, por lo que la muestra debe obtenerse de la parte media del chorro ó por medio de una sonda.

SIGNOS VITALES

Durante el puerperio, excepto por las primeras 24 horas, la mujer debe permanecer afebril. Puede presentarse una temperatura hasta de 38°C (100.4°F) después del parto por el esfuerzo y deshidratación del trabajo de parto debe considerarse la presencia de una infección en la mujer con temperatura de 38°C. o más después de las primeras 24 horas.

Es frecuente que ocurra bradicardia puerperal con frecuencia de 50 a 70 latidos por minuto durante los primeros seis a 10 días de puerperio. Puede relacionarse con el menor esfuerzo cardiaco, la disminución del volumen sanguíneo después de la separación placentaria, contracción uterina y aumento del volumen por cada contracción. Es menos frecuente que exista taquicardia y ésta se relaciona con el aumento de la perdida sanguínea o trabajo de parto y parto difícil y prolongado.

VALORES SANGUÍNEOS

A menudo hay leucocitosis y la cantidad de glóbulos blancos es de 15000 y 20000/ul.

La pérdida sanguínea promedio de 200 a 500 ml. En una parto vaginal y de 700 a 1000 ml en una cesárea. La hemoglobina y los valores de eritrocitos varían durante el puerperio inicial, pero deben aproximarse o sobrepasar a los valores previos al trabajo de parto en dos o seis semanas conforme se alcanzan las contracciones normales. Conforme se excreta el líquido extracelular hay hemoconcentración con un aumento concomitante del hematocrito.

PERDIDA DE PESO

Existe una pérdida de peso inicial de 4.5 a 5.5 Kg, por el nacimiento del producto, expulsión de placenta y líquido amniótico. La diuresis puerperal explica la pérdida de 2 Kg adicionales durante el puerperio inicial, hacia la sexta u octava semana después del parto, la mujer regresa a su peso aproximado previo al embarazo si durante éste aumentó un promedio de 11 a 13.5 kilogramos.⁴⁴

ENTUERTOS

Los entuertos se presentan con mas frecuencia en las multíparas que en las primíparas y se originan por las contracciones uterinas intermitentes. Aunque el útero de la primípara casi siempre permanece con una contracción continua, la pérdida del tono uterino de la multípara provoca contracción continua, la pérdida del tono uterino de la multípara provoca contracción y

⁴⁴ Olds Ladewin "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 906-907

relajación alternas. Este fenómeno también se presenta si el útero se distendió mucho.

LACTANCIA MATERNA

Durante el establecimiento de la lactancia materna se producen tres tipos de leche:

- a) Calostro
- b) Leche transicional
- c) Leche madura.

El calostro es un líquido amarillento o de apariencia cremosa, mas espeso que la leche posterior y contiene mas proteínas, vitaminas liposolubles y minerales. También tiene niveles de inmunoglobulinas (anticuerpos), las cuales son una fuente de inmunidad para el recién nacido. La producción del calostro inicia pronto durante el embarazo y puede durar durante varios días después del parto. Sin embargo en la mayoría de los casos la leche transicional reemplaza al calostro en dos o cuatro días después del parto.

La leche transicional se produce desde el final de la producción del calostro hasta cerca de dos semanas después del parto. Esta leche contiene altos niveles de grasa, lactosa, vitaminas hidrosolubles y más calorías que el calostro.

La leche final que se produce, la leche madura, tiene un alto porcentaje de agua, la leche madura proporciona 20 kcal/30 ml, al igual que la mayoría de las formulas sin embargo el porcentaje calórico que se deriva de las proteínas es menor en la leche materna que en las formulas, y una mayor

proporción de las calorías se obtiene de los carbohidratos en forma de lactosa.⁴⁵

La American Academy Of Pediatrics (1988) recomienda la leche materna como el alimento óptimo para los primeros cuatro o seis meses de vida. Las ventajas que brinda la leche materna a los recién nacidos casi siempre son inmunológicas, nutricionales y psicosociales.

VENTAJAS INMUNOLÓGICAS

Las ventajas inmunológicas incluyen varios grados de protección contra infecciones respiratorias y gastrointestinales, otitis media, meningitis, sepsis y alergias. Esta protección tiene un efecto positivo sobre la salud del neonato que se alimenta del seno materno y que pasa a la etapa de lactante menor y lactante mayor. La IGA secretoria, una inmunoglobulina presente en el calostro y leche materna, tiene propiedades antivirales, antibacterianas e inhibitorias de los antígenos.⁴⁶

La IGA secretoria tiene la función de disminuir la permeabilidad del intestino para estas macromoléculas.

Otras propiedades del calostro y la leche materna que inhiben el crecimiento de bacterias y virus son los lactobacilos bífidus, lisozimas, lactoperoxidasa, lactoferrina, transferrina y varias inmunoglobulinas. Las inmunoglobulinas contra el virus de la poliomielitis también están presentes en la leche en mujeres con inmunidad a este virus.

⁴⁵ Olds Ladewin "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 906-907

⁴⁶ Olds Ladewin "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 906-907

VENTAJAS NUTRICIONALES

La leche materna se compone de lactosa, lípidos, ácidos grasos poliinsaturados y aminoácidos en especial la taurina y tiene una proporción entre albúmina y caseína que facilita la digestión absorción y uso completo.

La leche materna brinda minerales a los recién nacidos en dosis más aceptables que las de las fórmulas. El hierro de la leche humana, aunque en mucho menor concentración que en las formulas, esta en forma más disponible y se absorbe por completo y parece suficiente para cubrir las necesidades de hierro.

VENTAJAS PSICOSOCIALES

Las ventajas psicosociales de la lactancia se relacionan principalmente con la vinculación. Favorece la vinculación porque brinda la oportunidad de contacto cutáneo directo y frecuente entre el recién nacido y la madre. El sentido del neonato esta muy desarrollado al momento del nacimiento y es un medio principal de comunicación. El estímulo táctil que se asocia con la lactancia puede comunicar calidez, cercanía y comodidad. La mayor cercanía brinda al recién nacido y a la madre la oportunidad de conocer las señales conductuales y necesidades de cada uno. La sensación materna de cumplimiento cuando es capaz de satisfacer las necesidades de su hijo en cuanto a nutrición y comodidad se refuerza cuando el recién nacido succiona en forma vigorosa y queda saciado y tranquilo con el amamantamiento.

Otros estudios que asocian la lactancia materna con el mejor lenguaje y desarrollo cognoscitivo, así como capacidad escolástica.

DESVENTAJAS

Una desventaja de la lactancia es que la mayoría de los fármacos que toma la madre se trasmite a través de la leche y puede dañar al recién nacido. La ictericia que se origina por la leche materna puede ser otra razón para interrumpir la lactancia materna. En condiciones normales esta puede reanudarse después de 48 hrs. Sin que se origina una nueva hipebirrubinemia.⁴⁷

Otras razones por las que las madres suspenden los amamantamientos son la dificultad para mantener el aporte de leche, preocupación por la calidad de la leche para cubrir las necesidades del recién nacido, lesión de los pezones, regreso a una intensa actividad en el trabajo y demandas continuas de su tiempo. La falta de apoyo y estímulo por parte de los profesionales de la salud o la familia también pueden contribuir a la decisión de una mujer-para suspender la lactancia.

⁴⁷ Olds Ladewin "Enfermería Materno Infantil". Ed. 4ª. Pág. 907

1.6 IMPORTANCIA DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio en la mujer gestante que cursa con preeclampsia juegan el principal papel para hacer un buen diagnóstico y prevenir posibles complicaciones.

Los exámenes de laboratorio comúnmente solicitados engloban los siguientes rubros:

- **Biometría hemática completa**
- **Examen general de orina**
- **Química sanguínea**
- **Tiempos de coagulación**
- **Perfil de lípidos**
- **Electrolitos séricos**

A continuación se describe la importancia de cada una de ellas y las cifras normales para tomarlas como punto de referencia ante los resultados obtenidos:

BIOMETRÍA HEMÁTICA

La biometría hemática nos sirve para determinar el volumen de eritrocitos, concentración de hemoglobina y las plaquetas, ya que las pacientes que cursan con preeclampsia se alteran todos los componentes antes mencionados ya que hay un aumento de éstos.

BIOMETRIA HEMATICA

| | Hombres | Mujeres | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|-----------------------|
| ERITROCITOS | 5.0 a 6.0 | 4.5 a 5.5 | mill./mm ³ |
| HEMOGLOBINA | 15.5 a 20.5 | 13.5 a 17.0 | gr./100ml. |
| HEMATOCRITO | 47.0 a 55.0 | 42.0 a 48.0 | % |
| VOL. GLOBULAR MEDIO. | 84 a 108 | | Edema. |
| CONCENTRACION. MEDIA DE HB. | 31 a 37 | | % |
| RETICULOCITOS | 0.5 a 1.5 | | % |
| VEL. SEDIMENTACION GLOBULAR | 0.0 a 5.0 | 0.0 a 13.0 | mm./hr. |
| GRUPO SANGUINEO | | | |
| FACTOR Rh | | | |
| PLAQUETAS | 150,000 a 450,000 | | /mm ³ |
| LEUCOCITOS | 4,000 a 11,000 | | /mm ³ |
| CUENTA DIFERENCIAL: | | | |
| EOSINOFILOS | 1 a 4 | | % |
| BASOFILOS | 0 a 2 | | % |
| MONOCITOS | 2 a 10 | | % |
| MIELOCITOS | 0 | | % |
| METAMIELOCITOS | 0 | | % |
| EN BANDA | 3 a 7 | | % |
| SEMENTADOS | 30 a 70 | | % |
| LINFOCITOS | 30 a 55 | | % |
| NEUTROFILOS | 55 a 75 | | % |

Figura III Valores de Referencia⁴⁸

⁴⁸ Fuente obtenida por Laboratorios Mares

QUÍMICA SANGUÍNEA Y ELECTROLITOS SÉRICOS

Con este estudio se valora la función renal, ya que es uno de los órganos más afectados

• QUÍMICA SANGUÍNEA •

| <i>VALORES DE REFERENCIA</i> | | |
|------------------------------|------------|-----------------|
| <i>GLUCOSA</i> | mg.100 ml. | De 70.0 a 110.0 |
| <i>NITROGENO UREICO</i> | mg.100 ml. | 10.0 a 20.0 |
| <i>UREA</i> | mg.100 ml. | 20.0 a 40.0 |
| <i>CREATININA</i> | mg.100 ml. | 0.5 a 1.5 |
| <i>ACIDO URICO</i> | mg.100 ml. | 2.5 a 7.0 |
| <i>COLESTEROL</i> | mg.100 ml. | 150.0 a 250.0 |
| <i>TRIGLICERIDOS</i> | mg.100 ml. | 25.0 a 190.0 |

Figura IV⁴⁹

⁴⁹ Fuente obtenida por Laboratorios Mares

ELECTROLITOS SÉRICOS

| | <i>VALORES DE REFERENCIA</i> | |
|-----------------|------------------------------|------------------|
| <i>SODIO</i> | mEq. Lt. | De 137.0 a 146.0 |
| <i>POTASIO</i> | mEq./Lt. | 3.7 a 5.5 |
| <i>CLORO</i> | mEq./Lt. | 97.0 a 104.0 |
| <i>CALCIO</i> | mEq./Lt. | 8.0 a 10.0 |
| <i>FOSFORO</i> | Mg./dl. | 2.5 a 5.0 |
| <i>MAGNESIO</i> | Mg./dl. | 1.9 a 2.5 |

Figura V⁵⁰

⁵⁰ Fuente obtenida por Laboratorios Mares

TIEMPO DE COAGULACIÓN

Es importante este estudio ya que las mujeres que cursan con un embarazo pueden estar alterados los mecanismos de coagulación, aumentándose principalmente las plaquetas y la vía intrínseca de la coagulación.

Dado a que las prostaglandinas PGI-2 el factor de relajación del endotelio vascular conocidos como vasodilatadores más potentes, permiten a la célula endotelial modular la reactividad de la musculatura vascular, así como la inhibición de la adhesión y agregación plaquetaria.

| | | <i>Valores de Referencia</i> | |
|--|----|------------------------------|------------|
| TIEMPO DE PROTROMBINA | | | |
| TIEMPO DE COAGULACION DEL PLASMA NORMAL | 13 | Seg. | |
| TIEMPO DE COAGULACION DEL PLASMA PROBLEMA | | Seg. | De 11 a 14 |
| ACTIVIDAD DE PROTROMBINA | 70 | | 75 a 100 |
| INDICE DE NORMALIZACION INTERNACIONAL (INR) | | | |
| INDICE DE SENSIBILIDAD (ISI) | | | |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL: | | Seg. | 26 a 35 |
| FIBRINOGENO | | | |
| RESULTADO : | | mg/dl | 150 a 400 |

Figura VI ⁵¹

⁵¹ Fuente obtenida por Laboratorios Mares

PERFIL DE LÍPIDOS

Es de vital importancia el estudio de perfil de lípidos, ya que en base a los resultados obtenidos se definirá el pronóstico de la mujer embarazada y tomar la decisión si se interrumpe o no el embarazo.

*** PERFIL DE LÍPIDOS ***

| | |
|--|-------------|
| LÍPIDOS TOTALES | mg./100 ml. |
| TRIGLICÉRIDOS | mg./100 ml. |
| COLESTEROL TOTAL | mg./100 ml. |
| COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) | mg./100 ml. |
| COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) | mg./100 ml. |
| INDICE ATEROGENICO $\frac{LDL}{HDL}$ | |

***** CIFRAS DE REFERENCIA *****

| | | |
|--|------------------|----------------|
| LÍPIDOS TOTALES | De 400 a 1000 | |
| TRIGLICÉRIDOS | De 25 a 150 | |
| COLESTEROL TOTAL | De 100 a 270 | |
| | Infantes | |
| | Adultos <60 años | De 120 a 200 |
| | Adultos >60 años | De 150 a 230 |
| COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) | | HOMBRES |
| PRONOSTICO FAVORABLE | | Mayor a 55.0 |
| RIESGO STANDAR | | De 35 a 55.0 |
| INDICADOR DE RIESGO | | Menor a 35.0 |
| COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) | | |
| PRONOSTICO FAVORABLE | | MUJERES |
| RIESGO ESTÁNDAR | | Mayor a 55.0 |
| INDICADOR DE RIESGO | | De 45 a 55.0 |
| INDICE ATEROGENICO $\frac{LDL}{HDL}$ | | Menor a 15.0 |
| RIESGO NULO | | |
| RIESGO ESTÁNDAR | | Menor a 3 |
| INDICADOR DE RIESGO | | De 3.1 a 5.0 |
| MUY ALTO RIESGO | | De 5.1 a 8.5 |
| | | Mayor a 8.5 |

Figura VII ⁵²

⁵² Fuente obtenida por Laboratorios Mares

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Estudio de gran importancia y utilizado como variable de clasificación de preeclampsia valorando función renal y proceso infeccioso apegado, siendo estos factores condicionamientos de riesgo en la mujer gestante.

RESULTADO DEL EXAMEN GENERAL DE ORINA

| | |
|---|--------------|
| VOLUMEN | 100 ml |
| ASPECTO | TRANSPARENTE |
| COLOR | AMARILLO |
| DENSIDAD | 1.020 |
| PH | 5.0 |
| SEDIMENTO | ESCASO |
| PROTEINAS | NEGATIVO |
| GLUCOSA | NEGATIVO |
| HEMOGLOBINA | NEGATIVO |
| BILIRUBINAS | NEGATIVO |
| NITRITOS | NEGATIVO |
| CUERPOS CETONICOS | NEGATIVO |
| UROBILINOGENO | NORMAL |
| <i>EXAMEN MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO:</i> | |
| LEUCOCITOS | P/CAMPO |
| ERITROCITOS | P/CAMPO |
| CELULAS EPITELIALES | |
| BACTERIAS | |

Figura VIII ⁵³

⁵³ Fuente obtenida por Laboratorios Mares

II. METODOLOGÍA

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

La metodología utilizada fue la aplicación del proceso atención enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 Necesidades básicas y fundamentales que pueden ser modificadas por factores físicos, psicológicos y sociales, considerando que cualquiera de estas necesidades no pueden estar satisfechas cuando la persona no tiene la fuerza, el conocimiento y la voluntad para cubrirlas. Considerando que en este proceso atención enfermería, solo se detectaron necesidades que no estaban cubiertas, las demás no estaban alteradas por lo que no se tocaron.

Se desarrollo cada una de las etapas que conforman el proceso atención enfermera con la participación de la usuaria (Norma Guzmán) en el Hospital Obstétrico Pachuca, considerando que el primer encuentro de identificación se hace en el servicio de urgencias, interesándome el caso y haciendo la presentación con la usuaria para poder interrogarle y que ella participe activamente en el desempeño de este trabajo, tratando de brindarle confianza, comenté con ella que una servidora labora en esta Institución, como enfermera de base desempeñando funciones de enfermera además de ser pasante de la Licenciatura en Enfermería, solicitándole de manera respetuosa colaborar en el trabajo final para poder obtener el título de licenciada en enfermería enfocando su patología hacia un proceso atención enfermería, una vez que la Sra. Norma Guzmán acepta colaborar con una servidora, se le orienta a la señora sobre su estancia en la unidad y de las normas institucionales, así como de las técnicas y procedimientos que se le realizarán, comentándole el tratamiento específico que tendrá durante su estancia hospitalaria. Observando que la Sra. Norma Guzmán colaboraría para la realización de este trabajo se empezó por iniciar con la primera etapa del proceso atención enfermería que corresponde a la valoración a través del interrogatorio con cada uno de sus elementos que la conforman,

después identificando las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson, formulando diagnósticos de acuerdo a la respuesta de la usuaria, de sus problemas reales o potenciales, posteriormente planificando acciones sistemáticas para obtener la satisfacción de las necesidades detectadas planteando objetivos que sean alcanzables, ejecutando el plan de acción con base a razonamientos científicos en beneficio de la usuaria, basado en actividades totalmente independientes, terminando con el registro de actividades de enfermería y la respuesta del usuario, evaluando las intervenciones de enfermería.

Es importante comentar que esta valoración se aplico en 3 momentos, ya que primero llevo al servicio de urgencias, posterior en la sala de tococirugía y por ultimo en alojamiento conjunto.

Tomando en cuenta que dentro de las 14 necesidades que maneja el modelo conceptual de Virginia Henderson solo se detectaron ciertas necesidades que estaban alteradas, las cuales a continuación se enumeran:

- 1º. Necesidad de Comunicación: por la alteración del patrón de sentimientos y sensaciones asociadas a la patología, y que la señora cursaba sensaciones de inseguridad y desconfianza por no contar con su esposo y familia materna, y estar en un lugar desconocido, manifestándola con poca disposición para comunicarse.
- 2º. Necesidad de Eliminación: Ya que cursaba con edema de miembros inferiores, lo cual manifestaba retención de líquidos importante.
- 3º. Necesidad de Evitar los Peligros: por la alteración en el mantenimiento de la salud, asociado a pensar en la pérdida del producto, por su estado de salud y el escuchar su probable diagnóstico, así como datos clínicos de un trabajo de parto activo.

- 4°. La necesidad de Aprendizaje: dado a su bajo nivel de escolaridad (5°. Grado de primaria), asociado a que desconoce totalmente su patología, manifestando miedo, ansiedad, angustia, estrés.
- 5°. Necesidad de Seguridad y Protección: Esta necesidad estaba alterada por no tener la seguridad de que su esposo ya estuviera enterado y temor de desproteger a su pequeña niña de 6 años, ya que ella solo necesitaba tener cerca de su familia (esposo e hija).
- 6°. Necesidad de Reposo, sueño, descanso, asociado a la patología: Se detecta esta necesidad gracias a que cursaba con edema importante, había viajado de la Cd. de Veracruz 24 hrs. antes de llegar a esta unidad hospitalaria, porque esta necesidad no estaba satisfecha.

Tomando en cuenta que la usuaria presenta palidez de tegumentos, hiperreflexia +/+++ . Con el diagnóstico médico de mujer secundigesta de 39 SEG+ preeclampsia.

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Para la aplicación del proceso atención enfermería, se tuvo que solicitar la participación de la Sra. Norma Guzmán Hernández de 23 años de edad proveniente de la Ciudad de Veracruz, del municipio de Huayacocotla Veracruz, viviendo actualmente en unión libre. Procreó una hija de 6 años de edad, escolaridad primaria y de nivel socioeconómico bajo. Sin control prenatal (sólo en una ocasión acudió al médico general), tomando solo medidas generales, llega a esta institución (Hospital Obstétrico Pachuca) por familiar cercano, presentando edema en miembros inferiores de (+++) de 4 semanas de evolución, presión arterial de 150/90 mm Hg, cefalea, inquietud, datos claros de trabajo de parto y ruptura de membrana de 2 horas antes.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Embarazo de 36.5 SEG + Preeclampsia

2.2 VALORACIÓN

En esta etapa de valoración se pudieron obtener datos a través de información recibida por la usuaria y por familiar que la acompañaba, aplicando las etapas del método para la recolección de datos, conformándola:

- Entrevista
- Observación
- Exploración Física
- Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

La Sra. Norma Guzmán llegó a esta institución a las 22:15 hrs., por el servicio de admisión de urgencias, en donde la recibe el médico de guardia, la enfermera solicitó pase al vestidor y se coloque bata para ser revisada, en tanto la señora Norma Guzmán se retiraba la ropa, se interrogó a la persona que acompañaba a la Sra. Guzmán comentando que era su hermana y que había venido a visitarla, llegando a la Cd. de Pachuca de visita el día 23 de febrero del año 2002, presentándose a esta unidad hospitalaria el 25 de febrero del mismo año.

Una vez que la señora Norma regresa para ser explorada, se toman y se registran los signos vitales presentando una presión sistólica de 150 mmHg y una diastólica de 90 mmHg, frecuencia cardiaca de 92 x', frecuencia respiratoria de 28rx' y temperatura axilar de 37°C. La Sra. Norma Guzmán cursa con un buen estado general de conciencia, con palidez generalizada de tegumento, con obesidad marcada en 74,500 Kgs y una talla de 156 cm, la Señora Norma Guzmán se encuentra inquieta con un trabajo de parto activo con ruptura prematura de membranas de 2 hrs., antes de su llegada a la institución, además de encontrarse ansiosa y marcada angustia.

Como antecedentes importantes heredofamiliares, ninguno de importancia para el padecimiento por el cual acude, tampoco refiere patologías previas, intervenciones quirúrgicas o alergias, cursando su II embarazo, con un parto eustosico previo hace 6 años, atendido en medio rural, sin complicaciones aparentes.

Actualmente encontramos a la Sra. Norma Guzmán presentando edema en extremidades inferiores (+++) de 4 semanas de evolución con sensación de pesantez, con dolor de cabeza tolerable pero persistente, el cual ha estado presente como desde hace 30 - 45 días antes, refiere solo haber asistido en

una ocasión al médico en su centro de salud en donde le aplicaron toxoide tetánico y le indicaron sulfato ferroso una diaria, posterior a esto, no regresó a ninguna visita médica.

Continuando con la exploración física nos encontramos con que la Sra. Norma Guzmán está con facies de dolor, hidratada, glándulas mamarias bien formadas con pezón normal, areola normal y salida de secreción láctea escasa, el abdomen aumentado en volumen por útero gestante, encontrando producto único vivo en posición cefálica longitudinal con un fondo uterino de 32 cm, auscultando una frecuencia cardiaca fetal de 164 latidos por minuto. Se palpan contracciones uterinas de 3 - 4 en 10 minutos con una duración de 40 segundos y con un cérvix de 2 cm de dilatación y un 80% de borramiento, la pelvis se encuentra útil, observando que el edema de extremidades inferiores llega hasta las rodillas con reflejos aumentados +/-+++ Tomando en cuenta que última menstruación fue el día 09 de junio del año 2001, los demás órganos sin ningún compromiso ni problema aparente.

La Sra. Norma Guzmán cursa con angustia exagerada, con tendencia al llanto e inseguridad para ser tratada, además de desconocer totalmente sus probables diagnósticos.

Se ingresa a la Sra. Norma Guzmán canalizando vena, tomando estudios de laboratorio (biometría hemática completa y química sanguínea), se instala soluciones parenterales, se toma un bililastix en orina, encontrando preteinuria (+++), se prepara para pasar a la sala de labor para el manejo de trabajo de parto, iniciando tratamiento médico con hidralazina y alfametildopa todo esto en el servicio de urgencia.

Es importante mencionar que la señora Norma Guzmán gracias a su grado de angustia y dolor, es difícil entablar comunicación, pero si logramos que nos expresara su preocupación por su hija, el estar fuera de su lugar de residencia y alejada de su esposo, además del miedo que representa el no saber que le va a pasar por los diagnósticos que se manejan, platicando con ella y haciéndole notar la importancia que tiene el que ella se tranquilice en beneficio de ella y de su bebe que está por salir. La Sra. Norma conciente del todo y cooperadora, accede a las indicaciones que se le dan y a colaborar a su tratamiento.

EVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE TOCOCIRUGÍA

La señora Norma Guzmán ingresó a la unidad de Tococirugía aproximadamente a las 23:00 horas en donde es recibida por la señorita Enfermera encargada del servicio, colocándola en la cama no. 3 para el manejo y evolución de su trabajo de parto, inmediatamente a su ingreso, se toman y se registran signos vitales con los siguientes datos: frecuencia respiratoria de 23x', temperatura axilar de 37°C, frecuencia cardiaca de 84x' y una presión arterial de 130/85 mmHg notando una disminución importante en la presión sistólica.

Posterior a esto, es revisada nuevamente registrando y revisando cérvix con 6 cm de dilación con un 90% de borramiento y con la presencia de 6-8 contracciones uterinas en menos de 10 minutos con una frecuencia cardiaca fetal de 148x', esto se realizó a las 01:30 horas.

Se da aviso a la sala de expulsión para estar preparada sala y personal para el evento. Se continúa con el mismo grado de edema pélvico y la señora continua con menor grado pero persiste su angustia.

Durante su proceso y evolución de trabajo de parto se confirman los datos de identificación tanto de la madre como datos que el recién nacido llevará para la papelería correspondiente del recién nacido.

La señora Norma continúa con signos vitales dentro de parámetros normales, registrándose a las 02:45 hrs una T/A de 130/80 y al hacer tacto vaginal se decide pasar a sala de expulsión, en donde se abren bultos de parto, equipo de episioGRAFÍA y episiotomía, se prepara y se abre equipo de recién nacido, se pasa a la señora Norma de la camilla a la mesa de expulsión, se comenta con ella el procedimiento que se le va a realizar, se procede a ayudar al Obstetra y al pediatra para iniciar procedimiento, se procede para realizar asepsia y antisepsia del área, se le invita a que haga fuerza como si fuera a hacer del baño, que respire con la boca abierta, pero sobre todo que al tener la contracción, haga fuerza contrayendo los músculos perianales, se procede a hacer tacto correspondiente y se inicia el acto, realizando episiotomía y siendo las 03:35 horas se obtiene producto único vivo del sexo masculino con Apgar de 8 y Silverman de 9, llorando y respirando al nacer, se entrega al médico pediatra en donde se valoran sus signos vitales estando estables con buena coloración de tegumentos y características normales propias de un recién nacido, midiendo 51 cm., y pesando 2,950 kgs., presentándole a la señora Norma a su hijo.

Después de obtenido el recién nacido y ver que todo esta normal, se realiza identificación del recién nacido.

Se procede a extraer placenta, número de cotiledones y valorar que la placenta tenga características normales, posterior a esto, se realiza revisión de cavidad uterina para revisar y corroborar que no haya restos placentarios y se procede a instalar dispositivo intrauterino, se registra tensión arterial

manteniéndose en 130/80 mmHg, se indica solución glucosada al 5% 1000 ml, mas 20 unidades de oxitocina, valorando involución uterina, se procede a realizar episiorrafia, tal evento termina aproximadamente a las 04:20 horas, pasando a la señora Norma a la sala de recuperación.

EVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

Aproximadamente a las 6:20 hrs. pasa la señora Norma y su recién nacido a la sala de hospitalización del día 26 de Febrero, se recibe a la señora Norma y al recién nacido con signos vitales estables tanto de la señora como del recién nacido, solo que la señora presenta hipotermia de 35°C axilar, por lo que decidimos colocarle una lámpara para el control de temperatura, se revisa involución uterina, sangrado transvaginal signos vitales estables iniciando la vía oral a la Sra. Norma y al recién nacido, reiniciando la alimentación al seno materno, notando que no existió ninguna complicación.

En este servicio se proporcionan cuidados propios del turno matutino, viendo que sus constantes vitales se mantienen dentro de parámetros aceptables, se asiste a la señora Norma para baño general. Posterior a esto se revisa sangrado transvaginal y características de loquios.

Posterior a esto la señora cursa con un puerperio fisiológico normal, con buena producción de leche, sin problemas para amamantar a su recién nacido, observando que la señora Norma mantuvo presión sistólica y diastólica aceptable de 120/80 mmHg.

En el pase de visita médica por la mañana, se decide dar de alta por la tarde con las siguientes indicaciones para ser aplicadas en su casa:

- Registro de presión arterial mínimo c/24 horas en su Centro de Salud más cercano, ya que la elevación de esta pudiera condicionar a una eclampsia en el puerperio fisiológico.
- Administración de alfametildopa 250 mg. V.O. c/8 horas sólo por 3 días más, ya que ésta aminora la presión arterial en término de 2-4 hrs. con un efecto de hasta 12 horas.
- Mantener miembros pélvicos elevados por 15 minutos con intervalo de cada 4 hrs. valorando la disminución del edema
- Ingesta de líquidos abundantes
- Cita abierta a urgencia
- Cuidados específicos del recién nacido en base a su alimentación, aseo personal y crecimiento y desarrollo.
- Dieta baja en sodio para la madre.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Para cada una de las necesidades detectadas en la 1ª. Etapa de valoración se establecieron los siguientes diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía de la NANDA, detectados en el servicio de urgencias, implementando un plan de cuidados por cada servicio, el cual requiere de atención la Sra. Norma Guzmán (Urgencias, Unidad de Tococirugía y Alojamiento Conjunto).

| | | |
|-----------------------|--|--|
| <p>▼ Comunicación</p> | <p>▼ Deterioro en la comunicación asociado a una alteración de la personalidad, manifestada por temor al ambiente hospitalario con dificultad para expresarse.</p> | <p>▼ Lograr entablar comunicación positiva logrando la interrelación y participación haciéndole notar que el ambiente hospitalario cumple con satisfacer sus necesidades y así lograr disminuir su temor, creando en ella confianza y seguridad para poder expresarse.</p> |
| <p>▼ Eliminación</p> | <p>▼ Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, manifestado por edema (+++) e hipertensión arterial.</p> | <p>Establecer la función normal de eliminación para lograr disminuir el edema de miembros inferiores y disminuir las cifras tensionales, evitando así posibles complicaciones que pongan en peligro su salud.</p> |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| <p>▼ Aprendizaje</p> | <p>▼ Déficit de conocimiento asociado en la limitación cognoscitiva, manifestado con angustia, temor, ansiedad y desconfianza.</p> | <p>▼ Disminuir su angustia, tranquilizarla y consecuentemente lograr que colabore con el equipo de salud, entendiendo su patología, así como los riesgos y complicaciones que ésta enfermedad tiene.</p> |
| <p>▼ Hidratación</p> | <p>▼ Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionados por fallo en los mecanismos reguladores, manifestado por factores que influyen en la necesidad de líquidos (estados hipermetabólicos)</p> | <p>▼ Lograr en la Sra. Norma disminuir los niveles de proteinuria para recuperar sus estados normales metabólicos.</p> |
| <p>▼ Nutrición</p> | <p>▼ Alteración de la nutrición por exceso en el aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas manifestada por un peso superior al 10% del ideal para su talla y constitución corporal.</p> | <p>▼ Informar a la Sra. Norma la importancia de una buena alimentación, así como los beneficios de estar bien alimentada, así mismo, informarle de las complicaciones y riesgos que tienen las personas con sobrepeso.</p> |
| <p>▼ Reposo y sueño</p> | <p>▼ Alteración en el patrón del sueño relacionado con la dificultad para conciliar el sueño manifestado por cansancio, fatiga y ansiedad.</p> | <p>▼ Lograr en la Sra. Norma que descanse y recupere horas de sueño, proporcionándole un ambiente tranquilo y de confort para disminuir su cansancio, fatiga y ansiedad.</p> |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| <p>▼ Evitar los peligros</p> | <p>▼ Ansiedad relacionada con amenaza de muerte, manifestada por tensión, aprensión y desesperanza persistente.</p> | <p>▼ Lograr disminuir la ansiedad, proporcionándole confianza, apoyo moral en un ambiente tranquilo y así lograr en la Sra. Norma disminuir su tensión y aprensión.</p> |
|------------------------------|---|---|

2.4 PLANEACIÓN

Esta etapa que tuvo como propósito diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del usuario que fueron identificados durante el diagnóstico, se aplicaron las 4 fases, priorizando las necesidades con base a los problemas que requieren atención inmediata, solución sencilla, estableciendo objetivos (resultados esperados) que sean claros y realistas, determinando acciones de enfermería, individualizando el plan de cuidados que permita facilitar la comunicación, dirigir los cuidados y anotación de los mismos.

2.4.1 PLAN DE CUIDADOS IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|---|---|
| <p>Valorar la presión arterial cada 30 min., posterior cada 2 horas utilizando el mismo brazo y en la misma posición, haciendo registro en hoja correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▼ Monitoreo continuo de signos vitales c/2 hrs. ▼ Toma de T/A (150/90) c/ 30' ▼ Administración de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hidralazina 50 mg V.O. c/6 hrs. ▪ Alfametildopa 500 mg V.O. c/8 hs. ▼ Medición de la frecuencia fetal obteniendo una frecuencia cardiaca fetal del 164 Lx' c/ hora ▼ Canalización de vena periférica para la infusión de medicamentos y soluciones <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sol. Glucosada al 5% 1000 ml. p/8 hrs. + 20 unidades de oxitocina. I: 23 T: 07 | <ul style="list-style-type: none"> - Con la toma de presión arterial se pudo valorar si la presión arterial aumentaba o disminuía, tomando así decisiones importantes en su tratamiento para evitarle complicaciones a la madre y al producto. Observándose una disminución de T/A considerable. - Con la administración de medicamentos en tiempo y horarios establecidos se logran cifras tensionales de 140/80 con una variación de 130/80 mm Hg. Considerando que la usuaria llegó a una presión sistólica de 150 y una diastólica de 90 mm Hg. - Con el registro continuo de la frecuencia fetal cardiaca se logró mantener la seguridad de que el producto no presentaba sufrimiento fetal. - Ante la posibilidad de cualquier urgencia, se logró mantener vena permeable a través de la cual se administraron medicamentos y soluciones, logrando así disminuir problemas y evitar complicaciones. |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de muestras de laboratorio; biometría hemática química sanguínea y tiempos de coagulación. | <ul style="list-style-type: none"> - Con la toma de muestras de laboratorio se espera que los resultados estén dentro de límites normales y así detectar alteraciones. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Llevar un control estricto de líquidos. ▪ Reportar gasto urinario cuantas veces sea necesario ▪ Toma de bililastix en orina, valorando el grado de proteinuria (++) ▪ Toma de muestra de orina para examen general de orina, para descartar complicaciones ▪ Valorar el edema de miembros pélvicos, valorando llenado capilar, coloración y temperatura. ▪ Colocación de Vendaje pélvico. ▪ Vigilar el reflejo patelar y aquilano y bicipital y buscar clono. | <ul style="list-style-type: none"> - Se logró mantener un equilibrio entre ingresos y egresos ya que en la Sra. Norma Guzmán es importante cuantificar los líquidos para evitar o corregir problemas renales y complicaciones de sobrecarga circulatoria afortunadamente no hubo complicaciones. - Gracias a estudios de laboratorio tomados, se espera detectar a tiempo posibles alteraciones en proteínas. Una vez recabados los laboratorios se observó la proteinuria tomando medidas inmediatas. - Al colocarse el vendaje de miembros pélvicos, se favoreció la circulación en poco tiempo, observando que no hubo cambios en miembros pélvicos de coloración, temperatura, llenado capilar y edema. - En la Sra. Norma los reflejos estaban dentro de lo normal y así se mantuvieron con función adecuada, recordando que hay que buscar datos de hiperreflexia, los cuales nos estarían indicando irritabilidad en el S.N.C. |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|--|---|
| <p>▼ Ayudar a la Sra. Norma a reducir su ansiedad, manifestándole una actitud positiva y optimista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar un ambiente agradable y tranquilo. ▪ Transmitir una sensación de bienestar, comprensión y simpatía. ▪ Animar a la Sra. Norma a expresar cualquier temor o duda que pueda tener respecto a su tratamiento. ▪ Identificar y apoyar los mecanismos de afrontamiento que sean eficaces. ▪ Intercambiar comunicación en un lenguaje que sea entendible para ella. | <p>- Tomando como base que este es el principal problema que está desencadenando su problema, logramos que aún con sus molestias de trabajo de parto, la Sra. Norma Guzmán comprendiera que es de suma importancia la comunicación para poder saber su preocupación y dudas y así poder ayudar a disminuirlos con todas estas intervenciones.</p> |

PLAN DE CUIDADOS IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE TOCOCIRUGÍA

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Hacer una buena preparación psicológica adecuada. ▼ Describir la enfermedad de preeclampsia, sus consecuencias para el producto y la madre. ▼ Explicar el propósito y la importancia de las medidas terapéuticas (intervención quirúrgica, tiempo y tipo de anestesia, tiempo de recuperación) ▼ Hacerle notar a la Sra. Norma que la parte medular y fundamental en este gran acontecimiento es ella como madre secundigesta y que en gran medida depende de ella las posibles complicaciones. ▼ Orientar y explicarle a la Sra. Norma la importancia de estar en decúbito lateral izquierdo durante su fase activa de trabajo de parto. ▼ Llevar un control estricto de líquidos ▼ Reportar gasto urinario cuantas veces sea necesario | <ul style="list-style-type: none"> - Se logró mantener y equilibrio hidroeléctrico, valorando ingreso y egresos en la Sra. Norma Guzmán evitando así problemas renales, sobrecarga e líquidos y sobrecarga circulatoria, afortunadamente los volúmenes urinarios fueron normales. - Gracias al monitoreo, continuo de resultados de laboratorio, se mantuvo la tranquilidad para detectar a tiempo posibles complicaciones. - El vendaje de miembros pélvicos favoreció la circulación en poco tiempo, notando muy poco la disminución del edema. - En la señora Norma los reflejos continúan dentro de lo normal y con función adecuada. - Dado que en la Señora Norma Guzmán cada momento evoluciona más su trabajo de parto, logramos entender sus contracciones y como manejarlas, siempre haciéndole notar que ella juega el papel básico |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Monitoreo de signos vitales ▼ Toma de bilastix en orina, valorando el grado de proteinuria (+++) cuantas veces sea necesario. ▼ Valorar el edema de miembros inferiores ▼ Vendaje de miembros pélvicos, valorando llenado capilar, coloración y temperatura ▼ Vigilar el reflejo patelar y aquilano y bicipital y buscar clono ▼ Valorar trabajo de parto ▼ Evaluando firmeza y posición del fondo uterino ▼ Valorar la administración de medicamentos parenterales y soluciones ▼ Explicarle a la señora Norma la forma de respiración, la fuerza que debe ejercer sobre los músculos perineales, lo cual va a favorecer el nacimiento. ▼ Pasa a la sala de expulsión donde se | <p>de dicho evento, afortunadamente gracias a la colaboración de la señora Norma, avanzó rápidamente el parto sin ninguna complicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La señora Norma pasa a la sala de expulsión obteniéndose producto masculino de buen peso y estado general, al igual que la señora Norma en condiciones normales para iniciar el manejo del puerperio fisiológico. - Todo esto gracias a la labor que se hizo en un tratamiento terapéutico. - El recién nacido obtenido nace sin ninguna complicación ni malformaciones congénitas. - Se observa que la señora Norma esté tranquila al ver y preguntar por el bienestar de su hijo - Afortunadamente transcurre acto sin ninguna complicación y la señora Norma responde a las acciones aplicadas sin molestia alguna. - Afortunadamente la cantidad de salida de secreción vaginal estaba considerada normal en todas características, considerando que lo normal de salida de sangre es de |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|---|----------------------------|
| <p>realizara:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aseo de la región vulvar - Se abren bultos de parto y episiotomía - Se prepara equipo y material para recibir al recién nacido, abriendo bulbo de recién nacido, perilla, onfalotomo. <p>▼ Se procede a realizar episiotomía favoreciendo así la salida del recién nacido.</p> <p>▼ Se recibe producto masculino, llorando y respirando al momento, dándole cuidados mediatos e inmediatos al recién nacido.</p> <p>▼ Se presenta al recién nacido con la Señora Norma</p> <p>▼ Se obtiene placenta completa con cotiledones completos de apariencia normal.</p> <p>▼ Se coloca dispositivo intrauterino</p> <p>▼ Se procede a colaborar en la episiorrafia</p> <p>▼ Transcurre evento sin complicaciones</p> | <p>300 ml en 24 horas.</p> |

P.A.E. Preeclampsia

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|---|-------------------|
| <p>▼ Se le trata al máximo de seguir tranquilizando a la señora Norma</p> <p>▼ Valorar cantidad, olor, consistencia de loquios</p> <p>▼ Vigilar involución uterina.</p> | |

PLAN DE CUIDADOS IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE ALOJAMIENTO

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|---|---|
| <p>1. Valorar la presión arterial c/6 hrs utilizando el mismo brazo y e la misma posición, haciendo registro en hoja correspondiente.</p> | <p>- Afortunadamente la presión arterial se mantuvo con cifras normales en 120/80 así como las demás constantes vitales dentro de lo normal sin ninguna alteración.</p> |
| <p>▼ Monitoreo continuo de signos vitales T/A c/6 hrs.</p> | <p>- La administración de medicamentos en tiempo y dosis exacta lograron disminuir la presión arterial y mantenerse dentro de cifras normales.</p> |
| <p>▼ Administración de medicamentos</p> | <p>- La Sra. Norma Guzmán se recupera favorablemente, retirando soluciones parenterales.</p> |
| <p>▼ Hidralazina 50 mg. V.O. c/6 hrs.</p> | <p>- La salida de secreción hemática vaginal estuvo dentro de lo normal, considerando que lo normal de salida de excreción vaginal es de 240-270 ml en 24 horas.</p> |
| <p>▼ Alfametildopa 500 mg V.O. c/8 hrs.</p> <p>2. Infusión continua de medicamentos y soluciones parenterales así mismo valorar el retiro de soluciones parenterales.</p> | <p>- El flujo urinario se mantuvo en cifras normales y de características adecuadas.</p> |
| <p>3. Continuar valorando las características de los desechos vaginales (loquios) como olor, cantidad y coágulos 2 veces por turno.</p> | <p>- En la Sra. Norma logramos explicarle la importancia de la lactancia materna dándole de comer al recién nacido, ayudando a descongestionar</p> |
| <p>4. Valoración de flujo urinario normal</p> | |
| <p>5. Nuevamente orientar a la señora Norma para una buena lactancia materna.</p> | |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|-----------------------------------|---|
| 6. Vigilar involución uterina. | los senos maternos y así evitarle molestias o complicaciones, afortunadamente hubo excelente producción láctea. |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▼ Toma de peso corporal para ser evaluado. ▼ Orientación verbal con apoyo didáctico para explicar la importancia de una buena alimentación balanceada. ▼ Explicarle a la Sra. Norma que el estar bien alimentada tendrá buena producción de leche materna, la cual es importante para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, mínimo durante 3 meses, los cuales serán esenciales para la alimentación del recién nacido. ▼ Orientación nutricional durante el puerperio y sus ventajas del consumo de agua, frutas y verduras ▼ Orientación educativa del ejercicio a realizar después de egresar del hospital ▼ Proporcionar dieta blanda como primera indicación y posterior continuar con dieta normal baja en sal. ▼ Enseñar la importancia de mantener un peso adecuado proporcional a su estatura. | <ul style="list-style-type: none"> - Al disminuir el edema disminuyó el peso corporal en un 10% - La Sra. Norma confirmó que dicha patología es grave y consideró la importancia de conocerla y de cómo manejarla. - La Sra. Norma entendió que la alimentación es básica para el buen funcionamiento del ser humano, además de las ventajas en la producción de leche materna. - La Sra. Norma revalora la información nutrimental para manejar favorablemente el puerperio fisiológico. - La Sra. Norma logra entender que deberá hacer ejercicio moderado por las tardes (caminata). - Al momento de iniciar la vía oral, afortunadamente acepta y tolera la ingesta alimenticia. |

| INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | EVALUACIÓN |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▼ Proporcionar un ambiente favorable intrahospitalario ▼ Fomentar el reposo en cama durante las primeras 12 hrs, posterior a esto iniciar la deambulación. ▼ En el puerperio fisiológico fomentar el descanso y sueño. ▼ Explicar que el reposo, sueño y tranquilidad le ayudarán a disminuir sus riesgos. ▼ Brindar apoyo y confianza para disminuir su ansiedad, permitiendo que exprese sus emociones y sentimientos. ▼ Cambio de ropa de cama para ofrecer confort. | <ul style="list-style-type: none">- La Sra. Norma en el puerperio fisiológico logra descansar con tranquilidad y cooperando en su tratamiento. - Se observa en la Sra. Norma mientras descansa que sus facies son de tranquilidad gracias a la atención proporcionada. - El apoyo, la confianza y el medio ambiente brindado favoreció para que la Sra. Norma manejara un parto normal, con un hijo sano, demostrando confianza y mejorando notablemente su angustia. |

2.5 EJECUCIÓN

Fase en la que enfermería ejecuta acciones con estrategias enumeradas, jerarquizadas en el plan, previo establecimiento de objetivos.

2.6 EVALUACIÓN

Ultima etapa del proceso atención enfermería, en el cual se pudo evaluar de acuerdo a necesidades básicas prioritarias en la usuaria que curso con preeclampsia, específicamente en esta usuaria evolucionó satisfactoriamente, obteniéndose producto único vivo del sexo masculino, cursando con el puerperio fisiológico normoevolutivo, sin complicaciones.

Valorando algunas necesidades de la Teoría de Virginia Henderson, y ante esto se analizó necesidad por necesidad implementando acciones que determinarían la evolución satisfactoria de la usuaria.

No se comentó en el plan de cuidados pero también se platicó con ella sobre métodos anticonceptivos definitivos. Concluyendo que a corto plazo se realizará la obstrucción tubaria bilateral.

La usuaria salió del hospital sin complicación alguna determinando y enumerando los cuidados que en ella debería tener y en su hijo, los cuales se describen en el plan de alta.

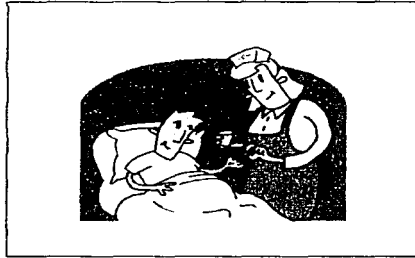
2.7 PLAN DE ALTA

La Sra. Norma Guzmán es egresada del servicio de alojamiento conjunto, aproximadamente a las 16:30 horas, del día 26 de febrero del año en curso, bajo el siguiente plan de alta, ya que la usuaria no presentó ninguna complicación.

La Sra. Norma G. recibe orientación en base a la importancia que tiene la patología por la cual curso y que aún a pesar de no haber presentado complicaciones durante su estancia hospitalaria puede incurrir en algún signo o síntoma de alarma por lo que tiene cita abierta a urgencias.



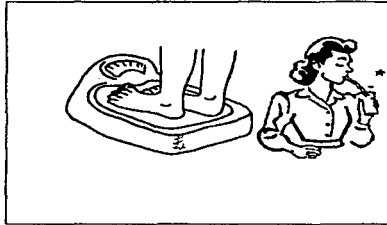
Información básica en la administración de medicamento (alfametildopa) indicándole que es un antihipertensivo de suma importancia para su padecimiento ya que controla su presión arterial



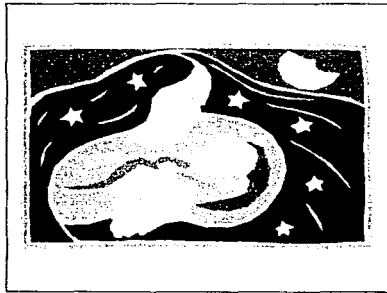
Durante 8 días deberá acudir a su Centro de Salud más cercano para que le tomen su presión arterial indicándole rangos y signos y síntomas de alarma que indiquen presión arterial alta.



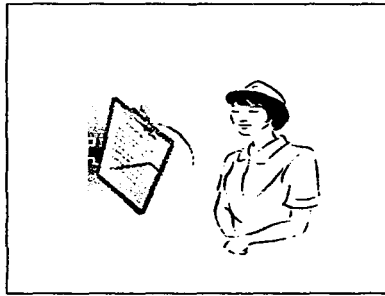
Hacer notar en la Sra. Norma la importancia de su alimentación, control de peso, ingesta de líquidos y sodio.



Información sobre cuidados de glándulas mamarias, forma de alimentación al recién nacido, datos de infección de senos mamarios e higiene de éstos antes y después de alimentar al recién nacido.



Otorgarle a la Sra. Norma consejería de planificación familiar por los riesgos y complicaciones que puede tener al cursar con otro embarazo de alto riesgo.



III. CONCLUSIONES

Indudablemente es de suma importancia que el equipo de salud juega un papel muy importante con la mujer en proceso de gestación que la enfermera personifica el estelar ya que ella la recibe, la observa examina, detecta pero sobre todo entabla comunicación cordial, afectuosa, brindando confianza, seguridad, sin dejar pasar por alto que la enfermera posee un alto sentido de humanidad y alto nivel de conocimientos.

En este trabajo se reflexiona que la enfermera es el eje central en toda patología, por lo que la profesional en enfermería debe estar actualizada y preparándose continuamente y que la teoría y la práctica se conjugan logrando la calidad del servicio.

Es importante mencionar que esta patología requiere que la Licenciada en Enfermería fomente la salud en la medicina preventiva, motive al demás personal de salud y que las instituciones también motiven a las licenciadas en enfermería para mejorar la calidad de atención y se eviten complicaciones tempranas o tardías.

Asimismo, resulta motivante comentar que el personal de enfermería y médicos especialistas a los cuales consulte para este trabajo, siempre fue de apoyo y colaboración, lo cual hizo que se avanzara positivamente para la conclusión de este.

Y por último, me di cuenta que el actuar eficaz y oportunamente en el tratamiento de la usuaria, favorece a su pronta recuperación pero sobre todo, a evitarle complicaciones.

Los recursos materiales son un factor muy importante en el juego de nuestros objetivos, pues el no contar con suficiente equipo y material así como la calidad del mismo, obstaculiza el buen desempeño de la enfermera en la atención del individuo.

Toda mujer puede tener complicaciones inesperadas o impredecibles durante el embarazo, el parto, e inmediatamente después del parto, aunque la atención de la salud sea accesible y de alta calidad lo que hace que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales por lo que en la actualidad la enfermera profesional debe de ser capaz de hacer frente a los problemas de salud a los que se enfrenta el país con un juicio crítico que le permita establecer un diagnóstico basado en conceptos teóricos estableciendo un plan de acción priorizando y ejecutando las acciones que satisfagan los requerimientos que el usuario demanda, tomando en cuenta su nivel de vida, entorno social y capacidades para poder tener un autocuidado a su salud, implementando acciones preventivas para evitar riesgos en la reproducción; así como problemas asociados previniendo daños mayores, disminuyendo costos a la familia y sociedad.

Es un reto para los profesionales de enfermería encontrar y consolidar una entidad profesional que nos permita sobrevivir como profesión independiente, es identificar ¿qué hacemos? ¿cómo? ¿para quién lo hacemos? y ¿por qué son necesarios nuestros servicios?, para lograrlo se requiere el desarrollo y la aceptación por parte de todos los profesionales

de una denominación y definición común, para identificar, describir, tratar y comparar los fenómenos de nuestra competencia.

En el logro de los objetivos se aplicó la metodología del Proceso Atención de Enfermería satisfaciendo las necesidades de la paciente durante su estancia hospitalaria de su presión arterial, control de peso, manejo de edema, proteínas y demás signos, brindándole una atención de enfermería de calidad durante el parto y puerperio fisiológico, la paciente conoció su padecimiento ya que a su egreso acudirá a su Centro de Salud para ser revisada tanto ella como su recién nacido, lo cual de demuestra interés a su autocuidado.

Para fines prácticos de la finalización de este proceso no se ha concluido con la interacción de la Sra. Norma que a través de la aplicación de la metodología del proceso atención de enfermería y la relación con la paciente me permite tener una visión como profesionista a futuro, planificando como desarrollar nuevos modelos de atención con cuidados a usuarios distintos, en lugares diferentes con un pensamiento crítico como líder cambiante con una clara percepción del presente con conocimientos sólidos de las necesidades de la población que permitan una penetración de los factores culturales que afectan la forma en que los seres humanos respondemos a los cambios a la salud, a través de la habilidad hacia una actitud perseverante.

El acercamiento con la Sra. Norma permitió conducirla a la aceptación de su proceso patológico y a la concientización de la importancia de implementar acciones de autocuidado que le van a permitir limitar el daño y evitar complicaciones que le generaran alteraciones en su núcleo familiar, así como el aumento a gastos innecesarios que en este momento ellos pueden solventar con la atención previa y asistiendo de forma oportuna al medio, evitando complicaciones.

IV . SUGERENCIAS

1. **Motivar al profesional de enfermería a investigar, en base a problemas frecuentes de su unidad hospitalaria.**
2. **Implementar un proceso atención enfermería como parte integral del expediente**
3. **Estructurar propios procesos de enfermería basado en una teoría aplicable de acuerdo a las necesidades del usuario que permita garantizar la calidad de atención y disminuir los riesgos y complicaciones del usuario y personal de salud.**
4. **Reorientación en la elaboración de procesos de enfermería por el personal experto en la estructuración y aplicación del mismo a través de talleres, sesiones semanales y cursos de educación continua**
5. **Fomentar en el personal de enfermería mantener un pensamiento amplio, juicio crítico y analítico que permita cambiar actitudes ante los diferentes fenómenos que transforman el ejercicio profesional de la enfermera**
6. **Seguir motivando al personal de enfermería en la actualización continua.**

V. ANEXOS

GUÍA DE VALORACIÓN EN LA MUJER GESTANTE CON PRE - ECLAMPSIA

DATOS PERSONALES

FECHA: 20 DE ENERO 2002
 PROCEDENCIA: HUAYACOCOTLA, VERACRUZ
 ACOMPAÑADA POR: HERMANA
 MOTIVO DE LA CONSULTA: CONTRACCIONES UTERINAS TRABAJO DE PARTO
 NOMBRE COMPLETO: NORMA GUZMÁN HERNÁNDEZ
 DIRECCIÓN: TONATITLA, DOMICILIO CONOCIDO
 ESTADO O CIUDAD: VERACRUZ, VERACRUZ.
 PESO: 74.500 KGS ESCOLARIDAD: 4º. AÑO DE PRIMARIA EDAD: 23 AÑOS
 ESTATURA: 1.53 MTS. ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
 PESO ANTES DEL EMBARAZO: 61 KGS.

I. DATOS DEL PROBLEMA ACTUAL:

FECHA DE 1 MENSTRUACIÓN: 14 AÑOS FECHA DE INICIO DE MENARCA: 14 AÑOS
 INICIO DE VIDA SEXUAL: 15 AÑOS
 NO. DE EMBARAZO: 2 NO. DE ABORTOS 0
 FECHA DEL ÚLTIMO EMBARAZO: HACE 6 AÑOS OBTENIDO EL PRODUCTO POR: VÍA VAGINAL
 EN EMBARAZOS ANTERIORES CURSO C/HIPERTENSIÓN ARTERIAL: NO PRESENTÓ EDEMA DE MIEMBROS PÉLVICOS: SI
 LLEVÓ CONTROL PRENATAL: SI EN 2 OCASIONES MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO: DIU
 FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 9 DE MAYO DE 2001.

II. ALERGIAS Y REACCIONES

ALÉRGICA A MEDICAMENTOS: NO
 ALÉRGICA A ALIMENTOS NO
 ALÉRGICA A OTROS: NO

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

III. PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

A) PADECIMIENTO ACTUAL:

1. DIAGNÓSTICO DE INGRESO (CAUSAS POR LAS CUALES ASISTE A LA CONSULTA O AL SERVICIO DE URGENCIAS)
EMBARAZO DE 37 SEMANAS MÁS TRABAJO DE PARTO ACTIVO MÁS RUPTURA DE MEMBRANA MÁS PRE-ECLAMPSIA

2. DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO O RAZONES POR LAS CUALES ASISTE A CONSULTAR ATENCIÓN

ASISTE LA SRA. NORMA POR EMPEZAR CON TRABAJO DE PARTO DESDE HACE 5 HORAS DE EVOLUCIÓN Y 2 HRS. DE HABERSE ROTO LA MEMBRANA. PRESENTÁNDOSE CONTRACCIONES UTERINAS DE MAYOR FRECUENCIA E INTENSIDAD

P. A. E. Preeclampsia

| | |
|--|--|
| 1. NIVEL DE CONCIENCIA ALERTA <u>SI</u> SOMNOLIENTO <u>NO</u> RESPONDE AL DOLOR <u>SI</u> | |
| RESPONDE A PREGUNTAS VERBALES <u>SI</u> NO RESPONDE A NINGUNA <u>NO</u> | |
| 2. ORIENTADO EN TIEMPO <u>SI</u> O <u>NO</u> <u>SI</u> ESPACIO <u>SI</u> PERSONAS <u>SI</u> | |
| 3. HUMOR RELAJADO <u>ANSIOSO</u> <u>SI</u> TRISTE <u>NO</u> RETRAÍDO <u>NO</u> OTROS <u>NO</u> | |
| 4. CAMBIOS RECIENTES DE MEMORIA <u>SI</u> <u>NO</u> | |
| 5. RESPONDE A ORDENES <u>SI</u> <u>NO</u> | |
| 6. HABLA CLARO <u>SI</u> <u>NO</u> NO HABLA <u>SI</u> <u>NO</u> CONFUSO <u>SI</u> <u>NO</u> | |
| PRECISO <u>SI</u> <u>NO</u> | |
| 7. AUDICIÓN NORMAL <u>SI</u> <u>X</u> <u>NO</u> DETERIORADA <u>SI</u> <u>NO</u> CORREGIDA <u>NO</u> | |
| SORDEZA <u>NO</u> LENGUAJE DE SIGNOS <u>NO</u> LEE LOS LABIOS <u>NO</u> | |
| 8. VISIÓN <u>NORMAL</u> <u>X</u> <u>DETERIORADA</u> <u>NO</u> <u>CORREGIDA</u> <u>NO</u> | |
| IV. VALORACIÓN POR SISTEMA Y APARATOS: | |
| 1. VALORACIÓN CARDIOVASCULAR | |
| SI PADECE ANGINA DE PECHO <u>NO</u> ARRITMIAS <u>NO</u> SOPLO <u>NO</u> | |
| EDEMA <u>SI</u> PALPITACIONES <u>NO</u> DOLOR TORÁCICO <u>NO</u> HIPERTENSIÓN <u>SI</u> | |
| 2. VALORACIÓN RESPIRATORIA | |
| SI PRESENTA TOS <u>NO</u> PRODUCTIVA <u>NO</u> CON DOLOR <u>NO</u> | |
| ASMA <u>NO</u> RONQUERA <u>NO</u> PRESENTA RESFRIADOS COMUNES <u>NO</u> | |
| 3. VALORACIÓN RENAL | |
| INFECCIONES <u>NO</u> POLIURIA <u>NO</u> INCONTINENCIA URINARIA <u>NO</u> | |
| 4. VALORACIÓN GASTROINTESTINAL (NUTRICIÓN - METABOLISMO) | |
| 1. CUANTAS COMIDAS AL DÍA <u>3</u> DIETA ESPECIAL <u>NO</u> | |
| 2. PÉRDIDA DE PESO <u>NO</u> AUMENTO DE PESO <u>SI</u> CUANTO <u>14.500</u> | |
| NAUSEA <u>NO</u> VOMITO <u>NO</u> RELACIONADAS CON EL EMBARAZO <u>SI</u> OCASIONAL <u>NO</u> | |
| 3. DOLOR ABDOMINAL <u>NO</u> PIROSIIS <u>NO</u> GASES <u>NO</u> CUANTAS VECES AL DÍA EVACUA <u>1</u> | |
| PADECE DE ESTREÑIMIENTO <u>NO</u> UTILIZA LAXANTES <u>NO</u> CUAL <u>NINGUNO</u> | |
| PADECE DE DIARREA <u>NO</u> FRECUENCIA <u>NO</u> | |
| 4. ABDOMEN BLANDO <u>SI</u> DURO <u>NO</u> NO DISTENDIDO <u>NO</u> DOLOROSO <u>NO</u> | |
| PRESENCIA DE RUIDOS INTESTINALES <u>NO</u> | |
| V. ESTADO DE LA PIEL | |
| COLOR NORMAL <u>NO</u> PALIDO <u>SI</u> CIANOSIS <u>NO</u> ICTERICIA <u>NO</u> OTROS <u>NO</u> | |
| TEMPERATURA <u>NORMAL</u> <u>X</u> <u>ANORMAL</u> <u>NO</u> | |
| TURGENCIA DE LA PIEL <u>NORMAL</u> <u>NO</u> <u>ANORMAL</u> <u>NO</u> | |
| EDEMA <u>SI</u> <u>NO</u> CUANTAS VECES <u>****</u> | |
| EN EXTREMIDADES EXISTEN: LESIONES <u>NO</u> HEMATOMAS <u>NO</u> ERUPCIONES: <u>NO</u> | |
| VARICES <u>SI</u> ENROJECIMIENTO <u>NO</u> LLENADO CAPILAR <u>2"</u> | |
| RESUMEN DE LA GUÍA DE VALORACIÓN APLICADA: | |
| <p>Resultado de vital importancia tener una guía de valoración basada en los 14 necesidades que maneja el modelo de Virginia Henderson, tomando en cuenta que la Sra. Norma Guzmán después de analizar los datos obtenidos y hacer una buena exploración física, se confirman los diagnósticos pero con las siguientes observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la Sra. Norma Guzmán se observó que una joven cuyo principal problema es su falta de conocimiento hacia su patología, el estar fuera de su lugar de procedencia y el estar alejada de su esposo, además de la preocupación que emerge el saber que su producto in utero está en peligro. - Esta guía sirvió como base para detectar necesidades básicas en la Sra. Norma Guzmán, pero sobre todo para poder actuar oportunamente y así evitar posibles complicaciones que pongan en riesgo la vida de la Sra. Norma Guzmán y la vida del nuevo ser humano. | |

GUÍA DE VALORACIÓN EN LA MUJER GESTANTE CON PRE - ECLAMPSIA

DATOS PERSONALES

FECHA: _____
 PROCEDENCIA: _____
 ACOMPAÑADA POR: _____
 MOTIVO DE LA CONSULTA: _____
 NOMBRE COMPLETO: _____
 DIRECCIÓN: _____
 ESTADO O CIUDAD: _____
 PESO: _____ ESCOLARIDAD: _____ EDAD: _____
 ESTATURA: _____ ESTADO CIVIL: _____
 PESO ANTES DEL EMBARAZO: _____

I. DATOS DEL PROBLEMA ACTUAL:

FECHA DE 1 MENSTRUACIÓN: _____ FECHA DE INICIO DE MENARCA: _____
 INICIO DE VIDA SEXUAL: _____ NO. DE ABORTOS _____
 NO. DE EMBARAZO: _____ OBTENIDO EL PRODUCTO POR: _____
 FECHA DEL ÚLTIMO EMBARAZO: _____ PRESENTÓ EDEMA DE MIEMBROS PÉLVICOS: _____
 EMBARAZOS ANTERIORES CURSO C/HIPERTENSIÓN ARTERIAL _____ MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO: _____
 LLEVÓ CONTROL PRENATAL: _____
 FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____

II. ALERGIAS Y REACCIONES

ALÉRGICA A MEDICAMENTOS: _____
 ALÉRGICA A ALIMENTOS _____
 ALÉRGICA A OTROS: _____

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

III. PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

A) PADECIMIENTO ACTUAL:

1. DIAGNÓSTICO DE INGRESO (CAUSAS POR LAS CUALES ASISTE A LA CONSULTA O AL SERVICIO DE URGENCIAS)

2. DESCRIBA EL PROCEDIMIENTO O RAZONES POR LAS CUALES ASISTE A CONSULTAR ATENCIÓN

P. A. E. Preclampsia

| | |
|--|--|
| <p>1. NIVEL DE CONCIENCIA ALERTA _____ SOMNOLIENTO _____ RESPONDE A PREGUNTAS VERBALES _____ NO RESPONDE A NINGUNA _____</p> <p>2. ORIENTADO EN TIEMPO SI O NO _____ ESPACIO _____ PERSONAS _____</p> <p>3. HUMOR RELAJADO ANSIOSO _____ TRISTE _____ RETRAÍDO _____ OTROS _____</p> <p>4. CAMBIOS RECIENTES DE MEMORIA SI _____ NO _____</p> <p>5. RESPONDE A ORDENES SI _____ NO _____</p> <p>6. HABLA CLARO SI _____ NO _____ CONFUSO SI _____ NO _____</p> <p>PRECISO SI _____ NO _____ NO HABLA SI _____ NO _____</p> <p>7. AUDICIÓN NORMAL SI _____ NO _____ DETERIORADA _____ CORREGIDA _____</p> <p>SORDERA _____ LENGUAJE DE SIGNOS _____ LEE LOS LABIOS _____</p> <p>8. VISIÓN NORMAL _____ X _____ DETERIORADA _____ CORREGIDA _____</p> | |
| <p>IV. VALORACIÓN POR SISTEMA Y APARATOS:</p> <p>1. VALORACIÓN CARDIOVASCULAR SI PADECE ANGINA DE PECHO _____ ARRITMIAS _____ SOPLO _____ EDEMA _____ PALPITACIONES _____ DOLOR TORÁCICO _____ HIPERTENSIÓN _____</p> | |
| <p>2. VALORACIÓN RESPIRATORIA SI PRESENTA TOS _____ PRODUCTIVA _____ CON DOLOR _____ ASMA _____ RONQUERA _____ PRESENTA RESFRIADOS COMUNES _____</p> | |
| <p>3. VALORACIÓN RENAL INFECCIONES _____ POLIURIA _____ INCONTINENCIA URINARIA _____</p> | |
| <p>4. VALORACIÓN GASTROINTESTINAL (NUTRICIÓN - METABOLISMO)</p> <p>1. CUANTAS COMIDAS AL DÍA _____ DIETA ESPECIAL _____</p> <p>2. PÉRDIDA DE PESO _____ AUMENTO DE PESO _____ CUANTO _____</p> <p>NAUSEA _____ VÓMITO _____ RELACIONADAS CON EL EMBARAZO _____ NO _____</p> <p>3. DOLOR ABDOMINAL _____ PIROSIS _____ GASES _____ CUANTAS VECES AL DÍA EVAGUA _____</p> <p>PADECE DE ESTREÑIMIENTO _____ UTILIZA LAXANTES _____ CUAL _____</p> <p>PADECE DE DIARREA _____ FRECUENCIA _____</p> <p>4. ABDOMEN BLANDO _____ DURO _____ NO DISTENDIDO _____ DOLOROSO _____</p> <p>PRESENCIA DE RUÍDOS INTESTINALES _____</p> | |
| <p>V. ESTADO DE LA PIEL</p> <p>COLOR NORMAL _____ PALIDO _____ CIANOSIS _____ ICTERICIA _____ OTROS _____</p> <p>TEMPERATURA NORMAL _____ ANORMAL _____</p> <p>TURGENCIA DE LA PIEL NORMAL _____ ANORMAL _____</p> <p>EDEMA SI _____ NO _____ CUANTAS VECES _____</p> <p>EN EXTREMIDADES EXISTEN: LESIONES _____ HEMATOMAS _____ ERUPCIONES: _____</p> <p>VARICES _____ ENROJECIMIENTO _____ LLENADO CAPILAR _____</p> | |
| <p>RESUMEN DE LA GUÍA DE VALORACIÓN APLICADA:</p> <p>Resultado de vital importancia tener una guía de valoración basada en las 14 necesidades que maneja el modelo de Virginia Henderson, tomando en cuenta que la Sra. Norma Guzmán después de analizar los datos obtenidos y hacer una buena exploración física, se confirman los diagnósticos pero con las siguientes observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la Sra. Norma Guzmán se observó que una joven cuyo principal problema es su falta de conocimiento hacia su patología, el estar fuera de su lugar de procedencia y el estar alejada de su esposo, además de la preocupación que emerge el saber que su producto in utero está en peligro. - Esta guía sirvió como base para detectar necesidades básicas en la Sra. Norma Guzmán, pero sobre todo para poder actuar oportunamente y así evitar posibles complicaciones que pongan en riesgo la vida de la Sra. Norma Guzmán y la vida del nuevo ser humano. | |

VI. GLOSARIO

1. **OBJETIVO A CORTO PLAZO:** Objetivo centrado en el cliente como paso para lograr un objetivo a largo plazo
2. **OBJETIVO A LARGO PLAZO:** Objetivo que se espera lograr en un periodo de tiempo relativamente largo, por lo general semanas o meses
3. **POLHIDRAMNIOS:** Aumento de la cantidad de líquido amniótico
4. **PLANIFICACIÓN:** En un proceso continuado para el éxito del Plan de Cuidados.
5. **PRIORIDAD:** Anterioridad en tiempo y en orden
6. **PROCESO DE ENFERMERÍA:** Método empleado por las enfermeras para efectuarse el diagnóstico y el tratamiento de problemas de salud reales y potenciales
7. **PROTEINURIA:** Presencia de proteína en la orina
8. **SÍNDROME DE H.E.L.L.P.:** Se refiere a hemólisis de eritrocitos, elevación de las enzimas hepáticas y reducción en la cuenta plaquetaria
9. **SIGNO:** Dato objetivo que indica una anomalía
10. **SÍNTOMA:** Dato subjetivo que indica una anomalía

11. **CALIDAD DE CUIDADOS:** Servicios del cuidado de la salud del cliente que aumentan la posibilidad de lograr resultados deseados y reducen la probabilidad de error indeseables.
12. **CÉRVIX:** Nombre que se da al cuello del útero
13. **CLIENTE:** Persona que escoge hacerse ayudar sin traba de su libertad y de su responsabilidad para la satisfacción de sus necesidades
14. **CRITERIO DE RESULTADOS:** Es el resultado de las intervenciones prescritas, generalmente se refiere a un resultado esperado u objetivo de las intervenciones.
15. **EFICIENCIA:** Calidad de ser capaz de producir el efecto deseado de forma segura con los mismos riesgos, gastos y esfuerzo innecesarios
16. **ENTORNO:** Lo que rodea una cosa
17. **FACTOR DE RIESGO:** Algo que se sabe que contribuye (o está asociado con) un problema específico
18. **GEN:** Factor de los cromosomas del que depende la transmisión de las características hereditarias
19. **GRÁVIDO:** Útero ocupado
20. **MÉTODO:** Manera ordenada y sistemática de hacer las cosas.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Arias Fernando M.D. P. D. "Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo". Ed. Mosby / Doyma Libros. 2ª. Edición. 1995. pp. 475
- Alfaro - Le Feure Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica". Ed. Mosby. 1992. pp. 302
- Burroughs. "Enfermería Materno Infantil". 7ª. Edición. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana 1999. pp 613
- L.J. Carpenito. "Manual de Diagnóstico de Enfermería". 5ª. Edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1997. pp 637
- Du Gas B.W. "Tratado de Enfermería Práctica". 4ª. Edición. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. pp 793

- **J. Roberto Ahued Ahued.- C. Fernandez del Castillo**
"Ginecología y Obstetricia Aplicada" Ed. J.G.H.
- **B. Kozier, G. Erb. K. Blas, J.Y. Jonson, J.S. Temple.** "Técnicas de Enfermería Clínica". 4ª. Edición. Vol. I. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. pp. 558
- **Cunningham, MacDonald, Gant Leveno Gilstrap** "Williams Obstetricia" Ed. Panamericana. 2a. Edición
- **London Lodowing Olds.** "Enfermería Materno Infantil". 4ª. Edición. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 1995. pp 210
- **Mondragón Castro Hector.** "Gineco - Obstetricia para Enfermería". Ed. Trillas. 1991. pp. 510
- **Mary Ellen Murria, Ph. D. RN. Leslie D. Atkinson, R.N. M.S.N.** "Proceso de Atención de Enfermería". Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. 5ª. Edición. 1995. pp. 225

- Kozier, ERB. "Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica". 4ª. Edición. Tomo I. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. España. 1995
- Instituto Mexicano del Seguro Social. "Revista de Enfermería". Vol. I. México. 1998
- Rosales Barrera Susana y Eva Reyes Gómez. "Fundamentos de Enfermería". Ed. Manual Moderno. Edición. 1995
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Sistema de Universidad Abierta. "Antología: Proceso Atención Enfermería". México. 1997. pp. 187
- INTERNET, <http://www.terra.es/personal/duenas/pae/htm> .
- INTERNET, <http://www.terra.es/personal/duenas/pae/htm>. p. 22-28