

00921
72



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
ECLAMPSIA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
IRMA VERONICA GOMEZ DURAN

No. CTA: 9636006-2

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



DIRECTOR DEL TRABAJO:
LEO. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



MEXICO, D. F.,

SEPTIEMBRE DE 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A DIOS:

Por permitirme existir en esta vida y llegar hasta donde estoy.

A MIS PAPÁS:

Por ser un ejemplo en mi vida, por estar siempre pendiente de mí, por siempre querer darme lo mejor y procurarme en todo momento; gracias por el amor, la confianza, la comprensión y el apoyo que durante toda mi vida me han brindado. Les estoy y les estaré eternamente agradecida por absolutamente todo. Ahora me toca a mí seguir sola y desempeñarme profesionalmente como me corresponde, pero espero seguir contando con ustedes; no los defraudaré. Quiero que sepan que los amo con todo mi corazón. Gracias por creer en mí.

A MI HERMANO:

Porque eres una persona muy importante y esencial en mi vida, y porque sé que siempre puedo contar contigo. Espero que el amor que nos tenemos, que es el que siempre nos ha mantenido unidos, sea para siempre. La verdad, no pude haber tenido mejor hermano que tú. Te amo.

A MI TÍA Y A MIS PRIMOS:

Porque ustedes son mi familia, porque a lo largo de toda mi vida hemos estado siempre juntos y hemos compartido momentos únicos e inolvidables. Me da mucho gusto ver como cada día procuramos estar más unidos y espero que así siga siendo. Ustedes significan mucho para mí y quiero que sepan que siempre los llevo en mi corazón. Los amo.

A EMMANUEL:

Por ser quien eres y por ser una persona muy especial en mi vida. Gracias por cada uno de esos momentos que hemos compartido juntos, que muchos han sido maravillosos y otros no tanto; gracias por tu cariño, por tu comprensión, por tu confianza, y por tu apoyo. Tú sabes lo que significas para mí y es importante que en momentos tan especiales de mi vida como este, los compartas conmigo. A ti te debo parte de mi felicidad. Te amo.

A MI ASESORA MARTHA LILIA:

A quien le estoy agradecida por haberme brindado su tiempo y su paciencia. Muchas gracias por transmitirme sus conocimientos, por sus consejos, pero sobre todo por el apoyo que desde un principio me dió, ya que parte de este trabajo fue gracias a usted.

Me dió mucho gusto que haya sido parte de este proyecto académico tan importante en mi vida.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
→ GENERAL	
→ ESPECÍFICOS	
3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	4
4. MARCO TEÓRICO	
4.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	5
4.2. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE V. HENDERSON	9
4.3. PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA:	
A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMEDAD	12
B) EPIDEMIOLOGÍA	12
C) LA PREECLAMPSIA	13
D) LA ECLAMPSIA	13
E) ETIOLOGÍA	14
F) FISIOPATOGENIA	14
G) CUADRO CLÍNICO	17
H) DIAGNÓSTICO	18
I) TRATAMIENTO	18
J) EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE	21
K) COMPLICACIONES	22
L) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	24
5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO	25
5.2 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	26
5.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	33
5.4 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA	34
5.5 PLAN DE CUIDADOS	36
6. PLAN DE ALTA	52
7. CONCLUSIONES	55
8. ANEXO	57
9. BIBLIOGRAFÍA	59

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna aún constituye en nuestro país un importante problema de salud pública y representa una verdadera inequidad social y de género, particularmente si se considera que sus principales causas son totalmente prevenibles.

Existen diversos trastornos físicos con complicaciones específicas en la mujer gestante y que serían un riesgo para la salud en ella misma, en el feto y en el recién nacido.

Los trastornos hipertensivos del embarazo producen un gran espectro de alteraciones clínicas siendo la más importante la preeclampsia, que si no se trata a tiempo se complicaría y se convertiría en eclampsia, en donde ésta podría producir hasta la muerte fetal o materna en caso de no tratarla.

La preeclampsia-eclampsia es la primera causa de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal en México, por lo que la prevención, detección temprana de signos y síntomas de alarma, referencia oportuna y tratamiento adecuado constituyen acciones esenciales en la atención perinatal de la población.

Ante esta problemática, la participación de Enfermería con relación al cuidado es muy importante, dado que son éstos los profesionales, quienes se enfocan principalmente a la orientación, al apoyo, a la enseñanza y educación de la paciente; así que Enfermería es quien más debe insistir en que toda mujer que desee embarazarse lleve un control preconcepcional, así como en toda mujer gestante lleve una vigilancia prenatal estrecha; con la finalidad de cursar un embarazo saludable, en el tiempo apropiado y sin riesgos.

En estas primeras consultas la enfermera tiene la oportunidad y la capacidad de llevar a cabo una valoración precisa a la paciente; es decir, si identificamos al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como una herramienta teórico-metodológica para el quehacer de Enfermería, reconocemos que la valoración permite identificar tanto factores de riesgo como signos y síntomas.

En caso de que se presenten factores de riesgo que predispongan a enfermedades hipertensivas del embarazo, la enfermera se encarga de dar instrucciones precisas a seguir como la dieta, el reposo, etc., y reducir el riesgo de que se presente la enfermedad; o realizar las referencias con el personal pertinente.

Es una necesidad que todas las embarazadas reciban información acerca de los signos que indican posibilidad de preeclampsia, los que se reconocen con facilidad y que deben de reportarse de inmediato.

De lo anterior se desprende la importancia de la insistencia de la promoción de la salud perinatal de crear conciencia, ya que es la mejor forma de disminuir complicaciones y de garantizar una maternidad saludable.

Recordemos que cualquier embarazo requiere de una atención de calidad y calidez, para hacer de esta etapa reproductiva una experiencia gozosa.

Siendo el Hospital de la Mujer uno de los hospitales materno infantil más importantes, es aquí donde la frecuencia de casos de preeclampsia-eclampsia es muy elevada y sobre todo por experiencia propia se ha observado que se presentan muchos casos durante los meses de noviembre y diciembre.

En virtud de lo anterior, seleccioné a la paciente J.S.H. de 21 años de edad, primigesta, con diagnóstico médico de Eclampsia, atendida en la Terapia Intensiva de esta unidad hospitalaria a la cual se le realizó este Proceso de Atención de Enfermería.

Para ello, se revisó desde conceptos básicos del PAE, modelo conceptual de V. Henderson, así como antecedentes históricos de la enfermedad, su epidemiología, su etiología, la fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, exámenes de laboratorio y gabinete, complicaciones y diagnóstico diferencial; todo esto integrado en el presente trabajo.

2. OBJETIVOS

GENERAL:

- ♫ Llevar a cabo los conocimientos teóricos de la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería a la práctica, implementando cada una de las etapas del mismo, en un caso real; en una paciente con eclampsia.

ESPECÍFICOS:

- ♫ Identificar las necesidades de la paciente y jerarquizarlas para establecer la planeación y actuar de manera específica para resolverlas.
- ♫ Llevar a cabo un plan de cuidados que permita brindar una atención integral considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y asistenciales que contribuyan al restablecimiento de la salud de la paciente ecláptica.
- ♫ Reducir la presencia de complicaciones reconociendo riesgos y buscando posibles soluciones.
- ♫ Adquirir experiencia teórica y práctica de conocer, relacionar y analizar cuidados que demanda la paciente de acuerdo a sus necesidades.
- ♫ Llevar a cabo la toma de decisiones adecuadas y precisas ante el caso específico y/o ante aplicaciones posteriores en casos similares.

3. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

LUGAR: Hospital de la Mujer, en el servicio de Terapia Intensiva ubicado en el 1º piso poniente.

UNIVERSO: paciente femenino adulto joven

LÍMITES: del 4 de noviembre del 2002 al 31 de enero del 2003.

No fue difícil empezar a entablar una conversación con ella, ya que desde un principio hubo empatía de ambas. Es así como dio a conocer su caso y se decidió a trabajar con la paciente.

Primero se le explicó detalladamente en que consistía el trabajo; ella estuvo de acuerdo y dio su autorización para aplicarle el instrumento de valoración. Este es un instrumento el cual sigue las directrices que marca V. Henderson con relación a la valoración de las 14 necesidades humanas.

Una vez aplicado el instrumento de valoración se llevó a cabo una revisión minuciosa del expediente clínico y una investigación bibliográfica para recabar la suficiente información y así evaluar y jerarquizar las necesidades de la paciente.

Finalmente con esto, se estableció un plan de cuidados con el objetivo de satisfacer esas necesidades identificadas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente, establecer planes, identificar sus necesidades y así actuar de forma específica para resolverlas.

El PAE es una herramienta de trabajo muy valiosa y muy útil para Enfermería ya que le permite llevar a cabo un plan de cuidados individualizado de calidad y con continuidad, en el cual el paciente es participe; y de esta manera él podrá estar al tanto de las actividades que desempeñe su enfermera con el fin de lograr su bienestar.

A través del PAE se llevan a cabo acciones que brindan una gran apertura y una mayor credibilidad al trabajo que desempeña Enfermería; además de que el proceso proporciona y eleva al máximo la responsabilidad ante los criterios del cuidado.

La enfermera requiere de capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para elaborar un PAE; así como capacidades de comunicación, el saber escuchar, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza en el paciente y obteniendo datos que respete la individualidad del mismo. Las capacidades intelectuales incluyen la resolución de problemas, el pensamiento crítico y el establecimiento de juicios de enfermería. La toma de decisiones se implica en todos los componentes del PAE.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.
- Ejecución.
- Evaluación.

VALORACIÓN:

Consiste en recopilar y organizar los datos del nivel de salud del paciente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales; se obtienen de varias fuentes y es la base de la actuación y la toma de decisiones en etapas siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación y de comunicación.

DIAGNÓSTICO:

Es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico de enfermería, en el cual constituye una relación de las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del paciente. El análisis lleva implícita una información sobre las respuestas del paciente que la enfermera este autorizada a tratar.

El análisis consiste en desglosar las diferentes partes de un todo como se hace por ejemplo al diferenciar los sistemas del organismo. Un problema de salud actual es aquel que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la

presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas tengan alteraciones en su salud.

PLANIFICACIÓN:

En esta etapa la enfermera reconoce prioridades, establece los objetivos a las respuestas esperadas y se plantea las actividades de enfermería a realizar, para solucionar los problemas identificados y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con el paciente planea estrategias de acción específicas para cada diagnóstico de enfermería.

EJECUCIÓN:

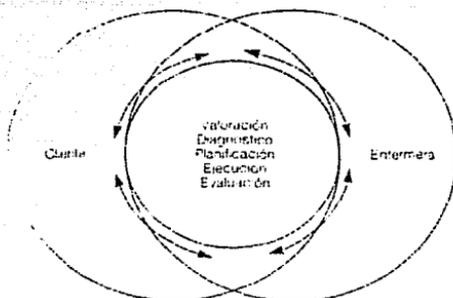
Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta etapa la enfermera continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La obtención continua de información es esencial, no solo para descubrir los cambios en el estado del paciente, sino también para obtener aquellos datos que permitirán la evaluación de los objetivos en la siguiente etapa. Para validar el plan, la enfermera determina:

- a) Si el plan de cuidados es realista y ayuda al paciente a lograr las respuestas o metas deseadas.
- b) Si se han considerado las prioridades del paciente.
- c) Si el plan está individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.

EVALUACIÓN:

Se valora la respuesta del paciente a las actuaciones de enfermería y después se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. La enfermera determina en que medida los objetivos a las respuestas esperadas han sido alcanzados; parcialmente alcanzados o no conseguidos. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe aplicar cambios en alguna o todas las etapas del PAE. Es por ello que esta etapa debe de ser continua y permanente.

Interrelación entre el paciente, la enfermera y el Proceso de Atención de Enfermería:



CARACTERÍSTICAS DEL PAE:

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares en cada paciente.
- Es planificado.
- Está dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades únicas del paciente, la familia o la comunidad.
- Permite creatividad a la enfermera y al paciente en la intervención de maneras, para resolver el problema de salud planteado.
- Es interpersonal; requiere que la enfermera se comunique directa y persistentemente con los pacientes para encontrar sus necesidades.
- Es cíclico; como las etapas están interrelacionadas no existe un principio o final absoluto.
- Resalta el feedback (o retroalimentación), que conduce bien a la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente. El PAE es usado como el marco de los cuidados de enfermería en todos los tipos de establecimientos sanitarios con pacientes de todas las edad

Visión general de los objetivos y actividades del PAE:

<i>Componentes y objetivos</i>	<i>Actividades</i>
<i>Valoración</i> Establecer una base de datos	Obtener datos de la historia de salud Exploración física Revisión de otros registros Consulta a los familiares Revisión bibliográfica Verificación de datos
<i>Diagnóstico</i> Identificar las necesidades de cuidado del paciente y preparar la relación de diagnóstico	Organizar los datos obtenidos Comparar los datos con los modelos Agregar o agrupar los datos (generar tentativas de hipótesis) Identificar fallos e inconsistencias Determinar los problemas de salud del paciente, riesgos y fuerzas Formular los planteamientos del diagnóstico de enfermería
<i>Planificación</i> Identificar los objetivos del paciente y las actividades apropiadas de enfermería	Establecer prioridades, metas y criterios de evaluación Seleccionar estrategias de enfermería Consultar con otros profesionales Elaborar órdenes de enfermería y plan de asistencia
<i>Ejecución</i> Realizar el plan de enfermería de ayuda al paciente según los objetivos	Tranquilizar al paciente Actualizar la base de datos Revisar el plan de cuidados Realizar las intervenciones de enfermería planificadas
<i>Evaluación</i> Determinar el grado en que se han conseguido los objetivos	Obtención de datos sobre la respuesta del paciente Comparar la respuesta con los criterios de evaluación Analizar respuestas Modificar el plan de cuidados

¹ B. Kozier, *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*, p.p. 181, 183, 185, 187.

4.2. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; y hacer esto de tal forma, que le ayude a ser independiente lo antes posible."

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.

- ★ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ★ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ★ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow; las siete necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, la 8ª y 9ª están relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina "cuidados básicos de enfermería". Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Henderson de los conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

PERSONA: individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz; la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano como el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

ENTORNO: incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

SALUD: la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura adecuada.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ★ **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ★ **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y hemorragias).
 - Estados de inconciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debido a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.

- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.²

² <http://telenine.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

4.3. PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMEDAD:

Todavía no se conoce la causa de la hipertensión inducida por el embarazo, aunque la investigación ha sido muy extensa en las últimas décadas. Se le ha llamado la "enfermedad de las teorías" debido al número de teorías que se han propuesto para su etiología.

Antiguamente se le conocía como "toxemia del embarazo", esto se debía a una teoría que afirmaba que la causa era una toxina producida en el organismo de la mujer embarazada.³ Por otro lado se tenía la creencia de que la afección era por toxinas derivadas de los productos de la concepción que entraban a la sangre.

Este término ya no se utiliza debido a que no se han demostrado sus teorías.

En 1972 el American College of Obstetricians and Gynecologists introdujo un sistema de clasificación para afecciones hipertensivas del embarazo que excluyó el diagnóstico de toxemia.

El término que se emplea en la actualidad es el de Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) o simplemente Preeclampsia-Eclampsia y se usa para describir el síndrome de hipertensión, proteinuria y edema evidente en el embarazo.⁴

B) EPIDEMIOLOGÍA:

El análisis epidemiológico se dificulta porque el registro de la información no es completo y también, porque existen diferencias terminológicas. Las normas para tomar la Tensión Arterial (TA) tampoco están estandarizadas y existen factores como la posición y los cambios del medio ambiente que alteran las cifras tensionales. La mayoría de los autores presenta una frecuencia que varía entre 6 y 10%. Sin embargo, para otras puede alcanzar el 30%.

Son múltiples los factores que pueden influir para que la preeclampsia-eclampsia se presente con mayor o menor frecuencia.

Cuando se analiza la relación entre preeclampsia-eclampsia y el total de embarazos, se observa que ocurre más frecuentemente en el primero y menos en el segundo, cuando el anterior finalizó con una tensión arterial normal.

³ S. Olds, *Enfermería Materno-infantil*, p.499.

⁴ M. Reeder, *Enfermería Materno Infantil*, p.822.

Si el primer embarazo termina en aborto, la posibilidad de presentar preeclampsia-eclampsia es mucho menor; parece que durante los primeros meses existe una posible protección. La predisposición familiar puede alcanzar un 39%.⁵

C) LA PREECLAMPSIA:

Para explicar la eclampsia es necesario conocer primero la preeclampsia.

La preeclampsia también conocida como Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE), es una complicación obstétrica que se presenta después de las 20 SDG; (la única excepción para el inicio antes de las 20 SDG, es cuando se complica a una gestación molar); por lo general en el último trimestre o al principio del puerperio y se caracteriza por presentar: hipertensión, edema y proteinuria.⁶

CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA

Leve o mínima:	Severa o profunda:
Presión arterial de 140/90 mm de Hg a 160/110 mm de Hg y proteinuria menor a 5 gr. en orina de 24 horas (+ - ++).	Presión arterial de 160/110 mm de Hg o más y proteinuria de 5 gr. O más en orina de 24 horas (+++ - ++++).

7

La preeclampsia es precursora de la etapa prodrómica de la eclampsia; en otras palabras, a menos que se detenga el proceso preeclámptico por tratamiento o por parto, es probable que se produzca eclampsia.⁶

D) LA ECLAMPSIA:

La palabra griega eklampnis, que significa "proyección hacia delante o desarrollo brusco", se refiere a la aparición brusca de la característica convulsión que separa la preeclampsia de la eclampsia, esto es, la eclampsia es la complicación de la preeclampsia.

La eclampsia se caracteriza por presentar convulsiones, coma, entre otros signos y síntomas, aunado los de la preeclampsia.

La eclampsia es la presencia de convulsiones en una gestante con diagnóstico de preeclampsia y que dichas convulsiones no sean el efecto de alguna alteración neurológica tales como epilepsia o hemorragia cerebral.

Se ha visto que aproximadamente en la mitad de los casos, la convulsión tiene lugar antes de iniciarse el trabajo de parto, el resto se reparte proporcionalmente durante el parto y el puerperio. En la actualidad se acepta que cuando la primera convulsión se

⁵ Sin autor, Texto integrado, *Obstetricia y Ginecología*, p.197.

⁶ R. Benson, *Manual de Obstetricia y Ginecología*, p.375.

⁷ Y. Rivas, G. Arias, J. L. Acevedo, *Guías Diagnósticas y Terapéuticas para Preeclampsia /Eclampsia*, Hospital de la Mujer, S. S. P. 2.

⁸ M. Reeder, *Enfermería Materno Infantil*, p.826.

inicia después de las 48 hrs. posteriores al parto, ya no corresponde a una eclampsia y es preciso pensar que se trata de otras enfermedades del SNC.⁹

E) ETIOLOGÍA:

A la luz de los conocimientos actuales no se conoce la etiología precisa, pero se han aclarado ciertas facetas de la patogénesis.

Existen diversos factores predisponentes que conllevan a la enfermedad:

- Pacientes primigrávidas.
- Edades extremas de la vida reproductiva (menos de 20, más de 35).
- Ser de raza negra y estadounidenses nativas.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Malnutrición materna. (dieta pobre en proteínas).
- Antecedentes familiares de preeclampsia y eclampsia.
- Factores psicoemocionales: estrés, rechazo al producto.
- Enfermedades vasculares: hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, lupus eritematoso.
- Problemas de embarazo: gestación múltiple, mola hidatiforme, polihidramnios, embarazo gemelar, incompatibilidad a RH.
- Predisposición genética.

F) FISIOPATOGENIA:

La pared de los vasos sanguíneos juega un papel importante, ya que sus células endoteliales musculares lisas y musculares se encuentran integradas por un complejo de interacciones funcionales, estas mismas células funcionan como sensores de señales humorales y hemodinámicas, pero también como responsables de una respuesta, lo que permite mantener un balance hemostático, ya que en su interior se encuentran sustancias vasoactivas (vasodilatadores y vasoconstrictores); así como mediadores procoagulantes-anticoagulantes y proinflamatorios y antiinflamatorios, promotores e inhibidores del crecimiento.

Las sustancias activas que sintetizan las células endoteliales con el fin de mantener la integridad vascular y la fluidez de la sangre son: las prostaciclina y el factor relajante de la musculatura vascular (óxido nítrico). Estos son considerados vasodilatadores potentes, que permiten a las células endoteliales modular la actividad de la musculatura vascular, además de jugar un papel muy importante como inhibidores de la adhesión y agregación plaquetaria, por lo que tiene un papel sinérgico para regular la homeostasis y la relación entre las plaquetas y la pared vascular.

Para que estas sustancias sean producidas se necesitan mensajeros intracelulares como el Adenosin Monofosfato Cíclico, Guanosin Monofosfato Cíclico, Calcio e interacciones entre las células endoteliales y plaquetas de algunos otros constituyentes del plasma.

Como estas afecciones alteran diversos sistemas, es evidente que una alteración individual no basta para explicarla.

⁹ E. Dickason, *Enfermería Materno Infantil*, p.552.

En apariencia la hipertensión inducida por el embarazo se asocia con la producción de Tromboxano A2. Esta hormona es un vasoconstrictor potente y estimulador de la agregación plaquetaria y se considera que es un factor etiológico para la vasoconstricción, la hiperactividad de las plaquetas y trombosis arterial uteroplacentaria que se caracteriza por un aumento de la TA y mayor resistencia vascular periférica de la hipertensión inducida por el embarazo.

La acción vasospástica produce daños a los vasos sanguíneos al reducir su aporte sanguíneo y al elongarlos en áreas que se produce la dilatación de los segmentos, el endotelio se lesiona y en ocasiones las plaquetas y el fibrinógeno, al igual que otros productos sanguíneos, se libera al interendotelio, se produce desplazamiento general de líquidos del espacio intravascular al espacio intracelular.

El hematocrito y la hemoglobina aumentan como resultado de la vasoconstricción y reducción del líquido intravascular. De manera similar las proteínas y los electrolitos se desplazan al espacio intracelular.

A diferencia de las embarazadas sanas que resisten los factores presores de la angiotensina II, las mujeres que desarrollan la preeclampsia muestran aumento en la respuesta presora a la angiotensina II, varias semanas antes de que se observen síntomas clásicos; también se observa menor actividad de renina plasmática, aldosterona y angiotensina II.

En la actualidad se estudia una teoría que indica la asociación de complejos antígenos anticuerpo en la circulación con el desarrollo de la hipertensión inducida por el embarazo.¹⁰

CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS EN LA PREECLAMPSIA /ECLAMPSIA:

Cambios en la coagulación: muchos de los factores de la coagulación se encuentran aumentados al final de la gestación normal y a su vez, la actividad fibrinolítica se observa disminuida. Estos cambios fisiológicos de hipercoagulabilidad han sido utilizados para explicar en parte, la fisiopatología de la preeclampsia/eclampsia. Muchas de las alteraciones que se producen en el sistema de coagulación de estas pacientes, no están muy esclarecidas todavía pero se sabe que la trombocitopenia es el hallazgo más significativo en los casos graves. Un mecanismo inmune, sumado al vasoespasmo y al daño vascular, serían los responsables de la trombocitopenia.

Cambios renales: contrario a lo que ocurre en el embarazo normal, donde la filtración glomerular y el flujo plasmático renal se encuentran aumentados; en las pacientes con preeclampsia/eclampsia especialmente en los casos graves, existe una disminución ligera. Sin embargo, la función renal puede estar muy alterada por la necrosis tubular y cortical. La glomerulo-endoteliosis capilar es una lesión que no es patognomónica, pero también se puede encontrar en otras enfermedades renales. Es posible que esta lesión se pueda explicar por un mecanismo inmunológico.

El estudio de las biopsias renales por inmunofluorescencia con fluorocelina marcada, en pacientes con preeclampsia/eclampsia, demostró una buena correlación entre la severidad clínica, la densidad y el depósito de inmunoglobulina anti M y G. El

¹⁰ S. Olds, *Enfermería Materno-infantil*, p.p. 499, 500.

complemento se encontró en el glomérulo cuando el cuadro fue severo y siempre estuvo presente en las paredes de las arteriolas aferentes y eferentes. Los depósitos de fibrina pueden ser secundarios a un proceso inmune.

Cambios hepáticos: la biopsia hepática analizada por inmunofluorescencia ha demostrado la presencia de fibrina en las células reticuloendoteliales. En menos proporción inmunoglobulinas G, IgG, y M, IgM; y complemento C3 en las áreas de necrosis. En las embarazadas normales no se aprecian los cambios anotados. La necrosis hemorrágica en las áreas periportales es la lesión característica de la eclampsia. En estos casos se puede presentar la hemorragia subcapsular del hígado con muerte de la paciente.

Cambios uteroplacentarios: la disfunción placentaria que se observa en las pacientes con preeclampsia se puede deber a una mala perfusión por vasoespasmo o por reducción del líquido amniótico. El desfase entre los niveles de hCG elevados y la disminución de los estrógenos y progesterona, puede desencadenar la arteriopatía consistente en estrechamiento de las arterias espirales y basales. De esta manera se explican las áreas de infarto en la placenta capaces de producir el retardo del crecimiento intrauterino, anoxia placentaria y fetal o muerte fetal.

Cambios cerebrales: los cambios cerebrales se producen en forma progresiva. El edema y la obstrucción de las arteriolas pueden conducir a hemorragias de grados diversos, desde leves a graves, que competen el cerebelo, la corteza y los ganglios de la base.

Cambios hematológicos: en la preeclampsia/eclampsia se ha observado una disminución del volumen plasmático con la consiguiente hemoconcentración. También es frecuente observar alteraciones en el sistema de coagulación y una hemólisis evidente. Las plaquetas casi siempre se encuentran por debajo de 140.000/mm³. Estos cambios desaparecen rápidamente después del parto cuando aumenta el volumen plasmático y disminuye el hematocrito y la hemoglobina, por la pérdida sanguínea fisiológica durante el expulsivo y el alumbramiento.¹¹

Edema: la diferencia entre edema postural y edema generalizado es importante. En el último trimestre, la mayor parte de las mujeres gestantes tienen edema en las piernas, especialmente al atardecer. Este edema postural recibe este nombre porque su desarrollo se debe a elevación de la presión venosa femoral, a obstrucción mecánica provocada por el aumento de tamaño del útero y a los efectos de la gravedad cuando la mujer se encuentra en bipedestación.

El reposo en cama en decúbito lateral alivia la acumulación de líquido en los espacios intersticiales y facilita la diuresis.

En la hipertensión inducida por el embarazo, el edema va asociado, no solamente a estos factores mecánicos, sino también a la retención de sales y la vasoconstricción. El líquido intravascular se puede desplazar tanto por los espacios intracelular como intersticial, se observa en cara, manos y abdomen y no está relacionado con la posición del cuerpo.

El desarrollo de una mala función renal provoca un descenso de los niveles de albúmina en suero. A medida que la presión coloidosmótica del plasma disminuye, se produce un mayor desplazamiento de líquido hacia los espacios intracelulares, entre ellos cerebro, hígado y riñones. Esta clase de edema es el edema generalizado.

¹¹ Sin autor, Texto Integrado, *Obstetricia y Ginecología*, p.p. 199, 198, 203.

G) CUADRO CLÍNICO:

GANANCIA DE PESO: EDEMA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ganancia exagerada de peso; habitualmente cara, manos y piernas hinchadas.
HIPERTENSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sistólica, 160 o superior; diastólica, 110 o superior; con hipertensión existente previamente, que puede ser muy elevada. ❖ Síntomas de cefalea frontal, intensa, global y persistente que no se alivia con analgésicos; alteraciones cerebrales, y visuales como visión borrosa y escotomas, fosfenos, episodios de desmayo.
VARIACIONES SANGUÍNEAS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hematocrito elevado debido a la hemoconcentración. ❖ Volumen plasmático disminuido. ❖ Descenso de plaquetas a menor de 100.000/mm³. ❖ Ácido úrico por encima de 6 mg/dl, BUN elevado.
ORINA: CALIDAD Y CANTIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proteinuria de +3 o +4; 5 gr. o más en muestra de 24 horas. ❖ Oliguria: 800 ml o menos en 24 horas, que evoluciona a oliguria grave (400 ml); en ocasiones anuria.
EPIGASTRALGIA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dolor epigástrico en cinturón, resultado de edema o hemorragia en la cápsula hepática (Síndrome de HELLP).
VARIACIONES EN EL FONDO DE OJO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edema de papila. ❖ Isquemia de la retina.
REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hiperreflexia.
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Náuseas y vómito. ❖ Irritabilidad. ❖ Cianosis. ❖ Edema pulmonar.
LACTANTE	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los lactantes pueden presentar malnutrición o ser pequeños para la edad gestacional debido a las alteraciones placentarias. ❖ Se puede producir la precipitación del parto; lactante anóxico, óbito. ❖ Se puede producir la separación prematura de la placenta.
CONVULSIONES	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se ha visto que aproximadamente en la mitad de los casos, la convulsión tiene lugar antes de iniciarse el trabajo de parto, el resto se reparte proporcionalmente durante el parto y el puerperio. ❖ Las convulsiones eclámpicas postparto se producen dentro de las 48 horas siguientes a éste. ❖ Se caracterizan por ser de tipo tónico-clónicas. ❖ Se puede experimentar amnesia de hasta 48 horas antes de la convulsión.

CONVULSIONES ECLAMPTICAS

Las convulsiones presentadas en la eclampsia se caracterizan por ser de tipo tónico-clónico, y pueden producirse durante el sueño. Con frecuencia, comienzan con contracciones faciales.¹² Suele haber una etapa preconvulsiva o aura y la mujer se disocia del medio. A esto sigue la fase tónica, en donde la paciente arquea la espalda, y los músculos esqueléticos se encuentran en espasmo generalizado. La mandíbula se cierra con fuerza en ocasiones lesionando la lengua. Los músculos torácicos se contraen con fuerza y la respiración se ve interrumpida por lo que sobreviene cianosis. Al cabo de 15 a 30 seg. comienza la fase clónica.

Durante esta fase la paciente se revuelca; los músculos se contraen y relajan de forma alternativa. Durante esta fase continua la cianosis, en ocasiones apnea, a veces con incontinencia urinaria y/o fecal. En esta etapa la mujer está en peligro considerable de lesionarse. Habitualmente va seguida de coma, que si no se trata puede terminar en otra convulsión.

El numero de convulsiones tiene una relación directa con la mortalidad materna y perinatal, y a medida que se repiten las crisis, aumenta la posibilidad de una hemorragia cerebral y de la muerte del feto.¹³

H) DIAGNÓSTICO:

La detección de preeclampsia/eclampsia se facilita mediante una historia clínica completa y de observaciones cuidadosas antes del parto e identificación temprana en las mujeres que se sabe tienen factores de riesgo que las predisponen. También es necesario tener en cuenta las afecciones que predisponen a hipertensión crónica porque la preeclampsia es una complicación frecuente cuando esta enfermedad ya existe.

I) TRATAMIENTO:

Una vez establecido el diagnóstico de eclampsia, la paciente deberá entrar al servicio de terapia intensiva, sitio en el que reposará con tanta tranquilidad como lo permita el tratamiento médico. Es necesario seguir los principios del tratamiento establecidos en el protocolo del hospital para el tratamiento de esta enfermedad.

Las finalidades del tratamiento de todos los estados hipertensivos que complican el embarazo son reducir la presión arterial, prevenir o controlar las convulsiones, prevenir complicaciones hematológicas, alteraciones renales o hepáticas; y el nacimiento de un recién nacido sin complicaciones y lo más cercano al término posible, garantizar la supervivencia de la madre sin morbilidad o con mínima mortalidad.

¹² E. Dickason, Enfermería Materno Infantil, p.p. 554, 555.

¹³ S. Olds, op. cit.; p.p. 503.

A continuación, se presentará los principios del tratamiento de la eclampsia establecidos en el protocolo que maneja el Hospital de la Mujer.

Tratamiento para la prevención de las convulsiones eclámpicas:

1. Internar a la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, excepto cuando sus condiciones obstétricas no lo permitan.
2. Ayuno durante 24 horas posteriores a la última convulsión. (Si la paciente está embarazada (27 semanas o más), si tiene menos de 8 horas de puerperio o presenta inminencia de eclampsia, también se mantendrá en ayuno).
3. Posición de Fowler y oxígeno 3 Lts. por minuto.
4. Si está embarazada mantener en posición Fowler y decúbito lateral izquierdo.
5. Colocación de catéter venoso central y derivación por trazo electrocardiográfico o placa de tórax.
6. Tomar trazo electrocardiográfico diario.
7. Solicitar BH, QS, TP, TPT, cuenta plaquetaria, TGO, DHL, F.A. proteínas totales con relación A/G, bilirrubina directa e indirecta, frotis de sangre periférica para búsqueda de células BURR, electrolitos séricos, gasometría arterial, USG obstétrico de área hepato-renal; repetir las veces necesarias.
8. Hoja de registro de PVC, TA, FC, FR y diuresis, inicialmente cada 30 minutos y al estabilizarse la paciente cada hora.
9. Registro de actividad uterina y FCF cada 30 minutos.
10. Expansión de volumen. Individualizar en cada caso. En ausencia de sangrado activo, sobrecarga hídrica, IC o EAP:
 - a) Solución glucosada al 10% 1000 cc para 12 – 24 horas para requerimientos calóricos. No indicar en caso de Diabetes Mellitus.
 - b) Solución Hartman, sol. Mixta o expansor de plasma (no usar en caso de sangrado, trastornos de coagulación ni volúmenes superiores a 100 cc en su hs.)
11. Albúmina o plasma cada 8 a 12 horas.
12. Reponer potasio de acuerdo a electrolitos séricos, alteraciones electrocardiográficas y diuresis.
13. Control de la presión arterial. Cifras de 160/110 o mayor en adultas y 150/100 en adolescentes.
 - a) Nifedipina sublingual 10 mg. cada 20 minutos (hasta tres dosis) si persiste.
 - b) Isosorbide 5 mg. sublingual cada 20 minutos (hasta tres dosis).En caso de no ceder la presión arterial con la administración de estos medicamentos:
 - c) Nitroprusiato de sodio en infusión a dosis de .3 a 10 microgramos por K/minuto a dosis respuesta. No utilizar por más de 48 hrs. ni en pacientes con insuficiencia renal.
 - d) Otras opciones medicamentosas: Metoprolol 100 mg. cada 12 horas, Diltiazem 90-180mg. en 24 hrs., Alfametildopa hasta 2 gr. e 24 horas., Hidralacina 200-300 mg. en 24 horas.
 - e) No debe administrarse ningún vasodilatador sin reponer previamente el volumen. Si la paciente aún se encuentra embarazada vigilar datos de sufrimiento fetal agudo y si existen suspender.
14. Al estabilizar parámetros hemodinámicos, corregir anemia e iniciar sostén hematológico, interrumpir el embarazo.

15. Si hay inminencia de eclampsia administrar 4 gr, de sulfato de magnesio IV en un lapso de 20 minutos y mantener infusión de 1 gr. por hora; vigilando la FR, reflejos osteotendinosos y diuresis. No administrar si hay hipovolemia.
16. Examen de fondo de ojo.
17. Si durante la operación cesárea se reporta ascitis o es detectada clínicamente o por ultrasonido, medir perímetro abdominal en el postoperatorio y cada 8 horas las primeras 24 horas, o por el tiempo necesario.
18. Ante congestión hepática detectada en el acto quirúrgico, prestar especial atención a dolor epigástrico, ictericia, datos de hipovolemia, anemia, hepatomegalia, dificultad respiratoria, dolor lumbar o en base pulmonar derecha. Solicitar USG, Ht, Hb seriados.
19. Vigilar sangrado e involución uterina. En caso de hipotonía o atonía uterina, suspender sulfato de magnesio.
20. Una vez repuesta la volemia, si persisten volúmenes urinarios bajos, revisar colocación y permeabilidad de la sonda Foley y tubo de drenaje; si funcionan adecuadamente administrar 40 a 100 mg. de Furosemide (dosis única).
21. Si las condiciones de la paciente lo permiten, iniciar VO a las 8 horas de puerperio con líquidos claros y posteriormente con dieta hiposódica/hiperprotéica con suplemento de potasio.

Tratamiento para el control de las convulsiones eclámpicas:

1. Ayuno durante 24 horas posteriores a la última convulsión.
2. Cerciorarse del funcionamiento del aspirador, sonda de aspiración, ambú, laringoscopio y la existencia de medicamentos necesarios para asistirle en caso de convulsión o paro cardio-respiratorio.
3. Mantener una jeringa cargada con sulfato de magnesio.
4. Administrar sulfato de magnesio según método de Zuspan: 4 a 6 gr. IV dosis inicial aforados en 100 cc de sol. Glucosa al 5% o sol. Fisiológica, pasar en 20 minutos; mantenimiento con 1 gr/hr en infusión hasta 24 horas después de la última convulsión.
5. Difenilhidantoína (DFH) 250 – 500 gr. IV dosis inicial y 125 mg. cada 8 horas por 48 horas. No usar en caso de insuficiencia hepática.
6. Maniotea al 20% de 250 cc cada 12 horas o glicerina 1 ml por K/peso VO, dividido en 3 dosis por 48 horas. No administrar si se sospecha de hemorragia cerebral.
7. Dexametasona 16-24 mg. dosis inicial, 8mg. IV cada 8 horas por 48 horas.
Si a pesar de este tratamiento persisten las convulsiones, irritabilidad extrema o estado de coma, se somete a la paciente a coma barbitúrico. Si se sospecha hemorragia cerebral, solicitar previamente valoración por neurología.
8. Coma barbitúrico:
 - a) Inducir estado de coma con Tiopental sódico 2 gr. diluido en 250 de sol. glucosada al 5% o fisiológica a dosis respuesta para mantener estado de coma y ventilación controlada.
 - b) Es necesario mantener a la paciente con ventilación mecánica.
 - c) Mantener relajación con pavulón o succinilcolina.
 - d) Durante el estado de coma no es necesario administrar sulfato de magnesio. ¹⁴

¹⁴ Y. Rivas, G. Arias, J. L. Acevedo, Guías Diagnósticas y Terapéuticas para Preeclampsia/Eclampsia, Hospital de la Mujer, S. S. P.P. 4-8.

VALORACIÓN DEL EDEMA

- Y Edema mínimo de miembros pélvicos: +
- Y Edema intenso de miembros pélvicos: ++
- Y Edema de miembros pélvicos, cara y manos: +++
- Y Edema masivo generalizado, incluyendo abdomen y cara: ++++

ESCALA DE VALORACIÓN DE REFLEJOS TENDINOSOS PROFUNDOS

- Y Reflejo ausente (anormal): 0
- Y Reflejo hipoactivo (normal baja): +
- Y Reflejo normal: ++
- Y Reflejo hiperactivo: +++
- Y Clono: ++++

15

J) EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- ◆ Determinación de los valores de hematocrito o de hemoglobina, cuenta de leucocitos.
- ◆ Análisis general de orina, urocultivo y sensibilidad a los antibióticos.
- ◆ Proteínas séricas y proporción entre albúmina y globulinas.
- ◆ Determinación de ácido úrico y creatinina en suero.
- ◆ Recolección de orina de 24 horas para determinar:
 - a) proteínas totales
 - b) depuración de creatinina
- ◆ Estudios de la coagulación:
 - a) cuenta de plaquetas
 - b) fibrinógeno total
 - c) determinación de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial
- ◆ Pruebas hepáticas:
 - a) bilirrubina
 - b) enzimas hepáticas
- ◆ Es indispensable la radiografía de tórax para descartar la presencia de aspiración en la paciente que ha experimentado una crisis convulsiva.
- ◆ Si la paciente no se ha valorado con anterioridad, deberán efectuarse los estudios señalados.
- ◆ La eclampsia se acompaña de proteinuria 3+ a 4+, hemoconcentración, poder de combinación del CO₂ en sangre muy reducido y aumento de las concentraciones séricas de ácido úrico, nitrógenos no proteínico en sangre y nitrógeno de urea en sangre.
- ◆ Exámenes especiales: la exploración oftalmoscópica puede revelar papiledema, edema de la retina (aumento del resplandor), desprendimiento de retina, espasmo vascular, escotaduras arteriovenosas y hemorragias. La exploración repetida es de

¹⁵ E. Dickason, op cit., p. 556.

utilidad para identificar la mejoría o el fracaso del tratamiento en caso de preeclampsia y eclampsia.¹⁶

K) COMPLICACIONES:

Dentro de las complicaciones fetales y del recién nacido encontramos:

- Sufrimiento fetal.
- Desnutrición fetal.
- Producto óbito.
- Hipoxia neonatal.
- Recién nacido de bajo peso para la edad gestacional.

Las complicaciones maternas son:

- Síndrome de HELLP.
- Insuficiencia renal aguda.
- Hemorragia hepática (hematoma subcapsular o ruptura hepática).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Parto prematuro.
- Insuficiencia cardíaca.
- Edema agudo pulmonar.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Edema cerebral (o hipertensión intracraneana).
- Accidente vascular cerebral (hemorragia, trombosis, isquemia, infarto).
- Ceguera o parálisis (a causa de desprendimiento de retina o de hemorragia cerebral).
- Muerte materna.

EL SÍNDROME DE HELLP es sin duda la complicación más frecuente y quizá la más importante en una paciente ecláptica.

HELLP son siglas en inglés: H=hemolysis, E.L.=elevated enzymes liver, L.P.=low platelets; utilizadas para describir la presencia de hemólisis (H), aumento de enzimas hepáticas (EL), y reducción de cuenta plaquetaria o trombocitopenia (LP).¹⁷

Se han realizado numerosas investigaciones para buscar una comprensión y un tratamiento mejores de esta entidad clínica que potencialmente pone en peligro la vida.

Se define como una alteración clínica que constituye una enfermedad multisistémica en una paciente con preeclampsia-eclampsia, se puede presentar durante la gestación, en el momento del parto o en el puerperio.

Ocurre en 4 a 12% de las pacientes con preeclampsia. Su evolución es insidiosa, clínicamente puede ser difícil reconocerlo, ya que de 10 a 15% de las pacientes con este síndrome pueden no exhibir hipertensión arterial ni proteinuria, se puede confundir con un padecimiento no obstétrico.

¹⁶ R. Benson, op. cit., p. 381, 386.

¹⁷ Sin autor, Líneamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, S.S. p. 17.

La primera manifestación clínica puede ser dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho. Otros de los síntomas son náusea, vómito, malestar, cefalea, hematuria siendo los tardíos ictericia y malestar o dolor abdominal generalizado. En este tipo de pacientes la aparición de convulsiones puede ser abrupta.

El diagnóstico del síndrome de HELLP se basa en pruebas de laboratorio de anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia, en una paciente que se sospecha tiene preeclampsia.

Puesto que el diagnóstico temprano del síndrome de HELLP se hace por pruebas de laboratorio confirmadoras, incumbe al proveedor de atención de la salud sospechar su presencia a fin de hacer el diagnóstico oportuno y dar un tratamiento óptimo.

El síndrome de HELLP puede presentarse con una fase inicial lenta, seguida por una final acelerada, o como expresión secundaria de septicemia complicada, lesión pulmonar aguda, insuficiencia renal o enfermedad de múltiples órganos, aparatos o sistemas, con coagulación intravascular diseminada.

CLASIFICACIÓN: basado en la cifra más baja de plaquetas como indicador principal, fácilmente cuantificable, de la gravedad de la enfermedad. Se formulo un sistema de tres tipos porque la cifra normal de plaquetas y la concentración sérica de LDH parecen reflejar mejor la gravedad de la enfermedad conforme avanza y la rapidez de la recuperación del síndrome.

TIPO I: menos de 50.000 plaquetas y alteración de enzimas hepáticas.

TIPO II: más de 50.000, pero menos de 100.000 plaquetas.

TIPO III: más de 100.000, pero menos de 150.000 plaquetas.

Se usan corticoesteroides postparto para resolver más rápido el síndrome y aminorar el riesgo de complicaciones maternas. Se ha demostrado que con estos medicamentos como la dexametasona causó una resolución más rápida del síndrome de HELLP, según el aumento constante del gasto urinario, y la cifra plaquetaria y la disminución de la presión arterial media, la cifra de LDH y de AST.

El esquema actual es administrar dexametasona 10 mg. IV a partir de las 12 horas postparto; si la paciente responde al medicamento, posteriormente se administrarán 5 mg. cada 12 horas por dos dosis adicionales.¹⁸

¹⁸ Sin autor, Texto integrado, Obstetricia y Ginecología, p. 206.

L) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Además de la hipertensión inducida por el embarazo, la otra causa más frecuente de la elevación de la presión arterial durante la gestación es la hipertensión crónica.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Preeclampsia	Comprende el 70% de los casos de hipertensión que complica el embarazo. Se caracteriza por un aumento sostenido de la presión arterial de 140/90 mm de Hg pero menor que 160/110 mm de Hg o por una elevación de 30 mm de Hg en la presión sistólica y 15 mm de Hg en la diastólica. Además de la hipertensión se detecta edema y proteinuria. Se presenta después de las 20 semanas de gestación y las primeras 48 horas del puerperio.
Eclampsia	Se caracteriza por presentar una presión arterial de 160/110 mm de Hg o más; además del edema y proteinuria se le suman las convulsiones y/o coma.
Hipertensión Crónica	Se diagnostica aproximadamente en un 30% de los trastornos hipertensivos del embarazo. Hipertensión independiente al embarazo, y el diagnóstico se basa en el hallazgo de cifras tensionales de 140/90 mm de Hg o más antes del embarazo o a la semana 20 de gestación.
Hipertensión crónica con Preeclampsia/Eclampsia sobreagregada	Se diagnostica cuando una mujer con hipertensión crónica tiene signos y síntomas de preeclampsia/eclampsia.
Hipertensión tardía o transitoria	Es el incremento de la presión arterial en el puerperio inmediato con normalización antes del décimo día.

Una sola toma de presión arterial puede ser equívoca, para darle valor diagnóstico debe tomarse nuevamente a las siguientes seis horas y valorar su persistencia.¹⁹

Otra cosa que hay que tomar en cuenta para el diagnóstico diferencial son las crisis convulsivas; éstas pueden deberse a encefalopatía hipertensiva, epilepsia, tromboembolia, intoxicación o supresión de fármacos, traumatismo, hipoglucemia, hipocalcemia (de origen paratiroideo o renal), crisis hemolíticas de la anemia de células falciformes o tetania de la alcalosis, lo mismo que eclampsia.

Suele ocurrir coma después de las convulsiones eclámpicas, pero puede producirse también sin convulsiones. Otras causas de coma (en orden decreciente de probabilidad) son epilepsia, síncope, intoxicación con alcohol u otras sustancias, acidosis o hipoglucemia (diabetes), choque e hiperazoemia.²⁰

¹⁹ Ibidem, p. 5.

²⁰ R Benson, Manual de Obstetricia y Ginecología, p. 387.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de J.S.H. de 21 años de edad, primigesta postcesárea con diagnóstico médico de Eclampsia.

Inicia durante el embarazo de 26.4 SDG presentando cefalea intensa de predominio frontal y occipital, acufenos y fosfenos. Ella menciona estar desconcertada y preocupada del por qué se siente así, por lo que acude al médico particular quien refiere inicio de preeclampsia indicando aumento en la ingesta de líquidos y dieta hiposódica. En días posteriores presenta mismo cuadro por lo que nuevamente acude al médico particular quien le receta captopril V.O.

A pesar de que nuevamente se siente mal, ella desconoce lo que le pasa ya que su médico no le explica no exactitud que es lo que tiene en realidad.

Finalmente la paciente presenta cuadro de convulsión tónico-clónica en su hogar. En ese momento la señora J.S.H. se encuentra con sus papás y uno de sus hermanos. Al ver lo que a ella le está pasando se espantan y no saben que hacer. Cuando ella logra estabilizarse llora. Todos se encuentran muy angustiados y sobre todo que temen por la vida del bebé. Es así como deciden llevarla al Hospital de la Mujer. La paciente ingresa a urgencias encontrándose con TA de 140/110 mm de Hg, vómito, hiperreflexia (+++), edema (++), proteinuria 500 mg/dl por lo que se ingresa como eclampsia. Se decide interrumpir el embarazo por vía vaginal. Se da manejo hemodinámico y antihipertensivo. Ingres a la Unidad Toco-quirúrgica (UTQ) con dexametasona, sulfato de magnesio, difenilhidantolna (DFH), nifedipina y solución Hartman.

Se inicia inducto-conducción y dado no presentar respuesta favorable se decide interrumpir la gestación por histerotomía; encontrando producto masculino de 650 gr. óbito a las 22:15 horas, con 1000 cc de ascitis, hígado congestivo y 600 cc de sangrado.

Por otra parte la paciente se encuentra somnolienta pero conciente y orientada.

Se ingresa de forma directa a la terapia intensiva y es ahí donde yo la conozco.

5.2. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
DE NECESIDADES HUMANAS
ADAPTADO A UNA PACIENTE GINECO-OBSTÉTRICA

Ficha de identificación:

Nombre de la paciente: J.H.S. Edad: 21 Peso: 60 Kg. Talla: 1.58cm. Sexo: femenino Estado civil: vive en unión libre Ocupación: ama de casa Fecha de nacimiento: 12 / 01 / 81 Procedencia: Estado de México Escolaridad: preparatoria Fecha de admisión: 17 / 11 / 02 Fuente de información: directa y del expediente clínico Fiabilidad: (1-4) = 4 Servicio: Terapia Intensiva No. de cama: 162 No. De expediente: 343007

Antecedentes:

APNP: Originaria y residente del Estado de México. Vive en unión libre. Se dedica al hogar y es comerciante. Vive con su esposo, padres y hermanos. Tiene escolaridad preparatoria y profesa la religión católica. Tiene esquema de vacunación completa, grupo y RH o+, tabaquismo, etilismo y toxicomanías negados. Esquema de inmunizaciones completo. Control prenatal en particular acudiendo en cuatro ocasiones a partir del 3º mes de gestación. Pareja de 22 años, referido sano, con escolaridad secundaria y también es comerciante. Hábitos alimenticios eficientes en calidad y cantidad. Hábitos higiénicos a diario.

AHF: abuelo paterno finado, desconoce causas.

Abuela paterna finada, desconoce causas.

Abuelo materno finado, desconoce causas.

Abuela materna viva, desconoce antecedentes.

Padre vivo sano.

Madre viva hipertensa, bajo tratamiento.

Cuatro hermanos vivos.

APP: refiere varicela y parotiditis en la infancia, niega cirugías, traumatismos, alergias y transfusiones, así como enfermedades crónico degenerativas.

AGO: menarca: 13 a.; ritmo: 30x3; dismenorrea regular; IVSA: 21 a.; P.S.: 1; DOC: no; MPF: condón; G=1, C=1, P=0. FUM: 15/05/02; FPP: 22/02/03, Edad gestacional: 26.4 SDG.

1. Necesidad de Oxigenación:

Subjetivo: (información que proporciona el paciente o familiar).

Siente dificultad para respirar: si Tos productiva/seca: si, al momento de toser arroja poca flema

Presencia de secreciones: si Características de las secreciones: son de color verde, parecido al moco

Dolor asociado con la respiración: no Fumador: no Tiempo: X Cantidad de cigarrillos: X ¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos? X

Objetivo: (valoración que realiza la enfermera).

Dificultad para respirar debido a: probable derrame pleural bilateral Presencia de disnea: no Sin esfuerzo:

X Con esfuerzo: X Tos productiva o seca: productiva Características de las secreciones: Hialinas: no

Amarillo verdosas: no Hemoptisis: no Otras: no F.R. 27 por minuto TA: 149/105 mm de Hg F.C. 103 por

minuto Tabaquismo positivo/negativo: negativo Síndrome de abstinencia: no Oxigenoterapia por puntas

nasales: no Mascarilla: si Ventilador: no Parámetros del ventilador: ----- Presencia de cánula

endotraqueal/Traqueostomía: no Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: Palidez: si Cianosis:

no Rubicundez: no Otros: no llenado capilar: 2 seg. Auscultación de campos pulmonares: se percibe

murmullo vesicular de buena intensidad y estertores basales bilaterales

Fármacos específicos: mascarilla con nebulizaciones con agua bidestilada con 250 cc más dos ampulas de ambroxol y una ampula de furosemide.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual: pollo, carne, verduras, fruta y de vez en cuando pescado No. de comidas al día: 2

Trastornos digestivos: no Intolerancia alimenticia/alergias: no Problemas de masticación y/o deglución: no

Realiza algún tipo de ejercicio: no Ingiere algún suplemento alimenticio: no Ingestión de sustancias que reduzcan el apetito: no

Objetivo:

Dieta indicada: ayuno.

Coloración de piel: ictericia: no pálida: si grisácea: no Estado de la piel: turgente: si hidratada: semi seca: no Estado de mucosas: íntegras: si hidratadas: semi deshidratadas: no Características del cabello y uñas: cabello: flexible, fino y limpio; uñas: poco rosadas, firmes, cortas y limpias Aspecto de diente y enclaves: adoncia: no adantulia: no Afección y manifestaciones de tubo digestivo: no Fármacos específicos: Ranitidina 50 mg IV c/8hr. y Metoclopramida 10 mg IV c/8hr.

3. Necesidad de Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: dos veces por día Características de las heces: como duras y de color café Orina: cuatro veces al día y es de color amarillo claro Menstruación: cada 30 días, padezco dolor menstrual Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: no Uso de laxantes: no Presencia de hemorroides: no Dolor al evacuar: no Prurito: no Sangrado: no Dolor al orinar: no Otros: no

Objetivo:

Características del abdomen: (ruidos intestinales) hipoactivos Estomas: no Auscultación de abdomen: captación de hipoperistaltismo Palpación de abdomen: globoso y no doloroso Percusión del mismo: timpánico generalizado Palpación de vejiga urinaria: vacía Volúmenes urinarios: 30 ml / hora Características de la orina: oligúrica, proteinúrica y con tinte hemático Características de las evacuaciones: la paciente no evacúa Presencia de edema: si, en párpados, cara, manos y piernas (+++) Presencia de sonda: Sonda Foley a derivación y permanencia Parámetros de PVC: 18 mm de H2O Fármacos específicos: Nifedipina 10 mg VO c/8hr. Furosemide 20 mg IV C/12hrs. o como dosis única y Dexametasona 8 mg IV c/12hrs.

4. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: disminuida, no puede estar tanto tiempo acostada Funcionamiento neuromusculo-esquelético: disminuido Ejercicio, tipo y frecuencia: no hago ejercicio Uso de prótesis y ortesis: no

Objetivo:

Nivel de conciencia: conciente, orientada y alerta Estado del sistema neuro-muscular y esquelético: disminuido Fuerza: disminuida Tono: disminuido Motricidad: disminuida Sensibilidad: normal Postura: no tolera estar en decúbito dorsal Ayuda para la deambulación: si Presencia de temblores: no Cómo influyen las emociones en la movilidad y postura: no influyen

5. Necesidad de Descanso y Sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: por las tardes Horario de sueño: de 10 de la noche a 8 de la mañana Realiza alguna siesta: si Alteración del sueño: no ¿Se Siente cansada al levantarse? No

Objetivo:

Actitud: ansiosa: si angustiada: si irritable: no ojerías: si atención: si bostezos: si concentración: si apatía: no cefalea: si Respuesta a estímulos: si

6. Necesidad de Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

Elige su vestuario de forma personal: si Necesita ayuda para vestir y desvestirse: si Utiliza pañal: no

Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria: si Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: capacidad disminuida, ya que la paciente requiera de asistencia al momento de realizar esta actividad

7. Necesidad de Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si Temperatura ambiental que le es agradable: caliente

Objetivo:

Temperatura corporal: 36,2 °C Características de la piel: caliente: si fría: no húmeda: no Transpiración: no Condiciones del entorno físico: limpio, con buena iluminación, buena ventilación y de temperatura fría.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: a diario Cuantas veces se lava los dientes al día: dos veces Aseo de manos antes y después de comer: no siempre después de eliminar: si cada cuando realiza corte de uñas: con frecuencia Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos: no

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: de buen aspecto olor corporal: no desagradable presencia de halitosis: no higiene de las uñas: limpias estado del cabello y cuero cabelludo: cabello: limpio, fino y flexible cuero cabelludo: liso, inelástico y con coloración uniforme lesiones dérmicas: úlceras por decúbito: no intervención quirúrgica: si, cesárea micosis: no Fármacos específicos: penicilina sódica cristalina 5000000 UI IV c/4hrs.

9. Necesidad de Evitar Peligros:

Subjetivo:

Vive sola o con su familia: con mi esposo, mis padres y hermanos Llevó control prenatal: si, con un médico particular Cada cuando acudía a sus consultas: fui cuatro ocasiones a partir del 3° mes del embarazo Usted presentó: cefalea: si acufenos: si fosfenos: si edema: si Presento convulsiones: si En donde estaba cuando usted convulsiono: en mi casa

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: no, sólo que si presentó cuadro de convulsión de tipo tónico-clónico, la probabilidad de que presente otra crisis convulsiva es muy elevada Condiciones del ambiente de la unidad de la paciente: con poca luz, ventilado, limpio y su cama permanece con los barandales arriba, va que si llega a presentar una crisis convulsiva esto evitará que la paciente se caiga de la cama y el riesgo de lesionarse sea menor Fármacos específicos: Sulfato de Magnesio en solución glucosada en 190 cc, pasar 1gr. por hora, y Difenilhidantoina 125 mg. IV cada 8 horas.

10. Necesidad de Comunicarse:

Subjetivo:

Manifiesta sus problemas y preocupaciones: si A quien: a mi esposo y a mis padres Cree que hay buena comunicación entre los miembros de su familia: si Porque: porque siempre nos han inculcado la unión familiar y por supuesto la comunicación Hay momentos en que la pasa sola: no, nunca estoy sola Tiene contactos sociales en la actualidad: si

Objetivo:

Habla: claro: si confusa: no Dificultad en la visión y en la audición: no Comunicación verbal o no verbal: verbal

11. Necesidad de vivir según sus Creencias y sus Valores:

Subjetivo:

Qué religión profesa: la católica Sus creencias le generan conflictos personales: no Principales valores personales: la honestidad, el amor, la fidelidad, el respeto Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte: la vida pienso que hay que vivirla como si fuera el último día y la muerte es sólo cuando Dios quiera y hay que aprender a aceptarla

Objetivo:

Permite la exploración física: si Tiene algún objeto indicativo de valores o creencias: no Demanda la atención de algún espiritual: no

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Subjetivo:

Fuente de ingreso: soy comerciante, vendo zapatos Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas: si ¿Qué actividades le hacen sentirse útil y satisfecho: son dos, la de ama de casa y las actividades que desempeño como comerciante Influye su estado emocional, para que se incapacite en el trabajo: si

Objetivo:

Estado emocional de la paciente: calmada: si ansiosa: un poco enfadada: no retraída: no temerosa: no irritable: no inquieta: un poco eufórica: no

13. Necesidad de participar en Actividades Recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realice en su tiempo libre: ninguna Participa en alguna actividad lúdica: no

Objetivo:

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas: no Rechaza las actividades recreativas: no

14. Necesidad de Aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: preparatoria Problemas de aprendizaje: no Limitación cognitiva: no Preferencias: leer: si, el periódico escribir: no Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud: si, y sobre todo acerca de la enfermedad por la que estoy atravesando

Objetivo:

Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje: no Estado de los órganos de los sentidos: todos con buena función Estado de la memoria: reciente: buena remota: muy buena

RESULTADOS DE LABORATORIO DE CONTROL DE LA PACIENTE:

GASOMETRÍA

	18/NOV/02	19/NOV/02	20/NOV/02	21/NOV/02	22/NOV/02	VALORES NORMALES
Ph	7.38					7.35 - 7.45
PCO2	37 mm Hg					35-45 mmHg
PO2	92 mm Hg					80-100 mmHg
HCO3	25 mEq/L					2-26 mEq/L
Sat. de O2	97%					95 - 100%

HEMATOLOGÍA

Hg.	11.7 g/dl	14.2 g/dl	12.2 g/dl	12.2 g/dl	10.8 g/dl	12-16 g/dl
Hto.	37%	43.5%	-----	37%	33.1%	37-47%
Leucocitos	23,400 mm3	26,000 mm3	-----	14,400 mm3	9,400 mm3	<10,000 mm3
Linfocitos	20%	12%	-----	17%	19%	25-40%
Monocitos	-----	-----	-----	-----	1%	1-9%
Basófilos	-----	-----	-----	3%	-----	0-1%

PRUEBAS DE COAGULACIÓN

Plaquetas	233.000 mm3	242.000 mm3	215.000 mm3	215.000 mm3	219.000 mm3	150 a 450 mil mm3
TP	12 seg.	16 seg.	-----	12 seg.	17.7 seg.	11.0-12.5 seg.
TPT	40 seg.	22.5 seg.	-----	35 seg.	1 min.	40-60 seg.

QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa	135 mg/dl	132 mg/dl	85 mg/dl	85 mg/dl	86 mg/dl	80-120 mg/dl
Urea	19 mg/dl	23.1 mg/dl	-----	88 mg/dl	43 mg/dl	15-39 mg/dl
Acido úrico	6.6 mg/dl	6.5 mg/dl	9 mg/dl	9 mg/dl	6.5 mg/dl	2.2-9.0 mg/dl
Creatinina	2.0 mg/dl	1.0 mg/dl	2.7 mg/dl	2.7 mg/dl	1.9 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl
Colesterol	201 mg/dl	180 mg/dl	-----	213 mg/dl	200 mg/dl	150-250 mg/dl

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO

B.D.	.1 mg/dl	.1 mg/dl	-----	-----	.1 mg/dl	0.00-0.30 mg/dl
B.I.	0.0 mg/dl	.1 mg/dl	-----	-----	2.0 mg/dl	0.00-0.75 mg/dl
TGO	39 u	38.2 u	-----	30 u	34.8 u	0 - 37 u
Albumina	1.5 mg/dl	1.6 mg/dl	1.9 mg/dl	1.7 mg/dl	2.0 mg/dl	3.5-5.5 mg/dl
Globulinas	2.9 mg/dl	-----	-----	3 mg/dl	2.3 mg/dl	2.3-3.5 mg/dl

EGO

Densidad	-----	1.005	-----	1.025	1.005	1.010-1.025
Ph	-----	5	-----	5	6	4.6-8.0
Albúmina	-----	-----	-----	-----	30	10-100 mg/24 hrs.
Leucocitos	-----	5-6	3-5	3-5	1-2	Negativo
Eritrocitos	-----	Incontables	-----	15-25	Abundan	Negativo
Bacterias	-----	Escasas	Negativas	-----	-----	Negativas
Cel. Epit.	-----	-----	-----	++	-----	Ocasionales

5.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
Valoración de las 14 necesidades de V. Henderson

NECESIDAD	FUENTES DE DIFICULTAD
1. Oxigenación	La paciente presenta tos productiva, estertores subcrepitantes basales bilaterales y campos pulmonares con murmullo vesicular a la auscultación, por probable derrame pleural bilateral. Escasa presencia de secreciones bronquiales. Se encuentra F.R. aumentada (27 x min.), F.C. aumentada (103 x min.) e hipertensión (149/105 mm de Hg.)
2. Nutrición e Hidratación	Presenta palidez y semideshidratación tegumentaria y de mucosas. No tolera alimentación vía oral. Se encuentra en ayuno.
3. Eliminación	La paciente presenta orina con tinte hemático, oliguria, proteinuria (+++), y retención de sodio por lo que retiene líquidos. También presenta hipoperistaltismo. La paciente no evacúa; y presenta una PVC de 18 mm de H ₂ O.
4. Movilidad y Postura	Debido a la disminución del funcionamiento neuromuscular y esquelético, la paciente se encuentra débil y no tolera estar en decúbito dorsal.
5. Descanso y Sueño	La paciente se encuentra somnolienta; y manifiesta ansiedad, angustia y preocupación.
6. Vestido	La paciente requiere de ayuda para vestirse y desvestirse.
7. Termorregulación	No existe fuente de dificultad.
8. Higiene y Protección de la piel	La paciente requiere de ayuda para el baño. No se le da baño diario. Se mantiene inmóvil debido al reposo absoluto.
9. Evitar peligros	La paciente ya presentó un cuadro de crisis convulsivas en su hogar, y la probabilidad de que presente otro cuadro convulsivo es muy elevada.
10. Comunicación	No existe fuente de dificultad.
11. Creencias y valores	No existe fuente de dificultad.
12. Trabajo y Realización personal	No existe fuente de dificultad.
13. Recreación	No existe fuente de dificultad.
14. Aprendizaje	La paciente tiene desconocimiento total de lo que le pasa y refiere estar interesada en obtener información.

5.4. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Parcialmente dependiente (PD)	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con estertores subcrepitantes basales bilaterales manifestado por tos productiva y aumento de la F.R. (27 x min.)
Nutrición e Hidratación	Parcialmente dependiente	Déficit nutricional debido a la ingesta inferior del aporte alimenticio relacionado con la interrupción de la vía oral manifestado por no tolerar los alimentos.
	Dependiente (D)	Exceso de volúmen de líquidos en relación con la resistencia vascular sistémica aumentada manifestado por edema parpebral, edema en cara, manos y miembros pélvicos y una PVC de 18 mm de H ₂ O.
Eliminación	Dependiente	Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con lesión renal y retención de sodio manifestado por oliguria, proteinuria, orina con tinte hemático; retención de líquidos e hipertensión (149/105 mm de Hg).
Movilidad y postura	Parcialmente dependiente	Deterioro de la movilidad física en relación con la disminución del funcionamiento neuromusculo-esquelético manifestado por no tolerar estar en decúbito dorsal.
Descanso y sueño	Independiente (I)	Posible aflicción en relación con la pérdida del feto.
Vestido	Parcialmente dependiente	
Termorregulación	Independiente	
Higiene y Protección de la piel	Parcialmente dependiente	Deterioro potencial de la integridad cutánea en relación con la inmovilidad.
Evitar Peligros	Dependiente	Riesgo potencial elevado de lesión relacionado con la presencia de crisis convulsivas secundarias al vasoespasmo.
	Parcialmente dependiente	Riesgo potencial de infección relacionado con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana.
Comunicación	Independiente	
Creencias y Valores	Independiente	
Trabajo y Realización personal	Independiente	

Recreación Aprendizaje	Independiente Dependiente	Déficit de conocimientos relacionado a la falta de familiaridad con los recursos informativos manifestado por angustia, preocupación y por referir deseos de obtener información.
---------------------------	------------------------------	---

5.5. PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de Oxigenación

DX: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con estertores subcrepitantes basales bilaterales manifestado por tos productiva y aumento de la F.R. (27 x min.).

Grado de dependencia: PD

OBJETIVO: la paciente ejercerá una ventilación adecuada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
1. Dar fisioterapia pulmonar.	<ul style="list-style-type: none">❖ Este tipo de tratamiento permite mejorar la función ventilatoria de los pulmones.❖ Para ello se acude a la palma y puño percusión que permite aligerar las secreciones y expectorarlas más fácilmente.
2. Por prescripción médica, administrar nebulizaciones con agua bidestilada 250 cc con dos ampulas de furosemide y una de ambroxol.	<ul style="list-style-type: none">❖ La mascarilla con nebulizador es un método de inhaloterapia ministrando medicamentos en partículas muy finas por vía intranasal, produciendo un aerosol con mayor cantidad de agua.❖ El furosemide es un diurético indicado en edemas; en este caso en edema pulmonar.❖ El ambroxol es un mucolítico con acción expectorante en procesos broncopulmonares. Las reacciones secundarias que puede presentar este medicamento son: trastornos gastrointestinales leves como diarrea, náuseas y vómito; cefalea.
3. Orientar a la paciente sobre el procedimiento.	<ul style="list-style-type: none">❖ La expresión de reacciones emocionales está estrechamente relacionada con la respiración provocando constricción de los músculos lisos.
4. Valorar el estado de la paciente y funcionamiento del equipo.	<ul style="list-style-type: none">❖ La vigilancia continua del paciente y del funcionamiento del equipo, permite la detección oportuna de cambios en la coloración, sudoración, alteración de los signos vitales, etc.
5. Dar posición de semi-fowler.	<ul style="list-style-type: none">❖ Esta posición mantiene a la paciente con una elevación de la cabecera de 30° y con ligera flexión de extremidades pélvicas.❖ Esta posición favorece la ventilación por

6. Toma de gasometría arterial.	<p>efecto de la gravedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Este procedimiento permite valorar la concentración de oxígeno y dióxido de carbono presentes en sangre arterial y verificar el grado de oxigenación, así como el equilibrio ácido-base.
7. Toma y valoración de la saturación de oxígeno por medio del oxímetro de pulso conectado al monitor.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El oxímetro o saturómetro colocado en el dedo pulgar de la paciente, registra el nivel de oxihemoglobina en sangre circulante, permitiéndonos conocer su grado de oxigenación general al instante.
8. Toma de signos vitales cada hora registrados en el monitor.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Permiten evaluar el padecimiento y eficacia del tratamiento utilizado. ❖ En una terapia intensiva siempre se debe mantener a los pacientes monitorizados, ya que también éste nos permite conocer la actividad cardíaca.
9. Auscultación de campos pulmonares.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es un método de exploración física que permite valorar los sonidos respiratorios que se producen como resultado del movimiento de aire a través de la tráquea, bronquios y alveólos, permitiendo así detectar sonidos anormales dentro de este proceso.

EVALUACIÓN: se logró que los campos pulmonares de la paciente se mantuvieran con buena ventilación.

Necesidad de Nutrición de Hidratación

DX: Déficit nutricional debido a la ingesta inferior del aporte alimenticio relacionado con la interrupción de la vía oral manifestado por no tolerar los alimentos.

Grado de dependencia: PD

OBJETIVO: la paciente ingerirá un aporte alimenticio adecuado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Por prescripción médica, administrar una solución glucosada al 10% de 1000 cc para 12 horas y una solución mixta de 1000cc también para 12 horas.	<ul style="list-style-type: none">❖ La solución glucosada es administrada con la finalidad de dar un aporte calórico e hídrico.❖ La solución mixta, además de dar un aporte calórico e hídrico, por sus propiedades electrolíticas, también permite corregir o mantener el equilibrio hidroelectrolítico.
2. Vigilar datos de deshidratación.	<ul style="list-style-type: none">❖ La deshidratación se acompaña de la alteración del equilibrio de electrolitos esenciales (sodio, potasio, cloro).❖ Los signos de deshidratación son: escasa turgencia de la piel, piel seca y roja, oliguria, irritabilidad y confusión.
3. Por prescripción médica, administrar medicamentos como: <ul style="list-style-type: none">◆ Ranitidina 50 mg. IV cada 8 horas y◆ Metoclopramida 10 mg. IV cada 8 horas	<ul style="list-style-type: none">❖ Como la paciente mantiene su estómago vacío por varios días es importante darle medicamentos que la protejan como la ranitidina que es un antiulceroso y un antisecretor, que reduce la secreción gástrica y evita una lesión ulcerosa por efecto del mismo. Por lo regular son fármacos bien tolerados y que pueden llegar a ocasionar efectos leves como: intolerancia digestiva, vértigo, cefalea, erupciones cutáneas; y❖ la metoclopramida que es un antiemético. Estimula la motilidad de la vía gastrointestinal superior sin afectar la secreción gástrica, biliar o pancreática. Aumenta la velocidad del vaciamiento al potenciar la peristalsis de modo que reduce el tiempo intestinal. Reduce la intensidad de impulsos al centro del vómito. Las reacciones adversas que se pudieran presentar son: somnolencia, mareo, estreñimiento o diarrea hasta confusión, ansiedad; debido a la acción sobre el SNC.

4. Tener coordinación con el departamento de Dietología.	❖ La relación interdepartamental, incrementa la atención integral del paciente.
--	---

EVALUACIÓN: la paciente logra ingerir sus alimentos sin ningún problema. Primero empezó con dieta líquida y como fue tolerada se le indicó dieta hiposódica hiperprotéica.

Necesidad de Nutrición e Hidratación

DX: Exceso de volúmen de líquidos en relación con la resistencia vascular sistémica aumentada manifestado por edema parpebral, edema en cara, en manos y en miembros pélvicos y una PVC de 18 mm de H₂O.

Grado de dependencia: D

OBJETIVO: reducir el edema existente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Mantener a la paciente en reposo.	❖ El reposo en cama disminuye la presión sanguínea y el edema.
2. Por prescripción médica, administrar Furosemide 20 mg IV cada 12 horas.	❖ El furosemide es un potente diurético de techo alto (del asa) que bloquea la resorción de sodio, potasio y cloruro en los túbulos proximal y distal, pero principalmente en brazo ascendente del asa de Henle causando un aumento en la excreción de agua. ❖ Vigilar reacciones secundarias como: debilidad, fatiga, mareo, calambres musculares, erupción cutánea visión borrosa, etc.
3. Toma y registro de PVC cada hora.	❖ A través de un catéter para PVC que funciona como guía, nos permite determinar el estado de hidratación intravascular y medir la presión sanguínea en el tracto de ingreso del flujo del corazón. ❖ También nos permite saber que tanto líquido sigue reteniendo la paciente. ❖ Debido a la disminución del volúmen intravascular y hemoconcentración existentes, es necesario la valoración de la PVC.
4. Toma de TA cada hora.	❖ La presión arterial puede variar cada hora. ❖ Se eleva como resultado de una mayor resistencia vascular periférica y espasmo arteriolar.
5. Valorar e identificar el grado de edema: (+) = mínimo, edema ligero del área pedia o pretibial. (++) = edema acentuado de extremidades inferiores. (+++) = edema en manos, cara, pared abdominal inferior y sacro.	❖ Es necesario inspeccionar y palpar cara (especialmente párpados y área molar), dedos, manos, brazos (superficie cubital y muñeca), piernas (superficie tibial), tobillos, pies y área sacra en busca de edema.

(++++) = anasarca con ascitis.	
6. Aplicación de vendaje compresivo en espiga en miembros pélvicos.	❖ La compresión ejercida por la venda fomenta la absorción de líquidos tisulares.
7. Vigilar y medir gasto urinario por medio de la sonda Foley.	❖ En la hipertensión inducida por el embarazo hay reducción del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular; si la oliguria aumenta, es un signo de que la situación empeora.
8. Toma de peso diario a la paciente.	❖ Es recomendable pesar a la paciente a la misma hora, de preferencia por la mañana y con la vejiga vacía. ❖ Los cambios de peso indican aumento o disminución de la retención de líquidos.

EVALUACIÓN: se logró disminuir el edema.

Necesidad de Eliminación

DX: Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con lesión renal y retención de sodio manifestado por oliguria, proteinuria, orina con tinte hemático; retención de líquidos e hipertensión (149/105 mm de Hg).

Grado de dependencia: D

OBJETIVO: la paciente recuperará su eliminación normal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Vigilancia de la sonda Foley a permanencia y derivación.	<ul style="list-style-type: none">❖ La inserción de una sonda estéril vesical permite drenar la orina y medirla en forma horaria.❖ A través de la sonda se puede obtener una muestra de orina exenta de contaminación.❖ Permite valorar que la función renal sea adecuada.
2. Cambiar diariamente la bolsa recolectora.	<ul style="list-style-type: none">❖ Se evita la acumulación de depósitos salinos y el desarrollo de olores desagradables.
3. Toma y valoración de la Presión Venosa Central (PVC) cada hora.	<ul style="list-style-type: none">❖ A través de un catéter para PVC que funciona como una gula, nos permite determinar el estado de hidratación intravascular y medir la presión sanguínea en el tracto de ingreso del flujo del corazón.❖ Debido a la disminución del volumen intravascular y hemoconcentración existentes, es necesario la valoración de la PVC.
4. Por prescripción médica, administrar soluciones y fármacos como: <ul style="list-style-type: none">◆ Solución Hartman para cargas de 50 cc.◆ Solución glucosada al 5% de 250 cc más 80 mg. de Dopamina (dos ampulas) aforado. Pasar 4 ml/hr.◆ Nifedipina 10 mg. VO cada 8 horas o sublingual PRN si TA diastólica es mayor a 110 mm de Hg.◆ Furosemide 20 mg .IV cada 12 horas o como dosis única.◆ Dexametasona 8 mg. IV cada 12 horas.	<ul style="list-style-type: none">❖ La solución Hartman es una solución electrolítica que permanece mayor tiempo en el espacio intravascular con fines de corregir y mantener el equilibrio hidroelectrolítico y así lograr aumentar la diuresis y disminuir la retención de líquidos.❖ La Dopamina es un aminoglucósido con acción de vasodilatación renal y mesentérica a concentraciones bajas. Aumenta el riego sanguíneo renal, aumenta la tasa de filtración glomerular y aumenta la excreción de sodio. Tras la administración IV suelen aparecer náuseas, vómito, cefalea y taquicardia, pero debido a su corta vida media, los

	<p>efectos desaparecen al poco tiempo. A dosis altas, produce hipertensión y taquicardia ventricular, lo que induce una mayor demanda de oxígeno del miocardio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La Nifedipina es un antagonista de calcio que se usa para tratar la hipertensión, reduce la resistencia vascular y aumenta la excreción urinaria. Los efectos adversos que puede causar son: hipotensión, taquicardia, mareo, cefalea, debilidad, etc. ❖ El Furosemide es un potente diurético de techo alto (del asa) que bloquea la resorción de sodio, potasio y cloruro en los túbulos proximal y distal, pero principalmente en brazo ascendente del asa de Henle causando un aumento en la excreción de agua. También tiene efecto antihipertensor. Vigilar reacciones secundarias como: debilidad, fatiga, mareo, calambres musculares, erupción cutánea visión borrosa, etc. ❖ La Dexametasona es un corticoesterioide con acción antiinflamatoria y antialérgica. La dosis inicial es de 16 mg, posteriormente de 8 mg cada 12 horas; las reacciones secundarias que puede causar son: trastornos musculoesqueléticos, gastrointestinales, cutáneos, cardiovasculares, retención de sodio, hipertensión, etc.
5. Llevar un control estricto de líquidos.	❖ El control estricto de líquidos permite conocer los ingresos y egresos del paciente con la finalidad de mantener un balance hidroelectrolítico.
6. Abrir la llave del agua a una distancia que la paciente pueda oírlo; aplicar una bolsa con agua caliente o fría en hipogastrio, o verter agua caliente sobre el perineo.	❖ Son medidas que estimulan la micción.
7. Llevar a cabo la recolección de orina de 24 horas, por prescripción médica.	❖ En esta recolección se determina las proteínas totales y la depuración de creatinina.
8. Toma de billabstix en orina por turno.	❖ Da a conocer al momento los valores

	<p>del contenido urinario como densidad, pH, proteínas, glucosa, bilirrubinas, sangre, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La lectura de esta tira reactiva no es 100% confiable.
9. Mantener a la paciente en reposo.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El reposo en cama eleva la filtración glomerular, debido al aumento del volumen de sangre circulante y del flujo renal, inhibiendo a la hormona antiurética; además de disminuir la presión sanguínea.
10. Preparar a la paciente para toma de ultrasonografía (USG) renal.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La preparación consiste en mantener a la paciente en ayuno, pero ingiriendo mucha agua, para que se llene la vejiga. ❖ La USG son ondas sonoras de muy alta frecuencia que permite obtener imágenes de órganos internos. ❖ Debido al daño renal existente, la toma de USG es muy útil en el diagnóstico de este trastorno.

EVALUACIÓN: La paciente recupera su eliminación urinaria normal.

Necesidad de Movilidad y Postura

DX: Deterioro de la movilidad física en relación con la disminución del funcionamiento neuro-musculo-esquelético manifestado por no tolerar estar en decúbito dorsal.

Grado de dependencia: PD

OBJETIVO: la paciente recuperará su movilidad física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
1. Identificar las necesidades que pueda realizar de forma autónoma y aquellas en las que requiera de asistencia.	❖ Lograr la independencia de la paciente favorece su autoestima y las probabilidades de recuperarse más rápido son mayores.
2. Realizarle ejercicios pasivos.	❖ Los movimientos repetitivos de una parte del cuerpo como resultado del esfuerzo voluntario, son realizados para conseguir un beneficio físico específico como fortalecer músculos debilitados, aumentar la flexibilidad de una articulación o mejorar las funciones cardiovascular y respiratoria.

EVALUACIÓN: la paciente recupera su movilidad física, logra adoptar una buena postura y se desplaza con facilidad sin requerir de ayuda.

Necesidad de Descanso y sueño

DX: Posible aflicción en relación con la pérdida del feto.

Grado de dependencia: I

OBJETIVO: la paciente no sentirá aflicción.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Dar valor a las capacidades, el talento y la realización de la paciente.	❖ Valorar cuanto haga y diga la paciente, para hacerla sentir bien.
2. Promover actividades como por ejemplo leer, jugar con juegos de mesa, etc.	❖ Este tipo de actividades proporcionan distracciones y alegría.
3. Permitirle a la paciente expresar sus necesidades, sus sentimientos, sus deseos, etc.	❖ Se disminuye la ansiedad y la angustia y se favorece el conocimiento y percepción positiva de sí misma.
4. Reportarle a los familiares el motivo por el cual la paciente se siente angustiada y triste.	❖ Nosotros como enfermeras tenemos comunicación muy cercana con sus familiares y no solo para informarles de su estado de salud, sino también lo referente a su estado emocional, así que es conveniente comentarles por lo que está pasando la paciente para que ellos la apoyen y juntos salir adelante.
5. Canalizar a la paciente al departamento de psicología.	❖ La relación interdepartamental, incrementa la atención integral de la paciente.

EVALUACIÓN: la paciente no se sintió afligida. Refiere lamentar lo que pasó, pero logra tener una actitud positiva.

Necesidad de Higiene y Protección de la piel

DX: Deterioro potencial de la integridad cutánea en relación con la inmovilidad.

Grado de dependencia: PD

OBJETIVO: la paciente no mostrará signos de irritación o rotura cutánea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Movilizar a la paciente cada dos horas y aprovechar para dar masaje en los puntos de presión.	<ul style="list-style-type: none">❖ Son medidas preventivas para disminuir la presencia de úlceras por presión.❖ Las partes más prominentes del cuerpo como los talones, el hueso sacro o los codos son los puntos en donde existe mayor presión.
2. Inspeccionar la piel en busca de síntomas precoces de las úlceras de presión.	<ul style="list-style-type: none">❖ La valoración continua es esencial para prevenir las úlceras por presión❖ La paciente está más propensa a presentar úlceras por presión debido al edema existente.❖ Estos síntomas incluyen: enrojecimiento o palidez localizados, dolor, aumento de temperatura de la piel, una sensación desagradable descrita frecuentemente como escozor y/o frialdad.
3. Realizar tendido de cama diario.	<ul style="list-style-type: none">❖ El cambio diario de la ropa de cama ofrece seguridad desde el punto de vista bacteriológico y proporciona bienestar físico; ya que la presencia de bacterias aumenta la gravedad de úlceras y acelera su evolución.❖ Al momento de tender la cama, se deben de estirar las sábanas para proporcionar una base lisa, firme y sin arrugas; ya de lo contrario las arrugas que quedan, lesionan la piel de la paciente.

EVALUACIÓN: la paciente no presentó úlceras por presión.

Necesidad de Evitar peligros

DX: Riesgo potencial elevado de lesión relacionado con la presencia de crisis convulsivas secundarias al vasoespasmo.

Grado de dependencia: D

OBJETIVO: la paciente no presentará lesiones por crisis convulsivas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Por prescripción médica, administrar sulfato de magnesio en solución glucosada y vigilar la infusión.	<ul style="list-style-type: none">❖ Es un depresor cerebral, bloquea la transmisión neuromuscular, reduce la irritabilidad neuromuscular, provoca ligera vasodilatación periférica y puede elevar la irrigación sanguínea.❖ Constantemente se debe de vigilar la cifra del sulfato de magnesio para prevenir sobredosis.
2. Cuando se esté administrando sulfato de magnesio deben vigilarse datos como: a) vigilar y evaluar los reflejos osteotendinosos. b) vigilar diuresis por medio de la sonda Foley a permanencia y derivación. c) toma de F.C. y F.R.	<ul style="list-style-type: none">❖ La hiperreflexia indica irritabilidad del sistema nervioso central y de los músculos.❖ Esta medida permite verificar si la producción de orina es mayor a 30 ml/hr.❖ Una producción menor de 30 ml/hr. puede indicar toxicidad por el sulfato de magnesio.❖ La administración de sulfato de magnesio puede provocar taquicardia.❖ Si la F.R. es menor a 12 respiraciones por minuto indica toxicidad.
3. Tener a la mano gluconato de calcio.	<ul style="list-style-type: none">❖ En caso de toxicidad por sulfato de magnesio, el gluconato de calcio es su antidoto.
4. Por prescripción médica, administrar Difenilhidantoína (DFH) 125 mg IV cada 8 horas.	<ul style="list-style-type: none">❖ Es un barbitúrico, anticonvulsivo, que disminuye la frecuencia y gravedad de crisis convulsivas de tipo tónico-clónico. Los efectos adversos que puede ocasionar son: vértigo, insomnio, nerviosismo, calambres, vómito, estreñimiento, reacciones alérgicas cutáneas, etc.
5. Por prescripción médica, administrar Dexametasona 16 mg como dosis inicial y posteriormente 8 mg IV cada 8 horas.	<ul style="list-style-type: none">❖ Es un corticoesteroide con acción antialérgica, esto es, deprime la respuesta alérgica. También actúa como antiinflamatorio. Las reacciones

	secundarias que puede causar son: trastornos musculoesqueléticos, gastrointestinales, cutáneos, cardiovasculares, retención de sodio, hipertensión, etc.
6. Fomentar el reposo en cama y adecuarle un ambiente tranquilo y alejado del bullicio.	❖ El reposo y el ambiente tranquilo aminoran las descargas eléctricas a las neuronas del sistema nervioso disminuyendo la probabilidad de presenciar crisis convulsivas.
7. Mantener siempre arriba los barandales de la cama.	❖ Esto para evitar que la paciente se caiga de la cama al momento de presenciar una convulsión.
8. Tener a la mano una cánula de Guedel.	❖ En caso de que convulsione la paciente se le coloca la cánula por debajo de la lengua para evitar que se la muerda.
9. De preferencia mantener la cabeza de la paciente en hiperextensión.	❖ Así se mantienen las vías aéreas libres en caso de una convulsión.

EVALUACIÓN: la paciente no presentó lesiones por crisis convulsivas.

Necesidad de Evitar peligros

DX: Riesgo potencial de infección relacionado con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana.

Grado de dependencia: PD

OBJETIVO: evitar que la herida quirúrgica se infecte.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
1. Administración de penicilina sódica cristalina 5000000 UI IV cada 4 horas.	<ul style="list-style-type: none">❖ Es un antibiótico con acción bactericida, activo contra la mayor parte de microorganismos grampositivos y algunos gramnegativos.❖ Este se usa como medicamento profiláctico.
2. Lavado de manos antes y después de tener contacto con la herida quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none">❖ La sanitización es el proceso que reduce los microorganismos patógenos. Con esta medida se evita infectarla.❖ Tanto el personal médico y de enfermería como la paciente, deben de realizar el lavado de manos.
3. Realizar curación de herida quirúrgica diario.	<ul style="list-style-type: none">❖ Es una medida preventiva para el desarrollo de infecciones.
4. Vigilar datos de infección, como la temperatura cada hora.	<ul style="list-style-type: none">❖ La primera reacción que presenta el organismo ante una infección, es la temperatura elevada, cuyo ascenso es por arriba de 37.5°C.❖ La fiebre es un mecanismo de defensa no solo en estado de infección sino también de inflamación.
5. Aplicación de vendaje abdominal de tipo compresivo.	<ul style="list-style-type: none">❖ El vendaje proporciona confort y seguridad a la paciente, ya que le permite realizar libremente sus movimientos.
6. Mantener limpia y seca la herida quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none">❖ Lo recomendable para llevar acabo la limpieza de la herida quirúrgica es durante el baño.❖ El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.❖ El jabón es un agente destructor.❖ La humedad propicia un ambiente favorable para el desarrollo de microorganismos.
7. Se debe informar a la paciente la importancia de mantener ventilada la herida quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none">❖ Permite que el proceso de cicatrización se acelere.

EVALUACIÓN: no se infectó la herida quirúrgica.

Necesidad de Aprendizaje

DX: Déficit de conocimientos relacionado a falta de familiaridad con los recursos informativos manifestado por angustia, preocupación y por referir deseos de obtener información.

Grado de dependencia: PD

OBJETIVO: la paciente adquirirá los conocimientos necesarios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
1. Presentar una visión de conjunto del tema objetivo del aprendizaje.	❖ Enfatizar en las cosas de mayor interés que tengan tanto la paciente, como los familiares.
2. Animar a los familiares de la paciente para que participen activamente y proporcionar retroalimentación frecuente.	❖ Entre más involucrados estén los familiares, más ventajas tendrán tanto la paciente como ellos mismos.
3. Iniciar la enseñanza lo más pronto posible, organizar el contenido, respetar el ritmo de aprendizaje y elegir métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuados a las capacidades e intereses de la paciente, de los familiares y del tema.	❖ Hay que aprovechar la estancia hospitalaria para proporcionar a la paciente y a sus familiares la información que desean. ❖ Nosotros debemos de buscar todo tipo de recursos materiales para facilitar el aprendizaje y comprensión de lo expuesto a la paciente y a sus familiares. ❖ Es conveniente elaborar material por escrito para que puedan llevárselo a casa y consultarlo cuantas veces sea necesario.

EVALUACIÓN: la paciente refiere tener la información necesaria que le ayuda a comprender el problema por el que atraviesa y que le ayudará refiere, para sus próximos embarazos.

6. PLAN DE ALTA

La paciente fue dada de alta por mejoría a la semana de su ingreso.

OBJETIVO: Dar a conocer tanto a la paciente como a sus familiares los cuidados y las medidas que deberá seguir en casa, permitiéndole así incorporarse poco a poco a sus actividades cotidianas. También incluye una orientación general para sus próximos embarazos; y de igual manera, los signos y síntomas de alarma.

Es recomendable que la paciente lleve un control médico periódico y así saber si padece de hipertensión o no; ya que muchas veces las pacientes no lo saben y se embarazan. El hecho de padecer de hipertensión crónica, es esto un factor de riesgo para desarrollar la preeclampsia, y peor aún que puede llegar a complicarla.

DIETA: la dieta que lleve, debe de ser recomendable donde entren todos los grupos de alimentos en la medida de lo posible, como por ejemplo: las verduras, las legumbres, pescados, carnes, frutas, cereales, pastas, pan; pero sobre todo que eleve la ingestión de proteínas. Aunque ya no se restringe la sal actualmente, deben evitarse las comidas saladas, pues el sodio aumenta la retención de líquidos. Evitar las bebidas alcohólicas, los irritantes, las grasas y el café; e incrementar la ingesta de agua natural.

MEDIDAS GENERALES PARA EL CUIDADO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA:

- ✗ Lavar la herida quirúrgica con agua y jabón durante la ducha.
- ✗ Secar muy bien la herida antes de taparla nuevamente.
- ✗ No aplicarse en la herida absolutamente nada (ni alcohol o iodine).
- ✗ Vendarse la herida.
- ✗ Por ratos puede mantener la herida ventilada, ya que acelera el proceso de cicatrización.
- ✗ Asistir a su cita para el retiro de puntos.

ORIENTACIÓN GENERAL PARA SUS PRÓXIMOS EMBARAZOS:

Debido a la presencia de eclampsia en este embarazo es probable que en el próximo se presente la enfermedad.

Hay que hacerle ver a la paciente la importancia de llevar una estrecha vigilancia prenatal ya que ésta permite el diagnóstico y tratamiento oportuno y por tanto prevenir las secuelas potencialmente mortales para la madre, el feto y el recién nacido.

A continuación se proporcionará una lista de medidas preventivas que deberá llevar a cabo la paciente, para que su próximo embarazo sea todo un éxito.

- ★ Es recomendable dejar pasar como mínimo 2 años para volverse a embarazar.
- ★ Requerir de consejería especializada ante la utilización de los diversos métodos anticonceptivos. Lo más adecuado para su utilización es el dispositivo intrauterino (DIU).
- ★ Asistir periódicamente a sus citas prenatales teniendo como objetivo la búsqueda intencionada de signos y síntomas de la preeclampsia/eclampsia, en donde se le tomará presión arterial, peso y estado general del feto.

- ★ **Peso:** la vigilancia del aumento de peso es una parte muy importante de la atención prenatal por lo que debe evitarse una rigidez en el establecimiento de patrones en el aumento de peso para cada mujer. El aumento de peso materno durante el embarazo, se debe a un gran número de componentes, por lo que es difícil establecer un rango promedio de valores, que se pudieran considerar "óptimo" de peso. Entre los factores que son importantes considerar para evaluar el aumento de peso en una mujer determinada están la talla, el peso y el estado nutricional preconcepcionales, la edad, el número de partos, su historia reproductiva y el estado fisiológico. Las mujeres embarazadas suelen aumentar en promedio entre 10-12 Kg.
- ★ La alimentación natural será la primera elección: no se recomienda la suplementación vitamínica farmacéutica de rutina, y mucho menos indiscriminadamente; en aquellos casos que por su cuadro clínico así lo ameriten, ya sea por patologías previas agregadas, cuadros clínicos de privación o intolerancia a ciertos alimentos; se controlará su prescripción bajo estricta vigilancia médica.
- ★ La dieta que debe seguir es la siguiente: reducir el consumo de alimentos salados o con conservadores como embutidos enlatados, carnes secas, refrescos. E incrementar el consumo de alimentos que proporcionen adecuado aporte energético y alimentos ricos en proteínas, sobre todo de tipo animal asociado con vegetales como las leguminosas que son el frijol, las habas, los garbanzos, lentejas, soya, arrejón, etc.; y las oleaginosas como ajonjolí, nueces, almendras, cacahuates, pepitas de calabaza, semillas de girasol, etc. Debido a las necesidades maternas, placentarias y fetales, originan que la demanda de proteínas durante el embarazo sea mayor. Esta acción es fundamental desde el tercer mes hasta el término. También es importante la ingesta de alimentos ricos en vitaminas, ya que las concentraciones de éstas disminuyen durante el embarazo por los ajustes fisiológicos maternos. Entre las vitaminas que se deben vigilar durante el embarazo están: la Vitamina A: como: el hígado, la nata, la mantequilla, la margarina, la leche, la yema del huevo y verduras verdes; que preocupa más que su falta, el exceso por ser teratogénica. La Vitamina D: como: la leche, la margarina, aceites de pescado; que indirectamente interviene en la osificación de los huesos. La Vitamina B12: como: el hígado, el huevo, el queso, el cereal, carnes, trigo, maíz, leguminosas; que la deficiencia de esta vitamina es causa de anemia perniciosa. Ácido Fólico: como: espinacas, acelgas, verdolagas, lechuga y nopales, se ingiere como medida preventiva para reducir el riesgo de malformaciones del tubo neuronal; es recomendable desde el inicio de la gestación hasta la semana 12ª, una dosis diaria. Otros alimentos ricos en vitaminas son: el pescado, la naranja, la piña, la guayaba, la mandarina, zanahoria, limón, jitomate. Los cambios fisiológicos durante el embarazo dan lugar a una disminución de diversos minerales como el hierro y el calcio; Hierro: como huevo, chicharos, hígado, frutas secas, ciruela pasa o zapote negro. El hierro durante los primeros dos trimestres es principalmente para el aumento de glóbulos rojos maternos y la placenta, en el último trimestre para el depósito fetal. Es importante la ingesta a partir de la semana 12 de gestación. Calcio: como leche, queso, verduras de hojas verdes, granos enteros, yema de huevo, legumbres, nueces. La mayor parte de calcio que se gana durante la gestación pasa al esqueleto fetal, la otra parte es almacenado por la madre para la lactancia.

- ★ Evitar en la medida de lo posible grasas e irritantes.
- ★ El aporte adecuado de nutrientes necesarios, favorece el mantenimiento de la salud materna, un crecimiento y desarrollo fetales óptimos, con la disminución de factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal.
- ★ Reposo: vida emocional tranquila, reducción de la actividad física, reposo espaciado durante el día de 20 a 30 min. Preferentemente en decúbito lateral izquierdo y elevación de las extremidades inferiores.
- ★ Sueño: se recomienda de 8 a 10 horas diarias, enfatizando la importancia de conservar un ciclo sueño-vigilia ordenado.
- ★ Hábitos intestinales: evitar la constipación intestinal con ingesta de líquidos adicionales (2 a 3 litros diarios). Así como laxantes naturales como higo, naranja, tamarindo. No utilizar purgantes.
- ★ Dejar de lado el tabaquismo, el alcoholismo y la automedicación.
- ★ Aplicación de toxoide tetánico.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:

- ☛ Presión alta.
- ☛ Hinchazón de piernas, manos y cara principalmente.
- ☛ Aumento de peso.
- ☛ Zumbido de oídos.
- ☛ Ver lucasitas o visión borrosa.
- ☛ Dolor de cabeza intenso.
- ☛ Mareo.

7. CONCLUSIONES

La experiencia de haber realizado un Proceso de Atención de Enfermería con una paciente ecláptica, fue realmente muy gratificante; ya que por un lado la gineco-obstetricia es el área que me gusta, y por otro lado me di cuenta de la importancia que tiene un Proceso de Atención de Enfermería y que desgraciadamente muchas veces no se le da ese valor.

Es increíble lo que una como enfermera puede llegar a hacer con un Proceso y que desde luego es realizado para beneficio y satisfacción del paciente hospitalizado.

Como mencioné anteriormente, el PAE es una herramienta teórico-metodológica del quehacer de Enfermería y que a través de éste se llevan a cabo acciones que brindan una mayor credibilidad al trabajo que se desempeña, por ello es importante saber y tener el conocimiento de lo que se va a hacer para llevar a cabo un plan de cuidados que permita brindar una atención de calidad y calidez y así lograr lo más pronto posible el restablecimiento de la salud del paciente.

Quiero resaltar que el hecho de dar cuidados de Enfermería debe hacerse bajo una filosofía holística y humanística, es decir, no olvidemos que estamos tratando con seres humanos que no van solos, que no sólo son "el paciente enfermo", sino que traen consigo una historia, una serie de elementos que forman parte de la vida de un ser humano, como lo son lo biológico, lo psicológico, lo cultural, lo religioso, sus costumbres, sus hábitos, sus convicciones, su entorno, su familia, etc., que merecen ser reconocidos y respetados. Hay que darnos cuenta de que estamos con seres humanos que al igual que nosotros sienten, sufren, piensan; así que cuando nos toque actuar, hay que hacerlo siempre con mucha dedicación, con compromiso, con mucha entrega, con convicción y con todo el corazón.

Enfermería es una de las profesiones más nobles por ser capaz de desarrollar un alto sentido de sensibilidad para entender al paciente, realmente comprenderlo y ser concientes de lo que le está ocurriendo y así poderle brindar sus cuidados correspondientes, por que ese cuidado que se le brindará será único e irrepetible, puesto que depende totalmente de él.

Por otra parte, Enfermería tiene mucho que hacer con respecto a la prevención, creo que por medio de ésta es como se podrían evitar muchas de las complicaciones existentes durante el embarazo. Debe de ampliarse más la comunicación educativa dirigida a la población materna, teniendo como objetivo principal promover la información acerca de una salud previa al embarazo, durante el embarazo, el puerperio y la lactancia; y de igual manera el reconocimiento de factores de riesgo, pero sobre todo, insistir en que la salud perinatal inicia desde el nacimiento de la mujer, debiendo contar con un esquema de vacunación completa, alimentación al seno materno, medidas higiénico-dietéticas lo idóneas posibles, fomentar una regulación en la fertilidad para prevenir embarazos no deseados fundamentalmente en la etapa de la adolescencia, hacer énfasis en la importancia de un inicio gestacional con un peso ideal, para prevenir de esta forma complicaciones futuras. Esto con el propósito de que se acuda

oportunamente a los centros de atención médica para una mejor vigilancia y control prenatal.

Una mujer sana, gozará de una salud perinatal libre de complicaciones.

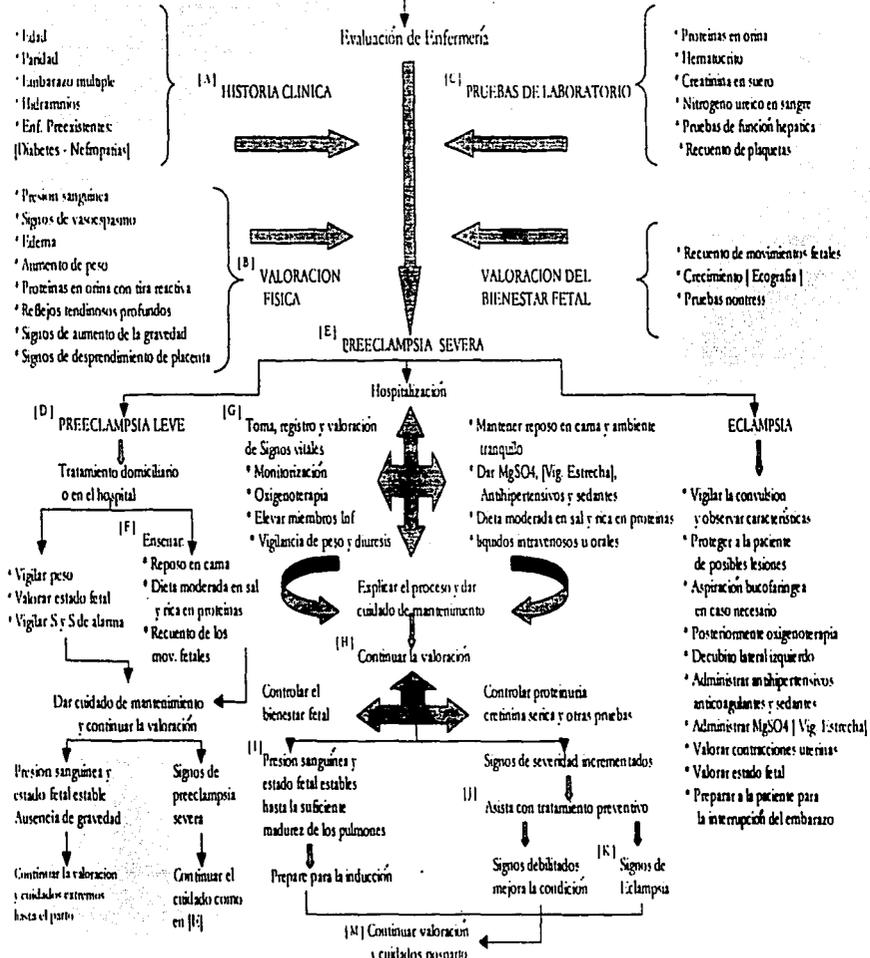
Por último, la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería me hizo constatar nuevamente que el paciente está primero que todo, y gracias a esto, a quién le realicé el Proceso quedó muy satisfecha con mis cuidados y que afortunadamente se dió de alta por mejoría. De hecho ella me expresó el enorme agradecimiento que tenía para conmigo.

La oportunidad de trabajar con pacientes eclámpticas proporciona mayor retroalimentación, ya que se vive la experiencia de poder manejar situaciones inesperadas y priorizar actividades.

Me complace decir que mis objetivos anteriormente mencionados, fueron cumplidos.

ANEXO

HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

9. BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, Ediciones Doyma, España, 1988.
- ❑ Belscher, Obstetricia y Neonatología, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 3º edic., México, 2000.
- ❑ Benson C. Ralph, Manual de Obstetricia y Ginecología, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 9º edic., México, 1994.
- ❑ Burrow, N., Gerard, Complicaciones médicas durante el embarazo, 5º edic., España, 2001.
- ❑ Carpenito, T., Lynda, Manual de Diagnósticos en Enfermería, Editorial, Harla, 3º edic, México, 1992.
- ❑ Diccionario de Especialidades farmacéuticas, Ediciones PLM, 46º edic., México 2000.
- ❑ Diccionario Mosby, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Editorial Harcourt, 5º edic., España, 2000.
- ❑ Dickason J. Elizabeth, Enfermería Materno Infantil, Editorial Harcourt Brace, 3º edic., Madrid, España, 1999.
- ❑ Gufas Diagnósticas y Terapéuticas para Preeclampsia/Eclampsia, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de la Mujer, S.S.A., Dra. Rivas, Dr. Arias y Dr. Acevedo.
- ❑ Havard Margaret, Fármacos en Enfermería, Editorial Manual Moderno, 3º edic., México, 1999.
- ❑ Kozier Bárbara, Enfermería fundamental, Concepto, procesos y práctica, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 4º edic., tomo I y II, España, 1993.
- ❑ Lineamiento técnico, para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia, SSA, 2º edic., México 2000.
- ❑ Nordmark Madelyn, Bases Científicas de la Enfermería, México, 1987, 5º reimpresión.
- ❑ Norma Técnico Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, México, 1995.

OSMA
1995

- ❑ Olds Sally B., Enfermería Materno-infantil, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 4º edic, México, 1995.
- ❑ Reeder Martin, Enfermería Materno-Infantil, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 3º edic., México, 1995.
- ❑ Rhaneuf M., La planificación de los cuidados enfermeros, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1999.
- ❑ Rosales B. Susana, Fundamentos de Enfermería, Editorial, Manual Moderno, México 1991.
- ❑ Servin Rodas Ma. Del Carmen, Nutrición básica y aplicada, U.N.A.M., ENEO, SUA, Texto, Julio 2002.
- ❑ Texto Integrado, Obstetricia y Ginecología, Editores: Jaime Botero, Alfonso Júbiz y Guillermo Henao, 6º edic., 2000.
- ❑ www.Contusalud.com/Embarazo:Pre-eclampsia y Eclampsia
- ❑ <http://telenine.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>