



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UNA PACIENTE CON
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA
DEL EMBARAZO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MARIA DEL SOCORRO ARIZONA NAVARRO
No. DE CUENTA:401117183

DIRECTOR ACADEMICO

LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

MEXICO, D.F.

MAYO 2005

m343976



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.

INDICE.

Introducción	
Objetivos.....	1
Justificación.....	2
Metodología.....	3
CAPITULO I	
1. Marco Teórico.....	5
1.1 Virginia Henderson.....	5
1.1.1 Bases del Proceso Atención Enfermería.....	6
1.1.2 Etapas.....	7
1.1.2.1 Valoración.....	7
1.1.2.2 Diagnóstico de Enfermería.....	7
1.1.2.3 Diagnóstico de Enfermería aprobados por la NANDA.....	8
1.1.2.4 Planeación.....	8
1.1.2.5 Ejecución.....	9
1.1.2.6 Evaluación.....	9
1.1.3 Necesidades básicas según Henderson.....	10
1.1.4 Definición de Henderson de los cuatro conceptos básicos del paradigma de la Enfermería.....	11
1.2 Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.....	12
1.2.1 Genitales externos.....	12
1.2.2 Genitales internos.....	13
1.2.3 Fisiología del aparato reproductor femenino.....	16
1.3 Fisiopatología de la hipertensión arterial.....	18
1.3.1. Hipertensión inducida por el embarazo.....	20
1.3.2. Etiología.....	22
1.3.3 Epidemiología.....	25
1.3.4 Cuadro Clínico.....	28
1.3.5 Diagnóstico.....	29

1.3.6 Hipertensión crónica.	33
1.3.7 Hipertensión agravada por el embarazo.	35
1.3.8 Tratamiento.	36
1.3.9 Prevención.	37

CAPÍTULO II

2. Historia Clínica y Valoración de Enfermería.	38
2.1 Ficha de identificación.	38
2.1.1 Motivo de ingreso hospitalario.	38
2.2 Necesidades Básicas.	39
2.2.1 Oxigenación.	39
2.2.2 Nutrición e hidratación.	41
2.2.3 Eliminación.	43
2.2.4 Moverse y mantener una buena postura.	44
2.2.5 Descanso y sueño.	45
2.2.6 Uso de prendas de vestir adecuadas.	45
2.2.7 Termoregulación.	46
2.2.8 Necesidad de higiene y protección de la piel.	47
2.2.9 Necesidad de evitar peligros.	47
2.2.10 Necesidad de comunicarse.	49
2.2.11 Necesidad de vivir sus creencias.	49
2.2.12 Necesidad de trabajar y realizarse.	50
2.2.13 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.	51
2.2.14 Necesidad de aprendizaje.	51

CAPÍTULO III

3.1 Diagnóstico de Enfermería.	53
3.2 Plan de cuidados.	54
3.3 Plan de alta.	60
Conclusiones.	61

Sugerencias	63
Glosario	64
Bibliografía.....	69

INTRODUCCIÓN.

La filosofía de la profesión de Enfermería, se basa en la solución a las necesidades de salud en forma progresiva y dinámica, requiere de una formación sistemática de elementos que conformen al personal de enfermería en sus diferentes niveles. Debe contemplar varios aspectos para que el personal mencionado y de acuerdo a su nivel que le corresponda, realice oportuna y eficientemente cada una de las medidas preventivas en el individuo, familia y comunidad en los aspectos biológico, psicológico y social.

El ser humano constantemente produce y reproduce conocimientos de sí mismo y de todo lo que le rodea, es decir, debe conocer acerca de los hechos físicos, valores, lenguaje, sociedad, etc.

El proceso de Enfermería: es una serie de pasos que dá la enfermera para planear y dar cuidados de enfermería. Los elementos indispensables del proceso son, que este es planeado, centrado en el paciente y dirigido hacia una meta. Cuenta con cinco etapas: Valoración: Recopilación de la información; Diagnóstico: Análisis de los datos para identificar problemas/ Diagnósticos de enfermería.; Planeación: Elaboración de un plan de acción; Ejecución: Llevar a cabo el plan de acción; Evaluación: Evaluar los resultados del plan.

En nuestro país resulta indispensable la reducción acentuada que ha experimentado la mortalidad materna en los últimos 50 años. Y que ha llevado, pese al sobre registro persistente dentro de ciertos factores de la población, a cifras por debajo de 60 por 100,000. nacidos vivos. Sin embargo, estas se comparan desfavorablemente con los niveles que registran en la actualidad los países industrializados o aquellos con mejor desarrollo de sus servicios de salud, que resultan 5 a 10 veces menores. En efecto, la preeclampsia-eclampsia ha representado, desde hace más de 16 años, la primera causa de muerte materna y

es responsable en la actualidad de por lo menos la tercera parte de éstos fallecimientos.

Un hecho de gran trascendencia, identificado por los órganos colegiados responsables de su estudio en todo el país, los Comités de Mortalidad Materna, es el alto grado de previsibilidad de las defunciones, por preeclampsia-eclampsia, así como la relación que guardan sus elevadas cifras actuales con la calidad de la atención obstétrica, tanto ambulatoria como hospitalaria y con los niveles educativos de la población para usar en forma oportuna y racional los servicios de salud en base a la auto-identificación de signos y síntomas de alarma de ésta complicación.

El Proceso Atención de Enfermería se presenta, con la visión y la metodología del Modelo de Virginia Henderson, que durante la formación del profesional de Enfermería, se analizaron sus bases metodológicas, las cuales, están sustentadas en el método científico.

Henderson define: 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."

El presente Proceso Atención de Enfermería es aplicado a una mujer con Dx. Médico: Enfermedad Hipertensiva inducida del Embarazo en el Hospital Estatal Lic. Adolfo López Mateos Toluca en Noviembre de 2004 y consiste en siete apartados los cuáles son:

El primero, en el que se exponen los objetivos de aprendizaje así como los del caso clínico.

El segundo, se plantea la justificación.

El tercero, se detalla la metodología que se utilizará para la elaboración del proyecto que dará origen al Proceso Atención de Enfermería.

El cuarto, precisa el Modelo de Virginia Henderson, con su definición, se especifican elementos del Proceso de Enfermería, hasta llegar al método del cuidado, para lo cuál, se incluyen cinco etapas: Valoración de las necesidades, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.

El quinto, se enuncia la Historia Clínica de Enfermería y se utiliza la propuesta de Virginia Henderson.

El sexto, se elabora el Plan de Cuidados, con los requisitos: Diagnósticos de Enfermería, Objetivos, Necesidades, Intervenciones de Enfermería, de acuerdo a una fundamentación Científica y Evaluación. Se describe y aplica el Proceso de Enfermería, desde la perspectiva de que la salud reproductiva incluye el cuidado a la salud perinatal efectiva, digna y con responsabilidad social hacia la mujer con Enfermedad Hipertensiva Inducida del Embarazo.

El séptimo, se basa en el Plan de Alta, como un proceso sistemático de valoración, de preparación y de coordinación con otros profesionales. Finalmente se plantean las conclusiones de la experiencia de elaborar éste Proceso de Atención de Enfermería y las fuentes bibliográficas, que sirvieron de sustento para el mismo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Llevar a cabo un Proceso Atención de Enfermería a una paciente embarazada que presenta Enfermedad Hipertensiva Inducida al Embarazo en el Hospital Estatal Lic. Adolfo López Mateos Toluca en el mes de Noviembre del 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer cuáles son las Enfermedades Hipertensivas que se presentan en el embarazo y el papel que desempeña la enfermera.
- Obtener información actualizada y precisa sobre cuáles con las enfermedades hipertensivas del embarazo más comunes.
- Ampliar la información de enfermedades hipertensivas del embarazo, para realizar mejor los procedimientos y técnicas de Enfermería para culminar con un buen tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud menciona que la principal causa de morbi-mortalidad materno infantil es la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo en algunos países en vías de desarrollo.

En México en 1990 la tasa de mortalidad materna reporta 5.4 defunciones por 10,000 nacidos vivos (NVR) y para 1996 las cifras reportadas son de 4.8 defunciones por 10,000 (NVR).

Enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en las pacientes primigestas muy jóvenes, pacientes desnutridas, múltiparas con hipertensión arterial crónica, neuropatías, diabetes y/o antecedentes de preeclampsia-eclampsia, donde el factor genético, inmunológico y ambiental juega un papel importante, patología que afecta órganos y sistemas del cuerpo humano como S.N.C., hígado, riñón, aparato circulatorio entre otros, de ahí la importancia que juega el profesional de Enfermería en la prevención de la enfermedad con respecto a promoción de la salud y en el aspecto curativo, la vigilancia estrecha de la paciente con respecto al tratamiento oportuno de acuerdo a la sintomatología presentada por la misma, pudiera disminuir en gran medida las complicaciones o secuelas que pusieran en riesgo tanto al producto como a la propia paciente.

En ese orden de ideas, la causa de el interés hacia el tema que sustento es obtener el título de licenciada en enfermería.

METODOLOGÍA

El contenido de este Proceso Atención de Enfermería está basado en la teoría de Virginia Henderson para desarrollar conocimientos y habilidades, del profesional de Enfermería.

Valoración con necesidades humanas básicas según Henderson, son:

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

Para la aplicación del método, se integra aspectos de Enfermedad Hipertensiva Inducida del Embarazo; además del aprendizaje significativo, la búsqueda y selección bibliografía; se apoyará este trabajo con la tutoría y asesoría individual, con un director de proyecto avalado por la ENEO –UNAM; se combinarán las actividades de aprendizaje y se integrará un producto final, que es

un Proceso Atención de Enfermería; esta metodología organiza los conocimientos hacia la administración de los cuidados de Enfermería a una mujer con Dx. Médico Enfermedad Hipertensiva Inducida del Embarazo.

Para la compilación de datos, historia Clínica de Enfermería y valoración, se utiliza y combina, como apoyo las herramientas propuestas de Carpenito y Virginia Henderson.

CAPITULO 1.

MARCO TEORICO.

1.1 VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos en su concepto de Enfermería.

Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, es considerado, en la realización de aquellas actividades que contribuyen 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 posible¹".

La concepción de Virginia Henderson nos ofrece una visión de los cuidados de Enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce en esta concepción, consiste en conservar o establecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades.

Los objetivos y características de la atención de Enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las

¹ Dr. Xavier Ruiz. ENCLOPEDIA DE LA ENFERMERIA, ed. Océano Centrum, Vol. 1, p.p. 1-12

dimensiones del individuo y su entorno, se deben tener en cuenta, pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o bien externo (ambiental), priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de Enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

La atención de Enfermería tiene entre sus objetivos primarios la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud de un individuo, una familia o una comunidad.

La atención de Enfermería tiene entre sus objetivos primarios la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

1.1.1 BASES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el proceso atención de Enfermería. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente.

El proceso de Enfermería abarca, por una parte, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para, determinar las necesidades del paciente, y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. A fines didácticos, pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuáles deben ser adecuadamente complementada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

1.1.2. ETAPAS.

1.1.2.1. VALORACIÓN.

En éste paso de valoración, pues, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

La fase de valoración es la etapa inicial del proceso de Enfermería y requiere la máxima exactitud posible tanto en los datos obtenidos del paciente como en los resultados de los análisis y demás estudios que se efectúen para evaluar su estado de salud y sus necesidades.

1.1.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

La segunda fase del proceso de Enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. "Su finalidad consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan²". Se trata, pues, de elaborarlo como punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de Enfermería más oportunos. Gracias a ésta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atenciones adaptado a sus necesidades, facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario permitiendo elaborar un análisis crítico mejor fundamentado.

El diagnóstico de Enfermería consiste en un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, basado en la recogida de datos realizada en la

² Ibidem p. 5

etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de Enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro su ámbito de responsabilidad.

1.1.2.3 DIÁGNÓSTICO DE ENFERMERÍA APROBADOS POR LA NANDA

Patrones de respuesta humana.

Para su clasificación, la NANDA, considera nueve modelos de respuesta humana:

- Intercambio: patrón de respuesta humana que comprende dar y recibir recíprocamente.
- Comunicación: patrón de respuesta humana que comprende envío y recepción de mensajes.
- Relación: patrón de respuesta humana que comprende el establecimiento de vínculos interpersonales.
- Valoración: patrón de respuesta humana que comprende la asignación de valores.
- Elección: patrón de respuesta humana que comprende la selección de alternativas.
- Movimiento: patrón de respuesta humana que comprende las actividades.
- Percepción: patrón de respuesta humana que comprende las recepción de enfermedades.
- Conocimiento: patrón de respuesta humana que comprende el significado asociado a la información.
- Sentimiento: patrón de respuesta humana que comprende la conciencia subjetiva de la información.

1.1.2.4. PLANEACIÓN.

Es una etapa fundamental del proceso de Enfermería en la cuál se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y se

determinan los pasos básicos para alcanzar los objetivos propuestos y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

1.1.2.5. EJECUCIÓN.

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según las necesidades posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de Enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente con la debida ayuda y supervisión quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal ideal no siempre es accesible.

Durante la fase de ejecución la comunicación entre el personal de Enfermería y el paciente verbal o no verbal adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, la rutina del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse.

En todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica, con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos para potenciar la salud) o bien de actuaciones específicas relacionados con el padecimiento concreto del paciente y sus limitaciones.

1.1.2.6 EVALUACIÓN.

La fase de evaluación, que constituye la última etapa del proceso de Enfermería, corresponde a una actividad constante y compleja de cuyo

cumplimiento depende la oportuna reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos en su concepto de Enfermería.

Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, es considerado, en la realización de aquellas actividades que contribuyen 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".

La concepción de Virginia Henderson nos ofrece una visión de los cuidados de Enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce en esta concepción, consiste en conservar o establecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades.

1.1.3 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN HENDERSON.

- 1.- Respirar.
- 2.- Alimentarse e hidratarse.
- 3.- Eliminar.
- 4.- Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).
- 5.- Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).

- 6.- Vestirse y desnudarse.
- 7.- Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
- 8.- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
- 9.- Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
- 10.- Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
- 11.- Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.
- 12.- Preocuparse de su propia realización (y conservar su propia estima).
- 13.- Recrearse.
- 14.- Aprender (y descubrir o satisfacer su curiosidad)

Se observa una similitud entre las necesidades y las escala de necesidades Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8° a la 9°. Con la seguridad y de la 12° a la 14° con la auto-actualización.

1.1.4 DEFINICIÓN DE HENDERSON DE LOS 4 CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE LA 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 o 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 más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipará salud con independencia.

1.2 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

1.2.1 GENITALES EXTERNOS.

Monte de Venus: Es una prominencia cédulo adiposa por delante de la sínfisis del pubis, de forma triangular, recubierta de vello que llega hasta los labios mayores por abajo y por arriba esta limitada por una línea horizontal, siendo esta la implantación tipo femenino del vello pubiano, está limitado por arriba por el surco supra pubiano, a los lados por los pliegues inguinales, y hacia atrás se continúa con el origen de los labios mayores de la vulva.

Vulva: Es una hendidura sagital mediana que se divide en dos regiones: una labial y una vestibular. La región labial está constituida por los labios mayores, menores, clitoris y capuchón del clitoris; la región vestibular esta situada entre el himen y la sínfisis del pubis. Los labios mayores y los labios menores están constituidos por dos rodetes cutáneos ricos en grasa y por dentro están cubiertas por epitelio con numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores

están recubiertos por mucosa y situados por dentro de los labios mayores. Rodean el vestíbulo de la vagina y el orificio uretral, poseen numerosos glándulas sebáceas. En la cara interna de su tercio inferior se encuentran en ambos lados los orificios de las glándulas de Bartholin, cuyas secreción depende de los impulsos nerviosos que son provocados por la excitación sexual. Estos orificios están ocluidos por procesos inflamatorios, endocrinos, infecciosos, etc. El clitoris es un órgano constituido por fibras musculares lisas, situados por encima del meato urinario, es eréctil y su erecciones producida por un plazo venoso cavernoso, tiene además una gran innervación sensitiva. El vestíbulo, es la región que se extiende entre los pequeños labios y el orificio de la vagina. El himen , está situado entre la vulva y los genitales internos, es un repliegue membranoso con una perforación en el centro que permite la salida de la sangre menstrual, puede tener varias formas y diferentes consistencias y cuando carece de orificio se denomina himen imperforado, lo cual impide la salida de sangrado menstrual acumulándose esto en la vagina, formando hemalocolpos.

Perineo: Es un diafragma musculoso aponeurótico, de forma romboide, situada en el extremo inferior entre los glúteos y los muslos, limita por delante a la sínfisis del pubis, a los lados por las tuberosidades isquiáticas y por detrás el coxis. Clínicamente esta región es importante en el trabajo de parto, porque cuando la vagina es pequeña y la cabeza fetal es grande, el periodo expulsivo es muy rápido, pueden ocurrir desgarros en la piel de la mucosa vaginal, del tejido adiposo subcutáneo, del músculo transverso superficial del perineo y a veces hasta de los tejidos recto anales. Para evitar estas lesiones, es esencial una buena atención del parto, proteger el perineo y practicar una operación menor denominada episiotomía, seguida de episiorrafia.

1.2.2 GENITALES INTERNOS.

Vagina: Es el órgano de la copulación para el parto y la menstruación, se extiende desde el himen hasta los fondos de saco y es conducto musculoso membranoso, orientado de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Las capas

musculares que posee le confieren una contractilidad activa y son: Una circular y otra externa longitudinal. La extremidad superior de la vagina es ensanchada y forma un fondo de saco circular que rodea al cuello uterino, dividiéndose en un saco fondo de saco anterior, uno posterior, uno lateral derecho y uno lateral izquierdo. Por otro lado, la vagina presenta en la línea media, dos engrosamientos longitudinales en la cara anterior y posterior que constituyen las llamadas columnas de la vagina. La mucosa vaginal no tiene glándulas, por tanto carece de productos secretorios, pero posee células epiteliales descamadas que contienen glucógeno que bajo la acción de los bacilos de Döderlein, forma ácido láctico y así se producen y mantienen el pH vaginal, normalmente la vagina tiene un pH ácido.

Útero: Es un órgano muscular hueco en forma de pera achatada, se encuentra situado entre la vejiga y el recto, que se divide de arriba hacia abajo, en cuerpo, istmo y cuello, las medidas del útero son: longitud de seis a siete centímetros, ancho de cuatro centímetros, grosor de dos punto cinco a tres centímetros, y peso de cuarenta a cincuenta gramos. En las mujeres multiparas estas medidas aumentan de uno a dos centímetros, y el peso llega a ser alrededor de setenta gramos. El cuerpo es el segmento muscular activo y consta de fondo, cuernos y ligamentos uterinos. Es la porción superior del útero y tiene una forma triangular, el fondo uterino es la parte del órgano situada por encima de la inserción de los cuernos y trompas uterinos, son aquellas partes donde se une el fondo con los bordes laterales del útero. El istmo es la parte intermedia del útero que sirve al cerviz con el cuerpo uterino, tiene un centímetros de longitud y tiene características que durante el trabajo de parto por el efecto de las contracciones uterinas se constituye en el segmento uterino, que es el sitio donde se practican la mayor parte de las cesáreas actuales. A nivel del istmo el conducto uterino es estrecho y posee menos glándulas y musculatura. El cerviz o cuello uterino es la porción más inferior del útero y mide alrededor de dos punto cinco centímetros de largo y tienen una forma cilíndrico – cónica. Esta situada por un orificio externo, inferior y en contacto con la vagina por un canal cervical y por un orificio interno superior rotado hacia la cavidad uterina. La inserción divide al cuello uterino en dos segmentos: el supra vaginal y el intra vaginal, cabe señalar que el hocico de

Tenka es la región que se observa al espejo ginecológico. El cerviz de a fuera hacia adentro esta constituido por una capa externa muscular y una capa de tejido conectivo fibroso en el interior. Desde el punto de vista de la pared el útero consta de tres capas, de afuera hacia adentro el peritoneo visceral que recubre al útero por la capa anterior y posterior al cuerpo, el cual está íntimamente adherido continuándose por los bordes con las hojas anterior y posterior del ligamento ancho, uno de cada lado, y luego tenemos al miometrio o músculo uterino y la capa mas interna, es la mucosa endometrial o endometrio. Por lo que se refiere al miometrio esta constituido por tres capas musculares, la capa externa de fibras longitudinales, la capa medio plexiforme y homostatica y una capa interna de fibras longitudinales y circulares a nivel de los esfínteres. El endometrio o mucosa uterina endometrial, es una capa constituida por células endometriales, glándulas, arterias rectas y arterias espirales, tapiza toda la cavidad uterina y está destinado a la nidación del huevo fecundado, sufre cambios ciclicos bajo el estímulo de las hormonas ováricas, presentándose la menstruación de la manera ciclica y dependiente de la función ovárica.

Pélvis ósea.- La pélvis simple tres propósitos principales: 1) Su cavidad ósea proporciona una cuna protectora de las estructuras pélvicas., 2) su arquitectura es de especial importancia en la acomodación del feto en crecimiento a lo largo del embarazo y durante el proceso del nacimiento., 3) su fortaleza sirve de punto de anclaje para la inserción de los elementos de soporte de los órganos pélvicos como son los músculos, las fascias y los ligamentos.

Mamas.- Las mamas son glándulas mamarias que se localizan entre el segundo y el sexto arcos costales. Casi 2/3 de la mama se superponen al músculo pectoral mayor entre el esternon y la línea media axilar, con una extensión hacia la axila denominada cola de Spence. El tercio inferior de la mama queda por encima del músculo serrato anterior. Las mamas están unidas a los músculos mediante tejido conectivo o fascias.

Las mamas de las mujeres adultas tienen más o menos el mismo tamaño y la misma forma, pero con frecuencia no son del todo simétricas. El tamaño y la forma varían dependiendo de la edad, la herencia y la nutrición de la mujer. No obstante el contorno debe ser liso sin retracciones, hoyuelos ni masas.

1.2.3 FISIOLÓGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Menarquia.- Aunque las niñas jóvenes secretan cantidades pequeñas y mas bien constantes de estrógenos, entre los 8 y 11 años de edad, aparece un marcado incremento. Además, las cantidades crecientes y las variaciones de la secreción de las gonadotropinas y los estrógenos desarrollan un patrón cíclico por lo menos un año antes de la menarquía o primer periodo menstrual. Esto ocurre en la mayoría de las niñas a los 13 años de edad (con un margen de inicio de entre los 10 y 16 años).

Al comienzo los periodos son irregulares, impredecibles, indoloros y anovulatorios en la mayoría de las niñas. Después de uno o más años se desarrolla un ciclo hipotálamohipofisario y el ovario produce cantidades suficientes de estrógenos para lograr óvulos maduros. Los periodos ovulatorios tienden a regularizarse y en algunas mujeres se asocia con dismenorrea (cólicos menstruales), que pueden ser un efecto de la producción de progesterona, prostaglandinas o ambas.

La menstruación es un sangrado uterino periódico que comienza alrededor de catorce días después de la ovulación. El primer día del ciclo es el primer día de sangrado o de la regla. La duración promedio del flujo menstrual es de 5 días (margen de tres a seis días), y la cantidad promedio de pérdida sanguínea es de alrededor de 50 ml., (margen de 20 a 80 ml), pero existen grandes variaciones.

En cerca del 50% de las mujeres la sangre menstrual parece no coagular. El sangrado menstrual se coagula en el interior del útero pero el coagulo se

disuelve antes de ser expulsado de allí. La descarga uterina incluye moco y células epiteliales además de la sangre.

El ciclo menstrual es un juego complejo de eventos que se presentan al mismo tiempo en el endometrio, el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios. El propósito del ciclo menstrual es preparar al útero para el embarazo. Cuando este no se presenta, la menstruación aparece. La edad de la mujer, su situación emocional y física y el ambiente influyen sobre la regularidad de sus ciclos menstruales.

Ciclo Hipotálamo-hipofisiario.- Hacia el fin del ciclo menstrual normal, los niveles sanguíneos de estrógenos y progesterona descienden. Los niveles sanguíneos bajos de esta hormona ovárica estimula el hipotálamo para que secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-RH). La Gn-RH, a su vez, estimula la hipófisis anterior para que secreta la hormona foliculo-estimulante (FSH). La FSH estimula el desarrollo de los folículos ováricos de Graaf y su producción de estrógenos. Los niveles de estrógenos comienzan a descender y la Gn-RH hipotalámica dispara la liberación hipofisiaria de hormona luteinizante (LH). Un aumento marcado de LH y un pico menor de estrógenos (en el día 12) preceden a la expulsión del óvulo del folículo ovárico en alrededor de 24 a 36 horas. La LH tiene su pico cerca de los 13 o 14 de un ciclo de 28. Si para ese momento no se produce la fertilización y la implantación del huevo, se sigue la regresión del cuerpo lúteo. Por lo tanto, los niveles de progesterona y estrógenos declinan, aparece la menstruación y el hipotálamo es estimulado de nuevo para secretar Gn.RH. Esto se conoce con el nombre de Ciclo Hipotálamo-hipofisiario.
Ciclo ovárico.

Los folículos primarios de Graaf contienen oocitos inmaduros. Antes de la ovulación, de uno a 30 folículos comienzan a madurar en cada ovario bajo la influencia de LH afecta a un folículo seleccionado. Dentro de éste, el oocito madura, se presenta la ovulación y el óvulo se libera. Después de la ovulación, el folículo vacío comienza su transformación en el cuerpo lúteo. La duración de esta

fase folicular (o fase preovulatoria) del ciclo menstrual ovárico varía de una mujer a otra.

La fase lútea se inicia inmediatamente después de la ovulación y termina con el comienzo de la menstruación. Esta fase postovulatoria del ciclo ovárico por lo general, requiere de catorce días (rango de trece a quince días) El cuerpo lúteo alcanza el pico de su actividad funcional ocho días después de la ovulación, y secreta ambos esteroides sexuales, estrógeno y progesterona. Coincidiendo con este tipo de funcionamiento lúteo máximo, el huevo fertilizado se implanta en el endometrio. De no presentarse la implantación, la capa funcional del endometrio se desprende con la menstruación dos semanas después de la ovulación.

1.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Para Altirriba J. Esteban: "La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales que constituye un mecanismo en perfecto equilibrio³". Cuyo objetivo es mantener la irrigación de los diversos órganos. Para ello dispone de un motor. El corazón; un sistema de conducción, los vasos y una masa líquida, la sangre.

El corazón tiene una actividad contráctil rítmica, intrínseca y sincronizada, que asegura una coordinación secuencial de las contracciones auriculares y ventriculares.

La presión de la circulación cardiaca que expelle la sangre contra una resistencia vascular. Inicialmente el flujo sanguíneo es pulsátil, con un poco de presión (presión sistólica) durante la contracción del ventrículo izquierdo. Como cada sístole ocupa sólo 0,3 seg. Del ciclo cardíaco (0,8 seg.), la presión arterial

³ J. ALTIRRIBA.Esteban.
"Perinatología" 7ª ed. Barcelona, España, 1985. p 188.

media en un periodo de tiempo no es el punto medio entre la sístole y la diástole, sino, convencionalmente, un tercio más la presión diastólica.

Los vasos han de mantener durante la diástole un flujo sanguíneo igual o proporcional, transformando un impulso intermitente en un flujo relativamente constante.

La velocidad de circulación de la sangre en los vasos no pueda confundirse con el flujo: El flujo o gasto la cantidad de sangre que pasa por minuto en la aorta o en la red capilar, es el mismo pero la superficie de sección de esta es de 700 veces mayor que en la aorta, de los que resulta que la velocidad de la circulación de la sangre en la aorta es de 50 cm/seg y en los capilares desciende a 0.007 cm/seg.

Las propiedades de la pared arterial están en relación con su estructura: intima media (con fibras musculares y membranas elásticas o no) y adventicia. Cabe distinguir los vasos de la cámara elástica (Aorta y grandes vasos) cuya función es frenar el impulso sistólico; y los vasos de resistencia, cuya misión es conservar el flujo activo.

La presión producida para sístole ventricular debe tener un control hidromecánico y neurogeno para que resulte adecuada a cualquier nivel operativo del sistema.

Son 4 factores los que determinan el gasto cardiaco según Allirriba:

- ❖ Frecuencia cardiaca.
- ❖ Presión de relleno ventricular (Retorno venoso o precarga).
- ❖ Distensibilidad ventricular.
- ❖ Presión arterial que se opone a la eyección sistólica (Poscarga)⁴.

⁴ Ibidem p.18

La resistencia periférica depende del tono arterial sistemático. El sistema arterial depende del tono arterial sistemático. El sistema arterial es un sector vascular a baja presión y alta elastancia, en el cual pequeñas variaciones de volumen determinan grandes variaciones de presión. (Anltirriba, 1987:1).

1.3.1 HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE), continúa siendo relativamente frecuente y junto con las hemorragias y las infecciones puerperales, constituyen las 3 primeras causas de la muerte materna en nuestro país.

La hipertensión es también una causa importante de mortalidad y morbilidad perinatal.

El embarazo puede inducir una hipertensión en mujeres previamente normotensas o bien puede agravarla en niveles ya de por sí hipertensos. Hay otros signos y síntomas que pueden aparecer durante el embarazo, asociados o no a la hipertensión, como la proteinuria y el edema generalizado o ambos. Pueden aparecer convulsiones como consecuencia del estado hipertensivo, especialmente en mujeres cuya hipertensión se ignora.

Los trastornos por hipertensión durante el embarazo constituyen una complicación de la gestación y son una de las grandes afecciones responsables. El gran número de vidas maternas e infantiles que pueden perderse por hipertensión provocada o agravada por el embarazo, es susceptible de disminución e la mayor parte de los casos.

Una adecuada vigilancia prenatal seguida de tratamiento mejorara muchos casos de forma que las consecuencias para el niño y para la madre resulten satisfactorias.

La errónea denominación de Toxemia del embarazo ha sido aplicada de modo indiscriminado a cualquiera de los trastornos en los que se manifestaba hipertensión, proteinuria y/o edema durante el embarazo o en el puerperio, así como a otro tipo de molestias.

La hipertensión es definida por el Dr. Eduardo Núñez Maciel como: "La presión arterial diastólica igual o superior a 90 mm Hg. o a la sistólica igual o superior a 140 mm Hg. o bien a un incremento de la primera de 15 mm Hg. o de la segunda de 30 mm Hg. durante el embarazo. Estas cifras deben mantenerse durante 6 horas como mínimo en 2 ocasiones distintas ⁵".

Hipertensión en el embarazo según la OMS (1989): Cuando la presión sistólica es igual o superior a 90 mm Hg. al menos en 2 tomas consecutivas con 4 horas de intervalo o más de diferencia, se aceptara un intervalo menor de 4 horas si el parto es urgente o la presión diastólica es de 110 mm Hg. o superior.

Preeclampsia: Es la aparición de hipertensión con proteinuria, edema o ambos, inducida por el embarazo después de la semana 20 y en ocasiones antes de dicha semana.

Eclampsia: Es la aparición de convulsiones en una mujer con preeclampsia y, que no sea producida por una enfermedad neurológica concomitante, como puede ser la epilepsia.

Preeclampsia o Eclampsia Sobreañadida o Injertada: Es la aparición de preeclampsia en una gestante con hipertensión vascular crónica o nefropatías.

Hipertensión Crónica: Es la hipertensión que aparece antes de la semana 20 del embarazo o que persiste más de las 6 semanas después del parto se excluye la mola hidatiforme.

⁵ NUÑEZ MACIEL, Eduardo y otros.
"Ginecología y Obstetricia" 3ª ed. México, 1997, p 313.

Hipertensión Gestacional: Se define como la hipertensión que aparece en la segunda mitad del embarazo o en las primeras 24 horas después del parto, no va acompañada de ninguna otra alteración y desaparece dentro de los 10 primeros días del puerperio⁶.

Edema Gestación: Consiste en la acumulación generalizada de líquidos que origina un intenso edema de fovea después de 12 horas de reposo en cama o de un incremento de peso de 2.5 Kg. o mas en una semana.

Proteinuria Gestacional: Es la presencia de proteínas en la orina bajo la influencia del embarazo y en ausencia de hipertensión, infección renal o enfermedad renovascular conocida; la existencia de esta entidad no ha sido confirmada.

1.3.2 ETIOLOGÍA.

No se conoce todavía el mecanismo exacto que explique la hipertensión inducida por el embarazo, pero existen algunas teorías para explicar su causa, por lo cual se le califique como la enfermedad de las teorías ya que su etimología es desconocida.

Dado que tal cuadro es una enfermedad multisistémica es obvio que no puede ser explicado por una sola alteración o perturbación. La hipertensión inducida por el embarazo se caracteriza por el incremento de la presión arterial y de la resistencia vascular periférica. El vasoespasmo que aparece en las mujeres con ellas se atribuye a la sensibilidad de los vasos o a agentes opresores. A diferencia de la embarazada normal que es resistente a los efectos presores de angiotensina II.

⁶ GONZALEZ MERLO, José.
"Ginecología y Obstetricia" 4ª ed. Madrid, España, 1995. p390

Existen algunos factores predisponentes entre los que se señalan:

- ❖ Alteraciones nutricionales (Anemia, deficiencia de ácido fólico).
- ❖ Clima frío (Inviernos países fríos).
- ❖ Raza (Más frecuente en la raza negra).
- ❖ Presencia de enfermedades preexistentes (Nefropatías, hipertensión sistémica).
- ❖ Psicológicos (Rechazo al embarazo madres solteras o abandonadas).
- ❖ Edad (Mujeres muy jóvenes o de edad avanzada).
- ❖ Multiparidad o Primigravidez ⁷ (Mondragón 1989:282).

Sin embargo cualquier teoría aceptable debe tener en cuenta los siguientes hechos:

- ❖ La hipertensión se desarrolla con más frecuencia en nulíparas.
- ❖ La hipertensión es más frecuente en los embarazos gemelares y en la mola hidatiforme.
- ❖ La hipertensión se produce con frecuencia en mujeres con una alteración vascular.
- ❖ Existe una predisposición genética al desarrollo de una hipertensión en el embarazo. (González-Merlo 1995:352).

Se han sugerido diferentes posibilidades inmunológicas como causantes de la enfermedad:

- ❖ Habría una disparidad inmunogenética materno-fetal de manera, que a mayores diferencias antihigiénicas entre ambos habría más facilidad para desencadenar la hipertensión. En principio se implicaron los sistemas antígenicos de los grupos sanguíneos; sistema Rh, HLA, (Human Leucocyte Antigen) cromosomas y, etc., pero posteriormente no se han

⁷ AHUED AHUED, Roberto.

“Ginecología y Obstetricia aplicada” 2ª ed. Manual Moderno, México. p 520

podido comprobar diferencias significativas entre el índice de compatibilidades feto-maternas para estos antígenos al comparar gestantes hipertensas con no hipertensas ni tampoco que las primeras tengan con mas frecuencia fetos varones. Además recientemente se señala todo lo contrario, es decir un elevado índice de compatibilidad para el sistema HLA entre las pacientes hipertensas y sus parejas respectivas.

- ❖ Podría tratarse de una insuficiente formación de anticuerpos bloqueadores necesarios para proteger a la madre de los efectos adversos de la antigeneidad fetoplacentaria.
- ❖ Resulta difícil aceptar que los anticuerpos anti HLA tengan que ver con la enfermedad, ya que esta es una enfermedad fundamentalmente de nulíparas, mientras que la frecuencia de los anticuerpos en suero aumenta con la paridad.
- ❖ Se ha intentado implicar también las alteraciones de la inmunidad celular, pero el recuento total de linfocitos T y B son similares cuando se comparan grupos de mujeres hipertensas o no.
- ❖ Los datos obtenidos acerca de los factores inmunopresores en la enfermedad son también contradictorios, se han comprobado una disminución de los niveles de estriol lactogeno placentaria y de la alfa-2-macro globulina asociada a la gestación en mujeres con hipertensión; ello reduciría la inmunopresión durante el embarazo y favorecería la enfermedad.
- ❖ El embarazo expone a la madre a un flujo creciente de antígenos fetales, que tras unirse a los anticuerpos maternos y formar inmunocomplejos, son eliminados por el sistema reticuloendotelial. La formación de inmunocomplejos de la respuesta inmune normal, pero si la respuesta de anticuerpos es inadecuada o el estímulo antigénico es excesivo los inmunocomplejos pueden depositarse en los vasos y tejidos orgánicos ocasionando un cuadro patológico.

En el caso de la preeclampsia produciría lesiones vasculares y glomerulares; sin embargo no se puede asegurar que la enfermedad sea causada por inmunocomplejos⁸.

1.3.3 EPIDEMIOLOGÍA

La preeclampsia-eclampsia y problemas afines continúan siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en la mayor parte del mundo.

De acuerdo con los informes mas recientes, la población mundial en el año de 1991 era de 5,321 millones de habitantes y la de México de un poco mas de 81 millones de acuerdo con las tasas conocidas de la frecuencia de eclampsia y formas graves de toxemia gravídica, se puede esperar anualmente en el mundo unos 143,667 casos de eclampsia y 431,000 de toxemia grave de los cuales 2,190 y 6,570 respectivamente se registrarían en México.

Las consecuencias mas evidentes del problema se manifiestan en sus cifras de mortalidad materna y perinatal, pues un calculo aproximado de los fallecimientos diaria un total anual mundial de 20,000 maternos y 86,000 perinatales con un grupo de sobrevivientes con daño cerebral de cerca de 150,000 todo lo cual sucedería en un corto lapso de 12 meses.

Con la intención de encontrar un paliativo a esta preocupante realidad se ha insistido repetidamente en que el cambio tal ves mas corto podría ser el de una política previamente mas que curativa, ya que esta ultima ha mostrado claramente su fracaso y, en cambio, la primera no ha sido puesta a prueba seriamente en lugar alguno⁹.

⁸ Ibidem p.22

⁹ R. FIORELLI, Sergio y otro.

"Complicaciones médicas en el embarazo" 1ª ed. MC graw Hill, México, 1996. p406

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE), puede aparecer ocasionalmente en multíparas con embarazo múltiple o en presencia de un hidrops fetal.

En Aberdeen, Escocia, durante muchos años se han recogido muestras de todo tipo de datos sobre parto, se han realizado estudio epidemiológicos de embarazos cuidadosamente controlados, Baird (1969) observo que la frecuencia de preeclampsia no difería significativamente en las clases sociales, que iban desde la profesional y de alto nivel económico (Clase I), hasta la de los trabajadores no calificados (Clase V), excepto con un leve aumento en la Clase III (Trabajos manuales especializados).

Parece que en algunas zonas, la hipertensión provocada por el embarazo tiene su máxima frecuencia entre las mujeres de bajo nivel económico, pero según Chesley (1974). No siempre ha sido así, en los primeros años del presente siglo se creía que en la eclampsia tenia su máxima frecuencia entre las mujeres de la clase media y alta. Ciertamente esta observación llevó a aceptar la hipótesis de que la restricción dietética de proteínas (carne) explicaba la disminución de la frecuencia de la eclampsia en Alemania durante ala Primera Guerra Mundial.

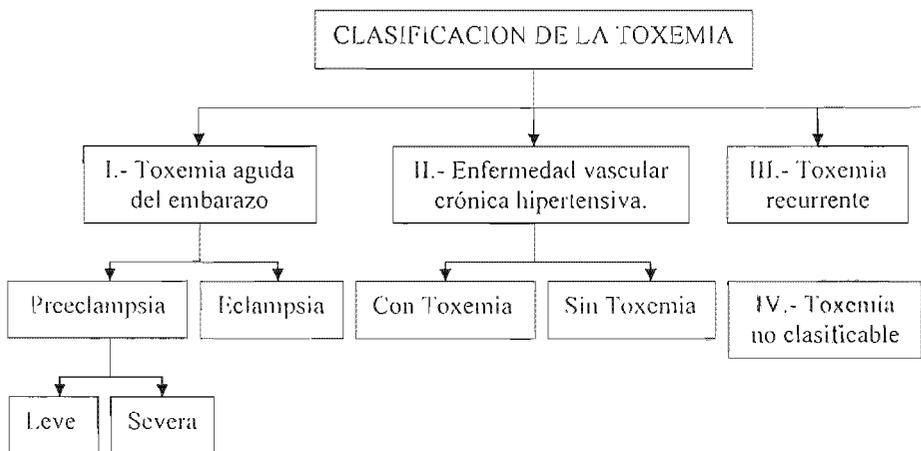
Existen variaciones regionales y de ahí que la incidencia según algunas estadísticas cambie, los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una complicación común y se observa en 6 y 7 por ciento de todas las grávidas.

Han existido y existen numerosas clasificaciones, lo que quiere decir que ninguna es satisfactoria y que no se tiene un concepto claro de su esencia, pero con la evolución del tiempo los conocimientos se han ido concretando formando criterios y hoy en día el problema esta mas centrado.

Desde un principio se establecieron dos tendencias clasificadoras:

- ❖ La Anglosajona; que ha tendido a restringir mucho el concepto de toxemia a la problemática hipertensión del embarazo.
- ❖ La de autores alemanes; quienes siguiendo a Seitz, cree que toda la alteración general del organismo cuya etiología este ligada a la presencia del embarazo, debe ser considerada un gestósis. Ello quiere decir que el termino gestósis es mas amplio y abarca mas estados patológicos que el de toxemia¹⁰. (Altirriba 1987:33).

Como ejemplo de lo antes dicho se presenta la clasificación dada por (Mondragón 1989:282).



¹⁰ Ibidem p. 18

Pero indudablemente, quienes han estudiado hipertensión que complica al embarazo nunca lograron identificar el origen ni la existencia de una toxina que implicara estos trastornos; por lo tanto el termino toxemia ya no se puede aplicar correctamente a estas situaciones y debe descartarse. (Mondragón 1989:282).

Por lo tanto se eligió la clasificación que recomienda el American College of Obstetricians and Gynecologist, porque es sencilla y concreta (1989).

I.- Hipertensión inducida por el embarazo.

A.- Preeclampsia

a.- Leve

b.- Grave

B.- Eclampsia

II.- Hipertensión crónica previa al embarazo (De cualquier etiología).

III.- Hipertensión Crónica (De cualquier etiología) con hipertensión inducida por el embarazo (Sobreañadida o injertada).

A.- Preeclampsia sobreañadida

B.- Eclampsia sobreañadida ¹¹

1.3.4 CUADRO CLÍNICO

PREECLAMPSIA: Los dos signos especialmente importantes de la preeclampsia son hipertensión y proteinuria, son alteraciones que por lo general; la mujer gestante ignora.

¹¹ Ibidem p.22

En el momento que se tienen síntomas como cefalea, trastornos visuales, (fosfenos) dolor epigástrico, el trastorno casi siempre es grave. De aquí se deduce la importancia de la asistencia prenatal en la detección y tratamiento precoz de esta complicación. (Pritchard 1986:526).

En la preclampsia grave se presentan las siguientes características:

1. Presión arterial sistólica de 160 mm Hg. o más o bien 110 mm Hg. o más de presión diastólica por lo menos en 2 ocasiones, con intervalo de 6 horas con la mujer acostada.
2. Proteinuria de 5 gramos o más durante 24 horas.
3. Poliguria (400 mililitros o menos durante 24 horas).
4. trastornos cerebrales o visuales.
5. Edema pulmonar o Cianosis.
6. Dolores epigástricos.
7. Alteraciones de la función hepática.
8. Trombositopenia (González-Merlo 1995:358).

ECLAMPSIA: Es un proceso agudo caracterizado por convulsiones tónico-clónicas producidas por la hipertensión inducida o agravada por el embarazo. En la mayor parte de los casos la preeclampsia aparece en las pacientes que no han recibido cuidados prenatales adecuados.

Aproximadamente en el 50% de las eclampsias aparece en el ante parto mientras que en el 50% restante se presenta entre los periodos intra parto, por parto y aparecen dentro de las primeras 24 horas (Reeder 1992:949).

1.3.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la hipertensión provocada por el embarazo (HIE) suele ser directo: La presión arterial es de 140/90 mm Hg. o superior o bien se ha producido un aumento por encima de los valores basales de 30 mm Hg. en la presión

sistólica o 15 mm Hg. en la diastólica al menos en dos ocasiones con 6 horas de intervalo.

El diagnóstico de la preeclampsia tradicionalmente se ha basado en la hipertensión del embarazo mas proteinuria y/o edema generalizado, muchos investigadores están de acuerdo en señalar que el edema en las manos y cara es un signo tan frecuente en las mujeres gestantes que su presencia no debe ratificar preeclampsia, así como su ausencia no permite negar que la hay. Aunque Robertson (1971), observo que un tercio de mujeres presentaban edema generalizado hacia la semana 38 de embarazo, no logro demostrar una correlación estadísticamente significativa entre edema e hipertensión. En otro estudio Friedman y NET (1976) descubrieron que la mortalidad perinatal en las mujeres con edema solo eran inferiores en un tercio en la población en general. (Pritchard 1986:512).

El edema de la preeclampsia afecta a la cara, manos y regularmente se presenta por la mañana.

El diagnóstico de la preeclampsia suele hallarse clínicamente. Los estudios de laboratorio son poco específicos para detectar la enfermedad. La creatinina se eleva o alcanza cifras altas, únicamente cuando hay una afectación importante de la filtración glomerular y por lo tanto, solo la encontramos en casos graves. Lo mismo se puede decir de las concentraciones de ácido úrico plasmático, que estarán elevadas en las mujeres con preeclampsia grave. Los diuréticos pueden contribuir también a su elevación ¹².

Se considera grave la preeclampsia cuando se encuentra uno o más de los siguientes signos:

- ❖ Presión arterial de 160/110 mm Hg. o mas

¹² Ibidem p.22

- ❖ Proteinuria de 5 Gr. en 24 Hrs.
- ❖ Oliguria (Orina total de 24 hrs. Inferior a 400 ml).
- ❖ Trastornos cerebrales o visuales
- ❖ Edema pulmonar o cianosis

La detección de la preeclampsia u otros problemas hipertensivos se facilita por medio de la observación pre parto cuidadosa y la identificación temprana de mujeres que tienen factores predisponentes de peligro. Un gran número de factores pudieran guardar relación con la preeclampsia e incluyen:

- ❖ La exposición de la mujer a las vellosidades coriónicas, por primera vez.
- ❖ Exceso de vellosidades coriónicas, en caso de mola hidatiforme gestación múltiple o feto macrosómico.
- ❖ La presencia de alteraciones vasculares.

Las mujeres con riesgo reconocido de enfermedad hipertensiva deben ser sometidas a supervisión médica antes del parto, programa a intervalos mas frecuentes, especialmente en el tercer trimestre.

La prueba de desplazamiento del vientre, suele ser útil para identificar en forma selectiva a las mujeres, en particular las primigravidas entre las 28 y 32 semanas de gestación. Incluye colocar a la persona en decúbito lateral izquierdo hasta que se estabilice su presión (15 a 20 mín.). Posteriormente se coloca a la mujer en decúbito dorsal se le mide inmediatamente la presión arterial y se repite al termino de 5 min. Se considera que el incremento diastólico de 20 mm Hg. entraña positividad a la prueba. Es importante que existan algunas dudas respecto a la aplicabilidad de este estudio, por el elevado indice de resultados falsamente positivos. Sin embargo en la experiencia de los investigadores que crearon tal prueba, constituyen un instrumento valido para predecir hipertensión inducida por el embarazo. (Reeder 1992:939).

Diagnóstico diferencial entre enfermedad cardiovascular hipertensiva crónica y preeclampsia

CARACTERÍSTICA	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	PREECLAMPSIA
aparición de la hipertensión	Antes del embarazo, durante las primeras 20 semanas de embarazo.	Después de las 20 primeras semanas de embarazo (Excepto los tumores del trofoblasto).
duración de la hipertensión	Permanente. La hipertensión persiste 3 meses después del puerperio.	No hay hipertensión 6 semanas después del puerperio. Por lo general, nunca existen 3 meses después del parto.
Antecedentes familiares	Positivos a menudo.	Por lo general negativos, pueden ser positivos.
Historia clínica anterior	Toxemia recurrente	Problemas psico-sexuales comunes
Edad	Mayor de edad	Adolescente al principio de la década de los 20's
Paridad	Multigravidad por lo general	Primigravida habitualmente
Habito	Delgada o bradimorfica	Eumorfica por lo general
Datos en retina	Acodamiento arteriovenosos, arteriolas tortuosas, exudados algodonosos, hemorragia	Espasmos vascular, edema de la retina; rara vez hay extravasaciones proteicas
Proteinuria	No hay a menudo	Habitualmente presente ausente 6 semanas después del parto

(Benson 1985:291)

1.3.6 HIPERTENSION CRÓNICA.

Probablemente todos los trastornos hipertensivos crónicos, independientemente de su causa, predispongan al desarrollo de una hipertensión inducida por el embarazo (HIE).

Estos trastornos pueden ser un difícil problema de diagnóstico diferencial, cuando la gestante acude por primera vez al control prenatal después de las 20 semanas de gestación.

El diagnóstico de hipertensión crónica se basa en los siguientes criterios:

- ❖ Historia de hipertensión (140/90 o más) previo al embarazo.
- ❖ Hallazgos de hipertensión (140/90 o más) antes de la semana 20 de gestación y/o supervivencia indefinida después del parto.

La tensión arterial puede descender a finales del 2º trimestre o a principios del 3º en las gestantes normotensas y también en la mayoría de las embarazadas con una hipertensión crónica con lo cual puede plantearse un problema de diagnóstico.

Así el dilema se establece cuando al visitar por primera vez a una hipertensa crónica durante el 2º trimestre, se registran normotensa y al verla durante el 3er trimestre esta hipertensa, se trata de una paciente hipertensa crónica o una hipertensión inducida por el embarazo. (González-Merlo 1995:359).

Evidentemente es muy difícil hacer una clasificación de todos los síndromes hipertensivos que pueden hallarse durante el embarazo. Sims (1970) propuso una clasificación de la hipertensión crónica, se considera bastante didáctica y a su vez completa:

❖ Enfermedad hipertensiva

a.- Hipertensión esencial (Enfermedad vascular hipertensiva)

- Leve
- Moderada
- Grave
- Maligna

b.- Enfermedad vascular renal (Hipertensión reno-vascular)

c.- Cuartición de la aorta

d.- Aldosteronismo primario

e.- Feocromasitoma

❖ Enfermedades renales y del tracto urinario

a.- Glomerulonefritis

Aguda

Crónica

Síndrome Nefrótico

b.- pielonefritis

c.- Lupus eritematoso

d.- Esclerodermia con afección renal

e.- periarteritis nudosa con afectación renal

f.- fallo renal agudo:

Insuficiencia renal

Necrosis cortical

g.- Poliquistosis

h.- Nefropatía diabética. (González-Merlo 1995:360)

La hipertensión esencial es la más frecuentes en las gestantes hipertensas crónicas.

La enfermedad hipertensiva en el embarazo es mas frecuente en las mujeres añosas y en las obesas.

La hipertensión crónica puede asociarse a fetos pequeños y a la muerte intrauterina; por otra parte el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, aparece entre el 5 y el 10 por ciento de las gestantes con hipertensión crónica.

1.3.8 HIPERTENSIÓN AGRAVADA POR EL EMBARAZO.

La hipertensión agravada por el embarazo es el resultado del agravamiento agudo de la hipertensión preexistente con la aparición de proteinuria y, a menudo de edema generalizado, es preferible utilizar el término de preeclampsia superpuesta. Es posible que tenga una rápida evolución hacia la eclampsia que, por desgracia puede aparecer antes de la semana 30 del embarazo. Entre los criterios diagnósticos se incluyen los siguientes puntos.

- 1.- Demostración de que la mujer padece hipertensión crónica.
- 2.- Evidencia de un proceso agudo superpuesto, como demuestra la elevación por encima de las cifras basales de la presión arterial sistólica al menos 30mm Hg. o de la presión arterial diastólica un mínimo de 15mm Hg. en dos ocasiones con un intervalo de 6 hrs. Y aparición de proteinuria de edema generalizado o de ambos.(Pritchard 1986:515).

Los objetivos fundamentales del tratamiento de todo embarazo complicado con HIE son:

- 1.- Terminación del embarazo con el menor trauma posible para la mujer y el feto.
- 2.- Nacimiento de un niño que pueda desarrollarse normalmente con posterioridad.
- 3.- Reestablecimiento completo de la salud de la madre.
- 4.- Prevención o limitación de las convulsiones y el coma.
- 5.- Evitar las complicaciones cardiovasculares y renales.
- 6.- Reducción del vasoespasmo general.

7.- Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y de las anomalías hemáticas (Pritchard 1995:527).

Los métodos de asistencia prenatal tienen el propósito de prevenir y descubrir la preeclampsia.

No hay pruebas de que la asistencia prenatal disminuya la frecuencia de preeclampsia (Taylor 1973:238).

1.3.9 TRATAMIENTO.

El tratamiento es variable puesto que se desconoce la etiología de la hipertensión inducida por el embarazo, entrando dentro de la clasificación de las enfermedades ideopáticas, y solo está encaminado a mejorar el binomio materno-fetal. Lo siguiente es un resumen de las escuelas de Ginecoobstetricia, española, mexicana y francesa.

TRATAMIENTO MÉDICO.

Reposo.

Sedativos.

Restricción de sodio y diuréticos.

Antihipertensivos.

Betabloqueantes

Vasodilatadores

Antagonistas del calcio

Expansores volémicos.

Anticonvulsivantes.

1.3.10 PREVENCIÓN.

La preeclampsia es una alteración multisistémica única en el embarazo, la cual complica a una parte de los embarazos, una incidencia que varía de acuerdo a la población, región o país estudiado. Su causa es desconocida y existe una falla en la invasión trofoblástica, produciendo un estado de vasoconstricción arterial, sensibilidad anormalmente incrementada de los pépticos vasopresores aminorados y una reducción de flujo útero placentario. Existen varios estudios enfocados hacia su predicción y prevención que van desde un adecuado control prenatal, cuidado de la dieta y tratamiento farmacológico.

CAPITULO II

HISTORIA CLÍNICA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: P.J.G. Sexo: F Edad: 32 años Peso: 88 Kg.
Talla: 1.58cm. Ocupación: Hogar Escolaridad: Primaria
incompleta
Procedencia: Toluca. Edo. Méx. Fecha de admisión: 09 de noviembre de 2004
Estado civil : Casada Religión: Católica Alergias : Ninguna
Servicio: Unidad de Tococirugía.

2.1.1 MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

AHF: Madre diabética, padre hipertenso y diabético, desconoce problemas de salud por parte del esposo.

APNP: Originaria y residente del Estado de México, primaria incompleta, casada, religión católica, dedicada al hogar, vive en casa propia, con dos recámaras, comedor, cocina y baño.

AGO: Ingresa al hospital por Enfermedad Hipertensiva inducida del embarazo. Menarca a los once años, ritmo menstrual 28 x4, IVSA a los diecisiete años de edad, Gesta – I para 0, aborto 0, FUR 20204, cesáreas I, 40.1 SDG, FPP 091104

APP Quirúrgicos: Hernio plastía umbilical hace un año, alérgicos negados, transfusionales negados, traumáticos negados, restos negados.

SV: Temperatura 36.2°, pulso 100 por minuto, respiración 25 por minuto, tensión arterial 200/120

EF: Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica con edema facial, regular hidratación de tegumentos, buen tono e intensidad, abdomen globoso a expensas de útero gestante y panículo adiposo, además con edema de pared¹³, fondo de útero de 34 centímetros del B.S.SP, 40.1 SDG, con producto único no ausculto F.C.F 160 por minuto, con Doctone. Producto cefálico S.L.D, tacto vaginal con 3 centímetros de dilatación y 80 % de borramiento, pelvis útil amnios integros, edema de Miembros inferiores ROTS aumentados.

PA: Refiere desde hace 2 semanas edema de Ms. ls., con tratamiento no especificado en su centro de salud, además refiere expulsión de tapón mucoso transvaginal el día de hoy y dolor obstétrico abdominal. Referida de su centro de salud por Preeclampsia con T/A de 210/120.

2.2 NECESIDADES BASICAS

2.2.1 OXIGENACIÓN

Subjetivo:

¿Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?

Si .

¿Fumaba usted antes de su embarazo? SI NO **X**

Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 6 a 10 11 a 20 + de 20

¿Hay en su casa uno o varios fumadores? SI NO **X**.

¿Ha tenido dificultades respiratorias o molestias?

Siempre Ocasionalmente Nunca **X**

¹³ BENSON, Ralph.

“Manual de Ginecobstetricia”, 7ª ed, Manual Moderno, México, p 769

¿Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarlo durante su estancia en el hospital

SI _____ NO X .

¿Cuál? _____.

¿Presencia de disnea?: SI _____ NO X

¿Con o sin esfuerzo?: SI _____ NO X .

¿Tos productiva?: SI _____ NO X .

Características de las secreciones: No presenta secreciones.

Frecuencia respiratoria o fiebre: 20 por minuto.

Parámetros de ventilación: No tiene ventilador.

Presencia de cánula endotraqueal: SI _____ NO X .

Estado de conciencia: Conciente.

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligera palidez tegumental generalizada.

Resultados de laboratorio:

Gasometría: **17 de septiembre**

Biometría hemática

Ph: 71.0.

Hb: 9.7 g/dl.

PcO2: 71.0 mmhg.

Hto: 29.3 gr.

SO2: 92.

HCO3: 9.0 meq/l.

Química sanguínea

Glucosa: 102 mg/dl.

BUN: 2.7 mg/dl.

Creatinina: 0.61 mg/dl.

2.2.2 NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 Comidas

¿Come a horas regulares? SI NO

Si la respuesta es Si precise: 8:00 am (desayuno), 3:00 pm (comida), y de 8:00 a 9:00 pm (cena)

¿Sigue usted una dieta especial ? SI NO

¿ De que tipo ? _____

¿Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? No

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución? Si No

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? 1 litro.

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI NO A veces

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

¿ Qué cantidad de líquidos ? 1 litro.

Coloración de la piel: pálida.

Peso: 88kgs.

Talla. 1.58 metros.

Estado de la piel: ligera palidez.

Características de cabello y uñas: Buena distribución de cabello, sucio, sin brillo, uñas completas y sin hongos .

Aspecto de dientes : Piezas dentales incompletas, caries en incisivos y molares sin tratamiento.

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche				X	
Carne				X	
Pescado				X	
Huevo	X				
Fruta			X		
Verduras	X				

Legumbres	X				
Cereales				X	
Pan	X				
Tortilla	X				
Chatarra				X	

Objetivo:

¿Turgencia de la piel? ligera palidez tegumental generalizada

Mucosas orales: Hidratadas ____ Semihidratadas X Secas ____

Características de cabello y uñas: Buena distribución de cabello, sucio y sin brillo, uñas completas y sin hongos.

Aspecto de dientes: Piezas dentales completas, caries de molares e incisivos sin tratamiento

Aspecto de los dientes: Incompletos, con caries en molares e incisivos.

Aspecto de encías: rosadas.

Heridas: Tipo Medio infraumbilical Localización mesogastrio

Resultado de laboratorio:

Química sanguínea 09 de noviembre

Glucosa: 96mg/dl

Creatinina: 0.90 mg/dl

BUN: 36

Biometría hemática 09 de noviembre

Hb: 10

Hto: 33

SI _____ NO X_____.

Objetivo:

Abdomen : características: blando y depresible, a expensas de panículo adiposo

Palpación globo vesical: no se percibe a la palpación.

Genitales: de acuerdo a su edad

2.2.4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ? ninguno

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: ocasionalmente ayuda a cuidar borregos

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI ocasional NO

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: normal.

Posturas: busca comodidad. Ayuda para deambular: si

Dolor con el movimiento: si por herida quirúrgica

Estado emocional: _____ De acuerdo a los sucesos que le estén pasando en su vida

Nivel de conciencia: GLASGOW 15 PUNTOS.

Estado del sistema neuromuscular y esquelético: en cuanto a fuerza, tono y motricidad se encuentran disminuidos debido a que manifiestan debilidad, dolor, en relación con procedimiento quirúrgico.

Posición: decúbito dorsal.

Deambulaci3n: débil.

Como influyen las emociones de movimiento y postura: se observa con el estado de ánimo decaído

2.2.5 DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI _____ NO X

Horario de descanso: sin horario Horas de descanso:

¿ Padece insomnio ? SI X NO _____.

¿ A que considera que se debe ? algunas veces cuando existe dolor

¿ Siente cansancio al levantarse ? SI X NO

¿ En que forma se manifiesta ? en que se encuentra débil

¿ Utiliza técnicas de relajación ? SI _____ NO X

Objetivo

Estado: Ansiedad SI X NO _____.

Estrés SI X NO _____ Respuesta a estímulos: SI X

NO

Lenguaje: Claro SI X NO _____

2.2.6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir?

SI _____ NO X

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

SI _____ NO X

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

SI _____ NO X _____.

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta:

SI _____ NO X _____.

Calcetas

SI X _____ NO _____.

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad ?

SI X _____ NO _____.

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada X _____ Inadecuada _____

2.2.7.- TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría _____ Caliente X _____

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces X _____ Nunca _____.

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI _____ NO X _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI _____ NO X _____

¿ Cómo se la toma ? Bucal _____ Axilar _____

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? a las 5 de la tarde

Objetivo:

Temperatura corporal: 36.5C

Características de la piel: _____ Palidez tegumental generalizada _____

Transpiración: SI _____ NO X _____.

2.2.8 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: _____ Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día:

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO _____

Parcial _____ Completa _____

¿Fecha de la última visita al dentista? _____ no lo visita

Aseo de manos: Antes y después de comer

SI _____ NO _____

Después de ir al baño

SI _____ NO _____

Objetivo:

Aspecto general: poco presentable

Olor corporal: desagradable

Halitosis: SI _____ NO _____

Presencia lesiones dérmicas: herida quirúrgica en proceso de cicatrización,
limpia y sin proceso de infección realizando curación cada 24 hrs.

2.2.9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION
Paula	Esposa	38 años	Primaria incompleta	Hogar
Jerónimo	Esposo	49 años	Primaria incompleta	albañil

¿Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI ___ NO ___ X___ A otras sustancias: SI ___ NO ___X___

Especifique :

¿ Llevo control prenatal ? SI ___ NO ___X___

¿ Cuántas consultas ? _____

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI ___ NO ___X___

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila ___X___ Se estresa ___ Le da sueño ___X___

Come mucho ___X___ Ríe sin control ___ Indiferencia _____

¿ Busca una solución inmediata ? _____ Si _____

Objetivo:

¿ Deformidades congénitas ?

_____ Aparentemente Ninguna _____

¿ Condiciones del ambiente en el hogar ? _____ Promiscuidad y
hacinamiento _____

¿ Condiciones de su ambiente laboral ? ___No trabaja_____

2.2.10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Casada Años de relación 5

Vive con: Con esposo

Rol en la estructura familiar: Madre de familia

¿ Desde cuándo vive en su actual domicilio ? Desde que se caso con su esposo

¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? Si

¿ Tiene amigas o familiares en quién confíe ? Si

¿ Cuánto tiempo pasa sola ? con frecuencia

Objetivo:

Habla claro: SI X NO _____

¿ Ve usted bien ? SI _____ NO X

¿ Lleva usted lentes de contacto? SI _____ NO X

¿ Escucha bien ? SI X NO _____

¿ Utiliza aparato auditivo ? SI _____ NO X

2.2.11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: ninguno

Principales valores en su familia: La fe, y la religión

Principales valores en su persona: La verdad, el amor y la fe

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? si

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso):

Ninguno

¿ Permite el contacto físico ? si

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ? La Iglesia

2.2.12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? SI _____ NO X _____

Tipo de trabajo:

Riesgos: _____

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ?

¿ Esta satisfecho con su trabajo?

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI _____ NO X _____ ¿ Por qué? No percibe salario

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? si porque me siento feliz con la familia que he formado con mi esposo

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila

2.2.13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Tejer

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? No

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? No

¿ De que tipo? _____

¿ Forma parte de alguna sociedad: ninguna

Deportiva _____ Cultural _____ Profesional _____

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Tejer

Objetivo:

Integridad neuromuscular: normal

¿ Rechaza las actividades recreativas? no

Su estado de ánimo es: Apatico _____ Aburrido _____ Participativo X

2.2.14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria incompleta

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No

Tipo _____

Preferencias para leer y/o escribir: Ninguna

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? No

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? No

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? No

Otros: ninguno

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: normal

Órganos de los sentidos: sin alteración

Estado emocional: alegre

Otras manifestaciones: _____

CAPITULO III

3.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA .

En el Plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de Enfermería:

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none">• Nutrición alterada mayor a los requerimientos corporales, relacionado con deficientes hábitos alimenticios manifestado por talla 1.56 y peso 88 kilogramos.
2. Eliminación	<ul style="list-style-type: none">• Alteración de la eliminación relacionado con aumento de la presión arterial, manifestado por oliguria.
3. Baño e Higiene	<ul style="list-style-type: none">• Déficit de autocuidado e higiene personal relacionado con malos hábitos higiénicos, manifestado por mal olor y aspecto personal.• Alteración de la integración cutánea relacionada con la incisión quirúrgica.
4.- Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none">• Dolor relacionado con el proceso de la enfermedad.• Estrés relacionado con la amenaza de cualquier complicación.• Aumento de la presión arterial relacionado con embarazo de 40.1 semanas de gestación manifestado por tensión arterial de 200/120 mm/hg.
5. Descanso y sueño.	<ul style="list-style-type: none">• Alteración del sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica.
6. Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none">• Déficit de conocimiento en relación a una nutrición balanceada

3.2 PLAN DE CUIDADOS.

NECESIDAD: Nutrición e hidratación

Dx. DE ENFERMERIA: Nutrición alterada mayor a los requerimientos corporales, relacionado con deficientes hábitos alimenticios manifestado por talla 1.56 y peso 88 kilogramos.

OBJETIVO:

- Fomentar una equilibrada alimentación mediante el aprendizaje de requerimientos alimenticios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar la dieta según indicaciones médicas.• Dar a conocer los diferentes grupos de alimentos y su función.• Invitarla a que realice algún deporte• Evitar el sedentarismo.• Canalizar a la paciente a grupos de ayuda (Dietología).	<p>Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.</p> <p>Las proteínas tienen función plástica.</p> <p>La actividad física aumenta el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos.</p>	<p>Se fomento una equilibrada alimentación mediante el aprendizaje de grupos de alimentos.</p> <p>La paciente toleró adecuadamente la dieta y comprendió la importancia de consumir dietas balanceadas y nutritivas.</p>

NECESIDAD: ELIMINACIÓN.

Dx. DE ENFERMERIA: Alteración de la eliminación relacionado con aumento de la presión arterial manifestado por Oliguria.

OBJETIVO:

- Mantener una eliminación urinaria dentro de parámetros normales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Se colocó sonda Foley,• Administración de diuréticos, según indicaciones médicas. (furosemide)• Control de líquidos.• Dietahiposódica.	<p>Los riñones eliminan la mayor parte de los productos nitrogenados del metabolismo celular.</p> <p>Los diuréticos incrementan la tasa de flujo urinario como la eliminación de sodio y de un anión acompañante: el cloro. Los diuréticos de asa, actúa en la rama ascendente gruesa del asa de Henley, impidiendo la reabsorción de sodio, potasio y cloro, son empleados en la Insuficiencia cardíaca. Señala el fármaco representativo de este grupo.</p> <p>El sodio retiene líquidos en los tubulos contorneados de las nefronas.</p>	<p>Se mantuvo una eliminación urinaria dentro de parámetros normales. Hubo aumento de diuresis de 800 ml en 24 horas, y se logró el bienestar del paciente.</p>

NECESIDAD: Baño e higiene

Dx. DE ENFERMERÍA:

- Déficit de autocuidado e higiene personal relacionado con malos hábitos higiénicos, manifestado por mal olor y aspecto personal.
- Alteración de la integración cutánea relacionada con la incisión quirúrgica

OBJETIVO:

- Mantener una higiene personal correcta de Doña Paula durante su estancia en el servicio.
- Realizar aseo mecánico de la incisión quirúrgica y mantener la limpia.
- Evitar procesos infecciosos de la herida quirúrgica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Se le ayuda a realizarse baño de regadera diario.• Lavado de dientes tres veces al día.• Cambio de ropa diario.• Se asiste para el peinado y aplicación de cremas.• Se realiza aseo mecánico de la herida quirúrgica con agua y jabón.• Toma de temperatura.	<p>La higiene es una medida terapéutica, la cual ofrece sensación de bienestar en el individuo.</p> <p>La asepsia es la eliminación de microorganismos patógenos y no patógenos.</p> <p>El hipotálamo es el centro regulador de la temperatura.</p>	<p>La paciente logró descansar mediante el baño de regadera que se le proporcionó y se mantuvo limpia y fresca durante su estancia.</p> <p>Se realizó aseo mecánico de la incisión quirúrgica y se mantuvo limpia.</p> <p>Se evitaron procesos infecciosos de la herida quirúrgica.</p>

NECESIDAD: Evitar peligros.

Dx. DE ENFERMERÍA:

- Dolor relacionado con el proceso de la enfermedad.
- Estrés relacionado con la amenaza de cualquier complicación.
- Aumento de la presión arterial relacionado con embarazo de 40.1 semanas de gestación manifestado por tensión arterial de 200/120 mm/hg.

OBJETIVO:

- Evitar el dolor y cualquier otra complicación.
- Disminuir el estrés de doña Paula
- Mantener la presión arterial dentro de parámetros normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Se proporcionó información de su padecimiento para evitar el temor, mientras se le daba un cuidado de Enfermería.• Aplicación de analgésicos.• Posición en decúbito lateral izquierdo.• Vendaje de miembros inferiores.• Proporcionar un ambiente tranquilo.• Proporcionar medicamento antihipertensivo (hidralazina).• Presión arterial cada hora	<ul style="list-style-type: none">• Ayudar a la paciente a comprender que es responsable del cumplimiento y puede aumentar la sensación de control y autodeterminación de sí mismo, pudiendo ayudar a mejorar el seguimiento.• La posición en decúbito lateral izquierdo no ocasiona la compresión de la vena cava inferior• El vendaje en miembros inferiores permite mejorar la circulación sanguínea. <p>La hidralazina es un vasodilatador, produce aumento del gasto cardíaco y se absorbe bien a través del tubo digestivo, puede ser una buena opción para incrementar la frecuencia cardíaca y constituye una buena opción para la hipertensión del embarazo.</p> <p>La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre a través de las paredes arteriales</p>	<p>La paciente refiere que disminuyó el dolor, se observa tranquila y cooperadora.</p> <p>Disminuyó el estrés.</p> <p>La presión arterial continuo elevada.</p>

NECESIDAD: Descanso y sueño..

Dx. DE ENFERMERÍA:

- Alteración del sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica.

OBJETIVO:

- Que doña Paula mantenga periodos de descanso y sueño normales

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Mantener un ambiente libre de ruidos.• Favorecer el descanso y sueño, a través de recomendaciones para poder descansar.• Recomendar la posición en decúbito lateral izquierdo.• Administrar analgésicos• Dar a conocer la técnica correcta de respiración durante el trabajo de parto.	<p>El hipotálamo es el centro regulador de la vigilia y el sueño.</p> <p>La posición en decúbito lateral izquierdo disminuye el número de contracciones y aumenta la intensidad de la contracción, al mejorar la perfusión sanguínea útero placentaria.</p> <p>La maniobra de Valsalva consiste en la inspiración profunda y sostenida de la respiración en el momento de la contracción para posteriormente pujar y contraer los músculos abdominales, de esta forma se realiza un descenso efectivo del producto durante el periodo expulsivo.</p>	<p>doña Paula mantuvo periodos de descanso mayores y mejores durante el trabajo de parto.</p>

NECESIDAD: aprendizaje

Dx. DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento en relación a una nutrición balanceada.

OBJETIVO: Proporcionar educación nutricional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Explicar los factores de riesgo que pueden eliminarse o modificarse: tabaco, dieta rica en sal o grasas, estrés o obesidad.• Proporcionarle una dieta que le ayude a bajar de peso.• Informarle la importancia que tiene realizar una rutina de ejercicios.	<p>Comprender los factores de riesgo que pueden controlarse, puede ayudar a mejorar la sensación de control del paciente sobre la enfermedad y aumentar su cumplimiento.</p> <p>El Índice masa corporal es la división de el peso por la talla al cuadrado.</p>	<p>Se proporcionó educación nutricional a ella y al esposo, mejoro su actitud ante esta información y se comprometió a bajar de peso y hacer algún tipo de ejercicio.</p>

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

3.3 PLAN DE ALTA.

- Continuar con el manejo antihipertensivo.
- Indicar a la paciente chequearse la presión arterial los primeros quince días.
- Indicarle datos de hipertensión como son cefalea, náuseas. Vómito, acúfeno, fosfenos y dolor en epigastrio.
- Vigilancia del puerperio (involución interina, bronquios, fiebre o escalofríos)
- Indicarle dieta hiperprotéica e hiposódica.
- Baño diario y deambulación.
- Medidas de urgencia para acudir al hospital (Sintomatología de vasoespasmos)
- Utilizar cualquier método de anticoncepción.
- Alimentación del producto al seno materno a libre demanda.

CONCLUSIONES.

En conclusión puedo afirmar que, de acuerdo al objetivo general:

Se Llevo a cabo un Proceso Atención de Enfermería a una paciente embarazada que presentaba Enfermedad Hipertensiva Inducida al Embarazo en el Hospital Estatal Lic. Adolfo López Mateos Toluca en el mes de Noviembre del 2004.

En cuanto a los objetivos específicos

- Se conoció la Enfermedad Hipertensiva que se presenta en el embarazo y el papel que desempeña la enfermera.
- Se Obtuvo información actualizada y precisa sobre cuáles con las enfermedades hipertensivas del embarazo más comunes.
- Se Amplio la información de enfermedades hipertensivas del embarazo, para realizar mejor los procedimientos y técnicas de Enfermería para culminar con un buen tratamiento.

El síndrome preeclampsia eclampsia presenta el mayor peligro tanto para la madre como para el hijo y por lo tanto debe distinguirse de la hipertensión que precede al embarazo de la hipertensión transitoria. La hipertensión inducida por el embarazo complica aproximadamente un diez por ciento de los embarazos y es una causa importante de mortalidad materno- fetal.

El tratamiento de la preeclampsia eclampsia incluye el momento apropiado del parto y la prevención de las complicaciones que pone en peligro su vida.

Resulta de suma importancia la participación de la enferma para buscar el bienestar materno-fetal y con ello evitar complicaciones como es la hipertensión inducida del embarazo.

La detección temprana y oportuna de esta patología evita complicaciones como son. Síndrome de hell, insuficiencia renal, etc.

La paciente pasó a quirófano para realizarse cesárea kerr.

Se obtuvo producto único vivo masculino, de peso y talla normal de acuerdo a su edad gestacional con apgar 8-9.

SUGERENCIAS.

- Dada la importancia que debe merecer el síndrome preeclampsia eclampsia es necesario hacer del conocimiento a la población en general de la gravedad de esta enfermedad.
- Fomentar las medidas preventivas para que la mujer gestante pueda detectar los signos de alarma de la preeclampsia eclampsia.
- Dar a conocer los signos de alarma a las madres gestantes con riesgos de preeclampsia dentro del primer nivel de atención.
- Mencionar que tiene la importancia que tiene el embarazo a las mujeres con riesgo de hipertensión para evitar alguna complicación que pudiera afectar al binomio madre e hijo.

GLOSARIO.

Ácido ascórbico.- Vitamina C, vitamina hidrosoluble necesaria para el tejido conectivo sano particularmente las fibras de colágeno y las paredes celulares, esta presente en la fruta fresca y en las verduras.

Acidosis.- Depresión de la reserva alcalina del organismo con la consiguiente alteración del equilibrio ácido básico.

Adenomiosis Uterina.- Crecimiento general del útero por desarrollo excesivo del miometrio en el que hay invasión benigna del endometrio.

Agglutinación.- Agregación de bacterias hemáticas o particulares recubiertas de antígeno por acción de anticuerpos inmunes específicas llamadas aglutininas y se desarrollan en el suero de la persona o animal previamente infectada o sensibilizada.

Albuminuria.- Presencia de albúmina en la orina. El trastorno puede ser temporal y desaparecer por completo como en muchos estados febriles.

Aldosterona.- Esteroide suprarrenal, que produce control renal regula el metabolismo de los electrolitos, por ello se describe como un mineral o corticoide. Su secreción es regulada por el sistema renina angiotensina y aumenta la excreción del potasio y conserva sodio y cloruro.

Amaurosis.- Ceguera parcial o total, o por enfermedad del nervio sin lesión aparente del ojo.

Angioespasmo.- Constricción espasmódica de los vasos sanguíneos.

Angitensina.- Sustancia inactiva formada por la acción de la renina sobre una proteína del plasma sanguíneo. En los pulmones de angiotensina I se convierte en

angiotensina II, sustancia altamente activa que estrecha los vasos sanguíneos produciendo una liberación de aldosterona procedente de la corteza suprarrenal.

Anuria.- Falta de secreción de orina por los riñones.

clasificación.- Endurecimiento de una sustancia orgánica por depósito de sales de calcio en ella, puede ser normal (en el hueso) o patológica (como en las arterias).

Creatinina.- Anhídrido de la creatina, producto de desecho del metabolismo de las proteínas (endógenas) que se encuentran en la orina normal.

Disritmia.- Ritmo desordenado.

Fibrina.- La matriz en la que se forma el coagulo de sangre. La sustancia se forma a partir de fibrinógeno soluble de la sangre por la acción catalítica (enzimática) de la trombina.

Decidua.- Membrana del útero que es expulsada después del parto o durante la menstruación.

Estamos Muscular.- Contracción muscular involuntaria convulsiva.

Endotoxinas.- Bacterias relacionadas con la estructura de la célula que solo puede obtenerse por destrucción de la misma.

Hemorragias periportales.- Escape de sangre del vaso que rodea la vena porta.

Hemorragias subcapsulares.- Escapa de sangre del vaso por debajo de la cápsula.

Hiperpirexia.- Fiebre excesivamente alta.

Mola Hidatiforme.- Trastorno en el que las vellosidades coriónica de la placenta sufren una degeneración quística y se absorbe al feto. Las vellosidades penetran y destruyen la capa residual del útero, pero es posible que la mola hidatiforme progrese hasta convertirse en una mola invasiva en la que las vellosidades penetran en el miometrio pudiendo destruir la pared uterina metastizando hacia la vagina o incluso hacia los pulmones y cerebro, hay una regresión tras la evacuación de la mola. La mola invasiva es benigna, pero puede convertirse en cariocarcinoma.

Nulípara.- Mujer que no ha tenido hijos.

Oliguria.- Disminución de la secreción de orina.

Periportal.- Que rodea la vena porta.

Petequiales.- Manchas hemorrágicas pequeñas.

Plaquetas.- Trombocito.

Polihidramnios.- Cantidad excesiva de líquido amniótico.

Prostaglandinas.- Comparten algunas de las propiedades de las hormonas, vitaminas, enzimas y catalizadores. Es probable que todos los tejidos corporales contengan ciertas prostaglandinas. En Estados Unidos se usan para terminar prematuramente el embarazo, y en la actualidad se investiga el tratamiento con prostaglandinas en todos los sistemas del organismo. La prostaglandina X (PGX) es una hormona que se produce en las paredes arteriales, antitrombótica, relajan la musculatura lisa arterial.

Proteinuria.- proteínas en la orina (albuminuria).

a.-) 300mg. o mas es una colección de orina en 24 hrs.

b.-) 300mg./L. o más en tiras reactivas

c.-) 300mg. o más en muestra aislada evidente

Proteínas.- Compuestos nitrogenados, altamente complejos que se encuentran en todos los tejidos animales y vegetales. están formados por aminoácidos y son esenciales para el crecimiento y la reparación de los tejidos. Las que provienen de animales tienen valor biológico mayor, ya que se contiene los aminoácidos esenciales. Las de origen vegetal solo incluyen algunas de ellas. Las proteínas se hidrolizan en el organismo para producir aminoácidos, que se usan después para construir nuevas proteínas orgánicas.

Renina.- Enzima liberada en la sangre por la corteza renal como respuesta a una pérdida de sodio. Reacciona en el angiotensinogeno (fracción proteica del plasma) para producir angiotensina, que a su vez se convierte en angiotensina por acción de una enzima pulmonar. La producción excesiva de renina produce una patología renal hipertensiva.

Trombositopenia.- Reducción del número de plaquetas presente en sangre. Puede dar lugar a la aparición espontánea de hematomas, y una prolongación del tiempo de hemorragia después de una lesión.

Tromboplastina.- Enzima que convierte la protrombina en trombina.

Trombosis.- Formación intravascular de un coagulo de sangre.

Toxina.- Producto de las bacterias, venenoso para otras células que cuando se inyectan a un animal o al hombre, estimula la producción de un anticuerpo (es decir anti toxina) contra el.

Urea.- Producto final de desecho del metabolismo proteico, se excreta por la orina, de la que es el principal constituyente nitrogenado se puede administrar como diurético osmótico mediante goteo intravenoso para reducir la presión intracraneal

o intraocular, y por vía tópica para humedecer suavizar y ablandar la piel seca y áspera.

Útero placentario.- Que pertenece al útero y a la placenta.

Vasoespasmó.- Contracción muscular involuntaria de un conducto o canal que conduce sangre o linfa.

Vasopresor.- Fármaco que aumenta la presión sanguínea normalmente (pero no siempre) mediante una vasoconstricción arteriolar.

Velocímetro Doppler.- Máquina que envía ultrasonidos que captan la velocidad del flujo sanguíneo de las venas y son transmitidas como sonidos, si la vena esta ocluida por completo no se transmiten los sonidos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Altirriba J. Esteban y L. Cabero Perinatología 7. estados Hipertensivos del embarazo 7ª. Ed. Edit. Salvat Barcelona España 19885. p.p 188-192
2. A.M.G.O. No. 3 IMSS. Ginecología y obstetricia. 3ª ed. Edit. Méndez 1997, p.p 300 -313.
3. Benson Ralph. C. Manual de Ginecoobstetricia 7a. Ed. Edit Manual Moderno 1981, pp 769-790.
4. Briones-Díaz de León. Preeclampsia-Eclampsia. Distribuidora y Editora Mexicana, S.A. de C.V. 2000. p.210
5. Edmund R. Novak Georgeanna Seego Jones. Tratado de ginecología 9a ed. Edit. Interamericana. P.p. 777-793.
6. Dr Xavier Ruiz, Enciclopedia de la Enfermería, 2ª ed. Océano Centrum, volumen 1, p.p.1-12
7. Fiorelli R. Sergio y Héctor Alfaro. Complicaciones Médicas en el Embarazo. 1ª Ed. Edit McGraw-Hill Interamericana México 1996. p. 406
8. González –Merlo. José y J.R. del Sol. Ginecología y Obstetricia 4ª. Ed. Edit. Masson Madrid España 1995: p. 309
9. J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2ª Ed. Edit. Manual Moderno.
10. Lowdermilk Perry Bobak. Enfermería Materno –Infantil 6a Ed. Edit. Harcourt / Océano. 2001. p.p 345-402.
11. Nuñez Maciel, Eduardo. Ginecología y Obstetricia, 3ª ed. Mexicana, México, 1997, p. 313
12. www.terraes/personal/duenas/teoria2.html