

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÌA ESPECIALIZADA EN
MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. "BELISARIO DOMINGUEZ"
EN MÈXICO, D.F.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA PERINATAL

PRESENTA

VIANNEY JUDITH CRUZ RIVERO

CON LA ASESORIA DE LA

DRA. CARMEN BALSEIRO ALMARIO

Mèxico, D. F.

Septiembre del 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Carmen Balseiro Almario por la asesoría de metodología y corrección de estilo brindada, que hizo posible la feliz culminación de esta tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por las enseñanzas recibidas a lo largo de la especialidad de Enfermería Perinatal a través de sus excelentes maestros.

A todo el personal de Enfermería del Hospital de Especialidades Dr. "Belisario Domínguez" por las facilidades otorgadas en la recolección de información actualizada.

DEDICATORIAS

A mis padres: Juan Cruz Muñoz y María Luisa Rivero Díaz por todo el apoyo brindado durante toda mi vida y por haber sembrado los principios de la superación personal y profesional que permitieron alcanzar esta meta como Enfermera Especialista.

A José Emigdio Rodas Martínez quien me apoyo durante la especialidad principalmente en los momentos más difíciles

A mis compañeras de especialidad que estuvieron conmigo durante toda la especialidad apoyándome en lo necesario hasta culminar esta meta.

CONTENIDO	Pag.
INTRODUCCIÒN	1
<u>1 FUNDAMENTACIÒN DEL TEMA DE TESINA.....</u>	3
1.1 DESCRIPCIÒN DE LA SITUACIÒN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÒN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 JUSTIFICACIÒN DE LA TESINA.....	6
1.4 UBICACIÒN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 Generales.....	8
1.5.2 Específicos.....	8
<u>2 MARCO TEORICO.....</u>	9
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÌA ESPECIALIZADA EN PERINATAL.....	9
2.1.1 Mujeres embarazadas con Preeclampsia.....	9
- Conceptos básicos.....	9
• De embarazo.....	9
• De preeclampsia.....	10
• De autocuidado.....	11
2.1.2 Factores de riesgo de la preeclampsia.....	12
- Biológicos.....	12
- Psicológicos.....	13
- Sociales.....	14

- Culturales.....	16
2.1.3 Teorías acerca de la preeclampsia.....	17
2.1.4 Características de la preeclampsia.....	21
- Cambios de la presión arterial durante el embarazo.	21
- Tipos.....	22
• Preeclampsia leve.....	22
• Preeclampsia severa.....	23
- Signos y síntomas.....	24
• En la preeclampsia leve.....	24
• En la preeclampsia severa.....	25
• Datos de laboratorio.....	25
- Complicaciones.....	26
• Maternas.....	26
• Fetales.....	27
2.1.5 Atención de Enfermería especializada en perinatal	28
- Valoración de riesgo.....	28
- Valoración inicial.....	29
- Planeación.....	31
- Intervenciones.....	32
• Educación para la salud a mujeres embarazadas con preeclampsia.....	32
▪ Durante el embarazo.....	33
▪ Durante el trabajo de parto....	34
▪ Durante el puerperio.....	34

• Asistenciales a mujeres embarazadas con preeclampsia.....	35
▪ Durante el embarazo.....	35
▪ Durante el trabajo de parto.....	35
▪ Durante el puerperio.....	37
▪ En la preeclampsia severa.....	37
▪ Durante el embarazo.....	37
▪ Durante el trabajo de parto.....	38
▪ Durante el puerperio.....	39
• Medicamentos utilizados en mujeres con preeclampsia.....	39
▪ Hidralazina.....	39
▪ Alfametildopa.....	40
▪ Hidralazina intravenosa.....	41
▪ Otros medicamentos.....	41
• Administrativas en mujeres embarazadas con preeclampsia.....	41
• De investigación a mujeres embarazadas con preeclampsia.....	42
• Cuidados del recién nacido.....	42
• Promoción de la participación familiar.....	43
3 <u>METODOLOGIA</u>.....	45
3.1 VARIABLES E INDICADORES.....	45
3.1.1 Dependiente.....	45

- Indicadores de la variable.....	45
3.1.2 Definición operacional de Enfermería especializada Perinatal.....	46
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	50
3.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA.....	51
3.2.1 Tipo de tesina.....	51
3.2.2 Diseño de tesina.....	52
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS.....	53
3.3.1 Fichas de trabajo.....	53
3.3.2 Observación.....	53
4 <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	54
4.1 CONCLUSIONES.....	54
4.2 RECOMENDACIONES.....	59
5 <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	67
6 <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	104
7 <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	122

INTRODUCCIÓN

La presente investigación documental tiene por objeto analizar las intervenciones de Enfermería especializada en pacientes con preeclampsia en el Hospital de especialidades Dr. “Belisario Domínguez” en México, D.F.

Para realizar tal análisis se ha planeado desarrollar en esta investigación en el primer capítulo la fundamentación del tema de investigación que tiene diversos apartados de importancia, entre los que están: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación del tema, ubicación del mismo y objetivos.

En el segundo capítulo se da a conocer el marco teórico de la variable, intervenciones de Enfermería perinatal, en donde se ubican todos los fundamentos teórico-metodológicos de la Enfermería especializada y que apoyan al problema y a los objetivos de esta tesina. Es decir el marco teórico reúne las fuentes primarias y secundarias del problema y los objetivos.

En el tercer capítulo se ubica la metodología que incluye la variable de la Enfermería perinatal y el modelo de relación de influencia de la misma. También se incluye en este capítulo las técnicas de investigación utilizadas entre las que están: fichas de trabajo y observación.

Finaliza esta investigación documental con las conclusiones, recomendaciones, anexos y apéndices, glosario de términos y

referencia bibliográficas que se encuentran en los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se puede tener un panorama más general de lo que significa la Enfermería Perinatal en la atención de las mujeres embarazadas con preeclampsia, y con ello resolver en parte, la problemática estudiada.

1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital de Especialidades Dr. “Belisario Domínguez” es una organización de salud de tercer nivel de la secretaria de salud del Gobierno del Distrito Federal, ubicado en avenida tlahuac 4866 esquina Zacatlán, colonia San Lorenzo Tezonco, c.p. 09790, Delegación Iztapalapa, México, D.F. Puso sus servicios a la orden el primero de marzo del 2005, fue inaugurado por el entonces Jefe de Gobierno del Distrito Federal Andrés Manuel López Obrador.

Este hospital fue estructurado para atender las necesidades de salud de la población más necesitada de algunas Delegaciones. Atiende población abierta. Tiene los servicios de gratuidad y seguro popular.

El Hospital de Especialidades Dr. “Belisario Domínguez” fue equipado con espacios dignos para la atención y con gran calidad técnica, ya que cuenta con etnología de punta. Dentro de su área física cuenta con tres niveles, organizada su distribución según su funcionalidad de los servicios. En el primer piso de hospitalización se encuentra servicio de Ginecoobstetricia, unidad tocoquirúrgica y neonatal. En este hospital existen 160 camas censables y 60 no censables.

En este hospital se realizo el reclutamiento del personal por Internet, se cuenta con un Director, Subdirector médico, Asistente de la

Dirección, personal administrativo, personal de Enfermería con diferentes categorías, Médicos, personal de mantenimiento, servicios generales, personal de farmacia, Trabajo social, Técnicos, nutriólogos, cocineras, personal de estadísticas y archivo, de admisión, camilleros, afanadores, almacenistas, Chóferes, operadores y un gestor.

Una de las partes esenciales del hospital de Especialidades Dr. “Belisario Domínguez” es el personal de Enfermería ya que constituye más del 50 por ciento del personal, con diferentes categorías y funciones, hay Jefes, Supervisoras, Especialistas, generales y Auxiliares; funciones docentes, administrativas, de investigación y operativas.

Los aspectos primordiales que se tratan en el hospital son: principalmente una atención especializada de calidad y calidez a todo paciente y familiar, responsabilidades y derechos, manejo de relaciones públicas y humanas, ambiente óptimo, educación continua, planes de atención, aspectos éticos, principios y valores. Por todo esto es esencial que un Hospital como este cuente con personal capacitado como lo es una Enfermera especialista, que tiene los conocimientos científicos actualizados para el desarrollo de todas estas actividades, y aplicación de su iniciativa y criterios. Notándose el cambio no solo en la Enfermería, también en la atención a los pacientes y familia.

En especial es necesario que por ser un hospital de especialidades que cuenta con el servicio de obstetricia y neonatología, tenga personal de Enfermería especializado en perinatal.

La perinatología tiene por objeto ver el proceso salud-Enfermedad en la reproducción humana y como eje la estrategia de identificar el enfoque de riesgo y anticipar acciones preventivas y terapéuticas con el propósito de evitar daños a la salud perinatal, considerando los métodos de diagnóstico y tratamiento para realizar profesionalmente las actividades, para la protección y conservación de la salud con base en los análisis de la problemática de la salud del grupo materno infantil de la sociedad mexicana y según las necesidades de cada mujer embarazada y más aun cuando se presenta una patología determinada como es el caso de la preeclampsia. Son diversos los factores y la etiología es diversa, sin embargo es necesario el conocimiento científico actualizado para poder otorgar una atención específica y de calidad a las mujeres embarazadas con preeclampsia, pero no se cuenta con personal de Enfermería especializado en perinatal, lo que disminuye la calidad de atención, poniéndose de manifiesto al no cubrir todos sus requisitos de la mujer embarazada.

Las intervenciones deben centrarse en los requisitos individuales, analizarse y aplicarse profesionalmente como lo haría la Enfermera Especialista en perinatal, sin dejar a un lado la tecnología, los cuidados basados en evidencia, nivel de atención, ser multidisciplinario, ser integral, humano y ético; para tomar en cuenta

las necesidades intelectuales, emocionales, sociales, culturales, biológicas, familiares, respetar su individualidad, dignidad y confidencialidad, para la toma de decisiones al enfrentarse ante una situación de salud que requiere intervenciones especializadas según sea el caso. Es necesario que la atención especializada sea la mejor, dándose en esta tesina las bases para esta atención.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta fundamental eje de esta tesina es la siguiente ¿Cual es la intervención de Enfermería especializada en perinatal en mujeres embarazadas con preeclampsia en el Hospital de especialidades Dr. “Belisario Domínguez” en México, D.F?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente tesina se justifica por varias razones:

En primer lugar se justifica por que hay pocas investigaciones relacionadas con la Enfermería especializada en perinatal que tengan que ver con los aportes necesarios para las mujeres embarazadas con preeclampsia.

En segundo lugar esta tesina se justifica por que se pretende diagnosticar desde el punto de vista teórico y empírico el cuidado especializado que requiere la mujer embarazada con preeclampsia. Por ello en esta tesina se proponen a partir de este diagnostico diversas medidas de atención especializada que garanticen que una mujer embarazada con preeclampsia tenga la mejor atención.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente tesina se ubica en las disciplinas de Enfermería de autocuidado perinatal.

Se ubica en perinatal por que esta disciplina es la que se encarga de prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida, mediante el esfuerzo organizado de una comunidad que debe autocuidarse y donde la Enfermería especializada en perinatal procurara un diagnostico precoz, un tratamiento adecuado de la enfermedad y establecer los mecanismos educativos necesarios para prevenir posibles complicaciones.

Se ubica en Enfermería por que esta profesión es la que imparte la educación a la población de la mejor forma. Así las Enfermeras especialistas organizan programas que informan, educan, promueven la salud y en donde la Enfermera Especialista es quien coordina estas actividades para mantener el bienestar del individuo y la comunidad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Generales

Analizar las intervenciones de Enfermería especializada en mujeres embarazadas con preeclampsia en el Hospital de especialidades Dr. “Belisario Domínguez” en México, D. F.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermería especializada en perinatal que permita guiar las acciones de todas las Enfermeras en esta especialidad para lograr la calidad de la atención de las mujeres embarazadas.
- Proponer diversas acciones con las cuales se pueda mejorar la Enfermería perinatal para que los pacientes con preeclampsia puedan mejorar en todos los aspectos mediante el cuidado especializado.

2 MARCO TEORICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN PERINATAL

2.1.1 Mujeres embarazadas con preeclampsia

- Conceptos básicos

- De embarazo

Es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto. Ha sido también llamado gestación, preñez, etc. El diagnóstico de embarazo se establece mediante unos signos de probabilidad como la supresión de la menstruación, sensación nauseosa y vómitos, modificaciones en las mamas y pezón, coloraciones pigmentarias de la piel en determinadas regiones, como los movimientos del feto, presencia de latido cardiaco fetal, la determinación de gonadotropinas en orina confirman los datos clínicos. La duración del embarazo oscila alrededor de los 280 días.¹

¹ Jorge Joven Maried y et.al. Diccionario de medicina. Ed. Marín. Barcelona, 2001. p.298

Otro concepto que utiliza la Enfermera perinatal sería el conjunto de fenómenos que incluye la fecundación, implantación, desarrollo embrionario y fetal, que normalmente termina con el nacimiento del producto de la gestación; que dura 280 días, 40 semanas o nueve meses aproximadamente y que existen diferentes tipos de embarazo, de los cuales pueden presentar riesgos y complicaciones, por eso es necesaria una atención prenatal.

- De preeclampsia

No hay una definición precisa de preeclampsia. Es una enfermedad característica únicamente del embarazo. La enfermedad ha existido desde siempre en la humanidad y aunque se han escrito miles de páginas y de libros tratando de comprenderlas, sigue siendo un enigma; se observa generalmente en el último trimestre del embarazo y se asocia con edema, hipertensión y proteinuria.²

Es considerada también una toxemia que se caracteriza por hipertensión arterial que se desarrolla tras la semana veinte de gestación que se acompaña con edema y proteinuria, de origen desconocido, tal vez se tenga que estudiar individualmente para detectar la etiología en forma particular, según la persona puede presentar complicaciones y progresar rápidamente, pasando a un estado crítico, por lo que la Enfermera especializada en perinatal debe

² Francisco Donat. Enfermería maternal y ginecológica. Ed. Masson. España, 2001. p. 141

promover el autocuidado, detectar los factores de riesgo y realizar las intervenciones necesarias para mantener el estado de salud lo mejor posible.

- De autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades de las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan acabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.³ (Ver anexo No. 1)

A veces existe un déficit de autocuidado, ya que este es una acción adquirida que debe aprender la persona, dependiendo de sus capacidades e interés va desarrollar sus habilidades, satisfaciendo así sus necesidades. Si en este caso la mujer embarazada con preeclampsia no tiene el interés o no se estimulan sus capacidades puede presentar complicaciones para ella y el feto. Es por eso que la Enfermera especializada en perinatal debe ayudar a la mujer a adoptar una actitud responsable frente a su salud.

2.1.2 Factores de riesgo de la preeclampsia

³ Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed.Elsevier. ed. 6ª. Madrid, 2007. p. 269

- Biológicos

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.⁴

Estos factores de riesgo biológicos en las mujeres embarazadas con preeclampsia son: nuligravidad, edades extremas, obesidad, herencia, antecedentes previos, raza negra, desnutrición gestación múltiple, dieta inadecuada (desnutrición), diabetes, polihidramnios, nefropatía, macrosomía, embarazos múltiples, semen de la pareja, temperaturas bajas, sexo del recién nacido masculino. (Ver anexo No. 2)

La presencia de un factor de riesgo en una mujer embarazada significa un riesgo aumentado de presentar a futuro una enfermedad o complicación durante el embarazo como es el caso de la preeclampsia, en comparación de una persona que no está expuesta a estos factores biológicos. Si se conoce los factores de riesgo, su eliminación servirá como prevención o control. Siendo el objetivo de la Enfermera especializada en perinatal: detectar y reducir factores de riesgo.

⁴ Pita Fernández y Cols. Determinación de factores de riesgo. En Internet www.fisterra.com/mbe/investiga/3f-de-riesgo/3f-de.riesgo.asp. Madrid, 2007. p.1

- Psicológicos

Los riesgos o factores de riesgo psicológicos se han definido como “Las intervenciones entre el contenido y las condiciones de una persona y las funciones y necesidades de esta. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud”. Los factores psicológicos que puede presentar una mujer embarazada con preeclampsia son: baja aceptación, autoestima y automotivación, estado de salud percibido, independencia, agresión, ambiente frustrante, rechazo al embarazo, madres solteras o abandonadas.⁵

La Enfermera especializada en perinatal considera fundamental hacer un análisis de los factores de riesgo psicológicos en las mujeres embarazadas con preeclampsia, ya que les brinda una medida de las necesidades de atención a la salud. El conocimiento del riesgo o la probabilidad que se presenten problemas de salud a futuro permite anticipar una atención adecuada y oportuna. De ahí que se considera fundamental que se tenga un buen manejo sobre los factores predisponentes que pueden estar presentes en esta etapa de la vida.

- Sociales

Los estudios epidemiológicos y la aplicación del concepto de riesgo del problema han llevado a establecer una relación evidente entre un conjunto de características asociadas que intervienen e incrementan la

⁵ Braulio Neninger Alamar. Principales factores de riesgo psicológicos. Revista cubana de pediatría. No.1. vol. 71. enero-marzo. Habana, 1999. p. 4

aparición de la preeclampsia y que han obligado a sustituir la idea de un estado de salud anterior por un terreno de riesgo sobre el cual se desarrolla la enfermedad.

Las variables relacionadas con factores de riesgo social son:

- Escolaridad.
- Condiciones socioeconómicas: satisfacción de las necesidades básicas.
- Ambiente familiar
- Grupos antisociales
- Promiscuidad
- Situación laboral (carga o ritmo de trabajo)
- Strès
- Tabaquismo y cafeína

La elevada incidencia de los factores de riesgos sociales son: malas condiciones socioeconómicas y baja escolaridad en las pacientes preeclámpticas.⁶ (Ver anexo No. 3)

Describir el nivel de predicción de las complicaciones obstétricas y perinatales mediante la evaluación periódica del riesgo social prenatal durante el control prenatal en mujeres embarazadas, es el principal objetivo de la Enfermera especializada en perinatal. La evaluación del riesgo obstétrico ha sido de gran valor en el cuidado prenatal para

⁶ Zaily Fuentes y Cols. Factores de riesgo de la hipertensión arterial inducida por el embarazo. En Internet <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/871.htm>. República de Haití, 2004. p.1

identificar gestantes que tienen alto riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales.

Se utiliza en el cuidado primario prenatal la valoración de riesgo que ha demostrado un buen grado de predicción para la mortalidad perinatal con buen impacto en los programas preventivos de cuidado prenatal.

Los factores de riesgo sociales en especial el estrés y la disfunción familiar han demostrado ser algunos de los principales factores de riesgo para que la mujer embarazada presente preeclampsia y el apoyo social un factor compensatorio de los efectos negativos con respecto a la morbilidad materna y perinatal.

El estrés en la gestante puede deprimir su capacidad de respuesta inmunológica, aumentar significativamente el riesgo para desarrollar preeclampsia y parto prematuro y puede aumentar la resistencia vascular, que facilitan el desarrollo de preeclampsia. Por ello es prioritario que la Enfermera especializada identifique precozmente los factores de riesgo y estime su importancia relativa en relación con el resultado perinatal para poder disminuir así las consecuencias adversas de los mismos.

- Culturales

Respuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Esta vulnerabilidad puede aumentar. Es un concepto que se refiere a determinadas condiciones culturales, medidas mediante variables directas o indicadores (sociales o culturales) que, acorde con conocimientos científicos, se ha demostrado que participan probablemente en los antecedentes o en las situaciones asociadas o implicadas con la emergencia de diferentes enfermedades, problemáticas o necesidades económicas, políticas y sociales. Cada vez es más evidente que muchos factores de riesgo son, de hecho, factores multirriesgo, porque se van encontrando en los antecedentes de problemáticas diferentes. Se distinguen entre los factores de riesgo culturales de las mujeres embarazadas para la preeclampsia: raza negra, etnia, aculturación, asentamiento geográfico y medio ambiente.⁷

Todo riesgo supone siempre una estructura vincular, ya que toda acción tiene un destinatario; incluye variables tales como la familia, el rol de los medios de comunicación; las normas, los valores y las creencias del contexto socio cultural y las redes de apoyo; generan mayor vulnerabilidad. La influencia del grupo cultural puede incitar y facilitar los comportamientos de riesgo.⁸

⁷ Martín Pernoll. Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. Ed. Manual moderno. ed. 6ª. Mèxico, 1993. p.441

⁸ Hector Basile. Factores de riesgo. En Internet. <http://apsa.org.ar/boletin/basile3.html>. Buenos Aires, 2004. p. 1

En cuestiones culturales es más complicado eliminar los factores de riesgo ya que son cuestiones que no siempre se pueden cambiar y que a veces están fuera de nuestro alcance sin embargo una vez identificados podemos controlarlos y planear las medidas de atención necesarias para que no se presente la preeclampsia o complicaciones maternas y fetales.

Al utilizar un modelo de atención de Enfermería especialista en perinatal que tiene en cuenta identificar factores de riesgo, el país se beneficia, ya que cuenta con una forma de reducir sus altas tasas de mortalidad materna por preeclampsia.

2.1.3 Teorías acerca de la preeclampsia

Es una enfermedad de causa desconocida, que ocurre únicamente en el embarazo, de forma repentina o de forma gradual e insidiosa.

En realidad falta aún determinar la etiología básica, no obstante el hecho de que se dispone de amplio material con las más precisas descripciones de la fisiopatología correspondiente a esta enfermedad.

⁹ (Ver anexo No. 4 y 5)

“Chesley (1978) describió la preeclampsia como una “enfermedad de teorías” por que se desconoce la causa.”¹⁰

⁹ Francisco Donat. Op.cit. p.98

¹⁰ Martín L. Pernoll. Op.cit. p.442

Se le da el nombre de toxemia por las Toxinas liberadas por el útero y el producto de la concepción que entraban a la sangre y provocaba un conjunto de manifestaciones que aparecen en la embarazada, cuyo origen no esta totalmente aclarado y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y convulsiones (eclampsia).¹¹

Entre otras teorías acerca de la preeclampsia son:

- Por causa hormonal: por las catecolamina (strès)-vasopresina, prolactina y prostaglandinas.
- Por Metabolismo anormal del calcio.
- Por Deficiencias o excesos dietéticos.
- Por un gusano.
- Por Mecanismo inmunológico de la IgM y IgG.
- Por Tejido trofoblastico por la cantidad de tejido placentario.
- Por Mola hidatidiforme: existe mayor tejido trofoblastico.
- Cardiovascular (compresión del espacio intravascular, bajo volumen plasmático, alta resistencia vascular, vasospasmo generalizado, perdida de integridad vascular a nivel capilar, vasoconstricción, bajo aporte sanguíneo).¹²
- Hematología (hemoconcentración), trombocitopenia (se desconoce el mecanismo), los vasos han sufrido un cambio

¹¹ Jorge Joven Maried. Op.cit. p. 1009

¹² Elizabeth Stepp Gilbert y Judith Smith Harmon. Manual de Embarazo y parto de alto riesgo. Ed. Elsevier. Madrid. 2003. p. 485.

degenerativo, presión sanguínea arterial es mucho más alta, enfermedad de la arteriola, arterosclerosis, la presión del útero en las grandes venas (pélvicas y cava inferior).

- Por Coagulopatía o perturbaciones vasculares, hiperestimulación plasma, endotelio vascular, impide agregación plaquetaria, modifica el tono muscular de la pared arterial, no hay integridad vascular, finalmente agotamiento del endotelio, permeabilidad capilar y tono muscular. (Ver anexo No. 6)
- Sangre: vasoconstricción arterial, vasoespasmo sistémico, así inhibe la producción de tromboxano en las plaquetas, anemia hemolítica, líquido intravascular se desplaza al intracelular.¹³
- Renal: vasoespasmo, riego renal, filtración glomerular, endoteliosis de los capilares glomerulares, endotelio glomerular.
- Por isquemia uterina es la teoría más actual, reduce flujo sanguíneo, liberación de una sustancia del útero o secreción compensatoria, útero más grande – vasos más pequeños.
- Placenta: trofoblasto invade el miometrio, las células trofoblásticas invaden las arterias espirales, destruyen el tejido elástico muscular de la pared arterial, la cual es remplazada por material fibrinoide.¹⁴
- Por insuficiencia parcial en el proceso de placentación: implantación y perfusión placentaria deficiente, sin placenta no hay preeclampsia, no todas las arterias espirales del lecho

¹³ Elizabeth Jean Dickason y et.al. Enfermería materno infantil. Ed. Harcourt-Brace. ed. 3ª. Madrid. 1999. p.552

¹⁴ Martín Pernoll, Op.cit. p. 442.

placentario son invadidas por trofoblasto (hay desproporción), se mantiene las paredes músculo elásticas reactivas.

- Vello córionico-placentario.
- Endocrino: los estrógenos sobre el hígado incrementan la producción de sustrato de renina, aumenta la concentración plasmática, se activa el sistema vasopresor, se deteriora la producción de prostaglandinas vasodilatadores, los valores pueden estar afectados por el descanso en cama, la ingestión de sodio, el parto; *glándulas suprarrenales*: Hemorragia y necrosis suprarrenal.¹⁵ (Ver anexo No. 7)

2.1.4 Características de la preeclampsia

- Cambios de la presión arterial durante el embarazo.

“La presión arterial de la mujer embarazada depende de su postura. La presión en la arteria braquial es más alta cuando esta sentada y mas baja cuando esta en posición recostada lateral. Por lo general, la presión arterial desciende durante el segundo trimestre del embarazo y principio del tercero, y se eleva lentamente en etapas posteriores. La presión sistólica desciende un poco durante el embarazo mientras la presión diastòlica lo hace en forma más notable. Estos cambios son producidos por el aumento del gasto cardiaco y la reducción de la

¹⁵Héctor Mondragón Castro. Obstetricia básica. Ed. Trillas. ed. 4ª. México. 1997. p. 319.

resistencia periférica, lo cual es normal en el embarazo. Hacia el final del mismo, el tono vasoconstrictor suele aumentar, lo que produce una elevación normal de presión arterial hasta los mismos niveles que se tenía antes del embarazo. Esto debe tenerse en cuenta en mujeres preeclámpsicas que ya experimentan elevación de la presión arterial”.¹⁶ (Ver anexo No. 8)

El control prenatal de todas las embarazadas se dirige a la prevención y detección temprana del desarrollo de preeclampsia mediante cuidados regulares y tempranos. Las mujeres en las que se conoce el riesgo de afecciones hipertensivas deben asistir a citas de supervisión con intervalos mas frecuentes, en particular en el tercer trimestre. Deben asistir cada semana durante el último mes de embarazo. Es preciso que la Enfermera especialista en perinatal insista en la importancia de determinar la presión arterial de modo frecuente y regular.

- Tipos

- Preeclampsia leve

Se produce preeclampsia casi en el 8% de la población en general y ocupa el primer lugar de morbi-mortalidad en mujeres embarazadas.

¹⁶ Sharon.Reeder y et. al. Enfermería materno infantil. Ed. Interamericana. ed. XVII. México, 1995. p. 303

Se llama preeclampsia a la triada de edema, hipertensión y proteinuria que ocurre después de la vigésima semana de gestación y más a menudo, cerca del término. Puede ocurrir preeclampsia en mujeres que tienen hipertensión crónica. Comúnmente desaparece durante el puerperio.¹⁷

Los mejores resultados perinatales se correlacionan con un adecuado control prenatal tanto materno como fetal. En estos casos prácticamente no se requiere tratamiento hipotensor, bastará un control de presión arterial al menos dos veces por semana, y de proteinuria cuantitativa semanal para detectar oportunamente la preeclampsia grave. Con el control prenatal adecuado que lleve a cabo la Enfermera especializada perinatal no es necesario el ingreso hospitalario, ya que el manejo puede ser domiciliario. Puede llevarse el embarazo a término siempre y cuando el control del estado del bienestar fetal se encuentre en las mejores condiciones y no existan factores agravantes del estado materno. Determinado por la Enfermera especialista en perinatal.

- Preeclampsia severa

Si la presión arterial de una mujer embarazada continúa aumentando a pesar del control, tendrá lugar una preeclampsia severa o grave, cuando aparezcan uno o más de los siguientes criterios: Tensión

¹⁷ Martín Pernoll. Op.cit. p. 441

arterial sistólica de 160 mm Hg o una tensión arterial diastòlica de 110 mm Hg en dos ocasiones con al menos 6 horas de diferencia, cuando la paciente ha mantenido el reposos en cama. Nivel de proteinuria de al menos 5g/24 hrs. Reflejos aumentados. Alteraciones cerebrales o visuales, o dolor epigástrico. Edema pulmonar tardío o cianosis. Oliguria 500ml en 24hrs. Trombocitopenia (plaquetas igual o menor a 100 000).¹⁸ (Ver anexo No.9)

Para poder llegar a un diagnostico certero la Enfermera especializada en perinatal debe apoyarse con otros métodos diagnósticos como laboratorios, para llegar a establecer una actitud perinatal activa. Como primer objetivo debe de asumir el control de la presión arterial en cifras de normalidad, o lo más cercano posible a ésta, en beneficio materno-fetal.

En estos casos es muy importante el control del estado fetal, ya que se presenta el riesgo de la perdida del bienestar fetal.

En situaciones de preeclampsia severa, se deberá prevenir la eclampsia.

- Signos y síntomas

- En la preeclampsia leve

¹⁸ Elizabeth Stepp Gilbert. Op.cit. p.556

- 140/90-159/109
- Proteinuria 5g/24hrs
- Cefalea
- Edema de cara y dedos (Peso)
- Visión borrosa
- Vómito o náuseas persistentes (por disminución de sangre Oxigenada)
- Dolor epigástrico e hipocondrio (hepatocelular)
- Contracciones musculares
- Acufenos y Fosfenos

(Ver anexo No.10)

- En la preeclampsia severa

- 160/110 con taquicardia
- Proteinuria 500mg ò 5gr/24hrs
- Reflejos aumentados
- Trombocitopenia (plaquetas = ò menor 100 000)
- Edema pulmonar. *
- Oliguria -500ml en 24hrs
- Alteraciones cerebrales y visuales

- Datos de laboratorio

- Hemoglobina y hematocrito elevados por hemoconcentraciòn (liquido intravascular) y vasococntricción
- Anemia secundaria a hemólisis

- Trombocitopenia
- Factores de la coagulación disminuidos
- Ácido úrico Arriba de 6mg/dl
- Creatinina valores normales 0.6-0.8 mg/dl en suero de urea
- Transaminasa
- Glucosa y electrolitos en sangre normales¹⁹

Se deben identificar en la consulta prenatal. Las pacientes embarazadas que presentan alguna patología representan un reto para la enfermera especializada debido a los cambios fisiológicos propios de este estado y a la sintomatología de la enfermedad ya que se trata de dos pacientes (madre y feto) con fisiologías distintas, a los cambios anatómicos en la madre y, por último, a la presencia de patologías exclusivas del embarazo como la preeclampsia, su detección y tratamiento precoz mejoran el resultado perinatal y disminuye las complicaciones maternas y fetales.

- Complicaciones

- Maternas

Las principales complicaciones son: Ictericia, desprendimiento de retina, hemorragia en el fondo de ojo, Accidentes vascular cerebral,

¹⁹ Laila Vicens. Op.cit. p.502

hemorragia intracerebral, Insuficiencia cardiaca, edema pulmonar, hematuria, Insuficiencia renal, Necrosis renal, daño hepático, necrosis periportal, Coagulación intravascular diseminada, eclampsia y muerte.²⁰

- Fetales

El feto tiene riesgo de presentar complicaciones como: prematurez, retardo del crecimiento, Insuficiencia útero-placentaria, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal, asfixia intrauterina crónica, óbito.²¹ (Ver anexo No. 11)

No existen criterios absolutos sobre la presión arterial en los que se puedan basar recomendaciones para el aborto terapéutico o la esterilización de las pacientes con preeclampsia-eclampsia.

Se observa una tasa de supervivencia materna de 100% y una tasa de supervivencia perinatal de 75%.

La asociación de hipertensión materna más gestación es una de las principales causas de muerte materna así como de muerte fetal,

²⁰ Francisco Donat. Op.cit. p. 107

²¹ Martín Pernoll. Op.cit. p.453

crecimiento intrauterino retardado, abrupto placentae y sufrimiento fetal agudo.

En este apartado tienen mayor importancia las embarazadas predispuestas o con enfermedad latente, ya que son los que con mayor frecuencia deben ser valoradas de forma adecuada.

2.1.5 Atención de Enfermería especializada en perinatal

- Valoración de riesgo

Durante la primera visita prenatal, es probable que la Enfermera especializada se refiera a una “clasificación por riesgos” con el fin de decidir que categoría de cuidados es la adecuada para la mujer embarazada con algún riesgo. A las mujeres se les clasifica como de alto o bajo riesgo en base a una puntuación o sencillamente según las corazonadas del medico. Con determinadas clasificaciones de riesgo, hasta nueve de cada diez mujeres resultan ser de alto riesgo. El hecho de poner estas etiquetas a las embarazadas-incluso cuando se hace con discreción- es negativo. Las mujeres que tienen conciencia de estar sometidas a un “riesgo” pueden perder confianza y experimentar ansiedad. La mayoría de los marcadores de riesgo utilizados son predictores muy deficientes.²² (Ver anexo No. 12 y apéndice No. 1)

²² Sheila Kitzinger. Nacer en casa. Ed. Interamericana. Madrid, 1993. p. 38

Como proceso dinámico que es, deben valorarse los factores de riesgo que vaya surgiendo a lo largo del embarazo.

El objetivo de la Enfermera especialista en perinatal es detectar, de forma precoz, signos de que la situación puede empeorar y que de los factores de riesgo identificados los controle para que no se presenten nuevamente o que no surjan complicaciones.

Al utilizar adecuadamente la valoración de riesgo es de gran ayuda, para que la Enfermera especializada en perinatal planee sus intervenciones específicas en cada situación. No es que se etiquete a la mujer embarazada, es para un trato individualizado y adecuadamente planeado según los factores de riesgo detectados, haciéndola conciente del autocuidado que debe tener, para un estado de salud sin complicaciones durante su embarazo. Diversos factores de riesgo se relacionan con preeclampsia.

- Valoración inicial

“La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida a los clientes, a los

familiares y a otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación Enfermera”.²³ (Ver anexo No. 13)

La valoración utiliza la técnica de recolección de datos para el diagnóstico de Enfermería. La identificación de datos pertinentes para el diagnóstico requiere de un marco de referencia teórico, conceptual, único y lógico para la valoración. Este marco de referencia puede ser un modelo de Enfermería. Constituye la primera experiencia de cuidado de Enfermería para el paciente.²⁴

El objetivo de la Enfermera especialista en perinatal es que en la valoración reconozca los síntomas antes de que se hagan evidentes en la paciente y que identifique cualquier cambio en ella durante el embarazo y detectar cualquier enfermedad que surgiera.

Las manifestaciones que se relacionan con preeclampsia son muy importantes y de gran ayuda para registrar con precisión la planeación de las intervenciones por medio de la valoración inicial.

Durante la primera consulta prenatal, es importante valorar a la mujer embarazada para conocer si tiene factores de riesgo que la predispongan a enfermedades hipertensivas. Las principales intervenciones de valoración es el peso y la toma de presión arterial.

²³ Margarita Cardenas Jiménez y cols Antología Teorías y modelos de Enfermería. UNAM Posgrado de Enfermería. México, 2006. p.151

²⁴ Victoria Moràn Aguilar y Alba Lili Mendoza R. Proceso de Enfermería. Ed. Trillas. México, 2000. p. 75

La detección de preeclampsia se facilita mediante observación cuidadosa antes del parto e identificación temprana en mujeres que se sabe tienen factores de riesgo que las predispone.

-Planeación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico de Enfermería y concluye con la documentación real del plan de cuidados.²⁵

Designación del resultado, el indicador, la escala de medición y los criterios de resultado así como la intervención y las actividades que se van a realizar, para potenciar las respuestas humanas funcionales, y reducir o eliminar las respuestas disfuncionales ante problemas reales o potenciales de salud.²⁶

La Enfermera especialista en perinatal forma siempre planes de atención para aplicar sus intervenciones de forma específica en las mujeres embarazadas con preeclampsia. Estableciendo planes coordinados para sus futuras acciones; las acciones son orientadas para el logro de los objetivos; son claras, capaces de ser realizadas y son adaptadas a la problemática específica de cada mujer

²⁵ Margarita Cardenas Jiménez, Op.cit. p. 155

²⁶ Victoria Moràn Aguilar Op.cit. p.79

embarazada. Es imprescindible que la Enfermera especializada en perinatal no utilice la aplicación ciegamente, sino que utilice el conocimiento científico que tiene para dar la solución que se considere mas idónea. Tomando en cuenta los recursos con los que cuenta.

- Intervenciones

Es la puesta en práctica de la o las intervenciones y las actividades programadas con el paciente, familia y/o comunidad, tomando en cuenta el contexto en el que se llevan acabo durante esta etapa, es importante recalcar que las intervenciones de Enfermería deben hacerse con el sustento científico y técnico requerido.²⁷ (Ver apéndice No 2)

- Educación para la salud a mujeres embarazadas con preeclampsia
 - Si los síntomas son controlables se le explica a la mujer embarazada la situación de salud por la que cursa y que tan grave es, así como las complicaciones que puede presentar, además de indicarle los cuidados que debe tener en domicilio como parte de su autocuidado:

²⁷ Victoria Moràn Aguilar. Op.cit. p. 80

- Durante el embarazo

- Desarrollar su motivación, actitud mental positiva y enseñarla a vivir con esta patología de su embarazo. De ser posible cambios en su estilo de vida.
- Concientizar a la mujer embarazada con preeclampsia de su problema de salud para desarrollar el autocuidado.
- Tomar como prevención el Ac.folico, vit. C, ASA
- Tomar diario la presión sanguínea
- Cita dos veces por semana
- Abstinencia sexual
- Reposo relativo
- Combatir la ansiedad (expresando sus dudas, molestias y preocupaciones)
- Se puede prescribir una dieta con alimentos frescos o congelados
- Dieta balanceada con suficiente proteína
- Dieta baja en sodio, no restringirla puede reducir el volumen intravascular posteriormente una perfusión uterina y renal.
- Ingerir 3 litros de líquido al día
- Evitar café, té y chocolate
- Evitar tabaquismo
- No consumir líquidos dietéticos
- Comida en quintos
- Indicarle los signos de alarma durante el embarazo

- Mantener a la mujer embarazada informada sobre su estado de salud, el feto y los resultados de las pruebas.
- Sugerir actividades para distraerla
(Ver apéndice No 3)

- Durante el trabajo de parto

- Explicarle la posibilidad de hospitalización y la interrupción del embarazo, el plan terapéutico, la situación acerca del proceso de la enfermedad y las complicaciones que puede presentar.
- Preparar psicológicamente para el parto. Explicar el tipo de parto.

- Durante el puerperio

- Mantener a la mujer embarazada informada sobre su estado de salud, el feto y los resultados de las pruebas
- Enseñar a proporcionar el seno materno
- Indicarle los cuidados del recién nacido
- Explicar las características del neonato prematuro
- Indicarle la importancia de las vacunas
- Explicar los métodos de planificación familiar

- Asistenciales a mujeres embarazadas con preeclampsia

- Durante el embarazo

- Toma de presión arterial diario
- Control del peso (evaluar el edema) en cada consulta
- Toma de muestras para laboratorios (BH, TP, TPT, QS, EGO, Grupo y Rh)
- Realizar la valoración del Bienestar fetal en cada consulta (Ver apéndice No 4)
- USG (valorar líquido amniótico y placenta)
- Valoración de riesgo perinatal(Ver apéndice No 5)
- Sin haber preeclampsia severa se puede evitar el uso de antihipertensivos.
- Valorar la indicación de la aspirina a bajas dosis
- Valorar alteraciones del Sistema nervioso (reflejos tendinosos, cefalea, cambios visuales)
- Se puede inducir el parto

- Durante el trabajo de parto

- Hospitalizarla si es necesario
- Ambiente terapéutico (con poca luz y sin ruido)
- SV (TA horaria) (Ver apéndice No 6)

- Colocar oxígeno con puntas nasales
- Vena permeable con Ringer, si son necesarias dos.
- Toma de muestras para laboratorios (BH, TP, TPT, QS, Grupo y Rh, EGO)
- Solicitar concentrados eritrocitarios y plasma fresco o congelado
- Detección de proteínas
- Sonda uretral a derivación
- Vigilancia y valoración fetal (bienestar fetal)
- Colocar tococardiografo y registro tococardiografico (Ver apéndice No 7)
- Inducir la maduración pulmonar de ser necesario con dexametasona
- Control de líquidos
- Aumentar de periodo de reposo (El descanso en cama aumenta la excreción de sodio y agua)
- Evitar procedimientos dolorosos o incomodidad
- Valorar alteraciones del Sistema nervioso (reflejos tendinosos, cefalea, cambios visuales)
- Terminación del embarazo. Si no hay borramiento ni dilatación puede ser con inducción o prepararla para cesárea
- Si es necesario ministrar los medicamentos de elección (Hidralazina y alfametildopa)
- Cuando no se puede controlar con tratamiento se interrumpe el embarazo, incluso si no es viable
 - Durante el puerperio

- Seguir con la vigilancia de la tensión arterial cada 4 hrs. (Ver apéndice No 8)
- Tomar muestras para laboratorios (BH y EGO)
- Observar función renal
- Ambiente tranquilo y visitas limitadas.
- Misma alimentación que en el embarazo
- Atender las necesidades psicológicas
- Mantener a la mujer embarazada informada sobre su estado de salud, el neonato y los resultados de las pruebas.
- Ver la posibilidad de la visita a la UCIN (Ver apéndice No 9)
- Promover la lactancia materna
- Fomentar un método de planificación familiar

- En la preeclampsia severa

- Durante el embarazo

- Si en la consulta prenatal se detecta una preeclampsia severa se hospitaliza a la paciente. (Ver apéndice No 3)

- Durante el trabajo de parto

- Se ingresa paciente a la sala de labor

- Las intervenciones van a depender del daño por lo que no hay un tratamiento específico
- Se realizan todas las intervenciones en una preeclampsia leve que requirió hospitalización
- El objetivo es disminuir la presión sanguínea y prevenir las convulsiones
- Tratamiento farmacológico con los medicamentos de elección (Hidralazina, alfametildopa y sulfato de magnesio)
- Lo ideal es interrumpir el embarazo. El trofoblasto se elimina para bajar la tensión arterial
- Preparar la transfusión de concentrado eritrocitario y plasma fresco
- Observar características de la visión
- Valorar complicaciones como: cefalea, cambios visuales (visión borrosa o manchas) dolor hipocondrio o epigastrio, aumento de edema, hemorragia vaginal, líquido amniótico, movimientos fetales.
- Valorar el llenado capilar
- Valorar alteraciones del Sistema nervioso (reflejos tendinosos, cefalea, cambios visuales o clonos)
- Valorar alteraciones pulmonares (cianosis, auscultar campos pulmonares buscando estertores y sibilancias que indicarían el edema pulmonar, disnea) y colocar un oxímetro (Ver apéndice No 10)
 - Durante el puerperio
- Seguir con el tratamiento farmacológico e ir disminuyendo gradualmente.

- En el inmediato vigilar con monitoreo continuo posteriormente seguir con la vigilancia de la tensión arterial cada 4 hrs. (Ver apéndice No 11)
- Toma de laboratorios de control (BH y QS)
- Vigilar características urinarias
- Proporcionar ambiente tranquilo y visitas limitadas.
- Dieta blanda, hiposódica
- Atender las necesidades psicológicas
- Mantener a la mujer embarazada informada sobre su estado de salud, el neonato y los resultados de las pruebas.
- Ver la posibilidad de la visita a la UCIN
- Promover la lactancia materna
- Promover un método de planificación familiar

- Medicamentos utilizados en mujeres con preeclampsia

- Hidralazina

- Antihipertensivo
- Vasodilatador de las arteriolas
- Acción indirecta, músculo liso de los vasos
- Disminución de la resistencia periférica
- Aumento del flujo sanguíneo uterino, renal, cerebral y cardiaco
- Pero no existe evidencia en el flujo útero placentario
- Se metaboliza en el hígado

- 10 a 30mg dos veces al día. Max.50mg
- Taquicardia-enrojecimiento, palpitaciones, bochornos, cefalea y mareos
- Cefalea, nauseas, vomito y ansiedad.

- Alfametildopa

- Agonista adrenergico central (vasodilatador)
- Reduce la resistencia periférica, sin producir cambios en gasto cardíaco y frecuencia
- 250 ó 500mg 3 veces al día
- Concentraciones plasmáticas máximas 2-3hrs
- Efecto máximo 4-6 horas
- Excreta por vía renal
- Efectos adversos: sedación congestión nasal, depresión, hipotermia y anemia helítica.
- Inhibe la producción de ciertas aminos biógenas como la noradrenalina, en las terminaciones nerviosas simpáticas

- Hidralazina intravenosa

- IV 20mg en 20ml solo para bajar a 90
- Tomar la T/A C/20min
- Acción ocurre 15min efecto máximo de 30 a 60min
- La acción dura 4 a 6 horas

- Otros medicamentos

- Sulfato de Magnesio (MgSO₄)
- Dexametasona
- Sedantes (fenobarbital o diacepan)
 - Administrativas en mujeres embarazadas con preeclampsia
 - Registrar la tensión arterial
 - Manejar la hoja de Enfermería y neonato
 - Anotar en las libretas de control
 - Manejar el expediente clínico
 - Mantener el material necesario para la atención de las pacientes (Ver apéndice No 12)
 - De investigación a mujeres embarazadas con preeclampsia
 - La enfermera especializada en perinatal cuenta con habilidades de observación altamente desarrolladas. Al observar los cuidados de Enfermería que se proporcionan y notar la reacción del paciente a los

cuidados, ella tiene la oportunidad de identificar problemas apropiados para la investigación.²⁸

- Toda Enfermera especializada en perinatal debe recurrir a la investigación documental para obtener mayor conocimiento científico y actualizarse sobre el caso específico que se le presente, para actuar con fundamento científico. Por lo que fue necesario que la Enfermera especialista recurriera a la investigación documental y evidencia de casos para desarrollar las intervenciones necesarias en pacientes embarazadas con preeclampsia.

- Cuidados del recién nacido

- Evaluación del recién nacido:
- APGAR, SILVERMAN y CAPURRO (Ver anexo No. 14, 15 y 16)
- Detección temprana de defectos al nacimiento. (Ver anexo No. 17 y apéndice No 13)

Generalmente no requiere medidas especiales de manejo, solo en caso de presentar bajo peso al nacer o prematuridad, va ser conveniente trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). (Ver apéndice No 14)

- Promoción de la participación familiar

²⁸ Glenda Fregia Buharescu. Enfermería perinatal. Ed. Limusa. México, 1992. p.346

- Que este al pendiente del control de la mujer embarazada (vigilancia continua)
- Ayudar a la familia que supere las dificultades de la limitación física
- Animar a la familia que participe en la toma de decisiones de la paciente en todo lo que se posible
- Animar al padre que visite al neonato

El profesional de Enfermería perinatal es capaz de coordinar eficazmente las actividades, presentar cuidados directos y motivar al paciente, familia y comunidad, para que participen en el autocuidado ayudando a evitar que se presenten complicaciones en las mujeres embarazadas con preeclampsia. (Ver apéndice No 15)

La frecuencia de cada visita y las exploraciones complementarias vendrán determinadas por el tipo de enfermedad y por la severidad de la misma. Siempre habrá que controlar: peso y tensión arterial.

Un hecho importante en el control del embarazo de alto riesgo obstétrico es mantener a la paciente informada de su estado de salud, de su hijo y de los resultados de estudios, así como de su pronóstico, influencia de la gestación en su enfermedad de base, posibles complicaciones que pueden esperarse y su frecuencia aproximada, posible prevención y/o tratamiento de las complicaciones, frecuencia de visitas y de controles especiales que se probablemente va a necesitar, signos de alarma previsible por los que deberá acudir al hospital antes de las visitas programadas, la vía y momento de finalización del embarazo; dependerá de cada paciente en caso concreto, teniendo siempre en cuenta la existencia de dos pacientes y

la interdependencia entre los dos y procurando siempre el bienestar de ambos

3. METODOLOGIA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente

- Indicadores de la variable

- Ayuno
- Signos vitales con tensión arterial horaria
- Vena permeable
- Tomar muestras para exámenes de laboratorios
- Oxigenación
- Medicamentos
- Reposo absoluto
- Sonda uretral
- Control de líquidos
- Registro tococardiografico
- Valoración de bienestar fetal
- Medidas antitromboticas
- Ambiente terapéutico
- Posición decúbito lateral izquierdo
- Apoyo educación y psicológico
- Vigilancia continua para evitar complicaciones
- Preparar para cesárea

3.1.2 Definición operacional de Enfermería especializada en perinatal

En la última década, la Enfermería ha avanzado de manera rápida y significativa. Se han adquirido nuevos conocimientos científicos que se aplican en la atención de Enfermería, adecuados a las necesidades e intereses de las personas.

Las Enfermeras necesitan estar al tanto de los conceptos más recientes para el constante mejoramiento de la atención.

La Enfermera profesional cuenta con habilidades altamente desarrolladas. Al observar los cuidados de Enfermería que se proporcionan y notar la reacción del paciente a los cuidados, ella tiene la oportunidad de identificar problemas apropiados para la investigación clínica; además la enfermera profesional considera e intenta tipos diferentes de intervenciones y evalúa su eficiencia con bases científicas.

Las necesidades e interés actual han considerado importante la preparación de Enfermeras especializadas para la atención de las mujeres en edad reproductiva y embarazada, otorgando la atención especializada perinatal durante embarazo, parto, puerperio, recién nacido y la participación de la familia.

Es por eso que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM , se ha preocupado por formar Enfermeras especialistas perinatales.

La Enfermería perinatal se considera una nueva especialidad de Enfermería profesional, pero se encuentra aun en periodo de formación y reconocimiento, ya que tiene que estar en constante actualización siendo necesario este tipo de Enfermería y este enfoque del cuidado de la salud de la reproducción. Como en el caso de la Enfermera profesional en General, la Enfermería perinatal surge para satisfacer una necesidad planteada por los buenos y malos resultados anteriores del suministro de cuidados de la salud de la reproducción, pero con el hecho de que se tienen mayores conocimientos científicos, por que los profesionales están más concientes de las necesidades de las personas en edad reproductiva.

En la Enfermería actual existen categorías para describir los diferentes papeles que deben asumir la Enfermeras.

La Enfermera especialista con alto grado de conocimientos, habilidades y capacidades en el campo especializado se ponen a proporcionar atención con bases científicas a las mujeres embarazadas. A orientar y planear los cuidados junto con otro personal de salud, siendo multidisciplinario.

Debido a la naturaleza de sus funciones y el nivel de su preparación educativa profesional, la especialista en Enfermería perinatal, debe de participar en forma más activa que sus demás colegas, demostrando un alto grado de capacidad profesional en un campo especializado, encargándose de un grupo selecto de pacientes. Promueve el desarrollo del personal, sirve como modelo en los cuidados de

Enfermería, colaborando con otros profesionales de los cuidados de la salud, desarrolla e implementa planes de cuidados, e inicia la investigación de Enfermería y participa en ella.

Además la Enfermera especialista perinatal asume responsabilidades, utiliza conocimientos tomados de otras disciplinas y profesiones, que utiliza junto con sus conocimientos de Enfermería. Es capaz de describir claramente sus propios puntos de vista y tomar decisiones según su criterio.

Debido a que puede encontrarse en cualquier situación, además de las técnicas asistenciales y de investigación esta capacitada para desarrollarse en funciones administrativas y de docencia, con continuo crecimiento y formación, en los cuatro campos.

También se ha visto involucrada en necesidades de cambio y superación profesional.

La Enfermería perinatal, con objeto de proporcionar mejor atención, abarca los periodos de salud preconcepcional, gestacional, postgestacional, neonatal y familia. En los medios institucionales y comunitarios. En procesos no patológicos o patológicos.

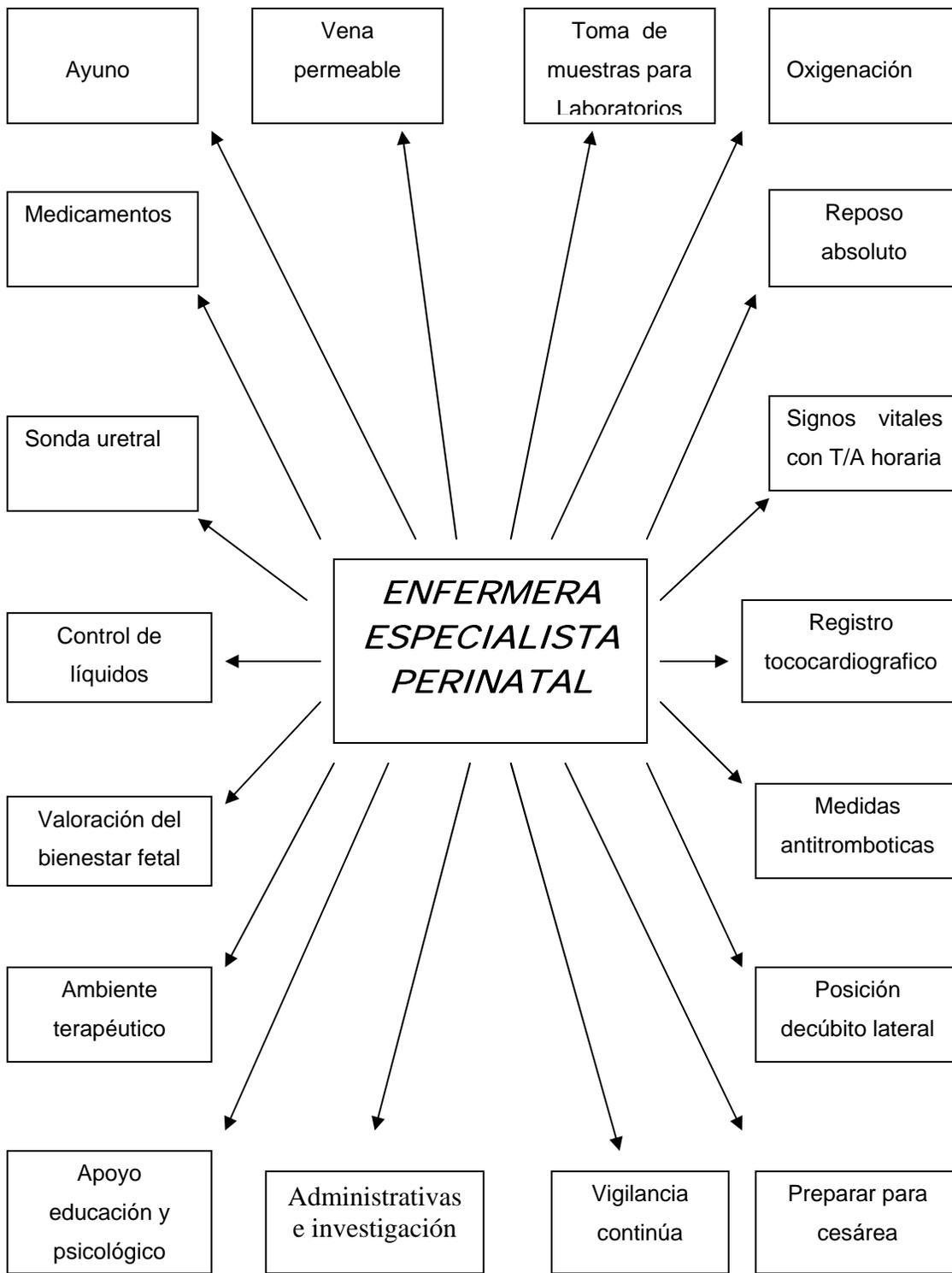
Las especialistas perinatales se hacen responsables de identificar problemas y/o necesidades que presenta su grupo de atención antes

mencionado, para crear un plan de cuidados y encargarse de cada caso en forma individual.

El interés actual en la consideración de control demográfico, la preparación para el nacimiento, interés por la madre y neonato y la participación de la familia no solo cambia el enfoque de atención, sino la misma Enfermería cambia.

Por todo lo anterior la Enfermera especializada en perinatal es capaz de tratar en forma específica, dando atención de calidad, a las mujeres embarazadas con preeclampsia, evitando complicaciones o dándoles solución en caso de presentarse; así como proporcionar atención al neonato y promover la participación de la familia. Para estudio de esta tesina.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3. 2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA

3.2.1 Tipo de tesina

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica por que se pretende realizar un diagnóstico situacional de la atención de Enfermería especializada en perinatal, a fin de proponer esta atención con todas las pacientes de la patología preeclampsia del Hospital de Especialidades Dr. “Belisario Domínguez”.

Es descriptiva por que se describe ampliamente el comportamiento de la atención de Enfermería especializada en perinatal con las mujeres embarazadas que presentan preeclampsia.

Es analítica por que para estudiar la atención de Enfermería especializada en perinatal ha sido necesaria descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal por que esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo. Es decir en los meses de abril, mayo y junio del 2008.

3.2.2 Diseño de Tesina

El diseño de esta investigación documental se ha elaborado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un seminario taller de elaboración de tesina, en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.
- Búsqueda de un problema de investigación de Enfermería especializada relevante para la Enfermería perinatal.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para la búsqueda del marco teórico conceptual y referencial de la atención de Enfermería especializada en perinatal.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina, así como el marco teórico que sustenta la Enfermería especializada en perinatal.
- Búsqueda de los indicadores de la variable atención de Enfermería especializada en perinatal.
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, glosario de términos y referencias bibliográficas.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. En cada ficha se anoto el marco teórico conceptual y referencial, de tal manera que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la Enfermera especializada en perinatal.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermería especializada en perinatal en la atención de las mujeres embarazadas con preeclampsia en el Hospital de especialidades Dr. "Belisario Domínguez" en México, D.F.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El surgimiento de la perinatología como especialidad en Enfermería es innovador en los cuidados perinatales de la salud de la reproducción y produce cambios en este servicio.

Los cuidados son aproximados y diseñados en coordinación con las necesidades del usuario y los servicios profesionales con el fin de mejorar la experiencia reproductiva y su resultado. Esta innovación requiere de un dirigente en Enfermería que funcione como educador, administrador, investigador y especialista clínico para la plantación y realización de la atención otorgada para la salud perinatal.

Algunos aspectos del papel de la Enfermera especializada en perinatal es la colaboración con otros miembros del personal de salud, la evaluación y eficiencia de los cuidados de Enfermería, la identificación y realización de investigaciones sistemáticas sobre problemas clínicos, la evaluación personal de las propias contribuciones a los cuidados de la salud y la actualización.

- En servicios

Dentro de la práctica clínica la enfermera especializada en perinatal refleja el uso de aquellos instrumentos que se atribuyen a la enfermería profesional en relación a la valoración de las necesidades

de la salud reproductiva, las actividades para satisfacer las necesidades de la misma y la evaluación de la efectividad de las actividades de atención de enfermería y la reacción del usuario, se basa en la utilización deliberada de una base de conocimientos que incorpora la experiencia, la habilidad y la teoría para hacer juicios válidos sobre las necesidades del usuario en forma individual y en grupo. Utiliza una amplia gama de estrategias y actividades necesarias para recopilar datos y planificar, realizar y evaluar la atención de enfermería. Se lleva a cabo dentro del contexto del esfuerzo en equipo, y refleja el uso de la consulta, coordinación y planificación mutua con otros miembros del personal de salud, en un esfuerzo concertado por proporcionar la más alta calidad posible de cuidados de la salud al usuario específico en el momento que se requiere.

- En administración

La enfermera especializada en perinatal como administradora de un servicio perinatal estudia la población en reproducción que exista en ese momento y las disposiciones que se toman para satisfacer las necesidades de cuidados de la salud reproductiva.

El papel de la enfermera administradora como dirigente en los servicios de enfermería perinatal implica responsabilidades ante el usuario, otros profesionales de la salud y ante la práctica profesional. La forma en que dirige se ve influida por el medio ambiente y los recursos existentes. La interacción con el demás profesional de la salud y las responsabilidades de la enfermera administradora da

mayor resultado a su dirección y a la práctica de la enfermería perinatal.

Para que la administradora sea eficaz cuenta con ciertas características personales. Siendo una persona que responde, teniendo presente la sensibilidad hacia las necesidades, sean del personal, usuario o del sistema. La manera y grado en que reacciona a las necesidades se ve afectados por el tipo de dirección y control que aplique.

La enfermera administradora dirigente de los servicios de enfermería perinatal manifiesta los siguientes rasgos: iniciativa, confianza en si mismo, responsabilidad, conocimientos, decisión, habilidad para analizar y resolver los problemas, comunicación, relaciones humanas, asegura la calidad, organiza, crea presupuestos y dotación de los recursos necesarios.

Se ha dicho que cuatro criterios definen el papel del administrador hospitalario. Estos mismos se aplican al papel de la administradora de los servicios de enfermería especializada en perinatal: creación y cumplimiento de metas y objetivos claramente definidos que orientan la institución hacia algún fin que se especifica, organización que se utiliza eficazmente, asignación y uso de recursos y habilidad para funcionar como agente de cambio.

La enfermera que administra un servicio de salud perinatal, planea cambios para satisfacer las necesidades futuras de la población en

reproducción, o bien esta dispuesta a ser responsable de la atención a la salud.

- En docencia

La enfermera especializada en perinatal también desempeña funciones de aprendizaje. La enseñanza es parte integral de la enfermería perinatal.

La enfermera especialista en perinatal se ocupa de valorar las necesidades de aprendizaje del usuario, comunica información en sentido formal e informal, planifica para satisfacer las necesidades educativas, y usa apropiadamente las estrategias de enseñanza para cubrir estas necesidades, además evalúa la eficiencia de sus esfuerzos en pro de la educación del usuario.

La enseñanza impartida por la enfermera especializada perinatal es amplia y facilita el aprendizaje, dirigiéndola a la mujer y familiares.

La enfermera especialista en cuidados de la salud de la reproducción y perinatal, que cuenta con una base de conocimientos y habilidades hace una contribución importante a diferentes programas. Para que sea eficiente la enseñanza, la enfermera especializada se basa en conocimientos científicos y es capaz de describir sus propios puntos de vista. Considera la enseñanza como una estrategia de enfermería para la atención y prevención de la salud perinatal.

Una de las responsabilidades como educador, es evaluar los recursos existentes, la disposición, necesidades y capacidades del individuo.

- En investigación

En la Enfermería actual existen muchos títulos que se usan para describir los diferentes papeles que asumen las enfermeras. Algunos aspectos de este papel son la investigación. La enfermera especializada en perinatal cuenta con habilidades de observación altamente desarrolladas. Al observar la atención de Enfermería que se proporciona y notar la reacción del paciente a los cuidados, ella tiene la oportunidad de identificar problemas apropiados para la investigación clínica.

Además de observar atención y explorar la reacción del paciente o los resultados, la enfermera especializada en perinatal considera que otros métodos de cuidado producen diversos tipos de reacción en el paciente. Considera e intenta tipos diferentes de intervenciones y evalúa su eficiencia. Estas observaciones y comparaciones constituyen el fundamento de la investigación de enfermería. La comunicación es un elemento esencial de la investigación.

La enfermera especialista en perinatal esta al tanto de los conceptos más recientes, los conceptos más antiguos puestos en tela de juicio y de los campos potenciales para el constante mejoramiento de la atención. Funciona como miembro del grupo de investigación, sea en forma directa o como colabora y hasta lleva a cabo sus propios

estudios. Es responsable de investigar y evaluar para cambiar las conductas para otorgar la atención holística de calidad, para cada individuo, familia y comunidad.

4. 2 RECOMENDACIONES

- Llevar el control prenatal dos veces por semana apoyándose con la valoración de riesgo.
- Tomar la presión arterial en domicilio de dos a tres veces por semana y si se requiere diario, en caso de la preeclampsia leve.
- Concienciar e indicarle los cuidados que debe tener en domicilio como parte de su autocuidado a la mujer embarazada con preeclampsia leve.
- Explicar a la mujer embarazada la situación de salud por la que cursa y que tan grave es, así como las complicaciones que puede presentar.
- Desarrollar su motivación, actitud mental positiva y enseñarla a vivir con esta patología de su embarazo.
- Sugerir actividades para distraerla, de ser posible cambiar su estilo de vida.

- Promover la participación familiar.
- Indicar como prevención el Ac.folico, vit. C, ASA.
- Indicarle que debe tener abstinencia sexual.
- Indicarle una dieta con restricción de sodio, sin eliminarlo, alta en proteínas, (1gr de proteínas por cada kg de peso) y liquido (3lts o más). Evitando café, té y chocolate.
- Llevar control de peso en cada consulta prenatal, vigilando la presencia de edema.
- Combatir la ansiedad (expresando sus dudas, molestias y preocupaciones).
- Indicar reposo relativo en domicilio con ejercicio en cama en las mujeres embarazadas con preeclampsia leve.
- Valorar el estado de bienestar fetal mediante el estudio de la frecuencia cardiaca fetal, ultrasonografía y crecimiento fetal intrauterino.
- Explicar los signos de alarma que puede presentar y que tiene que acudir al servicio de urgencias inmediatamente en caso de sospecha.

- Valorar la indicación de la aspirina a bajas dosis.
- Detectar en la consulta prenatal si se presenta preeclampsia severa para hospitalizar a la paciente.
- Valorar hospitalización.
- Calcular las semanas de gestación para llevar a cabo la conducta que se debe seguir, evitando riesgos maternos y fetales.
- Realizar exámenes de laboratorio para determinar la proteinuria durante las consultas prenatales, hospitalización y puerperio.
- Explicar la posibilidad de hospitalización y la interrupción del embarazo, el plan terapéutico, la situación acerca del proceso de la enfermedad y las complicaciones que puede presentar. Se puede inducir el parto.
- Valorar alteraciones del Sistema nervioso (reflejos tendinosos, cefalea, cambios visuales).
- Ingresar al hospital según la valoración prenatal
- Preparar psicológicamente para el parto. Explicando el tipo de parto.

- Mantener un ambiente terapéutico (con poca luz y sin ruido) y aumentar el periodo de reposo
- Tomar signos vitales durante su ingreso al hospital con tención arterial horaria.
- Colocar oxigeno con puntas nasales 3lts por minuto.
- Mantener vena permeable con solución Ringer, si son necesarias dos.
- Tomar laboratorios (detección de proteínas).
- Tipar y cruzar 1 Paquete globular aumenta 20,000.
- Colocar sonda uretral a derivación.
- Disminuir la presión sanguínea y prevenir las convulsiones.
- Vigilar y valorar el bienestar fetal, por medio de la colocación de registro tococardiografico y ultasonografia.
- Inducir la maduración pulmonar de ser necesario.
- Medir la presión venosa central cada hora y registrarla.
- Llevar el control de líquidos cada hora y registrarla.

- Administrar de ser necesario fenobarbital como sedante.
- Administrar hidralazina vía oral de 10 a 30mg dos veces al día. Max.50mg, según la dosis respuesta.
- Administrar alfametildopa de 250 ó 500mg 3 veces al día. Dosis respuesta.
- Administrar de ser necesario al ingresar a hospitalización hidralazina intravenosa 20mg en 20ml solo para bajar a 90, tomando la T/A C/20min y considerando que su acción ocurre en 15min y el efecto máximo de 30 a 60min.
- Administrar Propanolol 10-40mg, 4 veces al día.
- Evitar procedimientos dolorosos o incomodidad.
- Valorar alteraciones del Sistema nervioso (reflejos tendinosos, cefalea, cambios visuales).
- Valorar complicaciones como: cefalea que no desaparece, cambios visuales (visión borrosa o manchas) dolor hipocondrio o epigastrio, aumento de edema, hemorragia vaginal, líquido amniótico, movimientos fetales.

- Mantener a la mujer embarazada informada sobre su estado de salud, el feto y los resultados de sus pruebas.
- Controlar con tratamiento y en caso de no responder se interrumpe el embarazo. Incluso si no es viable. Si no hay borramiento ni dilatación (cuando es por inducción), prepararla para cesárea.
- Seguir con el tratamiento farmacológico e ir disminuyendo gradualmente. Durante el puerperio.
- Seguir con la vigilancia de la tensión arterial cada 4 hrs. Durante el puerperio.
- Mantener a la paciente informada sobre su estado de salud, el recién nacido y los resultados de las pruebas de laboratorio.
- Observar la función renal y seguir con el control de líquidos durante el puerperio.
- Seguir en el puerperio con la misma alimentación que se le indicó durante el embarazo.
- Ver la posibilidad de la visita a la UCIN en caso de que el recién nacido se encuentre en este lugar.

- Promover la lactancia materna enseñando a la madre a proporcionar el seno materno.
- Enseñarle los cuidados del recién nacido.
- Explicar las características del neonato prematuro.
- Indicarle la importancia de las vacunas.
- Sugerirle algún método de planificación familiar.
- Realizar todas las actividades administrativas necesarias para la atención de mujeres embarazadas con preeclampsia.
- Realizar las actividades de investigación necesarias para proporcionar atención especializada y de calidad a mujeres embarazadas con preeclampsia.
- Proporcionar cuidados inmediatos al recién nacido, llevando acabo la evaluación: APGAR, SILVERMAN, CAPURRO y la detección temprana de defectos al nacimiento.
- Valorar si el recién nacido requiere medidas especiales de manejo y su trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

5 ANEXOS Y APENDICES

ANEXO No 1: INDIVIDUO QUE EXPERIMENTA UN CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

ANEXO No 2: EVALUACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO

ANEXO No 3: EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PERINATAL

ANEXO No 4: CICLO DE RESPUESTAS DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

ANEXO No 5: PATOGÉNESIS DE LA PREECLAMPSIA

ANEXO No 6: MECANISMOS DE APARICIÓN DE LESIONES Y SINTOMATOLOGÍA A NIVEL DEL FETO

ANEXO No 7: CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS EN LA PREECLAMPSIA

ANEXO No 8: PRESIÓN SANGUÍNEA ELEVADA DESPUÉS DE LA SEMANA 20 DE EMBARAZO.

ANEXO No 9: DATOS CLÍNICOS PARA CLASIFICAR LA SEVERIDAD DE LA PREECLAMPSIA

ANEXO No 10: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PREECLAMPSIA Y

ECLAMPSIA

ANEXO No 11: PRINCIPALES COMPLICACIONES

ANEXO No 12: VALORACIÓN DE RIESGO

ANEXO No 13: EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA
CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL
EMBARAZO

ANEXO No 14: EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO “APGAR”

ANEXO No 15: EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO “SILVERMAN”

ANEXO No 16: EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO “CAPURRO”

ANEXO No 17: DETECCIÓN TEMPRANA DE DEFECTOS AL
NACIMIENTO.

APÈNDICE No 1: INSTITUCIÒN DONDE LA ENFERMERA
ESPECIALIZADA EN PERINATAL ADQUIERE LA
FORMACIÒN PARA LLEVAR A CABO EL
SISTEMA PARA DETECCIÓN, EVALUACIÒN Y
REGISTRO DE RIESGO PERINATAL.

APÈNDICE No 2: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. “BELISARIO
DOMINGUEZ” EN DONDE LA ENFERMERA

ESPECIALIZADA EN PERINATAL LLEVA A CABO
LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA
ATENCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS
CON PREECLAMPSIA

APÈNDICE No 3: EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA
CONSULTA A UNA MUJER EMBARAZADA
REALIZANDO A SU VEZ LAS INTERVENCIONES
DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

APÈNDICE No 4: TOMA DE REGISTRO TOCOCARDIOGRAFICO
COMO UNA DE LAS PRUEBAS DE VALORACIÓN
DE BIENESTAR FETAL

APÈNDICE No 5: VALORACIÓN DE RIESGO PARA CLASIFICAR LA
PREECLAMPSIA Y PROPORCIONAR LAS
INTERVECCIONES NECESARIAS

APÈNDICE No 6: TOMA DE SIGNOS VITALES A UNA MUJER QUE
REQUIERE HOSPITALIZACIÓN POR PRESION
ARTERIAL ELEVADA

APÈNDICE No 7: TOMA DE REGISTRO TOCOCARDIOGRAFICO

APÈNDICE No 8: TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

APÈNDICE No 9: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. "BELISARIO
DOMINGUEZ"

APÈNDICE No 10: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
ESPECIALIZADA EN PERINATAL DESDE EL
MOMENTO QUE INGRESA LA PACIENTE A
HOSPITALIZACIÓN

APÈNDICE No 11: VIGILANCIA DE UNA MUJER QUE PRESENTO
PREECLAMPSIA Y CURSA SU PUERPERIO

APÈNDICE No 12: MANTENIMIENTO DEL MATERIAL NECESARIO
PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER
EMBARAZADA CON PREECLAMPSIA

APÈNDICE No 13: VALORACIÓN DEL RECIEN NACIDO Y
DETECCIÓN TEMPRANA DE DEFECTOS AL
NACIMIENTO

APÈNDICE No 14: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR."BELISARIO DOMINGUEZ"

APÈNDICE No 15: LA ENFERMERA ESPECIALIZADA EN
PERINATAL CAPAZ DE DAR ATENCIÓN
INTEGRAL A LA MUJER CON PREECLAMPSIA

ANEXO No 1
INDIVIDUO QUE EXPERIMENTA UN CAMBIO EN EL
ESTADO DE SALUD

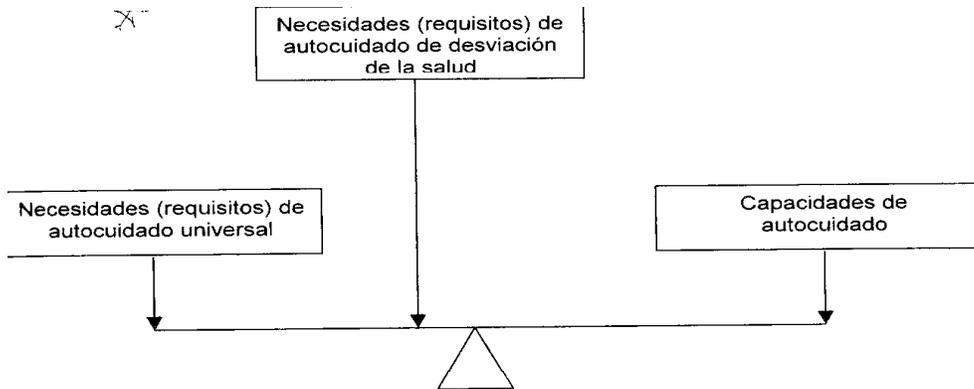


Fig. 1-2. Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, pero aún es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud.

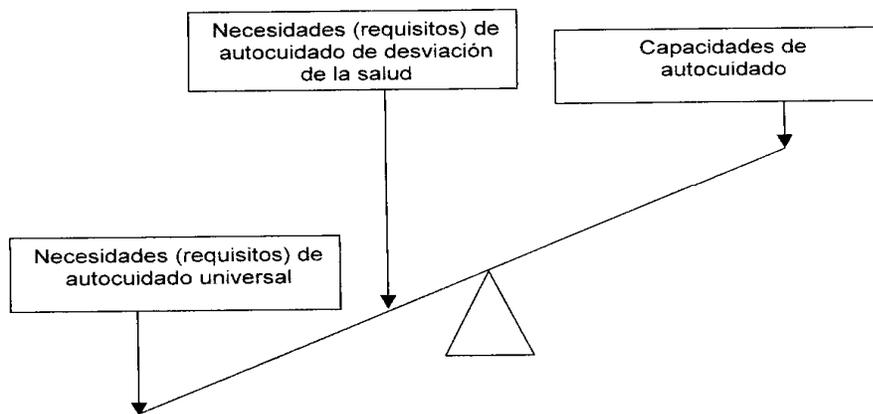


Fig. 1.3. Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud y que, por tanto, necesita la intervención de la enfermera.

FUENTE: CARDENAS, Margarita y cols Antología Teorías y modelos de Enfermería. UNAM Posgrado de Enfermería. México. 2006. p.249

ANEXO No 2

EVALUACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO

01. Nivel socioeconómico	● Medio y alto	● Bajo	● Muy bajo
02. Escolaridad (años aprobados)	● 6 y más	● 1 a 5	● Cero
03. Edad (años)	● 20-30	● 15-19	● 14 y menos
04. Edad (años)		● 31-35	● 36 y más
05. Estatura cms.	● 150 y más	● 145-149	● 144 y menos
06. Estado civil	● Casada	● Soltera	● Sin cónyuge
07. Estado civil	● Unión libre	● Viuda	
08. Paridad	● 1 a 3	● Nulípara	
09. Paridad		● 4 y más	
10. Partos Anteriores	● Normal	● Difícil	● Traumático
11. Intervalo intergenésico	● 1 a 2 años	● Menos de 1 año	
12. Abortos	● No	● 1 a 2	● Más
13. Nacido Muerto	● No	● 1 a 2	● Más
14. Hijos con peso bajo	● No	● 1 a 2	● Más
15. Hijos con malformaciones	● No	● 1 a 2	● Más
16. Hijos prematuros	● No	● 1 a 2	● Más
17. Muertes Neonatales	● No	● 1 a 2	● Más
18. Diabetes	● No	● Controlada	● Activa
19. Hipertensión	● No	● Controlada	● Activa
20. Epilepsia	● No	● Controlada	● Activa
21. Cardiopatía	● No	● Controlada	● Activa
22. Enfermedades del Tiroides	● No	● Controlada	● Activa
23. Enfermedades renales	● No	● Controlada	● Activa
24. Consanguinidad	● No	● Sí	
25. Retraso Mental	● No	● Sí	
26. Exposición de Radiaciones	● No	● Sí	
27. Carga de Trabajo	● Normal	● Excesivo	● Exagerado
28. Exposición a Tóxicos	● No	● Sí	
29. Desnutrición	● No	● Moderada I	● Grave II
30. Anemia Hb. en gramos	● 11 y más	● 8 a 10.9	● Menos de 8
31. Alcoholismo	● No	● Sí	
32. Tabaquismo	● No	● Sí	
33. Otras farmacodependencias	● No	● Tuvo	● Actual
34. Toxoplasmosis	● No	● Tuvo	● Actual
35. Rubéola	● Tuvo		● Actual
36. Citomegalovirus	● No		● Sí
37. Herpes	● No		● Sí
38. Sífilis	● No	● Tuvo	● Actual
39. S.I.D.A.	● No	● Sospecha	● Sí
40. Otros especifique _____			● _____
	● Riesgo Bajo	● Riesgo Medio	● Riesgo Alto

FUENTE: CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL. Gen. Sistema para detención, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación Hispano Mexicana, México D, F. 2003. p.5

ANEXO No 3

EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PERINATAL

I. DATOS GENERALES

01. Edad (años)	● 20 a 30	● 15 a 19	● 14 y menos
02. Edad (años)		● 31 a 35	● 36 y más
03. Peso al inicio (kg)	● 51 a 64	● 65 a 75	● 76 y más
04. Peso al inicio (kg)		● 41 a 50	● 40 y menos
05. Estatura cms.	● 1.50 y más	● 1.45-1.49	● 1.44 y menos
06. Nivel Socioeconómico	● Alto y medio	● Bajo	● Muy bajo
07. Estado civil	● Casada	● Soltera	● Sin cónyuge
08. Estado civil	● Unión libre	● Viuda	
09. Actitud	● Adecuada	● Inadecuada	● Muy alterada

II. ANTECEDENTES

10. Paridad	● 1 a 3	● 4 a 6	
11. Paridad		● Nulípara	
12. Parto anterior	● Normal	● Difícil	● Traumático
13. Abortos consecutivos	● No	● 2 y más	
14. Cesáreas previas	● No	● Una	● 2 y más
15. Parto Pretérmino	● No	● Uno	● 2 y más
16. Preeclampsia-eclampsia	● No	● Sí	
17. Hijos de 250 g. y menos	● No	● Uno	● 2 y más
18. Hijos de 4000 g. y más	● No		● Sí
19. Muertes Perinatales	● No	● Uno	● 2 y más
20. Hijo malformado	● No		● Sí
21. Cirugía previa pélvica	● No	● Ginecológica	● Utero

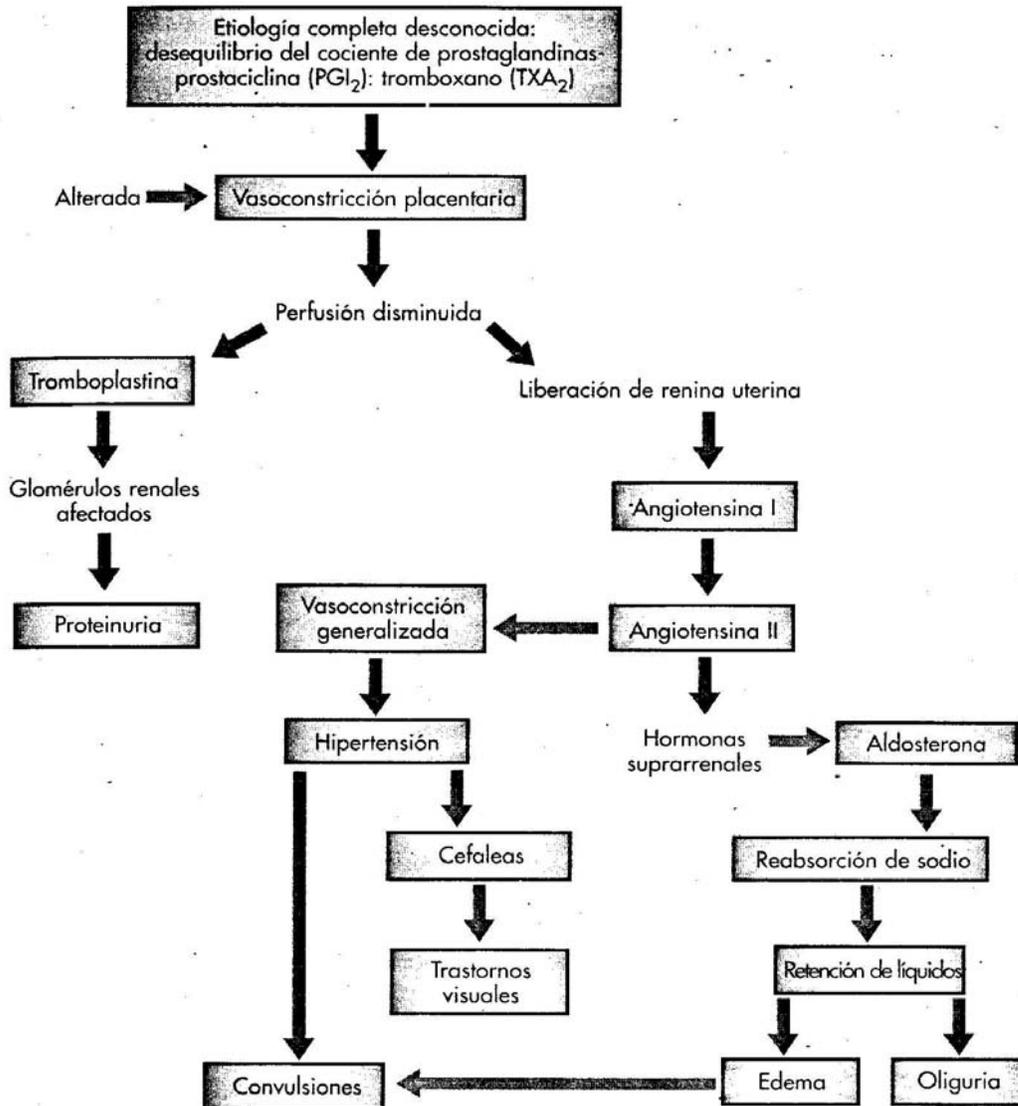
III EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	● No		● Sí
23. Factor Rh.	● Positivo	● Negativo	● Negativo
		No inmunizada	● Inmunizada
24. Hemoglobina en g.	● 11 y más	● 8 a 10.9	● Menos de 8
25. Tabaquismo	● No	● Sí	
26. Alcoholismo	● No	● Sí	
27. Toxicomanías	● No	● Sí	
28. Amenaza de aborto (menos de 22 semanas)	● No	● Controlada	● Activa
29. Amenaza de parto pretérmino (23 a 36 semanas)	● No	● Controlada	● Activa
30. Hemorragia Ginecológica	● No	● Controlada	● Activa
31. Cardiopatía	● No	● Controlada	● Activa
32. Nefropatía	● No	● Controlada	● Activa
33. Diabetes	● No	● Controlada	● Activa
34. Hipertensión crónica	● No	● Controlada	● Activa
35. Hipertensión del embarazo	● No	● Controlada	● Activa
36. Ruptura de membranas	● No	● 12 hs. y menos	● 13 hs. y más
37. Otros especifique: _____		● _____	● _____
	● Riesgo Bajo	● Riesgo Medio	● Riesgo Alto

FUENTE: Misma del anexo No. 3. pag. 6

ANEXO No 4

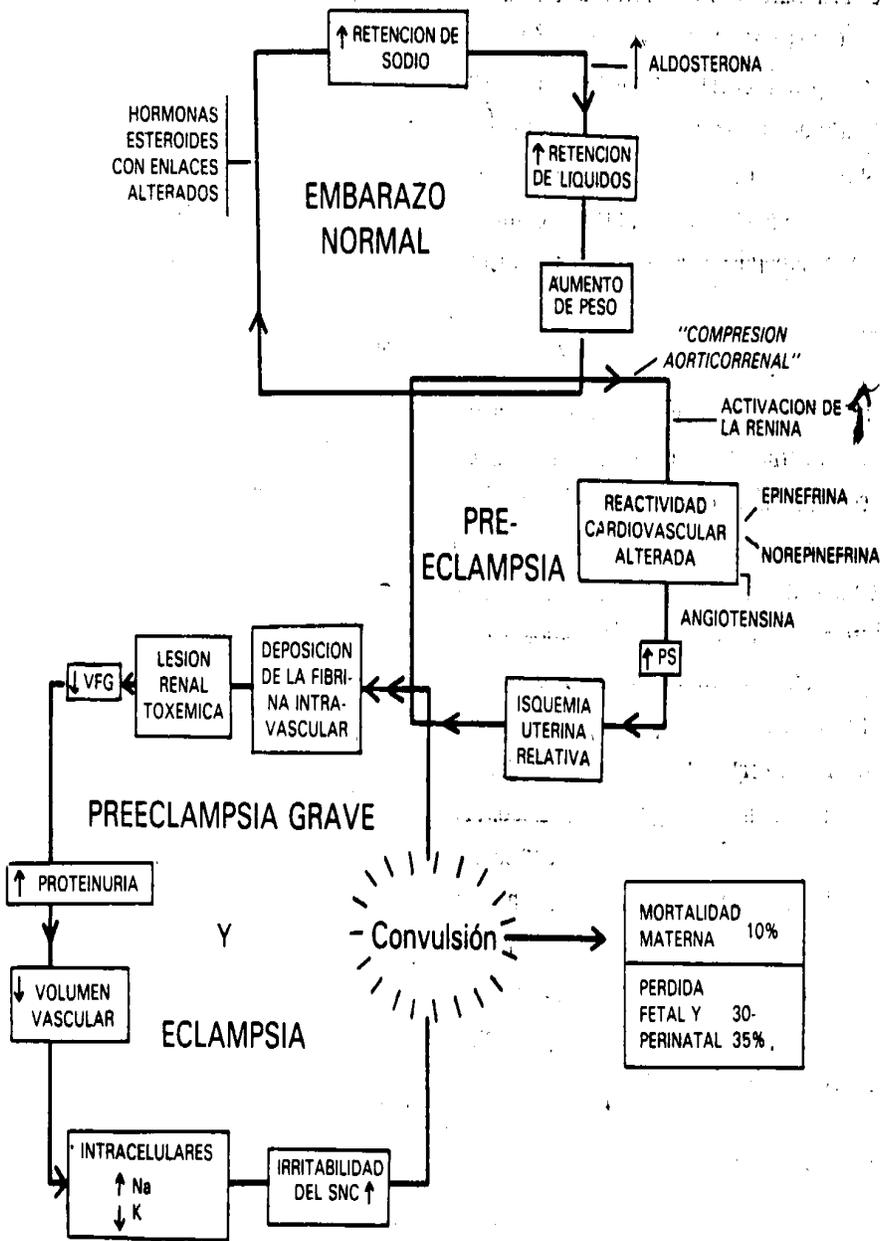
CICLO DE RESPUESTAS DE LA HIPERTENSIÓN
INDUCIDA POR EL EMBARAZO



FUENTE: DICKASON, Elizabeth Jean y et.al. Enfermería materno infantil. Ed. Harcourt-Brace. ed. 3ª. Madrid, 1999. p.553

ANEXO No 5

PATOGÉNESIS DE LA PREECLAMPSIA



FUENTE: DOUGLAS, Stromme y Cols. Obstetricia operatoria. Ed.Limusa. Mèxico, D.F., 1988. p.102

ANEXO No 6

MECANISMOS DE APARICIÓN DE LESIONES Y SINTOMATOLOGÍA
A NIVEL DEL FETO

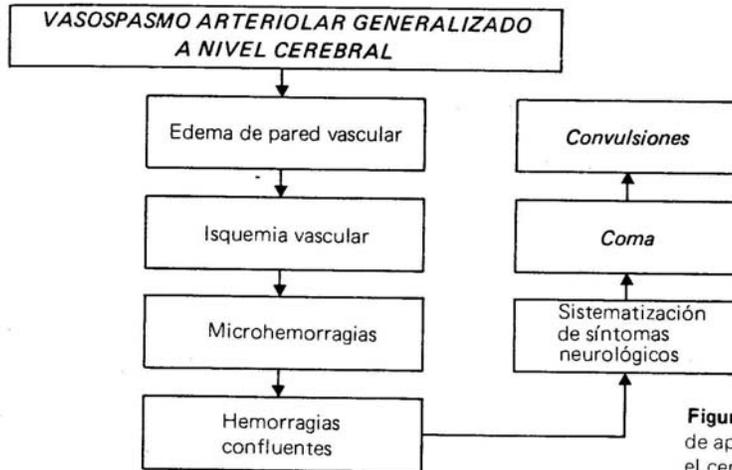


Figura 7.7. Mecanismo de aparición de lesiones en el cerebro.

A nivel del feto la sintomatología se explica a partir del vasospasmo arteriolar en los vasos intramiometriales (fig. 7.8).

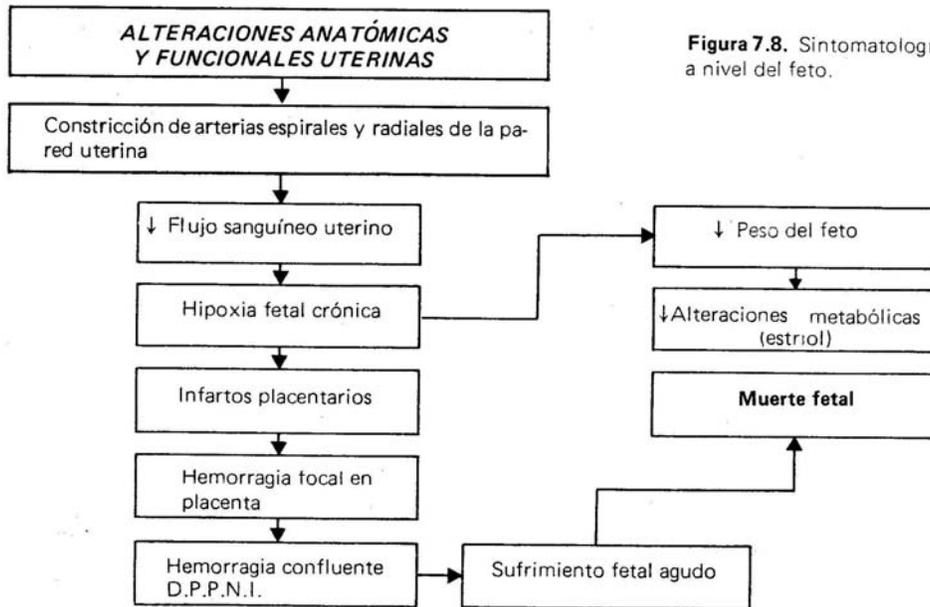
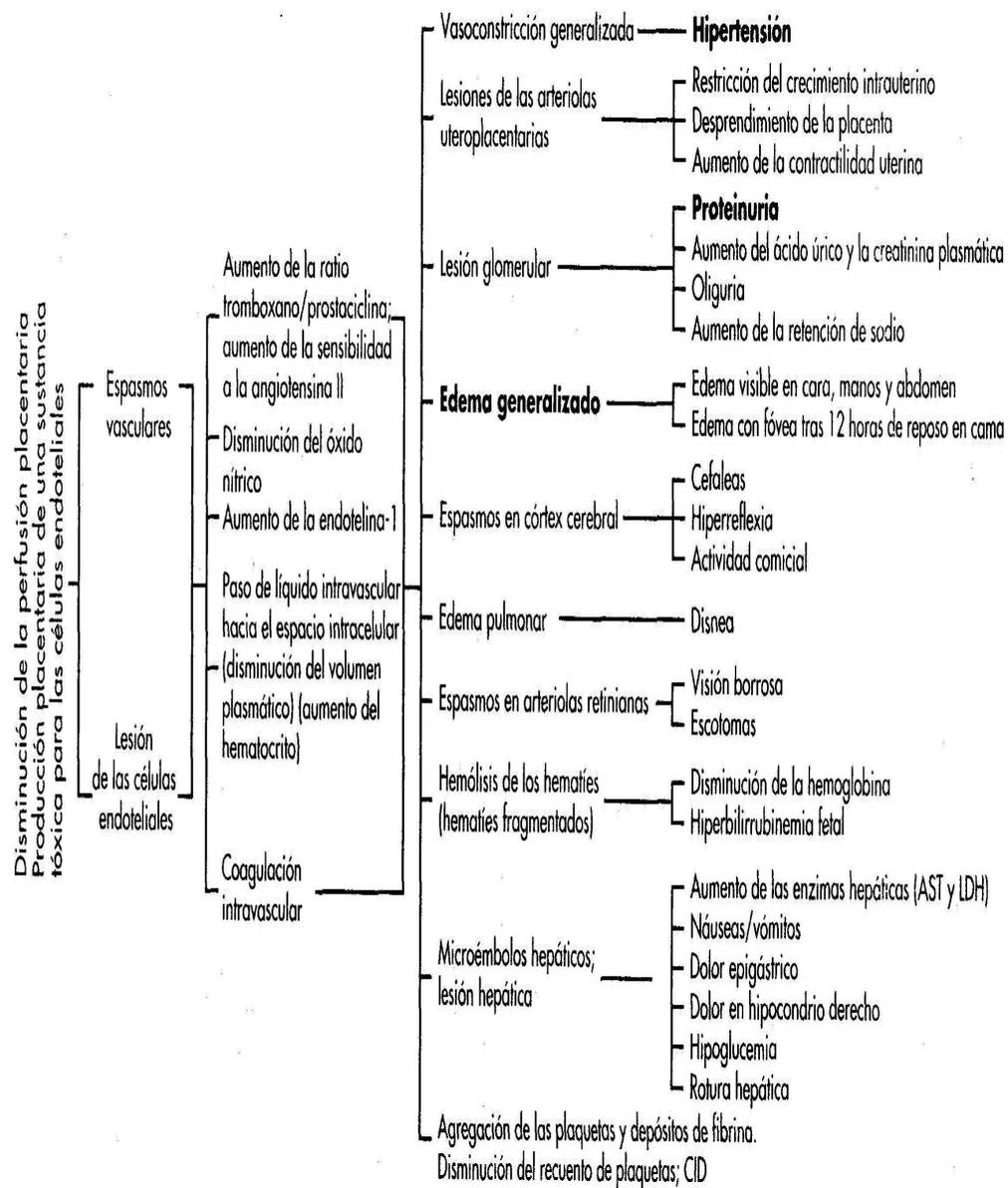


Figura 7.8. Sintomatología a nivel del feto.

FUENTE: MONDRAGÓN, Héctor. Obstetricia básica. Ed. Trillas. ed. 4ª. México, 1997. p. 322.

ANEXO No 7

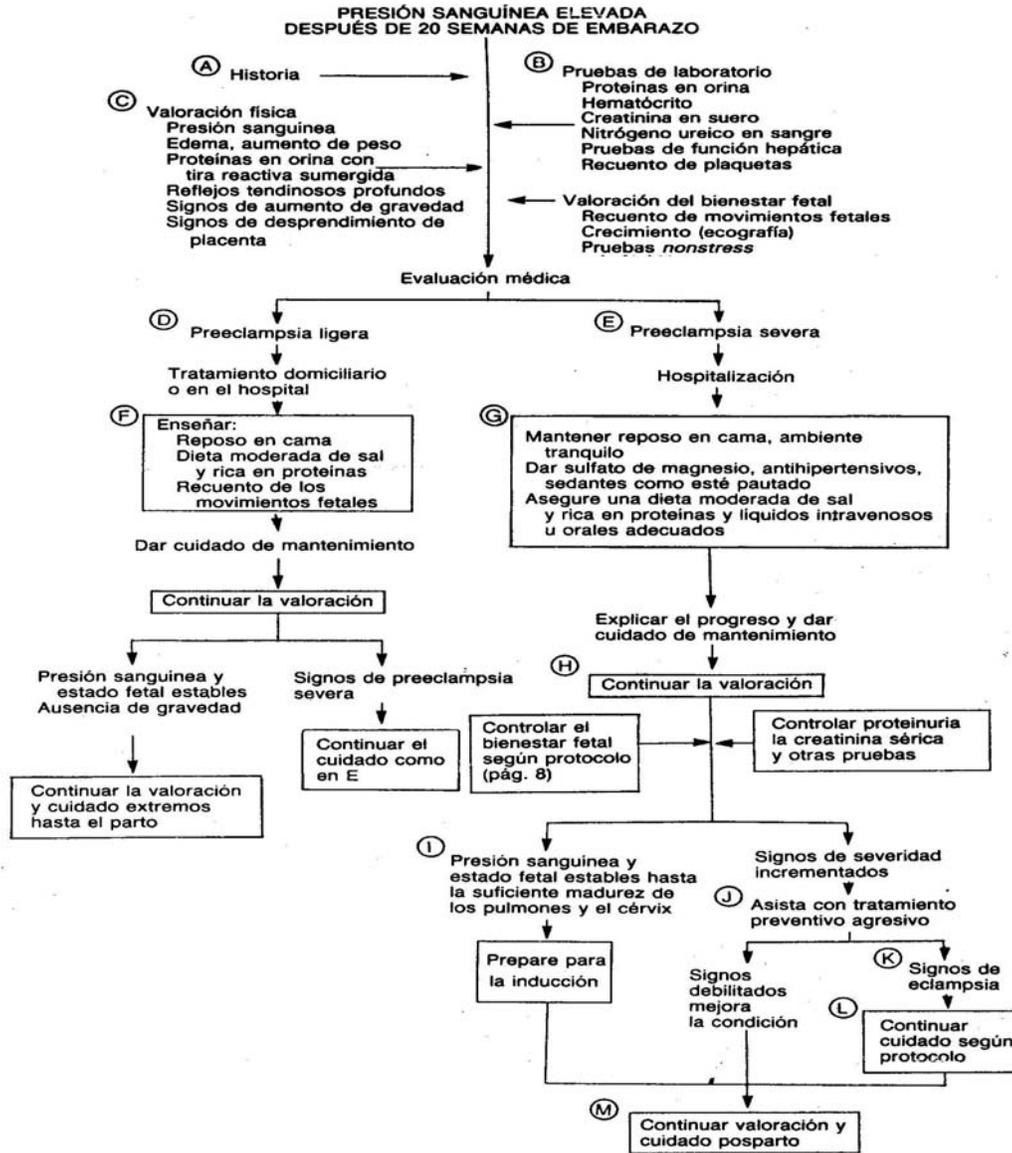
CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS EN LA PREECLAMPSIA



FUENTE: STEPP, Elizabeth y Judith Smith Harmon. Manual de Embarazo y parto de alto riesgo. Ed. Elsevier. Madrid, 2003. p. 485

ANEXO No 8

PRESIÓN SANGUÍNEA ELEVADA DESPUÉS DE LA SEMANA 20 DE EMBARAZO.



FUENTE: KNOR, Emily. Decisiones en Enfermería obstétrica. Ed. Doyma. Barcelona, 1990., p. 47

ANEXO No 9

DATOS CLÍNICOS PARA CLASIFICAR LA SEVERIDAD DE LA PREECLAMPSIA

Cuadro 7.4. Datos clínicos para clasificar la severidad de la toxemia gravídica

<i>Grado</i>	<i>Tensión arterial</i>	<i>Proteinuria</i>	<i>Intensidad del edema</i>	<i>Síntomas asociados</i>	<i>Examen de fondo de ojo</i>	
Primero Toxemia leve	Considerando las cifras previas: ↑ Sistólica: más de 20 mm Hg ↑ Diastólica: más de 10 mm Hg o T. A. hasta 140/90	Desde huellas hasta 1.5 g/L en exámenes de laboratorio mg o trazos de tira reactiva	+	Hasta rodillas Signo del godete de 2 mm de profundidad	Ninguno	Normal o con signos de espasmo arteriolar Pérdida de la relación A/V Retinopatía de primer grado Hipertensión arterial reciente
Segundo Toxemia moderada	Comparando las cifras anteriores: ↑ Sistólica: 21 a 40 mm Hg o más ↑ Diastólica: más de 11 a 20 mm Hg T. A.: de 141/91 a 150/100	1.5 a 3.0 g/L en exámenes de laboratorio o 100 a 300 mg con tira reactiva	++	Hasta los muslos Franco signo del godete	Ninguno	Aumento del reflejo arteriolar (hilos de plata y cobre) Tortuosidad arteriolar Cruces A/V borrados Estasis en los segmentos distales de los vasos Rectificación arteriolar Retinopatía de segundo grado Hipertensión arterial crónica
Tercero Toxemia severa no complicada	Comparando las cifras previas: ↑ Sistólica: de 41 a 60 mm Hg ↑ Diastólica: de 21 a 30 mm Hg T. A.: de 151/101 a 160/100	3.1 a 5 g/L en exámenes de laboratorio o 300 a 2 000 mg/100 ml con tira reactiva	+++	Edema generalizado	Cefalea, acufenos, fosfenos	Espasmo arteriolar focal o generalizado Presencia de hemorragias en flama Exudados cotonosos Edema macular en forma estelar Papiledema Borramiento del borde nasal Retinopatía de tercer grado Hipertensión arterial aguda o acelerada
Cuarto Toxemia severa complicada o inminencia de eclampsia	De acuerdo con cifras anteriores: ↑ Sistólica: más de 60 mm Hg ↑ Diastólica: más de 30 mm Hg T. A.: de 160 a 110 para la diastólica	Más de 5 g/L en exámenes de laboratorio	++++	Anasarca	Amaurosis Dolor epigástrico Vómito Desorientación Irritabilidad o Hiperreflexia	Datos de hipertensión arterial crónica, asociados a los de hipertensión aguda
Quinto Eclampsia	140/90 o más	Más de 1.5 g/L en exámenes de laboratorio o más de 300 mg con tira reactiva	De cualquier grado	Los anteriores más convulsiones o coma	Espasmo arteriolar generalizado o focal	

FUENTE: Misma del anexo No. 7. pag. 324

ANEXO No 10

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

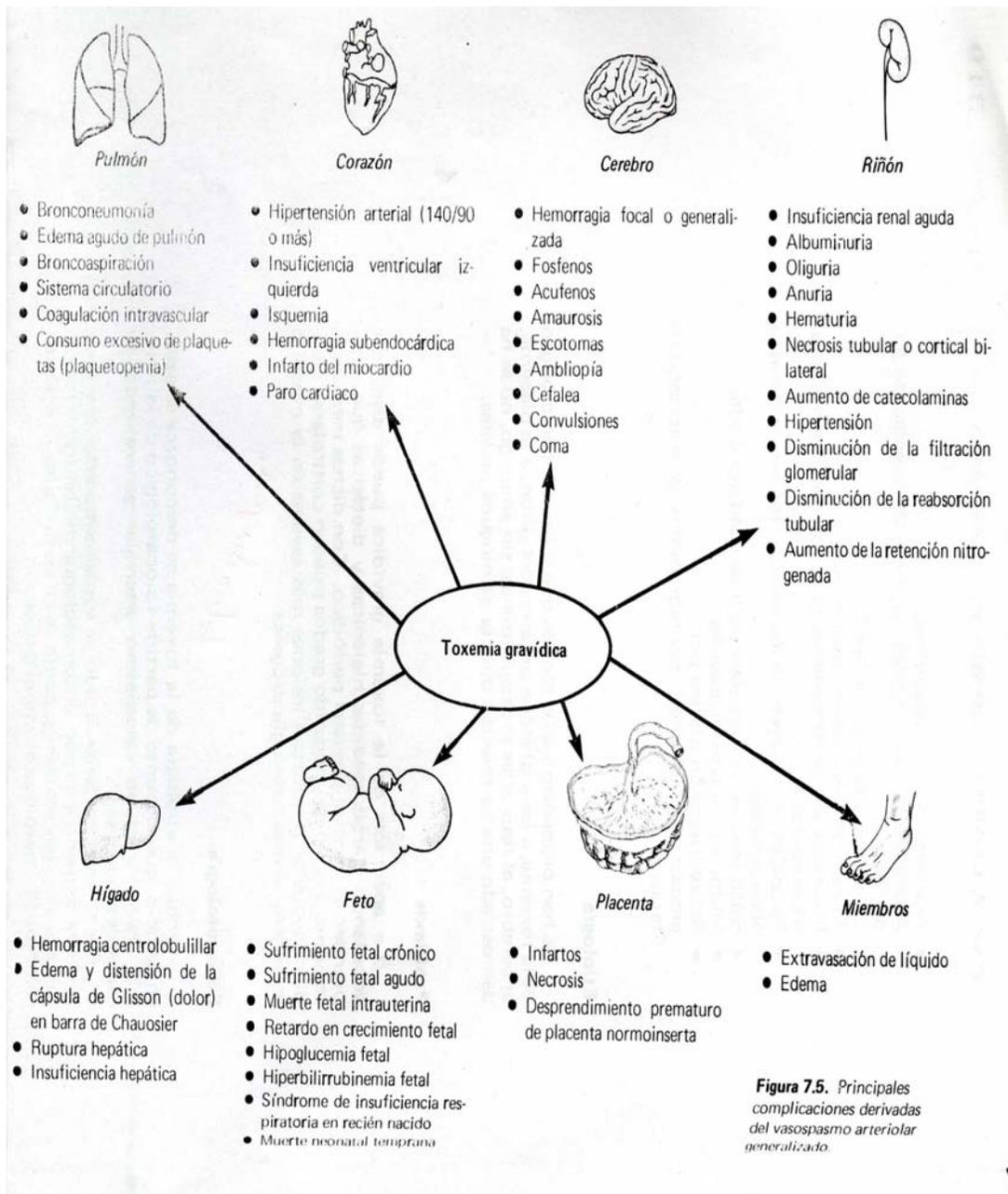
Tabla 22-1 Signos y síntomas de preeclampsia y eclampsia

Leves	Moderados	Graves
GANANCIA DE PESO: EDEMA		
Más de 1/2-1 kg a la semana. Ausencia de edema visible.	Más de 1/2-1 kg a la semana. Cierta edema por encima de la cintura, en abdomen, dedos de las manos, cara y extremidades.	Ganancia exagerada de peso; habitualmente cara hinchada y dificultad para sacarse los anillos.
HIPERTENSIÓN		
Elevación de 30/15 sobre la lectura basal. Diastólica de 80-90 dependiendo de la basal. Siente algo de fatiga, letargo.	Diastólica, 90 o más; 140/90 o por encima de la TAM >100. Se queja de cefaleas, letargo, fatiga. La paciente parece estar alerta y actúa con normalidad, a menos que esté fuertemente sedada.	Sistólica, 160 o superior; diastólica, 110 o superior; con hipertensión existente previamente, que puede ser muy elevada. Síntomas de cefalea frontal de larga duración que no se alivia con analgésicos; alteraciones cerebrales y visuales, ruidos en los oídos, episodios de desmayo. Posible convulsión de gran mal durante el sueño. Puede experimentar amnesia de hasta 48 h antes de la convulsión. Dolor epigástrico en cinturón, resultado de edema o hemorragia en la cápsula hepática (HELLP).
ORINA: CALIDAD Y CANTIDAD		
Ausencia de proteinuria o sólo indicios. Ausencia de grandes cambios.	Proteinuria de +1 o +2. Orina escasamente concentrada.	Proteinuria de +3 o +4; 5 g o más en muestra de 24 horas. Oliguria: 800 ml o menos en 24 h que evoluciona a oliguria grave (400 ml), en ocasiones anuria.
VARIACIONES SANGUÍNEAS		
Cierto aumento del volumen plasmático. Hct inferior. Ácido úrico de 26 mg/dl.	Nivel en aumento.	Hct elevado debido a la hemoconcentración; volumen plasmático disminuido; descenso de las plaquetas a <100.000/mm ³ . Ácido úrico por encima de 6 mg/dl, BUN ↑.
VARIACIONES EN EL FONDO DE OJO		
Cierto espasmo arteriolar de la retina.	Se puede ver un espasmo más intenso.	Edema: edema de papila, isquemia de la retina.
LACTANTE		
Si nace en este tiempo, habitualmente sin problemas.	Habitualmente no hay grandes problemas si se realiza el parto en esta fase; puede ser pequeño para la fecha.	Los lactantes pueden presentar malnutrición o ser pequeños para la edad gestacional debido a las alteraciones placentarias. Se puede producir la precipitación del parto; lactante anóxico, nacido muerto; se puede producir la separación prematura de la placenta.

FUENTE: Misma del anexo No. 5. pag. 555

ANEXO No 11

PRINCIPALES COMPLICACIONES



FUENTE: Misma del anexo No. 7. pag. 320

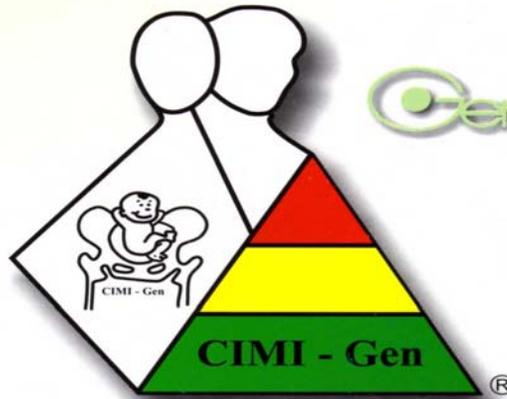
ANEXO No 12

VALORACIÓN DE RIESGO

ASOCIACIÓN HISPANO MEXICANA, I.A.P. 
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL Gen
Hospital Amigo del Niño y de la Madre, O.M.S. O.P.S. S.S.A.



**Por el Derecho
Universal de
los Niños a
Nacer Sanos**



**SISTEMA PARA
DETECCIÓN,
EVALUACIÓN
Y REGISTRO
DE RIESGO PERINATAL**

FUENTE: Misma del anexo No. 2. p.24.

ANEXO No 13

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN CADA CONSULTA
DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO**

01. Presión arterial Sistólica	● 80 – 139	● 140 – 160	● 161 y más
02. Presión arterial Diast.	● 60 - 90	● 91 – 109	● 110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	● 1 a 1.5	● 1.6 a 2.9	● 3.0 y más
04. Aumento de peso (kg/mes)		● Sin aumento	● Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	● 3 a 5	● 6-7	● 8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		● 1-2	● No aumento
07. Líquido amniótico (cant.)	● Normal	● Moderado ↑	● Exagerado ↑
08. Líquido amniótico (cant.)		● Moderado ↓	● Exagerado ↓
09. Movimientos fetales	● Normal	● Moderado ↑	● Exagerado ↑
10. Movimientos fetales		● Moderado ↓	● Exagerado ↓
11. Hemorragia genital	● No	● Mínima	● Regular Intensa
12. Membranas ovulares	● Integras	● Rotas 12 hs. y menos	● Rotas 13 hs y más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	● 1 y menos	● 2 a 3	● 4 y más
14. Aborto (menos de 22 sem.)	● No	● Amenaza	● En evolución
15. Parto Pretérmino (22-36 sem)	● No	● Amenaza	● En evolución
16. Infección Urinaria	● No	● Controlada	● Activa
17. Otras alteraciones maternas Especifique: _____		● _____	● _____
18. Otras alteraciones fetales Especifique: _____		● _____	● _____
19. Otros especifique: _____		● _____	● _____
	● Riesgo Bajo	● Riesgo Medio	● Riesgo Alto

FUENTE: Misma del anexo No. 13. pag.7

ANEXO No 14

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO “APGAR”



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
MATERNO INFANTIL
DEL GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO**



Asociación Hispano Mexicana, I.A.P.
Hospital Amigo del Niño y de la Madre, O.M.S. O.P.S. S.S.A.
Colaborador del Programa Arranque Parejo en la Vida

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO “APGAR”

VALORACIÓN	0	1	2
-------------------	----------	----------	----------

A CTITUD	Flácido	Miembros flexionados sin resistencia	Miembros flexionados con resistencia
P IEL	Palidez, cianosis generalizada	Cianosis periférica	Rosado
G ESTICULACIÓN	Ausente	Muecas, tos, estornudo débil	Muecas, tos, estornudo fuerte
A CTIVIDAD CARDÍACA	Ausente	Menor de 100 latidos por minuto	100 ó más latidos por minuto
R ESPIRACIÓN	Ausente	Irregular o superficial	Normal o llanto fuerte

DECISIÓN
AL 5° MINUTO

CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN	CUIDADOS	RIESGO
1 - 3	Muy deprimido	Terapia intensiva*	
4 - 6	Depresión moderada	Vigilancia estrecha*	
7 - 10	Vigoroso	Con la madre	

* PREPARAR LA REFERENCIA Modificado: DR. CARLOS VARGAS GARCÍA

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

FUENTE: Misma del anexo No. 13. pag. 16

ANEXO No 15

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO “SILVERMAN”



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL
DEL GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO**



Asociación Hispano Mexicana, I.A.P.

Hospital Amigo del Niño y de la Madre, O.M.S. O.P.S. S.S.A.

Colaborador del Programa Arranque Parejo en la Vida

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO "SILVERMAN"

MOVIMIENTO TORACO ABDOMINAL	TIRO INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO ESPONTÁNEO
RÍTMICOS Y REGULARES 0	NO 0	NO 0	NO 0	NO 0
TÓRAX INMÓVIL, ABDOMEN EN MOVIMIENTO 1	DISCRETO 1	DISCRETA 1	DISCRETO 1	LEVE E INCONSTANTE 1
TÓRAX Y ABDOMEN EN "SUBE Y BAJA" 2	ACENTUADO Y CONSTANTE 2	MUY MARCADA 2	MUY ACENTUADO 2	CONSTANTE Y ACENTUADO 2

	CALIFICACIÓN	CUIDADO	RIESGO
Decisión a los 10 minutos	6 ó más	Terapia intensiva. Estabilización y referencia.	
	1 a 5	Vigilancia estrecha. Cuidados intermedios.	
	0	Con la madre.	

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

CVG/arih2005

FUENTE: Misma del anexo No. 13. pag. 17

ANEXO No 16

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO "CAPURRO"



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN
MATERNO INFANTIL
DEL GRUPO DE ESTUDIOS DEL NACIMIENTO
Asociación Hispano Mexicana, I.A.P.**



Hospital Amigo del Niño y de la Madre, O.M.S. O.P.S. S.S.A.
Colaborador del Programa Arranque Parejo en la Vida

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO "CAPURRO"

B SOMÁTICO	K 204 días	A	FORMA DEL PEZÓN	Pezón apenas visible. No se visualiza aréola 0	Pezón bien definido. Aréola 0.75 cm. 5	Aréola bien definida. No sobresaliente 0.75 cm. 10	Aréola sobresaliente 0.75 cm. 15	
		TEXTURA DE LA PIEL	Muy fina Gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial 18	Gruesa y apergamizada 22	
		FORMA DE LA OREJA	Plana y sin forma 0	Inicia engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incurvada totalmente 24		
		TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm. 5	Diámetro 0.5-1 cm. 10	Diámetro 1 cm. 15		
		PLIEGUES PLANTARES	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad anterior. Surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20	
K 200 días	NEUROLÓGICO	SIGNO "DE LA BUFANDA"	 0	 6	 12	 18		
		SIGNO "CABEZA EN GOTA"	 0	 4	 8	 12		

Ver norma de la Secretaría de Salud para su aplicación.
Diario Oficial, 23 de octubre de 1993.

Utilizar el resultado para calificación de **VARGAS**.

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

FUENTE: Misma del anexo No. 13. pag. 18

ANEXO No 17

DETECCIÓN TEMPRANA DE DEFECTOS AL NACIMIENTO.



DETECCIÓN TEMPRANA DE DEFECTOS AL NACIMIENTO



1 Investigue polihidramnios en el embarazo. Si es positivo, sospeche defectos de tracto digestivo. Investigue oligohidramnios (malformación en vías urinarias)



2 Valore necesidad de reanimación neonatal, e inicie de inmediato si se requiere



3 Introduzca sonda de hule por la nariz, verifique permeabilidad de conanas y descarte atresia de esófago



4 Explore maxilo craneo-facial. Descarte labio y paladar hendido, defectos osteomusculares y síndrome de Down



5 Descarte cardiopatía congénita. Ausculte ruidos cardíacos y palpe pulsos femorales



6 Ausculte campos pulmonares (descarte hernia diafragmática, hipoplasia o neumotórax)



7 Si el cordón umbilical no tiene tres vasos (descarte defecto de tracto urinario)



8 Explore cuidadosamente el abdomen (descarte extraños, tumores, hernias y visceromegalias)



9 Valore genitales: En la niña descarte hipertrofia de clitoris o ambigüedad de genitales



10 En el varón: Descarte epifloposquias, localice y valore testículos (descarte criptorquidia)



11 (descarte malformación anorrectal) Introduzca con suavidad un termómetro en el recto de 1 a 2 cm.



12 Realice maniobras de Ortolani y de Barlow. Descarte luxación congénita de cadera



14 Revise columna vertebral (descarte espina bífida, meningocele)



15 Extremidades. Descarte deformaciones, fracturas y parálisis. Revise integridad, movilidad.



16 Valore edad gestacional (Capurro)



17 Registre sexo y somatometría: peso, talla, perímetros: cefálico, torácico y abdominal. Detecte peso bajo y prematuréz.



18 Realice Tamiz Neonatal inmediato al nacimiento en sangre de cordón umbilical y/o en talón después de 48 horas de nacido. (Si existe hipotonía, fontanela posterior amplia, facies fosca, macroglosia o hernia umbilical sospeche Hipotiroidismo Congénita.



19 Si encuentra alguna de las alteraciones señaladas o si observa: Dificultad respiratoria, Cianosis, Yemito, Distensión abdominal, Ausencia de evacuación, Falta de orines. Valore riesgo neonatal y los recursos materiales técnicos y humanos con que cuenta. Si no son suficientes y adecuados realice la atención inmediata que requiere, estabilice y refiera al recién nacido a valoración y manejo especializado en mejores condiciones para su traslado al segundo o tercer nivel de atención.



POR EL NACIMIENTO DE NIÑOS SANOS



*Modificado con autorización del Dr. Giovanni Parras R. a Gen y CmiGen. Material de apoyo a la N.O.M. 094-SSA2-2000 para la prevención y control de los defectos al nacimiento (Silvaes)

FUENTE: Misma del anexo No. 13. pag. 24

APÈNDICE No 1

INSTITUCIÒN DONDE LA ENFERMERA ESPECIALIZADA EN PERINATAL ADQUIERE LA FORMACIÒN PARA LLEVAR A CABO EL SISTEMA PARA DETECCIÒN, EVALUACIÒN Y REGISTRO DE RIESGO PERINATAL.



FUENTE: CRUZ R; Vianney Judith. Centro de Investigación Materno Infantil. México, D. F. 2008

APÉNDICE No 2

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. "BELISARIO DOMINGUEZ"
EN DONDE LA ENFERMERA ESPECIALIZADA EN PERINATAL
LLEVA A CABO LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA LA
ATENCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON
PREECLAMPSIA



FUENTE: CRUZ R; Vianney Judith. Hospital de especialidades Dr. "Belisario Domínguez" en México, D. F. 2008

APÉNDICE No 3

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA CONSULTA A UNA
MUJER EMBARAZADA REALIZANDO A SU VEZ LAS
INTERVENCIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APÉNDICE No 4

TOMA DE REGISTRO TOCOCARDIOGRAFICO COMO UNA DE LAS
PRUEBAS DE VALORACIÓN DE BIENESTAR FETAL



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 5

VALORACIÓN DE RIESGO PARA CLASIFICAR LA PREECLAMPSIA
Y PROPORCIONAR LAS INTERVECCIONES NECESARIAS



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 6

TOMA DE SIGNOS VITALES A UNA MUJER QUE REQUIERE
HOSPITALIZACIÓN POR PRESION ARTERIAL ELEVADA



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 7

TOMA DE REGISTRO TOCOCARDIOGRAFICO



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 8

TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL



FUENTE: Misma del apéndice No. 2.

APENDICE No 9

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DR. "BELISARIO DOMINGUEZ"



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 10

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN
PERINATAL DESDE EL MOMENTO QUE INGRESA LA PACIENTE A
HOSPITALIZACIÓN



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 11

VIGILANCIA DE UNA MUJER QUE PRESENTO PREECLAMPSIA Y
CURSA SU PUERPERIO



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 12

MANTENIMIENTO DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA
ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA CON PREECLAMPSIA



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 13

VALORACIÓN DEL RECIEN NACIDO Y DETECCIÓN TEMPRANA
DE DEFECTOS AL NACIMIENTO



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 14

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DR. "BELISARIO DOMINGUEZ"



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

APENDICE No 15

LA ENFERMERA ESPECIALIZADA EN PERINATAL CAPAZ DE DAR
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER CON PREECLAMPSIA



FUENTE: Misma del apéndice No. 2

6 GLOSARIO DE TERMINOS

AMBIENTE TERAPÉUTICO. El ambiente que un individuo requiere desde su ingreso a un medio hospitalario ya sea para diagnóstico o tratamiento, debe como parte de un sistema, estar formado por una serie de elementos que en forma coordinada tiendan a lograr un

máximo de eficiencia y eficacia en su atención a través de la utilización de recursos tanto humanos como físicos.

ANTIHIPERTENSIVO. Toda sustancia o procedimiento que reduce la presión arterial. En particular, se conocen como agentes antihipertensivos a un grupo de diversos fármacos utilizados en medicina para el tratamiento de la hipertensión. Cabe hacer la distinción que múltiples fármacos tienen la propiedad de disminuir la presión arterial, sin embargo sólo un grupo relativamente selecto es usado en el tratamiento de la hipertensión arterial crónica. El tratamiento de la hipertensión arterial inicia por medidas físicas y dietéticas (dieta hiposódica y disminución de peso) y se van añadiendo sucesivamente los distintos compuestos según las normas de la OMS. Los más empleados son los diuréticos, B-bloqueantes, reserpina, alfametildopa, hidralazina, prazosin, captopril, clonidina, minoxidil y guanetidina. Los fármacos deben utilizarse escalonadamente según el control de la tensión arterial.

APOYO EDUCACIÓN. Sistema de Enfermería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, a veces puede significar simplemente alentarle. Generalmente se limitara la Enfermera a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir de que se le enseñe al paciente o que se modifique el entorno para ayudar a su aprendizaje. Se requiere información periódica o actualización.

Principalmente una comunicación para que el individuo realice su propio autocuidado.

APOYO PSICOLÓGICO. De acuerdo con las manifestaciones clínicas y la atención de Enfermería específica a los pacientes, debemos considerar otros aspectos que van a contribuir al bienestar del paciente entre los cuales destaca las alteraciones psicológicas y emocionales. Que no deben pasar por desapercibido. El paciente debe ser tratado holísticamente para llevarlo aun estado de salud equilibrado.

ASFIXIA. Se produce cuando deja de afluir oxígeno; puede ser por una obstrucción en la garganta o tráquea, habitualmente por la ingestión de líquidos o sólidos. En los casos más graves puede ser necesaria la Reanimación cardiopulmonar; la falta de oxigenación de todo o parte del cuerpo puede producir hipoxia o anoxia. La asfixia puede causar la muerte. Una persona que se está asfixiando puede verse en dos supuestos: una asfixia completa o una asfixia parcial. Cuando una persona presenta una asfixia completa, es decir, un bloqueo total de las vías respiratorias la situación es de emergencia médica. Si lo que hay es una obstrucción parcial, la posibilidad de que se convierta en una asfixia completa es cuestión de tiempo, convirtiéndose en una situación de peligro mortal si la persona llega a perder la capacidad para inhalar y exhalar lo suficiente. En estos casos, cuando todavía no se ha dado el paso a la asfixia completa, los primeros auxilios pueden salvar la vida de la víctima, siempre que se administren de forma correcta.

AYUNO. Abstinencia de alguna de las comidas diarias o de ciertos alimentos; es una acción frecuente en el mundo actual, bien por falta de alimentos, por enfermedad o por precepto eclesiástico.

BIENESTAR FETAL. Las pruebas conocidas como de “bienestar fetal” se refieren a un conjunto de evaluaciones que se realizan en fetos con alto riesgo de “asfixia in útero” antes del trabajo de parto o durante el transcurso del mismo. Estas son: Prueba sin estrés (PSS), prueba con estrés, prueba de tolerancia a la oxitocina, prueba de estimulación vibroacústica (PEVA), perfil biofísico (Manning).

CATETERIZACIÓN URETRAL. Introducción de una sonda estéril por la uretra hacia la vejiga con el propósito de drenar la orina. El tubo tiene mínimo doble conducto, uno es para fijación dentro de la vejiga ó sea para inflar el globo que tiene una capacidad de 3 a 5 ml y otro para extraer la orina. Existen tubos con más conductos. Los objetivos son. Para vaciar la vejiga, obtener muestras, preparar para intervenciones quirúrgicas, evitar micciones involuntarias, facilitar la eliminación urinaria y para llevar un control de líquidos del paciente.

CESÁREA. Como antecedente histórico se tiene que Julio Cesar nació con esta técnica. En el año 1500 primer caso que sobrevivió y en 1876 se realizó la cesárea con histerectomía. Del latino accederé ò sección = cortar; caesura (cesura). Intervención quirúrgica que consiste en escindir el útero grávido por vía generalmente abdominal, para realizar la extracción artificial del feto, placenta y membranas ovulares. Las

indicaciones son: maternas, fetales y mixtas; Absolutas, relativas, electivas y de urgencia. Puede ser tipo Beck o Kerr.

COAGULOPATIA. Trastornos de la coagulación. Puede dividirse en tres grupos patogénicos según el factor deficitario por el cual la coagulación no llega a efectuarse: a) hemofilia clásica A o procesos a fines, por carencia de tromboplastina con graves hemorragias internas, musculares y articulares. b) hipoprotrombinemias y carencia de factor V y VII, todos ellos imprescindibles para la conversión de la protrombina en trombina y que por lo general cursan con hemorragias menos graves que la de los síndromes hemofílicos; c) afibrinogenemias e hipofibrinogenemias y d) Fibrinolisis. Existen formas adquiridas y hereditarias.

COMPLICACIONES. Cada uno de los fenómenos que aparecen en el curso de una enfermedad, empeorándola; y que usualmente no se debe presentar.

CONTROL. Aplicase a la muestra normalizada, con valores constantes, que se procesa junto con las muestras problemas en los análisis clínicos, para verificar en todo momento que el método es correcto. Experimento paralelo al experimento verdadero en el que mediante la alteración de un factor, puede valorarse la influencia de este.

CONTROL DE LIQUIDOS. Es la medición de sustancias que ingresan y egresan del organismo en un tiempo determinado. Según el estado de salud del paciente y tomando en cuenta los valores normales.

DECÚBITO LATERAL. Paciente acostado sobre el lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior del lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra. Esta indicada para favorecer la relajación muscular, recuperación posanestesia, y aplicación de varios tratamientos; la posición Decúbito lateral izquierdo es una de las posiciones obstétricas en la que la mujer se coloca tendida sobre su lado izquierdo con el muslo y la rodilla derechos levantados; con la finalidad de favorecer el bienestar fetal, liberando la presión sobre la vena cava.

DIASTOLICA. En el siglo IV a.C., Erasistrato había señalado que el corazón tenía una función diastólica activa y este concepto se había barajado ocasionalmente hasta que Brecher, siguiendo las ideas de Torrent Guasp, demostró la existencia de succión ventricular diastólica. Periodo del ciclo cardiaco en el que el corazón se dilata, lo que permite que sus cavidades se llenen de sangre. Guasp expone la idea de que el corazón cumple su función aspirante-impelente comportándose como el pistón de un motor de explosión. El descenso de la base (lazada basal), telescopándose sobre el ápex (lazada apexiana) daría lugar a la eyección y el ascenso, a la succión.

ENDOTELIO. Capa o membrana delgada compuesta por un único estrato de células planas, epiteliales escamosas y poligonales,

derivada del mesodermo, que recubre la superficie libre de las membranas serosas, sinoviales y la túnica interna de los vasos sanguíneos y linfáticos. Está muy vascularizada y cicatriza rápidamente.

ENFERMEDAD. Alteración en el normal estado fisiológico de alguna parte del organismo o de su totalidad; de etiología no siempre conocida se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos característicos siendo su evolución más o menos previsible.

Considerando que la salud y enfermedad, son partes de un proceso dinámico de equilibrio entre el individuo como unidad biopsicosocial y el medio ambiente.

EXCIPIENTE. (Sacar, tomar) Sustancia sin actividad farmacológica e inerte, que sirve para incorporar o disolver ciertos medicamentos para darles la forma o calidad convenientes.

FETO. Producto de la concepción desde la octava semana del desarrollo, hasta el término del embarazo. A las ocho semanas se empiezan a notar las extremidades y aparecen algunas estructuras en el polo cefálico: ojo y oído, entre otros. Llama principalmente la atención la proporción entre el volumen cefálico respecto del resto del cuerpo, en las diferentes etapas del embarazo. La longitud y peso corporal aumentan progresivamente.

GLOMERULAR. Relativo al glomérulo. Que es una estructura vascular o nerviosa en forma de ovillo. Renal: Racimo pequeño y redondo de

vasos sanguíneos en el interior de los riñones. Filtra la sangre para reabsorber materiales útiles y extrae los desperdicios en forma de orina.

HEMOCONCENTRACIÓN. Disminución del volumen plasmático, sin modificación del número de células de la sangre, que resulta en un incremento relativo de éstas por milímetros cúbicos, y que generalmente es debido a pérdida de plasma sanguíneo del compartimento vascular.

HIDATIDIFORME. En forma de hidátide; se trata de una esfera hueca limitada por dos membranas, rellena de líquido, y rodeada por una capa de tejido fibroso. La membrana externa o cutícula está estratificada y es de color nácar. La interna o germinativa es granulosa, y a partir de ella se forman los elementos de la hidátide. El líquido hidatídico se define como de “cristal de roca”, posee pH neutro, es rico en cloruro sódico, glucosa, iones, lípidos, proteínas y polisacáridos de carácter antígeno. Este líquido contiene las vesículas prolíferas, los escòlices, y las vesículas hijas.

HIPERTENSIÓN. Aumento de la presión en general; especialmente, aumento de la presión de la sangre, con carácter patológico. La hipertensión arterial es conocida como “Muerte silenciosa”, debido a que no da síntomas hasta que se complica. Siendo la mayor causa de muerte relacionada con ataque cardiaco y derrame o accidente cerebro vascular.

HIPOXEMIA. Es una condición en la que el nivel de oxígeno contenido en la sangre es menor a lo normal.

HIPOXIA. Déficit de oxígeno en el aire inhalado en el organismo; aunque significa también una insuficiencia de oxígeno en las células y los tejidos.

ISQUEMIA. Falta de aporte sanguíneo a un tejido debido a la obstrucción mecánica o funcional del flujo de sangre en las arterias que lo irrigan. Cerebral: Del tejido cerebral debido generalmente a enfermedad ateromatosa o embòlica.

LABORATORIOS. Estudios que se realizan al paciente directamente o en forma indirecta a través de sus productos orgánicos. Su objetivo es complementar la exploración clínica, para la determinación del diagnóstico. Se realizan en productos orgánicos, incluyendo análisis citológicos, exfoliativos y quirúrgicos, así como pruebas cutáneas. Las muestras que generalmente envía el personal de enfermería al laboratorio clínico son las relacionadas con orina, materia fecal, esputo, exudado vaginal y sangre.

MEDICAMENTOS. Sustancia que puede producir un efecto curativo. Los medicamentos son fármacos o preparados de drogas que se usan con fines terapéuticos. Estos constan de un principio activo o sustancia medicamentosa y un vehículo o excipiente. Los objetivos de éstos en el campo de la medicina son de prevención o profilaxis, de diagnóstico y terapéutico.

MEDIDAS ANTITROMBOTICAS. Que inhibe la acción del proceso de formación de un coágulo de sangre dentro de un vaso sanguíneo en el sujeto vivo. Puede situarse en las cavidades cardiacas, arterias venas o capilares. Se produce como consecuencia de un desequilibrio de la coagulación, del flujo sanguíneo y lesión de la pared de los vasos.

MOLA HIDATIDIFORME. Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblasticas (células del útero que ayudan a que el embrión se adhiera al útero y ayudan a formar la placenta) después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo. Una mola hidatidiforme contiene muchos quistes (bolsas de líquido). Por lo general, es benigno (no canceroso), pero se puede diseminar hasta los tejidos cercanos (mola invasora). Asimismo, puede transformarse en un tumor maligno llamado coriocarcinoma. La mola hidatidiforme es el tipo más común de tumor trofoblástico gestacional. También se llama embarazo molar.

MORBIDO. Que padece enfermedad o la produce. Blando, delicado, suave. Todo cambio mórbido que influya profundamente en el individuo y que cause una alteración en el dinamismo (Fuerza Vital) y de esta manera logre un daño generalizado que afecte a la totalidad de individuo, deberá considerarse verdaderamente patógeno y en este momento la persona estará en estado de enfermedad.

OLIGURIA. Excreción de orina inferior a 400ml/24hrs. La medición diaria de orina es difícil cuando se manejan volúmenes bajos y es frecuente también un error en el tiempo de recogida. En la valoración

de un enfermo con oliguria es imprescindible la determinación de la osmolaridad, la urea, la creatinina y el sodio tanto en sangre como en orina, para establecer si existe insuficiencia renal aguda o crónica, con alteración del glomérulo o de la función tubular. Considerando en otro tiempo como signo inequívoco de insuficiencia renal, se reconoce en la actualidad, que el 25-50 % de paciente con esta enfermedad no son oligúricos.

OXIGENACIÓN. Combinación de un cuerpo con el oxígeno. Tratamiento con oxígeno en algunas enfermedades que presentan o pueden presentar insuficiencia respiratoria. El oxígeno es esencial para la vida. Cuando se priva al organismo de sus cantidades apropiadas, tanto la hipoxia como la hipoxemia pueden manifestarse al cabo de un periodo relativamente corto. La terapia de oxígeno se proporciona cuando el sistema cardiopulmonar se desempeña inadecuadamente.

PERINATAL. Aplíquese a cualquier suceso que tenga lugar inmediatamente antes, después o durante el nacimiento; en general constituye un período que se extiende desde las 28 semanas de gestación hasta 28 días después del nacimiento.

PERIPORTAL. Situado alrededor de la vena porta. Es una vena gruesa cuyo tronco está entre las eminencias de la superficie interior del hígado. El sistema de la vena porta está interpuesto entre dos redes capilares opuestas. La primera, periférica, es visceral, y las venas que la drenan constituyen la vena porta. La segunda, hepática,

se encuentra en la extremidad de las ramas terminales de la vena porta.

POSICIÓN. Actitud o postura en que se encuentran las diferentes partes del cuerpo. Se refiere a la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico o tratamiento. En obstetricia se refiere a la relación de un punto fijo de la parte fetal que se presenta con otro determinado de la pelvis materna.

PREMATURO. Un bebé prematuro nace antes de las 37 semanas de embarazo. Los nacimientos prematuros ocurren en 8 de cada 10 por ciento de todos los embarazos en los Estados Unidos. Debido a su nacimiento anticipado, los prematuros pesan mucho menos que los bebés que cumplieron su gestación hasta el plazo normal. Pueden tener problemas de salud ya que sus órganos no han tenido el tiempo suficiente para desarrollarse. Los prematuros necesitan atención médica especial en una unidad de cuidados intensivos neonatal o UCIN. Deben permanecer ahí hasta que sus sistemas de órganos puedan funcionar sin ayuda.

PRENATAL. Que existe o se presenta antes del nacimiento. Hasta hace unos pocos años, el feto era para el obstetra un perfecto desconocido. En el transcurso de los últimos 40 años, los conocimientos sobre el feto han aumentado aceleradamente, posibilitando el diagnóstico prenatal.

PROTEINURIA. Eliminación de proteínas en la orina. Constituye uno de los signos más constantes de las nefropatías, puesto que su presencia prueba una permeabilidad patológica del riñón en la que pueden intervenir tanto los glomérulos con perturbaciones de su membrana basal como los túbulos por incapacidad de reabsorción de las proteínas filtradas.

PUERPERIO. Período de unas cuantas semanas que comienzan inmediatamente después del alumbramiento y termina cuando el aparato genital femenino ha retornado a sus condiciones normales fuera de la gravidez. Se trata de una situación fisiológica, aunque hay pocas circunstancias en las que ocurran fenómenos catabólicos tan intensos y rápidos sin que se desarrolle ninguna enfermedad.

REGISTRO TOCOCARDIOGRAFICO. Método que ha sido utilizado desde la segunda mitad del siglo XX para vigilancia del bienestar del feto. A través de este método se valora la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina. Su principal función es detectar la presencia de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto y la vitalidad general del feto durante la gestación. De inicio no fue diseñada para determinar concretamente si el feto estaría muerto o vivo.

REPOSO. Cesación de una actividad; descanso. Es el estado en el que la mente y el cuerpo se hallan en un estado reducido de actividad, el cual produce una sensación renovante. La relajación es necesaria para poder reposar, además de que propicia el sueño. Si se logra alcanzar la relajación, aun durante periodos breves a lo largo del día,

puede bastar para restaurar los recursos mentales y físicos de la persona.

RIESGO. Susceptibilidad para sufrir un daño. Son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que

aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo. Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

SIGNOS VITALES. Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante, y éstos son temperatura, respiración, pulso y tensión arterial o presión sanguínea. El conocimiento de los signos vitales en un individuo, permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico. Deben tomarse conjuntamente sin importar el orden, pero se recomienda que durante el tiempo asignado a la temperatura se realice simultáneamente la valoración del pulso y respiración, debido a que el paciente puede alterarlos si se toma en otro momento.

SISTOLICA. Movimiento de contracción rítmica y sincrónica del corazón (miocardio) y de las arterias para empujar la sangre por el sistema circulatorio del cuerpo. La contracción auricular impulsa la sangre a las cámaras ventriculares a través de las válvulas mitral y tricuspídea. La contracción de los ventrículos inmediatamente posterior a la contracción auricular. Se divide en una fase isométrica

en la que la presión intraventricular cierra las válvulas auriculoventriculares y en una fase eyectiva que se produce en el momento en que la presión intraventricular supera a la presión diastòlica de las arterias aorta y pulmonar provocando la expulsión de la sangre.

SONDA. Instrumento alargado, cilíndrico y generalmente incurvado que se emplea para la exploración o evacuación de cavidades corporales o para dilatar conductos anormalmente estrechados. De diversos calibres, longitudes, de una sola perforación y luz o varias, materiales como caucho y hule.

SUPRARRENALES. (Concepto chino) Son glándulas ubicadas en el extremo superior de cada riñón en los seres humanos, las cuales producen hormonas femeninas como el estrógeno, la progesterona, y masculinas como los andrógenos (10%), los esteroides, el cortisol, la cortisona y sustancias químicas como adrenalina (como respuesta a la estimulación por el sistema nervioso simpático en momentos de estrés), etc. Cuando las glándulas producen una cantidad de hormonas mayor o menor a la requerida por el cuerpo, se pueden presentar enfermedades. Cuando hay estrés, el hipotálamo estimula desequilibradamente a las suprarrenales y con ello altera todo el metabolismo. Junto con las gónadas sexuales son la madre del fuego de la emoción y de la vida. Son la base primaria sobre la que se forma el agua de líquido cefalorraquídeo.

TENSIÓN ARTERIAL HORARIA. Es la fuerza producida por el volumen de sangre al ejercer presión sobre las resistentes paredes de

las arterias, que, en condiciones normales, son sumamente elásticas y experimentan cierto grado de expansión cada vez que un nuevo suministro de sangre se añade a las cantidades ya presentes. Depende de la fuerza de la actividad cardíaca, la elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno, del volumen y viscosidad sanguínea. Para su medición se requiere de un baumanómetro y estetoscopio para auscultar; obteniendo presión sistólica y diastólica.

TOXEMIA. Enfermedad causada por la diseminación de bacterias y sus toxinas en el torrente sanguíneo. También se llama septicemia. Cuadro clínico producido por determinadas alteraciones metabólicas. La toxemia del embarazo es el estado en el que se acumulan en el organismo de la mujer embarazada sustancias tóxicas, tales como sus propios productos de desecho, que pueden causar daño tanto a la madre como a la criatura por nacer. Los primeros signos de toxemia son hinchazón cerca de los ojos y en los tobillos (edema), dolor de cabeza, presión arterial alta y aumento de peso que la madre podría confundir con el normal que se gana durante la gestación. Es posible que la madre tenga glucosa (azúcar) tanto como acetona en la orina. Sin pérdida de tiempo se debe consultar al médico sobre esos síntomas.

TROFOBLASTO. Conjunto de células que intervienen en la fijación e implantación del huevo y en la subsiguiente formación de la placenta. Se distinguen dos clases de trofoblasto; el que forma la capa interna o citotrofoblasto, que es mitóticamente activo y una capa más gruesa y

externa que es el sincitiotrofoblasto. Capa delgada que ayuda a un embrión en desarrollo a adherirse a la pared del útero, protege el embrión y forma parte de la placenta.

TROMBOCITOPENIA. Disminución del número de plaquetas en la sangre. Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a la coagulación de la sangre, esta afección algunas veces se asocia con sangrado anormal, que puede llevar fácilmente a sufrir de magulladuras y demasiado sangrado de las heridas, o al sangrado de las membranas mucosas y otros tejidos.

VALORACIÓN. Acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente.

VASCULAR. Pertenece a los vasos sanguíneos o que posee estos últimos. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de patología vascular cerebral son bien conocidos, como la edad avanzada, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus, las dislipemias, el tabaquismo, el alcohol y la fibrilación auricular. El control adecuado de estos factores debe conllevar una reducción en la incidencia y la prevalencia de las complicaciones vasculares.

VASOCONSTRICCIÓN. Es la constricción o estrechamiento de un vaso sanguíneo manifestándose como una disminución de su volumen. Se produce por la contracción de los músculos presentes en la pared del vaso sanguíneo o bien rodeando a éste. La vasoconstricción a nivel de la microvasculatura cutánea hace que la piel adquiera un tono pálido o blanquecino. Este puede ser el resultado de factores ambientales o psicológicos como el frío o el estrés. El efecto antagónico a la vasoconstricción es la vasodilatación.

VASOESPASMO. Estrechamiento de los vasos sanguíneos. Continúa siendo una causa de muerte e incapacidad desde hace más de 50 años. El entender la patogénesis se ha visto impedido por la falta de modelos animales apropiados y relativamente limitado interés de investigar la enfermedad. Es común en daños cerebrales o retinianos.

VENOPUNCIÓN. Acción de penetrar en una vena. Dado que el sistema circulatorio constituye un circuito cerrado, no se dispone de otra vía de acceso que la punción. La administración de líquidos por vía intravenosa se hace con agujas huecas, las cuales se insertan por la piel hasta alcanzar la vena.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALFARO, Héctor y Cols. Complicaciones médicas en el embarazo. Ed. Interamericana. 2ª ed. México, 2004. 526pp

BAENA, Guillermina. Instrumento de investigación. Ed. Limusa. 12ª ed. México, 1984. 131pp

BALSEIRO, Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Prado, S.A. de C.V. México, D. F, 1991. 216pp

BASILE, Hector. Factores de riesgo. En Internet <http://apsa.org.ar/boletin/basile3.html>. Argentina, 2004. 1pp

BUNGE, Mario. La investigación científica. Ed. Ariel. 6ª ed. Barcelona, 1979. 955pp

BURROW, Gerard y Thomas Ferris. Complicaciones médicas durante el embarazo. Ed. Panamericana. 4ª ed. Argentina, 1996. 627pp

CÁRDENAS, Margarita y cols. Antología Teorías y modelos de Enfermería. UNAM Postgrado de Enfermería. México, 2006. 315pp

DE CHERNEY, Alan y Martin Pernoll. Diagnósticos y tratamientos ginecoobtetricos. Ed. Manual moderno. 7ª ed. México D:F: 1998. 1535pp

DONAT, Francisco. Enfermería maternal y ginecológica. Ed. Masson. España, 2001. 541pp

DOUGLAS, Stromme y Cols. Obstetricia operatoria. Ed.Limusa. Mèxico, 1988. 1180pp

FERNÀNDEZ, Pita. y Cols. Determinación de factores de riesgo. En Internet www.fisterra.com/mbe/investiga/3f-de-riesgo/3f-de-riesgo.asp.España, 2007. 1pp

FREGIA, Buharescu Glenda. Enfermería perinatal. Ed. Limusa. Mèxico, 1992. 437pp

FUENTES, Zaily y Cols. Factores de riesgo de la hipertensión arterial inducida por el embarazo. En Internet <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/871.htm>. República de Haití, 2004. 1pp

GALLY, Esther. Manual practico para parteras. Ed. Galve. Mèxico, 1986. 559pp

GARCÌA, Alfredo. Introducción a la metodología de la investigación científica. Ed. Plaza y Valdez. 2ª ed. Mèxico, 1999. 265pp

GONZALEZ, Susana. Manual de redacción e investigación documental. Ed. Trillas. 3ª ed. Mèxico, 1984. 204pp

GUTIERREZ, Raül. Introducción al método científico. Ed. Esfinge. 6ª ed. México, 1992. 272pp

JEAN, Elizabeth y et.al. Enfermería materno infantil. Ed. Harcourt-Brace. 3ª ed. Madrid. 1999. 860pp

JOVEN, Jorge y et.al. Diccionario de medicina. Ed. Marín. Barcelona, 2006, 1098pp

KITZINGER, Sheila. Nacer en casa. Ed. Interamericana. Madrid. 1993, 224pp

LEWIS, Thomas Geoffrye. Obstetricia. Ed. Manual Moderno. 15ª ed México, 1994. 426pp

MARRINER, Ann y Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Elsevier. 6ª ed. Madrid, 2007. 269pp

MARTINEZ, Víctor. Fundamentos teóricos para el proceso del diseño de un protocolo de investigación. Ed. Plaza y Valdez. 2ª ed. México, 1995. 215pp

MENDEZ, Ignacio y cols. Protocolo de investigación. Ed. Trillas. 2ª ed. México, 1991. 210pp

MONDRAGÓN, Castro Héctor. Obstetricia básica. Ed. Trillas. 4ª ed. México. 1997, 822pp

MORÀN, Victoria y Alba Lili Mendoza R. Proceso de Enfermería. Ed. Trillas. México, 2000. 1995pp

NAMAKFOROOSH, Mahammad. Metodología de la investigación. Ed. Limusa. 2ª ed. México, 2000. 525pp

NENINGER, Alamar. Principales factores de riesgo psicológicos. Revista cubana de pediatría. No.1. vol. 71. enero-marzo. Habana, 1999. 4pp

NUÑEZ, Maciel Eduardo. Ginecología y Obstetricia. Méndez editores, SA de CV. México, 1993. 1029pp

PERNOLL, Martín. Diagnósticos y tratamientos ginecoobstetricos. Ed. Manual moderno. 6ª ed. México, D:F, 1993. 1444pp

PRITCHARD, Jack y cols. Obstetricia. Ed. Salvat. 3ª ed. México, 1994. 900pp

QUEENNAN, John. Atención del embarazo de alto riesgo. Ed. Manual Moderno. 2ª ed. México, 1993. p. 602

REEDER, Sharon. y et. al. Enfermería materno infantil. Ed. Interamericana. 3ra ed. Mèxico, 1995. 1421pp

ROSALES, Susana y Eva Reyes. Fundamentos de Enfermería. Ed. El manual moderno. Mèxico, 1991. 463pp

ROSAS, Raül. El protocolo de la investigación científica. Ed. Trillas. 3ª ed. Mèxico, 1986. 256pp

STEPP, Elizabeth y Judith Smith Harmon. Manual de Embarazo y parto de alto riesgo. Ed. Elsevier. Madrid, 2003. 797pp

TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica. Ed. Limusa. 3ª ed. Mèxico, 1999. 231pp

TORTORA, Gerard y Nicholas Anagnostakos. Principios de anatomía y fisiología. Ed. Harla. 6ª ed. Mèxico, 1993. 1206pp

WATSON, Joellen y Loretta Pierfedeci. Enfermería ginecológica y obstétrica. Ed. Harla. Mèxico, 1981. 587pp

WIELAND, Patricia y cols. Enfermería maternal y del recién nacido. Ed. Mc. Graw Hill – Interamericana. 5ª ed. España, 2006. 1003pp

WILLSON, Robert y Elsic Reid Carrington. Gineco obstetricia. Ed. Manual Moderno. Mèxico, 1991. 798pp

WOLFF, LuVerne y Bàrbara Kuhn. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla. 4ª ed. México, 1992. 1108pp

WOLFF, LuVerne y cols. Curso de Enfermería moderna. Ed. Harla. 7ª ed. Mèxico, 1988. 981pp