



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA;
APLICADO A UNA MUJER CON EMBARAZO GEMELAR A TERMINO,
QUE PRESENTO HEMORRAGIA POST- CESAREA, BADASO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

CAMPOS BAUTISTA ERICK JESUS

No. CUENTA:

40908473-3

ASESORA: MTRA. IRMA VALVERDE MOLINA.

MÉXICO, D. F. 22 de Septiembre del 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	7
JUSTIFICACIÓN	8
EPIDEMIOLOGIA	9
METODOLOGIA	10
MARCO TEÓRICO	11
Proceso de enfermería	11
Etapas del proceso de enfermería	12
Modelo conceptual de Virginia Henderson	34
Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el Proceso de atención de enfermería.	41
CASO CLINICO	46
Plan de cuidados	48
Historia clínica	49
Exploración física	49
Laboratorios	50
Necesidades alteradas	52
Diagnósticos con sus intervenciones	53
DISCUSION	61
CONCLUSIÓN	62
PLAN DE ALTA	63
Anexos	65
BIBLIOGRAFÍA	95

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi hermana, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

Agradezco a mi tía Cleo y a mi primo Kevin quienes con su ayuda, cariño y comprensión han sido parte fundamental de esta meta.

A la maestra Irma Valverde Molina por la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

Finalmente a todas las personas que han formado parte de mi vida, y que con sus consejos, apoyo incondicional, que me han brindado a lo largo de este tiempo han hecho de mí un mejor profesionalista y sobre todo mejor persona.

INTRODUCCION:

La ciencia de enfermería está encargada del cuidado de la vida, conservarla y lograr que se desarrolle, así también la promoción de esta. La enfermería es una ciencia, ya que lleva a cabo un método científico, tiene objeto de estudio (el cuidado), genera y busca ampliar nuevos conocimientos, tiene autonomía y además se interrelaciona con otras ciencias. La Enfermería Maternal incluye los conocimientos sobre el proceso reproductivo normal, embarazo, parto y cuidados de la madre-hijo durante el puerperio, así como las principales alteraciones ginecológicas de la salud de la mujer.

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más graves del puerperio inmediato y origina buena parte de la morbimortalidad materna. Clásicamente se describen como causas uterinas de la hemorragia postparto, los traumatismos (roturas uterinas), la inercia y el sangrado del lecho placentario por anomalías de la placentación en todas sus variedades.

La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en el mundo (17-40%), principalmente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados. La Organización Mundial de la Salud estima aproximadamente 500.000 muertes maternas anuales, 50% debidas a hemorragias posparto y deja complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente. En nuestro país representa una incidencia del 13% y es la segunda causa de mortalidad materna y primera de causa obstétrica directa en países en vías de desarrollo.

La prevención de la hemorragia posparto así como la identificación de factores de riesgo y su manejo han sido motivo de múltiples estudios de investigación, criterios de medicina basados en la evidencia, revisiones bibliográficas mientras que aún no existe consenso sobre las distintas maniobras y fármacos adecuados para utilizarse ante una complicación como es la hemorragia puerperal. El tratamiento de la hemorragia post parto inmediata culmina muchas veces con la histerectomía e incluso, en algunas ocasiones, con ligaduras de las arterias hipogástricas, ambas con morbilidad importante.

El **objetivo principal** del proceso de enfermería es el de identificar y cubrir las necesidades reales y potenciales de una persona, la familia y la comunidad, establecer planes de cuidados, resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Por lo tanto el resultado esperado de la aplicación de este proceso de enfermería será el de haber mejorado el estado de bienestar del individuo, y si es posible restablecer su salud completamente.¹

¹ ROSALES Susana **Fundamentos de enfermería**. 3ra edición, Manual Moderno. México. 2004.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Aplicar Proceso Atención de Enfermería a una mujer con embarazo gemelar a término, que presento hemorragia post- cesárea, utilizando conocimientos científicos con el enfoque al modelo teórico de Virginia Henderson

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer planes de cuidados de acuerdo a las necesidades alteradas de la paciente para restablecer y mejorar su estado de salud.
- Establecer diagnósticos específicos para las necesidades alteradas.
- Realizar la respectiva evaluación de las intervenciones ejecutadas para valorar el logro de los objetivos.

JUSTIFICACION

El siguiente proceso de atención de enfermería está destinado para poder identificar los cambios en las necesidades vitales de una persona que se encuentre en un estado de alteración de su salud, así de acuerdo a los resultados que se obtengan de su valoración poder llevar a cabo la planeación y ejecución de intervenciones que nos puedan brindar un mejoramiento o restablecimiento de su estado de salud del paciente.

El siguiente proceso de atención de enfermería se realizó en el centro de investigación materno infantil del grupo Gen. A una paciente que llegó de urgencia con embarazo gemelar a término, con proceso hipertensivo, ruptura prematura de membranas, Obesidad tipo III, a la cual se le realizó una cesárea de urgencia, que presentó hemorragia post-cesárea. Y base a todo concluyo con una histerectomía total.

No debemos olvidar que para poder llevar a cabo este proceso debemos tomar en cuenta que se debe hacer de manera estructurada, dinámica, holísticamente, incluyendo todos los factores que se relacionan en el ser humano para el mantenimiento de la salud como son: biológicos, físicos, fisiológicos, emocionales, sociales y culturales.

EPIDEMIOLOGIA:

La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 536, 000 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica, representando el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 24 horas post-parto.

Este periodo es de gran riesgo debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para contrarrestar este evento urgente, como son el uso de útero-tónicos, soluciones parenterales, sangre y sus derivados.

Es importante señalar que además de la muerte materna, la hemorragia obstétrica genera secuelas como el síndrome de distress respiratorio, coagulopatía, choque hipovolémico y pérdida de la fertilidad. La preocupación que ha permanecido en los últimos años, se debe a que estas muertes maternas son previsibles hasta en un 80% de los casos.

En México, la hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna, y en el año 2008 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) por esta causa fue de 14.3 por 100,000 nacidos vivos.²

Es importante señalar, que la atonía uterina continúa siendo la principal causa de hemorragia obstétrica en países en desarrollo, incluyendo a México, por lo que en este lineamiento se hacen observaciones puntuales para su prevención mediante la identificación de factores de riesgo y con las acciones del manejo activo del alumbramiento. El tratamiento médico moderno de la atonía uterina también se incorpora en esta nueva edición con la finalidad de tener una guía ordenada y completa para tratar correctamente la hemorragia posparto.

².- Enedina Moreno Cerna, *PAE en una Paciente con Hemorragia Obstétrica Pos cesárea*, Desarrollo Científico Enfermero. Vol. 15 N° 7 Agosto, 2007. P. 312.

METODOLOGÍA

Como metodología llevaremos a cabo el Proceso Atención de Enfermería de acuerdo a sus etapas:

1. VALORACIÓN.

Recogida sistemática y organizada de la información sobre el estado de salud del individuo. En dicha recogida buscaremos datos que nos aporten evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de problemas de salud.

Se desarrolla en tres tiempos que se dan de forma sucesiva y a la vez simultánea pues influyen los unos en los otros como si se tratara de un todo.

1. Obtención de datos.
2. Interpretación de los datos obtenidos.
3. Organización y síntesis de los datos.

2. DIAGNÓSTICO.

Conclusión de la valoración realizada identificando los problemas de salud del individuo, a partir de la cual seleccionaremos las intervenciones que habremos de llevar a cabo.

3. PLANIFICACIÓN.

Elaboración del plan de cuidados preciso.

- Determinar las prioridades.
- Establecer los resultados esperados.
- Determinar las intervenciones necesarias.

4. EJECUCION.

Puesta en práctica del plan, realizando las intervenciones planificadas.

5. EVALUACIÓN.

Medición de los resultados obtenidos en relación con los objetivos marcados en la fase de planificación.

MARCO TEORICO:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

El proceso de enfermería es un método sistemático, y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o de una comunidad, a las alteraciones de la salud real o de **riesgo**.

El proceso de enfermería tiene algunas propiedades como:

Resuelto por que va dirigido a un objetivo, **sistemático** por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito, **dinámico** porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas, **interactivo** por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente, posee una base **teórica** sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades.



Florence Nightingale

La enfermería es la ciencia del cuidado la cual tiene como objetivo la conservación de la vida haciendo que esta se mantenga y se reproduzca, la enfermería está encargada de la promoción a la salud, una vez que esta se encuentra alterada los cuidados de enfermería no solo se basan en la desaparición de la enfermedad si no también el evitar que el paciente enfermo no se sienta aislado de la sociedad, no debemos olvidar que son seres humanos con sentimientos. Por ello la enfermería es de mucha importancia ya que ve al individuo desde un aspecto holístico³.

³ ROSALES Susana **Fundamentos de enfermería**. 3ra edición, Manual moderno. México. 2004.

3.- ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.⁴

⁴ DOENGES M, et.all *“Planes de cuidados de enfermería”* 7ª edición México 2006, McGraw-Hill

- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el

funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.⁵

⁵ Ibídem

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) ENTREVISTA CLÍNICA:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

- **INICIACIÓN:**

Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

- **CUERPO:**

La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- **CIERRE:**

Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.⁶

⁶ ibídem

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- ❖ Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- ❖ Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

TRES TIPOS DE INTERFERENCIAS:

Interferencia cognitiva:

Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional

Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),

Interferencia social:

En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.⁷

⁷ ibídem

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.⁸

EMPATÍA:

Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

⁸ Ibídem

CALIDEZ:

Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

RESPETO:

Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

CONCRECIÓN:

Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista.

B) LA OBSERVACIÓN:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

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

⁹ Ibídem

C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

•INSPECCIÓN:

Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

•PALPACIÓN:

Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

•PERCUSIÓN:

Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.

Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

•AUSCULTACIÓN:

Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.¹⁰

DIAGNÓSTICO

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de

¹⁰ Ibídem

establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La *dimensión dependiente* de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La *dimensión interdependiente* de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.¹¹

¹¹ Ibídem

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Dimensión *independiente de la enfermera*, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada

Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum.

Permite:

Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir: identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional

Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa

F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto

riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).¹²

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la

¹² Ibídem

Familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales:

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que

hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- ❖ Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- ❖ Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida, la evaluación se compone de:

- ✓ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ✓ En relación a los objetivos marcados.
- ✓ Como resultado de la intervención enfermera
- ✓ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.¹³

¹³ Ibídem

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

1. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".

Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

2. EL MODELO CONCEPTUAL

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.¹⁴

¹⁴ María José Álvarez González, CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA, Guía de Práctica Clínica, HOSPITAL TXAGORRITXU.2004. P.23

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.

La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

El rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

a) Los conocimientos se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.

En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

b) La fuerza puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz.¹⁵

La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

c) La voluntad implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario.

Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

4. LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

¹⁵ ibídem P.24

5. CONCEPTOS

En este apartado se incluye la definición de las necesidades, los cuidados básicos, la independencia, la autonomía, el agente de la autonomía asistida, los datos de dependencia y los datos que deben considerarse.¹⁶

Las necesidades humanas

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.

¹⁶ ibídem 25

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad.

Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

Cuidados básicos

Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones enfermeras reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonadas y teóricamente sólidas, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.

Concepto de independencia

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Concepto de dependencia

Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.¹⁷

Autonomía

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía asistida

Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la Tª corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

Diferencia entre falta de autonomía y falta de fuerza

La diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

¹⁷ ibídem P.26

Manifestaciones de independencia

Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida.

Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

Manifestaciones de dependencia

Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

Datos que deben considerarse

Son aquellos datos que son relevantes para el cuidado. Estos datos pueden referirse tanto al usuario como al entorno, y varían de una persona a otra. Por ejemplo: preferencias alimentarias cuando está ingresado y debe de introducir cambios en su dieta.¹⁸

¹⁸ ibídem P. 26-28

RELACION ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en este caso es el de V. Henderson.

1. VALORACIÓN

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

En el diagnóstico: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermero destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula “relacionado con” (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos “manifestado por” (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990.¹⁹

¹⁹ . ibídem P. 28

El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

Problemas con relación a la autonomía

Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas, así como la carencia de un cuidador. La falta de capacidad puede ser debido a la edad, o por pérdida temporal debido a una enfermedad.

La enfermería tiene una función de suplencia o ayuda para cubrir las necesidades del usuario.

Problemas con relación a la independencia

Pueden dividirse en:

- Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.
- Diagnósticos de salud. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.²⁰

²⁰ Ibídem p.29

Problemas de colaboración

Son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico.

Dependen principalmente de la patología del paciente, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como, de la evolución de la situación patológica. Se presentan con pocas variaciones entre unos enfermos otros que se encuentran en la misma situación. Estos problemas son más fáciles de estandarizar. Es importante consensuar con los médicos cuales son las complicaciones más frecuentes relacionadas con estas situaciones patológicas, su diagnóstico y su tratamiento y también las actividades de prevención y control más indicadas.

La enfermería es plenamente responsable de su actuación aunque la responsabilidad del resultado final recae sobre el médico. Para nombrar estas situaciones es necesario utilizar la terminología médica que describe las alteraciones de la homeostasis biológica.

Pueden tratarse de problemas ya existentes o reales (PI) o pueden referirse a complicaciones potenciales (CP) para indicar que el problema aún no existe y hay que vigilar o prevenir si es posible.

3. PLANIFICACIÓN

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas.

Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quién es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.

En los problemas con relación a la independencia se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

Objetivos.

Reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de las intervenciones, y son distintos si se tratan de problemas reales de riesgo o de salud

Determinación de intervenciones y actividades

Se deben consensuar con el usuario/familia y variarán en función del tipo de problemas de que se trate.

4. EJECUCIÓN

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

5. EVALUACIÓN

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados. Al igual que sucedía en la etapa de valoración, durante la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera, y permite determinar el grado de consecución de objetivos propuestos a fin de determinar, la actuación que debe seguirse.²¹

²¹ ibídem P. 29-31.

CASO CLINICO:

Paciente femenina que Ingresa por el área de urgencias siendo su primera consulta en esta institución, el día 7 de enero de 2013 a las 15:00 hrs. Es una femenina de 34 años de edad, refiere ligera cefalea, salida de abundante líquido tras vaginal claro desde hace 30 minutos, manifestó buena movilidad fetal, niega actividad uterina, su ultimo alimento que ingirió fue a las 14:00 hrs.

E.V.M.J. tiene un peso de 115 kg, una talla de 1.68, IMC: 40 (obesidad tipo III) a la exploración física se encuentra alerta, orientada, ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, campos pulmonares sin compromiso aparente bien ventilados, ruidos cardiacos, rítmicos y de buena intensidad, Tensión Arterial de 170/100 Bl. Y 160/90 BD (PAM 123), dextroxtis 87mm/hg, abdomen con FU: 36 cm, encontrando dos productos vivos, Gemelo1: Presentación pélvica, situación longitudinal, dorso derecha, FCF: 143-152 lpm. Gemelo 2: Presentación Cefálica, situación longitudinal, dorso Izquierdo. FCF: 150-160lpm. No se palpa actividad uterina, al tacto vaginal: cérvix central, 80% de borramiento, 2 cm de dilatación. Se identifica Ruptura Prematura de Membranas franca, líquido amniótico claro con grumos, Miembros pélvicos con edema ++.

Se comenta con médico ginecobstetra, quien Indica preparar para cesárea una vez controlada la Tensión Arterial. Iniciando con Nifedipino 10 mg sublingual, repetir 10 a 30 minutos, a valoración de TA.

16:00: Se realiza cesárea, Obteniendo dos productos, que lloran y respiran al nacer.

G1: Sexo: Femenino, APGAR 8/9, CAPURRO 35.4 SDG, peso: 2300 gr, talla 46 cm.

G2: Sexo Femenina, APGAR 7/9, CAPURRO 36 SDG, Peso 2700 gr, talla 48 cm.

Termina procedimiento sin complicaciones. Se traslada paciente a sala de recuperación con signos normales estables.

17:30 Se detecta hemorragia puerperal post-cesárea.

Se realiza monitorización de signos vitales y exploración física, encontrando en estado de somnolencia, con palidez de tegumentos, en estado de deshidratación, una temperatura de 35.5°C, ruidos cardíacos aumentados en frecuencia de 110 LPM, así mismo la frecuencia respiratoria de 28 por minuto, saturando a 85% una presión arterial e 80/40, abdomen con herida quirúrgica fresca, puntos bien afrontados sin salida de secreción hemática, a la palpación, útero flácido, hipotónico. Con presencia de abundante sangrado trasvaginal acompañado de coágulos. Con edema de miembros pélvicos ++/++++. Valorando un EVA de 8. Un Glasgow de 10.

Se le brindan los cuidados inmediatos para controlar la hemorragia, se realiza el manejo técnico para la hemorragia post- cesárea, de acuerdo al lineamiento de hemorragias obstétricas.

Siendo fallidos por lo que se procede a quirófano para que se le realice una histerectomía de urgencia.

18:00: Se realiza histerectomía total de urgencia

Se realizó la monitorización explícita de signos vitales, la valoración del sangrado trasvaginal.

20:00Se otorgaron los cuidados post-operatorios inmediatos.

Posterior a esta la paciente se mostró estable y con una recuperación favorable.

DIAGNOSTICO INICIAL:

Gesta 1, Embarazo: GEMELO 1: 37.6 sdg x usg, GEMELO 2: 37.2 sdg x usg., RPM, EMA, Hipertensión Gestacional. Obesidad mórbida.

DIAGNOSTICO FINAL:

Gesta 1, C1, Puerperio quirúrgico inmediato, EMA, histerectomía total.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Realizo: Campos Bautista Erick Jesús

Ficha de identificación:

Nombre: Estrada Valdez Ma. De Jesús	Exp: ESVM781017
Edad: 34 años	Cama: Privado 2
Domicilio: Distrito Federal.	Ocupación: Hogar
Fecha de nacimiento: 17-10-78	Lugar de Nac: México, DF.
Religión: Católica	Escolaridad: Secundaria
Fecha de ingreso: 07-01-13	Fecha de egreso: 09-01-13

HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Abuela materna: diabetes mellitus (finada).
Resto interrogado y negado.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Inmunizaciones completas, hábitos higiénicos dietéticos aparentemente adecuados, nivel socioeconómico medio, zoonosis negada. Toxicomanías negadas, traumatismos negados, cirugías negadas, transfusiones negadas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Varicela en la infancia, actualmente desconoce enfermedades importantes.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Menarca a los 12 años, periodos regulares de 30 x 5, IVSA a los 30 años, PS 2, GI, P0, C0, A0, FUM: 15-04-12. FPP: 20- 01-13. Sangrado intermenstruales: No. DOCMA, ni DOCC, planificación familiar: preservativo.

EXAMEN FISICO EN LA ETAPA DE PUERPERIO INMEDIATO POST- CESAREA

General:	Femenina edad aparente a la cronológica, somnolienta, orientada en sus tres esferas, ligera cefalea en parte frontal.
Piel	Palidez, Deshidratada.
Cabeza	Normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos.
Ojos	Parpados normales, movimientos oculares normal, pupilas isocóricas.
Oídos	Pabellones auriculares con implantación normal, conductos auditivos externos permeables, sin secreciones anormales.
Boca	Comisuras labiales simétricas, con lengua y carrillos con datos de deshidratación.
Garganta	Con faringe y amígdalas normohémicas y normo tróficas sin secreciones
Cuello	De forma y volumen normal, arcos de movilidad completos, fuerza muscular normal, no hay masas, adenomegalias o puntos dolorosos, área tiroidea y tráquea normal.
Tórax	Campos pulmonares limpios, bien ventilados, sin ruidos agregados.
Corazón	Ruidos cardíacos presentes y rítmicos, con aumento de la frecuencia cardíaca, sin ruidos agregados,
Abdomen	Herida quirúrgica fresca, afrontada, sin salida de secreción hemática.
Genitales	Normales acorde a edad y sexo.

Extremidades superiores	Íntegras sin presencia de edema.
Extremidades inferiores	Íntegros, buena movilidad, con presencia de edema ++.
EXPLORACION GINECOLOGICA	Abdomen, con involución uterina a nivel de cicatriz umbilical, se palpa útero flácido hipotónico, se detecta la presencia de abundante sangrado trasvaginal con presencia de coágulos.

SIGNOS VITALES

FC: 110 lpm.

FR: 28 x'

T/A: BRAZO IZQUIERDO: 80/40 mm/hg.

BRAZO DERECHO: 70/50 mm/hg.

T°: 35.5°C

LABORATORIOS:

Fecha: 07-enero del 2013

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Eritrocitos	5.0	4 - 5.3
Hematocrito	50.2	16 - 48
Hemoglobina	17.0	12 - 16
Leucocitos	5.2	4.5 - 11
Plaquetas	178	150 - 450

EXAMEN GENERAL DE ORINA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Ph	6.0	5.5 - 6.5
Leucocitos	Negativos	Neg
Nitritos	Negativos	Neg
Glucosa	Negativos	Neg
Proteínas	Negativos	Neg

	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
VIH	NEGATIVO	NEGATIVO
VDRL	NEGATIVO	NEGATIVO
GRUPO Y RH	"O" POSITIVO	

Fecha: 8 de Enero del 2013

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Eritrocitos	3.9	4 - 5.3 10^6 /ml
Hematocrito	35	32 - 48 %
Hemoglobina	10.3	12 - 16 g/dl
Leucocitos	11.5	4.5 - 11 /ml
Plaquetas	255	150 - 450 /ml
EXAMEN GENERAL DE ORINA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Ph	6.2	5.5 - 6.5
Leucocitos	Negativos	Neg
Nitritos	Negativos	Neg
Glucosa	Negativos	Neg
Proteínas	Negativos	Neg
QUIMICA SANGUINEA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA	80.1	65 - 105 mg/dl
UREA	44.7	15 - 45 mg/dl
CREATININA	1.20	0.5 - 1.5 mg/dl
AC. URICO	6.92	2.5 - 7.5 mg/dl
COLESTEROL	90.9	Hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	271.7	Hasta 200 mg/dl

VALORACION DE LAS NECESIDADES:

NECESIDADES	
1. OXIGENACIÓN	La respiración se encuentra alterada, por el mecanismo compensatorio, a causa de la pérdida de células hemáticas y electrolitos.
2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	Se detectan datos de deshidratación, causada por la hemorragia.
3. ELIMINACIÓN	Se notó retención de líquidos por el edema en sus miembros pélvicos.
4. MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	La paciente se encuentra en posición decúbito dorsal.
5. DESCANSO Y SUEÑO	La paciente se vio afectada en esta necesidad por las intervenciones y cuidados que se le brindaron.
6. VESTIDO	No se detectó la necesidad alterada.
7. TERMORREGULACION	No se detectó ningún problema con su temperatura.
8. HIGIENE	Esta necesidad está alterada por la herida quirúrgica y además por el sangrado trasvaginal que era abundante, cual se le apoyo con la colocación de pañales desechables.
9. EVITAR PELIGROS	La señora se notaba un poco inquieta ya que tenía dolor a nivel de la herida quirúrgica.
10. COMUNICACIÓN	La paciente respondía a las preguntas que se realizaba, además q se tornó buena comunicación con ella.
11. CREENCIAS Y VALORES	En ningún momento la paciente se le vio molesta, sino al contrario siempre mantuvo confianza en el personal que le atendió, así como también, en sus creencias religiosas.
12. TRABAJAR Y REALIZARSE	Por el procedimiento quirúrgico la paciente se encuentra en reposo absoluto.
13. RECREACIÓN	La paciente se encuentra somnolienta. Adinámica, con hipotonía muscular por la pérdida sanguínea, en reposo absoluto.
14. APRENDIZAJE	Por su estado de salud actual, le imposibilita realizar alguna actividad de aprendizaje.

1.-Alteracion de la necesidad de respiración, relacionado con pérdida de líquidos, electrolitos y células sanguíneas Manifestado por frecuencia respiratoria aumentada (28 /min) y saturación de oxígeno disminuido.(85%)

Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p><i>Estado en el que una persona experimenta una pérdida real o potencial de la ventilación adecuada, relacionada con un patrón respiratorio alterado.</i></p> <p>OBJETIVO: <i>Mejorar la oxigenación para restablecer la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno de la usuaria.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de las funciones vitales (Especialmente la FR) -Valorar la saturación de Oxígeno -Mantener vía aérea permeable -Colocación de puntas nasales de 3-5 LPM. -Colocar a la paciente en posición semi-fowler. -Administración de analgésicos para aliviar el dolor. . 	<p>Sirve para valorar que las constantes vitales estén dentro de los parámetros normales, y poder actuar de manera inmediata ante una alteración de estos.</p> <p>Para facilitar el intercambio gaseoso y por ende mejorar la respiración.</p> <p>Los analgésicos antipiréticos van actuar a nivel del sistema nervioso central e hipotálamo, inhiben la síntesis de prostaglandinas, alivian el dolor y malestar general de la paciente.</p>
<p>Evaluación: Con los cuidados brindados la oxigenación mejoro, ayudando a mejorar el estado de salud de la paciente.</p>		

2.- Déficit de la hidratación relacionada con sangrado transvaginal, manifestada por palidez de tegumentos, mucosas deshidratadas.

Definición:	Intervenciones:	Fundamentación:
<p>Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.</p> <p>OBJETIVO: Establecer la hidratación, logrando contraer el útero para remitir el sangrado transvaginal de la usuaria.</p>	<p>Instalar 2 vías parenterales permeable</p> <p>Reposición de volumen con: Sol. Hartmann Sol. albumina al 4%</p> <p>Administración inmediata de oxitócicos.</p> <p>Oxitocina: 20 UI en una solución glucosada de 500 ml</p> <p>Ergometrina: 0.2 a 0.5 mg IM DU y valorar nueva aplicación a los 10 min.</p> <p>Carbetocina 100 mcg IV en bolo DU</p> <p>Misoprostol 800 a 1000 mcg rectal DU</p>	<p>El acceso de soluciones IV son la vía más rápida para que medicamentos y soluciones actúan de manera inmediata.</p> <p>De acuerdo a la guía de práctica clínica es un esquema de medicamentos para provocar una vasoconstricción sanguínea, contrayendo el útero.</p> <p>OXITOCINA es indicada para producir contracciones uterinas durante el 3er. estadio de labor y en el control de sangrado postoperatorio, hemorragia.</p> <p>ERGOMETRINA: Tratamiento de la atonía posparto. Prevención de la hemorragia posparto. Involución uterina.</p> <p>CARBETOCINA: Prevención de la atonía uterina tras la cesárea bajo anestesia epidural o espinal.</p> <p>MISOPROSTOL: Es utilizado en abortos espontáneos, maduración del cérvix antes de un procedimiento quirúrgico, inducción del parto y manejo de la hemorragia postparto.</p>
<p>Evaluación: Con los cuidados brindados, no se pudo remitir la necesidad alterada, por lo cual se procedió a la última opción la histerectomía.</p>		

3.- Alteración de la necesidad de seguridad del paciente (dolor) relacionado con intervención quirúrgica manifestado por rictus de dolor y verbalmente.

Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.</p> <p>OBJETIVO: Eliminar o disminuir el dolor, para mejorar el estado de bienestar de la usuaria.</p>	<p>-Valorar la escala del dolor (EVA).</p> <p>-Aplicar analgésico opioide</p> <p>Ketorolaco 30 mg IV C/6</p> <p>Clonixinato de Lisina 250mg IV c12</p> <p>Valorar constantes vitales</p>	<p>El dolor es una experiencia emocional subjetiva y compleja con repercusiones físicas, psicológicas, sociales y laborales. Es una experiencia vital que afecta la calidad de vida. La escala valoración análoga (EVA) nos da una constante para medir el dolor y poder brindar un tratamiento.</p> <p>KETOROLACO: Tratamiento a corto plazo del dolor leve ha moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos; dolor causado por el cólico nefrítico.</p> <p>CLONIXINATO DE LISINA: Está indicado como analgésico y antiinflamatorio en pacientes que cursan con dolor agudo o crónico. Afecciones de tejidos blandos, cefalea, otalgias, sinusitis y herpes zoster. Dolor e intervenciones ginecológicas, ortopédicas, urológicas y de cirugía general.</p> <p>Son constantes o parámetros de vida que nos indican el estado de salud de la paciente.</p>
<p>Evaluación: Con las intervenciones aplicadas se logró controlar el rictus del dolor.</p>		

4.- Riesgo de alteración de la perfusión tisular sistémica relacionado con hipovolemia por sangrado trasvaginal abundante.		
Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p>Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.</p> <p>Mantener el equilibrio electrolítico, optimizar la perfusión tisular de la usuaria.</p>	<p>Reposición de volumen con: Sol. Hartmann</p> <p>Sol. albumina al 4%</p> <p>Balace hídrico: Cuantificar ingresos y egresos de líquidos.</p> <p>Valorar el grado de edema.</p>	<p>La Fluidoterapia intravenosa consiste en la corrección del equilibrio hidroelectrolítico alterado, sobre todo en pacientes con pérdidas hemáticas abundantes.</p> <p>LACTATO DE RINGER: Solución electrolítica balanceada en la que parte del sodio de la solución salina isotónica es sustituida por calcio y potasio.</p> <p>ALBÚMINA: Las soluciones coloidales contienen partículas en suspensión de alto peso molecular que no atraviesan las membranas capilares, de forma que son capaces de aumentar la presión osmótica plasmática y retener agua en el espacio intravascular.</p> <p>BALANCE HIDRICO: Controlar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente, durante un tiempo determinado, para contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico Planear en forma exacta el aporte hídrico que reemplace las pérdidas basales, previas y actuales del organismo.</p> <p>El valorar el grado del Edema, se valora la expansión anormal, localizada o generalizada del espacio intersticial.</p>
<p>Evaluación: Se logró mantener un equilibrio entre líquidos y electrolitos, sin embargo no fue suficiente para lograr mantener una estabilidad hídrica ya que la hemorragia continuó.</p>		

5.- Riesgo de infección relacionado con la pérdida de la continuidad de la piel, y el contacto del ambiente hospitalario.		
Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p>Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.</p> <p>OBJETIVO: Disminuir y prevenir cualquier riesgo de infección, a la usuaria durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>-Valorar las constantes vitales</p> <p>-Valora datos de infección en herida quirúrgica.</p> <p>-Ministración de profilaxis de antibiótico.</p> <p>Ampicilina 1gr IV c/6</p> <p>Realizar procedimientos con técnicas esterales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de apósito estéril • Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. • Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión. 	<p>Son parámetros de vida que nos dicen el estado general de la paciente.</p> <p>El valorar los signos de una infección ayuda actuar de una forma inmediata ante cualquier alteración.</p> <p>Antibiótico profiláctico se refiere a la prevención de complicaciones infecciosas usando terapia antimicrobiana (normalmente antibióticos)</p> <p>AMPICILINA está indicada en el tratamiento de infecciones causadas por cepas susceptibles de los siguientes microorganismos: <i>E coli</i>, <i>P. mirabilis</i>, enterococos, <i>Shigella</i>, <i>S. typhosa</i> y otras como <i>Salmonella</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> no productora de penicilinasa, <i>H. influenzae</i> no productora de penicilinasa y estafilococos sensible a la penicilina G.</p> <p>Las reglas de asepsia en cada procedimiento previenen el riesgo infección y la propagación de microorganismos.</p>
<p>Evaluación: De acuerdo a la evaluación a largo plazo (prevención reproductiva), se observar que fueron satisfactorios, los cuidados y recomendaciones establecidos.</p>		

6.- Alteración de la necesidad del sueño relacionado con estrés psicológico manifestado por despertarse tres o más veces por la noche, e Irritabilidad.		
Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p>Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.</p> <p>OBJETIVO: Optimizar las condiciones favorables para disminuir el estrés de la usaría y mejorar su descanso.</p>	<p>Orientarla sobre su estado de salud, resolviendo dudas.</p> <p>Tratar de establecer un ambiente tranquilo, evitando intervencionismos innecesarios, apagar la luz, etc.</p>	<p>Una paciente informada mitiga miedos resuelve dudas y elimina el estrés mejorando su estado de salud.</p> <p>El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, del cual despierta la persona con estímulos sensoriales u otros. El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud.</p>
<p>Evaluación: Esta necesidad no pudo restablecerse completamente por las intervenciones brindadas, mas sin embargo se pudo mantener más tranquila a la paciente disminuyendo su estrés psicológico.</p>		

7.- Interrupción de la lactancia materna relacionado por estado actual de salud de la madre, manifestado por incapacidad para la madre de levantarse y brindar seno materno.

Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p><i>Interrupción del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad del niño para mamar o la inconveniencia de que lo Haga.</i></p> <p>OBJETIVO: <i>Restablecer la lactancia materna en cuanto mejore el estado de salud de la madre.</i></p>	<p>-Informar a la madre sobre su estado de salud y la incapacidad para lactar a su bebe.</p> <p>- Brindar Formula cada 3 horas</p> <p>-Restablecer la lactancia materna al mejorar el estado de salud de la madre.</p>	<p>La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.</p> <p>La fórmula es un apoyo para alimentar al RN, que no sustituye la lactancia materna pero brinda nutrientes que ayudan al desarrollo del neonato.</p> <p>-La lactancia materna es el alimento ideal para el RN que cuenta con los requerimientos nutricionales necesario para el desarrollo del RN, teniendo varios beneficios para mama-bebe.</p>
<p>Evaluación: Se apoyó a la paciente con la extracción de leche materna ya que ella era incapaz de hacerlo por sí sola, cumpliendo así con el objetivo de establecer la lactancia materna.</p>		

8.- Déficit de auto cuidado, relacionado estado actual de la paciente, manifestado con incapacidad para realizar sus necesidades básicas.		
Definición:	Intervención:	Fundamentación:
<p><i>Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.</i></p> <p><i>OBJETIVO: Mantener la estabilidad de la usuaria, cubriendo las necesidades básicas, durante su estancia hospitalaria.</i></p>	<p>Valorar la escala de conciencia (Glasgow) para orientarla sobre sus cuidados de acuerdo su estado de salud en el que se encuentre.</p> <p>•Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidados.</p> <p>Cambio de pañal higiénico</p> <p>Aseo de mamas.</p> <p>Cambio de sabanas</p>	<p>La Escala de coma de Glasgow es una escala diseñada para evaluar el nivel de conciencia en los seres humanos. La escala está compuesta por la valoración de tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.</p> <p>La higiene es una necesidad básica para el mantenimiento de la salud de una persona, contribuyendo al bienestar y reduciendo el riesgo de infección.</p>
<p>Evaluación: De acuerdo a los cuidados brindados los objetivos fueron alcanzados satisfactoriamente, manteniendo la paciente con una higiene adecuada.</p>		

DISCUSION DEL CASO CLINICO:

El siguiente plan de cuidados se realizó específicamente basado a las acciones que emprende el profesional de enfermería en la atención humanizada de acuerdo a las normas y lineamientos técnicos de la hemorragia post- cesárea.

Las acciones del equipo de salud de acuerdo al lineamiento técnico se realizó de manera rápida y efectiva, sin embargo la atonía uterina no remitió y por ello tampoco cese la hemorragia pos-cesárea, seguidamente la usuaria se complicó sistémicamente iniciando con datos de choque hipovolémico, aun con las soluciones instaladas, comenzó a entrar en estado de somnolencia, por lo que se optó proceder por realizar una histerectomía total de urgencias.

Se realiza procedimiento quirúrgico sin incidentes ni accidentes, la paciente paso a sala de recuperación, presentando un síndrome hipertensivo, sin embargo a lo largo de 30 minutos esta se fue restableciendo, continuo con la palidez de tegumentos, sin datos de deshidratación, mostrándose tranquila.

21:00 Se mantuvo en vigilancia estrecha, valorando su estado de conciencia alerta, saturación de oxígeno fue de 96%, tensión arterial 130/80 estaba dentro de los parámetros normales, se vigiló el sangrado tras vaginal, que estaba considerablemente disminuido.

Se mantuvo con cuantificación de líquidos, se retiró una vía parenteral únicamente se le dejo con solución de base. Se ministraron profilácticos, y analgésicos.

05:00. Se le ofrece dieta líquida, la cual logra tolerar sin ningún problema.

07:00 se toman laboratorios para identificar algún tipo de anemia y glicemia central.

09:00. Inicia de ambulación que logro sin ningún problema.

A las 48 horas la paciente es dada de alta, consiente, orientada, deambulando por si sola. Tranquila, se dan indicaciones de alta, antibioticoterapia, analgesia y complementos nutricionales ya que cayó en una Anemia leve 10.3 de hemoglobina.

Se da cita para prevención reproductiva y seguimiento longitudinal.

CONCLUSIONES:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 150,000 mujeres mueren cada año por hemorragias asociadas al parto. Una mujer afectada por hemorragia post-parto puede fallecer rápidamente (generalmente durante las dos primeras horas) a menos que reciba atención médica inmediata y adecuada.

Es de suma importancia detectar a tiempo el sangrado trasvaginal severo porque del manejo a tiempo determinará la vida del paciente o las secuelas que deje esto incluso la muerte, toda vez que éste puede producirse a un ritmo lento durante varias horas. Puede que la afección no se descubra hasta que la mujer entra repentinamente en estado de pre-shock (mareos, sudoración, náuseas, taquicardia, hipotensión arterial) o en franco estado de shock. El sangrado también puede presentarse de manera continua, intermitente, por episodios, bruscamente y hasta en forma masiva.

Enfermería, se basa en un amplio marco teórico para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud. El Proceso atención de Enfermería (PAE) es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

PLAN DE ALTA:**RECOMENDACIONES GENERALES:**

- ❖ Evitar alimentos irritantes (grasas, café, refresco, alimentos condimentados), consumo de verduras, ingerir líquidos.
- ❖ Mantener limpia y seca la herida quirúrgica.
- ❖ Enjuagar con agua y con jabón la herida.
- ❖ Deambular gradualmente.
- ❖ Lactancia materna a libre demanda.
- ❖ Realizar aseo personal diario.
- ❖ Aseo de mamas antes de ofrecer seno.

MEDICACION:

- ❖ Ketorolaco 10mg V.o cada 6 horas por 5 días.
- ❖ Ampicilina 1 gr V.o cada 8 horas por 7 días.
- ❖ Sulfato Ferroso una tableta V.o diaria por 30 días.

SEÑALES DE ALARMA:

Dolor de cabeza, zumbido de oídos.

Salida de sangre o secreción purulenta abundante por la herida quirúrgica

Olor fétido a nivel de la herida quirúrgica

Coloración rojiza sobre la herida quirúrgica

Fiebre

Dolor intenso en herida quirúrgica

Salida de sangrado tras vaginal abundante.

Olor fétido en el sangrado trasvaginal

Cambio de coloración del sangrado en tono verdoso o mucoso.

CUIDADOS A RECIÉN NACIDO

- ❖ **Cuidos de muñón umbilical: valorar sangrado o salida de alguna secreción purulenta, o de mal olor, fiebre, no cubrirlo, limpieza diaria con agua y jabón neutro, secarlo bien.**
- ❖ **Baños de sol: colocarlo detrás de un parabrisas, quitarle la ropa excepto el pañal, y cambiarlo de posición.**
- ❖ **Baño diario: a una temperatura adecuada.**
- ❖ **Asistir a la toma del tamiz metabólico**
- ❖ **Colocación de vacunas (BCG, polio)**
- ❖ **Lactancia materna exclusiva**
- ❖ **Asistir a Crecimiento y desarrollo del RN**

ANEXOS

FISIOPATOLOGIA:

HEMORRAGIA OBSTETRICA:

Es la pérdida sanguínea posparto mayor de 500 ml o pos-cesárea mayor de 1 000 ml, o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como: hipotensión, taquicardia, palidez de piel y mucosas.

CLASIFICACIÓN

Causa uterina:

- a) Atonía uterina
- b) Inversión uterina
- c) Retención placentaria y de restos placentarios
- d) Acretismo placentario

Causa extrauterina:

- a) Desgarros o laceraciones del tracto vaginal
- b) Trastornos de la coagulación

CAUSA UTERINA

Atonía uterina

Es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario.

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- ❖ Trabajo de parto prolongado
- ❖ Miomatosis uterina

- ❖ Macrosomía fetal
- ❖ Polihidramnios
- ❖ Embarazo múltiple
- ❖ Amnioititis
- ❖ Multiparidad
- ❖ Uso de oxitocina
- ❖ Antecedente de hemorragia posparto
- ❖ Uso de sulfato de magnesio
- ❖ Trabajo de parto precipitado
- ❖ Anestesia general
- ❖ Embolia de líquido amniótico

Prevención de la hemorragia posparto:

Manejo activo del alumbramiento

Estudios multicéntricos realizados en los últimos años y con los criterios de la medicina basada en la evidencia, recomienda el manejo activo del alumbramiento que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia posparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia posparto.¹

Medicamentos:

Oxitocina: se recomienda administrar oxitocina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior

Ergonovina: se recomienda administrar una ampolla de 0.2 mg IM o IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior.

Prostaglandinas: se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg (3 tabletas). En caso de no disponer de oxitocina o ergonovina.²²

TRATAMIENTO MEDICO DE LA ATONIA UTERINA:

Uterotonico	Dosis Inicial / Vía	Intervalo	Dosis de Mantenimiento
Oxitocina	10-40 u/1000 ml Sol. cristaloides/IV	Infusión rápida (10 a 20 ml/min)	Se sugiere continuar con 20-40 UI en 1,000 ml de Sol. Cristaloides IV para 8 horas.
Ergonovina	0.2 mg. IM o IV	Cada 2 a 4 horas	Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml de Sol. Cristaloides IV para 8 horas
Carbetocina	100 µg. IV	Dosis única	Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml Sol. Cristaloides IV para 8 horas
Misoprostol	800 µg SL o rectal	Cada 4 horas	Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml Sol. Cristaloides IV para 8 horas
Gluconato de calcio	1 gramo, diluido en 20 ml de solución glucosada al 5%	Administración lenta, Vigilar frecuencia cardiaca materna	Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml de Sol. Cristaloides IV para 8 horas

²² CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, **Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Lineamiento Técnico**, 2009 Secretaría de Salud, México, DF. P. 38

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Definición

Es la insuficiencia circulatoria y datos de hipoperfusión tisular acompañados de hipoxia, utilización de vías del metabolismo anaerobio y acidosis.

Prevención

Identificar en el período prenatal y durante la gestación a pacientes con riesgo de presentar hemorragia obstétrica, mediante la elaboración de una historia clínica completa, exámenes de laboratorio y la administración de hierro y ácido fólico durante la gestación.

Anticiparse a la hemorragia en este grupo de pacientes, mediante la referencia a un segundo o tercer nivel de atención en forma oportuna.

Capacitar en forma constante y actualizada a gineco-obstetras, anestesiólogos, cirujanos generales, médicos familiares, médicos generales, así como enfermeras, en el manejo médico y quirúrgico de la hemorragia obstétrica y sus complicaciones.

Incrementar la cantidad y disponibilidad de soluciones parenterales, sangre y derivados, así como medicamentos específicos en caso de presentarse una hemorragia obstétrica.

Estructurar lineamientos técnicos actualizados y completos para un mejor tratamiento en este grupo de pacientes con hemorragia obstétrica, enfocado a un tratamiento ordenado, como es la reanimación, evaluación, alto a la hemorragia, interconsulta con especialistas y tratamiento de las complicaciones.²³

²³ ibídem P.60

Diagnóstico

De acuerdo a la cantidad de hemorragia se manifiestan tres etapas con sus respectivos signos clínicos y que su tratamiento y pronóstico son diferentes para cada uno de ellos.

Tratamiento

La evaluación y manejo de una paciente que está sangrando y que puede desarrollar choque hipovolémico, es en forma simultánea, desde luego siempre con la finalidad de hacer una hemostasia adecuada para impedir mayor pérdida sanguínea.

Se recomiendan cinco puntos muy importantes para el tratamiento del choque hipovolémico, que forman parte de un esquema ordenado (REACT), estos puntos son:

- ❖ Reanimación
- ❖ Evaluación
- ❖ Alto a la hemorragia
- ❖ Consulta a especialistas
- ❖ Tratamiento de las complicaciones.

Reanimación:

Se debe realizar una valoración rápida del estado mental, presión arterial, pulso, temperatura

El paso inicial es el aporte de oxígeno, con paciente consciente y respiración espontánea: se administrará oxígeno de 6-8 L/minuto al 100% mediante una mascarilla o puntas nasales

Se tomará la decisión de intubar a la paciente de acuerdo al grado de insuficiencia respiratoria, para realizar ventilación mecánica, con cuantificación de gases sanguíneos arteriales

Se elevarán las piernas 30 grados

Dos o más vías permeables con punzocat de amplio calibre

Si la pérdida sanguínea es menor de 1 000 ml administrar soluciones cristaloides (Hartman o Fisiológica al 0.9%); éstas se equilibran rápidamente entre los compartimientos intravascular e intersticial. La cantidad de estos líquidos es de 1 000 a 3 000 ml dentro de las primeras 24 horas de la hemorragia

Soluciones coloidales (albúmina al 5%, hidroxietilalmidon al 6%, soluciones dextran). Se administrarán de acuerdo a las necesidades del paciente y disponibilidad de sangre y derivados

Si la pérdida sanguínea es mayor de 1 000 ml, se deberá transfundir sangre entera o paquete globular; el número de unidades a transfundir dependerá del grado de hemorragia, hemostasia, así como de la cantidad de soluciones administradas, soluciones coloidales y cristaloides o ambas

La administración de líquidos debe guiarse mediante PVC Presión Venosa Central de 3-4 cm H₂O o presión arterial pulmonar en cuña menor o igual a 18 mm Hg. También se puede guiar mediante la presión arterial, estado respiratorio, diuresis y la velocidad a la que continúa la pérdida sanguínea. Una buena regla es la de conservar el gasto urinario de 30 a 60 ml/hora y un hematocrito de al menos de 25% (27-33%), así como el conservar la presión sistólica mayor o igual a 90 mm Hg.²⁴

²⁴ ibídem 62-63

Evaluación:

Revaloración constante de signos vitales, cuantificación de hematocrito, hemoglobina y pruebas de coagulación, a intervalos regulares de 4-6 horas

Perfil bioquímico para descartar desequilibrio electrolítico

Cuantificación de diuresis mediante el uso de sonda Foley (mantener 30-60 ml/hora)

Monitorización fetal cuando hay hemorragias en anteparto o intraparto

No todas las pacientes requieren un monitoreo invasor de la presión venosa central o presión arterial pulmonar en cuña, ya que el uso de estos catéteres no carece de peligros y las decisiones en cuanto su uso deberán hacerse junto con el anestesiólogo o médico especialista en urgencias

El tratamiento farmacológico generalmente no se necesita, y sólo en casos de hemorragia severa y sin feto viable en útero se podrá administrar dopamina a dosis inicial de 5-10 mcg/kg/min. Con incrementos hasta 20 mcg/kg./min. Provocando efecto inotrópico positivo sobre el corazón y aumentando el riego sanguíneo renal con poco efecto sobre la resistencia periférica. La vida media de la dopamina es de 2 minutos

Hemostasia:

Traslado a quirófano de la paciente en tanto se continúa la reanimación. (embarazo ectópico roto, ruptura uterina, DPPNI, placenta previa con sangrado activo)

En la hemorragia postparto palpar el útero; si se encuentra con atonía o hipotonía, dar masaje uterino firme o compresión bimanual para expulsar el coagulo retenido y promover la contracción

Administrar 40 unidades de oxitocina diluidas en 1 000 ml de solución glucosada al 5% o en 1 000 ml de solución Hartmann. (No administrar la oxitocina por vía intravenosa rápida sin dilución porque puede agravar la hipotensión. Se pueden administrar estas soluciones a una velocidad de infusión de 125 ml/hora, o más de acuerdo a la situación).

En casos en los que no exista contraindicación, administrar metilergonovina a dosis de 0.2 mg por vía intramuscular o intravenosa

Se puede administrar gluconato de calcio 1gr/IM lento, dosis única

Sí se dispone de prostaglandina F2 (administrar en el miometrio a dosis de 1 mg, ó 0.25 mg de su análogo la 15 metil prostaglandina F2 (por vía intramuscular profunda o intramiometrio cada 15 a 90 minutos (vigilar efectos secundarios de vasodilatación como hipotensión, hipertermia y efectos gastrointestinales)

En caso de no reaccionar con tratamiento mecánico y farmacológico, pasar a la paciente a quirófano para la realización de ligadura de vasos como medida conservadora del útero en pacientes sin hijos vivos

En caso de no controlarse la hemorragia proceder a realizar preferentemente la histerectomía total.

La ligadura de las arterias hipogástricas, en ocasiones es necesaria a pesar de la histerectomía obstétrica, por lo que es una alternativa importante y se debe conocer la técnica quirúrgica

Se logra el tratamiento óptimo con la interconsulta con otros especialistas, por lo que se debe aprovechar al máximo la experiencia del grupo de médicos.²⁵

Las decisiones en cuanto a cuidados intensivos, reposición de sangre, analgesia y anestesia y de tratamiento después de la fase aguda, se toman de acuerdo con la opinión de los especialistas

Tratamiento de las complicaciones:

Se atenderá a la paciente en la unidad de cuidados intensivos hasta que los funcionamientos hemodinámico, respiratorio y renal sean satisfactorios

El tratamiento de la insuficiencia renal implica control adecuado de líquidos y el gasto urinario, equilibrio hídrico, tratamiento de la uremia, hiperpotasemia y el desequilibrio hidroelectrolítico.

Seguimiento en las pacientes tratadas con anticoagulantes y en aquellas que presentaron coagulación intravascular diseminada.

En pacientes que presentaron algún tipo de hemorragia es prudente administrar antibióticos profilácticos durante 24 a 48 horas después de la reanimación exitosa.

EMBARAZO MULTIPLE:

Definición

Se define como embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de dos o más embriones dentro de una misma gestación.

²⁵ ibídem 63

La incidencia de embarazo múltiple espontáneo se puede estimar por la ley de Hellin: gemelos = 1 x 80 embarazos; triples = 1 x 6.400 embarazos; cuádruple = 1 x 512.000 embarazos; quíntuples = 1 x 40.960.000 embarazos. La incidencia en la población general es del 1 por 80 partos, y en los últimos años se ha presentado un incremento progresivo en la incidencia de embarazos múltiples a nivel mundial debido al uso de inductores de la ovulación y a programas de fertilización asistida no obstante, en los embarazos espontáneos es del 1,6%, donde la mayoría corresponde a embarazos gemelares, puesto que la incidencia de embarazos de más de dos fetos espontáneos es anecdótica.

Clasificación

Se clasifican según su genotipo en monocigóticos o univitelinos (idénticos), y bicigóticos (no-idénticos o fraternos); o según su placentación, en monocoriales (una placenta) o bicoriales (dos placentas) sin embargo, desde el punto de vista ecográfico y clínico se distinguen tres tipos: los bicoriónicos-biamnióticos (9%), los monocoriónicos monoamnióticos (50%) y los monocoriónicos-diamnióticos (26%).

Monocigóticos: se presentan cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide y posteriormente se divide, dando como resultado gemelos idénticos, desde el punto de vista físico y genético.

Multicigóticos: resultante de la fecundación de dos o más óvulos por un número similar de espermatozoides, de uno o varios coitos, y en algunos casos de diferente progenitor, en un mismo período menstrual, dando como resultado fetos con características físicas y genotípicas diferentes, del mismo o de diferente sexo.

El embarazo dicigótico es el más frecuente, representa el 66% de los embarazos múltiples; la herencia es el factor más importante, se hereda en forma autosómica recesiva; las madres con antecedente de embarazo gemelar dicigótico tienen una probabilidad 2 a 4 veces mayor de que el fenómeno se repita en los embarazos

subsecuentes. El embarazo gemelar aumenta con la edad, la paridad y la raza, siendo más frecuente en la raza negra.²⁶

La placentación en la gestación gemelar monocigótica ocurrirá dependiendo del momento en que ocurra la división después de la fertilización:

1. Si ésta se efectúa entre 48 y 72 horas, el resultado será una placentación Bicorial-biamniótica; su frecuencia es del 30%.
2. Si ocurre entre los días 3 y 8 de la fecundación, existirá una placenta Monocorial-biamniótica; representa el 70% de los embarazos univitelinos (tiene importancia clínica por la alta incidencia de anastomosis vasculares dentro de la placenta).
3. Si la división del cigoto ocurre después del octavo día, dará origen a gemelos monocoriales-monoamnióticos, que representan menos del 2% de los embarazos gemelares monocigóticos.
4. Si la división ocurre después del día 13 de la fecundación, el resultado será el de gemelos unidos (siameses), representan 1 por cada 1.500 embarazos gemelares o 1 caso por cada 80.000 a 200.000 partos.

Según el tipo de unión, pueden ser:

- Craneópagos: unidos por la cabeza.
- Toracópagos: unidos por el tórax.
- Onfalópagos o xilopágos: unidos en la pared abdominal.
- Isquiópagos: unidos por el isquion
- Pigópagos: unidos por los glúteos

²⁶ GALLEGO Arbeláez Jaime, **Embarazo múltiple** Obstetricia integral Siglo XXI, MEXICO DF. 162

Diagnóstico

Con el advenimiento de la ecografía el diagnóstico de embarazo múltiple se hizo más fácil. En el primer o segundo trimestre (antes de las 16 semanas) la ecografía determina la corionicidad en el 100% de los casos; siendo el momento ideal para evaluar la corionicidad del embarazo múltiple entre las 11 y las 14 semanas. Se describen signos de presunción y de certeza.

Signos de presunción

- Se debe sospechar en la anamnesis por el antecedente de gemelaridad de la embarazada o de su rama materna.
- Desproporción entre la altura uterina y la edad gestacional por amenorrea.
- Auscultación de dos o más focos fetales con una diferencia de 10 a 15 latidos por minuto entre uno y otro(s).
- La palpación de dos o más polos fetales.
- Multiplicidad de partes fetales.
- Valores altos de subunidad beta de la HCG para la edad gestacional estimada por amenorrea.

Signos de certeza

El único método que permite un diagnóstico precoz y certero es la ecografía. Como se sabe, el embrión es visible a las 4 ó 6 semanas, ya sea en la ecografía trasvaginal o en la abdominal.

Complicaciones del embarazo múltiple

Cuando el útero grávido aloja dos o más fetos rebasan la capacidad continente, aumenta la posibilidad de expulsión de su contenido, y por lo tanto, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad feto-neonatal y materna.

Las complicaciones feto-neonatales pueden presentarse durante el embarazo o el parto; además, existen complicaciones propias del embarazo múltiple como: crecimiento discordante, muerte *in útero* de alguno de los fetos, síndrome de transfusión feto-fetal, gemelos monoamnióticos y perfusión arterial reversa en uno de los gemelos.

El riesgo de complicaciones maternas y fetales está aumentado, la tasa de mortalidad materna en las gestaciones múltiples es 3 a 7 veces mayor comparada con gestaciones únicas; la mortalidad perinatal es del 10 al 15%, cifra 5 a 6 veces mayor que en las gestaciones únicas, siendo la prematurez la primera causa de morbimortalidad.

Complicaciones maternas

- **Anemia:** la frecuencia de anemia aumenta entre un 30 a 40% en el embarazo múltiple; conviene administrar suplementación de hierro y ácido fólico si se tienen en cuenta los mayores requerimientos de la madre y los fetos, así como la posibilidad de mayor pérdida sanguínea en el parto.
- **Preeclampsia:** es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo múltiple, 3 a 5 veces mayor que en el embarazo de un solo producto. Se advierten aumentos de la tensión arterial más tempranamente y con mayor tendencia a la eclampsia.²⁷

²⁷ GALLEGO Arbeláez Jaime, **embarazo múltiple** Obstetricia integral Siglo XXI, MEXICO DF.164

- **Hemorragias ante e intraparto:** la placenta previa es dos a tres veces más frecuente en el embarazo múltiple, debido a una mayor superficie placentaria. El abruptio de placenta se presenta con mayor frecuencia, así como la hemorragia posparto asociada a la sobre distensión uterina y a la atonía.

- **Hiperémesis gravídica:** al inicio del embarazo se intensifican las desregulaciones neurovegetativas y el ptilismo. Al final de él, se manifiestan con mayor frecuencia las vórices, los edemas y la dificultad respiratoria (asociada al mayor tamaño uterino).

Otras complicaciones maternas son: la diabetes gestacional, la pielonefritis y la colestasis intrahepática del embarazo.

Complicaciones feto-placentarias

- **Aborto:** la frecuencia de aborto es 2 ó 3 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en los embarazos con feto único. El otro fenómeno relativamente frecuente (< 20%) es la desaparición espontánea de uno de los fetos antes de la semana 14 de gestación, cuando el diagnóstico se ha realizado por ecografía (feto evanescente).

- **Polihidramnios (30):** aproximadamente el 12% de los embarazos múltiples cursa con Polihidramnios; con relativa frecuencia esto ocurre antes de que los fetos adquieran viabilidad, lo que ensombrece de alguna forma el pronóstico fetal.

Pueden darse las siguientes situaciones: hidramnios crónico asociado a malformaciones fetales, hidramnios en uno de los sacos y en el otro oligohidramnios asociado a fetos discordantes y a transfusión feto-fetal, y finalmente, ligero aumento en el volumen de líquido amniótico sin significado clínico.²⁸

²⁸ ibídem 164

- **Parto pretérmino y ruptura prematura de membranas:** la principal causa de morbimortalidad en el embarazo múltiple es la prematurez; el 50% de los embarazos gemelares y el 88% de las gestaciones triples se resuelven antes de la semana 37 de la gestación; su incidencia es 12 veces mayor que en el embarazo único; en la mayoría de los casos el parto acaece espontáneamente o es precedido de una ruptura prematura de membranas (asociada a la presencia de infecciones cervicovaginales). Se ha considerado que una de las principales causas es la sobre distensión uterina y la frecuente asociación con polihidramnios. Los ensayos clínicos controlados han mostrado un efecto protector del reposo en aquellos embarazos que lo practicaron a partir de la semana 28 de gestación.

- **Restricción del crecimiento intrauterino:** afecta del 12 al 34% de los embarazos múltiples y se acentúa a medida que se acerca a su término; debe intentarse una investigación meticulosa de retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) a partir de la semana 22 en los embarazos monocoriales y de la 26 en los bicoriales.

Hay que prestar especial cuidado a la posible diferencia entre los dos fetos. Puede sospecharse una discordancia ponderal cuando el diámetro biparietal (DBP) intergemelar tenga una diferencia mayor de 5 mm, la diferencia del área abdominal sea superior a 3 cm² y la diferencia de los perímetros cefálicos sea mayor del 5%.

Es importante tratar de identificar si la discordancia entre ambos fetos se debe a RCIU en uno de ellos o se trata de una transfusión feto-fetal; en el primero de los casos su aparición es tardía, después del sexto mes, con un feto normal y otro pequeño y con sexos que suelen ser diferentes; en el segundo caso la aparición de discordancia suele ser temprana, el feto mayor suele ser hidrópico, frecuentemente con Polihidramnios, de sexo idéntico y placenta monocorial.

- **Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF):** se produce por descompensación hemodinámica, secundaria a las comunicaciones vasculares placentarias entre ambos fetos.²⁹

- 1- Crecimiento discordante (diferencia del 20% o más, entre uno y otro feto).
- 2- Placenta única.
- 3- Gemelos del mismo sexo.
- 4- Polihidramnios alrededor del feto más grande (receptor). Oligohidramnios en el feto pequeño (donante).
- 5- Diferencia en el volumen de líquido amniótico de ambos sacos.
- 6- Hidrops en uno de los gemelos.
- 7- Diferencia en el tamaño de los cordones.
- 8- Características del feto donante: RCIU, anemia, hipovolemia y oligohidramnios
- 9- Características del feto receptor: hidrops, hipovolemia y frecuentemente insuficiencia cardíaca secundaria y polihidramnios.

El manejo del STFF se orienta a realizar amniocentesis seriadas del saco con polihidramnios, cirugía intrauterina endoscópica con coagulación intravascular de las anastomosis vasculares superficiales, o ligadura endoscópica del cordón del gemelo donante.

- **Muerte intrauterina de uno de los fetos:** la muerte de uno de los fetos se presenta en el 3-4% de los embarazos gemelares, favoreciendo el paso de material trombo plástico al sobreviviente, lo que puede generar lesiones importantes en miembros, riñón y cerebro (encefalomalacia multiquística); es necesario realizar semanalmente pruebas de coagulación, TP, TPT, fibrinógeno, plaquetas y productos de degradación.

- **Presentaciones anómalas y accidentes funiculares:** en el embarazo múltiple hay mayor incidencia de presentaciones y posiciones anómalas en comparación con la gestación única; de igual forma, el prolapso del cordón umbilical es más frecuente.

²⁹ ibídem 165

Todo ello debido a la multiplicidad de partes fetales, a la asociación con Polihidramnios y la ruptura prematura de las membranas.

La mortalidad perinatal en gemelos es 5 a 6 veces mayor que en las gestaciones únicas, siendo mayor la morbimortalidad en los embarazos monocigóticos. Otros factores que contribuyen son la prematuridad, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, las presentaciones anómalas y el parto quirúrgico.

Manejo del embarazo gemelar

El pronóstico de un embarazo múltiple depende principalmente de tres condiciones: 1) el número de fetos, 2) la edad gestacional al momento del diagnóstico, y 3) la corionicidad.

1. Control prenatal cada 15 días hasta la semana 26, y a partir de este momento, cada semana hasta el parto.
2. Vigilancia estricta del peso, aumentos importantes significarán retención de líquidos (pre eclampsia) o riesgo de diabetes gestacional.

Incrementos inadecuados se asocian con mayor probabilidad de RCIU. Así mismo, es necesario vigilar estrechamente el hemograma, la tensión arterial, la presencia de edemas y la proteinuria.

3. Debe realizarse una investigación ecográfica rigurosa del crecimiento fetal cada 2 a 4 semanas a partir de la semana 22 de gestación, en los embarazos monocoriales, y a partir de la 26 en los bicoriales, evaluando en forma estricta los pesos, la circunferencia abdominal y, en lo posible, la velocimetría doppler de los fetos.

4. En lo posible, efectuar prevención del parto prematuro y la preeclampsia. En el primero de los casos, haciendo estudio de infecciones cervicovaginales, examen

vaginal en cada control para analizar si hay o no modificaciones, y en lo posible realizar cervicometría.

En el segundo, administrar calcio 1-2 g/día y 100 mg/día de ácido acetilsalicílico (si se observa Notch en las arterias uterinas) desde la semana 14 hasta la semana 34 de gestación (conducta sujeta a controversia)

5. Iniciar esquema de maduración pulmonar fetal con glucocorticoides a partir de la semana 26 de la gestación.

6. Reposo en cama, en lo posible en decúbito lateral izquierdo, con un mínimo de 9 a 10 horas diarias, aumentando una hora diaria por cada mes que avance la gestación.

7. Restricción de viajes, deportes o cualquier esfuerzo físico.

8. Prohibición de relaciones sexuales (50).

9. Información adecuada a los padres sobre los riesgos maternos y fetales del embarazo múltiple, especialmente el de prematuridad.

10. Administrar progesterona o tocolíticos si existe irritabilidad uterina.

11. Dieta hiperproteica (1,5-1,8 g de proteína por kg/peso), más un aporte adicional de 300 kcal/día. En general se debe procurar un aumento de 750 gramos semanales a partir de la segunda mitad del embarazo (semana 20 de gestación), total de peso entre 14 a 16 kg.

12. Suplemento de 60-80 mg/día de hierro elemental (para evitar anemia), ácido fólico 1 mg/día y ácidos grasos poliinsaturados. Suplencia de calcio de 1.500 a 2.000 mg/día (riesgo de pre eclampsia); zinc, 20 mg (reducción de parto pretérmino); vitamina C, 50 mg/ día; magnesio, 450 mg (requerimiento diario).

13. Hoja de movimientos fetales, monitoria y perfil biofísico cada semana.

14. Si no existen indicaciones obstétricas diferentes, el manejo del embarazo múltiple debe ser expectante e idealmente llegar al término y la vía del parto ser la vaginal. Si se presentan condiciones anómalas que hagan sospechar o confirmar una distocia, la vía del parto debe ser la operación cesárea. El posparto ha de estar caracterizado por una vigilancia estrecha del sangrado genital de la madre y la contracción del útero.³⁰

RUPTURA UTERINA

Definición

Es la presencia de cualquier desgarramiento del útero, no se consideran como tales la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

Clasificación

Se clasifican de acuerdo a dos criterios: espontaneidad y grado de víscera involucrada.

Espontánea: cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico.

Traumática: en las que ha intervenido algún factor extrínseco (oxitócicos, parto pélvico, fórceps o versión interna)

Completa: abarcan todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral

Incompleta: no incluyen el peritoneo visceral

Total: involucran tanto el segmento como el cuerpo uterino

Parcial: sólo involucran el segmento o el cuerpo del útero.³¹

³⁰ ibídem 165.168

³¹ op cit CENTRO NACIONAL, p 38

Prevención

El conocer los factores predisponentes que pueden ocasionar la ruptura uterina durante el estado grávido y puerperal, es el aspecto más importante para lograr una prevención más completa, así como para la realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno de pacientes con esta patología obstétrica.

Factores de riesgo

- ❖ Cicatriz uterina previa (cesárea, miomectomía, etc.)
- ❖ Trabajo de parto prolongado
- ❖ Maniobra de Kristeller
- ❖ Exceso en el uso de oxitocina, prostaglandinas
- ❖ Parto pélvico
- ❖ Multíparas
- ❖ Presentaciones anómalas
- ❖ Infecciones uterinas
- ❖ Enfermedad trofoblástica gestacional
- ❖ Legrados uterinos repetidos
- ❖ Adenomiosis

Diagnóstico en los tres niveles de atención

La identificación de la ruptura uterina no es siempre fácil, ya que frecuentemente no aparece el cuadro clínico típico (dolor intenso y súbito, hemorragia, choque hipovolémico) o bien se encuentra oculta por la presencia de analgesia o anestesia.

Se deberá sospechar siempre que se presenten algunas de las siguientes circunstancias:

- ❖ Palpación de partes fetales en forma superficial o en zonas altas del abdomen
- ❖ Detención en el trabajo de parto
- ❖ Dolor supra púbico súbito e intenso

- ❖ Hemorragia trasvaginal
- ❖ Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (frecuentemente ausencia de latido fetal)
- ❖ Anillo de retracción patológico de Bandl previo a la ruptura
- ❖ Taquicardia e hipotensión arterial no explicables
- ❖ Hematuria.

Tratamiento en el primer nivel de atención

Está encaminado a establecer las medidas de soporte para evitar o revertir la hemorragia y el choque hipovolémico. Se deberá referir de urgencia al segundo nivel de atención ante la sospecha de ruptura uterina para su tratamiento quirúrgico y de acuerdo a las condiciones de traslado.

Tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención

El tratamiento es siempre quirúrgico; se podrá optar por la conducta conservadora cuando las condiciones de la paciente, el tipo, extensión y localización de la ruptura lo permitan. En los casos restantes, deberá practicarse la histerectomía total o subtotal de acuerdo a las dificultades técnicas o a las condiciones maternas.³²

PROCESOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO:

Hipertensión gestacional

Es la causa más frecuente de hipertensión arterial durante el embarazo, presentándose hasta en un 20% en mujeres nulíparas.

³² op cit 38-39

El diagnóstico se establece cuando existe: hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg después de la semana 20 de la gestación y hasta las primeras 12 semanas después del parto pero sin presencia de proteinuria.

No deben de pasar más de 7 días entre la primera medición de la presión arterial y la segunda.

La hipertensión puede acompañarse de cefalea, acúfenos, fosfenos y si desaparece la hipertensión durante el parto o en las primeras doce semanas después de éste se denomina hipertensión transitoria.

La hipertensión gestacional puede progresar a la preeclampsia particularmente si se presenta proteinuria.

Preeclampsia leve

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- ▶ Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg
- ▶ Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hr. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).

Preeclampsia severa

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.³³

³³ CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, **prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia Lineamiento Técnico**, secretaría de Salud Cuarta edición abril 2007, México DF. P22-23

- ▶ Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg
- ▶ Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- ▶ Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- ▶ Trombocitopenia $\leq 150\ 000$ cel/mm³
- ▶ Incremento de la deshidrogenasa láctica ≥ 600 UI
- ▶ Elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) = alanino amino transferasa (ALT) o de la transaminasa glutámico pirúvica (TGP) = aspartato amino transferasa (AST)
- ▶ Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- ▶ Epigastralgia
- ▶ Restricción en el crecimiento intrauterino
- ▶ Oligohidramnios
- ▶ Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas
- ▶ Edema agudo de pulmón
- ▶ Dolor en hipocondrio derecho

Eclampsia

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas de convulsiones.

Signos y síntomas de alarma para eclampsia

- ▶ Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg o presión arterial diastólica mayor igual de 115 mm Hg
- ▶ Proteinuria mayor o igual a 5 gr/dl.
- ▶ Náusea, vómito, cefalea
- ▶ Epigastralgia
- ▶ Trastornos de la visión
- ▶ Hiperreflexia generalizada
- ▶ Estupor
- ▶ Irritabilidad

Síndrome de HELLP

El síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (síndrome de HELLP) es considerado como una complicación de la preeclampsia

Su diagnóstico es variable e inconsistente. La hemólisis se define como el incremento en las bilirrubinas totales, de la deshidrogenasa láctica y anemia microangiopática, ésta última es punto clave de la triada del síndrome de HELLP. Los hallazgos clásicos de la hemólisis microangiopática son la presencia de esquistocitosis y equinocitos en frotis de sangre periférica y se debe establecer el diagnóstico de síndrome de Hellp con la presencia de uno o más de los siguientes criterios:

Criterios para establecer el diagnóstico de síndrome de HELLP

Plaquetas	TGO/AST	DHL	Bilirrubina total
< 100 000/mm³	≥70U/L	≥600U/L	> 1.2 mg/dl

Por la gravedad de esta variedad clínica, las pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP tienen mayor riesgo y deben ser manejadas en la Unidad de Cuidados Intensivos preferentemente.

Los siguientes trastornos médicos y quirúrgicos pueden confundirse con el síndrome de HELLP por lo que en ocasiones se debe realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes patologías:

- ▶ Hígado graso del embarazo
- ▶ Apendicitis
- ▶ Trombocitopenia idiopática
- ▶ Diabetes insípida
- ▶ Litiasis renal
- ▶ Enfermedades de la vesícula biliar
- ▶ Úlcera péptica
- ▶ Gastroenteritis
- ▶ Pielonefritis
- ▶ Glomerulonefritis
- ▶ Lupus eritematoso sistémico
- ▶ Síndrome urémico hemolítico
- ▶ Púrpura trombocitopénica trombótica
- ▶ Encefalopatía hepática
- ▶ Hepatitis viral
- ▶ Hiperémesis gravídica
- ▶ Pancreatitis
- ▶ Intoxicación severa por sustancias psicoactivas(cocaína)

Hipertensión crónica

P Se diagnostica cuando existe hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg antes de la semana 20 de gestación o la que persiste después de doce semanas posteriores al parto.

Las pacientes con hipertensión crónica deben ser evaluadas antes del embarazo para determinar la severidad de la hipertensión y facilitar la planeación de un embarazo mediante el cambio de medicamentos y de hábitos higiénico-dietéticos para evitar complicaciones.

Se deberá descartar en pacientes con hipertensión de larga evolución la presencia de hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía y daño renal.

En caso de que ya existan complicaciones, la paciente debe ser informada de que el embarazo puede agravar estas situaciones y ser orientada para adoptar un método anticonceptivo definitivo.

TRATAMIENTO:

Preeclampsia leve

El médico del primer nivel de atención realizará el diagnóstico presuntivo de cualquier trastorno hipertensivo asociado al embarazo y valorará la prescripción de medicamentos antihipertensivos sólo en casos en que existan pacientes con cifras diastólicas mayores de 100 mm Hg o presencia de signos y síntomas de vasoespasmo persistentes. Se efectuará la referencia de la paciente a un segundo nivel de atención, con historia clínica completa y nota de traslado para su manejo y tratamiento definitivo hasta la resolución del embarazo.

Referencia y contra referencia

Se debe insistir a la paciente y a sus familiares sobre la gravedad del padecimiento, para que acuda al segundo nivel de atención el mismo día de realizada la referencia, para disponer de los servicios necesarios para su evaluación y manejo oportuno.

El primer nivel de atención deberá corroborar que la paciente acudió y fue valorada en el segundo nivel mediante visita domiciliaria o reporte de trabajo social.

La contra referencia del tercer o segundo nivel al primero, cumplirá los criterios de solución definitiva y completa de la paciente que haya presentado cualquier trastorno hipertensivo en su embarazo, sin presencia de secuelas o patología subyacente.

Las pacientes con antecedente de eclampsia, preeclampsia severa y otras complicaciones deben continuar su seguimiento preferentemente en el segundo nivel de atención por tratarse de pacientes con factor de alto riesgo para embarazos subsecuentes.³⁴

³⁴ ibídem 25-27

- Preeclampsia severa

La referencia y traslado de una paciente con preeclampsia severa debe realizarse con urgencia y preferentemente en ambulancia hacia el 2º y 3er nivel de atención, al respecto se consideran las siguientes medidas terapéuticas:

Medidas Generales

- ▶ No alimentos por vía oral
- ▶ Reposo en decúbito lateral izquierdo
- ▶ Vena permeable con venoclisis:
- ▶ Pasar carga rápida 250 cc de solución (cristaloide) mixta, fisiológica o Hartmann en 10 a 15 minutos.
- ▶ Continuar con solución cristaloide 1000 cc para pasar en 8 horas.
- ▶ Colocación de sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria mediante tira reactiva.
- ▶ Medición de la presión arterial cada 10 minutos y frecuencia cardiaca fetal.

Medicamentos para la crisis hipertensiva

Antihipertensivos	Indicaciones
Nifedipina	Administrar 10 mg. por vía oral (vaciar contenido y deglutir) y pasar simultáneamente carga de solución cristaloide. *Sólo en casos de continuar la presión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg, se repetirá la dosis cada 30 minutos, por misma vía. Dosis máxima: 50 mg.
Hidralazina	Administrar un bolo inicial de 5 mg IV, continuar con bolos de 5 a 10 mg cada 20 minutos. Dosis máxima: 30 mg.
Labetalol	Iniciar con 20 mg IV seguido de intervalos de 40 a 80 mg. Cada 10 minutos. Hasta una dosis acumulada máxima de 220 mg. También se puede usar una infusión continua IV de 1 a 2 mg/min en lugar de la dosis intermitente

Una vez estabilizada la paciente (cifra diastólica \leq 100 mm Hg) continuar con tratamiento de mantenimiento mediante:

- ▶ **Alfametildopa:** 250 a 500 mg. VO. cada 6 a 8 horas
- ▶ **Hidralazina:** 30 a 50 mg. VO. cada 6 a 8 horas. ó
- ▶ **Nifedipina:** 10 mg. VO cada 8 hr.

Referencia

El traslado de estas pacientes es una urgencia y debe ser preferentemente en ambulancia y con personal médico acompañante, continuando con las medidas generales antes mencionadas. El embarazo se deberá interrumpir en el segundo nivel de atención preferentemente en un plazo no mayor a 6 horas.

Eclampsia

Las siguientes medidas generales y terapéuticas deben realizarse en forma urgente y sincronizada.

Medidas generales

- ▶ Mantener las vías respiratorias superiores permeables y la ventilación (puede utilizarse la cánula de Guedel)
- ▶ Evitar la mordedura de la lengua
- ▶ Evitar traumatismos durante la crisis convulsiva
- ▶ Aspirar secreciones de las vías respiratorias superiores
- ▶ Canalizar vena con venoclisis: pasar carga rápida 250 cc de solución (cristaloide) mixta, fisiológica o Hartmann en 10 minutos y continuar con solución cristaloide 1000 cc para pasar en 8 horas
- ▶ Instalar sonda Foley (cuantificar volumen urinario y proteinuria)
- ▶ Medición de presión arterial, frecuencia cardíaca y de la frecuencia respiratoria, valorar la coloración de la piel y conjuntivas, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias, y estado de la conciencia
- ▶ No alimentos por vía oral

Prevención de crisis convulsivas Sulfato de Magnesio

Impregnación	Administrar 4 gramos IV diluidos en 250 ml de solución glucosada, pasar en 20 minutos.
Mantenimiento	Continuar con 1 gramo por hora. La dosis de mantenimiento sólo se debe continuar, si el reflejo patelar esta presente, la frecuencia respiratoria es mayor de 12 por minuto y la uresis mayor de 100 ml en 4 horas. La pérdida del reflejo patelar es el primer signo de hipermagnesemia. El Sulfato de magnesio se debe continuar por 24 a 48 horas del posparto, cuando el riesgo de recurrencia de las convulsiones es bajo.

En caso de no contar con sulfato de magnesio utilizar cualquiera de los dos siguientes:

Fenobarbital	Administrar una ampolleta de 330 mg. IM o IV cada 12 horas.
Difenilhidantoina sódica	Impregnación: 10 a 15 mg/kg, lo que equivale a la administración de 2 a 3 ámpulas de 250 mg. Aforar en solución salina y administrar a una velocidad no mayor de 50 mg por minuto, (con pruebas de funcionamiento hepático normales) Mantenimiento: 5 a 6 mg/kg dividido en tres dosis.

Referencia

El traslado de estas pacientes es una urgencia, la cual debe hacerse preferentemente en ambulancia y con personal médico y enfermera acompañante, continuando con las medidas generales antes mencionadas. El embarazo se debe interrumpir en un plazo no mayor a seis horas.³⁵

³⁵ ibídem 27-30

BIBLIOGRAFIA:

1. AHUED, A. J. R. **Obstetricia y Ginecología aplicados**, México, Ed Interamericana. 2000 477pp.
2. CABRERO Roura Luis et al, **Tratado de ginecológica y obstetricia y medicina de la reproducción**, 2 ed.: Madrid. Ed. Panamericana; 2004, 1896
3. CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, **Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, Lineamiento Técnico**, 2009 Secretaría de Salud, México, DF.
4. CENTRO Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, **prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia Lineamiento Técnico**, secretaria de Salud Cuarta edición abril 2007, México DF.
5. DELGADO J, Fernández del Castillo C, **Ginecología y Reproducción humana**. México. Ed. COMEGO; 2006.
6. DIKASON, Elizabeth Jean (1995). **Enfermera Materno-Infantil**. Ed. Mosby Doyma, Madrid-España, 749 Pp.
7. DOENGES M, et.all **"Planes de cuidados de enfermería" 7ª edición México 2006, McGraw-Hill**.
8. GALLEGO Arbeláez Jaime, **embarazo múltiple** Obstetricia integral, Siglo XXI, MEXICO DF.
9. GONZÁLEZ Merlo, J. (2006) **Obstetricia**. Ed. Masson, Barcelona, España. 870 Pp.
10. HENRY M. **Seidel. Manual de exploración física MOSBY. 5ª edición**. Editorial Elsevier. España, 2003 INPER. (2003). **Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología**, Ed. Inper, S.S. México, D.F.
11. KARCHER, K. S. **Obstetricia y medicina perinatal**. México. Ed COMEGO. 2006. 873 pp.

12. KNOR, Emily (1990). **Decisiones en Enfermería Obstétrica**, Ed. Doyma; Barcelona-España, 286 Pp.
13. LODEWIG, W. P. **Enfermería maternal y del recién nacido**. España. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. 2006. 1003
14. NANDA Internacional. **Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006**. Editorial Elsevier. De la teoría a la práctica “El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI”. 2ª edición. Editorial Masson.
15. NETTER, S. R. **Obstetricia, Ginecología y salud de la mujer**. España Ed. Masson. 2005 592 pp.
16. OLDS, Sally B (1995). **Enfermera Materno Infantil** 10 edic., Ed. Interamericana. Mc Graw Hill, México, D.F. 1283 Pp.
17. REEDER, (1995). **Enfermería Materno-Infantil**. Ed. Interamericana-McGraw Hill, México, D.F. 1421 Pp.
18. ROSALES Susana **Fundamentos de enfermería**. 3ra edición, Manual moderno. México. 2004.
19. SCOTT, James R. (2005) **Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth**. 6a. edic, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México, D.F. Pp. 1296.
20. ORTIZ Chapa Federico, **Diccionario de especialidades farmacéuticas**, edición 55, PLM, México DF, 2009.
21. WILLIAMS, J. (2006) **Obstetricia** de Williams. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, D. F. 1439 Pp.
22. Web: Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según Necesidades Humanas Básicas: <http://www.terra.es/personal/duenas/diagnanda1.htm>