

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UNA MUJER CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO
DE ACUERDO CON LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MAYRA DEL CARMEN LÓPEZ PALACIOS

CUENTA: 409545496

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

S.L.P. MEXICO, SEPTIEMBRE DE 2017.



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi luz y mi camino por brindarme una vida llena de experiencias y sobre todo felicidad, por darme la fortaleza de seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mis padres Alfredo y Lucía por su apoyo, la orientación que me han dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida. Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darme para enfrentar los momentos más difíciles y sobre todo gracias por el amor tan grande que me dan.

A mis hermanos Irving y Daniel por ser parte importante de mi vida a los cuales amo ya que siempre han estado a mi lado en las buenas y malas apoyándome incondicionalmente.

A la Escuela De Enfermería Cruz Roja Mexicana por mi formación profesional como enfermera y así poder brindar un trabajo de calidad a mis pacientes, gracias a mis maestros, amigos y compañeros que fueron parte importante en mi fase como estudiante.

Un agradecimiento muy especial a mi estimada Doctora Gandhi Ponce Gómez por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar han sido fundamental para mi formación, ella ha inculcado en mi un sentido de seriedad y responsabilidad, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido siempre le estaré eternamente agradecida Dios la bendiga siempre.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios y a mis padres.

A Dios porque jamás me abandono en ningún momento, por haberme permitido concluir mi carrera. A mi madre Lucía por ser mi amiga y compañera porque siempre estuviste pendiente de mí a pesar de que estaba lejos de casa gracia por tu amor incondicional.

A mi papá Alfredo gracias por ser el mejor padre que Dios y la vida me pudo dar por todos tus consejos, gracias infinitas a ambos porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo para hacer de mí una persona mejor.

Por siempre estar al pendiente de mí y cuidarme, a mi gemelita Esmeralda por ser mi otra mitad el más grande amor que la vida me pudo dar, a mi nana y mi tío Meré por su infinito amor.

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	3
III.	OBJETIVO	4
IV.	METODOLOGÍA.....	5
V.	MARCO TEÓRICO	6
5.1.	MARJORY GORDON	6
5.2.	PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	7
5.3.	PREECLAMPSIA:	8
5.4.	EPIDEMIOLOGÍA	9
5.5.	FISIOLOGÍA.....	9
5.6.	FISIOPATOLOGÍA.....	10
5.7.	FACTORES DE RIESGO.....	10
5.8.	SIGNOS Y SÍNTOMAS:	11
5.9.	COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO:.....	11
5.9.1.	Complicaciones fetales del síndrome hipertensivo del embarazo ...	11
5.9.2.	Eclampsia.....	12
5.9.3.	Síndrome HELLP	14
5.9.4.	Hígado graso agudo del embarazo	15
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO.	16
6.1.	ANTECEDENTES PERSONALES:.....	16
6.2.	VALORACIÓN FÍSICA.....	17

VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	19
7.1. PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD.....	19
7.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO	19
7.3. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO	19
7.4. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO.....	19
7.5. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL	20
7.6. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO.....	20
7.7. PATRÓN ROL - RELACIONES.	20
7.8. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN.....	20
7.9. PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.	20
7.10. PATRÓN VALORES - CREENCIAS.....	20
VIII. PLAN DE ATENCIÓN.....	21
8.1. PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA (00228)	21
IX. PLAN DE ALTA	31
X. CONCLUSIONES	34
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

Para hacer frente a las necesidades del paciente en nuestra formación profesional se nos brinda varias teorías que explican el fenómeno del Cuidado que es el actuar de enfermería y su fundamentación. Para el caso que nos ocupa, se ha seleccionado la valoración de la persona por medio de los Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple con todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Los Patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades son configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

El personal de enfermería gracias a sus conocimientos científicos y sentido humanístico, es lo que nos distingue de las demás profesiones, otorgamos una atención holística al paciente afectado en conjunto con el personal multidisciplinario en diferentes instituciones hospitalarias.

En el presente trabajo se aborda lo que es la enfermedad Hipertensiva en el embarazo, y cómo influye en gran medida en la vida cotidiana de una persona y su familia. La constancia del trabajo y la disciplina son muy importantes. La elaboración de un plan de cuidados acerca de la Enfermedad Hipertensiva n el

embarazo, una patología que afecta a la mayor parte de la población, entre ellas las personas dl sexo femenino en edad fértil.

La hipertensión arterial es la segunda causa de muerte materna en nuestro país. A veces la hipertensión en el embarazo se asocia a un cuadro clínico llamado "preeclampsia", su síntoma principal es la presión alta, esta es una complicación del embarazo muy peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos pone en peligro la vida del bebé y de la madre.

Los objetivos principales es prevenir la enfermedad, evitar la recurrencia, acelerar la curación y prevenir las complicaciones con el tratamiento adecuado además de los objetivos generales y específicos que se lograrán al ejecutar dicho proceso, así como la metodología de valoración de caso y el modelo teórico realizado.

Se incluyen conclusiones sobre el caso, así como sugerencias y bibliografía.

II. JUSTIFICACIÓN

Teniendo presente que el objeto de estudio de la enfermería es el Cuidado a la persona, se debe contar con una eje o columna vertebral que permita brindar los cuidados tras un proceso de pensamiento y elaboración de diagnósticos con las respectivas intervenciones; este camino es el Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El presente PAE con base en una valoración previa por Patrones Funcionales de Gordon, se implementó dando seguimiento en el área de ginecología a una persona del sexo femenino de 30 años de edad; proporcionando atención en sus consultas prenatales, implementando cuidados de enfermería para el mejoramiento del estado de salud de la paciente. Así como su corta estancia en el hospital para la prevención de complicaciones que pueden ocurrir dentro del hospital.

III. OBJETIVO

Aplicar los conocimientos teóricos, por medio del proceso cuidado enfermero al paciente, en el área de Ginecología del hospital del Niño y la Mujer a una persona con Alteración del patrón de Marjory Gordon.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Valorar a la paciente de ginecología mediante la Valoración de Marjory Gordon.
- Proponer y ejecutar un Plan de atención de acuerdo a las necesidades que emerjan tras la valoración.
- Brindar una atención de calidad que permita al paciente reintegrarse lo más pronto posible a su entorno.

IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio durante las prácticas de Octavo semestre en la sala de Ginecobstetricia, la forma en que se realizó el trabajo del caso clínico fue por patrones funcionales y valoración focalizada llevadas a cabo en la fase posoperatoria del paciente resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba la paciente. Realizando una Valoración de los Patrones Fundamentales propuestos por Marjory Gordon para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones al realizar.

Se le dio un seguimiento desde el indicado.

Se realizó una investigación del procedimiento quirúrgico realizado, así como el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos. Se llevó a cabo un plan de alta según el seguimiento dado.

Se continuó el seguimiento en hospitalización, para valorar las capacidades físicas afectadas.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico .

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts.

5.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.¹

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Paciente refiere realizar sus necesidades de eliminación sin ningún problema

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Paciente refiere realizar caminatas durante todas las mañanas, y su pasatiempo es leer.

Patrón 5: Sueño – descanso: Refiere dormir de 6 a 8 horas por la noche sin dificultad, y en el día no duerme.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Paciente describe que en algunas ocasiones se siente triste con muchas ganas de llorar

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto: La paciente se describe como una persona tranquila y no problemática, le gusta que las cosas sean realizadas bien.

Patrón 8: Rol – relaciones: Paciente dice que se lleva muy bien con toda su familia con mucha armonía, refiere estar bien establemente con su pareja con problemas normales de relación.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Paciente refiere que es su segundo embarazo y que si piensa tener otro hijo pero 2 años después de este embarazo.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés: Paciente refiere estresarse muy fácilmente, le molesta mucho el ruido siempre, le gusta escuchar música instrumental que la relaje y sentirse tranquila.

Patrón 11: Valores – creencias: Paciente refiere ser de religión católica y tener mucha fe en dios y en la virgen de Guadalupe.

5.3. PREECLAMPSIA:

La preclampsia se define como la presencia de hipertensión gestacional asociada a proteinuria significativa (>300mg en 24 horas).

Hipertensión Gestacional:

- Presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg en una mujer previamente normotensa, después de las semanas 20 de gestación. En dos tomas separadas por un intervalo de 4 o 6 horas entre una y otra, con ausencia de proteinuria.

Definición o concepto de la enfermedad

Las enfermedades hipertensivas son la complicación más frecuente durante el embarazo; comparando las pacientes con embarazo no complicado con aquellas que presentan hipertensión crónica la frecuencia de preeclampsia se incrementa 10 veces. En pacientes con hipertensión crónica que no desarrollan preeclampsia la muerte perinatal se produce en 0.3% de los casos, en cambio si desarrollan preeclampsia se produce en 10% de los casos.

5.4. EPIDEMIOLOGÍA

La hipertensión ocurre aproximadamente en 6 a 10% de los embarazos. Las Enfermedades Hipertensivas³ del Embarazo y en especial la preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y de las más importantes de mortalidad materna y perinatal, se calcula que mueren anualmente en el mundo 50,000 mujeres por preeclampsia. En países en vías de desarrollo como los de América Latina y el Caribe constituye la principal causa de muerte materna (>25%). (Villanueva-Egan, 2007; Sánchez R. 2010).

A nivel mundial su incidencia se estima en pacientes sin factores de riesgo va de 3 al 8% y en pacientes con factores de riesgo de 15-20. (Sibai B, 2005). En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, la preeclampsia representa hasta 34% del total de las muertes maternas, por lo que constituye la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo. (Sánchez R. 2010).

5.5. FISILOGÍA

En general es posible realizar prevención primaria cuando los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad se conocen y es posible manipular los determinantes involucrados en su etiología. En la preeclampsia aunque se conocen elementos claves de la fisiopatología, como la invasión citotrofoblástica endovascular de las arterias espirales y la disfunción endotelial, se desconoce lo que da lugar a estos eventos, probablemente por

esto, no se ha podido prevenir. Se han identificado importantes factores de riesgo para el desarrollo de este padecimiento, algunos de los cuales podrían ser manipulados y en teoría disminuir la probabilidad de desarrollar este síndrome; pueden ser útiles también para identificar grupos de riesgo para realizar tamiz en Primer Nivel de Atención Médica

5.6. FISIOPATOLOGÍA

La prevención secundaria, es posible cuando, además de conocer los mecanismos fisiopatológicos, existen medidas de intervención y corrección de estos cambios y si se dispone de métodos de detección temprana.

En la preeclampsia los criterios diagnósticos aceptados son la proteinuria y la hipertensión arterial y se ha demostrado que aparecen “semanas o meses” después de la invasión trofoblástica anormal y daño endotelial, que por el momento, marcan el inicio del síndrome, por lo tanto el diagnóstico temprano de preeclampsia todavía no es posible.

5.7. FACTORES DE RIESGO.

Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la preeclampsia, los factores más conocidos son los siguientes:

Tabaquismo

Obesidad

Bajo peso materno

Nuliparidad.

5.8. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Aumento Súbito de Peso

Náuseas y/o Vómito

Dolor Abdominal (del área estomacal) y/o Dolor del Hombro

Dolor Lumbar (espalda baja)

Dolor de Cabeza

Cambios en la Visión

Hiperreflexia

Pulso acelerado, confusión mental, sensación creciente de ansiedad dificultad respiratoria o dolor en el pecho, sensación de fatalidad inminente

5.9. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO:

5.9.1. Complicaciones fetales del síndrome hipertensivo del embarazo

Las complicaciones fetales pueden ser agudas o crónicas. Dentro de las complicaciones agudas del síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) están el desprendimiento de placenta normoinserta (DPNI) y el sufrimiento fetal agudo (SFA); entre las complicaciones a largo plazo, la principal es la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Con respecto a este punto es importante recordar la hipótesis de Baker, que postula que una nutrición intrauterina pobre, asociada a otros factores, puede alterar el crecimiento normal durante períodos críticos de la vida intrauterina, lo que puede afectar en forma permanente la estructura y fisiología de distintos órganos (1). Esto se asocia a mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial crónica en la vida adulta, asociación que es

estadísticamente significativa e independiente del grupo social, hábito de consumo de alcohol y tabaco y grado de obesidad que el paciente llegue a tener (2). Asimismo existe mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, ya que la tasa de mortalidad por esta condición disminuye progresivamente a medida que aumenta el peso al nacer. También hay una correlación positiva con las tasas de diabetes mellitus e hiperinsulinemia.

Complicaciones maternas del SHE

De acuerdo con datos de la OMS, 192 mujeres mueren cada día en el mundo por complicaciones del SHE (5), mientras que cifras provenientes de los Estados Unidos muestran que la preeclampsia (PE) y sus complicaciones son la causa de 20 a 50% de los ingresos obstétricos a UCI y de 12 a 17% de las muertes maternas, de manera que es un problema que se asocia a mortalidad y daño (6). En Chile, el SHE fue la segunda causa de muerte durante el período 1990-1996 y fue la causa de 20% de las muertes maternas. Si se desglosa de acuerdo con los objetivos de la OMS, en los años 1990, 2000 y 2003 alrededor de 30% de las muertes maternas fueron atribuibles a SHE.

5.9.2. Eclampsia

La eclampsia es un cuadro clínico que se define como la ocurrencia de convulsiones en una mujer embarazada antes, durante o después del parto, en ausencia de otros trastornos neurológicos y, generalmente, en forma concomitante con síntomas y signos de PE. La incidencia es baja, aproximadamente 1 en 1.600 embarazos; 50% ocurre antes del parto y el resto, intraparto o postparto. La mayoría de los casos postparto ocurren dentro de las primeras 48 horas, por lo que es necesario mantener el sulfato de magnesio durante 24 a 48 horas después del parto según la gravedad del cuadro hipertensivo. Un dato interesante es que 38% de las pacientes no tiene

hipertensión arterial ni proteinuria en el momento de la convulsión. El diagnóstico diferencial de estas pacientes se debe hacer con encefalopatía hipertensiva, epilepsia, hemorragia intracraneana, trombosis del seno sagital superior, encefalitis, meningitis o rotura de aneurisma cerebral.

El manejo de la eclampsia consiste en:

- Proteger la vía aérea
- Controlar y prevenir las convulsiones
- Controlar la presión arterial
- Evaluar de la unidad feto-placentaria
- Eventualmente, interrumpir el embarazo

Prevención de la eclampsia

El estudio Magpie, cuyos resultados se publicaron en 2002, se diseñó para evaluar el beneficio de utilizar sulfato de magnesio *versus* placebo en la PE y demostró categóricamente que el tratamiento reduce la mortalidad materna en 50% sin producir daño al feto; además disminuye todos los resultados negativos, tanto de mortalidad como de morbilidad materna, atribuibles a pacientes eclámpicas. Hubo diferencias en los resultados según el grado de desarrollo de los países. Otro aporte importante del estudio Magpie es que se utilizó una dosis de 1 gramo de sulfato de magnesio, por lo que eventualmente se podría reducir la dosis. En resumen, hay sólida evidencia de que el sulfato de magnesio reduce a la mitad el riesgo de eclampsia y muerte materna, sin beneficio sobre la prevención de la muerte fetal o neonatal. Por otra parte, existen diferencias entre países de alto o bajo ingreso.

El sulfato de magnesio se administra en dosis de carga de 4 gramos por vía ev a pasar en 20 a 40 minutos; posteriormente se deja una dosis de mantención de

1 a 2 g/hora, dependiendo de la diuresis. Se deja sonda Foley, se monitoriza la diuresis y la frecuencia respiratoria y se mantiene por al menos 24 horas. Existe información escasa y que produce confusión acerca de la probable interacción entre nifedipino y sulfato de magnesio, porque ambos potenciarían el bloqueo muscular periférico, con el consiguiente riesgo de parálisis respiratoria o paro respiratorio. En dosis terapéuticas y con adecuada supervisión se pueden administrar en forma simultánea, monitorizando especialmente la frecuencia respiratoria y la dificultad respiratoria, ya que no existe evidencia que contraindique la combinación de estos fármacos.

5.9.3. Síndrome HELLP

El síndrome HELLP, acrónimo de Hemólisis, Disfunción Hepática y Trombocitopenia, se presenta como complicación de una PE severa en 4 a 12% de los casos y afecta 1 a 6/1.000 embarazos. En 1982 Weinstein describió 29 casos y acuñó la abreviatura; en 1990, Sibai definió y unificó los criterios diagnósticos; y en 1991, Martin clasificó el cuadro según el recuento plaquetario. Sobre su etiopatogenia, se puede decir que es una presentación multisistémica de una PE severa, constituyendo una enfermedad autoinmune con elevados niveles de autoanticuerpos. Por lo tanto, para pensar en un síndrome HELLP se debe tener síntomas y signos de PE acompañados de hemólisis, disfunción hepática y plaquetas bajas. La hemólisis origina una anemia hemolítica microangiopática y en el frotis es posible apreciar esquistocitos, esferocitos, crenocitos y policromasia. La alteración de las enzimas hepáticas se manifiesta con aumento de la GOT por sobre 70 U/L, LDH mayor de 600 U/L y bilirrubinemia sobre 1,2 mg/dl.

El síndrome HELLP se clasifica según el nivel de trombocitopenia en clases 1, 2 y 3, que se relacionan con el pronóstico y la recuperación de las plaquetas:

- Clase 1: nadir plaquetario < 50.000
- Clase 2: nadir plaquetario entre 50.000 y 100.000

- Clase 3: nadir plaquetario > 100.000 (8)

El síndrome HELLP se manifiesta por dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea, alteraciones visuales, hemorragias e ictericia. Las manifestaciones son muy inespecíficas y podrían corresponder, por ejemplo, a una gripe; sin embargo, siempre que una mujer embarazada presente hiperemesis asociada a hipertensión arterial se debe pensar en una complicación grave del embarazo, sea HELLP o hígado graso agudo. 70% de los síndromes HELLP se presentan antes del parto y 30% en el post-parto. Generalmente se presentan en el transcurso de una PE severa (20%), pero se pueden observar en una eclampsia 10%.

5.9.4. Hígado graso agudo del embarazo

Otra complicación grave del SHE, el hígado graso agudo, es una entidad rara, de etiología desconocida, cuya frecuencia es de 1 en 13.000 partos. La mortalidad de este cuadro ha descendido desde 85% en la década de los 80 hasta 20% en la década de los 90. En la Fig. 3, en el escáner las flechas muestran las zonas con cambios en la densidad de los tejidos hepáticos, en contraste con el aspecto homogéneo del bazo; abajo se observa una biopsia hepática con hepatocitos edematosos, pálidos, con núcleo central, repletos de microvesículas de grasa, con escasa necrosis hepatocelular e inflamación.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1. ANTECEDENTES PERSONALES:

- **Patológicos**

Paciente del sexo femenino de 39 años de edad la cual refiere que padece gastritis desde hace 10 años estuvo con tratamiento de omeprazol de 40mg y ranitidina de 300mg.

- **De la infancia:**

Refiere que a los 12 años aproximadamente se enfermó de Varicela que es una enfermedad infecciosa febril, generalmente benigna, caracterizada por la aparición de vesículas o pústulas que no dejan cicatriz.

- **Antecedentes alérgicos:**

Es alérgica a los lácteos y al huevo.

- **Antecedentes quirúrgicos o traumáticos:**

Refiere que fue intervenida quirúrgicamente hace 6 años debido a una cesárea le practicaron una OTB (Obstrucción tubaria de las trompas de

Falopio). Cuando tenía 16 años tuvo una cirugía de hernia umbilical.

- **No patológicos**

Persona del sexo femenino de 39 años de edad reside actualmente en san Luis potosí habita casa de concreto, departamento de dos plantas con 3 habitaciones y dos baños completos con todos los servicios intradomiciliarios, con adecuados hábitos higiénicos, zoonosis con tres perros. Cuenta con cartilla de vacunación completa, vive con su esposo y sus dos hijos.

- **Heredo Familiares**

Su padre padece hipertensión, su madre tiene antecedentes de diabetes.

Refiere tener tres Hermanos de los cuales dos padecen hipertensión arterial.

6.2. VALORACIÓN FÍSICA

Se trata de una persona de sexo femenino de 39 años de edad con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva en el embarazo

Ingresa al servicio de Ginec Obstetricia para ser atendida. La paciente presenta Edema de miembros inferiores y TA de 140\100 Hoy es enviada por el centro de salud donde se atiende para internarse, inicio su padecimiento

Durante el embarazo actualmente a pesar del Tratamiento Médico persiste sintomatología.

- **VALORACION CEFALOCAUDAL**

Paciente consciente, tranquila orientada en sus tres esferas, cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado cabello claro, ojos simétricos con sensibilidad a la luz narinas permeables sin heridas visibles, sus orejas están simétricas en cada una de las orejas por aretes, no presenta secreciones en el canal del oído, labios rosados no se observan heridas ni laceraciones en los labios, pieza dental incompleta, lengua se encuentra libre de lesiones, encías de color rosado, carrillos se observan de color rosado ,mucosa lisa Tórax se procede a la auscultación, palpación, inspección se observa la expansión correcta del tórax, con pulso cardiaco rítmico, abdomen se encuentra normal, con un lunar en la parte del omóplato, presencia de herida quirúrgica en la parte derecha de la cadera, test clara, brazo izquierdo con catéter periférico de colocación de fecha de 07 de marzo del 2014, brazo

izquierdo, sin presencia de heridas, dedos sin lesiones visibles, uñas cortadas sin presencia de micosis u alteraciones, genitales no valorables.

SOMATOMETRIA

Peso: 67KG

Talla: 1.57

T° -32.2°c

FC -76X'

FR- 23X'

T/A -145\93 mm\Hg

VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

7.1. PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD

Paciente femenina de 39 años ingresa al área de Ginecobstetricia para ser atendida ya que presenta dolor en hipogastrio padres con antecedentes patológicos referidos, su estado de salud es estable procedente de san Luis potosí. sus condiciones de vivienda refieren ser buenas ya que habitan casa en zona urbana de buenas condiciones con todos los servicios

intradomiciliarios.

Tabaquismo y alcoholismo negados se encuentra en vigilancia estricta en el servicio de Ginecobstetricia Los medicamentos que se le administran son Alfa Metildopa 500mg c\6 hrs.

7.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

pero ya se le dio dieta blanda su vía de alimentación es por vía oral, mucosa oral hidratada sin lesiones 1000 ml de Hartman para 24 horas, piezas dentales completas con buena higiene se encuentra con venoclisis sin presencia de flebitis, paciente refiere tener nauseas.

La paciente no tiene problemas para evacuar y orinar, no utiliza ningún medicamento que le ayude en su evacuación.

7.3. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO

Su movilidad se encuentra limitada ya que presenta dolor agudo en hipogastrio signos vitales T/A 145/100, FC 76, FR 22, T° 36.7.

7.4. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO.

Paciente refiere que le es difícil dormir en el hospital pero que en casa su patrón de sueño no es alterado.

7.5. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

Utiliza lentes de contacto para ver no tiene problemas para escuchar, sus pupilas esta dilatadas lo que tiene es dolor en la herida quirúrgica al momento que se le moviliza.

7.6. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO.

La paciente se siente querida por sus familiares, pero que le costara adaptarse a su situación actual de estar en el hospital por lo de su cirugía, refiere que la mayor parte del tiempo se encuentra relajada.

7.7. PATRÓN ROL - RELACIONES.

La paciente refiere que vive con su esposo y su hijo, sus hijo dependen de ella y de su esposo, tiene una buena relación con su familia y sus amigos.

7.8. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN.

Refiere que su menstruación inicio a los 14 años, ha tenido dos embarazos una cesárea y ningún aborto. Por el momento no utiliza ningún método anticonceptivo.

7.9. PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

La paciente refiere que cuando tiene problemas suele recurrir a su esposo o algún amigo cercano o familiar.

7.10. PATRÓN VALORES - CREENCIAS.

Religión cristiana refiere que su religión le ha ayudado mucho en estos momentos, que está contenta con su familia.

VIII. PLAN DE ATENCIÓN

8.1. PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA (00228)

Dominio 4: Clas2: actividad y ejercicio

Definición: reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.:

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
<p>Paciente femenino de 39 años de edad a la exploración se observa con deterioro de la movilidad física por dolor agudo en hipogastrio.</p> <p>T/A -145/93 FC – 76x FR- 22x´ T° -37.2°c</p>	<p>Perfusión Tisular M/P Periférica Hipertensión</p>	<p>* Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). *</p> <p>Evaluar los edemas y los</p>	<p>Premedicación correcta de antihipertensivos</p> <p>Administración de Soluciones hartman</p> <p>Ofrecer un ambiente terapéutico.</p>	<p>Reduce la dependencia fisiológica..</p> <p>Facilitar al paciente para llevar a cabo sus actividades dándole la oportunidad de que se integre y poco a poco hacerlo autodependiente.</p>	<p>Se logró que el paciente se estabilizara en cuanto a su TA</p>

		pulsos periféricos. * Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido.. * Observar el grado de incomodidad o dolor.		.	
--	--	--	--	---	--

8.2. DOLOR AGUDO (00132)

Dominio 12: confort

Clase 1: confort físico

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Evaluación	Valoración	Diagnostico	objetivos	Intervenciones	Fundamento
Se logró la estabilización de TA.	Paciente femenino de 39 años de edad que cursa con enfermedad hipertensiva en el embarazo. A su exploración focalizada se observa facies de dolor con una Eva de 8 mucosa oral	Dolor agudo F/R Agentes lesivos M/P Conducta expresiva, postura para evitar el dolor,	Disminuir el dolor al máximo a corto plazo. Realizar valoración continua, para controlar el nivel a la aparición del dolor.	Monitoreo toma, registro e interpretación de signos vitales. Aplicación de la valoración del dolor por la escala de (EVA).	El control de signos vitales permite la valoración del estado físico del paciente. Valoración continua de la escala de EVA para saber la intensidad del

Los analgésicos disminuyeron la intensidad del dolor. El uso de compresas le ayudó al paciente	secas y palidez de tegumentos. T/A 145 /93 mmHg FC 76 FR 22x T° 37.2	informe verbal del dolor	Participar en el restablecimiento del estado de confort del paciente disminuyendo la presencia del dolor.	Preparación y administración de antihipertensivos Alfa metildopa I.V	dolor hasta que manifieste un valor mínimo de 1. Reducir la TA para evitar complicaciones.
--	--	--------------------------	---	--	---

Evaluación	Valoración	Diagnostico	objetivos	Intervenciones	Fundamento
A la observación se evalúa el estado nutricional de la paciente no	Se valora paciente con mala alimentación, poca hidratación y mucosas con	Desequilibrio Nutricional: Ingesta superior a las necesidades R/C Consumo	Aportar los alimentos necesarios y nutritivos para una mejor	Ayudar a la paciente a disminuir su peso Determinar el deseo y motivación de la paciente para reducir el peso y grasa corporal	Cuando la pérdida de peso es motivada por factores externos y de agrado para el

es adecuado conforme a su padecimiento	coloración rosa palido.	excesivo de alimentos ricos en grasa y sal ,	calidad de vida	<p>Enseñanza: Dieta prescrita</p> <p>Explicar a la paciente la enseñanza de la dieta prescrita</p> <p>Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo pronto posible sin que se produzcan complicaciones</p> <p>Etapas en la Dieta:</p> <p>Hacer avanzar la dieta desde la ingesta de poco liquido según la tolerancia del paciente.</p> <p>Escucha Activa:</p>	<p>paciente,le facilita la aceptación de la misma.</p> <p>Cuando se conscientiza al paciente para que pueda conocer el objetivo que se tiene al someterlo a la dieta permite un claro y constante control de avanzar mayor y una disminución de</p>
--	-------------------------	--	-----------------	---	---

				<p>Mostrar interés a la paciente, hace preguntas o utilizar frases que animen a pensamientos, sentimientos y preocupaciones, concentrarse en la interacción eliminando perjuicios.</p>	<p>las complicaciones que se pudieren presentar si la dieta prescrita no se lleva a cabo.</p> <p>La ingesta de poco líquido en la dieta para la paciente edematizada evita que el edema presentado aumente en grandes proporciones</p> <p>.</p>
--	--	--	--	--	---

--	--	--	--	--	--

Evaluación	Valoración	Diagnostico	objetivos	Intervenciones	Fundamento
Se evalúa el estado de la paciente e ingresa consciente en sus tres esferas, tiempo, lugar y respacio.	Al valorar a la paciente se observa agitada, con dificultad para respirar	Preeclampsia relacionada con el embarazo, manifestado por dificultad para respirar, hipertensión y retención de líquido en miembros inferiores	La paciente logrará disminuir la TA de 180/90 mm/hg a 120/70 mm/hg	<p>Apoyo psicológico</p> <p>Ambiente y confort</p> <p>Dieta hiposódica</p> <p>Toma de vía periférica. Control de S/V c/2h.</p> <p>Administración de medicamentos.</p>	Charlar con la paciente acerca del padecimiento para que ella logre entender el por que para poder evitar otras complicaciones de mas severidad. Brindarle un ambiente de seguridad

					<p>explicándole todo lo que se le realiza y lo que se le administra para que ella también se involucre en su padecimiento.</p> <p>Explicarle o darle a conocer que tipo de dieta va a tener para que ella siga lo mismo en casa e indicarle por que no puede consumir sodio.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Tomar, valorar y registrar los signos vitales c\2 hrs.</p> <p>Verificar que la vía periférica se encuentre en buenas condiciones, que esté etiquetada la solución que no esté vencido el equipo, que esté permeable la vena, que no haya signos de flebitis.</p> <p>Administrar medicamentos</p>
--	--	--	--	--	---

					según la indicación médica, y registrar.
--	--	--	--	--	---

IX. PLAN DE ALTA

Se le brindan a la persona y familia los datos de alarma y se dan a conocer los signos y síntomas más comunes, así como las complicaciones más frecuentes. Se le explica que el tratamiento farmacológico es de suma importancia, así como el porqué de cada medicamento y la toma de estos en los horarios correctos.

Se pide apoyo al familiar del paciente para que este pendiente del cuándo ya se encuentre en su hogar para que el paciente no valla a sufrir ningún accidente y a si pueda llegar a su pronta recuperación.

CUIDADOS ESPECIFICOS POS- HOSPITALARIOS

Se explica la importancia del tratamiento farmacológico y la importancia de llevarlo a cabo adecuadamente, los síntomas disminuirán. Se le reitera, la importancia del tratamiento farmacológico además de llevar una dieta adecuada baja en grasas y rica en fibra y beber abundantes líquidos, así como realizar una actividad física de acuerdo a su capacidad y el manejo del estrés le ayudaran a llevar un adecuado nivel de vida.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Se le explicará a la paciente que en caso de presentar:

Cefalea Intensa

Arterial

Dolor en boca del estómago

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Preclampsia (Estado patológico de la mujer en el embarazo se caracteriza por presión alta, aumento excesivo de peso)

Eclampsia (Aparicion de convulsiones o coma durante el embarazo e hinchazón de extremidades del cuerpo)

Síndrome de Hellp (En algunos casos es durante el embarazo o después del parto, se presenta dolor de cabeza, náuseas y vómito)

Muerte Materno Fetal (Fallecimiento de la madre o el hijo durante el embarazo o en el parto a causa de las complicaciones ya mencionadas)

MEDICAMENTOS

Alfa Metildopa por la mañana c/12 hrs

MANEJO DIETETICO

- Abundantes verduras, frutas.
- Aceite de olivo como principal fuente de grasa.
- Beber abundantes líquidos.
- Incluir pollo y pescado en cantidades moderadas.
- No incluir carnes rojas, embutidos y grasas.
- No cocinar con manteca de cerdo.
- Incluir en su dieta lentejas, frijoles y garbanzos.
- Procurar no aumentar de peso, ya que con el aumento de peso la recuperación será más lenta.

PROGRAMA DE EJERCICIOS (acompañada de otra persona o familiar)

- Retomar actividades como sentarse, ponerse de pie.
- Levantamiento de la pierna estirada: cuando se encuentre sentada y con la pierna estirada mirando hacia arriba debe apretar el musculo del muslo y, con el musculo apretado, levantar la pierna unos centímetros. Debe mantener esta posición 5 segundos y después bajar la pierna lentamente.
- Caminar por 10 minutos por 2 semanas he incrementar 5 minutos cada semana hasta llegar a 30 minutos.
- Descanso posterior a cada etapa de ejercicio.

Nota: suspender inmediatamente ante algún síntoma de alarma.

MANEJO DEL ESTRÉS

- Buscar actividades con familiares o amigo y/o terapias de relajación, ya que esto favorece la disminución del estrés.
- Se informa y se platica con los familiares para que vigilen el estado emocional de la paciente y que si observan un aumento del estrés o ansiedad esto se puede asociar con un problema de depresión, esto aumenta la morbi-mortalidad entre un 15% a 45%.
- Se sugiere que, si se detectan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión, solicitar intervención psicológica o psiquiátrica.
- Grupos de apoyo, podrá socializar con otras personas que estén pasando por la misma situación.

X. CONCLUSIONES

La visita médica previa a la concepción es muy importante ya que permite evaluar de manera integral la salud de la futura madre y, de esta manera, planificar el embarazo y prevenir complicaciones evitables. Desde la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires advirtieron que algunas infecciones, cuando ocurren durante el embarazo, pueden afectar al feto o al recién nacido; muchas de estas infecciones pueden prevenirse con vacunas y otras evitarse mediante una evaluación y un manejo adecuados. De ahí la importancia de que las futuras madres realicen la consulta preconcepcional para evaluar si necesitan vacunas antes de buscar un embarazo a fin de evitar infecciones que pudieran perjudicar la salud del bebé.

Con este trabajo he quedado muy satisfecha y he mostrado sobre la verdadera importancia de esta patología, el tratamiento y los cuidados especiales a este tipo de pacientes, La Enfermedad Hipertensiva en el embarazo es la enfermedad muy frecuente y que afecta principalmente a personas del sexo femenino. En la actualidad se conoce el tratamiento para el control de esta enfermedad.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marriner TA, Raile M. Modelos y teorías en enfermería, Editorial: EdiDe, España, 2011.
2. Quiroz GF. Tratado de Anatomía Humana, Editorial Porrúa, Tomo 2, México, 2012, p. 153
3. Cárdenas de la PE. Terminología médica. Edit. Interamericana. México, 1971, p. 80
4. Tortora, GA, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. Edit Medica panamericana. México, 2013, p.322
5. Luis Cabero Roura, D. Saldivar Rodriguez
6. Briones Garduño. Jesus Carlos, Ginecobstetricia, Preeclampsia Alfil 2009, 1ra Edicion.
7. Prevención, Diagnóstico y manejo de la preeclampsia –Eclampsia. Lineamiento Técnico. Secretaria de Salud. Direccion General de Salud Reproductiva, 2007.
8. Fajardo Dueñas S. Estados Hipertensivos del Embarazo. Obstetricia y medicina Perinatal 2006.
9. Sibai BM. Eclampsia. Maternal perinatal outcome in 254 consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1049-55
10. Chesley L. Story and epidemiology of preeclampsia-eclampsia. Obstet Gynecol Clin North Am 1984; 4: 1025-48.
11. Távara L, Parra J, Chumbe O, Ayasta C. Repercusiones maternas y perinatales de la hipertensión inducida por el embarazo. Ginecol Obstet (Perú) 1994; 34: 52-8.
12. Távora L, Parra J, Chumbe O, Ayasta C. Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por la gestación. Ginecol Obstet (Perú) 1994; 34: 87-90.
13. Pinedo A, Távora L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Ginecol Obstet (Perú) 1995; 41: 52-4.
14. Leitch CR, Cameron AD, Walker JJ. The changing pattern of eclampsia over a 60 year period. Br J Obstet Gyneacol 1997; 104: 917-22.

15. Alva J, Rojas S. Trombocitopenia en gestantes con preeclampsia severa y eclampsia. *Ginecol Obstet (Perú)* 1997; 43(2): 138-41.
16. De Miguel Sesmeros JR. Conducta obstétrica en la preeclampsia grave y síndrome de Hellp antes de término: aspectos actuales. *Toko Gin Pract* 1997; 56(3): 131-9.
17. Barton JR, Sibai BM. Urgencias en casos de preeclampsia–eclampsia que ponen en peligro la vida. *Clin Obstet Ginecol* 1992; 2 : 389-99.
18. Digre KB, Varner M, Osborn A, Crawford S. Cranial magnetic resonance imaging in severa preeclampsia vs eclampsia. *Arch Neurol* 1993; 50: 339-406.
19. Vazquez Rodríguez JG, Noriega N. Daño neurológico por preeclampsia- eclampsia: fisiopatología, prevención y tratamiento. *Rev Asoc Med Cri. Ter Intensiva* 1996; 10 (5) : 223-35.
20. Witlin AG, Friedman SA, Egerman RE, Frangieh AY, Sibai BM. Cerebrovascular disorders complicating pregnancy- Beyond eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176 : 1139-48. *Clinics Vol 1; February 1998.. Perucca E, Cazenave H, Fernandez A, Barrera C. Eclampsia, experiencia de 81 casos. Rev Chil Obstet Ginecol* 1994; 59 (2) : 79-86.
21. Duley L. "Magnesium and eclampsia". *Lancet* 1995; 346:
22. RepkeJT, Friedman SA, Kaplan PW. Profilaxis de las convulsiones eclámpticas: controversias actuales". *Clin Obstet Ginecol* 1992; 2 : 353-61.
23. Chien PF, Khan KS, Arnott N. Magnesium sulfate in the treatment of eclampsia and pre eclampsia: an overview of the evidence from randomised trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103(11): 1085-91.
24. Witlin AG, Sibai BM. Magnesium sulfate therapy in pre eclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 1998; 92 : 883-9.
25. The Eclampsia Trial Collaborative Group: Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial". *Lancet* 1995; 345: 1445-63.

26. Sibai BM and Frangieh AY. Management of severe pre eclampsia. *Current Opin Obstet Gynecol* 1996; 8: 110-11.
27. Scardo JA, Vermillion S, Hogg BB, Newman RB. Hemodynamic effects of oral nifedipine in pre eclamptic hypertensive emergencies. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 336-40.
28. Sibai BM. Treatment of hipertension in pregnant women. *N Engl J Med* 1996; 335 No 4.
29. Grossman E, Messerli FH, Grodzick T, Kowey P. ¿Debería declararse una moratoria contra la administración sublingual de cápsulas de nifedipino en las urgencias y seudourgencias por crisis hipertensiva.? *JAMA* 1997; 6, N° 4.
30. Schiff G, Friedman SA, Sibai BM. Conservative management of severa pre eclampsia remote from term". *Obstet Gynecol* 1994, 84: 626-30.
31. Aquilina J, Harrington K. Pregnancy hypertension and uterine Doppler ultrasound. *Curr Opin Obstet Gynaecol* 1996; 8: 435-40.