

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESCUELA DE ENFERMERÍA
CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12**

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA MUJER CON
PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA”**

**PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

SOCORRO ALEXA SILVA SARMIENTO

CUENTA: 413870359

ASESORA:

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SAN LUIS POTOSÍ, MAYO DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

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 mi padre Sergio, mi madre Laura y mi padrastro Jorge, 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 hermanas Valeria y Sandra 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.

Una mención muy especial a mis amigas Guadalupe Beltrán y Guadalupe Velázquez ustedes me acompañaron a lo largo de este trayecto por su determinación y amor a la vida y enseñarme que la vida es hoy, por estar conmigo apoyándome gracias por todo

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 ha sido fundamental para mi formación, ella ha inculcado en mi un sentido de seriedad y responsabilidad, a su manera 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 Laura por ser mi amiga y compañera porque siempre estuviste pendiente de mi cuando tenía que ir a trabajar o a la escuela gracia por tu amor incondicional. A mi papá Sergio 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.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. OBJETIVO	3
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
IV. METODOLOGÍA	4
V. MARCO TEÓRICO.....	5
5.1. MARJORY GORDON	5
5.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.	6
5.3. CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA	7
5.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS.....	9
5.4. TOXEMIA GRAVÍDICA	12
5.4.1. EPIDEMIOLOGÍA	12
5.4.2. ETIOLOGÍA	12
5.4.3. FISIOPATOLOGÍA	12
5.4.4. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL	13
5.4.5. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES PARA PREECLAMPSIA.....	15
5.4.6. DIAGNÓSTICO.....	15
5.4.7. TRATAMIENTO.....	18
5.4.8. COMPLICACIONES	21
VI. PRESENTACION DEL CASO.....	23
6.1. VALORACION FISICA	23
VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.....	25
7.1. PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD	25
7.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO	25
7.3. PATRÓN ELIMINACIÓN.....	25
7.4. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO	26
7.5. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO.....	26
7.6. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL.....	26
7.7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO.....	26
7.8. PATRÓN ROL - RELACIONES.	26
7.9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	26
7.10. PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.....	27

7.11. PATRÓN VALORES - CREENCIAS.....	27
VIII. PLAN DE ATENCIÓN.....	28
8.1. (00209) Riesgo de Alteración de la Diada materno – fetal	28
8.2. (00026) Exceso de volumen de líquidos.....	32
8.3. (00146) Ansiedad	34
IX. PLAN DE ALTA.....	36
X. CONCLUSIONES	38
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

I. INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos.

El cuidado de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración entre el enfermero y el paciente que incluye la comunicación entre ellos y con otras personas importantes para el paciente, quienes forman parte del sistema del sector salud.

En tiempos pasados los cuidados de enfermería se realizaban, en forma intuitiva y empírica, no sistematizada, pero con Florence Nightingale se inició una nueva etapa profesionalizada, la cual poco a poco se han incorporado metodologías más refinadas, basados en un conjunto de conocimientos que permiten tener un juicio y un fundamento, para cada acto de acuerdo con la situación específica, esta práctica se realiza bajo el proceso de atención de enfermería (PAE), el que proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información, todas las fases de proceso están relacionadas entre sí y afectan a todo y se produce en forma secuencial. La valoración conduce al diagnóstico, a la planificación, a la intervención y a la evaluación.

Un problema de salud es la manifestación objetiva o subjetiva que caracteriza el deterioro del bienestar del paciente, sugiere una pronta consecución de metas, que es la recuperación de la salud.

La preeclampsia es un desorden multisistémico en el que la TA después de la semana 20 de gestación se acompaña de proteinuria, la elevación de la TA es producto de factores que alteran la vascularidad y el equilibrio vasodilatador/vasopresor del control hemodinámico.

II. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo ha constituido en realizar un Proceso de Atención de Enfermería, sobre preeclampsia y eclampsia ya que es indispensable para los conocimientos de atención y cuidados en enfermería.

La hipertensión arterial durante el embarazo complica el 5 al 7% de los embarazos, constituyendo una causa de morbilidad materna fetal.

La preeclampsia es una de las principales causas de partos prematuros y representa un marcador temprano para el desarrollo de futuras enfermedades, cardiovasculares y metabólicas.

En los años 70 Marjory Gordon implemento el sistema de valoración el cual cumple con los requisitos necesarios para realizar una valoración con cualquier modelo disciplinario enfermero.

El presente PAE se implementó dando seguimiento en el área de urgencias gineco-obstetricas a una persona del sexo femenino de 24 años de edad, proporcionando intervenciones en estado de emergencia.

Implementando cuidados de enfermería para el mejoramiento del estado de salud de la paciente, así como su estancia en el área de urgencias para su manejo y control para la prevención de complicaciones que pueden ocurrir dentro del hospital.

III. OBJETIVO

Realizar un proceso de atención enfermería, a paciente con preeclampsia / eclampsia con la finalidad de adquirir conocimientos que me permitan mejorar la atención del paciente en estado crítico, a su vez poder brindarle los cuidados adecuados.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Valorar al paciente quirúrgico de ortopedia mediante la Valoración de Marjory Gordon.
- Proponer y ejecutar un Plan de atención de acuerdo a las necesidades que emerjan tras la valoración.
- Realizar exploración física e historia clínica del paciente con el fin de conocer los posibles factores causales de su padecimiento.

IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 8 marzo del 2016 en el área de urgencias gineco-obstétrica, la forma en que se realizó el trabajo del caso clínico fue por patrones funcionales, valoración focalizada llevadas a cabo en la fase crítica, el paciente resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba la paciente.

Metodológicamente correspondió a un estudio de caso, en el cual se aplicó como método de recolección de información la entrevista, realizando la valoración de patrones funcionales de M. Gordon, y la valoración física de manera sistemática, la cual permitió la recolección de datos subjetivos y objetivos, logrando así la identificación de problemas de salud existentes.

Dándole un seguimiento desde el momento del recibimiento del paciente en la unidad de urgencias, realizando el protocolo indicado el cual además de participar con la atención, manejo y continuación del paciente en estado crítico.

Se realizó una investigación del estado de salud de la paciente, así como el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos.

Se llevó a cabo un plan de alta según las necesidades.

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 15 conocimientos 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.⁶

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: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Auto percepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores – creencias: describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

5.3. CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

En el recorrido transversal de los saberes, desde *Florence Nightingale* a la actualidad, varias teorías de enfermería sustentan en sus postulados que “...la enfermería es ciencia y arte”, se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería.

La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas.

Durante mucho tiempo se ha tenido a la enfermera inglesa Florence Nightingale (1820-1910), como la iniciadora de la obra y de las tareas de las enfermeras. Durante la guerra en Crimea, organizó y mejoró sensiblemente las instalaciones sanitarias de campaña; además, escribió varias obras acerca de estas reformas.¹⁵

En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía

de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau, que tiene por título, *Interpersonal Relations in Nursing* . En este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación.¹⁶

En 1955, surge la teoría Definición de Enfermería, de Virginia Henderson, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería. Estas y otras teorías que surgieron a partir de la segunda mitad del pasado siglo han sido de gran relevancia para la profesión, fomentando el desarrollo epistemológico de la ciencia de Enfermería.

Varias son las teorías que plantean que la enfermería es un arte y una ciencia. Esto se puede corroborar, si analizamos las definiciones de enfermería que se encuentran dentro de sus postulados teóricos.

En este recorrido transversal de los conocimientos, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado, centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería.¹⁷

El cuidado sigue siendo la razón de ser de la profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería. Ello permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y la asistencia de enfermería.

5.4. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la atención de enfermería, por lo tanto su origen viene desde épocas tempranas de la ciencia moderna.

Definición del PAE: Aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados que se nos demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.¹⁸

Con la necesidad de adoptar algunos principios básicos en la investigación científica, Descartes (1596-1650) aporta cuatro postulados. Estos y otros principios científicos mencionados por Galileo, Platón y otros filósofos, dan las bases para el nacimiento de “procedimiento de investigación, sistematización y exposición científicos”.¹⁹

La doctrina tradicional viene afirmando que, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se compone de cinco grandes etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Etapa valoración

Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. “La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería” (Rodríguez 1998).

En esta primera etapa de valoración, utilizaremos una serie de herramientas, que son:²⁰

- ✓ Entrevista
- ✓ Observación
- ✓ Exploración, mediante la inspección, auscultación, palpación y percusión.

Etapa diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad del enfermero, aunque es necesario tener en cuenta que el que el enfermero sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería: enfocados en el problema (reales), potenciales (de riesgo, posibles), de bienestar (promoción de la salud) y de síndrome.

Etapa ejecución

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:²¹

- ✓ Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
- ✓ Elaboración de objetivos.
- ✓ Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- ✓ Documentación del plan.

Etapa planeación

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas

intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.²¹

Etapa evaluación

Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

El proceso de evaluación tiene dos etapas:

- ✓ La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente
- ✓ La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperado

5.4. TOXEMIA GRAVÍDICA

Es una enfermedad de causa desconocida asociada al embarazo, Su cuadro clínico está caracterizado por la presencia de edema, hipertensión y proteinuria, que aparece entre semana 20 de gestación y el final de la primera semana posparto. Se denomina eclampsia cuando se acompaña de cuadro convulsivo, lo que condiciona la mayor morbilidad obstétrica del embarazo.⁵

5.4.1. EPIDEMIOLOGÍA

Datos recientes estiman que cada año se producen 529 000 defunciones maternas anuales, la mayoría ocurren en países en desarrollo y un número importante de estas defunciones son evitables. Las principales causas directas de defunciones maternas son las hemorragias, las infecciones y los trastornos hipertensivos, estos últimos se consideran a nivel mundial como causas del 12% al 25% del total de defunciones.²

El Sistema Nacional de Salud de México durante el año 2005, reportó 1,242 defunciones maternas, de las cuales una tercera parte se debe a trastornos hipertensivos durante el embarazo, lo que representa casi el 34% del total de muertes maternas, cifras que desafortunadamente han disminuido lentamente.²

5.4.2. ETIOLOGÍA

Se han propuestos varias teorías que sugieren, como origen de la toxemia, a las sustancias presoras del riñón, a la placenta, al cerebro, al feto, a las prostaglandinas; sin embargo, no se ha demostrado una correlación directa de ninguna de ellas.⁵

5.4.3. FISIOPATOLOGÍA

Aunque la etiología de la toxemia se desconozca se sabe en cambio, que el punto de partida fisiopatológico de la toxemia gravídica es un vasospasmo arteriolar generalizado de causa desconocida.⁵

Por su carácter generalizado, el vasoespasmo arteriolar de la toxemia se manifiesta con sintomatología en casi todos los órganos y sistemas maternos.

Otros cambios fisiopatológicos importantes son:

- Hipovolemia (hemoconcentración).
- Aumento de las resistencias periféricas vasculares.
- Aumento de la angiotensina II.
- Incremento de la noradrenalina.
- Disminución de la prostaciclina.
- Aumento de la actividad adrenérgica.
- Disminución del volumen plasmático.
- Disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario (principal causa de muerte intrauterina).

Estos cambios fisiopatológicos producen:

- Hipovolemia con retención de Na y H₂O.
- Alteraciones en la coagulación por disminución de las plaquetas y depósito de fibrina.
- Daño vascular con proteinuria, aumento de permeabilidad capilar y edema.
- Aumento de resistencia periférica e hipertensión.

5.4.4. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO

Hipertensión gestacional	Presencia de hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg después de la semana 20 de Gestación en ausencia de proteinuria. En muchas ocasiones es un diagnóstico retrospectivo y se considera hipertensión transitoria del embarazo si no se desarrolla preeclampsia y los valores regresan a la normalidad. En caso de persistir con hipertensión posterior a las 12 semanas del parto puede clasificarse como hipertensión crónica.
---------------------------------	--

<p>Preeclampsia/ Eclampsia</p>	<p>Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.</p> <p>NOTA: En casos de embarazo múltiple, enfermedad trofoblástica gestacional o hidrops puede presentarse antes de las 20 semanas.</p>
<p>Preeclampsia agregada a hipertensión crónica</p>	<p>Ocurre cuando en pacientes con hipertensión conocida antes de la gestación, se agregan datos del síndrome de preeclampsia después de la semana 20 del embarazo.</p>
<p>Hipertensión crónica</p>	<p>Presencia de hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación o la que persiste después de doce semanas posteriores al nacimiento.</p>

5.4.5. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES PARA PREECLAMPSIA

- Preeclampsia en embarazo anterior.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Hipertensión arterial crónica.
- Enfermedad renal previa.
- Diabetes Mellitus.
- Trombofilias.
- IMC \geq 30 kg/m².
- Mujeres mayores de 40 años.
- Historia familiar de preeclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad.
- Primipaternidad.
- Factor paterno positivo para preeclampsia en pareja anterior.

Las pacientes con IMC menor de 20.0 kg/m² o mayor de 25.0 kg/m² necesitan mayor atención para su requerimiento dietético.

5.4.6. DIAGNÓSTICO

-HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

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

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.²

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.²

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

Toda paciente con diagnóstico de hipertensión gestacional debe manejarse con los mismos lineamientos que la mujer con preeclampsia.

-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.²

- 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.²

- 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.

- PREECLAMPSIA AGREGADA A HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Existe amplia evidencia de que en pacientes que tenían hipertensión previa al embarazo, la preeclampsia se agrega complicando aún más el pronóstico para la madre y el feto. El diagnóstico de preeclampsia agregada a una hipertensión crónica es en ocasiones difícil.²

Un alto índice de sospecha ante la presencia de los siguientes hallazgos puede establecer el diagnóstico:

- Presencia de proteinuria en pacientes previamente (<20 semanas de gestación) hipertensas y sin proteinuria.
- Incremento súbito de proteinuria en pacientes previamente (<20 semanas de gestación) con hipertensión arterial y con proteinuria.
- Incremento súbito de la presión arterial cuando estaban previamente controladas.
- Trombocitopenia $< 150\ 000$ mm³.
- Incremento de los valores de TGO/AST o TGP/ALT.
- Elevación de niveles de ácido úrico ≥ 6 mg/dl.

- HIPERTENSIÓN CRÓNICA

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.²

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.

5.4.7. TRATAMIENTO

- PRIMER NIVEL

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.²

-- SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

PREECLAMPSIA LEVE

Las pacientes con enfermedad hipertensiva durante el embarazo referido del primer nivel de atención y las diagnosticadas en el segundo nivel, se ingresarán previa valoración al servicio de hospitalización para clasificación y vigilancia de su trastorno hipertensivo.²

PREECLAMPSIA SEVERA

Las pacientes con preeclampsia severa referidas del primer nivel de atención o las diagnosticadas en el segundo nivel, deben ser hospitalizadas en el servicio de terapia intensiva al momento de confirmar el diagnóstico, para la estabilización de

las cifras tensionales y la interrupción del embarazo en un plazo no mayor a 6 horas.²

Medidas Generales:

- No alimentos por vía oral
- Reposo en decúbito lateral izquierdo.
- Vena permeable con venoclisis.
- Pasar carga rápida 250 cc de solución mixta, fisiológica o Hartmann en 10 a 15 minutos.
- Continuar con soluciones cristaloides previa valoración de terapia intensiva.
- Colocación de sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria.
- Medición de la presión arterial cada 10 minutos.
- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Medicamentos para la crisis hipertensiva:

- Hidralazina
- Labetalol
- Nifedipina
- Alfa metil dopa

ECLAMPSIA

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 Hartman 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 cardiaca 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.

Control de crisis convulsivas:

Sulfato de Magnesio 1ª Opción

- 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 solo se debe continuar, si el reflejo patelar está 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.

El gluconato de calcio 1 gr. intravenoso puede ser administrado si existen datos de toxicidad por sulfato de magnesio.²

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

- Fenobarbital
- Difenilhidantoina sódica

La interrupción del embarazo debe ser en un plazo no mayor a 6 horas.

5.4.8. COMPLICACIONES

- **Insuficiencia renal aguda:** La insuficiencia renal aguda es el síndrome que resulta de una caída precipitada de la tasa de filtración glomerular (IFG) o de la depuración de creatinina. Es posible que se desarrolle en un periodo de horas o días, ocasionando una insuficiente eliminación de los productos nitrogenados y así mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Puede ser secundaria a daño intrínseco del parénquima ó por alteraciones de la hemodinámica intrarenal.²
- **Coagulación intravascular diseminada (CID):** es un síndrome que se caracteriza por la activación anormal y exagerada de la coagulación con la formación de microtrombos en vasos de pequeño y mediano calibre, con consumo de factores de coagulación y plaquetas que condiciona sangrado simultáneamente, ocurren actividad procoagulante, reducción de la actividad anticoagulante y una fibrinólisis exagerada.²
- **Hematoma hepático:** Es una complicación rara de la preeclampsia/eclampsia, con alta letalidad. El cuadro clínico se presenta como: dolor epigástrico o cuadrante superior derecho, irradiado en hemicinturón, hombro, región interescápulo-vertebral derecha, puede generalizarse a todo el abdomen, es intenso, continuo, aumenta con los movimientos respiratorios, palpación y todas aquellas condiciones que aumenten la presión intra-abdominal (tos, vómito, hipo, contracciones uterinas, trabajo de parto, parto, maniobra de Kristeller, posición para colocación de un bloqueo peridural, defecación etc.), así como distensión abdominal, disminución de la peristalsis, irritación peritoneal, hepatomegalia, ictericia, dependiendo del tamaño anemia o choque hipovolémico.²
- **Edema Agudo Pulmonar:** Es una complicación muy frecuente de la preeclampsia severa y de la eclampsia, en el último trimestre de la gestación, se presenta en un 6% del total de estas pacientes, aunque su frecuencia de aparición se incrementa en presencia de síndrome de HELLP, los mecanismos de producción son la disfunción renal oligúrica, la reposición de volumen intravascular inapropiadamente rápida y la presencia de

vasoespasmos que producen una sobre carga al sistema cardiovascular con incremento en las presiones de llenado de cavidades izquierdas con salida de líquido intravascular al intersticio pulmonar y alvéolos, lo que produce un inadecuado paso de oxígeno a través de la interfase alveolo capilar con insuficiencia respiratoria aguda, grave, gran aumento del trabajo respiratorio, estertores diseminados y esputo asalmonado, hipoxemia severa y muerte.²

- Hemorragia cerebral: Esta es la principal causa de muerte en las pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; se ha observado que hasta un 60 % de las pacientes eclámpicas que mueren dentro de los dos días siguientes a la aparición de las convulsiones presentaron esta complicación.²
- Edema cerebral: El vasoespasmos es el precursor de la hipertensión arterial que junto con la lesión del endotelio vascular en especial en el territorio cerebral de la paciente con Preeclampsia/eclampsia, ocasionan salida de líquido del espacio intravascular hacia el espacio intracelular en el encéfalo, que desencadena disfunción de la bomba de sodio-potasio y la presencia de una cantidad cada vez mayor de líquido intraneuronal o edema cerebral, en fases más avanzadas pérdida parcial o total de la autorregulación cerebral con edema progresivo y finalmente fatal, que ocasiona muerte cerebral.²

VI. PRESENTACION DEL CASO.

Paciente femenino FTL de 24 años de edad acude al servicio de urgencias tocología a bordo de una ambulancia desde Centro de Salud Real de Catorce, se encuentra en periodo posictal tras haber tenido tres periodos de crisis convulsivas tónico-clónicas, se encuentra en estado comatoso con dificultad para hablar.

Cursa con I EIU de 37.5 SDG X FUM + Eclampsia.

SV: TA 160/110 mmHg, FC 88X', FR 17X', T° 36°C, SPO2 88%, FCF 122 X'

Antecedentes personales:

- Patológicos: Quirúrgico (-), Patológicos (-), transfusionales (-), Alergias (-).
- No patológico: Vive en casa de adobe 3 habitaciones, 1 baño completo, cuenta con servicios básicos, Zoonosis (+) ganado.
- Heredofamiliares: Madre HTA (+), Padre DM (+).

6.1. VALORACION FISICA

Paciente normocéfala, cabello bien implantado, presenta herida abrasiva en región frontal; cuello simétrico sin anormalidades; tórax simétrico, campos pulmonares biventilados, ruidos cardiacos normales, frecuencia cardiaca 88 lpm; abdomen sin presencia de masas, ruidos peristálticos hipoactivos; extremidades simétricas, presencia de edema ++, llenado capilar 3s, pulsos periféricos tibial posterior y radial palpables con buena intensidad; reflejos osteotendinosos: rotuliano++, bicipital++, broquiorradial+++.

Presencia de descensos de FCF con la contracción uterina: DIP I

Se le da manejo hospitalario segundo nivel de atención: se indica ayuno, se instalan dos vías periféricas con catéter #16, se toman muestras sanguíneas y se envían a laboratorio, en primera vía se pone solución glucosa 5% 250cc + 4g sulfato de magnesio para impregnación en 20 minutos, posteriormente 900cc Glucosa 5%+10g sulfato de magnesio pasar a 100 ml/hora, en segunda vía se deja solución

Hartmann para 8 horas, se brinda oxigenoterapia por puntas nasales a 3 litros por minuto, se coloca vendaje de miembros pélvicos, se instala sonda Foley a derivación y se toma muestra para EGO, se coloca la paciente en decúbito lateral izquierdo se toma RCTG, se administran medicamentos y se pasa a quirófano para interrupción de embarazo.

VII. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

7.1. PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD

Como antecedente se menciona que FTL acude al servicio por haber presentado crisis convulsivas e HTA, se da diagnóstico de Eclampsia. La persona valorada no tiene antecedentes quirúrgicos, ni transfusionales ni patológicos.

Refiere que el día de su hospitalización, por la mañana comenzó a sentir cefalea, acúfenos, fosfenos, mareos, diaforesis, astenia, adinamia y pérdida del equilibrio, menciona haber convulsionado en dos ocasiones en su domicilio y una en su centro de salud.

Refiere no tener conocimiento de que padecía HTA.

7.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

FTL refiere pesar 78 Kg aproximadamente y medir 1.60m refiere haber aumentado alrededor de 13Kg en su embarazo. Su temperatura es de 36°C. Se observa normo hidratada, con buen estado y buena coloración de la piel y mucosas, presenta edema actualmente ++ en extremidades superiores e inferiores, presenta herida abrasiva en región frontal a causa de las convulsiones.

Los últimos resultados de laboratorio arrojan los siguientes datos: EGO con proteinuria; Creatinina sérica 1.3 g/ mL; AST 88 U/L; Bilirrubina 3.5 mg/dL; Ácido úrico 8.9 mg/dL; LDH 800 U/L; Cuenta plaquetaria 50, 000/mm³

No refiere regurgitaciones, a la palpación no se detecta crecimiento ganglionar. Realiza un aproximado de tres comidas diarias.

7.3. PATRÓN ELIMINACIÓN.

A la auscultación, se valora el peristaltismo intestinal presente hipoactivo. De acuerdo con lo que se observa en la diuresis la orina es de aspecto turbio, refiere las últimas semanas orinar con mayor frecuencia, pero muy poca cantidad.

7.4. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO

Actualmente su frecuencia cardiaca es de 88 por minuto; su pulso de 88 por minuto, de amplitud y velocidad normales y rítmico; T/A de 160/110 mm/Hg. Su llenado capilar distal es inmediato. No manifiesta dolor torácico ni arritmias.

Su frecuencia respiratoria es de 17 por minuto, refiere disnea. A la auscultación no se detectan ruidos respiratorios anormales en los campos pulmonares. Se le administra oxigenoterapia; no hay presencia de secreciones.

7.5. PATRÓN SUEÑO - DESCANSO.

Expresa que no ha dormido los últimos días por presencia de cefaleas.

7.6. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

FTL se manifiesta confusa, no haber tenido conocimiento de lo que sucedió desde que se desvaneció hasta que despertó iba a bordo de una ambulancia, manifiesta presencia de dolor por herida, de escala de eva de un 7.

7.7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTO CONCEPTO.

Expresa que se siente bien consigo misma. Siente culpa por no saber de su "enfermedad HTA", tiene miedo por lo que ha sucedió, manifiesta constantemente preguntas acerca del estado de salud de su hijo.

7.8. PATRÓN ROL - RELACIONES.

Convive siempre con su esposo y su mamá, refiere ser ama de casa y dedicarse exclusivamente al hogar. Se nota una gran muestra de interés por parte de su esposo sobre su salud.

7.9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Manifiesta que su ciclo menstrual comenzó a los 16 años de edad, este es de 29X4, refiere que su método de anticoncepción era de barrera (Condón), no refiere embarazos anteriores, inició vida sexual activa a los 21 años de edad.

Actualmente está en estado de gestación de 37.5 semanas por F.U.M. Todavía no tiene identificado que método anticonceptivo utilizara después del parto.

7.10. PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Actualmente se encuentra con riesgo de estrés situacional, manifiesta
MIEDOS REFERENTES A SU SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD.

7.11. PATRÓN VALORES - CREENCIAS.

Profesa la religión católica.

VIII. PLAN DE ATENCIÓN

8.1. (00209) Riesgo de Alteración de la Diada materno – fetal

Dominio (8): Sexualidad

Clase (3): Reproducción

Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionados con el embarazo.

Factores relacionados (causas) (E)

- Complicaciones del embarazo (preeclampsia y eclampsia).
- Compromiso del transporte de oxígeno (hipertensión, convulsiones) y efectos colaterales relacionados con el tratamiento (medicamento).

Valoración:

Paciente femenino de 24 años acude al servicio de urgencias, tras haber tenido tres periodos de crisis convulsivas tónico-clónicas. Diagnóstico de I EIU de 37.5 SDG x FUM + Eclampsia.

Presenta herida abrasiva en región frontal, presencia de edema ++ en extremidades superiores e inferiores, presencia de descensos de FCF con la contracción uterina: DIP I.

Laboratorios: EGO con proteinuria; creatinina sérica 1.3 g/ml; AST 88 U/L; bilirrubina 3.5 mg/dl; ácido úrico 8.9 mg/dl; LDH 800 u/l; Cuenta plaquetaria 50, 000 /mm³.

SV: T/A 160/110, F/C 88 X1, F/R 17 X1, T 36°C, SPO2 88 %, FCF 120 X1.

Objetivo:

- Prevenir el riesgo de la diada materno/fetal al controlar las convulsiones con el sulfato de magnesio lo que resulta en la evitación de una crisis de hipoxia fetal.

Intervención	Fundamentación
<p>Farmacoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamento sulfato de magnesio. <p>Cuidados integrales de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de Signos vitales cada 2 horas. 	<p>El sulfato de magnesio actúa como cofactor fisiológico en la bomba sodio-potasio de la membrana de las células musculares. Deprime el SNC al inhibir la liberación de acetilcolina y bloquear la transmisión neuromuscular periférica. Deprime la musculatura lisa, esquelética y cardíaca. Posee además un suave efecto diurético y vasodilatador. Ayuda a la repleción del potasio intracelular al mejorar el funcionamiento de la bomba Na-K, participando este proceso en el control de las arritmias inducidas por digital.</p> <p>Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial: En la mujer embarazada la hipertensión arterial es la complicación médica más frecuente, aparece a partir de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. La hipertensión arterial grave tiene el riesgo de complicarse con hemorragia cerebral e insuficiencia cardíaca congestiva por incremento de la poscarga. • Temperatura. El cuerpo mantiene una temperatura constante mediante el centro termorregulador, localizado en el hipotálamo. Cuando ese centro, por diferentes causas, establece una temperatura más elevada, se produce la fiebre. • Frecuencia respiratoria. El embarazo produce una serie de modificaciones fisiológicas en el aparato respiratorio de las gestantes que deben conocerse para identificarlos como patológicos o no por los síntomas que ocasionan. Se pueden resumir en: congestión nasofaríngea por aumento de flujo

sanguíneo (a veces con epistaxis), elevación del diafragma y aumento del diámetro torácico, hiperventilación relativa (de origen central mediada por la progesterona).

- Frecuencia cardíaca. Aumenta, teniendo un pico en el tercer trimestre. El aumento promedio en la frecuencia cardíaca es de 10 a 20 latidos por minuto, debido al aumento del volumen sanguíneo, aumento del gasto cardíaco de un 40% que es secundario a un aumento en el volumen de eyección; Los cambios en la posición del cuerpo pueden provocar variaciones en el gasto cardíaco con niveles más altos en una posición lateral y menores en la posición supina. Estos cambios se dan porque el útero grávido puede comprimir la vena cava inferior y disminuir el retorno venoso al corazón.

Control de líquidos

- **Instalar sonda vesical de Foley a permanencia, para medir diuresis horaria.**

Los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de los diversos elementos que son esenciales para conservar la vida. En promedio 70% de las embarazadas experimenta retención de líquido. Esto se debe a que en el período de gestación hay un incremento en la sangre de los niveles de la hormona progesterona, lo cual provoca que los vasos sanguíneos viertan demasiado líquido sobre los tejidos adyacentes. De igual manera, a causa del aumento del volumen del útero y de la compresión que éste hace sobre los vasos sanguíneos que regresan la sangre de los miembros inferiores y la pelvis hacia el corazón, se produce un retorno venoso lento que promueve la aparición de los edemas. El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles.

Educación nutricional

- **Restricción de sodio en la dieta.**

Por la osmolaridad del plasma ya que el sistema renina_angiotensina-aldosterona e dispara con una disminución en la tensión arterial, detectada mediante barorreceptores presentes en el arco aórtico y en el seno carotídeo, que producen una activación del sistema simpático. Las descargas del sistema simpático producen una vasoconstricción sistémica (lo que permite aumentar la presión sanguínea) y una liberación de renina por el aparato yuxtaglomerular presente en las nefronas del riñón.

Evaluación:

Se logra mantener en estado óptimo hemodinámicamente a la madre/feto, para la intervención quirúrgica (cesárea).

Ya no presenta crisis convulsivas durante su estancia en el área de urgencias.

8.2. (00026) Exceso de volumen de líquidos

Dominio (2): Nutrición

Clase (5): Hidratación

Aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Factores relacionados (causas) (E)

- Exceso de aporte de líquidos
- Exceso de aporte de sodio

Características definitorias (signos y síntomas) (S)

- Ansiedad
- Cambios de la presión arterial
- Edema
- Aumento de peso en un corto periodo de tiempo

Valoración:

Femenino de 24 años, cursando I EIU de 37.5 SDG x FUM + Eclampsia. Presenta edema ++ en miembros superiores e inferiores. Refiere orinar con mayor frecuencia en pocas cantidades, últimos laboratorios arrojan EGO con proteinuria.

Aumento de peso último mes de 4 kg.

T/A 160/110 mmHg, F/C 88 X¹, F/R 17 X¹, T 36°C, SPO2 88 %, PESO 78 kg, TALLA 160 cm, FCF 122 X¹.

Objetivo:

- Mantener un balance de líquidos adecuado para la paciente.
- Disminuir riesgo de complicaciones por edema, a los sistemas renal, cardiovascular y pulmonar.
- Mantener, administrar y monitorizar los líquidos de la madre ayuda a tener un control de exceso de líquidos lo cual ayuda a estabilizar al paciente, reducir la TA y el edema.

Intervención	Fundamentación
<p>Monitorización de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los niveles de albumina y proteína total, si está indicado. • Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración. <p>Administración de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restringir los líquidos si procede. • Realizar registro preciso de ingesta y eliminación. • Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos. • Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos (edema) si procede. • Evaluar la ubicación y extensión del edema. <p>Control de la eliminación urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, constancia, olor, volumen y color. • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. • Observar muestras a mitad de la eliminación para el análisis de la orina si procede. 	<p>La monitorización de la albumina y la proteinuria nos permitirá evaluar es estado renal que la paciente tiene. Al igual que es importante monitorizar la presión sanguínea ya que con el edema es probable que esta al igual que la respiración se vean afectados por el aumento de líquido en el intersticio.</p> <p>Al mantener un control y registro entre la ingesta y eliminación de los líquidos podremos determinar el estado en el que la paciente se encuentra, ya que, al presentar retención, el edema que presenta puede agravarse. También es importante ya que nos ayuda a localizar la ubicación y gravedad del edema.</p> <p>Cuando mantenemos un control adecuado respecto a la eliminación urinaria, podemos evitar complicaciones que agraven el estado actual de la paciente, esto nos proporcionara el mantenimiento de un equilibrio, ya que constantemente se verificara el estado de la orina, evitando mayores complicaciones como lo son las infecciones y al mismo tiempo se realizaran análisis periódicos que confirmen el estado composicional de la misma, (en específico la proteinuria y el aumento de la albumina).</p>

Evaluación:

Continua con edema en miembros superiores e inferiores ++, pero hay un mejor control en monitorización de líquidos entradas y salidas, el cual en balance líquidos ya se obtiene negativo.

8.3. (00146) Ansiedad

Dominio (9): Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase (2): Respuesta de afrontamiento

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontarla amenaza.

Factores relacionados (causas) (E)

Características definitorias (signos y síntomas) (S)

- Inquietud
- Angustia
- Ansiedad
- Preocupación por su bebe
- Agitación
- TA 160/110 mmHg

Valoración:

Paciente femenina de 24 años, expresa que siente culpa por no saber que tenía HTA, y por tal motivo no llevar un adecuado manejo. Angustia por lo que ha sucedido, manifiesta miedo por estado de salud de su hijo.

Objetivo:

- Disminuir la ansiedad proporcionándole a la paciente la información adecuada y proporcionar tranquilidad para que logre un embarazo adecuado.

Intervención	Fundamentación
<p>Escucha activa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interés en el paciente. • Hace preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Concentrarse en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. • Identificar los temas predominantes <p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente para que permanezca relajado de 25 a 20 min. • Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar la expresión de sentimientos y creencias • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. <p>Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con el paciente para disminuir la ansiedad y el miedo. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Observar si hay signos vitales y no verbales de ansiedad. 	<p>Cuando se logra tener una relación de confianza con las pacientes, esto le permite a las mismas concentrarse en las interacciones evitando que tengan miedos, prejuicios o preocupaciones innecesarios que solo entorpecerán el tratamiento.</p> <p>Favorecer la relajación en la paciente nos permite explorar el factor desencadenante de la ansiedad, así como los sentimientos por los cuales la paciente está pasando, comprendiendo la perspectiva que la paciente tiene respecto a su padecimiento.</p> <p>Las técnicas de relajación favorecen en la paciente un estado de mínima ansiedad y ayudan a mantener un mejor estado emocional y evitan los miedos que pudiese presentar.</p>

Evaluación:

Disminuye la ansiedad por lapsos, esto sucede cuando la paciente conoce más sobre su estado de salud y la de su bebé. Se siente más tranquila al saber que está siendo atendida.

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 les proporciona los cuidados a realizar durante la emergencia, su estancia hospitalaria y posterior en casa.

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 se lleven a cabo las indicaciones médicas.

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL POSTPARTO INMEDIATO

No hay evidencia en cuanto al mejor protocolo de seguimiento postparto. Si ha sido preciso el tratamiento con sulfato de magnesio se recomienda monitorizar la TA cada dos horas y repetir las determinaciones analíticas hasta que haya dos normalizadas consecutivas.

Hay que estar alerta porque la presión arterial puede ser más alta en el postparto que en el momento del parto o la gestación. Esto es debido a la combinación de varios factores que ocurren después del alumbramiento:

- La administración de solución salina en mujeres sometidas a cesárea o previa a la analgesia epidural.
- La pérdida de la vasodilatación.
- La movilización del volumen extravascular.
- La administración de AINEs como analgésicos. Se deben evitar si la tensión no está bien controlada o en casos de insuficiencia renal, oliguria o trombocitopenia.
- El uso de derivados ergóticos para prevenir o tratar las hemorragias postparto.

FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna no empeora la hipertensión arterial, pero hay que ajustar y elegir el tratamiento que combine la mayor eficacia hipertensiva con el menor riesgo para el recién nacido. De los grupos más frecuentemente utilizados destacamos:

- Inhibidores beta-adrenérgicos: se consideran seguros el propanolol, metoprolol y el labetalol por su baja concentración en leche materna (menos de un 2%).
- Calcio-antagonistas: pasan a la leche materna pero se consideran compatibles con la lactancia materna el diltiazem, nifedipino, nicardipina y el verapamilo.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): se transfieren a la leche en escasa cantidad pero los recién nacidos pueden tener más efectos hemodinámicos con estos medicamentos (hipotensión, oliguria, convulsiones), por lo que debe valorarse su estado antes de iniciar el tratamiento. No obstante, la Academia Americana de Pediatría los considera compatibles con la lactancia.
- Antagonistas de la angiotensina II (ARA2): no hay información sobre su uso durante la lactancia.
- Diuréticos: se pueden usar aunque pueden disminuir el volumen de producción de leche materna.

SEGUIMIENTO EN EL PUERPERIO

Si la TA no es severa o se normaliza el tratamiento antihipertensivo se debe retirar pero se recomienda dar el alta con tratamiento si las cifras son ≥ 140 mmHg.

Deben tener un seguimiento ambulatorio estrecho, aunque no hay un protocolo establecido. La ACOG propone el control de la TA a las 72 horas, ya sea ingresado o en el domicilio y repetir a los 7-10 días postparto. Algunos pacientes

precisan un seguimiento más largo, continuándolo el tiempo necesario hasta que los signos y síntomas de la preeclampsia hayan desaparecido. Si las cifras se mantienen normales con el tratamiento, se suele suspender a las 3 semanas para revalorar la necesidad de su continuidad, o antes si se presentan episodios de hipotensión.

Los fármacos a utilizar son los mismos que en las pacientes no gestantes, teniendo en cuenta los contraindicados con la lactancia materna como se ha dicho anteriormente. En caso de hipertensión grave con edemas significativo se puede añadir furosemida 20 mg cada 24 horas durante 5 días para facilitar el retorno a la normalidad. Algunas guías recomiendan evitar la alfametidopa por el riesgo de depresión postparto.

PRONÓSTICO

En un metanálisis realizado en 2015 que incluye datos de 24.000 pacientes con hipertensión gestacional que volvieron a quedar embarazadas encontraron que un 22% de los casos desarrollaban de nuevo hipertensión (15% hipertensión gestacional y 7% preeclampsia).

Por este motivo es tener es la educación a la prevención es sus próximos embarazos, tener un control prenatal adecuado, el cual lleve todo un chequeo de su embarazo para el bienestar materno/fetal.

Un control postparto, chequeos médicos constante como estén indicados para un mejor cuidado personal.

X. CONCLUSIONES

Con este trabajado he quedado satisfecha y a gusto, ya que he puesto mi enseñanza durante mi educación académica, además de que he demostrado que

es de gran importancia las patologías que se dan durante el embarazo, y son de alto riesgo.

Por otro lado he absorbido gran conocimiento sobre la toxicidad gravídica o como es más conocida en el área hospitalaria preeclampsia / eclampsia, es un patología que nos lleva explotar sobre la enseñanza en el aula y en nuestras prácticas hospitalarias como también en el servicio social.

Durante el desarrollo del trabajo pude adquirir más sobre esta patología, pero no solo eso, si no que puede ver más sobre los cuidados que debemos realizar en un estado de emergencia, como fue lo que paso con la paciente que he desarrollado en este trabajo. Es también los medicamentos que nos apoyaran para controlar y mantener un estado hemodinamicamente estable a nuestra madre/feto.

Se realiza un plan de alta para que el paciente pueda llevar acabo en su casa y conozca sobre los cuidados y manejo de medicamentos, además de la importancia de sus consultas médica.

Proporcionarle el conocimiento que son enfermedades que se pueden prevenir complicaciones, y esto se lleva a cabo en su control prenatal, aquí nos damos cuenta que este tiene un papel muy importante ya que determina la evolución y el cuidado durante el embarazo.

Se lograron cumplir con los objetivos planteados y se complementó la información con libros que se mencionan en la bibliografía.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Marines, Daniel. (2013). Guía práctica de procedimientos en obstetricia. México: Editorial Cuellar Ayala, pp 226-269.

2. Secretaria de Salud. (2007). Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia y Eclampsia. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
3. Herdman, T. Heather PhD. (2012). NANDA Internacional, Diagnósticos de Enfermeros definiciones y clasificación 2012-2014. España: Elsevier. 41
4. Gómez Sosa E. (2000). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista cubana de obstetricia y ginecología. Vol. 2: 17-21.
5. Hector Mondragon C. (2010). Obstetricia Basixa Ilustrada. Mexico: Editorial Trillas, pp 318-333.
6. Ann Marriner Tomey, Martha Raile, (2011). Modelos y teorías en enfermería, Editorial: EdiDe, s.l séptima edición, España.
7. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. (2007) Terapia con fármacos antihipertensivos para la hipertensión leve a moderada durante el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Número 4
8. Guía de Práctica Clínica. (2008). Diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo
9. Guía de Práctica Clínica. (2012). Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia
10. Johnson M. (2006). Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC (2 ed). Madrid: Elsevier.
11. Moorhead S & otros. (2008). Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4 ed. Madrid: Elsevier.
12. Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. (Septiembre 2005), Impacto en el control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del instituto mexicano del seguro social. 43 (5): 377-380.
13. Nieto Prendes, Dr. Pedro, Santos Peña, Dr. Moisés, Zerquera Álvarez, Dr. Carlos, Moreno Torres, Dr. Joselin, González Silva, Dr. Primitivo J. (2006). Preeclampsia-Eclampsia. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos, 11, No. Especial 1, 124-127.

14. Briones GJC, Días de León PM, Meza VM, García RL, Vi-llagrán UA, Cardona Ch JG, Navarro ZJJ, Briones VCG. (1999). Disfunción renal en preeclampsia-eclampsia. *Nefrología Mexicana*, p 20(2):65-68.
15. Avena, Josefina Leonor, Joerin, Dr. Verónica Natalia; Dozdor, Dra. Lorena Analía, Bres, Dra. Silvina Andrea, (Enero 2007). Preeclampsia-Eclampsia. *Revista de postgrado de la VIa Catedra de Medicina*, p. 165, 20-25.
16. Benavent MA (2002), et al. *Fundamentos de Enfermería*. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21.
17. Rodríguez J. (1997). *Fundamentos de Enfermería Especializada*. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill.
18. Kérouac S. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. España: Masson S.A.
19. Alfaro-LeFevre, Rosalinda, (2000). *Aplicación del Proceso Enfermero, guía paso a paso*. 4ª Edición. Barcelona: Springer – Verlag Ibérica.
20. Franco Olea, Pedro y f. I. Sanchez del Carpio, (1975). *Manual de Técnicas de Investigación*. 3a. edición. Ed Esfinge. México, p. 31.
21. Vázquez Chozas, José María; Muñoz González, Asunción, (2007). *El Proceso de Atención de Enfermería, Teoría y Práctica*. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: MAD.
22. Rodríguez Sánchez, Bertha Alucia (2006). *Proceso Enfermero - Aplicación Actual*. México: Ediciones Cuéllar. p. 89.
23. Iyer P. (1997). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería*. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill.
24. Leddy S, Pepper J.M., (1997). *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. Filadelfia: JB Lippincott Company.
25. Fuerbringer M, (1995). et al. *Enfermería, Disciplina Científica*. México: Ed. Universitaria Potosina.
26. Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. 3ª. Edición. México: Ed. El Manual Moderno.
27. Ledesma Pérez María del Carmen. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. México: Ed. Limusa.

28. Carpenito Lynda Juall. (2018). Manual de Diagnósticos Enfermeros. 15^a.
Edición. México: Ed. LWW