

9
2 of



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN
CASO CLINICO DE HIPERTENSION EN EL EMBARAZO.**

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

TERESITA GONZALEZ VARGAS

México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION.....	5
I MARCO TEORICO.....	7
1.- Panorama epidemiológico.....	7
2.- Criterio de riesgo en el embarazo.....	9
3.- Hipertensión durante el embarazo.....	16
4.- Enfermería Perinatal.....	24
II HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.....	28
1.- Datos de identificación.....	28
2.- Antecedentes.....	28
3.- Problema actual.....	30
III DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	32
IV PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	32
V EVALUACION Y CONCLUSIONES.....	49
GLOSARIO DE TERMINOS.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS.	

INTRODUCCION.

Considerando al país en su conjunto, se ha venido observando' en las últimas décadas que, la morbimortalidad ha descendido, atribui-- ble esto entre otros a la mejoría en los niveles de salud de la pobla-- ción, gracias a los logros tecnológicos alcanzados en materia de salud' y la continúa extensión de cobertura. Sin embargo esto no ha sido uni-- forme, ya que aún prevalecen tasas de morbi--mortalidad elevadas en zonas' rurales atrasadas y áreas suburbanas marginadas.

En cuanto a la salud materno infantil, siendo por más numero so el más vulnerable grupo de población, encontramos que en América La tina y el Caribe, las complicaciones del embarazo, el parto y el puer-- perio figuran a menudo entre las cinco primeras causas de defunción de las mujeres en edad fértil y, se observa que varias de las complicacio nes de la gravidez o de parto y puerperio, están íntimamente relaciona das con las condiciones de privación en que vive la mayoría de la po-- blación. En los países desarrollados la tasa de mortalidad materna -- oscila entre 5 y 30 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los pa-- ises del tercer mundo, las mismas tasas oscilan entre 50 y 80 por -- 100 000 nacidos vivos. (1)

Se reporta también que cada año mueren alrededor de 2500 - mujeres por causas obstétricas, entre las que resaltan, las hemorra--- gías, la toxemia del embarazo y la sepsis. (2)

-
- (1) "Reunión subregional sobre prevención de la mortalidad materna en - Centro América y Panamá" Boletín de la O.P.S.
(2) SEPTIEN, González J.M. "Problemas de administración en el campo ma terno-infantil y planificación familiar" p. 264

Con estos antecedentes es de llamar la atención, la necesidad de dirigir el interés a este grupo de población que por su calidad de vida tienen muchas probabilidades de presentar un alto riesgo en su vida reproductiva; específicamente a presentar toxemia del embarazo, --- actualmente conocida como hipertensión durante el embarazo.

El caso clínico que se ha seleccionado, resalta la necesidad' de que se brinde una atención prenatal temprana para la remisión oportu na de casos de riesgo y, disminuir la mortalidad materna.

La metodología de trabajo utilizada, es el Proceso de aten-- ción de enfermería, que a corto plazo proporciona los medios para indi-- vidualizar la atención a partir de las condiciones biológicas, psicoló-- gicas, socio-económicas y culturales; identificando y jerarquizando las necesidades, permite evaluar la eficacia de la intervención e interés -- de enfermería; además el proceso de atención de enfermería, mediante -- los conocimientos de diferentes disciplinas, permite identificar y anti-- ciparse en ocasiones a problemas que podrían presentarse.

El proceso de atención de enfermería que se presenta, está ba sado también en la nueva y estimulante información que en los últimos' años se ha integrado en la Enfermería Perinatal.

1.- Panorama Epidemiológico.

La hipertensión producida por el embarazo, solo se presenta durante el embarazo, el parto o el puerperio; en México, constituye la principal causa específica de mortalidad materna, cuya tasa de defunción en 1974 era de 17.57 por 100 000 nacidos vivos y, en 1981 la tasa fue de 23.26, lo que constituye un incremento importante. (3) Esto a pesar de la dificultad para determinar con exactitud la frecuencia de la hipertensión durante el embarazo como consecuencia de este, ya que generalmente se examina a la mujer por primera ocasión, después de la vigésima semana de gestación, desconociéndose además su tensión arterial --previa al embarazo, y pocas veces se continúa con el control durante el puerperio en las mujeres que presentaron hipertensión, para valorar si persiste o desaparece como ocurre cuando es debida al embarazo.

A pesar de los daños que implica la hipertensión para la madre y el feto-recién nacido, son pocas las investigaciones que se han hecho en México respecto a este proceso morboso, para conocer el comportamiento epidemiológico y sus complicaciones.

Los factores epidemiológicos más identificados son:

EDAD: Aunque resalta la frecuencia en las edades extremas de la vida reproductiva, ya que adquiere mayor severidad mientras más joven es la paciente y en mujeres mayores de 35 años, "Ha llamado la atención" el predominio de esta patología en mujeres de 20 a 29 años (58% en estu-

(3) "Resultado preliminar de un estudio" Ginecología y Obstetricia de -- México: 58 1990.

dio realizado) lo que demuestra que la incidencia está aumentando en la edad reproductiva considerada de bajo riesgo". (4)

PRIMIGRAVIDEZ: Tradicionalmente se ha visto una mayor frecuencia en las primigestas jóvenes o añosas.

EMBARAZO MULTIPLE: La probabilidad es mayor de acuerdo al número de fetos.

ENFERMEDADES VASCULARES: El antecedente de enfermedad hipertensiva, la enfermedad renal hipertensiva o vascular, la diabetes mellitus.

POLIHDRAMNIOS: De cualquier origen.

LA MOLA HIDATIFORME: Aumenta la posibilidad, suele manifestarse antes de la vigésima semana de gestación.

DEFICIENCIAS DIETÉTICAS: Desnutrición grave: las deficiencias de proteínas y vitaminas hidrosolubles pueden inducir preeclampsia. (no hay pruebas convincentes).

TENDENCIA FAMILIAR: Hay controversia respecto si este factor, en apariencia predisponente es genético o ambiental. (5)

(4) AYALA, Gutiérrez Ma. Eugenia "Incidencia de la toxemia en el HGRMF - No. 1 de Morelia, Mich. Tesis p.35.

(5) BENSON, Ralp. C. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. p. 754

En una investigación realizada sobre la incidencia de la toxemia se encontró que, al analizar los factores de riesgo previos al embarazo; el 52% tenía un riesgo reproductivo alto, llamando también la atención un incremento progresivo de hipertensión en embarazadas conforme los meses del año, alcanzando el mayor porcentaje en mayo, descendiendo en agosto y aumentando de nuevo en septiembre. (6)

2.- Criterio de riesgo en el embarazo.

Es innegable que la existencia del ser humano sobre la faz de la tierra, es un constante riesgo, desde su concepción está expuesto a peligros, dada su vulnerabilidad; sin embargo, se ha demostrado que ciertos riesgos se pueden disminuir, controlar y hasta eliminar en algunos casos, mediante estrategias como la educación, el acceso a los servicios de salud y el conocimiento y solución de una serie de factores que amenazan la integridad humana, sin poder negar así mismo, que esto no es fácil, ya que a pesar de los grandes avances de la ciencia, el riesgo de la reproducción constituye un serio problema de salud, que atañe no solamente a la embarazada, su familia o el equipo de salud, sino que es una situación que debiera interesar a la sociedad en general, ya que el fenómeno de reproducción no se da aislado, pues además del padre biológico, significa establecer relación con uno o más individuos y el resultado de ella se ve influido por relaciones y condiciones biosociales y florecerá o morirá en el contexto de la sociedad. (7)

(6) AYALA, Gutiérrez, op. cit. p. 12, 13

(7) BUTNARESCU, Fregia G. Enfermería Perinatal Volumen 2 p.

El concepto de riesgo en la reproducción ha sido muy utilizado en las últimas décadas y, ha sido motivo de éxito tanto en la población como en los servicios de atención.

Existe riesgo en la reproducción, cuando la madre y el feto están expuestos a peligro, lo que dificulta el logro de una reproducción saludable. (8)

El riesgo en la reproducción puede variar desde nulo o mínimo, moderado y máximo, para la madre, el feto o ambos y se considera como un concepto dinámico porque la salud de la madre puede variar en cualquier momento.

Se habla de riesgo mínimo, cuando existe un potencial que ocasiona un daño pequeño o nulo, es de corta duración, por lo que no interfiere con el funcionamiento óptimo materno-fetal. En el riesgo moderado, aumenta el número y complejidad de factores y se hace necesario aumentar la supervisión prenatal, educación y tratamiento, para poder mantener o restaurar la salud.

Existe riesgo máximo, cuando la magnitud de los factores ocasiona una gran posibilidad de daño o muerte a la unidad embarazada, la madre, o el feto-recién nacido y amerita una terapia intensiva, para recuperar el nivel funcional o incluso tratamiento a largo plazo.

(8) Ibidem p. 26

Generalmente los riesgos son consecuencia de la interacción de variables debidas a factores preexistentes, ser resultado del embarazo mismo, tal vez la amenaza sea de origen materno, fetal, familiar o social; por lo que puede estar presente en todos los núcleos de población, sin embargo existen grupos más vulnerables debido al tipo y número de factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO.

BIOLOGICOS.-

EDAD: El período de menores riesgos es de los 20 a los 30 años, en virtud de la madurez biológica, psicológica y social suficiente para que el embarazo se desarrolle adecuadamente, en mujeres menores de 20 y mayores de 35, aumenta la frecuencia de hipertensión durante el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer y desproporción cefalo-pélvica que origina partos prolongados y complicados, en el caso de mujeres mayores de 35 es más alta la probabilidad de complicaciones que coinciden con padecimientos de la edad como: hipertensión, diabetes y anomalías congénitas en sus hijos, o bien complicaciones hemorrágicas del embarazo, como inserción baja de placenta, desprendimiento de placenta o atonías uterinas.

PESO: Más de 70 kg. o menos de 40 kg., la obesidad y/o desnutrición, eleva posibilidades de presentar problemas de salud, en las obesas: hipertensión, diabetes, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado.

TIEMPO INTERGENESICO: Es bien sabido que una mujer que ha tenido embarazos seguidos y con intervalos intergésicos cortos (menores de 18 meses) no tienen el tiempo suficiente para la recuperación físicamente, por lo que aumentan las probabilidades de aborto, bajo peso del niño o prematuridad, además de la necesidad de destete temprano con su consecuente efecto nocivo.

MULTIGRAVIDEZ: Se presentan una serie de complicaciones en el embarazo a consecuencia de esta variable como: ruptura uterina, hipertensión, hemorragias en la segunda mitad del embarazo, tales complicaciones aumentan a partir del tercer embarazo.

ABORTOS: Cuando ha habido más de uno, hay tendencia a presentarse de nuevo y si estos son inducidos, las condiciones en que se realizó serán determinantes para la evolución de embarazos subsecuentes.

MUERTE FETALES: Cuando está presente en la historia obstétrica de una mujer, puede observarse su repetición, generalmente son debidas a hipertensión, cardiopatías, desprendimiento prematuro de placenta.

MUERTE NEONATALES: Debidas principalmente a enfermedad materna, partos prematuros, productos de bajo peso.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

CESAREA PREVIA: Es factor de riesgo por la posibilidad de --
ruptura uterina por debilitamiento de la pared uterina, o ruptura si se
permite el parto antes de tres años de la cesárea, la posibilidad de rup-
tura aumenta con el número de cesáreas.

ANOMALIAS CONGENITAS: Cuando existe este antecedentes, se en
cuentra el riesgo a presentarlas en un nuevo embarazo.

PARTO PREMATURO: Favorecido por otras variables de riesgo -
como son: hipertensión, placenta previa, desnutrición y otros.

HEMORRAGIAS: Varias de las causas de hemorragias de la se--
gunda mitad del embarazo presentan tendencia a repetir por los factores'
de riesgo a los cuales se asocia.

HIPERTENSION ARTERIAL: Con mayor incidencia en los extremos'
de la vida reproductiva se relaciona con padecimientos como la diabetes,
enfermedad renal o vascular crónica.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

DIABETES: Puede estar presente y ser descubierta antes del'
embarazo o puede manifestarse solo durante el embarazo (gestacional en -
cualquier caso) afecta a la madre y feto. El embarazo aumenta la grave-
dad de la diabetes y predispone a desarrollar hipertensión y polihidramnios.

CARDIOPATIAS: Se agravan por el embarazo y, la madre y el feto pueden estar en peligro.

OTROS FACTORES DE RIESGO.

NIVEL SOCIOECONOMICO: Es de importancia como condición social que afecta a toda la existencia y el medio ambiente del individuo y familia, determinará la calidad de la nutrición, de educación, habitación y la actitud frente a la atención prenatal, ya que hay varias mujeres de nivel socioeconómico bajo, que llegan a estar convencidas que el embarazo es un estado que no requiere atención médica a menos que hay a problemas graves. (9)

ESTADO CIVIL: Aunque en mujeres casadas se da el alto riesgo, en la mujer soltera es suficiente razón considerarlo de alto riesgo, porque reciben menos atención, viven desnutridas, situaciones psicológicas' y sociales de conflicto, debido al estigma aplicado al embarazo extraconyugal.

TABAQUISMO: Es probable que madres que fuman en exceso, -- den a luz niños pequeños para la edad gestacional.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de participar en la prevención de este problema a través del diagnóstico temprano del tipo y grado de riesgo, mediante una evaluación cuidadosa a la embarazada, dentro del contexto de su medio ambiente y adoptar el cuidado

(9) BETHEA, Doris. Enfermería Materno Infantil. p. 158

de acuerdo con este, así como considerar indispensable la educación y -
orientación a la población y, la capacitación de recursos humanos al cui-
dado de la salud para satisfacer la necesidad en cuanto a prevención y -
tratamiento del riesgo en la reproducción, ya que la actitud profesio--
nal e institucional influirá en el tipo de asistencia que se brinde y la
asignación de recursos humanos y materiales.

3.- Hipertensión durante el embarazo.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son complicaciones importantes que causan morbimortalidad elevada en la madre, el feto y el recién nacido, pero que en gran parte pueden prevenirse con un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. (Se clasifican en preeclampsia o eclampsia, según el cuadro clínico.)

La hipertensión inducida o provocada por el embarazo, ha sido llamada toxemia durante mucho tiempo; sin embargo, en la actualidad - tal término no convence, en función que no se ha comprobado la existencia de ninguna toxina que la ocasione.

Es una enfermedad que solo se presenta durante el embarazo, parto y/o puerperio, y a menudo ocurre en primíparas, multíparas, en embarazo gemelar y/o diabetes sacarina.

La hipertensión durante el embarazo, incluye aquellos trastornos hipertensivos como complicación por el embarazo, en donde la mujer antes de iniciar la gestación, ya vivía la hipertensión, o bien cuando esta sea motivada por el embarazo y se inicie después de la vigésima semana de gestación, se observa más a menudo en las diez últimas semanas de esta, en el trabajo de parto y de 12 a 49 horas posteriores a él.

CLASIFICACION: La hipertensión provocada por el embarazo se clasifica en preeclampsia o eclampsia, dependiendo del cuadro clínico.

En la Preeclampsia los síntomas pueden ser:

- 1.- Aumento de la presión arterial.
- 2.- Edema.
- 3.- Albuminuria.

En la Eclampsia, además de los anteriores puede haber convulsiones y coma.

ETIOLOGIA: En cuanto a la etiología, no se conoce la causa de la hipertensión durante el embarazo, se cree que desempeñan una función en ella diversos factores predisponentes tales como: Diabetes sacarina, hipertensión, enfermedad renal, desnutrición, obesidad, mola hidatidiforme, embarazo múltiple, polihidramnios, hipertensión inducida por el embarazo previa y/o tendencias de la familia a presentar este trastorno. En 1983, los investigadores Lueck y Col, observaron múltiples formas de gusanos en la sangre de mujeres con preeclampsia y eclampsia, así como en el cordón umbilical de los recién nacidos de madre con preeclampsia y eclampsia. (10)

FISIOPATOLOGIA: En realidad no se ha encontrado un agente vasopresor que explique la hipertensión que ocurre durante el embarazo, -

(10) OLDS, S.B. Enfermería Materno Infantil 1987, p. 382

no se elevan las cifras de presores (vasopresina-adrenalina), las arteriolas son anormalmente sensibles, aún a cantidades normales de angiotensina II y otros vasoconstrictores.

Se ha considerado la retención de sodio como un factor incitante, pero dadas las observaciones de que puede ocurrir hipertensión sin retención de sal y agua; se considera poco probable que por sí solo el sodio constituya un factor etiológico. En algunas pacientes se ha encontrado cifras más altas de lo normal de catecolaminas y prostaglandinas, estas son producidas por la placenta, lo que sugiere que si hay disminución del riego útero-placentario, hay disminución de prostaglandinas y por lo tanto hipertensión.

EL EDEMA: Es común durante el embarazo y por sí solo no se justifica el diagnóstico de preeclampsia; sin embargo un aumento súbito de peso de un kg. o más en una semana o tres kg. o más por mes; debe despertar sospecha de presencia de preeclampsia y eclampsia.

RETENCION DE SODIO: En la preeclampsia la capacidad de excretar sodio está alterada. Se ha comprobado que en pacientes con hipertensión con dietas bajas en sodio, desarrollan un equilibrio sódico negativo, hasta hiponatremia que requiere la administración de sal.

PROTEINURIA: Se excreta principalmente albúmina y en menor cantidad globulina, estas pasan a través del glomérulo hacia la orina --

más rápido y en mayor cantidad de las que pueden resorberse en los túbu los proximales, debido a lesión glomerular o tubular.

La proteinuria sola, independientemente de la hipertensión, - se asocia con tasas de mortalidad perinatal.

Entre las proteínas que se pierden en la orina, está la angiotensinasa que inactiva a la angiotensina II, por lo que a partir de la vigésima semana aunque se incremente su pérdida puede disminuir la tasa' de inactivación de angiotensina II.

FUNCION CEREBRAL: La circulación sanguínea en el cerebro es normal en la hipertensión leve, pero se reduce cuando aumenta, la hiperreflexia puede ser manifestación de alteraciones vasculares graves en la corteza y tallo cerebral y parte superior de médula espinal.

El aumento de la resistencia vascular en el S.N.C. puede contribuir a alteraciones sensoriales (visión borrosa, escotomas, cefalal--gia).

Las convulsiones y contracciones espasmódicas son causadas - por exitación normal de áreas motoras del cerebro, las convulsiones generalizadas son manifestaciones de edema cerebral o hemorragia extensa.

FUNCIÓN OFTÁLMICA: Ocurre edema en la retina con tanta frecuencia que el espasmo de las arteriolas presenta un reflejo de la luz - del oftalmoscopio semejante al de la luz en un espejo. (Ello constituye un signo temprano de preeclampsia).

DATOS CLÍNICOS: Los signos de enfermedad hipertensiva son de aparición insidiosa, por lo que debiera insistirse en la importancia del control prenatal en etapa temprana del embarazo para efectuar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

La hipertensión es el signo más importante, la tensión arterial diastólica es más confiable que la sistólica, porque es menos susceptible a influencias extrínsecas.

Cualquier elevación repetida o constante de la presión arterial diastólica de 15mm Hg. o más por arriba de la cifra antes de la gestación debe considerarse como hipertensión, o bien la elevación de 30mm Hg. en pacientes sin hipertensión antes de la gestación.

El aumento exagerado, repentino de peso es una señal de hipertensión antes que ésta se manifieste como tal.

El dolor de cabeza suele ser frontal u occipital, puede ser constante, es un síntoma de preeclampsia-eclampsia grave, este aumenta con la gravedad del problema.

En etapas avanzadas de hipertensión, el dolor en epigastrio' es signo de convulsión inminente.

DATOS DE LABORATORIO: Por lo general aparece proteinuria -- cuando es más manifiesta la hipertensión, es el último signo en aparecer, la proteinuria es un dato importante aún sean trazas, la cantidad puede' ser de trazas a 300 mg/lt en 24 hrs. o más de un gr/lt. de orina tomada' al azar. (11)

Es común oliguria y llegar hasta anuria a causa de la disminución del flujo renal y de la filtración glomerular, es necesario valorar la función renal a través de determinación de química sanguínea.

La eclampsia se confirma cuando la paciente preecláptica -- presenta convulsiones. La cefalea, dolor epigástrico o sensación de opresión en tórax, pueden ser síntomas premonitorios.

PREVENCIÓN: Con el concepto de riesgo, en la actualidad es -- posible una evaluación con alto grado de precisión de las posibilidades' de presentar hipertensión, no solo por el número de variables presentes, sino por la gravedad que algunos de ellos significan durante el embarazo. Anexo 1.

(11) BENSON, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. 1986. - p. 759.

Las acciones de promoción constituyen un factor importante - en la prevención, ya que permite informar, orientar y motivar a la población para que participe activamente en el autocuidado de la salud de la madre y el hijo.

La asistencia prenatal temprana que conlleva a un diagnóstico y tratamiento oportuno, así como el cuidado que garantice buena nutrición de la gestante, equilibrio hidro-electrolítico y tranquilidad emocional, adelantan la posibilidad de reducir la frecuencia de este proceso patológico.

TRATAMIENTO: De acuerdo a la valoración de riesgo de cada embarazada, se trazarán los planes de atención, ya que aquella paciente que ha desarrollado hipertensión en el embarazo anterior, que la familia ha tenido tendencias, edades extremas y otros factores ya mencionados, ameritan un control prenatal más frecuente y canalización, según requiera el caso oportunamente a los recursos de salud asistencial.

Por lo anterior, los cuidados de este proceso materno-fetal pueden ser: Ambulatorios y Hospitalarios.

El manejo ambulatorio es para pacientes con hipertensión leve (incremento de 30/15 mm. Hg. o mayor de 140/90 pero menor de 170/110 mm. Hg. (12) Y en general se indicarán las siguientes medidas: Toma de

(12) BENSON, Ralph. Ibidem. p. 755.

T.A. diaria, observar el grado de edema por lo menos dos veces por semana, diuresis (debiendo ser mayor de 500 cc diarios), fondo de ojo, reposo y orientación, interrogar acerca de encefalopatía hipertensiva, vigilancia del estado del feto cada semana, mediante crecimiento de F.U., medir albumina en orina de 24 horas, anotar el aumento de peso en gramos - por semana (menor de 100 grs. diarios).

MANEJO HOSPITALARIO: Mantener a la paciente en reposo en decúbito lateral izquierdo para aumentar la diuresis y la deshidratación - intravascular y hemoconcentración disminuyen, se hidrata a la paciente, se disminuye la hiperreflexia para prevenir el riesgo de convulsiones, - si la tensión arterial no responde con mgSO_4 se administra hidralacina - 40mg/10d, la T.A. no debe disminuir por debajo de 130/80 mm Hg porque la perfusión uterina disminuiría de forma tan importante que el feto resultaría perjudicado; (13) en caso de hipertensión intensa el cuidado es de UCI.

Excepto en mujeres con hipertensión leve y que responde de inmediato al tratamiento, lo mejor es estabilizar a la paciente y provocar el parto.

Después del parto se debe valprar a la paciente, la T.A. puede permanecer elevada durante seis u ocho semanas.

(13) El manual Merck. 1989 p. 146, 147.

4.- Enfermería Perinatal.

En el México antiguo, "la partera tenía entre los aztecas - una función relevante dentro de la sociedad. Contaba con un prestigio - diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, - de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales, de educadora en salud; en suma poseía la categoría de mujer sabia". (14)

"Sobre la Tlamatquicitl recaía multitud de actividades; -- efectuaba visitas periódicas a los hogares, así se daba cuenta de las necesidades de la familia". (15) Este personaje proporcionaba orientación' para el cuidado del embarazo, explicaba prácticas rituales para preve-- nir malformaciones del feto, brindaba atención del parto y al recién nacido, a la mujer durante el puerperio, esto es, participaba de manera importante en el ciclo materno infantil.

Al paso del tiempo la enfermera partera se encargó de reali-- zar, no todas pero sí muchas de estas acciones; sin embargo con la desa-- parición de la Tlamatquicitl, la casi desaparición de las parteras y - el surgimiento del médico obstetra; se han perdido muchos de esos valo-- res que en la actualidad nuevamente se intenta rescatar y reivindicar.

Una serie de consideraciones ante la esfera de la reproduc-- ción está cambiando el enfoque de aspectos primordiales de esta importan-- te fase de la vida humana, este nuevo enfoque es la Enfermería Perinatal, que parte desde las consideraciones que la familia debería tener hacia la

(14) Enfermería: Cadena o camino. p.7

(15) Ibidem. p. 8

dotación biológica para una reproducción saludable, que si bien es cierto aún algunas de ellas se desconocen a pesar de la amplitud del conocimiento actual.

Así pues, "la Enfermería Perinatal es la práctica de la enfermería profesional en respuesta a las necesidades planteadas por la reproducción humana o que guardan relación con ella. Es la participación' en un esfuerzo organizado de los trabajadores al servicio de la salud y otras personas interesadas, por lograr el objetivo de la salud de la reproducción". (16)

La enfermería perinatal parte de suposiciones importantes tales como: todo individuo tiene derecho a nacer sano, todas las embarazadas y sus hijos tienen derecho a recibir una atención que asegure su salud, la reproducción no es un fenómeno aislado sino un continuo de la maduración humana y recibe la influencia del contexto socio económico en que se vive. En cuanto a la enfermería, se considera una responsabilidad participar en la educación que coadyuva a la salud de la reproducción,' proporcionar cuidados, apoyar y promover programas, estudiar necesidades perinatales de salud, así como la participación en la investigación interdisciplinaria.

Tradicionalmente las mujeres de la familia han actuado como' maestros en cuanto al fenómeno de la reproducción, se compartía la infor

(16) BUTNARESCU, Glenda. Enfermería Perinatal. 1982. Vol. 1 p. 25

mación respecto al embarazo, parto y puerperio con las mujeres, pero a los hombres se les consideraba poco o nada al respecto; en la actualidad se requiere de esfuerzos en conjunto para preparar a los individuos en una empresa responsable en cuanto a la reproducción.

La enfermería perinatal considera al hombre con una serie de dotaciones y capacidades de índole: Biológica, psicológica y social, cuya calidad depende de variables complejas, por lo tanto la enfermera requiere de conocimientos sólidos, para realizar acciones que conlleven a dar la importancia previa a la reproducción, motivando con el hecho de "Padres sanos, hijos sanos"; aunque no podemos negar la influencia de aquellos factores que rodeando al ser humano no dejan de amenazarlo, biológica, psicológica y socialmente.

Durante los meses del embarazo y vida intrauterina, la mujer y el feto viven una serie de cambios, se desarrollan, funcionan con una unidad interrelacionada e interdependiente. El feto depende totalmente de sistemas de sostén de la vida que une a él y a la madre, la mujer tiene un grado de dependencia menor; sin embargo la salud de esta interdependencia puede asegurar o no la vida de la madre.

La gestación es un período de grandes cambios y adaptaciones fisiológicas para la mujer embarazada, todos sus aparatos y sistemas corporales se ven afectados de alguna forma y así en conjunto con las respuestas conductuales y clínicas, contribuyen a que la embarazada pase --

por un período de reacciones extremas en términos de bienestar o mala sa lud, euforia y depresión, optimismo y pesimismo.

El personal de enfermería profesional que se interesan en la salud de las futuras familias, de las embarazadas y sus hijos son clave importante para lograr éxito en la reproducción saludable.

II HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

1.- Datos de identificación.

NOMBRE: A.M.G.P.

EDAD: 33 años.

LUGAR DE NACIMIENTO: Morelia, Michoacán.

LUGAR DE RESIDENCIA: Morelia, Michoacán.

OCUPACION: Hogar.

ESTADO CIVIL: Casada.

RELIGION: Católica.

ESCOLARIDAD: 2o. Secundaria.

DOMICILIO: Mintzita 113, Colonia Felicitas del Río.

2.- Antecedentes.

HEREDITARIOS: La madre refiere "padecer" de la presión arterial y controlarla con medicina tradicional (cáscara de chayote y de sapote), el padre abandonó el hogar hace 33 años, la paciente tiene cuatro hermanas en aparente buen estado de salud, un hermano falleció en accidente automovilístico. Se niegan otros procesos patológicos en la familia.

PERSONALES NO PATOLOGICOS: No recuerda si recibió esquema de inmunizaciones, referente a sus hábitos higiénicos: realiza baño cada --

tercer día, con cambio de ropa, aseo de manos después de defecar, no -- practica el aseo bucal; en relación a la vivienda, actualmente vive con su madre en forma provisional, ya que espera cambiarse de domicilio en cuanto se resuelva su problema, la casa es de concreto con piso de ce-- mento, regular ventilación e iluminación, buena higiene, no hay hacina-- miento ni promiscuidad, los hábitos alimenticios son regulares en cali-- dad, ya que ocasionalmente se come carne, pescado, huevo o fruta.

La colonia donde está ubicada la vivienda cuenta con los -- servicios públicos necesarios.

La paciente cuenta con atención médica por tener seguro so-- cial voluntario, refiere tener buena dinámica e integración familiar, la familia la componen el esposo, una hija de 18 meses.

Tienen como actividades de recreación, salir los domingos al parque y ver televisión.

PERSONALES PATOLOGICOS: Padeció enfermedades en la infancia' como: faringoamigdalitis y cuadros diarréicos no muy frecuentes, varicela, no ha tenido traumatismos, no ha recibido transfusiones, a los 20 -- años recibió tratamiento por problemas de tiroides.

GINECO-OBSTETRICOS: Menarca a los 13 años, con un ritmo de - 30 días y 3 de duración, IVSA a los 22 años, Gesta III, Para 0, Cesúrea' l, Abortos 1.

Se sometió a control de la fertilidad con anticonceptivos --
orales durante un año, posteriormente presentó esterilidad secundaria du
rante seis años, para lo cual recibió tratamiento farmacológico dos años,
logrando embarazo que terminó en cesárea.

En relación a la F.U.R., presentó el 11 de Mayo de 1990 mens
truación escasa de color café; sin embargo como proporcionaba lactancia'
materna no se dió cuenta de estar embarazada, hasta el mes de noviembre'
en que asistió a consulta prenatal, diagnosticándose embarazo de 18 sema
nas y TA normal (Diastólica de 80 mm Hg).

PADECIMIENTO ACTUAL: Inicia el 17 de noviembre al auscultar-
se TA de 140/100 mm Hg en la consulta prenatal, siendo tratada con alfa'
metil dopa; sin embargo al incrementar la actividad doméstica (empacar -
pertenencias por cambio de residencia de León, Gto. a Morelia; presenta'
acufenos, fosfenos y dolor de cabeza, por lo que acude a consulta.

A la exploración física, se observa fememenina adulta, con-
ciente, con edad aparente a la cronológica, adaptada al medio, con acti
tud colaboradora, constitución obesa, buena coloración e hidratación, -
cloasma facial (+++), pupilas isocóricas, normoreflécticas, tórax, sin
compromiso, abdomen globoso por útero grávido, crecimiento (F.U.) menor
a la edad gestacional, situación longitudinal, presentación cefálica, -
F.C.F. 155 X', no se realiza tacto vaginal, no hay edema en miembros in

feriores, refiere la paciente disminución de movimientos fetales y no tener pérdidas transvaginales, con dolor en epigastrio, temperatura corporal de 36.7°, respiración 20X', pulso 90X', TA 150/100 mm Hg.

EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA: Durante la estancia de la paciente en el hospital, la TA continuó manteniéndose en cifras de 150/110 mm - Hg, eventualmente 120/90 mm Hg, los exámenes de laboratorio de B.H. y Q.S. se reportaron normales excepto el EGO, la paciente se resistía a mantenerse en reposo, apareció ligero edema (+) en miembros inferiores, el dolor en epigastrio continuó, a los 17 días de hospitalización; presentó sangrado transvaginal, lo que motivó la intervención quirúrgica, obteniéndose - producto masculino, de 2.100 kg. con hipoglicemia, siendo trasladado a terapia intermedia de neonatología.

La paciente continuó con TA de 150/100 mm Hg, no presentando otras - manifestaciones patológicas, con evolución favorable de puerperio quirúrgico.

III DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Adulta madura de 33 años, cursando embarazo de 33 semanas de gestación de alto riesgo, con hipertensión inducida por el embarazo, con dolor en epigastrio, preocupada por su hija de 18 meses, mostrando rechazo a algunas indicaciones médicas. Con problema potencial de parto - prematuro.

IV PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

OBJETIVOS:

- 1.- Brindar atención de enfermería, que colabore a evitar -- que aumente la hipertensión y por lo tanto alteraciones' materno-fetales.
- 2.- Proporcionar el tratamiento médico que permita controlar y/o corregir la hipertensión, la irritabilidad del S.N.C. y el vasospasmo.
- 3.- Favorecer la obtención de un producto vivo normal al prolongar el embarazo.
- 4.- Disminuir la ansiedad de la paciente y proveer un ambiente de tranquilidad y confianza.

- 5.- Continuar la relación enfermera-paciente en el hogar para brindar educación higiénico-dietética, que colabore a prevenir problemas de salud en la familia.

PROBLEMA: HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: La paciente presentó acufenos, fosfenos, cefalalgia, TA 150/110 mm Hg.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA: La hipertensión durante el embarazo puede ser representativa de trastornos hipertensivos gestacionales (El aumento de la TA en mujeres embarazadas previamente normotensas) o de hipertensión complicada por el embarazo (Enfermedad hipertensiva -- preexistente, nefropatía, entre otras en una embarazada).

La hipertensión es el signo más importante de la preeclampsia, se considera hipertensión cuando: (1) existe una presión sistólica de 140 mm Hg o más, (2) se presenta una elevación de 30 mm Hg o más por arriba del valor sistólico pregestacional, (3) se da una presión diastólica de 90 mm Hg o más y (4) una elevación de 15 mm Hg o más por arriba de la presión diastólica pregestacional. (17)

La TA diastólica es más confiable que la sistólica porque es menos susceptible a influencias extrínsecas.

(17) BENSON, Ralph. op. cit. 753

No se han encontrado agentes vasopresores que expliquen la hipertensión en el embarazo.

ACCIONES DE ENFERMERIA: Administración de medicamentos hipotensores; ALFAMETILDOPA 500 mg. cada 8 horas.

RAZON CIENTIFICA: La metil dopa penetra al sistema nervioso central y ejerce efectos depresores de conducta y simpaticopléjicos semejantes a los de la reserpina. La caída de la presión sanguínea se explica probablemente por una disminución del gasto cardíaco y una reducción en las resistencias vasculares generales, además de los efectos sedantes.

Es bien absorbida después de su administración bucal, pero el inicio de su acción se retarda 4-6 hrs. y de 1-2 hrs.; aunque se administre intravenosa, el efecto de una sola dosis puede durar 24 hrs. pero tarda 2-3 días para determinar el efecto de un régimen particular de dosificación.

Se excreta por la orina principalmente.

Reacciones adversas: Algunas veces causa bradicardia, diarrea, boca seca y en los secundarios sedación desagradable, pesadillas, cansancio. Alergias: fiebre yatrogena, rara miocarditis, o anemia hemolítica.

Contraindicada en hepatitis. Dosis 250 mg. dos veces al día, 2 g/d, puede emplearse pero con incremento en número e intensidad de efectos colaterales.

HIDRALACINA 40 mg. Vía oral c/8 hrs.

RAZON CIENTIFICA: Intensifica la acción vasodilatadora, pero también provoca taquicardia, refleja inducida y elevación del gasto cardíaco. La circulación sanguínea renal que generalmente no se eleva con los hipotensores, se eleva con este medicamento. La dosis oral es de - 12.5 a 50 mg 4/v al día, provoca reacciones adversas como dolor de cabeza, náusea, debilidad. Por lo general no produce hipotensión profunda, pero posee suficiente potencia para disminuir la TA satisfactoriamente y aumentar la perfusión renal; así como el gasto urinario, no tiene efectos fetales adversos. (18)

EVALUACION: La presión arterial se ha mantenido alrededor de las cifras de ingreso, ocasionalmente descendió pero fue mínimo, con elevaciones más importantes, por lo que se indicó nifedipina 10mg vía oral en caso de TA. diastólica mayor de 110 mm Hg.

ACCION DE ENFERMERIA I: Evaluar cifras de TA, cada dos horas y reportar aumentos repentinos o persistentes.

(18) MEYER, Frederick. Farmacología clínica. 1982 p. 108

RAZON CIENTIFICA: La TA puede fluctuar cada hora y aumentar como resultado del incremento de la resistencia periférica a causa de vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar. La hipertensión es una grave afección porque causa aumento del trabajo del corazón y lesiona las arterias por excesiva presión, provocada por el aumento de la resistencia de las arteriolas, la insuficiencia cardiaca congestiva, el infarto miocárdico, el ataque y la insuficiencia renal, son graves secuelas de la hipertensión, (19) durante la gestación además se produce hemorragia o necrosis de la placenta, lesión hepática, edema y hemorragia cerebral; entre otros. (20)

ACCION DE ENFERMERIA: Fomentar posición del lado izquierdo.

RAZON CIENTIFICA: La posición supina, somete a compresión tanto a la vena cava inferior como la aorta y disminuye el riego sanguíneo hacia el útero grávido, también se comprimen las arterias renales disminuyendo la circulación sanguínea a riñón. La posición lateral disminuye la TA. y aumenta el flujo uterino y renal y puede causar diuresis dando por resultado disminución de la proteinuria.

La TA varía según la posición, más elevada: sentada, media: en supina, más baja: decúbito lateral izquierdo. (21)

(19) SMITH, Germaín Medicina y Cirugía para Enfermeras. p. 410

(20) BENSON, Ralph. op. cit. p.756

(21) OLDS. S.B. op. cit. p. 387, 388

ACCION DE ENFERMERIA: Orientar a la paciente sobre la importancia de guardar reposo absoluto.

RAZON CIENTIFICA: La paciente puede sentirse bien y no considerar la necesidad de reposar, al comprender los beneficios incrementa la adaptabilidad.

ACCION DE ENFERMERIA: Mantener a la paciente en reposo absoluto.

RAZON CIENTIFICA: El reposo reduce los estímulos externos, - aumenta la filtración glomerular.

Los exámenes necesarios y pruebas especiales, deben hacerse a intervalos prudentes.

EVALUACION: La paciente se resistía a guardar reposo absoluto en cama, a pesar de que se le dió explicación sobre la necesidad, aprovechaba que el personal estuviera ocupado para levantarse a bañar y/o de fecar.

ACCION DE ENFERMERIA: Brindar reposo con sedantes:

CLGROPROMAZINA 12.5 mg. IV en solución parenteral y 12.5 mg.

IM cada 12 horas ambas.

RAZON CIENTIFICA: La cloropromazina causa una sedación dis--
tinta a la observada al usar sedantes, la sedación no progresa a la anes-
tecia, el paciente manifiesta un estado de indiferencia con sensación -
de somnolencia pero despierta. (22)

ACCION DE ENFERMERIA: Mantener el ambiente tranquilo.

RAZON CIENTIFICA: Reducir los estímulos que pudieran acentuar
la hiperreflexia, ya que un aumento progresivo, implica la amenaza de --
convulsiones; sin embargo debe haber suficiente luz que permita observar
adecuadamente a la paciente.

EVALUACION: Se mantuvo a la paciente en un cubículo sin mu--
cho movimiento de personal, los estudios se realizaron con poco personal
y en lugares tranquilos.

ACCION DE ENFERMERIA: Mantener restringida la visita.

RAZON CIENTIFICA: Solo debería permitirse la visita del espo-
so y familiares cercanos, cuidando que sea el tiempo necesario con el --
fin de brindar apoyo emocional sin cansarla.

EVALUACION: La paciente y la familia aceptaron este cuidado'
y solamente el esposo y la madre visitaban a la paciente, procurando in-
cluso llevarle información tranquilizadora.

(22) MEYERS, F. op. cit. p. 108

ACCION DE ENFERMERIA: Observar que ingiera dieta normosódica e hiperproteíca.

RAZON CIENTIFICA: En la hipertensión la capacidad de excretar sodio está alterada; sin embargo se aconseja la ingestión normal de sal (2.57 gr/24 hrs.) ya que al ingerir cantidades mayores puede hacer que el trastorno se agrave.

La alimentación debe ser de residuo neutro y rica en proteínas (100 gr/día o más), con una ingestión calórica de 1600 kcal/día.

EVALUACION: La dieta señalada se le proporciona a la paciente; sin embargo no era de su agrado y con frecuencia manifestaba su inconformidad y deseo de tomar otro tipo de alimentos (tipo mexicano).

ACCION DE ENFERMERIA: Observación estrecha y cuidadosa.

RAZON CIENTIFICA: La habilidad para observar científicamente es básica en la práctica de enfermería para la identificación de necesidades para la subsecuente planeación y evaluación de los cuidados de enfermería. (23)

Este tipo de pacientes debe estar bajo observación estrecha, tanto por variaciones en su estado, como por efectos de medicamentos y/o

(23) KOZIER DU GAS. Tratado de Enfermería Práctica. p. 60

complicaciones que pueden manifestarse en cualquier momento como: edema pulmonar, convulsiones, separación de placenta y otras.

Se valorarán los reflejos tendinosos profundos bicipital, de la muñeca, rotuliano, identificando así el nivel de irritabilidad muscular y nerviosa.

EVALUACION: Se ha tenido una observación continua, se asiste con la paciente no solo para realizar procedimientos, sino para dialogar con ella y/o detectar cambios o persistencia de signos como: Dolor de epigastrio, edema de M.I.

ACCION DE ENFERMERIA: Valorar la excreción urinaria.

RAZON CIENTIFICA: La filtración glomerular que se incrementa hasta un 50% durante el embarazo, se reduce en la hipertensión a causa de la disminución del flujo sanguíneo renal, la excreción debe ser de 700 ml o mayor en 24 horas o por lo menos de 30 ml cada hora.

EVALUACION: La diuresis de la paciente era adecuada, aproximadamente 1000 ml o más al día, por lo que no se hizo necesario ningún otro cuidado al respecto.

ACCION DE ENFERMERIA: Mantener vena permeable con solución glucosada al 10% 1000 ml/12 hrs.

RAZON CIENTIFICA: Para prevenir la deshidratación durante - las primeras 24 hrs., la paciente debe recibir cargas de al menos 1500 - ml. de líquido por vía oral o parenteral, dextrosa en agua al 5%, además permite conservar abiertas las líneas para la administración de fármacos.

EVALUACION: Se ha mantenido a la paciente con vena permea-- ble con buena hidratación.

ACCION DE ENFERMERIA: Recolección de muestras para EGO, BH y Q.S.

RAZON CIENTIFICA: En condiciones normales durante el embara-- zo se depuran con mayor rapidez: creatinina, urea y ácido úrico a causa' del aumento de la filtración glomerular, lo que da por resultado disminu-- ción en las concentraciones séricas y aumento en concentraciones urina-- rias, en la hipertensión incudicida por el embarazo, aumenta la concen-- tración sérica de ácido úrico y se pierden proteínas séricas (albumina y globulina) por orina a causa de lesión glomerular, renal o espasmo vascu-- lar renal.

EVALUACION: Cada ocho días de le realizaron estudios de labo-- ratorio, reportándose normales; excepto que se manifestó proteinuria 2.7 gr./lt.

ACCION DE ENFERMERIA: Registro y evaluación de signos vitales.

RAZON CIENTIFICA: Los signos vitales, revelan las funciones básicas del organismo humano, son de suma importancia para valorar el estado de salud.

La ingestión de medicamentos alteran la función y los signos vitales, como la hidralazina que produce taquicardia.

EVALUACION: Se han mantenido sin modificación.

RAZON CIENTIFICA: El edema es causado por la retención de sodio y agua, la disminución del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular contribuyen a la retención (no se han dilucidado los mecanismos reales). El edema se señala con (+) cuando es ligero, de las regiones podálicas y pretibial, (++) cuando es notable en extremidades inferiores, -- (+++) está presente en manos, cara y parte baja de pared abdominal y sacro (++++) anasarca con ascitis.

EVALUACION: Apareció edema (+).

PROBLEMA: Dolor en epigastrio.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: La paciente refiere dolor en el epigastrio, que coinciden con la administración de los medicamentos.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA: En fases avanzadas de preeclampsia, el dolor en parte alta del abdomen de origen indeterminado, el vómito o la gastritis pueden ser signo de inminencia de convulsiones.

ACCION DE ENFERMERIA: Administración de butilhiocina una amp. - I.M.P.R.N.

RAZON CIENTIFICA: Antiespasmódico, con acción sobre la musculatura lisa del tracto gastrointestinal. Como cruza la placenta se recomienda uso de observación cuidadosa.

ACCION DE ENFERMERIA: Administrar 10 ml de Gel de hidroxido' de aluminio con los medicamentos de vía oral.

RAZON CIENTIFICA: La capacidad de un antiácido para neutrali zar el ácido del estómago y la duración de su efecto es no mayor de una' hora.

EVALUACION: El dolor en epigastrio cedía en ocasiones y en' otras persistía, lo que hacía que conjuntamente con la elevación de la - T.A. no se diera de alta a la paciente.

PROBLEMA: EMBARAZO DE 33 SEMANAS DE GESTACION.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: Fondo uterino de 30 cm., ultraso nido que reporta edad por DBP y L F de 31-33 semanas de gestación.

RAZON CIENTIFICA: De la 29 a la 32 SDG el feto pesa cerca de 2000 gm., y una longitud de 38-43 cm. tiene el 60% de probabilidades de' sobrevivir con cuidados especiales, el SNC. ha madurado para dirigir los movimientos respiratorios rítmicos y regular en parte la temperatura cor poral; sin embargo no hay madurez en los pulmones por lo que es conve-- niente prolongarse el embarazo. (24)

(24) OLDS, S.B. op. cit. p. 208

ACCION DE ENFERMERIA: Valorar el estado fetal.

RAZON CIENTIFICA: LA OCURRENCIA de trastornos hipertensivos' de la gestación, aumenta la tasa de mortalidad perinatal y la incidencia de prematurez.

Si la hipertensión es leve se registra la FCF cada 4 horas,' si es grave continuamente. La FCF menor o mayor a 120-160, indica su - frimiento fetal. La ausencia de movimientos fetales deberá llamar la - atención.

EVALUACION: La frecuencia Cardiaca fetal se ha mantenido en' cifras normales, los movimientos fetales están presentes.

ACCION DE ENFERMERIA: Valorar actividad uterina.

RAZON CIENTIFICA: La hipertensión contribuye en forma impor- tante a la prematurez a consecuencia de la interrupción obligada del em- barazo antes del término de la gestación.

PROBLEMA: Preocupación por su hija de 18 meses y sus perte-- nencias de cambio de domicilio.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: Verbaliza el deseo de regresar - al hogar para atender ella directamente a su pequeña hija y, estar al -- pendiente de la mudanza.

RAZON CIENTIFICA: La tensión se ha definido como factor físico y emocional que produce tensión corporal o mental y puede ser causa - de enfermedad, la tensión puede ser causada por cualquier persona, situación o actividad, que el individuo perciba conciente o inconcientemente' como amenazador.

La ansiedad es un sentimiento de aprensión y puede provenir' de diferentes causas, una de ellas la enfermedad y la consecuencia que - traiga, la separación de la familia y la idea que puedan vivir sin ellos, conntituye una amenaza así como los peligros que puedan vivir por no es- tar para protegerlos, las pertenencias son símbolo de seguridad.

ACCION DE ENFERMERIA: Buscar y utilizar mecanismos que tranquilicen a la paciente respecto de la ansiedad por su hija y pertenencias.

RAZON CIENTIFICA: El saber tratar adecuadamente al paciente' implica tranquilización o apoyo emocional, esto es dar confianza y seguridad y la enfermera es el agente activo que puede proporcionar este apoyo en cinco zonas: Atención física, oportunidad de expresar, oportunidad de progreso a su ritmo, oportunidad de investigar respecto a sus dudas,' identificar y resolver problemas y sentirse atendido y comprendido. (25)

(25) KOZIER, Du Gas. op. cit. p. 98

EVALUACION: Uno de los mecanismos empleados fue la visita domiciliaria durante la hospitalización, con el propósito de llevar información fidedigna que ayudara a tranquilizar a la paciente; se encontró que generalmente la abuelita de la niña se encargaba de ella y, cuando tenía que salir de casa se la dejaba a una hija casada; sin esperar la familia esta visita, se observó también que se atendía a la niña, pues se le estaba dando de comer y conservaba buen estado de higiene, la mudanza de la paciente se encontraba ya en su nuevo domicilio, con cierta seguridad (bajo llave), se le informó todo esto a la paciente y manifestó gusto por ello.

Durante la visita también se brindó orientación acerca de actitudes que se requerían de la familia hacia la paciente.

PROBLEMA: Necesidad de educación higiénico-dietética.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: Al realizar la historia clínica se refieren hábitos que puede producir problemas de salud.

RAZON CIENTIFICA: La atención primaria a la salud es un mecanismo de gran utilidad para prevenir problemas de salud que surgen de inadecuados hábitos de la vida diaria, como es la alimentación y la higiene.

ACCION DE ENFERMERIA: Elaborar un plan de educación para implementarlo en el hogar.

RAZON CIENTIFICA: El fin de la elaboración de un plan de -- atención en el hogar, es permitirle al paciente y a su familia el cuidado de la salud por sí mismos a través del desarrollo de sus capacidades' y en base a los recursos con que cuenta en el hogar y la comunidad, ya -- que en el hospital si bien es un lugar que puede aprovecharse para la -- educación para la salud, nos encontramos que cada vez es más breve la -- hospitalización y además el tiempo que el paciente permanece en el hospital permite solamente enfocarse a los aspectos más urgentes de su padecimiento, por lo que la continuidad en el hogar, brinda la posibilidad de aumentar la competencia del paciente y familia, para reconocer problemas de salud y actuar sobre ellos.

EVALUACION: Se realizaron cuatro visitas posteriores a la -- hospitalización, en donde se valoró la evolución del puerperio, se brindó orientación acerca de los cuidados durante este y, se dieron charlas' inclusive a las hermanas de la paciente acerca de alimentación e higiene.

PROBLEMA POTENCIAL: Amenaza de parto prematuro.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: Este problema potencial ante el problema de hipertensión, se convirtió en problema real al presentarse -- sangrado transvaginal.

RAZON CIENTIFICA: A veces se forma un coagulo grande, laminado, bajo la capa decidual, que puede convertirse en una zona de trombosis intravellosa extensa que, a su vez produce desprendimiento prematuro de placenta y alteraciones relacionadas, que implican terminación del embarazo.

ACCION DE ENFERMERIA: Orientación sobre operación cesárea.

RAZON CIENTIFICA: El bienestar se incrementa y el estrés disminuye con la tranquilización verbal, y la explicación del tratamiento.

ACCION DE ENFERMERIA: Tricotomía de abdomen y pubis.

RAZON CIENTIFICA: En la actualidad se sugiere que no se realice, ya que son más desventajas que ventajas; sin embargo institucionalmente es una norma que debe cumplirse.

ACCION DE ENFERMERIA: Sondeo vesical.

RAZON CIENTIFICA: El introducir un cateter de retención para mantener vacía la vejiga durante la intervención, es una medida de seguridad.

ACCION DE ENFERMERIA: MANTENERLA en ayuno.

RAZON CIENTIFICA: Medida de seguridad, para prevenir riesgo -
de bronco aspiración.

EVALUACION: Se brindaron los cuidados que se señalan, además de otros que ya se proporcionaban como: valoración de paciente y feto, - vena permeable, estudios de laboratorio, retiro de joyas, etc. Realizándose la cirugía sin contratiempo y practicándose además salpingoclasia. Evolucionó el puerperio quirúrgico cinco días en el hospital, sin otro - problema que no fuera el que la T.A. se mantenía elevada en las mismas cifras.

V.- EVALUACION Y CONCLUSIONES.

- En cuanto a los objetivos planeados, se logró evitar que - aumentara la presión arterial a cifras que agravaran el problema, aunque' como se mencionó fue necesaria la cesárea de urgencia debida al sangrado' transvaginal.

- Se proporcionó el tratamiento médico controlando la irrita-
bilidad del S.N.C. y el vasospasmo.

- Se logró prolongar el embarazo tres semanas más, sin mayor' riesgo para el producto que el que hubiera tenido en caso de producirse - el nacimiento, teniendo 31-33 semanas de gestación.

- Se estableció relación interpersonal positiva con la paciente, ya que mostraba confianza para comentar, preguntar, sobre aspectos de su salud, familiares y de atención en la institución.

- Sin estar considerada la atención en el puerperio quirúrgico, pero en base al problema potencial de parto prematuro se brindó atención de enfermería.

- Se ha podido continuar con la aplicación de un plan de atención en el hogar, para dar educación higiénico-dietética y además comprobar mediante la toma de la T.A., que esta fue inducida por el embarazo - ya que disminuyó en las cuatro siguientes semanas de puerperio.

El proceso atención de enfermería aplicado a este caso clínico, es una muestra que el embarazo en mujeres con antecedentes de factores de riesgo como: hipertensión en el embarazo anterior, cesárea previa, período intergenésico corto (18 meses), tienen más posibilidades de presentar riesgos de implicaciones materno-fetal, como en este caso, la hipertensión arterial.

Así mismo se observa la necesidad de brindar atención a mujeres de alto riesgo en la reproducción, en el afán de prevenir embarazos' en corto tiempo.

También se considera importante el remitir a las pacientes a una atención más individualizada en el momento que se tiene contacto con la paciente, independientemente que en ese momento no se manifiesten problemas, pero que conociendo y evaluando los riesgos se pueden planear acciones específicas de acuerdo a las necesidades de cada mujer-familia.

Por otro lado, los niños nacidos como resultado de embarazos de alto riesgo, son más vulnerables en su vida fetal, de recién nacido y lactante, dadas las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales -- que el alto riesgo implica.

Por último durante el análisis de la bibliografía consultada se encontró que existe una variedad de concepciones, clasificaciones acerca de la hipertensión en el embarazo, que de manera importante dificulta la medición de la magnitud del problema al dividirse el número de casos en diferentes rubros.

GLOSARIO DE TERMINOS.

ACUFENOS: Percepción de sonidos inexistentes, alucinación acústica.

ANGIOENSINA: Sustancia presora débil.

ANGIOTENSINASA: Sustancia presora potente.

ANOMALIA CONGENITA: Trastorno de formación en la vida embrionaria y fetal.

CAPACITACION: Efecto de hacer apto a alguien para algo.

CESAREA PREVIA: Extracción del feto a través de una incisión de la pared abdominal.

CEFALALGIA: Dolor de cabeza.

DIABETES INSIPIDA: Proceso ocasionado por disminución o ausencia de la secreción de la hormona antidiurética.

DIABETES MELLITUS: Cuadro clínico ocasionado por disminución de la actividad o de la cantidad de insulina con hiperglucemia consecuente.

DIURESIS: Emisión de orina.

EDEMA: Acumulación de agua en los tejidos.

ESCOTOMA: Area ciega o parcialmente ciega en el campo visual.

ENCEFALOPATIA: Padecimiento del encéfalo.

ECLAMPSIA: Afección caracterizada por una serie de accesos convulsivos - ocurridos en las embarazadas a término o poco después del parto.

FOSFENOS: Sensación de luz producida por la compresión del globo ocular' u otra causa no luminosa que estimule la retina.

GLOMERULO: Apetotamiento de capilares arteriales en el extremo dilatado' de cada tubo urinífero.

HIPOGLICEMIA: Disminución de la cantidad normal de glucosa sanguínea.

INTERGENESICO: Período entre una gestación y otra.

MOLA HIDATIFORME: Masa carnosa, informe que se desarrolla en el útero, - especialmente producida por la degeneración o hidropesía de - las vellosidades del corión y la placenta; el corión forma ve sí cu las hidatídicas, quísticas, en racimo.

MORBILIDAD: Número de personas enfermas o casos de una enfermedad en relación a la población en que se presenta.

MORTALIDAD: Frecuencia de las defunciones en un período, en relación al' total de habitantes, sean sanos o enfermos.

NECROSIS: Destrucción del tejido.

NEFROPATIA: Término genérico para las enfermedades del riñón.

OLIGURIA: Secreción deficiente de orina, disminución en su cantidad.

PERFUSION: Circulación artificial en un órgano, de un líquido de composi ción adecuada.

PREMATURO: Que ocurre antes del tiempo propio o término.

POLIHDRAMNIOS: Cantidad mayor de la normal de líquido amniótico.

PROTEINURIA: Presencia de proteínas en la orina.

PERINATAL: Alrededor del nacimiento.

PREVENCION: Medidas para evitar algo.

SUPINA: Tendido sobre el dorso.

TRANSVAGINAL: A través de la vagina.

ULTRASONIDO: Medio diagnóstico que implica la emisión de ondas sonoras -
intermitentes de alta frecuencia dentro del organismo, a tra-
vés de un transductor.

VASOCONSTRICCIÓN: La disminución de la luz de un vaso.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- ATKINSON-MURRAY. Proceso de Atención de Enfermería. Manual Moderno. México 1985. 141 p.
- 2.- AYALA, Gutiérrez Ma. Eugenia. "Incidencia de la toxemia en el H.G." R.M.F. No. 1 de Morelia, Mich. Tesis. UNAM-IMSS. 1989. 38p.
- 3.- BUTNARESCU, Fregia G. Enfermería Perinatal, salud en la reproducción. Volumen 1, Edit. Limusa. México, 1982. 437p.
- 4.- BUTNARESCU, Fregia G. "Valoración del riesgo en la reproducción" en Enfermería Perinatal, riesgo en la reproducción. Vol. 2 Edit. Limusa; México, 1983 p.p53-124.
- 5.- BENSON, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. Edit. - Manual Moderno 4a. Ed.; México, 1986. pp753-769.
- 6.- BETHEA, Doris C. Enfermería Materno Infantil. 4a. Ed. Interamericana; México, 1987 pp 157, 167.
- 7.- BEISCHER, Norman A. MACKAY, Eric V. Obstetricia Práctica. Interamericana; México, 1989.
- 8.- CASTAÑEDA, N. Imelda. "La tlamatquiticitl, partera azteca". en Enfermería: Cadena o Camino. México; AAPAUNAM pp. 7-26.
- 9.- CARDENAS, De la Peña E. Terminología Médica. Edit. Mediterráneo. 2a. Edición. 1986. 282 p.

- 10.- CARDONA Estrella, Pedro. "Prevalencia de los factores de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil, no embarazadas adscritas a la delegación Michoacán del I.M.S.S. Tesis UNAM-IMSS 1989.
- 11.- GRILFITH, Janet W. CHRISTENSEN, Paula. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. México 1986. 406p.
- 12.- GONZALEZ, Cortés A. Lecciones de Epidemiología. Ed. Méndez Cervantes, México; 1980.
- 13.- HAWKINS-HIGGINS. Enfermería Ginecológica y Obstétrica. Ed. Harla - México; 1987 pp 106, 115.
- 14.- HERNAN, San Martín Salud y Enfermedad. 4a. Ed. Prensa Médica. - México; 1985.
- 15.- KOZIER, DUGAS Tratado de Enfermería. Ed. Interamericana. 4a. Ed. México; 1986.
- 16.- INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA. Normas y procedimientos de -- Obstetricia. México; 1987 pp. 106, 115.
- 17.- LODENICK, Varios El examen físico. Tr. por Dr. José Luis González Hernández. Manual Moderno; México, 1984.
- 18.- MERCK. El manual Merck. 8a. Ed. Ediciones Doyma S.A.; Barcelona - España. 1989 pp 1945,1947.

- 19.- MEYERS, Frederck H. Jawetz ERnest. Farmacología clínica. Ed. Manual Moderno; México 1982 pp. 107,108.
- 20.- MARTINEZ, Palau, E. "La recopilación del material de trabajo dentro del proceso de investigación documental". México 1990. 10p. en 'Antología de seminario de tesis SUA-ENEO.
- 21.- OLDS, S.B. M.L. LONDON. Enfermería Materno Infantil, un concepto integral familiar. 2a. Ed. Interamericana. México 1987 pp. 381, 394.
- 22.- POLETTI, Rosette A. Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Ediciones Rol S.A. Barcelona España. 1980 p158.
- 23.- RUBIO, Domínguez Severino. "La Enfermería en la atención de la paciente obstétrica desde el punto de vista de la perinatología". Mecanograma ENEO pp. 1,43.
- 24.- SUDDARTH, D.S. L.C. BRUNER. Tratado de Enfermería Bruner. Nueva Ed. Interamericana. México 1986.
- 25.- SEPTIEN, González José Manuel. "Problemas de Administración en el Campo Materno Infantil" y Planificación Familiar" en Kats Jorge et al, La salud en América Latina, Aspectos prioritarios en su administración. México, UNAM-FCE 1983; pp 257-282.
- 26.- SMITH, Germaín. Medicina y Cirugía para Enfermeras. Ed. Interamericana. 1975.

- 27.- REVISTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. "Resultados preliminares de un estudio de las exactitudes predictivas positivas y negativas en la aparición de hipertensión provocada por el embarazo" - Vol. 58. México, agosto 1990.
- 28.- REVISTA O.P.S. "Reunión Sub-regional sobre prevención de la mortalidad materna en Centro América y Panamá". Vol. 108 No. 3.
- 29.- Worley, Eloise. Enfermería Clínica y Farmacológica. 3a. Ed. Manual Moderno. México 1985.

NOMBRE: _____

1. EDAD (EN AÑOS)

20 A 29	0
15 A 19	1
30 A 34	1
- DE 15 0 + 34	4

7. GESTA

2 A 5	0
PRIMIGESTA	1
	3

12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

NINGUNO PATOLOGICO
 TOXEMIA
 POLIHIDRAMNIO
 SANGRADO 3er. TRIMESTRE
 PRE-TERMINO - 38 SEMANAS
 BAJO PESO AL NACER - 2.500 g
 MALFORMACION CONGENITA
 MUERTE FETAL TARDIA + 28 SEMANAS
 MACROSMIA + 4.000 g
 CIRUGIA PELVICO UTERINA
 OTROS

2. PESO HABITUAL

50 0 +	0
- DE 50	1

8. PARA

- DE 5	0
5 0 +	4

13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

NINGUNO
 HIPERTENSION ARTERIAL
 DIABETES MELLITUS
 INFECCION SISTEMICA
 CARDIOPATIA
 OTROS

3. TALLA (CENTIMETROS)

+ DE 150	0
150 0 -	1

9. ABORTOS

0 A 1	0
2	2
3 0 +	4

14. TABAQUISMO

NO 0 - 10 CIGARROS AL DIA
 10 0 + CIGARROS AL DIA

4. ESCOLARIDAD MATERNA

SECUNDARIA 0 +	0
PRIMARIA 0 -	5

11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)

13 A 60	0
- DE 13	.5
- DE 60	.5

15. ALCOHOLISMO. OTRA TOXICOMANIA

5. F.U.M.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

6. F.P.P.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

VIDA SEXUAL ACTIVA

SI
NO

EL ULTIMO EMBARAZO

FUE DE TERMINO?

SI	NO	ABORTO
----	----	--------

EL PARTO FUE NORMAL?

SI	NO	CESAREA
----	----	---------

HUBO MORTALIDAD PERINATAL?

SI	NO
----	----

NUMERO DE HIJOS VIVOS

--	--

16.

CONSULTAS PRENATALES

FECHA	
DIA	MES

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
0		

INCREMENTO MAXIMO DE PESO X TRIMESTRE
 1er. TR. 300 g POR MES
 2o TR. 1 kg POR MES
 3er. TR. 2 kg POR MES

17.

SEMANAS DE AMENORREA PESO (KILOSI)

18.

MEDICO TRATANTE AFU (PUBIS FONDO) cm

INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO EN 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS

4

19.

SALIDA LIQUIDO AMNIOICO

20.

FOCO FETAL PRESENCIA

21.

MOV FETALES SI NO

22.

T A DIASTOLICA

23.

SANGRADO GENITAL

24.

EDEMA

50 0 + EN 2 OCASIONES

4

1

2

1

2

1

4

CONSULTAS

1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

SIN PATOLOGIA AGREGADA

0

*HIPERTENSION ARTERIAL

4

*D.-B. RES. M. LLITUS

4

* INFECCION SISTEMICA

4

*CARDIOPATIA

4

* TOXEMIA

4

ENVIO ODONTOLOGIA PREVENTIVA

SI 0

NO 5

* SI ESTAN ANOTADOS EN ANTECEDENTES NO SUMAR NUEVAMENTE LOS PUNTO

CONSULTAS

26. TRATAMIENTO ISOLO ANOTAR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO

1.	_____	6.	_____
2.	_____	7.	_____
3.	_____	8.	_____
4.	_____	9.	_____
5.	_____	10.	_____

TOXIDO TETAMICO

SI 0

NO 1

MEDICAMENTO DE INDCUIDAD COMPROBADA EN EL EMBARAZO

SI 0

NO 4

CONSULTAS

NUMERO DE LA
CONSULTA
PRENATAL27. HEMOGLOBINA
EN GRAMOS

28. EXAMEN GENERAL DE URINA

29. UROCLUTIVO 30. GLUCEMIA
+ 100.000 COL. mg %

ALBUMINA

SI NO

HEMOGLOBINA

SI NO

LEUCOCITOS

SI NO

BACTERIAS

SI NO

31. FACTOR RH.
Rh. POSITIVO o
COMPATIBLE
CON EL ESPOSOMADRE Rh. -
PADRE Rh. -

32. V.D.R.L.

NEGATIVO
POSITIVO

- 9.5 gms 0

- 9.5 gms 2

HASTA SEMANA 34

- 9.5 gms 4

DEPUES SEMANA 34

NO 0

SI 2

NO 0

SI 2

NO 0

SI 2

NO 0

SI 2

NO 0

SI 4

NORMAL

0

(EN 2 EGO CONSECUTIVOS)

4

4

4

4

4

MAYOR A
VALORES NORMALES

INCAPACIDAD

PRENATAL

POSTNATAL

FOLIO

FOLIO

DIAS AMPARADOS

DIAS AMPARADOS

INICIO

INICIO

Vo. Bo. JEFE DEPTO. CLINICO _____

(PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO)

33. RESUMEN DEL ENVIO

SUMA DE FACTORES RIFSGO

--	--	--	--

MATRICULA DEL MEDICO

34. TIPO DE PARTO

FECHA _____

ESPONTANEO FORCEPS CESAREA

35. CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACER

VIVO APGAR +5: MUERTO

PESO AL NACER

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

DI. SEMANAS DE GESTACION

(POR EXAMEN SOMATICO)

PATOLOGIA PRODUCTO

PATOLOGIA MADRE

METODO
SOLICITADO

DEFINITIVO

TEMPORAL

FIRMA DE LA PACIENTE

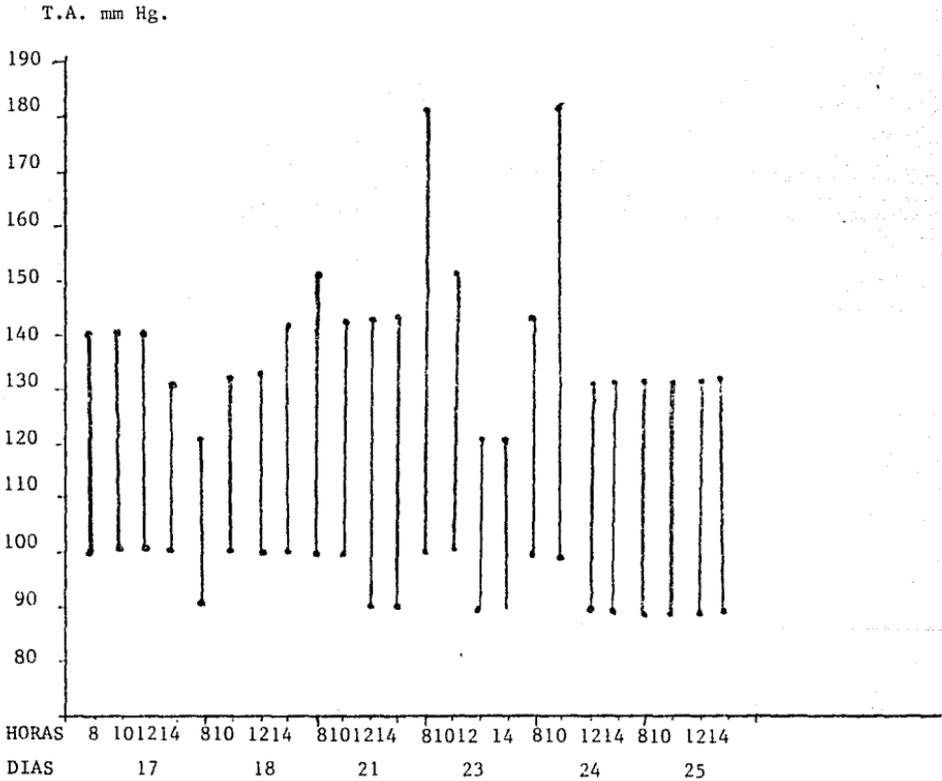
REALIZADO

SPC

DIU

ANEXO 2

COMPORTAMIENTO DE T.A EN mm DE Hg. DURANTE UNA SEMANA EN EL TURNO MATUTINO, EN UNA PACIENTE CON HIPERTENSION DURANTE EL EMBARAZO.



FUENTE: CASO CLINICO EN P.A.E.