

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**Aplicado a una paciente adulta con  
Potencial alteración en el mantenimiento de la salud relacionado  
en el embarazo de alto riesgo.**

Que para obtener el Título de:

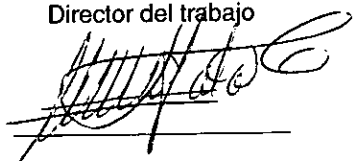
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta.

**ROSA MARÍA DEL CARMEN GODOY BARRERA**

No. Cta. 96616936

Director del trabajo



Lic. María Magdalena Mata Cortés

287054

MÉXICO D.F.

SEPTIEMBRE 2000.



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.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVO ESPECÍFICO	7
I MARCO TEÓRICO	8
1.1 Concepto de Enfermería	8
1.2 Concepto Proceso Atención de Enfermería	8
1.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	8
1.3.1 Valoración	8
1.3.2 Diagnóstico	9
1.3.3 Planeación	10
1.3.4 Ejecución	11
1.3.5 Evaluación	11
1.4 Modelo Conceptual de Enfermería	11
1.5 Modelo de Virginia Henderson	12
1.6 Patología	13
Aparato Reproductor Femenino	13
Embarazo Normal	17
Síndrome Preeclampsia-Eclampsia	24
II METODOLOGÍA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	32
III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	39
3.1 Presentación del Caso Clínico.	39
3.2 Valoración.	40
3.3 Diagnóstico de Enfermería.	47
3.4 Planeación.	47

3.5 Ejecución.	50
3.6 Evaluación.	61
IV Conclusiones y Sugerencias.	64
Glosario	66
Anexo	69
Bibliografía	73

## INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se realizó con la finalidad de pretender, que el proceso de enfermería tenga sentido para la profesión de enfermería, con el propósito de que la atención que se le brinda a la paciente se realice con conocimiento e interés por la misma, específicamente dependiendo del diagnóstico.

Se ha realizado este diseño para darnos la oportunidad de vernos en la necesidad de aplicar activamente lo que implica el uso de las etapas del proceso de enfermería en una paciente ingresada en hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El presente trabajo se desarrolló en cuatro capítulos.

El capítulo I trató del marco teórico donde se conceptualizó el proceso atención de enfermería, sus etapas que son valoración, planeación, ejecución y evaluación, se definieron las generalidades del modelo de Virginia Henderson y la patología de toxemia.

El capítulo II mostró la metodología del proceso de atención de enfermería, en su etapa de valoración se llevó a cabo con la observación, la entrevista, la historia clínica y la exploración física, para ello se propusieron cuatro instrumentos.

Se presentó el caso clínico, diagnóstico de enfermería atendiendo al formato de la NANDA, con su etiqueta diagnóstica, factores condicionantes y factores relacionados, incluyendo el formato P+E+S.

La planeación se desarrolló atendiendo a la jerarquización de necesidades detectadas con el establecimiento de objetivos a corto plazo.

En la ejecución se elaboró el plan de cuidados en forma vertical, instrumentando las intervenciones de enfermería, su fundamentación científica y su evaluación.

La evaluación se realizó al final de las siguientes necesidades: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, necesidad de moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel, comunicación y aprendizaje.

El capítulo III presenta la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.

El capítulo IV presenta conclusiones y sugerencias.

## JUSTIFICACIÓN

El enfoque del cuidado de la salud es complejo, requiere la intervención de profesionales que trabajan en equipo interdisciplinario.

No importa si el trabajo se realiza en equipo o de forma individual, la eficacia del resultado de las intervenciones de Enfermería responden a la capacidad de identificar los problemas, emitir un juicio sobre ellos, y a la posibilidad de preescribir y ejecutar las actividades adecuadas.

El proceso de Enfermería se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de los individuos o grupos, a las alteraciones de la salud reales o potenciales y sistematiza los cuidados de promoción, mantenimiento, recuperación o ayuda, con independencia del entorno.

El proceso de Enfermería posibilita relacionar la teoría con la práctica analizar el resultado de las acciones profesionales en los individuos o grupos y comprobar la calidad de los cuidados proporcionados.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evitar que la paciente embarazada con toxemia evolucione hacia las formas graves de la enfermedad, atendiendo a las necesidades prioritarias para el logro de su independencia.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Lograr con prontitud una evolución satisfactoria para el binomio madre e hijo durante el internamiento hospitalario con terapéutica médica, así como la participación de Enfermería aplicando el proceso de atención.



## I MARCO TEÓRICO

### 1.1 Concepto de Enfermería

La Enfermería es la actividad o circunstancia que se presenta en donde un agente o entidad utiliza su poder para ayudar o manipular a otro agente o entidad en relación con algún aspecto del estado de salud de este último.<sup>1</sup>

### 1.2 Concepto Proceso Atención de Enfermería

Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de Enfermería, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de la salud reales o potenciales.

### 1.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

#### 1.3.1 Valoración

Observación sistemática e informe sobre la situación del paciente en las 5 esferas de la experiencia humana: biológica/fisiológica, ambiental/de seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica, de autoestima y espiritual/de autorealización.

Valoración: Dentro de este punto se puede incluir el diagnóstico de Enfermería.<sup>2</sup>

Otros de los elementos que intervienen en la valoración son la observación, entrevista y exploración física.

Observación. Examen de un fenómeno sin alterarlo por la experimentación y se puede llevar a cabo por medio de los siguientes elementos:

#### Entrevista

Es una conversación que tiene un propósito determinado. Algunos de sus fines son: obtención de datos, evaluación de los cambios, enseñanza, identificación de los problemas, ayuda y asesoramiento en el tratamiento.

Existen dos tipos de entrevista: formal e informal.

<sup>1</sup> STEVENS B J), *Nursing Theory, Analysis, Application, Evaluation, ¿What is Nursing Theory?* Chapter 1, Little Brown and Company, Boston Toronto. 1984.

<sup>2</sup> ALFARO, ROSA LINDA. *Aplicación del proceso de Enfermería.*, Mosby/Doyma Libros, 2ª edición. México. 1992. Pág 37.

La entrevista informal es más breve que la formal. La enfermera orienta sus preguntas hacia la situación inmediata. Como parte de la valoración, este tipo de entrevista determina los sentimientos y las necesidades.

La entrevista formal estructura según sus objetivos y los datos que hay que obtener generalmente. Puede ser de dos tipos: dirigida y no dirigida. La primera esta muy estructurada y produce información específica, el entrevistador controla la situación hacia las respuestas que quiere obtener. En la segunda, es el entrevistado quien enfoca la entrevista.

Se utilizan habitualmente preguntas y pautas abiertas.

Técnicas de la entrevista

Están constituidas básicamente por tres tipos de preguntas:

- a) preguntas y sugerencias abiertas,
- b) las preguntas cerradas y
- c) las previstas o dirigidas.

Exploración física. Es un examen completo, sistemático que se realiza al paciente para obtener la cantidad de datos pertinentes. Este examen incluye las siguientes actividades:

Inspección.	Examen mediante la observación cuidadosa y crítica.
Auscultación.	Examen mediante la escucha con un estetoscopio.
Palpación.	Examen mediante el tacto y la sensación.
Percusión.	Examen mediante el tacto, el golpeteo suave y la escucha. <sup>3</sup>
Medición	Examen mediante el cual se realiza por medio de la obtención de valores.

### 1.3.2 Diagnóstico de Enfermería

Es un juicio clínico que se deriva de aplicar el proceso de Enfermería a los problemas sanitarios de los pacientes. La definición que en la actualidad hace la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) sobre el Diagnóstico de Enfermería es:

Un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a procesos vitales o a problemas sanitarios reales y potenciales . El diagnóstico de

---

<sup>3</sup> Op cit Pág. 37.

Enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones que permiten conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de Enfermería.<sup>4</sup>

Categorías diagnósticas de Enfermería aprobadas por la NANDA:

1. INTERCAMBIO
2. COMUNICACIÓN
3. RELACIONES
4. VALORES
5. EJECUCIÓN
6. MOVIMIENTO
7. PERCEPCIÓN
8. CONOCIMIENTO
9. SENTIMIENTO/SENSACIONES

Formulación diagnóstica para los diagnósticos de Enfermería reales PES

Formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

1. El problema (P)
2. La causa o etiología(E)
3. Los signos y síntomas (características definitorias) que son evidentes en el paciente (S)<sup>5</sup>

### 1.3.3 Planificación

Es el paso del proceso de Enfermería en el cual se decide la mejor forma para proporcionar la asistencia organizada, dirigida hacia una meta individualizada.

Supone establecer:

- FIJACIÓN DE PRIORIDADES
- ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PACIENTE/RESULTADOS ESPERADOS
- DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
- DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

---

<sup>4</sup> BEARE / MYERS. *Enfermería Medicoquirúrgica*. Mosby/Doyma libros. 2ª edición, España. 1995. Págs. 82 y 83. Vol. I.

<sup>5</sup> Op cit Pág. 73.

### 1.3.4 Ejecución

Es el paso en el que se presta realmente la asistencia. Más que constituir un estado separado, requiere que el personal de Enfermería pase por todas las fases del proceso.

Ejecución implica las siguientes actividades:

Seguir recogiendo información sobre el paciente para determinar cómo ha respondido a las acciones e identificar nuevos problemas.

Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.

Registrar y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las respuestas de Enfermería.

### 1.3.5 Evaluación

Indica si cada objetivo se ha alcanzado de forma completa, de forma parcial o no se ha alcanzado en absoluto.

La evaluación de los objetivos requiere:

- 1) Centrar la atención en el paciente para valorar en que medida se han logrado los resultados Deseados.
- 2) Revisar el plan de asistencia de Enfermería para identificar los cambios necesarios.

## 1.4 Modelo Conceptual de Enfermería

Es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física.

Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos, no poseer una forma física reconocible, y representa un nivel de abstracción más elevado que los modelos físicos. Los modelos verbales son enunciados formados por palabras.

Los modelos esquemáticos pueden ser diagramas, dibujos, gráficos o fotográficos.

Los modelos cuantitativos son símbolos matemáticos.

Los modelos físicos pueden parecerse a lo que se supone que representan los órganos corporales o pueden ser más abstractos, aunque conservando algunas de

las propiedades físicas como el electrocardiograma.

### **1.5 Modelo de Virginia Henderson<sup>6</sup>**

Henderson indica que la única función de la enfermera es atender al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más rápidamente posible. Señala las 14 necesidades básicas de los pacientes que constituyen los elementos de la atención de Enfermería:

- Respiración
- Comida y bebida
- Eliminaciones
- Movimiento
- Reposo y sueño
- Vestido
- Temperatura corporal
- Limpieza corporal y tegumento protector
- Seguridad del entorno
- Comunicación
- Religión
- Trabajo
- Ocio
- Aprendizaje

Identifica tres niveles en la relación enfermera-paciente en las que la enfermera es:

- a) Sustituto de alguien importante para el paciente
- b) Una ayuda para el paciente
- c) un compañero

Apoya una comprensión empática y dice que la enfermera necesita "introducirse en la piel de cada uno de sus pacientes para saber lo que necesita". Henderson cree que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan.

Considera que la labor de la enfermera es interdependiente con la de otros

---

<sup>6</sup> *Antología. Teorías y modelos para la atención de Enfermería. Ed. Mosby-Doyma. 3ª. Ed. España. 1988. Págs. 3-15.*

profesionales de la salud y compara al equipo con las porciones de un diagrama sectorial, dependiendo el tamaño del diagrama de las necesidades del paciente. El objetivo es que el paciente represente una porción cada vez mayor del diagrama a medida que aumenta su independencia.

## **1.6 Patología**

Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo.

### **Aparato Reproductor Femenino**

El sistema reproductor femenino está diseñado para producir óvulos a intervalos regulares y proporcionar los órganos reproductores necesarios para la fecundación, implantación, crecimiento y maduración del embrión, expulsar el feto, producir leche para nutrir al recién nacido. Los órganos sexuales primarios femeninos son los ovarios.

#### **OVARIOS**

Los ovarios son dos estructuras ovales irregulares que se sitúan en la cavidad abdominal cerca del infundíbulo de la trompa de Falopio. Están formados por un estroma de tejido conjuntivo que contiene numerosos folículos. El estroma está rodeado por una capa de epitelio cúbico a partir del cual se formaron los folículos ováricos durante los primeros meses de la gestación.

Las hormonas ováricas inducen la maduración del aparato reproductor en la pubertad, el mantenimiento de los órganos reproductores del adulto, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción. Estas hormonas son controladas por la hormona foliculostimulante (HFE) y por la hormona luteinizante (HL), secretadas por el lóbulo anterior de la hipófisis, que a su vez es controlada por el hipotálamo.

#### **ÓRGANOS SEXUALES SECUNDARIOS**

Las vías reproductoras femeninas constan de los siguientes órganos: útero y trompas de Falopio, vagina, genitales externos y glándulas.

El útero proporciona apoyo y riego sanguíneo al feto en crecimiento. Es un órgano hueco, con forma de pera, que en estado no grávido (7 x 5 cm. de longitud) se sitúa en la región pélvica. Está formado por un fondo en forma de cúpula, un cuerpo y un cuello estrecho denominado cérvix. El útero se sitúa entre dos anchos ligamentos o láminas fijadas a la pared abdominal lateral y al suelo de la pelvis, mediante una porción engrosada (ligamentos cardinales). Los ligamentos anchos se encuentran en el plano frontal y cubren y sostienen el útero, las trompas de

Falopio y los ovarios. Los ligamentos cardinales contienen músculo liso, nervios uterinos y vasos sanguíneos. Otros ligamentos de sostén son los dos ligamentos redondos que van desde los ángulos superoexternos del útero hasta los labios mayores, un ligamento posterior y un ligamento anterior, que conectan el útero con las paredes posterior y anterior de la cavidad abdominal, así como los ligamentos uterosacros, que se extienden desde el sacro hasta el cérvix y rodean al recto. Ayudados por los músculos del suelo de la pelvis, estos ligamentos sostienen el útero y evitan que se prolapse hacia la vagina.

La pared uterina está formada por tres capas de músculo liso (miometrio) con fibras dispuestas en dirección longitudinal, circular y espiral. El miometrio, que es mucho más grueso en el fondo que en el cuello (cérvix) del útero, puede hiperotrofiarse considerablemente durante el embarazo. El cérvix posee normalmente una luz muy pequeña: la abertura hacia el útero se llama orificio cervical interno, la abertura hacia la vagina se denomina orificio cervical externo.

El recubrimiento interno del útero (endometrio) está formado por dos capas: una capa superficial de epitelio cilíndrico conjuntivo y las regiones más profundas de las glándulas.

Las dos trompas de Falopio o trompas uterinas son continuaciones del útero. Cada una tiene unos 10 cm. de longitud y se extiende desde el útero hasta una estructura en forma de embudo (infundíbulo) cercana al ovario, pero que no lo rodea. Poseen una pared muscular y están recubiertas de epitelio cilíndrico ciliado. Los cilios arrastran el contenido de las trompas hacia el útero.

La vagina sirve para recibir el pene durante el acto sexual y como canal del parto. Está formada por una capa fibrosa externa, una capa interna de músculo liso que contiene bandas de tejido conjuntivo y una capa mucosa interna de epitelio escamoso estratificado dispuesto en pliegues o arrugas.

Los genitales externos rodean la abertura externa de la vagina. Está formada por una capa fibrosa externa, una capa interna de músculo liso que contiene bandas de tejido conjuntivo y una capa mucosa interna de epitelio escamoso estratificada dispuesto en pliegues o arrugas.

Los genitales externos rodean la abertura externa de la vagina. Se les denomina vulva e incluyen el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, los vestíbulos y las glándulas vestibulares. El monte de Venus es la zona situada sobre la sínfisis del pubis que se cubre de vello durante la pubertad. Los labios mayores son dos gruesos pliegues de piel, tejido conjuntivo y músculo liso que rodean a los labios menores, de menor tamaño, al clítoris y al orificio vaginal. El clítoris es una pequeña estructura cilíndrica eréctil (aproximadamente 3 cm por delante de la vagina) que se origina de los mismos tejidos que forman el pene en el feto varón. Consta de una glándula, un cuerpo y dos raíces y está parcialmente

cubierto por el extremo anterior de los labios menores. El clítoris y los tejidos circundantes se ingurgitan al llenarse de sangre como respuesta a los estímulos táctiles y sexuales. El clítoris es el centro de las sensaciones eróticas que producen el orgasmo en la mujer. El espacio entre ambos labios menores contiene el orificio vaginal y el meato uretral y se denomina vestíbulo. El perineo es la zona que rodea el orificio vaginal entre el ano y el monte de Venus.

Las glándulas vestibulares (glándulas de Bartholini) se sitúan junto al orificio vaginal. Lubrican el vestíbulo al secretar moco durante la excitación sexual.

### CICLO MENSTRUAL Y HORMONAS GONADALES

Durante el periodo reproductivo, los ovarios y las vías reproductoras sufren cambios cíclicos que duran unos 28 días y están bajo el control de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias.

### CICLO OVÁRICO

Al comenzar cada ciclo menstrual, unos seis folículos primordiales comienzan a crecer bajo la influencia de la hormona foliculo estimulante (HFE). La mayoría de ellos regresan y mueren unos días después, dejando que el mayor de ellos madure y se convierta en un folículo de Graaf lleno de líquido que secreta estrógenos. Hacia la mitad del ciclo (día 14), el folículo se rompe y libera su óvulo hacia la cavidad peritoneal. La secreción de HFE y la ovulación son controladas por la concentración de la hormona liberadora de hormona luteinizante hipotalámica (HLHLH) y por retroalimentación negativa por los estrógenos.

Algunas de las células foliculares permanecen en el ovario tras la ovulación. Se reproducen y forman el cuerpo lúteo, una estructura amarilla que secreta estrógenos progesterona durante los 14 días restantes del ciclo. Si el óvulo no es fertilizado, el cuerpo lúteo degenera y la secreción de estrógenos y progesterona disminuye, haciendo que el ciclo finalice.

Los ciclos ováricos comienzan en la pubertad al aumentar la secreción de HLHLH debido a la influencia del "reloj biológico". Se hacen irregulares y cesan en la menopausia, debido a que ya no hay más folículos en desarrollo, se produce una deficiencia de estrógenos y progesterona, deficiencia que provoca una cierta involución del aparato reproductor y disminución de las secreciones mucosas protectoras de glándulas como las que rodean las paredes de vagina y útero. En la menopausia, aumenta la secreción de HFE, debido a que disminuya la inhibición de las gonadotropinas hipofisarias que suelen ejercer los esteroides ováricos.

### CICLO UTERINO

#### Fase menstrual

La menstruación es una hemorragia (duración habitual 4-5 días) que se debe al desprendimiento de la capa superficial del endometrio. El endometrio degenera



por la disminución de los estrógenos y la progesterona secretados por el cuerpo lúteo. El primer día de la hemorragia menstrual se identifica con facilidad y se considera día 1 del ciclo menstrual.

#### Fase proliferativa

Los estrógenos, secretados por el folículo de Graaf que está desarrollándose en el ovario, estimulan el nuevo crecimiento de la capa superficial del endometrio al favorecer la proliferación de las células cilíndricas que recubren las glándulas de la capa basal y de las células del tejido conjuntivo que rodea las glándulas. Los estrógenos hacen al miometrio más sensible a la estimulación, con lo que le resulta más fácil contraerse cuando se le estimula. Esta parte del ciclo menstrual se conoce como fase proliferativa o fase estrogénica y su duración es la más variable de las tres fases. El moco cervical se hace más denso durante la ovulación, que marca el final de esta fase.

#### Fase secretora

La duración de la fase secretora es menos variable. Suele durar 14 días, sea cual sea la duración de la fase proliferativa. Tras la ovulación, las células foliculares que quedan en el ovario se reproducen y forman el cuerpo lúteo es controlado por la HL producida por la adenohipófisis. La progesterona estimula las glándulas endometriales, que se hacen secretoras, y como sucede con los estrógenos, incrementa el contenido de agua y el grosor del endometrio. A diferencia de los estrógenos, la progesterona disminuye la sensibilidad del miometrio a los estímulos nerviosos y hormonales, con lo que el útero se contrae menos en su presencia.

Cuando el cuerpo lúteo degenera, el endometrio se deteriora y la menstruación marca el final de un ciclo menstrual y el comienzo del siguiente. Los efectos retroalimentadores de los estrógenos y la progesterona que pueden variar con la concentración no se conocen bien. Los estrógenos pueden ejercer una retroalimentación positiva sobre la secreción de HLHLH antes de la ovulación. No hay duda de que la progesterona ejerce una retroalimentación negativa sobre la secreción de HL y HFE.

#### CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

Los caracteres sexuales secundarios comienzan a desarrollarse en la pubertad. En la mujer, el signo más obvio es el crecimiento y desarrollo de las mamas. Otros caracteres sexuales secundarios son el menor crecimiento óseo, la piel fina, las caderas más anchas y el crecimiento de vello pubiano y axilar. (En la mujer, el vello pubiano crece en una superficie en forma de escudo y no se extiende por encima del monte de Venus). Algunos de estos caracteres son achacables a los menores niveles de andrógenos en la mujer y otros a los efectos de los estrógenos y la progesterona.

Las mamas secretan calostro y leche para alimentar al niño se sitúan sobre los músculos por encima de la segunda a sexta. Cada mama está formada por 15-20 lóbulos sostenidos por tejido conjuntivo y adiposo. El tejido adiposo es el principal responsable de las diferencias individuales en el tamaño de las mamas. El desarrollo de las glándulas mamarias es estimulado por los estrógenos y la progesterona secretados por el cuerpo lúteo tras la pubertad hasta la menopausia y por la placenta durante el embarazo. La producción de leche es estimulada por la prolactina, secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis. Normalmente. Sólo se produce leche después del nacimiento de un niño en respuesta al chupeteo. La lactación en otro período es anormal (galactorrea) y suele deberse a una excesiva secreción de prolactina. La secreción de prolactina es controlada por una hormona hipotalámica inhibidora. La excreción de leche desde los alveolos mamarios hasta el pezón se debe a la oxitocina. Ésta se secreta en el lóbulo posterior de la hipófisis cuando el niño succiona, durante el parto y durante el orgasmo. También hace que los músculos uterinos se contraigan, a no ser que su contracción sea inhibida por la progesterona.<sup>7</sup>

### **Embarazo Normal**

El embarazo (gestación) es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la octava semana del embarazo se llama embrión; a partir de la octava semana y hasta el parto se llama feto. Para las finalidades obstétricas, la duración del embarazo se basa en la edad gestacional: la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual (UPM) (normal), si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas. Esto hace contraste con la edad del desarrollo (edad fetal), que es la edad del descendiente calculada a partir del momento de la implantación.

El término grávida es un término general que significa embarazada, y gravidez es el número total de embarazos previos (normales o anormales). Se llama paridad al estado de haber dado a luz uno o más lactantes vivos o muertos que pesaron 500 g o más. A falta de peso especificado, se puede recurrir a una duración estimada de la gestación de 20 semanas cumplidas o más (que se calculan a partir del primer día del UPM). Desde el punto de vista clínico práctico, se considera feto viable cuando ha cumplido una edad gestacional de 23 a 24 semanas y su peso es de 600 g o más. Sin embargo, sólo rara vez sobrevivirá el feto de 20 a 23 semanas de edad que pese 500 a 600 g o menos, incluso bajo asistencia óptima. Con respecto a la paridad, es nacimiento múltiple es una sola experiencia de parto.

---

<sup>7</sup> BEARE / MYERS, *Enfermería Médicoquirúrgica*. Mosby/Doyma libros. 2ª edición. España. 1995. Pág. 1815-1818. Vol. II.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del embarazo suele efectuarse basándose en los antecedentes de amenorrea, el útero en crecimiento y una prueba positiva de embarazo. Se presentan también a menudo náuseas e hipersensibilidad mamaria. Puede ser crucial diagnosticar el embarazo antes que ocurra la falta de periodo menstrual para prevenir la exposición del feto a sustancias o emanaciones peligrosas (por ejemplo, rayos X, fármacos teratógenos), tratar los embarazos ectópicos o no viables, o brindar mejores cuidado de salud a la madre.

Las manifestaciones del embarazo se clasifican en tres grupos: presunción, probables y positivas.

## MANIFESTACIÓN DE PRESUNCIÓN

### Síntomas

1. Amenorrea: El cese de la menstruación es causado por incremento de las concentraciones de estrógenos y progesterona producidos por el cuerpo lúteo. Por lo tanto, la amenorrea es un signo bastante digno de confianza de la concepción en mujeres que tienen ciclos menstruales regulares; en las que tienen ciclos irregulares, no lo es. El retraso de la menstruación puede ser causado también por otros factores como tensión emocional, enfermedad crónica, medicamentos opioides y dopaminérgicos, trastornos endocrinos y ciertos tumores genitourinarios. Las manchas, causadas por hemorragia en el sitio de implantación, ocurren entre el momento de ésta (cerca de seis días después de la fecundación) hasta 29 a 35 días después del UPM en muchas mujeres. Algunas tienen hemorragia cíclica inexplicable durante todo el embarazo.
2. Náuseas y vómitos: Estos síntomas comunes ocurren aproximadamente en 50% de los embarazos y son más notables entre la segunda y la duodécima semana de la gestación. Suelen ser más intensos por la mañana; pero pueden ocurrir en cualquier momento y quizá los precipiten los aromas de alimentos y los olores acres. La tensión emocional suele desempeñar una función en la gravedad de estos síntomas. Las náuseas y los vómitos extremos son en ocasiones signos de gestación múltiple o embarazo molar. Los vómitos prolongados acompañados de deshidratación y cetonuria (hiperemesis gravídica) pueden requerir hospitalización.
3. El tratamiento de las náuseas no complicadas consiste en administración de alimentos secos ligeros, comidas pequeñas frecuentes y apoyo emocional. Se administran solamente fármacos contra las náuseas como recurso final. Estas son posiblemente resultado de incremento rápido de las concentraciones séricas de gonadotropina coriónica humana (hCG). Durante el primer trimestre, las concentraciones séricas de esta hormona pueden llegar a ser de 100,000 mUI/ml.

4. **Mamas: Mastodinia:** la mastodinia, o hipersensibilidad mamaria, puede variar entre hormigueo y dolor franco, y la producen las respuestas hormonales de los conductos mamaros y el sistema alveolar. El aumento de la circulación da por resultado regurgitación mamaria y prominencia venosa. Puede ocurrir una hipersensibilidad semejante justamente antes de la menstruación.

Aumento de tamaño de las glándulas sebáceas circunlacteas de la areola (tubérculos de Montgomery): El aumento de tamaño de estas glándulas se produce entre las semanas seis y ocho de la gestación, y la causa es la estimulación hormonal.

Secreción de calostro: Esta secreción puede iniciarse después de la decimasexta semana de la gestación.

Mamas secundarias: Quizá sean más prominentes las mamas secundarias tanto en tamaño como en coloración. Estas se producen a lo largo de la línea del pezón. La hipertrofia del tejido mamario axilar produce a menudo una tumoración sintomática en la axila.

5. **Avivamiento:** La primera percepción de los movimiento fetales ocurre entre las semanas 18 y 20 en las primigrávidas, y entre las semanas 14 y 16 en las multigrávidas. Los movimientos fetales pueden confundirse con peristalsis; por lo tanto, no constituyen en síntoma digno de confianza del embarazo por sí mismos; pero pueden ser de utilidad para determinar la duración del mismo.
6. **Aparato urinario:** Irritabilidad vesical, micción frecuente y nicturia. Ocurren a causa de aumento de la circulación vesical y la presión producida por el útero que crece. **Infección del aparato urinario:** Siempre deberá descartarse la existencia de infección del aparato urinario, porque las mujeres embarazadas son más propensas a la bacteriuria importante (7% contra 3%).

Signos:

- ✓ **Aumento de la temperatura corporal basal:** La elevación persistente de la temperatura corporal basal durante un periodo de tres semanas suele indicar embarazo si se ha efectuado un registro cuidadoso de la misma.
- ✓ **Piel: Cloasma:** El cloasma, o máscara del embarazo, consiste de la temperatura corporal basal durante un periodo de tres semanas suele indicar embarazo, consiste en obscurecimiento de la piel sobre frente, puente nasal o pómulos, y es más notable en las mujeres de tez oscura. Suele producirse después de la decimasexta semana de gestación y lo intensifica la exposición a la luz del sol.

- ✓ Línea negra: Esta línea consiste en oscurecimiento de la piel de areola, pezones línea media inferior del abdomen desde el ombligo hasta el pubis (oscurecimiento de la línea blanca). Estos cambios se deben a estimulación de los melanóforos al aumentar la concentración de hormona estimulante de los melanocitos.
- ✓ Marcas de estiramiento: Las marcas de estiramiento, o estrías sobre mamas y abdomen, son producidas por separación del tejido de la colágena subyacente, y se manifiestan como cicatrices irregulares. Se trata probablemente de una respuesta a los adrenocorticosteroides. Estas marcas suelen aparecer durante la parte tardía del embarazo, cuando la piel se encuentra bajo mayor tensión.
- ✓ Telangiectasias en araña: Estas son lesiones cutáneas comunes que resultan de las concentraciones elevadas de estrógenos circulantes. Estas marcas vasculares en estrella se blanquean cuando se comprimen. Un signo acompañante suele ser el eritema palmar. Ambos signos se observan también en pacientes con insuficiencia hepática.

## PROBABLES MANIFESTACIONES

### Síntomas:

- Los síntomas son los mismos que se señalan bajo manifestaciones de presunción, antes.

### Signos:

- ✓ Organos pélvicos: El médico experimentado percibe muchos cambios de los órganos pélvicos.
- ✓ Aumento de tamaño del abdomen: Hay aumento progresivo del tamaño abdominal entre las semanas 7 y 28. Entre las semanas 16 y 22, el crecimiento puede ser más rápido al elevarse el útero desde la pelvis hacia el interior del abdomen.
- ✓ Contracciones uterinas: Conforme crece, el útero se vuelve globular y a menudo experimenta rotación hacia la derecha. Las contracciones uterinas indoloras que aparecen en esta época (contracciones de Braxton Hicks) dan la impresión de apretamiento o presión. Suelen iniciarse a las 28 semanas y su regularidad se va incrementando. Estas contracciones suelen desaparecer con la marcha o el ejercicio, en tanto que las contracciones del trabajo de parto verdadero se vuelven más intensas.
- ✓ Peloteo del útero. Entre las semanas 16 y 20, el peloteo del útero a la exploración bimanual puede dar la impresión de que está ocupado por un objeto flotante, Este es un signo valioso, pero no diagnóstico. También se puede desencadenar un signo semejante con los leiomiomas uterinos, la ascitis y los quistes ováricos.

- ✓ **Soplo uterino:** La auscultación del abdomen después de la semana 16 suele descubrir un ruido de fricción sincrónico con el pulso (producido por el desplazamiento de sangre materna que llena los vasos y senos placentarios). La intensidad puede variar entre un silbido y un ruido agudo. En caso de implantación anterior, este ruido puede enmascarar los ruidos cardiacos fetales durante varios meses.

### MANIFESTACIONES POSITIVAS

Los diversos signos y síntomas del embarazo son a menudo dignos de confianza; pero ninguno de ellos es diagnóstico. El diagnóstico positivo debe hacerse basándose en datos objetivos, muchos de los cuales no se producen hasta que ha pasado el primer trimestre.

Sin embargo, cada vez se dispone de más métodos para diagnosticar el embarazo en una etapa temprana.

**Ruidos cardiacos fetales (RCF):** es posible escuchar los ruidos cardiacos fetales con el fetoscopio en una mujer delgada entre las semanas 17 y 18. La frecuencia cardiaca fetal normal es de 120 a 160 latidos por minuto. Es mejor palpar el pulso materno para establecer comparaciones. Los dispositivos electrónicos que se basan en el efecto Doppler detectan los ruidos cardiacos fetales ya a la octava semana.

**Palpación del feto:** después de la semana 22, se puede palpar el contorno del feto a través de la pared abdominal materna. Los movimientos fetales se perciben a la palpación después de la semana 18. Esto se logra con mayor facilidad mediante exploración vaginal.

**Radiografías del feto:** deben evitarse las radiografías durante el embarazo para proteger a la madre y feto contra los posibles riesgos genéticos u oncógenos. Sin embargo, si el beneficio potencial supera al riesgo, las radiografías podrían ser de utilidad. Existen muchísimos datos radiográficos sobre el embarazo. Los huesos fetales osificados aparecen entre las semanas 12 y 14. Antes de la semana 16, las sombras del intestino y la configuración de los huesos pélvicos ocultarán a menudo el embarazo en la vista anteroposterior. La vista oblicua de la parte baja del abdomen es más probable que ponga de manifiesto el esqueleto fetal. Algunos investigadores consideran que la radiación diagnóstica menor de 10 rads tiene un riesgo teratógeno mínimo.

**Examen ultrasónico del feto:** la sonografía es una de las ayudas técnicas de mayor utilidad diagnósticas y vigila el embarazo. A las cinco semanas, se puede observar un polo fetal y, entre las semanas siete y ocho, es posible discernir los ruidos cardiacos fetales. Al progresar el embarazo, se puede examinar

virtualmente cualquier órgano del feto mediante ultrasonido y estudiar la actividad fetal para evaluar el bienestar intrauterino.

### PRUEBAS DEL EMBARAZO

Las pruebas más sensibles durante la parte inicial del embarazo miden los cambios de las concentraciones de hCG. Existe menor reacción cruzada y la prueba es más precisa con la subunidad beta de la hCG. Esta hormona es producida por el sincitiotrofoblasto a los ocho días de la fecundación y se puede detectar en el suero materno ya a los nueve días. Las concentraciones de hCG llegan al máximo aproximadamente 65 días después de la concepción; estas concentraciones séricas se acercan a 50,000 mUI/ml. Las concentraciones disminuyen gradualmente durante el segundo y tercer trimestres y se incrementan ligeramente después de la semana 34. Los valores urinarios suelen ser proporcionales a los valores séricos si es normal el funcionamiento renal materno.

La semidesintegración biológica de la hCG es de 1.5 días. Una vez terminado el embarazo, las concentraciones disminuyen de manera exponencial.

### CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL Y FECHA ESTIMADA DE CONFINAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico de embarazo, es imperativo determinar la duración del mismo y la fecha estimada de confinamiento (FEC).

#### Cálculo de la edad gestacional

Calendario calculador del embarazo: normalmente, el embarazo humano dura 280 días o 40 semanas (nueve meses del calendario o 10 meses lunares) a partir del UPM. Se puede calcular también con una duración de 266 días o 38 semanas a partir de la última ovulación en un ciclo normal de 28 días. El método consiste en el empleo del calendario o calculador del embarazo.

#### Parámetros clínicos de la edad gestacional:

Tamaño uterino: la exploración temprana durante el primer trimestre suele identificar datos que guardan una buena correlación con la edad gestacional estimada. El útero es palpable justamente a nivel de la sínfisis del pubis a las ocho semanas. A las 12 semanas, se vuelve un órgano abdominal y a las 15 semanas suele encontrarse a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo. A las 20 semanas, el útero es palpable a nivel del ombligo. El tamaño del fondo guarda una correlación aproximada con la edad gestacional estimada entre las semanas 22 y 34. Después de la semana 36, la altura del fondo puede disminuir al descender la cabeza fetal hacia la pelvis. La altura del fondo se determina mediante medición de la distancia en centímetros entre la sínfisis del pubis y el fondo.

#### Avivamiento.

Ruidos cardiacos fetales.  
Examen radiológico.  
Ultrasonido.

#### **DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO A TERMINO**

El feto a término ha llegado a una etapa de desarrollo que le permitirá las mejores posibilidades de sobrevivir fuera del útero (37 a 42 semanas). Se puede determinar si el feto ha llegado a esta etapa con los métodos ya descritos para valorar la edad fetal y la FEC.

A término, el feto suele pesar más de 2,500 g. Según algunos factores maternos, como obesidad, diabetes, volumen del líquido amniótico, factores genéticos y raciales, el lactante puede ser de mayor o menor tamaño que el esperado; por lo tanto, el clínico debe basarse en datos objetivos para determinar la madurez fetal (ver también capítulo15).

Análisis del líquido amniótico.  
Ultrasonografía.

#### **CUIDADOS PRENATALES**

El embarazo es un acontecimiento fisiológico normal, que es complicado por procesos patológicos peligrosos para la salud de la madre y el feto sólo en 5 a 20% de los casos. El médico que se hace cargo de las pacientes embarazadas debe estar familiarizado con los cambios normales que ocurren durante el embarazo, de modo que pueda reconocer las anomalías importantes y vuelva mínimos sus efectos.

La asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento especial de la paciente de alto riesgo —aquella cuyo embarazo, a causa de algún factor en sus antecedentes médicos o de desarrollo importante durante el embarazo, es probable que tenga un desenlace insatisfactorio.

factorio

La finalidad de la asistencia prenatal consiste en garantizar, en todo lo posible, un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano.

#### **CONSULTA INICIAL**

La finalidad de la primera consulta con el médico consiste en identificar todos los factores de riesgo que amenazan a la madre y al feto. Una vez identificados, los embarazos de alto riesgo requieren asistencia especializada individualizada. El diagnóstico de embarazo se efectúa basándose en los signos y síntomas físicos y los resultados de las pruebas de laboratorio descritas al principio de este capítulo.

Historia  
Embarazo actual



Embarazos previos  
Historia médica  
Historia quirúrgica

Examen físico  
Examen general  
Examen pélvico  
Tejidos blando pélvicos  
Pelvis ósea

#### Pruebas de laboratorio

Deben efectuarse pruebas sistemáticas de laboratorio tan pronto como sea posible y se repetirán entre las semanas 24 y 28, y 32 y 36. Estas pruebas incluyen hemoglobina y hematócrito, cuenta de leucocitos con diferencial, análisis general de orina, urocultivo (sobre todo en pacientes diabéticas o con carácter de células faloiformes), prueba serológica para la sífilis (VDRL), título de anticuerpos de la rubéola (no es necesario repetirlo si la paciente es inmune), tipificación del grupo sanguíneo y determinación de Rh, prueba de selección de anticuerpos, frotis de Papanicolaou y cultivo cervical para identificar *Neisseria*. Algunos investigadores versados en el campo sugieren también que se efectúe una determinación del título de *Toxoplasma gondii* y selección para el antígeno de superficie de la hepatitis B.

Las concentraciones elevadas de alfafetoproteína sérica (AFP) entre las semanas 16 y 18 pueden indicar defectos del conducto neural.

#### NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO

La nutrición de la madre desde el momento de la concepción es un factor importante para el desarrollo de las vías metabólicas del lactante y de su futuro bienestar. La mujer embarazada debe ser animada a ingerir una dieta equilibrada, y deberá ser animada a ingerir una dieta equilibrada, y deberá estar al tanto de sus necesidades especiales de hierro, ácido fólico, calcio y zinc.<sup>8</sup>

#### Síndrome preeclampsia/eclampsia

El síndrome de preeclampsia/eclampsia caracterizado por hipertensión y proteinuria, a menudo acompañados de edema se presenta sólo durante el embarazo o al principio del puerperio.

Facetas singulares de éste síndrome son que en su forma pura se presentaba al final del embarazo y remite después por completo, sin daño residual demostrable para la madre.

<sup>8</sup> ANTOLOGÍA. OBSTETRICIA I SUA. Editorial ENEO. 2ª edición. México, 1996, Págs 365-378.

## DEFINICIONES

### Hipertensión

Elevación de la presión diastólica y sistólica igual o superior a 140/90 mmHg o una tensión arterial media (TAM) igual o mayor de 105 mmHg. TAM:  $(92 \times D) + S/3$ . Alternativa: Sistólica aumentada en 30 mmHg y diastólica de 15 mmHg.

### Proteinuria

Presencia de proteínas en la orina en concentración superior a 0.3g., en una toma de orina de 24 hrs.

Se han aplicado más de 60 nombres diferentes a los estados de hipertensión del embarazo. Entre ellos se encuentran los de toxemia complejo EPH (edema, proteinuria, hipertensión), gestosis, preeclampsia y eclampsia. Se ha omitido el EDEMA como elemento diagnóstico específico de preeclampsia debido a la frecuencia con que se presentaba en la gestación normal y a que por sí mismo no hace aumentar la mortalidad infantil o materna.

### PREECLAMPSIA

Hipertensión con proteinuria debido al embarazo o a la influencia de un embarazo reciente. Después de la semana 24 de gestación pudiendo desarrollarse antes de este tiempo en presencia de enfermedad trofoblástica. Siendo predominantemente en primigrávidas.

### ECLAMPSIA

Aparición de una o más convulsiones no atribuibles a condiciones cerebrales como Epilepsia o Hemorragias, en una paciente con preeclampsia.

Preeclampsia o Eclampsia sobreañadidas: desarrollo de la enfermedad en paciente con hipertensión vascular o enfermedad renal preexistente.<sup>9</sup>

### INCIDENCIA

#### Factores de riesgo

Existe una tendencia familiar. Las hijas de madres que tuvieron preeclampsia en su primer embarazo tienen riesgo doble de padecerla.

### ETIOLOGÍA

La preeclampsia se ha llegado a conocer como la "enfermedad de las teorías". Se enumeran a continuación algunas de ellas:

#### Anomalías Placentarias

---

<sup>9</sup> DENNIS, EDWARD J. III. Síndrome preeclampsia eclampsia. Sociedad médica 1966. Págs. 447-461.

La preeclampsia está relacionada con cambios fisiológicos del embarazo. Dado que en su forma pura remite rápidamente y en forma completa después del embarazo, esto apunta hacia que sean el útero grávido, el feto o la placenta el (los) factor (es) central (es) en la patogenia de ésta irregularidad.

Las lesiones Placentarias que se han encontrado son:

- proliferación citotrofoblástica
- exceso de nudos sincitiales
- membrana de base trofoblastica engrosada

#### Isquemia uteroplacentaria

Los cambios fisiopatológicos en la preeclampsia pueden ser iniciados por Isquemia uteroplacentaria. Existe una reducción importante del flujo sanguíneo uteroplacentario en la preeclampsia, lo que no se ha corroborado es si precede o sigue al síndrome. Muchos factores que predisponen a la preeclampsia o la agravan pueden asociarse con un flujo sanguíneo uterino disminuido. Por ejemplo, la mola hidatidiforme se asocia con un aumento rápido en el tamaño de la placenta y a la demanda de sangre puede sobrepasar el suministro.

#### Respuestas inmunes

Se ha propuesto que las diferencias antihigiénicas entre el feto y la madre pueden dar lugar a un aumento de anticuerpos de origen materno que o bien atacan o dañan al trofoblasto o inhiben la migración trofoblástica normal en el segundo trimestre del embarazo.

En el embarazo normal se descaman en forma contante células trofoblásticas se liberan dentro de la circulación materna, hecho que comienza inmediatamente después de la implantación; en las pacientes preeclámpicas, la cuantía de este proceso se encuentra aumentado significativamente, existiendo un desafío antihigiénico incrementado que sea el que juegue un papel en la patogenia subyacente del problema. Este mecanismo podría explicar por que la preeclampsia habitualmente no aparece hasta el tercer trimestre, es decir, cuando la placenta alcanza un cierto tamaño crítico.

#### Prostaglandinas

La producción defectuosa de prostaglandinas o una pérdida de respuesta a las mismas contribuyen al desarrollo de la preeclampsia. Prostaglandina E2 (vasodilatador)-----síntesis alterada-----acción en lecho vascular uterino-----

afecta calibre de los vasos-----disminuye flujo sanguíneo.<sup>10</sup>

## CURSO CLÍNICO

La aparición de la preeclampsia es a veces súbita, con un desarrollo rápido de los síntomas y signos clásicos, pero más a menudo es gradual. Los datos principales: elevación absoluta en la tensión arterial y proteinuria. Los síntomas clásicos aparecen más tarde. El edema es importante cuando el aumento de peso es mayor de dos Kg por semana. Posteriormente aparecen: visión borrosa, escotomas o fotofobia, cefalea y dolor abdominal superior (debido a la distensión de la cápsula hepática).

Las convulsiones pueden ser la primera manifestación clínica. En general, alrededor de un tercio de los casos de Eclampsia aparecen anteparto, un tercio intraparto y un tercio postparto.

Una presión de 125/80 o TAM de 90 o más durante el segundo trimestre se asocia con una elevada incidencia de preeclampsia en el tercer trimestre.

La medición cuantitativa de proteínas ayuda a evaluar la gravedad y progresión del síndrome, se asocia con una mayor mortalidad prenatal en primigrávidas, por lo que se considera de mal pronóstico.

El edema no tiene valor predictivo para el pronóstico definitivo durante la gestación. Se evalúa según la siguiente tabla:

- + edema mínimo en laeolos y peritibial.
- ++ edema de extremidades inferiores.
- +++ edema en cara y manos, abdomen y sacro.
- ++++ anasarca con ascitis.

La muerte fetal puede presentarse inesperadamente cuando una paciente tiene preeclampsia/eclampsia, siendo la causa más común insuficiencia placentaria y DPPNI, infartos placentarios y retraso en el crecimiento intruterino.

La muerte materna es debido a fallo cardiaco congestivo y ala hemorragia cerebral, siendo factores que influyen: edad, embarazos múltiples, coexistencia de enfermedad renal y Coagulación Intravascular Diseminada.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA Y ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS.

### Cambios Cerebrales

---

<sup>10</sup> *Op cit. Pág.50.*

Las hemorragias o infartos cerebrales aparecen en un 60% de las pacientes eclámpicas que mueren dentro de los dos días siguientes a la aparición de las convulsiones. Las lesiones incluyen hemorragias petequiales en la corteza y región subcortical, múltiples áreas pequeñas de infarto isquémico o una sola hemorragia masiva en la sustancia blanca.

#### Cambios renales

- Asas capilares del glomérulo con edema.
- Estrechamiento de la luz capilar.

#### NO HAY CORRELACIÓN ENTRE GRADO DE PROTEINURIA Y CAMBIOS HISTOLÓGICOS

#### Cambios Hepáticos

Es histológicamente normal en el 20-50% de la paciente con preeclampsia. Puede tener áreas de congestión roja y necrosis en área subcapsular, de predominio en lóbulo derecho. Algo raro pero catastrófico es la rotura espontánea del hígado.

#### Cambios en la Retina

Varían desde la alteración no demostrable, hasta el estrechamiento y constreñimiento focal arterio-venoso. La aparición de hemorragias y exudados en una paciente con preeclampsia indica enfermedad vascular hipertensiva asociada e implica un pronóstico grave para la supervivencia fetal.

#### Cambios Placentarios

La anomalía más común y generalizada en la placenta es la presencia de infartos que son rojos y de consistencia blanda lo que indica origen reciente o bien blancos como signo de un compromiso prolongado de la circulación. Los rojos son por necrosis y los blancos por depósito de fibrina.

#### Coagulación Intravascular

Se ha postulado que la anomalía en la placenta, sea cual fuere su causa, puede conducir a la liberación de tejido trofoblástico a la circulación. Esta es una circunstancia normal, pero se encuentra 20 veces más fragmentos trofoblásticos en los vasos uterinos de la preeclampsia que en los de gestación normal. Este tejido puede ser el desencadenante de la CID, pues los trofoblastos tienen un contenido más alto de tromboplastina que cualquier otro tejido en el cuerpo.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> GARCIA ROIG, FELIX, *Clinicas obstetras y ginecológicas*, Editorial Interamericana McGraw-Hill. México, 1992, Págs. 309-324. Vol. 2, Hospital de Ginecoobstetricia Tlatelolco, IMSS.

## DIAGNOSTICO

La aparición de hipertensión y proteinuria en cualquier paciente en el tercer trimestre de embarazo establece el diagnóstico. La presencia de las siguientes circunstancias es indicativa de la gravedad del proceso y de que la Eclampsia puede ser inminente:

- aumento agudo en la presión sanguínea
- hiperreflexia importante
- dolor epigástrico
- escotomas
- aumento cuantitativo de proteinuria
- oliguria con diuresis de menos de 30 ml/hora.
- mareo o cefalea intensa.

Laboratorio: (Tabla-Transparencia)

La pérdida de peso y diuresis indica la movilización de líquido. Si el síndrome está en los primeros estadios, la pérdida de peso generalmente va acompañada por un descenso de la presión sanguínea. Estos pueden ser signos equívocos de mejoría, pues los cambios fisiopatológicos pueden ser irreversibles y el feto puede seguir estando en peligro.

Los niveles de Acido Úrico en plasma no aumentan en pacientes con hipertensión crónica y por tanto pueden ser útiles en la diferenciación de la hipertensión crónica de la preeclampsia. Existe relación entre los niveles de ácido úrico y el provenir fetal.

## TRATAMIENTO

No ha podido ser documentado si es posible prevenir o no la preeclampsia mediante un estudio prospectivo bien controlado. Si la preeclampsia se reconoce y es tratado pronto, se puede prevenir la Eclampsia.

### LA EVACUACIÓN DEL UTERO ES EL UNICO TRATAMIENTO DEFINITIVO

Este es el tratamiento de elección para cualquier paciente preeclámptica se cuya gestación ha superado la semana 37 y para cualquier paciente con preeclampsia severa independientemente de la duración del embarazo. El feto raramente progresa de forma importante bajo tales circunstancias y más aún, el simple peligro del parto pretérmino es sobrepasado por los muchos y a veces fatales peligros de la preeclampsia y sus secuelas.

La prevención se puede llevar a cabo tomando en cuenta las siguientes normas:

- asistencia prenatal adecuada
- aumento de peso razonable
- monitoreo constante de tensión arterial.

Todo aumento de: 30 mmHg en sistólica o 15 mmHg en diastólica es sospechosa y deberá iniciarse estudio y tratamiento según el caso.

#### SI SE PRESENTA PROTEINURIA DEBERÁ HOSPITALIZARSE MEDICAMENTOS

Hidralacina:

Es un vasodilatador eficaz. Presentación en tabletas de 10mg. Administración V. O. 50 mg. C/6 h.

En la hipertensión esencial se combina con Propranolol para disminuir la taquicardia a dosis de 40 mg., sin embargo durante la gestación atraviesa la barrera placentaria produciendo bradicardia fetal.

Alfametilodopa:

Es un bloqueador adrenérgico que también bloquea la taquicardia refleja la Hidralacina y se administra V. O. 500 mg. C/8 h. Presentación en tabletas de 250 mg.

Vía parental: solución glucosada 10% 1000 ml. C/6 h. con según respuesta de orina.

#### PRONOSTICO

Los datos referentes a la proporción de recidivas de hipertensión en sucesivos embarazos son contradictorios y pueden verse afectados por factores tales como el nivel de presión sanguínea, la duración de la preeclampsia, la paridad de la paciente y el tiempo que tarda en manifestarse la enfermedad. Como regla general, la preeclampsia no ocurre en embarazos posteriores si no hay un factor predisponente, tal como hipertensión esencial o diabetes mellitus.

La preeclampsia es una de las principales causas de muerte entre las pacientes obstétricas, ocupando el segundo lugar tras la sepsis. El pronóstico por lo tanto no varía no sólo de acuerdo con la gravedad de la enfermedad sino también con la disponibilidad y calidad del cuidado obstétrico.

La mortalidad perinatal no ha disminuido en igual proporción. La misma importancia tienen los efectos en la salud mental y física del niño que sobrevive; hay una correlación entre la gravedad de la preeclampsia y el pronóstico postnatal del niño. Un aforismo que se cita a menudo y aún es aplicable en estos tiempos es "LLEGA UN MOMENTO EN QUE EL PASAJERO INTRAUTERINO ESTA MÁS

A SALVO EN LA ENFERMEDAD QUE EN EL UTERO". Dependiendo de la etapa gestacional y severidad.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> IMSS "Toxemia Gravídica", en: Manual de normas y procedimientos en obstetricia, México, 1986, Págs. 106-116.



## **II METODOLOGÍA**

El presente caso clínico se desarrollará con la implementación del proceso de atención de enfermería y en sus etapas.

### **2.1 VALORACIÓN**

Durante la etapa de valoración se llevó a cabo con la:

**Observación.-** En la cual se emplearon los sentidos, el aspecto general de la paciente, atención al lenguaje corporal.

**Entrevista.-** Se estableció una relación de confianza; de escuchar y preguntar.

**Historia clínica.-** Se realizó contestando a ciertas necesidades, las establecidas por Virginia Henderson.

**Exploración física.-** Se realizó en conjunto con la entrevista, el examen se hizo en forma sistemática y completa por medio de las siguientes actividades: auscultación, palpación, percusión y medición.

Para lo cual se proponen los siguientes instrumentos:

**F (1)****Observación**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_  
Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ F.I. \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_

**DATOS SUBJETIVOS: (SÍNTOMAS)**

¿Cómo se siente? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor de cabeza? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿En qué momento se presenta? \_\_\_\_\_

¿Tiene mareos? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Dolor de estomago \_\_\_\_\_ Tipo de dolor \_\_\_\_\_

Dolor de espalda \_\_\_\_\_

Dolor de cadera \_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVOS: (SIGNOS)**

Estado de conciencia \_\_\_\_\_

Estado mental \_\_\_\_\_

Coloración de tegumentos \_\_\_\_\_

Vómito prepandreal \_\_\_\_\_

Vómito pospandreal \_\_\_\_\_

Cuando aparece el vomito, ¿existe dolor? \_\_\_\_\_

Aparición del edema M.S.I.S \_\_\_\_\_

Aumento de volumen abdominal \_\_\_\_\_

Aumento de T.A. \_\_\_\_\_

**F (2)**

**Entrevista**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F.I. \_\_\_\_\_

Fecha posible de alta \_\_\_\_\_

Dx \_\_\_\_\_

FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_

¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_

¿Asistió a consulta médica? \_\_\_\_\_

¿Conoce fecha de última menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

¿Cuándo inicia el problema?

¿Cómo inicia el problema?

¿Ha tenido sangrado T.V.? \_\_\_\_\_

¿Siente movimiento de producto? \_\_\_\_\_

¿Se ha checado la T.A.? \_\_\_\_\_

¿Conoce las cifras que ha prestado? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo tiene edema de miembros pélvicos?

¿Ha tenido náuseas? \_\_\_\_\_

¿A partir de qué fecha ha tenido náusea? \_\_\_\_\_

¿A partir de qué fecha ha tenido vómito? \_\_\_\_\_

¿A presentado acúfenos y fosfenos? \_\_\_\_\_

**F (3)**

**Historia Clínica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F.I. \_\_\_\_\_  
Fecha posible de alta \_\_\_\_\_  
Dx \_\_\_\_\_  
FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_

Respiración (oxigenación)

¿Su respiración funciona bien? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de dificultad experimenta? \_\_\_\_\_  
Es esporádico o en que momento se presenta \_\_\_\_\_  
Presión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_

Eliminación

¿Qué hábitos urinarios tiene? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces al día orina? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la cantidad de orina? \_\_\_\_\_  
Edema \_\_\_\_\_  
¿Desde cuándo lo notó? \_\_\_\_\_

Alimentación

¿Tiene buen apetito? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la causa? \_\_\_\_\_  
¿Come a horas regulares? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Come entre comidas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_  
Peso antes del embarazo \_\_\_\_\_

Movilidad y postura

Siente la necesidad de estar en reposo \_\_\_\_\_  
Siente cansancio \_\_\_\_\_  
Siente alguna molestia \_\_\_\_\_  
Duerme bien \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la dificultad que tiene para dormir?  
¿Qué es lo que le preocupa? \_\_\_\_\_

Higiene, estado de la piel y de tegumentos

¿Cuales son sus hábitos de higiene corporal? \_\_\_\_\_  
Presencia de estrías y en qué región \_\_\_\_\_  
Presencia de prurito \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido fiebre? \_\_\_\_\_

Vestido

Tiene necesidad de usar ropa apropiada por el embarazo \_\_\_\_\_.

Comunicación

Se dificulta comunicar sus necesidades por encontrarse en un hospital \_\_\_\_

Establece con facilidad contacto con el personal de este hospital \_\_\_\_

Puede comunicarse con su pareja \_\_\_\_

Siente desconfianza e inseguridad

En su casa tiene tiempo para descansar o divertirse de acuerdo a sus posibilidades \_\_\_\_\_

Aprendizaje

Se ha hospitalizado anteriormente \_\_\_\_\_

Existe la necesidad de conocer sobre el medio hospitalario en que se encuentra.

\_\_\_\_\_ Tiene necesidad de conocer sobre el padecimiento que le acontece \_\_\_\_\_

**F (4)**

**Examen Físico**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ F.I.  
Hora \_\_\_\_\_  
FUM \_\_\_\_\_ FPP \_\_\_\_\_

**Métodos de exploración**

Auscultación

Revisión de fondo de ojo valorando presencia de fondo papilar y reacción pupilar

Toma de presión arterial \_\_\_\_\_  
Escuchar ruidos cardiacos y campos pulmonares \_\_\_\_\_  
Escuchar foco fetal

Inspección

Valoración del aspecto General

Estado de conciencia

Estado Mental

Percusión

Ruidos peristálticos \_\_\_\_\_

Palpación

Palpación de senos \_\_\_\_\_  
Exploración abdominal  
Fondo uterino \_\_\_\_\_  
Presencia de Edema \_\_\_\_\_  
Palpación por tacto vaginal \_\_\_\_\_

Medición

Talla \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Complejión  
Presencia de dolor \_\_\_\_\_  
Reposo \_\_\_\_\_  
Piel \_\_\_\_\_  
Fondo uterino \_\_\_\_\_

Valoración de diuresis \_\_\_\_\_  
Coloración de línea media abdominal \_\_\_\_\_  
Exploración abdominal \_\_\_\_\_

## 2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Se valoraron los diagnósticos de enfermería atendiendo al formato de la NANDA.

Etiqueta diagnóstica + factores condicionantes + factores relacionados.  
Incluyendo:

### **Formato:**

P + E + S

Problema de salud, etiología, signos y síntomas(características definitorias).

## 2.3 PLANEACION

Esta etapa se desarrolló atendiendo a la jerarquización de necesidades detectadas con el establecimiento de objetivos a corto plazo.

## 2.4 EJECUCION

Se elaboró el plan de cuidados instrumentando las intervenciones de enfermería, justificación científica y su evaluación, cada punto se describirá en forma vertical.

## 2.5 EVALUACION

Se llevó a cabo finalizando cada necesidad.

### **III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **3.1 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

El 1° de Junio del 2000 se presenta paciente de 19 años de edad embarazada en el servicio de Perinatología complicada 2° piso poniente, cama 233, en el hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 C.M.R.

Estado civil: casada.

Escolaridad: 4° semestre de Bachillerato.

Religión: católica.

Ocupación: estudiante y ama de casa.

Residencia: estado de México.

Habita en vivienda de sus padres contando con todos los servicios urbanos.

Alimentación: ingiriendo 3 comidas al día deficientes en calidad y aumento en cantidad, abuso de carbohidratos y sal.

Higiene: baño diario con cambio de ropa.

Tabaquismo y alcoholismo: negados.

Padre y hermana sin antecedentes patológicos aparentes.

Madre padeció hipertensión en sus 2 embarazos, sin obtener más diagnósticos.

Menarca: a los 12 años, con ritmo de 3 x 28, V.S.A., a los 17 años.

Embarazos: 0, Para: 0, Cesárea: 0, Abortos: 0.

FUM: 1° de Diciembre de 1999.

FPP: 8 de Septiembre.

Enfermedad actual



Paciente embarazada con 24 semanas, conciente, orientada, angustiada, retraída en la comunicación, acude al hospital porque hace dos días presentó dolor de cabeza, edema de miembros inferiores, antes del embarazo pesaba 48 K, actualmente pesa 60 K, talla de 1.54 Mts. Se detecta una presión arterial de 140/90 mm de Hg, anteriormente registraba 110/70, proteinuria de 1.5 gr, abdomen aumentado de volumen por embarazo, fondo uterino palpable y reblandecido, se encuentra por arriba de la cicatriz umbilical, se detecta producto único, f.c.f. de 160 latidos por minuto, sin actividad uterina presente por el momento.

**Diagnóstico médico:** paciente primigesta de 24 semanas con toxemia leve.

Datos obtenidos a través de la entrevista, observación, historia clínica, exploración física y algunos del expediente clínico, según guía de valoración.

### **3.2 VALORACIÓN**

Durante la etapa de valoración se llevó a cabo por medio de la observación, la entrevista, la historia clínica y la exploración física para lo cual se propusieron los siguientes instrumentos.

F (1)

**Observación**

Nombre del paciente R.M.R. Edad 19 años Peso 60 Kg. Talla 1.50 m.  
Fecha de nac. 24/enero/81 Sexo F Ocupación estudiante y ama de casa.  
Escolaridad 4° semestre de bachillerato F.I. 1° de Junio del 2000 Hora 11 A.M.  
Procedencia México D.F.  
FUM 1° de Diciembre de 1999 FPP 8 de Septiembre del 2000.

**DATOS SUBJETIVOS: (SÍNTOMAS)**

¿Cómo se siente? Cansada y estresada

¿Tiene dolor de cabeza? si ¿Desde cuándo? Desde hace 2 días

¿En qué momento se presenta? en cualquier momento

¿Tiene mareos? si ¿Desde cuándo? desde hace 2 días

¿Por cuánto tiempo? esporádico

Dolor de estomago no Tipo de dolor \_\_\_\_\_

Dolor de espalda leve

Dolor de cadera leve

**DATOS OBJETIVOS: (SIGNOS)**

Estado de conciencia orientado en sus 3 esferas

Estado mental alerta

Coloración de tegumentos pálidos

Vomito prepandreal no

Vomito pospandreal en ocasiones

Cuando aparece el vomito, ¿existe dolor? se incrementa el dolor de cabeza

Aparición del edema M.S.I.S. si leve

Aumento de volumen abdominal si por el embarazo

Aumento de T.A. si (actualmente se ha checado en hospital 140/90)

F (2)

### Entrevista

Nombre del paciente R.M.R. Edad 19 años Peso 60 Kg. Talla 1.50 m.

Fecha de nac. 24/enero/81 Sexo F Ocupación estudiante y ama de casa

Escolaridad 4° semestre de bachillerato F.I. 1° de Junio del 2000 Hora 11 A.M.

Procedencia México D.F.

FUM 1° de Diciembre de 1999 FPP 8 de Septiembre del 2000.

¿Qué edad tiene? 19 años

¿Asistio a consulta médica? si

¿Conoce fecha de ultima menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuántos embarazos ha tenido? es el primero

¿Cuándo inicia el problema? Hace 2 días

¿Cómo inicia el problema? Desperte con dolor de cabeza

¿Ha tenido sangrado T.V.? no

¿Siente movimiento de producto? si

¿Se ha checado la T.A.? si

¿Conoce las cifras que ha prestado? 110/70 anteriormente

¿Desde cuando tiene edema de miembros pélvicos? Lo detecté hace 2 días

¿Ha tenido nauseas? si

¿A partir de qué fecha ha tenido nausea? febrero, marzo y abril.

¿A partir de qué fecha ha tenido vomito? febrero, marzo y abril.

¿A presentado acufenos y fosfenos? Si levemente desde hace 2 días.

F (3)

### Historia Clínica

Nombre del paciente R.M.R. Edad 19 años Peso 60 Kg. Talla 1.50 m.  
Fecha de nac. 24/enero/81 Sexo F Ocupación estudiante y ama de casa.  
Escolaridad 4° semestre de bachillerato F.I. 1° de Junio del 2000 Hora 11 A.M.  
Procedencia México D.F.  
FUM 1° de Diciembre de 1999 FPP 8 de Septiembre del 2000.

#### Respiración (oxigenación)

¿Su respiración funciona bien? no  
¿Qué tipo de dificultad experimenta? acelerada  
Es esporádico o en que momento se presenta durante el día  
Presión arterial 140/90 Frecuencia cardíaca 94

#### Alimentación

¿Tiene buen apetito? Sí X No         
¿Cuál es la causa? siento hambre durante el día  
¿Come a horas regulares? Sí        No X  
¿Come entre comidas? Sí X No         
¿Cuánto pesa? 60 kg.  
Peso antes del embarazo 49 kg.

#### Eliminación

¿Qué hábitos urinarios tiene? Actualmente no son adecuados.  
¿Cuántas veces al día orina? A disminuido de 4 a 5 durante 24 hrs.  
¿Cuál es la cantidad de orina? Aproximadamente 20 ml. en cada ocasión.  
Edema sí, en tobillos  
¿Desde cuándo lo notó? Hace 2 días.

#### Movilidad y postura

Siente la necesidad de estar en reposo sí  
Siente cansancio sí  
Siente alguna molestia sí en columna, cadera y piernas.

Duerme bien no

¿Cuál es la dificultad que tiene para dormir? Estrés, preocupación y dolor de cabeza.

¿Qué es lo que le preocupa? El desconocer el estado de salud actual, y que no se pueda lograr el nacimiento.

#### Vestido

Tiene necesidad de usar ropa apropiada por el embarazo sí, porque he aumentado de peso y la ropa ajustada me incomoda.

#### Higiene, estado de la piel y de tegumentos

¿Cuales son sus hábitos de higiene corporal? Baño diario por las mañanas, aseo bucal 3 veces al día.

Presencia de estrías y en qué región si en senos, abdomen y muslos

Presencia de prurito si en las regiones mencionadas anteriormente.

#### Temperatura

¿Ha tenido fiebre? No

#### Seguridad del entorno

Siente desconfianza e inseguridad Sí, por desconocimiento a mi padecimiento actual y por no existir confianza con las personas que me atienden

#### Comunicación

Se dificulta comunicar sus necesidades por encontrarse en un hospital no

Establece con facilidad contacto con el personal de este hospital no

Puede comunicarse con su pareja sí

En su casa tiene tiempo para descansar o divertirse de acuerdo a sus posibilidades sí

#### Aprendizaje

Se ha hospitalizado anteriormente no

Existe la necesidad de conocer sobre el medio hospitalario en que se encuentra.

Sí

F (4)

### Examen Físico

Nombre del paciente R.M.R. Edad 19 años Peso 60 kg. Talla 1.50 m.  
Fecha de nacimiento 24/01/81 Sexo F Ocupación estudiante y ama de casa.  
Escolaridad 4° semestre de bachillerato F.I. 1° de junio del 2000. Hora 11 A.M.  
FUM 1° de Diciembre de 1999 FPP 8 de Septiembre del 2000.

### Métodos de exploración

#### Inspección

Estado mental.- Conciente, orientada en sus 3 esferas.

Aspecto.- Con buena presencia, higiene, se muestra angustiada, estresada, retraída en la comunicación, mirada vaga.

Complexión.- Obesa, embarazada, senos aumentados de volumen.

#### Auscultación

Revisión de fondo de ojo valorando presencia de fondo papilar y reacción pupilar  
normales.

Toma de presión arterial 140/90 mm. de HG.

Escuchar ruidos cardíacos y campos pulmonares. En este momento frecuencia cardíaca 100 x min. y buena ventilación.

Escuchar foco fetal: 140 a 160 x min

#### Percusión

Ruidos peristálticos: normales, tacto vaginal, se percibe cuello cerrado reblandecido sin presencia de sangrado, ausencia de contractilidad uterina, pulmones ventilando.

#### Palpación

Palpación de senos turgentes, aumentados de volumen.

Exploración abdominal se observa posición cefálica, situación longitudinal (aunque a esta edad gestacional pueden presentarse cambios)

Fondo uterino reblandecido, con peloteo.

Presencia de Edema Pretibial

Palpación por tacto vaginal membranas integras consideradas por cuello cerrado, escasa salida de moco de aspecto líquido transparente.

### Medición

Talla 1.50 Peso 60 kg

Presencia de dolor cefalea, cadera, columna y espalda los tres últimos levemente.

Reposo se mantiene en reposo relativo, en espera de respuesta favorable

Piel deshidratada, pálida, senos turgentes y estriados, abdomen y muslos estriados.

Mucosas deshidratadas.

Fondo uterino reblandecido por arriba de la cicatriz umbilical

Valoración de diuresis 20ml por hora con presencia de proteinuria registrada en tira reactiva con ++.

Coloración de línea media abdominal coloración oscura

Exploración abdominal se palpa producto de aprox. 600 gr, posición céfalo/pélvico, situación longitudinal, aunque pueden existir variaciones por la edad gestacional.

### **3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

1. Potencial alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con embarazo de alto riesgo, manifestado por presión arterial alta y taquicardia
2. Posible alteración de la eliminación urinaria relacionado con daño renal propio de la preeclampsia manifestado por la presencia de proteinuria y edema de miembros pélvicos.
3. Potencial alteración de la nutrición por exceso relacionado con la demanda metabólica durante el embarazo relacionado con malos hábitos alimentarios y mínima actividad física.
4. El moverse y mantener una buena postura durante el embarazo provoca limitación del margen de movimiento relacionado con intolerancia a la actividad.
5. Necesidad de higiene y protección de la piel, relacionado con modificación de la elasticidad de la piel, manifestado por alteración de continuidad en la superficie cutánea.
6. El uso de prendas de vestir adecuadas relacionado con intolerancia a las prendas ajustadas y de nylon debido al aumento de volumen de senos y abdomen manifestado por el roce en la piel.
7. Alteración de la comunicación verbal relacionado con ansiedad manifestado por desorientación.
8. Deficit de conocimiento en cuanto a su padecimiento relacionado con desconocimiento de los recursos para obtener la información, manifestado por comportamiento inadecuado.

### **3.4 PLANEACIÓN**

#### Jerarquización de necesidades:

1. Necesidad de oxigenación.



2. Necesidad de eliminación.
3. Necesidad de nutrición e hidratación.
4. Necesidad de moverse y mantenerse una buena postura.
5. Necesidad de higiene y protección de la piel.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de comunicarse.
8. Necesidad de aprendizaje.

#### Definiciones de las necesidades:

1. Saturación con oxígeno, combinación o mezcla de un cuerpo con el oxígeno.
2. Expulsión de sustancias de desecho o proporciones de tejido mortificado.
3. Propiedad esencial y general de los seres vivos, que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación; conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que lo rodea incluyendo la hidratación como combinación de un cuerpo con el agua como que pasa al estado de hidrato.
4. Estado en que existe una limitación de la capacidad para movilidad física independiente.
5. Estado en que la piel de un individuo amerite que no este alterada la piel.
6. Es el estado en que el individuo presenta la necesidad de usar prendas adecuadas a su talla y complexión o se encuentre incapacitado para usar ciertas prendas de vestir.
7. Estado en que un individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje en la interacción humana.
8. Acción de aprender como el adquirir conocimiento de algo por medio de la experiencia, del estudio, o de la información verbal.

#### Determinación de objetivos a corto plazo:

1. Mantener la presión arterial progresivamente dentro de los límites normales.

2. Reponer proteínas perdidas por la orina y favorecer a la redistribución de líquidos corporales.
3. Mantener a la paciente con un patrón alimentario adecuado de acuerdo a su estatura, complexión física y edad durante su periodo gestacional.
4. Asegurar un descanso adecuado y mantenerla confortable sin interrupción durante el tiempo que sea posible.
5. Disminuir la alteración cutánea para favorecer su comodidad.
6. Proporcionar ropa adecuada durante su estancia hospitalaria para favorecer su comodidad.
7. Favorecer la interrelación enfermera - paciente profundizando en la perturbación del autoconcepto personal.
8. Participar activamente en situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje y favorecer en el comportamiento indicativo, el interés para la posible resolución de los problemas de la salud.

El plan de acción se llevó a cabo de acuerdo a signos y síntomas descritos en los diagnósticos de enfermería, intervención de enfermería, fundamentación de la intervención de enfermería y evaluación; los últimos puntos se describirán posteriormente en la ejecución, en forma continua vertical.

### 3.5 EJECUCIÓN

Necesidad 1

#### Intervención de Enfermería

- A) Oxígeno 3 L. x minuto por puntas nasales P.R.N.
- B) Posición semifowler
- C) Toma y registro de presión arterial horario por seis horas y posteriormente cada 4 horas
- D) Toma y registro de frecuencia cardiaca horario por 6 horas y posteriormente cada 4 horas.
- E) Chequeo de foco fetal horario por 6 horas y posteriormente cada 4 horas.
- F) Ministración de medicamento como:
  - Alfametildopa 500mg. V.O. cada 8 horas.
  - Hidralazina 50mg. V.O. cada 6 horas.
  - Solución glucosada al 10% 1000ml. cada 8 horas.
- G) Decúbito ligeramente lateralizado.

#### Fundamentación de Enfermería

- a) Se proporciona oxígeno por la alteración que existe en el intercambio de oxígeno y Co<sub>2</sub> entre el medio externo y la sangre, muchas veces relacionado con cambios a nivel de la membrana alveolo capilar.
- b) Para favorecer entrada y salida de oxígeno por la permeabilidad existente de vías respiratorias altas y favoreciendo el retorno venoso corporal.
- c) Presión arterial alta durante el embarazo es la elevación de la presión diastólica y sistólica igual o superior a 140/90 mm de Hg se presenta solo, durante el embarazo al principio del puerperio. Esta elevación de la presión arterial puede ser interpretada como inducida por el embarazo por cambio fisiológico después de la semana 22 de gestación, esto apunta hacia el útero grávido, el feto o la placenta, puede haber cambios histopatológicos característicos en el riñón, hígado y en otros organos en caso de enfermedad trofoblástica. Se apoya la tesis de que es la placenta, más que el útero gravidico, la que juega el papel principal en el desarrollo de la preeclampsia.<sup>13</sup>
- d) La frecuencia cardiaca se aumenta por la presión de las resistencias periféricas y vasoconstricción y por la alteración del intercambio de oxígeno y bioxido de carbono entre la sangre y la membrana alveolo capilar.

<sup>13</sup> MAC'DONALD Pc, PITCHARD A.. GANET, NF. WILLIAMS *Obtetrics*. Edit. Salvat. 3ª ed. España 1988, Págs. 511/541.

trofoblástica. Se apoya la tesis de que es la placenta, más que el útero gravídico, la que juega el papel principal en el desarrollo de la preeclampsia.<sup>13</sup>

- d) La frecuencia cardíaca se aumenta por la presión de las resistencias periféricas y vasoconstricción y por la alteración del intercambio de oxígeno y bioxido de carbono entre la sangre y la membrana alveolo capilar.
- e) Chequeo de foco fetal es importante el chequeo frecuente de la frecuencia cardíaca fetal porque si la presión arterial de la paciente se baja bruscamente puede presentarse bradicardia en el feto y producir la muerte, además los medicamento como la hidralacina atraviesa la barrera placentaria y produce bradicardia fetal.

La alfametildopa es un bloqueador adrenérgico, antihipertensivo, bloquea la taquicardia refleja de la hidralacina, se administra a dosis respuesta.

La hidralacina es un vasodilatador eficaz, durante la gestación atraviesa la barrera placentaria produciendo bradicardia fetal.

La solución glucosada por vía parenteral es para favoreces la redistribución de líquidos corporales y mantenerla hidratada.

Aumenta la presión osmótica del plasma y fuerza el riñón a redistribuir el líquido secuestrado y obtener volumen urinario adecuado.

Esta posición es para favorecer la irrigación sanguínea uteroplacentaria y por lo tanto la oxigenación fetal, además la posición produce un aumento significativo en la alteración glomerular y la diuresis resultante moviliza la cantidad considerable de los tejidos.

La revaloración de la presión arterial cada 4 horas se monitorizará constantemente para detectar alguna alteración, evitar riesgo y complicación, si la preeclampsia se reconoce a tiempo se puede prevenir la eclampsia.

Vigilar con regularidad el estado de la paciente y respuesta a al oxígeno terapia de acuerdo a la evolución de la paciente y modificación en la frecuencia respiratoria, la cantidad de oxígeno se procederá a retirar para evitar complicaciones.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> MAC'DONALD Pc, PITCHARD A., GANET, NF. WILLIAMS *Obtetrics*. Edit. Salvat. 3ª ed. España 1988, Págs. 511/541.

<sup>14</sup> INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, *Normas y procedimiento de Obstetricia y Ginecología*, Edit. Marketing y Publicidad de México 1998, Págs. 69-78.

## Necesidad 2

### Intervención de Enfermería.

- A) Se proporciona dieta estricta que contenga 60-70 g. de proteínas.
- B) Se vigilará que la dieta contenga cantidad de sodio normal o de 6 g. x día.
- C) Se toma interpretación y registro de resultado de tira reactiva (bililabstix) x turno.
- D) Se vigila que ingiera su dieta completa.
- E) Registro estricto del control de líquidos x turno.
- F) Vendaje de miembros inferiores.
- G) Vigilar edema.

### Fundamentación de Enfermería

- a) Se proporciona de 60 a 70 g. de proteínas en alimentos por la proteinuria perdida, la cual concentración es superior a 0.3 g. en una muestra de orina de 2 o más ocasiones separadas al menos 6 horas. Las muestras deben estar limpias y proceder de la porción media de la micción u obtenidas por cateterización, se determinara la proteinuria para evitar lesiones renales glomerulares, así como endoteliosis glomerular.<sup>15</sup>
- b) El sodio no deberá exceder de lo normal ya que si se aumenta puede alterar la frecuencia cardiaca por estímulo de las fibras musculares cardiacas. Las retenciones de sodio y agua son parte del cuadro total de la preeclampsia y pueden acelerar signos y síntomas.
- c) La tira reactiva bililabstix nos registra la aparición y cantidad de proteínas en orina. Esta cantidad ayuda a evaluar la gravedad y progresión del síndrome clínico.<sup>16</sup>
- d) Una dieta equilibrada y adecuada son aprovechados sus nutrientes ya que son indispensables para la evolución del binomio.
- e) El control estricto de líquidos nos indica si se modifica o no la terapeutica ya que si el control de líquidos fuera más se evolucionaría a provocar edema pulmonar, a consecuencia del daño renal. De acuerdo al peso de la paciente que es de 60 kg. deberá orinar 30 ml. x hora se detectarán los signos necesarios para su diagnóstico clínico.

<sup>15</sup> Antología de ginecología y obstetricia para la atención de Enfermería vol. 2, SUA ENEO, Pág. 76.

<sup>16</sup> Op cit. 462.

- e) El control estricto de líquidos nos indica si se modifica o no la terapéutica ya que si el control de líquidos fuera más se evolucionaría a provocar edema pulmonar, a consecuencia del daño renal. De acuerdo al peso de la paciente que es de 60 kg. deberá orinar 30 ml. x hora se detectarán los signos necesarios para su diagnóstico clínico.
- f) El vendaje de miembros inferiores es importante para favorecer el retorno venoso corporal.
- g) En la preeclampsia el edema puede ser que no tenga valor predictivo para el pronóstico definitivo durante la gestación, la simple presencia de edema tiene menor importancia que la rapidez de la ganancia de peso.

La cantidad de sodio total corporal intercambiable se eleva y las manifestaciones clínicas de preeclampsia se aceleran mediante la administración de sodio en exceso y aumenta el edema.

- + Edema mínimo en las áreas maleolares y pretibiales.
- ++ Edema en las extremidades inferiores.
- +++ Edema en la cara y manos, pared del bajo abdomen y sacro
- ++++ Anasarca con ascitis.<sup>17</sup>

Pero la preeclampsia si es caracterizable por el desarrollo secuencial de acumulación de líquido en el intersticio tisular.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Op cit. Pág 451.

<sup>18</sup> BRIONES DÍAZ DE LEÓN, "Preeclampsia eclampsia", Ed. Distribuidora y Editora Mexicana, S.A. de C.V., 1ª edición año 2000, p.p. 1.

### **Necesidad 3**

#### **Intervención de Enfermería.**

- A) Vigilancia de dieta hiperproteica hiposódica.
- B) Serciorarse de que la ingesta sea con aporte de alimentos adecuados.
- C) Se da a conocer normas dietéticas.
- D) Se ofrece patrón alimentario para modificación de conducta.

#### **Fundamentación de Enfermería**

- a) La dieta apropiada es de 2000 cal. con 60 gr. de proteína de origen animal. La dieta es coadyuvante para el aumento de la presión osmótica del plasma por la eliminación de proteína en orina.
- b) Deberá contener calorías, proteínas, vitamina B1, vitamina D, calcio y fosforo. Los nutrientes contenidos en la dieta favorecen a la paciente en etapa gestacional ya que si no se consume puede provocar ataxia, temblor, disminución de los reflejos tendinosos, etc.

El serciorarnos el que la dieta sea la adecuada estamos apoyando al tratamiento de la paciente como a su evolución satisfactoria y no hacer progresiva la enfermedad ya que si continua con el aumento de peso se podría acarrear complicaciones agregadas de las que se tienen durante la gestación y no mejorar su estado nutritivo.

- c) Dar a conocer normas dietéticas.

La vía oral es la preferida para alimentar a todos los pacientes. Una dieta con alimentos habituales es la forma más económica de propiciar alimentación oral y también el método más aceptable para alimentar a la mayoría de los pacientes, ya que van dirigidos a conservar la salud. Estas normas dietéticas son:

Comer alimentos variados.

Mantener un peso sano.

Elegir una dieta pobre en grasa, en grasas saturadas y en colesterol.  
Elegir una dieta con abundantes vegetales, frutas y derivados de los cereales.

Utilizar el azúcar con moderación.

Si se toman bebidas alcohólicas, hacerlo con moderación.

Elegir una dieta pobre en grasa, en grasas saturadas y en colesterol.  
Elegir una dieta con abundantes vegetales, frutas y derivados de los cereales.

Utilizar el azúcar con moderación.

Si se toman bebidas alcohólicas, hacerlo con moderación.

Para ayudar a los pacientes que pongan en practica las normas dietéticas se puede recurrir a la pirámide alimenticia (Food Guide Pyramid).

d) El grupo de los cereales y las pastas forman la base de la piramide. El nivel siguiente esta formado por el grupo de los vegetales y las frutas. En el tercer nivel se haya el grupo de las carnes y los productos lácteos. En el vértice de la pirámide se encuentra la grasa, los aceites y los dulces, cuyo consumo debe ser reducido<sup>19</sup>

Para mantener la perdida de peso es importante llevar a cabo cambios permanentes en los habitos alimenticios y en la forma de vida la modificación de la conducta es una forma de lograr estos cambios por lo que debe ser un coadyuvante de cualquier programa de perdida de peso y ejercicio (cuando sea posible) ya que por su padecimiento durante el embarazo estará reducido. Tomará solamente su dieta en los 3 alimentos (desayuno, comida y cena), entre comidas solamente podra ingerir fruta o verdura que contengan fibra y abundantes líquidos.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Op Cit. Pág. 3

<sup>20</sup> Pág. 347.



#### **Necesidad 4**

##### **Intervención de Enfermería.**

- A) Se mantendrá en posición semifowler.
- B) Se mantendrá en reposo relativo.
- C) La solución parenteral se colocará en áreas de fácil movimiento y se fijará con firmeza.
- D) Se verifica la fijación de la sonda foley para fácil movimiento de la paciente y comodidad.
- E) Estimulación cutánea.
- F) Control de la presión arterial.
- G) Distracción.
- H) Relajación.
- I) Masaje de los tejidos del organismo.
- J) Reducción de la ansiedad por medio de relajación.
- K) Disminución de la sobrecarga emocional explicándole referencias de su diagnóstico.
- L) Explicación sobre el medio hospitalario para disminuir la preocupación y el estrés.

##### **Fundamentación de Enfermería**

- a) Mantenerlo en posición semifowler es importante para favorecer la respiración, retomovenoso corporal y una posición cómoda.
- b) Por la sintomatología que presenta la paciente es conveniente mantenerla en reposo relativo para favorecer la evolución de las constantes vitales, evitar mareo por la presión arterial alta y algún accidente que ocasione problema agregado a la enfermedad.

- b) Por la sintomatología que presenta la paciente es conveniente mantenerla en reposo relativo para favorecer la evolución de las constantes vitales, evitar mareo por la presión arterial alta y algún accidente que ocasione problema agregado a la enfermedad.
- c) Se evitara colocar la vcl, en áreas de difícil movimiento, se procura puncionar en región de la vena radial o cubital siempre y cuando no exista contraindicación.

La fijación de la sonda foley se hará en la parte anterior del muslo de manera que no quede estirada, si no de fácil manejo y movimiento para la paciente y no exista molestia en meato urinario.

- d) Las técnicas de estimulación cutanea alivian el dolor estimulando las grandes fibras nerviosas del paciente para que cierren la entrada a las pequeñas fibras nerviosas conductoras del dolor.

Efectos del frío: disminuye el dolor.

Disminuye el espasmo muscular.

Disminuye flujo sanguíneo.

Disminuye el edema.<sup>21</sup>

- e) El control de la presión arterial evita la vasoconstricción periférica y disminuye la cefalea (anteriormente se ha mencionado).
- f) La distracción hace que la tensión del paciente se aleje del dolor, ayuda alterar la capacidad del paciente para tolerar el dolor. La distracción es fácil de usar y es beneficiosa.
- g) La relajación se da por medio de respiración lenta y profunda ambiente tranquilo, silencioso y luz tenue estas técnicas ayudan al paciente cómo aliviar su tensión por el dolor.  
La relajación facilita la sedación o el sueño.
- h) El masaje de la manipulación de los tejidos suele utilizarse como forma para aliviar el dolor o relajar la musculatura. El masaje ofrece la oportunidad de establecer interacción con el paciente y comunicarse terapéuticamente con él.<sup>22</sup>
- i) Se lleva a cabo técnica de relajación corporal de miembros superiores e inferiores con respiraciones profundas por lo tanto se tranquilizara la paciente, el cual interfiere con el estilo de vida deseado.

---

<sup>21</sup> Pág. 252.

<sup>22</sup> Pág. 254-255.

- k) Es conveniente que el paciente permanezca alerta y orientado en relación al ambiente físico que participe en conversaciones significativas, que verbalice la disminución de la ansiedad ya que es responsabilidad de la enfermera el controlar el entorno para favorecer el bienestar de la paciente y aumentar la conciencia del personal sobre la necesidad de reducir los estímulos sensoriales innecesarios, proporcionar un trato sereno y la aceptación del personal de Enfermería ayudando a sentirse más seguro, salvo y la necesidad de que el paciente se encuentre hospitalizado para su tratamiento y mejoría del padecimiento.
- l) Se evitara actuaciones que limiten la intensidad de estímulos, ruidos, iluminación, abundancia de personal, etc.

Así, las respuestas a estímulos ambientales serán adecuados y el paciente manifestará un sentimiento de control y disminución de la ansiedad.<sup>23</sup>

## **Necesidad 5**

### **Intervención de Enfermería**

- A) Mantener limpia y fresca la piel.
- B) Friccionarle con aceite mineral las partes que presentan molestia por RN.
- C) Orientación sobre las estrías que aparecen en su cuerpo

### **Fundamentación de Enfermería**

- A) Cuando la piel se encuentra limpia, se manifiesta una sensación agradable.
- B) El contenido líquido de la piel disminuye las fibras elásticas, se desgastan por el estiramiento continuado haciendo que la piel pierda su elasticidad y resistencia por lo tanto produce sequedad, comezón y deja la piel sonrosada y aparecen en senos, abdomen y muslos, es más frecuente en pacientes embarazadas y obesas, se fricciona la piel con aceite de almendras.
- C) Se ofrece una orientación sobre la aparición de las estrías en el momento en el que se fricciona la piel. El aceite mineral o de almendras dulces es el aconsejable

---

<sup>23</sup> *Op. Cit. Pág 370.*

para hidratar la piel y disminuir la comezón. El procedimiento se hará por razón necesaria.<sup>32</sup>

## **Necesidad 6**

### **Intervención de Enfermería**

- A) Se proporcionará camisión de su talla y de algodón.
- B) Cambiarlo diariamente.
- C) Mantendrá las ropas de cama limpia.

### **Fundamentación de Enfermería.**

- a) Durante el embarazo existe crecimiento abdominal por lo tanto es necesario que las ropas se vayan cambiando de talla, buscar la manera de tenerle a la mano un camisión tanto de algodón como de talla. Las prendas de fibras sintéticas provocan calor y en algunas ocasiones prurito.
- b) El cambio diario de ropa favorece comodidad a la paciente.

El mantener la ropa de cama limpia y adecuada complementa su comodidad.

## **Necesidad 7**

### **Intervención de enfermería**

- A) Se intentará lograr obtener cantidad y calidad de la interacción enfermera – paciente.
- B) Participación en actitudes facilitadoras de la relación.
- C) Tratar de dirigir la comunicación de lo general a lo particular.

### **Fundamentación de enfermería**

---

<sup>32</sup> Vol. II Pág. 1986.

### **Fundamentación de enfermería**

- A) Compartir directamente con la paciente las observaciones, ello permitirá un intercambio de percepciones y de información que favorezcan la comunicación.
- B) La comunicación se inicia si es posible hablar del entorno físico e ir introduciendo poco a poco la relación enfermera – paciente, así como de sus influencias familiares hasta profundizar en la relación de confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción y disponibilidad.
- C) El lograr que la paciente describa la experiencia que está obteniendo en ese momento y vea la oportunidad de confirmar o negar lo que supone facilitará obtener información relevante.

### **Necesidad 8**

#### **Intervención de enfermería**

- A) Se propiciará confianza en la interacción.
- B) Se compartirá conocimiento.
- C) Incrementación de sus aprendizajes.
- D) Técnicas de autocontrol.

### **Fundamentación de enfermería**

- A) Es importante mantener una relación de confianza en el momento de interactuar con la paciente, para obtener resultado en sus problemas de relación, dignos de mencionar no tan solo con la enfermera, sino con el equipo de salud por la que es atendida así como con sus familiares.

Es importante mencionar que el hecho de obtener información de todos estos factores deben ser relacionados con "salud" y no con otras variables.

- B) Las situaciones de emociones intensas influyen en la satisfacción de la necesidad de aprendizaje por este motivo es importante compartir los conocimientos para ir resolviendo poco a poco las dudas que se tengan, en cuanto a su padecimiento, a normas de hospitalización, información sobre

área física donde se encuentra hasta donde sea posible. Se da información sobre cifras normales de la presión arterial, así como lo que implica el edema y la proteinuria, indicándole que estos signos y síntomas son los que afectan a la enfermedad actual.

- C) De acuerdo a su cultura se observará si existe la posibilidad de incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud / enfermedad, para que se logren cambios de hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situaciones de salud y enfermedad, alternativas de solución a sus procedimientos.
- D) Es importante que se mantenga tranquila ya que si se mantiene alterada no podría captar los conocimientos de interés.

La técnica de autocontrol favorece el aspecto emocional, relativo a los valores. Seguir insistiendo sobre relajación (se menciona anteriormente).

### **3.6 EVALUACIÓN**

Aunque se ha empezado la evaluación temprana durante las etapas precedentes del proceso de Enfermería, controlando las respuestas del paciente, por las intervenciones de Enfermería, por lo tanto los objetivos e intervenciones fueron realistas para este cliente satisfactoriamente se han cubierto a las 24 horas de su ingreso al hospital así como al inicio del tratamiento.

#### Evaluación de la necesidad 1:

Se logró tener una presión arterial progresivamente dentro de los límites normales 120/90, aceptación de apoyo con oxigenoterapia, se continúa en posición semifowler ya que le beneficia al retorno venoso. El chequeo del foco cardíaco fetal fue con horario establecido obteniéndose de 140/160 por minuto sin modificación que lo alterara, aceptación por el tratamiento medicamentoso I.V. así como V.O. Al revalorar la evolución se observaron datos de mejoría, se proporciona sobre efectos de los medicamentos de manera de manera entendible para la paciente, así como a la madre y al esposo, las intervenciones de enfermería fueron coherentes ya que el logro del objetivo principal se logró.

#### Evaluación de la necesidad 2:

Aceptación de la dieta con proteínas de 60/70 gramos y obteniéndose buen resultado en la cantidad de orina ya que se disminuyó la pérdida de proteína y se repusieron las mismas.

Disminución del edema de miembros pélvicos, así mismo se logró registrar control de líquidos el cual resulto equilibrado de acuerdo a la encuesta y eliminación a las 24 hrs. en que se obtuvo la oportunidad de atender a las necesidades de la paciente.

Se tomo, registro e interpreto la tira reactiva del Bililabstix de +++.

### Evaluación de la necesidad 3:

Se logró mantener con un patrón alimentario adecuado y considerado por la dietista como apoyo, logrando aceptación por la paciente que dicha dieta cubriera los nutrientes necesarios para su mantenimiento ya que esto le favorecerá contantemente el logro de su estabilidad física acorde con el embarazo, así mismo se vio favorecida la disminución de la presión arterial.

### Evaluación de la necesidad 4:

La labor de enfermería no solamente comprendió la atención de la paciente sino que también apoyó y realizó el esfuerzo por mantenerla confortable con apoyo emocional tan necesario por el cuadro que presentó la paciente se complementó con atenta vigilancia obteniendo respuesta favorable con un periodo de sueño y descanso suficiente, así como cambio en el comportamiento se solucionó dicha necesidad oportunamente.

Mejoró la éstasis venosa y el tono muscular, la circulación y la función respiratoria, fue necesario enseñar y estimular el movimiento de la paciente tras la intervención de enfermería.

La posición lateral de la paciente coadyuvó en la circulación retroplacentraria.

Se hizo saber sobre las limitaciones en sus actividades restringidas por el reposo relativo en cama.

### Evaluación de la necesidad 5:

La alteración que sufre la piel por la elasticidad superficial cutánea no es posible disminuirla ya que esta va aumentando por el crecimiento abdominal del embarazo, pero si disminuyó la resequedad de la piel y al comezón de senos, abdomen y muslos. Se explicó que la afectación de la integridad cutánea en su totalidad de recuperación se logrará posterior al nacimiento del bebé siempre y cuando se continúe con el tratamiento y cuidados de la piel.

#### Evaluación de la necesidad 6:

Dentro del plan terapéutico resultó fundamental proceder a la atención de la necesidad de proporcionar camión de su talla, ropa de textil que favoreciera a su necesidad ya que afortunadamente es la que se utiliza en el hospital y con ello se logró mantenerla confortable.

La intervención anterior es coadyuvante de la siguiente necesidad.

#### Evaluación de la necesidad 7:

De primera instancia hubo presentación con la paciente para favorecer el inicio en la comunicación, conforme se iban aplicando las intervenciones de enfermería se incluía un cálido contacto personal que humanizo el ambiente con la paciente y su familia. La interacción esencial resultó favorable ya que se utilizó los conocimientos básicos de la comunicación como el tacto, contacto ocular y la tranquilización verbal realista incluso para reducir la ansiedad y la seguridad de sí misma. El logro del objetivo se cumplió otorgando orientación que requería dando importancia a lo que prevalecía en el momento, ya que es de suma importancia la comunicación en todo ser humano y esto favoreció en su evolución.

#### Evaluación de la necesidad 8:

En el ser humano es prescindible el aprendizaje como lo fue en la paciente. Fue relatado por la paciente el conocer y aprender sobre su padecimiento, evolución del embarazo para que resultara favorable el término del mismo, sus problemas de relación eran por la falta de comunicación y aprender hasta donde fuera posible, se otorgó una amplia explicación sobre las normas del hospital, área física y algo tan importante como el horario de visita y de sus alimentos. Como la paciente tenía estudios de bachillerato no resultó difícil que se captara la información ya que tiene conocimientos sobre sí mismo y comportamiento generador de la salud, pero no los llevaba a cabo. La paciente preguntó por su patología y si había disminuido la presión arterial, proteínas en orina, el edema lo constato por sí misma. Todos estos factores influyeron para su estabilidad emocional, cooperación para continuar con su tratamiento y favorecieron en su evolución. La paciente queda en el hospital consiente, tranquila, orientada en sus tres esferas, reposo relativo en cama, realizando muchas de las actividades por sí misma pero con medida.



#### IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las enfermeras nos podemos dar cuenta de la gran importancia que tiene el llevar a cabo el Proceso Atención de Enfermería, así como los logros de los objetivos que trazamos para la mejoría y evolución satisfactoria de nuestros pacientes ya que nuestro papel es identificar las variables que se interponen durante la ejecución de las actividades.

Con el Proceso Atención de Enfermería que aplique en la patología que presento la paciente R.M.R. se logró el propósito final de los cuidados brindados ya que solamente se tuvo la oportunidad de revalorarla a las 24 horas nuevamente posteriores a su fecha de ingreso y tratamiento se le sugiere a la paciente que al momento de su alta retome la información que le ha sido proporcionada ya que no se tuvo la oportunidad de hablar con su familiar.

No ha podido ser documentado si es posible o no prevenir la preeclampsia mediante un estudio prospectivo bien controlado, si la preeclampsia se reconoce a tiempo es posible prevenir la eclampsia.

La enfermera debe participar activamente en unidades de clínica familiar con el conocimiento de la preeclampsia y eclampsia, implementar un programa en poblaciones abiertas que contenga disciplinas de contenido informativo sobre esta patología en el embarazo, adoptado definitivamente a la prevención como meta prioritaria y que se refieran al control; peso, alimentación de la paciente embarazada, aunque a pesar de toda esa información aun no se precisa su etiología ni se cuenta con medidas eficaces de diagnóstico temprano, prevención y tratamiento, aunado a este comentario nos debemos comentar ¿Qué se puede esperar para los próximos 25 o 50 años del siglo XXI?, ¿Se llegará un día a conocer la causa única y suficiente de la preeclampsia?, ¿Llegará el día de su completa profilaxis?.

La etiología es compleja, multifactorial y por ello mucho más allá del reduccionismo.

La enfermera debe apoyar estos indicios una vez que la paciente presenta la preeclampsia, insistir en la toma frecuente de la presión arterial a grupo de pacientes embarazadas y enseñarles la técnica de la misma, así como el conocimiento de la sintomatología, por lo tanto se disminuirá la eclampsia ya que en el embarazo es un patología que más ocasiona la muerte.

Ante esta patología completa, la enfermera debe integrar los hechos aislados con una visión holística y partir de una disfunción de la interfase feto-materna como un proceso real al que convergen practicamente todas las investigaciones de la fisiopatología del síndrome y esta disfunción parece ser la expresión de un proceso multifactorial. Esta interfase no es estable sino fundamentalmente

fisiopatología del síndrome y esta disfunción parece ser la expresión de un proceso multifactorial. Esta interfase no es estable sino fundamentalmente cambiante ya que la gestación es una serie de procesos de neoformación, crecimiento, desarrollo y conocer que en las primeras semanas son muy diferentes de las intermedias y estas de las finales, pero las consecuencias se transfieren de una a otra de manera que los cambios normales y los patológicos de cualquier etapa pueden ser resultado de hechos precedentes o extemporáneos.

Las acciones de la enfermera en la paciente con toxemia es identificar los elementos o unidades constitutivas para ir conociendo su naturaleza y poder actuar de primer inicio y así prevenir la eclampsia con vigilancia estrecha y estricta en la paciente con preeclampsia.

Es importante reconocer que dentro del proceso las actividades de enfermería permiten la participación del paciente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

La aplicación del proceso dentro de la práctica de enfermería sería lo ideal que todas las enfermeras lo llevaramos a cabo porque nos ayudaría a proporcionar atención de calidad, pero existen obstáculos de carácter social y político así como la falta de personal en la operación, como aspecto relevante.

## GLOSARIO

En este apartado se encuentran los términos médicos de difícil comprensión.

### **Proteinuria**

Presencia de proteínas en orina, albuminuria, presencia en la orina de proteína de Bence-Jones glomerular.

### **Izquemia uteroplacentaria**

Reducción importante del flujo sanguíneo uteroplacentaria.

### **Respuesta inmune**

Diferencia antigénicas entre el feto y la madre.

### **Edema**

Acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial, en el tejido celular, debida a diversas causas.

### **Prostaglandinas**

Hormona tipo E vasodilatador, perteneciente a ácidos grasos .La próstata dio lugar al nombre de esta sustancia.

### **Trofoblasto**

La capa celular extra embrionaria epiblastica, que fija al embrión a la pared uterina y lo nutre , la capa celular primitiva se denomina citotrofoblasto ,y la convierte en sincitio llamado sintrofoblasto.

### **Fibrinógeno**

Globulina plasmática de alto peso molecular alrededor de 34000 sintetizada en hígado, interviene en la 2ª fase de la coagulación

### **Riesgo**

Mayor probabilidad de padecer un daño. El concepto de riesgo es probabilístico y no determinista.

### **Factor de riesgo**

Característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño.

### **Daño**

El concepto de riesgo está indisolublemente vinculado a un daño específico, por consiguiente se debe definir claramente cual es el daño al que se hace referencia y en función de ese daño se analizarán cuales son los factores que se le asocian.

### **Riesgo perinatal**

Entre los factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y de su producto se pueden diferenciar los que se asocian con un riesgo potencial y aquellos que se asocian con un riesgo real.

### **Cuidado de Enfermería**

Es aquel que cubre las necesidades de higiene y mantenimiento vital a un individuo, así como consecuencia de la pérdida de una buena salud

### **Principio de Enfermería**

Los principios son reglas o leyes que se han respaldado a través del tiempo y se han comprobado mediante la investigación, son más exactos al comprobar teorías, que son proféticas, Los principios definen la interrelación entre 2 o más conceptos, constituye la regla para la generalización, además se utilizan para explicar acción o proporcionar el motivo principal de las conductas

### **Labor de la enfermera**

Es formular un cuerpo de principios científicos en el que las decisiones dependan de situaciones precisas que la enfermera comporta con el paciente

### **Persona**

El término persona responde a la definición de ser humano. Tanto el enfermero/a como el paciente son seres humanos . Un ser humano es un individuo único e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio.

### **Salud**

Se define la salud según criterios de salud objetivos y subjetivos. El estado de salud subjetivo de una persona es un estado de bienestar definido individualmente según la propia apreciación del estado físico, emocional y espiritual. La salud objetiva es la ausencia de enfermedad, discapacidad o defecto detectable por el examen físico, las pruebas de laboratorio, la valoración por un director espiritual o un consejero psicológico.

### **Entorno**

Condición humana y las experiencias vividas por el ser humano como sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad. Estas situaciones pueden equiparse con el entorno.

### **Teoría**

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir

**Modelo**

Es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física. Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento sobre los conceptos y las relaciones que existen entre ellos o para planificar el proceso de investigación

# ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

## ANEXO

### Resultados de laboratorio

	Al ingreso	A las 24 horas
Hematocrito	↑	↓
Hemoglobina	↑	↓
Na+ meg/L	↓	↑
K+ meg/L	0	0
CL- meg/L	0	↑
CO2	0	↑
Ácido úrico Meg/100 ml	0	↓
Prot. Totales	↑	↓
Fibrinógeno	↑	↓
Orina	↓	↑
Volumen / 24 hrs.	↓	↑
Prot / 24 hrs.	↑	↓

## **ANEXO**

Exámenes de laboratorio.

Grupo y factor sanguíneo: RH O+.

Hb: 13 mg/dl.

Ht: 45 %.

Plaquetas: 150,000.

EGO – proteinuria de 1.5, densidad: aumentada, volumen: disminuido.

Pruebas de coagulación:

TP – 60

TPT – 55

Fibrinógeno 98 mg/dl

Pruebas de función hepática:

DHL: 250 UI.

TGO: 25 UI.

TGP: 35 UI.

Cuantificación de glicemia: 110 mg/dl

Cuantificación de proteínas totales: 7 g%.

Ultrasonido para observar líquido amniótico (normal).

Crecimiento y movimiento fetal (de acuerdo a su edad gestacional).

Se observa placenta de acuerdo al tamaño de edad gestacional.

Acido úrico en sangre (sin resultado).

## **ANEXO**

Fecha de última menstruación; 1° de Diciembre de 1999.

Para sacar la fecha probable de parto se hace de la siguiente manera

A la fecha de la última menstruación se le restan tres meses y se le suman 7 días, así es que la fecha probable podría ser 8 de Septiembre.

Para el 1° de Junio son 6 meses lunares o 24 semanas de gestación.



## PLAN DE ALTA

Es recomendable elaborar un Plan de Alta a pacientes según sea el caso para llevar a cabo cuidados en su domicilio con proyección a lograr un mantenimiento y recuperación de la salud.

Si la paciente sabe leer y escribir se le proporcionarán por escrito las siguientes actividades a realizar, de acuerdo a sus posibilidades.

Asistir a la clínica correspondiente para:

- Asistencia prenatal adecuada.
- Control para llevar un aumento de peso razonable.
- Monitoreo constante de la presión arterial.
- Ante cualquier signo o síntoma que se presente acudir a su clínica; como: dolor de cabeza, dolor a nivel de hipogastrio (boca del estómago), acúfenos (ver estrella o centellos), fosfenos (zumbido de oídos), mareos, vómito, contracciones uterinas, salida de cualquier líquido transvaginal, temblores, edema de cualquier parte del cuerpo, cuantificar orina y frecuencia de la misma.
- Tratar de estar en ambiente silencioso y tranquilo.
- Evitar estímulos innecesarios.
- Indicarle como deberá tomar sus medicamentos y cuales son los efectos colaterales como: taquicardia.
- Insistencia para que lleve una dieta de acuerdo a sus posibilidades que contenga: carne, leche, huevos, verdura, frutas, hojas verdes.
- No ingerir alimentos que contengan carbohidratos y grasas de origen animal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, Rosalinda. *Aplicación del proceso de Enfermería*. Edit. Mosby Doyma Libros. Barcelona, España.
- Antología de Obstetricia. Vol. I. S.U.A., E.N.E.O.
- Antología de Obstetricia Vol. II. S.U.A., E.N.E.O.
- *Antología de teorías y modelos para la atención de Enfermería*. S.U.A., E.N.E.O.
- Beares/Myers. *Principios y práctica de la Enfermería medicoquirúrgica*. Vol. I. Edit. Mosby/doywa Libros.
- Beeson, Mc. Dermott. *Tratado de medicina interna*. Edit. Interamericana
- Briones, Díaz de León. *Preclampsia Eclampsia*. Edit. Mexicana, S.A. de C.V., 1ª. ed., año 2000.
- Clínicas obstétricas y ginecológicas. Edit. Interamericana. 1992. Dr. Félix García Roig.
- Delp-Manning. *Propedéutica médica de Major*. Edit. Interamericana.
- Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Edit. Salvat, 13ª. ed.
- Edward J. Dennis, *Síndrome de preclampsia-eclampsia*.
- Enciclopedia de Enfermería. *Fundamentos y técnicas*. Edit. Océano Centrum. Vol I, Barcelona, España.
- Farreras/Rozman. *Medicina Interna*. Edit. Marin
- Fernández Ferrín, Carmen. El proceso de atención de Enfermería. Estudio de casos. Ed. Salvat. España. 1993. 111 Págs.
- Griffith Yanet W. *Proceso de Atención de Enfermería*. Edit. Manual Modemo. México, DF., 1993
- Guyton, Arthur C. *Tratado de Fisiología médica*. Edit. Interamericana. 4ª. ed.
- Ham, Arthur W. *Tratado de histología*. Edit. Interamericana. 6ª. ed.
- Hamilton, Boyd y mossman. *Embriología humana desarrollo prenatal de la forma y la función*. Edit. Inter Médica. 1973.
- Kozier E.R.D. Bufalino, *Fundamentos de Enfermería*. Edit Interamericana, México, 1994
- Lousim Hellma, Jack A. Pritchard. *Obstetricia*. Edit. Salvat.
- Méndez Otero Editor, *Ginecología y Obstetricia*, H.G.O. No. 3. IMSS. C.M.R. 2ª. ed., México, 1981.
- Noval, Jones Jones. *Tratado de Ginecología*. Edit. Interamericana. 8ª. ed.
- *Proceso de atención de Enfermería. Estudio de casos*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.