



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE CON
PREECLAMPSIA SEVERA.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

ERIKA LILIA VAZQUEZ PELAEZ

NUMERO DE CUENTA

203004821

DIRECTORA DEL TRABAJO:

L.E.O. IRMA VALVERDE MOLINA

MEXICO DF.

SEPTIEMBRE 2009



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.

AGRADECIMIENTO.

A la maestra E.P

MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA.

En la vida de las personas hay situaciones

Que invitan a la meditación y a la reflexión.

Esta es una oportunidad para hacerlo.

Al escribir esta página quiero, más que dedicarte este trabajo

Aprovechar la ocasión para destacar el cariño y el afecto

Que contiene esta sencilla dedicatoria.

Lástima que las palabras sean tan áridas e insuficientes

Para expresar la dimensión de ciertos sentimientos.

INDICE

Introducción.-----	5
Justificación -----	6
Objetivos --- -----	7
Metodología. -----	8
Marco Teórico -----	9- 12
Modelo General	
Supuestos	
Valores	
14 necesidades	
Meta paradigma.	
PAE. Definición. -----	13 -16
Fundamentación	
Etapas.	
Presentación de la Valoración. -----	17 - 18
Diagnósticos enfermeros. -----	19 - 49
Planeación.	
Ejecución de Intervenciones.	
Evaluación. -----	50 - 52
Conclusiones. -----	53
Glosario de términos. -----	54- 55
Bibliografía. -----	56
Anexo 1. Instrumento de Valoración -----	57 - 58
Patología concepto. -----	59 - 68

Epidemiología

Anatomía. -----	69 - 77
Fisiología.	
Fisiopatología.	
Etiología.	
Estudios de laboratorio.	
Estudios de gabinete.	
Signos y síntomas.	
Tratamiento.	
Complicaciones.	
Evaluación de riesgo obstétrico. -----	78
Evaluación de riesgo en el embarazo. -----	79
Evaluación de evolución del embarazo. -----	80
Evaluación de riesgo en el puerperio. -----	81
Evaluación del recién nacido de 0-6 días. -----	82

INTRODUCCIÓN.

Es importante señalar que, en medio de las presiones y restricciones de la práctica diaria, cuando la vida del ser humano puede estar en peligro, resulta difícil observar los hechos con calma y emitir juicios lógicos. Algunos de los problemas de enfermería más cruciales surgen de los conflictos entre los principios y la rapidez. En consecuencia es necesario contar con un método que la enfermera asimile de tal manera que constituya parte de su naturaleza y pueda tomar decisiones y formular conclusiones rápidas y adecuadas acerca del paciente.

Los componentes de proceso también ayudan a la enfermera a comprender de qué modo la teoría se hace práctica. Las diversas operaciones se clasificaron durante el transcurso del tiempo por enfermeras teóricas, prácticas e investigadoras. No hay que suponer que estas categorías sean mutuamente exclusivas o existan de manera individual, más bien, existen ciclos de retroalimentación constantes en el proceso.

El método científico se emplea en otras disciplinas para resolver los problemas que surgen en el área y como base a partir de la cual formular investigaciones que expandan sus fundamentos. Como la enfermería también tiene el objetivo de expandir su base teórica de modo que constituya un buen cimiento para la práctica, es importante que este proceso tenga bases científicas.

Con el transcurso del tiempo el proceso de enfermería se ha dividido en cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación. El presente trabajo tuvo como base la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

JUSTIFICACION.

El Proceso de Atención de Enfermería es una opción para obtener el título de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Como profesional de enfermería debemos concentrar los conocimientos, habilidades y destrezas para ayudar a resolver las necesidades del paciente a través de los cuidados de enfermería.

La aplicación de este método científico en la práctica asistencial de enfermería, se le conoce como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Tratando a las personas o enfermos en forma holística.

Durante la formación profesional se aplican los conocimientos adquiridos, dentro del campo laboral permitiendo con esto ayudar al paciente a tener su independencia para incorporarse a su vida cotidiana.

Por lo tanto a través de el Proceso de Atención de Enfermería se detectan las necesidades de cada uno de los pacientes, permitiendo elaborar el diagnóstico enfermero, la planeación de los objetivos que serán alcanzables, aplicar las intervenciones de enfermería y evaluar los objetivos planteados

OBJETIVO.

GENERAL.

- ❖ Realizar y aplicar un proceso de atención de enfermería a una paciente con preeclampsia severa basándose en el modelo de atención de Virginia Henderson y con la interacción Nanda, NIC, NOC.

ESPECIFICOS.

- ❖ Brindar atención de enfermería con calidad basada en conocimiento científico.
- ❖ Buscar información bibliográfica acerca de la preeclampsia severa.
- ❖ Elegir a una paciente con preeclampsia severa.
- ❖ Llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería.

METODOLOGIA.

Para la elaboración del presente trabajo, se selecciono de la unidad Toco Quirúrgica a una embarazada de 29 semanas de gestación, con diagnostico medico de preclampsia severa, por considerarse un problema de salud que afecta a un gran número de mujeres grávidas con alteraciones fisiológicas y de la calidad de vida del binomio madre-hijo.

Para la valoración se utilizo un instrumento basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y los formatos de valoración con enfoque de riesgo en el embarazo.

Los datos obtenidos fueron procesados para estructurar los diagnósticos de enfermería que se aplicaran al caso, Basados en la segunda taxonomía de la NANDA.

Se realizo la clasificación de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson.

Para el diseño del plan de cuidados se seleccionaron los resultados NOC y las Intervenciones NIC que lograran satisfacer las necesidades dependientes de la paciente.

Cada una de las actividades de enfermería se fundamentó científicamente.

La ejecución del plan se llevo a cabo sin problema y con la colaboración del equipo de salud.

La evaluación se realizo de manera continua según la respuesta de la paciente a los cuidados.

MARCO TEORICO.

MODELO GENERAL.

FILOSOFIA DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Tres factores la condujeron a compilar su propia definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Asociación (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Bradhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

TENDENCIA Y MODELO.

El modelo Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo por la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.¹

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila⁹, en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado. Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación.

¹ Nordmark- Rohweder. Bases científicas de la enfermería. pág. 25

Henderson parte de todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas de satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

SUPUESTOS PRINCIPALES.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como de sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe de mantener equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

AFIRMACIONES TEORICAS.

Relación enfermera-paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado

Relación enfermera-médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente a la de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera- equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben de realizar las tareas ajenas.

METODO LOGICO.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

NECESIDADES.

Son catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente. Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno necesario para la vida celular y eliminar gas carbónico; las vías respiratorias permeables permiten satisfacerlas.
2. Comer y beber de forma adecuada. Es necesario que todo organismo al ingerir y absorber alimentos en calidad y cantidad suficiente para que tenga un buen crecimiento, desarrollo y mantenga un adecuado funcionamiento de los tejidos.
3. Evacuar los desechos corporales. El organismo necesita eliminar sustancias que ya no aprovecha o que puedan perjudicarlo, esto es a través de orina, heces, sudor, espiración, etc.
4. Moverse y mantener una postura adecuada. El estar en movimiento cada una de las partes del cuerpo, permite que se lleven a cabo diferentes posturas para satisfacer la necesidad del organismo.

5. Dormir y descansar. Al dormir y descansar en condiciones y tiempos adecuados se logra un mejor rendimiento del organismo en todos los ámbitos.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse). El usar prendas de acuerdo a las diferentes actividades que realiza el ser humano, así como en sus costumbres, religión, estatus social, para protegerse del clima etc. debe de ser cómoda y permitirle libre movimiento.
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales. El ser humano debe mantener una temperatura corporal entre 36.5 a 37°C
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener una buena apariencia física. El tener un cuerpo aseado, será mejor aceptado ante los demás por tener una apariencia pulcra y piel cuidada (hidratada y lubricada) esto también evitará la entrada de un microorganismo patógeno.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás. Los peligros pueden ser agresivos ya sea interno o externo y al evitarlos protegerá su estado bio-psicológico.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. El tener una adecuada comunicación verbal no verbal con los demás de su género le permite expresar sus sentimientos y opiniones de todo lo que le rodea.
11. Vivir según sus creencias y valores. El ser humano continuamente está en contacto con los demás integrantes de su comunidad, como un ser superior o con la vida cósmica, expresa ante esto, sus propias ciencias y valores que ha adquirido a través de su vida y esto le permite realizarse y desarrollar mejor su personalidad.
12. De trabajar y realizarse. Consiste en realizar actividades le permiten al individuo satisfacer sus necesidades económicas, de desarrollo y de servicio o ser útil ante los demás y sentirse pleno en todos los aspectos.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas. Divertirse con algo agradable, el individuo le permite un descanso tanto físico como psicológico ejemplo: stress.

14. Aprendizaje. Al adquirir conocimientos o habilidades sobre algo en específico, pueden cambiar o modificar acciones que le permitan desarrollarse mejor o mantener su salud descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal.

METAPARADIGMA.

Enfermería.

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.²

Salud.

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

². Nordmark- Rohweder. Definición de la Enfermería. pág. 50

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

DEFINICION.

Es un Proceso sistemático para resolver problemas de salud, basado en el método científico, exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales. Es el método por el cual se logra que el profesional de enfermería concentre sus conocimientos, habilidades y destrezas para ayudar a resolver las necesidades del paciente.

ETAPAS DEL PROCESO.

Valoración. La valoración es el acto de revisar el estado de la persona mediante información que esta le proporcione y en otras fuentes diversas, esta información constituye una base de datos muy importante. La valoración se efectúa para afirmar el grado de bienestar del individuo y diagnosticar problemas reales y/o potenciales; en ciertos casos se confirma un estado de enfermedad. La fase de valoración del proceso incorpora diversos esfuerzos y actividades para obtener datos, así incluye los siguientes:

La observación

La entrevista de Enfermería.

La historia clínica de enfermería.

El resumen clínico

Emplear estas actividades en forma sistemática, permite obtener información para validar los juicios y los diagnósticos de enfermería.

En su valoración la enfermera tiene en cuenta la interrelación de factores como edad del paciente, sexo, educación, etapa de crecimiento y desarrollo y estado socioeconómico.

Mientras que la enfermera recopila datos, valida sus inferencias, para asegurarse de que la interpretación sea precisa. Cuando deduce que existe algún problema o afección, a partir de los hechos que recopila, debe confirmarlo con el paciente, de esta manera se tiene la oportunidad de confirmar o negar las percepciones o el diagnóstico.

Carpenito señaló que tras recopilar y examinar los datos, es necesario probar y descartar explicaciones alternas. En esta etapa la enfermera llega alguna de las cuatro conclusiones siguientes:

-No existe padecimiento evidente de momento, en consecuencia, no se requiere ningún tipo de intervención para promover la salud.

-No es evidente que exista enfermedad pero se requiere iniciar actividades para la promoción de la salud con el fin de asegurar y mantener el nivel actual de bienestar y evitar alteraciones de la misma.

-Existen padecimientos clínicos potenciales o reales que hacen necesaria una referencia al médico, o que la enfermera ejecute acciones interdependientes.

Hay problemas de enfermería potenciales o reales de tipo aparente, que se encuentran dentro del dominio legal y educativo de la enfermería y que hacen necesaria la planeación y ejecución de acciones independientes de enfermería.

Diagnóstico de Enfermería.

La fase de valoración concluye cuando la enfermera formula uno o más diagnósticos. En los planes de cuidados del paciente, los diagnósticos de enfermería posibles, porque cuando se carece de una situación real a partir de la cual se efectúen extrapolaciones, es imposible formular con precisión los diagnósticos pertinentes al caso.

Los diagnósticos de enfermería potenciales posibles tienen dos partes. La primera es un enunciado de tipo diagnóstico al cual sigue la segunda, una afirmación con respecto+ o a la presencia de factores de riesgo. Por ejemplo, una afirmación en dos partes (diagnóstico potencial de enfermería relacionado con factores de riesgo) podrías ser posible deficiencia en los cuidados personales, relacionada con la intervención de la cesárea. El diagnóstico real de enfermería consta de tres partes, el diagnóstico en sí + los factores que contribuyen+ signos y síntomas. Por ejemplo ansiedad relacionada con el dolor de trabajo de parto prolongado y disfuncional, que se manifiesta por afirmaciones como: temo que no voy a poder a dar a luz.

Al recopilar datos, es posible decidir si existe un problema y en qué grado. Se puede expresar en forma general que esto existe cuando es necesario llegar algún objetivo para la salud, pero la paciente no cuenta con un método bien definido y establecido para hacerlo, ejemplo, la madre puede estar muy enferma o débil para valerse por sí sola. En ciertos casos el objetivo se define de modo tan vago o poco claro, que la paciente es incapaz de determinar un método correcto para

llegar a él, así, tal vez no comprenda o sepa como aceptar las condiciones e instrucciones necesarias para alcanzar la salud.

El diagnóstico de enfermería es una afirmación que describe la respuesta humana (que pueda ser un estado de salud o un patrón de alteración de tipo potencial o real), de un individuo o un grupo, que identifica en forma legal la enfermera y para el cual ella puede ordenar intervenciones definitivas con el fin de preservar el estado de salud, reducir, eliminar o evitar alteraciones.

Como se anotó, Carpenito (y otros autores) aconsejan que el diagnóstico se formule en dos o tres partes, además de la importancia de no unir las afirmaciones con palabras que impliquen causas y efectos, porque estas relaciones pueden implicar asuntos legales o profesionales para la enfermera. El uso de la frase en relación con en vez de ocasionado o debido a, permite evitarlo. En consecuencia algunos diagnósticos potenciales que la enfermera podría formular al entender a una paciente de maternidad son: ansiedad acerca del trabajo de parto, en relación con deficiencia de conocimientos de proceso mismo, incomodidad extrema en relación con contracciones ineficaces, pero dolorosas, o temperatura elevada en relación con hidratación inadecuada. En ocasiones es imposible determinar los factores etiológicos, a pesar de efectuar una valoración completa, en este caso se podría formular el siguiente diagnóstico: temor de cuidar al recién nacido, en relación con factores desconocidos. Además pueden existir varios diagnósticos con respecto a diversos problemas de la paciente o él paciente.

Planeación e intervención.

El tercer componente del diagnóstico de enfermería se refiere a la planeación e implantación de las intervenciones correctas, en forma de actividades de enfermería que abarcan desde el suministro de medidas para el bienestar hasta orientación y educación para la salud, estas actividades orientación y educación para la salud, estas actividades tienen el propósito de promover la adaptación positiva del paciente al medio y mejorar su grado de bienestar. En este momento se formulan las prescripciones u órdenes de enfermería, que tienen el fin de prevenir, reducir o eliminar la alteración de salud y enfermedad de la o el paciente. Carnevali indica que las órdenes de enfermería deben formularse como sigue: fecha que se escriben, un verbo directivo: qué se va hacer, cuando, con que frecuencia, por cuanto tiempo y en que sitio se va a llevar cabo, y en el último término, la firma de la enfermera que formulo la orden.

En esta fase la enfermera es responsable de dar a conocer su plan de cuidados a los médicos y otras enfermeras, de manera que estos sean de tipo completo para el paciente, esto se hace mediante un cárdex, reportes verbales, expediente y plan de cuidados según la valoración de enfermería. La mayoría de los hospitales

utilizan estas formas para el plan de cuidados, y en ocasiones proporcionan un resumen completo, aunque breve, de los datos pertinentes del paciente junto con espacio para escribir y registrar las prescripciones, intervenciones, evaluaciones de enfermería y la respuesta de la persona a los cuidados.

Evaluación y Revaloración.

El cuarto componente incluye las facetas de evaluación y predicción. Una evaluación correcta incluye estimar los resultados de las actividades y cuidados de enfermería, para ayudar a predecir la validez de los cuidados futuros. Carpenito sugiere que las evaluaciones adecuadas constan de los siguientes:

- Establecer criterios para observar y medir.
- Valorar la respuesta actual para obtener evidencia.
- Comparar la respuesta actual contra los criterios establecidos.

Para expresar si las acciones fueron eficaces y confiables, es mejor emplear calificativos que indiquen el grado o cantidad de eficacia y la confiabilidad de la observación.

- ¿Cuál es el estado actual del paciente?
- ¿Se aliviaron todos los síntomas?
- ¿Qué resultados se obtuvieron?
- Cuál fue la evidencia de los mismos (auto observación, observación de otras personas, respuesta verbal, desaparición de los síntomas)?
- ¿Qué persona participó (enfermera, paciente, otras)?
- En qué contexto (qué más sucedía) se llevó a cabo la acción?

Al establecer estos puntos es posible construir diversas categorías de actividades de enfermería, que son eficaces en ciertos casos, para determinados pacientes, en ciertas condiciones. Al determinar hasta qué grado han sido eficaces, la enfermera se encuentra en mejor posición de predecir el cambio del paciente hacia una mayor estabilidad o bienestar.

VALORACIÓN.

Se trata de mujer gestante de 23 años de edad, con 29 semanas de gestación, estado civil casada, ocupación: hogar, con domicilio en: calle libertad # 96 Colonia Valle Dorado en Naucalpan Edo. De México. Originaria de: Santiago Quetzalapa, Oaxaca, tiempo de radicar en el domicilio actual 2 años. Escolaridad: secundaria. Lengua de nacimiento: dialecto Chinan teco (español 20%), Vive en casa propia, que cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Niega zoonosis.

Antecedentes heredo familiares:

Madre y dos hermanas hipertensas ignora si hay control, padre finado por accidente. Hermana fallecida después del parto ignora la causa.

Antecedentes personales no patológicos.

No cuenta con esquema de vacunación durante el embarazo. Inicia vida sexual a los 19 años, con dos parejas sexuales.

Antecedentes personales, patológicos:

Alcoholismo social, sin llegar a la embriaguez, infertilidad durante 3 años en control esporádico.

1. oxigenación: frecuencia respiratoria de 30x', cianosis ungueal, estertores pulmonares en nivel basal y tos productiva con secreciones de color amarillo, saturación de oxígeno de 80%. Oxígeno por puntas nasales.
2. nutrición: peso antes del embarazo 54 kg. Peso actual 80kg, talla 1.50 CMS. IMC: 33, hemoglobina de 15.2 y hematocrito de 41.7, número de comidas al día de 2 a 3 de regular calidad, con alta ingesta de carbohidratos y pobre en proteínas, vitaminas y minerales, ingesta de líquidos de 1 a 2 litros al día, presenta dolor abdominal a la palpación.
3. eliminación: Evacua cada tercer día con características normales, orina concentrada (500ml en 24 hrs.). con poliaquiuria, proteinuria, leucocitos, presencia de cuerpos cetónicos. Y con uso de sonda Foley a permanencia, con cuadro de infección urinaria.
4. movimiento: Frecuencia cardíaca de 100x', T.A 170/110, FCF: 157X'. con hipo motilidad, refiere cefalea, se observa ansiosa, consciente en las tres esferas, respuesta pupilar normal, apertura de ojos espontánea, respuesta verbal congruente, respuesta motora voluntaria limitada, pulso radial fuerte, rubicunda, con llenado capilar disminuido, mamas turgentes, con pezón normal, altura de fondo uterino de 26 CMS. Situación fetal longitudinal, sin

contracciones. Menarca a los 12 años ritmo 30 x 4, fecha de última menstruación: 240908, deambula, durante las actividades del hogar,

5. actividad y descanso: duerme 6 horas por la noche, 3 durante el día, y 2 horas de reposo, refiere cansancio al despertar,
6. higiene: baño diario, lavado de manos 3 veces al día, peinado diario, lavado de dientes 2 veces al día, corte de uñas una vez a la semana, cambio de ropa diario.
7. termorregulación: 37.2°C.
8. cuidados de la piel: perfusión tisular renal disminuida, creatinina elevada, urea elevada. Herida quirúrgica post cesárea.
9. evitar riesgos y peligros: con Venocclisis permeable, hipersensibilidad al tacto, sin vacuna de TD, gesta 1, partos 0, aborto 0, para 0. con hipertensión del embarazo descompensada, acufenos, fosfenos, con signo de Giordano, signo de Godete, anasarca, con amenaza de parto inmaduro de 29 semanas de gestación. Recibe apoyo emocional de su pareja, considera su estado actual de salud como bueno, no ha hecho nada para mejorar o prevenir las complicaciones, le afecta su estado actual de salud, ya que lo manifiesta con llanto, indiferencia y enojo. Considera que dentro del rol familiar este problema le traerá consecuencias, principalmente en el rol sexual, no llevo un control prenatal,
10. comunicación: habla con dificultad ya que el español lo domina en un 20% su lengua natal es dialecto chinan teco. Por lo que la hace incapaz de entender las indicaciones.
11. actuar de acuerdo a creencias y valores: su embarazo fue planeado, refiere que si aceptara la lactancia materna. Depende económicamente de su esposo, quien la apoya de manera positiva,
12. realización: refiere la aceptación de su pareja, se ve feliz cuando habla de él, busca el contacto físico y ocular con su pareja.
13. recreación: le gusta ver televisión (diario)
14. aprendizaje: refiere que la información que obtuvo sobre su estado de salud le pareció confusa, requiere información sobre: alimentación, ejercicio, edema, cefalea, reconocimiento de los signos de alarma, procedimientos a realizar, demuestra disponibilidad para participar en el cuidado de su hijo, de ambulación temprana, y tratamiento médico.

NECESIDAD 1.- OXIGENACIÓN

VALORACIÓN: Frecuencia Respiratoria aumentada con estertores, aumento en la ansiedad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. D-4 A.R. C-R. C/r. 00032

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con ansiedad y antecedentes de infección respiratoria manifestado por: tos y secreciones amarillentas.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
0410	Estado respiratorio	Permeabilidad de vías respiratorias. Facilidad respiratoria Expulsión de esputo.	3140	Manejo de la vía aérea.	1. Valorar patrón respiratorio 2. Auscultar sonidos respiratorios 3. Realizar fisioterapia respiratoria 4. Fomentar una respiración lenta y profunda 5. Comprobar la capacidad de la paciente de toser de manera eficaz. 6. Enseñar a toser de manera efectiva.	1-2- En el patrón respiratorio normal el aire entra y sale debido a la producción periódica intermitente de cambios de la presión en la cavidad intrapulmonar. Por lo cual la auscultación permite la valorar la necesidad de aspiración. 3. La percusión en la pared torácica genera vibraciones que son transmitidas a través de los músculos, hasta los pulmones facilitando el desprendimiento de las secreciones adheridas a las paredes internas del árbol bronquial. 4. El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los movimientos de la pared torácica y el diafragma y en condiciones normales se realiza sin esfuerzo. 5-6 Las secreciones tienden a aumentar y a ser retenidas, y resulta imposible expectorarlas, la enseñanza genera en la paciente el conocimiento y la habilidad necesaria para la expectoración.

NECESIDAD 1.- OXIGENACIÓN

VALORACIÓN: Frecuencia respiratoria: 30x', cianosis ungueal. Gasometría: 1.72% Pa.O2 Pa. CO2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. D-3 E.1. C-4 F.R. 00030

- Riesgo de deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con posibles cambios de la membrana alveolo-capilar.

RESULTADO NOC			INTERVENCION NIC			FUNDAMENTACION CIENTIFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
0402	Intercambio gaseoso.	Saturación de oxígeno.	3140	Manejo de las vías aéreas.	1. Monitorizar la frecuencia, profundidad Y esfuerzos respiratorios.	1. Permite identificar de manera oportuna alteraciones del patrón respiratorio.
0408	Perfusión tisular Pulmonar.	Intercambio gaseoso.	3350	Monitorización respiratoria.	2.- Observar movimientos torácicos.	2-3. La auscultación permite Identificar los lóbulos pulmonares con mayor acumulación de secreciones y determinar la necesidad de aspiración, así como identificar de manera oportuna datos de insuficiencia respiratoria.
0410	Estado Respiratorio.	Función respiratoria. Frecuencia respiratoria. Ventilación			1910	

					<p><u>8.</u> Toma de gasometría arterial.</p> <p><u>9.</u> Mantener vía IV permeable.</p> <p><u>10.</u> Control de líquidos.</p> <p><u>11.-</u>Mantener vía aérea permeable.</p> <p><u>12.</u> Facilitar la disminución del estrés.</p>	<p><u>8</u> La valoración de la distribución de gases en sangre permite identificar de manera oportuna cualquier estado que altere el intercambio de gases entre los alveolos y los capilares que pueden dar como resultado complicaciones graves.</p> <p><u>9</u> El mantener una vía permeable permite administrar fármacos o soluciones y tener un acceso rápido en caso de urgencia.</p> <p><u>10</u> El control permite identificar alteraciones en los líquidos y electrolitos que pueden originarse como un hecho primario o como respuestas secundarias a un estado patológico preexistente o a un episodio traumático inesperado y súbito, de esta manera intervenir o efectuar ajustes rápidos.</p> <p><u>11-12-</u> Cuando existen factores estresantes las respuestas psicológicas y fisiológicas afectan a la oxigenación debido a la hiperventilación en respuesta a los mismos.</p>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD 1.- OXIGENACIÓN

VALORACIÓN: Tos productiva, con secreciones de color amarillo. FR 30x', a la auscultación se escuchan campos pulmonares con secreciones en área basal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. D-11 S/P C-2 L.F. 00031

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva, manifestado por tos productiva.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
0410	Estado respiratorio	Permeabilidad de las vías respiratorias. Intercambio gaseoso. Ventilación. Prevención de la aspiración.	3160 3250 3230 3350	Aspiración de las vías aéreas. Mejorar la tos. Fisioterapia respiratoria. Monitorización respiratoria.	1Colocar a la paciente de manera que optimice su respiración. 2Ayudar a limpiar secreciones de la faringe ofreciendo pañuelos de papel o succionando suavemente la orofaringe 3Ayudar a la paciente a respirar profundamente y a toser de manera efectiva. 4Monitorizar valores de los gases en la sangre y niveles de saturación de oxígeno. 5Vigilar secreciones respiratorias. 6Observar datos de disnea.	1 La posición elevada permite la máxima expansión pulmonar 2-3 Esta técnica puede ayudar a incrementar la eliminación de esputo y reducir los espasmos de tos. La tos controlada emplea los músculos diafragmáticos, logrando que sea más potente y efectiva 4. La monitorización permite valorar el equilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno y así detectar oportunamente la inestabilidad hemodinámica. 5-6 El acumulo de secreciones en vías aéreas altas pueden ocasionar dificultad en la ventilación manifestado por datos de dificultad respiratoria.

NECESIDAD. 2 ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.

VALORACIÓN: Peso antes del embarazo 64kg. Peso actual: 80kg. Talla: 1.50cms. IMC: 33. Dieta baja en proteínas, vitaminas y minerales, alta en carbohidratos., proteinuria 4++++

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-2 N. C-1. I. 00003

- Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado con hábitos alimenticios deficientes y proteinuria.

RESULTADO NOC			INTERVENCION NIC			FUNDAMENTACION CIENTIFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	
1005	Estado nutricional determinaciones bioquímicas.	Albúmina serica. Disminución de proteínas en orina. Hemoglobina Creatinina en orina de 24 horas Determinación de nitrógeno	1100	Control nutricional	1_Toma de muestras: orina. 2_Toma, registro e interpretación de peso. 3 Interpretación de resultados de laboratorio para valorar proteinuria y nitrógeno. 4_Administración de dieta hiperproteica	1_A través de la orina se determina la presencia de proteinuria, con pruebas indirectas en una muestra, tomada en condiciones asépticas o a través de sonda. 2_El aumento de peso indica que el proceso de la enfermedad esta asociado con formación de edema. 3 La interpretación correcta de los resultados refleja mejor el estado real del riñón. 4_Dieta recomendada en el embarazo en especial hacia el final cuando el feto tiene una gran necesidad de proteínas para el crecimiento y funcionamiento corporal.
1009	Estado nutricional de Ingesta de nutrientes	Ingestión proteica Ingesta de calcio Ingestión de minerales.				

NECESIDAD 2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

VALORACIÓN: Peso: 80kg. Talla: 1.50cms. IMC: 33% incremento de peso durante el embarazo 16Kg. Hematocrito: 41.1 eliminación urinaria 500ml. En 24 horas. Poliaquiuria, orina concentrada y anasarca.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-2 N. C-5 H. 00025.

- Desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con disminución de la presión coloidosmótica manifestado por anasarca.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	
0504	Función renal.	<p>positivos</p> Equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. Presión arterial Nitrógeno ureico en sangre. PH urinario. Elementos azuados. Color de la orina. Proteínas en orina.	2020	Monitorización y manejo hidroelectrolítico.	1Monitorización de niveles de albúmina y proteínas. 2Observar si la ventilación es adecuada. 3Vigilar los niveles en suero. Y osmolaridad de orina. 4Observar si se producen nauseas, vomito y diarreas. 5Observar alteraciones en los niveles de electrolitos (Na, K, Ca, MG). 6Monitorización de peso.	1-5Los resultados sirven para identificar los cambios que indiquen un empeoramiento del estado de la paciente 2-3 El intercambio gaseoso adecuado dentro de las áreas pulmonares, depende de la ventilación eficaz de aire y de la perfusión sanguínea en ambos pulmones, los problemas de ventilación- perfusión suelen ser resultado de padecimientos crónicos y agudos. 4 Permite valorar estados de angustia, estrés emocional, inadecuada alimentación, cambios en el metabolismo y otras complicaciones graves.
0601	Equilibrio hídrico.	<p>Negativos</p> Hipertensión Cetonas en orina. Aumento de peso. Nauseas. Presión arterial Pulso periférico Control de líquidos. Electrolitos Sericos.	1910	Manejo acido-base.	7 Toma de gasometría arterial.	6El aumento de peso indica que el proceso de la enfermedad está asociado con formación de edema. 7La valoración de la distribución de gases en sangre nos permite identificar de manera oportuna cualquier estado que altere el intercambio de gases entre los alveolos y los

0600	Equilibrio electrolítico.	<p>Hematocrito. Densidad específica urinaria. Ruidos respiratorios patológicos. Edema periférico.</p> <p>Patrón respiratorio Determinación de electrolitos (sodio-potasio) Determinación de albúmina sérica. Creatinina. Determinación de nitrógeno ureico. Sanguíneo Ausencia de irritabilidad neuromuscular.</p>	2000	Manejo de electrolitos.	<p>8 Toma de muestras de orina para electrolitos.</p> <p>9 Control estricto de líquidos.</p> <p>10 Vigilar aporte de oxígeno tisular.</p> <p>11 Administrar líquidos según prescripción.</p> <p>12 Mantener reposo en cama</p> <p>13 Observar desequilibrio electrolítico.</p> <p>14 Administrar electrolitos suplementarios (oral, IV)</p> <p>15 Dieta adecuada para mantener equilibrio electrolítico.</p>	<p>capilares, que pudieran dar como resultado complicaciones graves.</p> <p>8 A través del estudio de laboratorio de la orina permite identificar los valores normales de los electrolitos, iones capaces de conducir electricidad se encuentran en todos los líquidos corporales.</p> <p>9-13-14-15 El control de líquidos permite identificar la alteración de líquidos y electrolitos que pueden originarse como un hecho primario o como respuesta secundaria a un estado patológico, preexistente o a un episodio traumático inesperado y súbito para efectuar ajustes rápidos.</p> <p>10 El intercambio gaseoso adecuado dentro de las áreas pulmonares, depende de la ventilación eficaz de aire y de la perfusión sanguínea en ambos pulmones, los problemas de ventilación- perfusión suelen ser resultado de padecimientos crónicos y agudos.</p> <p>11 Permite restablecer o conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos, proveer nutrición básica de acuerdo al padecimiento.</p> <p>12 El reposo adecuado es importante para el proceso de recuperación, favorece el descanso y evita alteraciones o agregaciones patológicas.</p>
------	---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD 3.- ELIMINACIÓN.

VALORACIÓN: Eliminación urinaria de 500ml. En 24 horas, poliaquiuria, orina concentrada, urea: 98mg/dl. Creatinina: 4.0mg/dl proteinuria 4++++ (2000ml/dl)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-3 E.I. C-1.F.V. 00016

- Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con disminución de la perfusión renal y de la filtración glomerular, manifestada por oliguria, aumento de elementos azuados y proteinuria.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	
0503	Eliminación urinaria.	Patrón de eliminación. Cantidad y color de orina Disminución de proteínas en orina. Ausencia de azuados en orina.	0590	Manejo de la eliminación urinaria.	<u>1</u> Valoración del patrón de eliminación urinaria. <u>2</u> Recolección de orina por 24 horas. Para determinación de proteínas y azuados. <u>3</u> Interpretación de los resultados de análisis de orina. <u>4</u> Cuantificación urinaria.	<u>1</u> Permite valorar la mejoría de la perfusión, el líquido pasa desde el espacio intersticial al lecho intravascular y se reduce el edema <u>2</u> La diuresis de 24 horas es un signo de pronostico excelente, se considera como evidencia de que la perfusión renal, ha mejorado debido a la relajación del espasmo arteriolar. <u>3</u> Permite identificar un buen funcionamiento renal. <u>4</u> La diuresis total debe ser de al menos 120ml cada 4 horas, por lo que permite valorar el adecuado funcionamiento renal.
0504	Función renal.	Equilibrio de líquidos en 24 horas. Nitrógeno ureico en sangre. Creatinina serologica. Proteínas en orina. Color de orina. Hallazgos microscópicos	0580	Sondaje vesical.	<u>5</u> Preparar el equipo. <u>6</u> Preparación física y psicológica de la paciente. <u>7</u> Instalación de la sonda. <u>8</u> Fijación de la sonda. <u>9</u> Mantener sistema y drenaje urinario cerrado. <u>10</u> Control de líquidos. <u>11</u> Sondaje vesical <u>12</u> Controlar resultados	<u>5</u> La preparación del material antes del procedimiento evita tiempos perdidos. <u>6</u> La preparación física y psicológica favorece la colaboración de la paciente en el procedimiento. <u>7</u> La instalación de sonda Foley permite valorar el egreso urinario y recolectar la orina. <u>8</u> La fijación de la sonda asegura su posición adentro de la vejiga. <u>9</u> Evita la introducción de microorganismos. <u>10-11-15</u> el control estricto de ingresos y egresos, permite identificar mejoría en la función renal. <u>12</u> El control de los resultados por laboratorio
			2080	Manejo de líquidos y electrolitos.		

0404	Perfusion tisular renal.	<p>anormales en la orina. Hipertensión.</p> <p>Presión sanguínea. Diuresis Equilibrio hídrico Densidad urinaria específica Nitrógeno ureico sanguíneo. Creatinina plasmática.</p>	4130	Monitorización de líquidos.	<p>De lab. (Urea, creatinina, disminución de hematocrito, aumento de niveles de osmolaridad de la orina, proteínas totales.</p> <p><u>13</u> Monitorizar presión arterial.</p> <p><u>14</u> Valorar grado, ubicación y extensión Del edema.</p> <p><u>15</u> Administrar líquidos IV.</p> <p><u>16</u> Determinar patrón de eliminación.</p> <p><u>17</u> Comprobar niveles de electrolitos en suero y orina.</p> <p><u>18</u> Valorar niveles de albúmina y proteína total.</p> <p><u>19</u> Monitorizar frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.</p> <p><u>20</u> Control de líquidos.</p>	<p>nos permite determinar la efectividad del tratamiento.</p> <p><u>13</u> El sistema renal participa en el mantenimiento de la presión arterial por lo que al monitorizarla es de utilidad para determinar su funcionamiento.</p> <p><u>14-15</u> La disminución del edema es una manifestación de mejoría en el sistema renal.</p> <p><u>16</u> El patrón de eliminación nos permite valorar el buen funcionamiento renal.</p> <p><u>17-18</u> Conocer los resultados de laboratorio permite identificar mejoría en sistema renal.</p> <p><u>19</u> La monitorización de frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria permite valorar de forma oportuna, el edema pulmonar.</p> <p><u>20</u> El control de líquidos, nos permite valorar ingresos y egresos para identificar un buen funcionamiento renal.</p>
------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NECESIDAD 8.- HIGIENE-PIEL

VALORACIÓN: Expresa necesidad de eliminación intestinal, pero refiere falta de privacidad, y falta de habilidad para el uso del cómodo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-4 A.R. C-5 A.V. 00108

- Déficit de autocuidado: uso del WC relacionado con reposo absoluto manifestado por verbalización de dificultad para la eliminación de excretas.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	
0300	Actividades de la vida diaria.	Acepta el uso del cómodo y evacua.	1800	Ayuda en el autocuidado.	1 Valorar la habilidad para el uso del cómodo.	1 Permite identificar necesidades de conocimiento y planificar la enseñanza.
			6486	Manejo ambiental	2 Proporcionar intimidad. 3 Valorar la eliminación.	2-3 La privacidad genera confianza, disminuye el estrés, favorece la relajación. Lo que favorece la eliminación.

NECESIDAD 8.- HIGIENE- PIEL

VALORACIÓN: Eliminación urinaria de 500ml en 24 horas, creatinina: 4.0mg/dl, y signo de Giordano positivo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-4 A.R. C-4 R.C/R 00024

- Perfusion tisular renal inefectiva relacionada con Vasoespasmo manifestada por oliguria y elevación de la creatinina.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
0503	Eliminación urinaria.	Ausencia de azuados en orina. Cantidad de orina.	0590	Manejo de eliminación urinaria.	<u>1</u> Observar presencia de edema en las extremidades. <u>2</u> Valorar patrón de eliminación. <u>3</u> Toma de estudios de laboratorio. <u>4</u> Interpretación de los resultados de análisis. <u>5</u> Cuantificación urinaria.	<u>1</u> El edema es una acumulación generalizada de líquido intersticial, la observación y valoración permite identificar problemas con la eliminación de líquidos. <u>2</u> Permite valorar la mejoría de la perfusion, el liquido pasa desde el espacio intersticial al lecho intravascular y se reduce el edema. <u>3</u> La toma de laboratorios nos permite determinar un mal funcionamiento renal. <u>4</u> Conocer los resultados de laboratorio nos permiten identificar mejoría del sistema renal. <u>5</u> La diuresis total debe ser de al menos 120ml cada 4 horas, por lo que permite valorar el adecuado funcionamiento renal.
0404	Perfusion tisular renal.	Presión sanguínea. Diuresis. Equilibrio hídrico Densidad urinaria especifica. Nitrógeno ureico sanguíneo. Creatinina plasmática.				

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Diaforesis, facies de tristeza, llanto, enojo. Refiere miedo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-9 A/T.E. C-2 R.A. 00148

- Temor relacionado con separación del sistema de soporte: hospitalización y falta de familiaridad con la experiencia manifestada por verbalización de inseguridad, preocupación y tristeza.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	
1404	Autocontrol del miedo.	Nivel de miedo Capacidad para conciliar el sueño Grado de estrés Verbalización del temor Llanto	5230 5380	Aumentar el afrontamiento. Potenciación de la seguridad.	1Valorar el nivel del miedo. 2Explorar tácticas de afrontamiento utilizadas anteriormente. 3Utilizar técnicas de contacto terapéutico 4Animar a la paciente a expresar sus miedos en forma narrativa.	1 El incremento puede impedir una adecuada aplicación de procedimientos de enfermería y alterar la salud mental. 2 Permite identificar cual es la más adecuada de acuerdo a las necesidades psicosomáticas de la paciente. 3 Permiten mejorar la salud mental y que haya una aceptación del tratamiento elegido. 4 Permite conocer la manera de manejar sus temores.

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD.

VALORACIÓN: Diaforesis, FR: 30 x', FC: 100x', cefalea, TA: 170/110 mmgh, se le observa nerviosismo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-9 A/T.E. C-2 R.A. 00146

- Ansiedad relacionada con el estado de salud y procedimientos obstétricos manifestada por nerviosismo y angustia.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1302	Afrontamiento de problemas	Disminución del grado de estrés	5820	Disminución de la ansiedad	1 Valorar el nivel de ansiedad y las reacciones físicas ante la misma	<p><u>1-</u> La pérdida de la salud y el desconocimiento del padecimiento actual y la gravedad de este son generadores potenciales de ansiedad.</p> <p><u>2-</u> El conocimiento sobre la enfermedad, procedimientos y tratamiento dan seguridad en el individuo para afrontar el padecimiento.</p> <p><u>3-</u> El apoyo emocional que se brinda al enfermo en momentos de desesperanza es vital para que pueda sobrellevar el dolor de una posible pérdida.</p>
1402	Autocontrol de la ansiedad	Inquietud	5290	Facilitar el sueño	2 Explicar todas las actividades y procedimientos inherentes al tratamiento.	
1211	Nivel de ansiedad.	Tensión muscular Tensión facial indecisión			3 Utilizar técnicas de contacto terapéutico.	

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Dolor a la palpación, en epigastrio y hepatomegalia, que rebasa el borde costal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-12 C. C-1 C.F. 00132

- Dolor epigástrico, relacionado con alteración de la perfusión tisular a nivel hepático, manifestado por hipersensibilidad a la palpación.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	
2102	Nivel de dolor	Dolor referido foco limitado Expresiones faciales del dolor. Inquietud. Presión arterial	1400 2400	Manejo del dolor. Administración de analgésicos.	<p><u>1</u>Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar la analgesia.</p> <p><u>2</u>Asegurar la administración analgésica correspondiente.</p> <p><u>3</u>Control de la perfusión tisular.</p> <p><u>4</u>Asegurarse de que la paciente no sea alérgica al analgésico.</p> <p><u>5</u>Administrar el analgésico requerido.</p> <p><u>6</u>Manejo adecuado de la regla de oro.</p>	<p><u>1</u>-El dolor es una alteración subjetiva que puede ser localizado o generalizado puede ser intenso pudiendo provocar shock por dolor, pudiendo morir el paciente.</p> <p><u>2-3</u>Una analgesia efectiva disminuye el dolor que debe evitarse siempre.</p> <p><u>4-5</u>El personal de enfermería debe tener como principal responsabilidad eliminar el dolor en el paciente.</p>

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Consulta prenatal 1, considera su estado de salud actual bueno, a pesar de las complicaciones evidentes, hábitos alimenticios inadecuados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-1 P.S. C-2 M.S. 00078

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con déficit de conocimientos y patrones familiares del cuidado de la salud, manifestado con elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de tratamiento y prevención.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1808	Conocimiento del régimen terapéutico	Referencia de la importancia del tratamiento. Descripción de las acciones de la medicación. Descripción de los efectos indeseables de la medicación. Descripción de la administración correcta de la medicación.	5618	Enseñanza, procedimiento y tratamiento.	1Explicar el propósito del tratamiento. 2Explicar el tratamiento. 3Obtener consentimiento informado sobre el tratamiento. 4Enseñar a la paciente como cooperar en el tratamiento. 5Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta inquietudes.	1-2-3-4-5 La pérdida de la salud y el desconocimiento de la gravedad de la enfermedad ocasionan que el paciente no le dé importancia al tratamiento, el concientizar al paciente y explicar en que consiste el tratamiento ayudara a reponer la salud, lo antes posible, dando respuestas claras y precisas a las dudas que tenga la paciente y a su pareja. Esta ayudara a obtener el consentimiento informado necesario para ejecutar el tratamiento médico y quirúrgico.

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Llanto, facies de tristeza y refiere que quiere ver a su esposo para platicar con el.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-7 R/r C-2 R.F. 00060

- Interrupción de los procesos familiares relacionado con hospitalización secundaria a estado de enfermedad, manifestada por verbalización del problema y tristeza.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
2602	Funcionamiento de la familia	Receptivo a los cambios y a las nuevas ideas. Se adapta a crisis inesperadas.	7130	Mantenimiento de los procesos familiares.	1_Estimular las visitas de los miembros de la familia. 2_Informar sobre mecanismos de apoyo social para la familia 3_Proporcionar mecanismos de comunicación. (Cartas, fotos, etc.). 4_Proporcionar terapia familiar.	1-2-3- La unión familiar es el proceso afectivo en el cual el ser humano encuentra seguridad, amor, necesidades básicas, emocionales de todo ser humano. El individuo como ser social forma parte de una comunidad o sociedad, mediante la cual encuentra apoyo y comprensión. 4_ El apoyo psicológico que brinda el profesional de la salud a la pareja es indispensable para que encuentre alternativas para que se recuperen en su totalidad emocional.

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Llanto fácil, enojo, irritabilidad, refiere que es culpable de lo que está pasando.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-9 A/TE C-2 R.A. 00136

- Duelo relacionado con la pérdida de la salud y con anticipación de la pérdida del hijo deseado manifestado por sentimientos de culpa y sufrimiento.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CÓDIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1304	Resolución de la aflicción.	<p>Expresa sentimientos sobre la pérdida.</p> <p>Expresa creencias espirituales sobre la muerte.</p> <p>Verbaliza la realidad de la perdida.</p> <p>Describe el significado de la perdida o de la muerte.</p> <p>Refiere disminución de la preocupación con la perdida.</p>	5290	Facilitar el duelo.	<p>1 Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la futura pérdida.</p> <p>2 Dejar que la paciente verbalice sus sentimientos sobre la perdida.</p> <p>3 Fomentar la identificación de los miedos más profundos con respecto a la pérdida.</p> <p>4 Instruir en fases de duelo.</p> <p>5 Utilizar palabras claras como: muerte y muerto, en lugar de eufemismos.</p>	<p>1-2-3-4-5 Los sentimientos de culpa por la pérdida de un hijo, ocasionan, un grado de sufrimiento tan grande que difícilmente se superan y solo con el tiempo disminuirá. Aunque no lo olvidara.</p> <p>La depresión que esta ocasiona es tan profunda que solo a través de la terapia psicológica y médica podrá recuperarse, el apoyo de su pareja y familia es indispensable para salir de la depresión.</p>

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Desesperanza, por temor a no poder embarazarse nuevamente. Culpando a Dios y así misma por la muerte de su bebe, tan pequeño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-10 P.V. C-3 C.V. 00067

- Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con enfermedad actual, pérdida anticipada de ser madre y estrés.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
2001	Salud espiritual	Expresión de significado y fin de la vida. Relación con el yo interior. Relación con los demás. Para compartir sentimientos y creencias.	5420	Apoyo emocional	<p>1_Estar abierto a las expresiones del paciente de soledad e impotencia.</p> <p>2_Estar dispuesto a escuchar sentimientos del paciente.</p> <p>3_Asegurar al paciente que la enfermera estará disponible para apoyarla en los momentos de sufrimiento.</p> <p>4_Ayudar a la paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada.</p>	<p>1-2-3-4_El equilibrio emocional del ser humano se altera cuando existe una perdida. La presencia de la enfermedad grave aunada a la posible pérdida de un hijo ocasiona toda clase de sentimientos de dolor, angustia, soledad, desesperación, etc.</p> <p>El apoyo espiritual es el que se encuentra en la creencia de ese ser supremo.</p> <p>El apoyo del personal de enfermería ayudara que la paciente enfrente su realidad de la mejor manera posible y el apoyo incondicional de su entorno familiar.</p>

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: No asiste a control prenatal, refiere que en sus costumbres no se permite ser revisada por hombres médicos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-10 P.V. C-3 C.V. 00079

- Incumplimiento del tratamiento relacionado con inadecuada relación entre la paciente y el equipo de salud, manifestado por conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento, complicaciones e inasistencia al control prenatal.

RESULTADO NOC			INTERVENCION NIC			FUNDAMENTACION CIENTIFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1603	Conducta de búsqueda de la salud.	Finaliza las tareas relacionadas con la salud. Contacta con profesionales de la salud cuando es necesario. Realiza conducta sanitaria prescrita.	7400	Guías del sistema sanitario	1Determinar y facilitar la comunicación entre el equipo de atención a la salud y la paciente. 2Determinar el nivel de conocimientos del tratamiento.	1-2-3-4-5-6-7-8-9 La comunicación eficaz entre enfermera paciente con empatía da como resultado una buena relación, lo que implica que la comunicación sea adecuada y la paciente acepte la promoción a la salud, inherente a su padecimiento y tratamiento, impartido por la enfermera y el médico, para su beneficio, pidiendo su colaboración en su tratamiento con un lenguaje claro y sencillo que sea entendido por la paciente que tiene problemas de barreras de la comunicación. (Dialecto chinan teco), entiende poco el español.
			5602	Enseñanza: tratamiento.	3Explicar el propósito del tratamiento.	
1600	Conducta de obediencia.	Contrapesa los riesgos y beneficios de conducta sanitaria. Proporciona razones para adoptar una pauta. Refiere el uso de estrategias	7330	Intermediación cultural	4Enseñar a la paciente la importancia de su participación en el tratamiento. 5Identificar con la paciente las prácticas culturales que afectan negativamente a la salud. 6Conseguir un compromiso de	

1609	Conducta terapéutica	<p>para eliminar conductas nocivas de salud. Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente con las necesidades. Describe razones para desviarse del régimen recomendado. Cumple las precauciones recomendadas. Cumple régimen terapéutico recomendado. Cumple régimen de medicación. Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario.</p>			<p>tratamiento aceptable en función del conocimiento del paciente. <u>z</u>Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos. <u>g</u>Proporcionar información a los demás miembros del equipo de salud sobre la cultura de la paciente. <u>g</u>Modificar la intervención de enseñanza de acuerdo a la cultura del paciente.</p>	
------	----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

NECESIDAD 9.- SEGURIDAD

VALORACIÓN: Venoclisis sin datos de infección, HQx. Limpia, cubierta con gasa y vendaje abdominal, toma de muestras sanguíneas para análisis de laboratorio.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-11 S/P C-1 F. 00004

- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (venoclisis y cesárea).

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1807	Control de la infección	Descripción de la actividad para aumentar la resistencia a la infección. Descripción de signos y síntomas. Descripción de las prácticas que reducen la transmisión. Descripción de procedimientos de monitor	6550	Protección contra las infecciones.	1Observar el grado de vulnerabilidad a las infecciones. 2Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. 3Proporcionar los cuidados a la piel en las zonas edematosas. 4Inspeccionar el estado de cualquier incisión y o herida quirúrgica.	1-2-3-4 Cualquier procedimiento invasivo puede ocasionar infección por infiltración de agentes patógenos, la piel es la primera barrera del organismo al perderse la continuidad por algún procedimiento invasivo si no se realizan los procedimientos de asepsia de forma adecuada es cuando se presenta el riesgo, en las zonas edematosas, evitar presión por la distensión de la piel para evitar laceraciones.

NECESIDAD 10- COMUNICACION

VALORACION: Iracunda, con sentimientos de culpa, no acepta que falleció su bebe, se encuentra en etapa de negación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: D-9 A/T.E. C-2 R.A 00069

- Afrontamiento inefectivo relacionado con alto grado de amenaza, manifestado por expresión de incapacidad para afrontar la situación actual.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1300	Aceptación del estado de salud.	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	4420	Acuerdo con la paciente.	1Ayudar a la paciente a identificar las practicas sobre la salud, que debe cambiar.	1La identificación de necesidad de cambio permite el reconocimiento de la situación de salud, misma que favorece el afrontamiento.
1704	Creencia sobre salud: percepción de amenaza	Expresa sentimientos sobre el estado de salud. Se adapta a cambios en el estado de salud. Búsqueda de información. Vulnerabilidad perciba para problemas de salud progresivos. Gravedad percibida de la enfermedad o lesión. Gravedad percibida de las complicaciones. Impacto	5230	Aumentar el afrontamiento.	2Ayudar a la paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnostico o proceso de enfermedad únicamente. 3Disponer un ambiente abierto de aceptación (empatía) para la creación del acuerdo. 4Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso del acuerdo. 5Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad. 6Valorar y discutir respuestas alternativas a la situación. 7Utilizar el enfoque sereno de reafirmación. 8Ayudar a la paciente a	2La identificación de metas de salud es la pauta para llegar a acuerdos con la paciente favoreciendo el afrontamiento. 3La empatía genera confianza, favorece la aceptación del acuerdo. 4La participación del esposo da seguridad a la paciente para afrontar el problema de salud. 5-6-7-8 El apoyo emocional que se brinda al enfermo en momentos de desesperanza es vital para que pueda sobrellevar el dolor de una posible perdida.

		percibido de las complicaciones. Impacto percibido sobre el estilo de vida actual. Percepción de amenaza de muerte.	5270	Apoyo emocional	<p>desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</p> <p><u>9</u>Comentar experiencia emocional con el paciente.</p> <p><u>10</u>Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas habituales a los miedos.</p> <p><u>11</u>Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad.</p> <p><u>12</u>Proporcionar ayuda para la toma de decisiones.</p> <p><u>13</u>Proporcionar información objetiva del diagnostico y pronostico.</p> <p><u>14</u>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p><u>15</u>Evaluar la capacidad del paciente para toma de decisiones.</p> <p><u>16</u>Fomentar un dominio gradual de la situación</p>	<p><u>9-10-11-12</u>El conocimiento sobre la enfermedad, procedimientos y tratamiento dan seguridad en el individuo para afrontar el padecimiento.</p> <p><u>13-14-15-16-17-18-19</u>La empatía genera confianza, favorece la aceptación del acuerdo.</p>
			5240	Asesoramiento	<u>17</u> Establecer una	

					<p>relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p><u>18</u> Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.</p> <p><u>19</u> Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.</p> <p><u>20</u> Proporcionar información objetiva sobre el proceso de enfermedad, tratamiento y sus complicaciones.</p> <p><u>21</u> Favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p><u>22</u> Ayudar a la paciente para que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.</p> <p><u>23</u> Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.</p>	
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

NECESIDAD 10.- COMUNICACIÓN

VALORACIÓN: La paciente habla dialecto chinanteco, y poco español, le cuesta entender los procedimientos que se le realizaran, así como la gravedad de su situación actual de salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-7 R/r C-3 D.R. 00052

- Deterioro de la interacción social relacionado con barreras de la comunicación manifestado por relación disfuncional con el equipo de salud.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1502	Habilidades de interacción social.	Comunicación.	5100	Potenciación de la socialización.	<u>1</u> Animar a la paciente a desarrollar relaciones. <u>2</u> Enfrentar a la paciente con sus trastornos del juicio cuando corresponda. <u>3</u> Responder de forma positiva cuando la paciente establece el contacto con los demás. <u>4</u> Tomar la mano de la paciente para brindar apoyo emocional.	<u>1</u> Dar confianza y seguridad permite entablar una adecuada relación enfermera-paciente. <u>2</u> Hacer ver de manera respetuosa que este incurriendo en errores de juicio, esto evitara interferencias en el tratamiento. <u>3-4</u> El contacto físico favorece las relaciones sociales y por tanto la comunicación.
0902	Comunicación	Interpretación exacta de los mensajes recibidos. Intercambia mensajes con los demás	5460	Contacto		

NECESIDAD 11.- RELIGIÓN

VALORACIÓN: Refiere sentirse desesperada e impotente por no poder hacer algo para salvar a su bebe, además de culpable por no haberse atendido a tiempo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-6 A C-1 A.C. 00125

- Impotencia relacionada con falta de conocimientos sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad manifestada por expresión de incertidumbre y duda con respecto al desempeño de su rol.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1700	Creencias sobre la salud.	<p>Importancia percibida de la actuación.</p> <p>Ausencia percibida de barreras a la acción.</p>	5400	Potenciación de la autoestima.	<p>1 Valorar el entorno del Usuario y los factores estresantes.</p> <p>2 Reforzar los puntos Débiles y las habilidades de entrenamiento existentes.</p> <p>3 Proporcionar ocasiones Para su expresión y recocimiento.</p> <p>4 Valorar la influencia de normas, valores culturales y creencias.</p> <p>5 Ayudar a la paciente a aumentar el sentido de pertenencia.</p>	<p>1-2-3 El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel escolar son factores pre disponente para que la embarazada pierda fácilmente la salud y no puede prevenir las complicaciones que ponen en peligro su vida y la del neonato. La adquisición de conocimientos generales y las vivencias bien encaminadas refuerzan el sentido de autoestima.</p> <p>4-5 El identificar los valores o creencias no va a permitir buscar estrategias para que estos no sean un obstáculo para el tratamiento.</p>

NECESIDAD 11.- RELIGIÓN

VALORACIÓN: La paciente se niega a firmar el consentimiento informado, para que se practique la cesárea. Ya que no considera que su estado de salud lo amerite, cree que su bebe debe nacer por parto vaginal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-10 P.V. C-3 C.V. 00083

- Conflicto de decisiones: Interrupción del embarazo relacionado con riesgo potencial de muerte materno fetal manifestado por desconocimiento del estado de gravedad y negación.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
0906	Toma de decisiones.	Identifica consecuencias posibles del estado de salud. Beneficios percibidos de la acción. Control percibido del resultado sobre la salud.	5250	Apoyo en toma de decisiones.	1Identifica factores contribuyentes, (temor a los resultados y baja capacidad de resolución del problema) 2Proporcionar información detallada de los beneficios y riesgos 3Favorecer la toma de decisiones 4Demostrar tranquilidad y respeto a la paciente, aceptación de sus valores, creencias espirituales y normas culturales.	1 Una vez que la paciente identifica factores de riesgo para su salud tiene la capacidad de cambiar su estilo de vida que va perjudicando su salud. 2 -3-__Para que la paciente pueda tomar una decisión siempre es fundamental explicar el riesgo beneficio aunque la decisión sea difícil. 1- El respeto es un valor importante para una buena interrelación enfermera paciente conociendo y aceptando que hay distintos tipos de cultura.

NECESIDAD 12.- REALIZACIÓN

VALORACIÓN: Inasistencia a control prenatal, evidencia de complicaciones (anasarca, hta, proteinuria, electos azuados aumentados, hepatomegalia y sufrimiento fetal).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-1 P.S. C-2 M.S. 00099

- Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con nivel socioeconómico bajo y déficit de conocimientos manifestado por observación de deterioro de sistemas fisiológicos.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1300	Aceptación del estado de salud.	Reconocimiento de la situación de salud.	5440	Aumentar los sistemas de apoyo.	1 <u>E</u> valuar los sentimientos, valores, conocimientos y razones que interfieren en el cuidado de la salud.	1Identificar los valores o sentimientos permite buscar estrategias para lograr la participación y que estos no sean un obstáculo.
1600	Conducta de búsqueda de la salud.	Sentimiento del estado de salud. Cumplimiento del plan terapéutico.	5510	Educación sanitaria.	2 <u>E</u> nseñanza sobre el proceso de la enfermedad y sus complicaciones. 3 <u>A</u> sesoramiento en la identificación de riesgo materno y fetal.	2-3Es importante la información detallada del padecimiento para que se facilite la comprensión y cooperación del paciente.

NECESIDAD 12.- REALIZACIÓN

VALORACIÓN: Desesperanza, temor, ansiedad, amenaza de muerte materna fetal, angustia y estrés.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-6 A C-2 Am 00153

- Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con limitantes culturales, deterioro funcional y reducción del control del entorno.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
0906	Autoestima Toma de decisiones.	Aceptación de las propias limitaciones. Comunicación abierta Nivel de confianza. Sentimientos positivos sobre su propia persona.	5400	Potencialización de la autoestima.	<ol style="list-style-type: none"> 1 Valorar el entorno del usuario y los factores estresantes. 2 Reforzar los puntos débiles y las habilidades de enfrentamiento existentes. 3 Propiciar ocasiones para su expresión y reconocimiento. 4 Valorar la influencia de normas, valores culturales y creencias. 5 Ayudar a la paciente a aumentar el sentido de pertenencia. 	<p>1-2-3-4-5 El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel escolar son factores pre disponentes para que la embarazada pierda fácilmente la salud. Y no pueda prevenir las complicaciones que ponen en peligro la vida y la del neonato.</p> <p>La adquisición de conocimientos generales y las vivencias, refuerza el sentido de autoestima.</p>

NECESIDAD 14.- APRENDIZAJE

VALORACIÓN: Dialecto chinan teco, aproximadamente 20% de español. Desconoce complicaciones e importancia de su tratamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: D-5 P/C C-4 Cg. 00126

- Déficit de conocimientos relacionado con inadecuada interpretación de la información secundaria a barreras de lenguaje manifestado por rehusarse a recibir el tratamiento.

RESULTADO NOC			INTERVENCIÓN NIC			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
CODIGO	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADORES	CODIGO	INTERVENCION	ACTIVIDAD	
1803	Conocimiento: Proceso de la enfermedad.	Descripción del proceso de la enfermedad. Descripción de la causa o factores contribuyentes. Descripción de los factores de riesgo. Descripción de los efectos de la enfermedad. Descripción de los signos y síntomas.	5520	Facilitar el aprendizaje	1Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y control del paciente. 2Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. 3Establecer la información en una secuencia lógica. 4Utilizar un lenguaje familiar. Repetir la información.	1-2-3-4La comunicación eficaz entre enfermera paciente con empatía da como resultado una buena relación, lo que implica que la comunicación sea adecuada y la paciente acepte la promoción a la salud, inherente a su padecimiento y tratamiento, impartido por la enfermera y el médico, para su beneficio, pidiendo su colaboración en su tratamiento con un lenguaje claro y sencillo que sea entendido por la paciente.

EVALUACION.

1.- OXIGENACION: El patrón respiratorio evidenciado con frecuencia cardiaca de 22x', permeabilidad de las vías aéreas, saturando anteriormente de 80% a 96%, desapareciendo la cianosis, los resultados de la gasometría anteriores: 1.72% actualmente: 1.74%.

2.- ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN: disminución de edema de 4++++ a 3+++ , los resultados de electrolitos séricos y en orina, continúan alterados.

3.- ELIMINACIÓN: mejoro la perfusión tisular renal, aumenta la diuresis horaria, pero se mantiene la eliminación de proteínas en orina, continua con hipertensión, los resultados de laboratorio, continúan alterados.

8.- HIGIENE- PIEL: perfusión tisular mejoro, aumento la diuresis, laboratorios siguen alterados, logro evacuar en el cómodo.

9.- SEGURIDAD: mejora la actitud de la paciente, colaborando con el personal de salud, en relación a su padecimiento y tratamiento, la paciente muestra más entereza., la paciente está consciente de las probables complicaciones que va a presentar, siente más confianza, cuando la visita su esposo. Firmo el consentimiento informado para realizar la cesárea, disminuye el dolor, aparentemente se muestra tranquila y nos reconoce. Disminuye la sensación de miedo existe la empatía con el personal de enfermería mejorando la comunicación. La paciente no presenta infección en venopunción, ni en herida quirúrgica.

10.- COMUNICACIÓN: mejora la comunicación entre la paciente y el personal de enfermería, manifestando sus temores, disminuye su estrés. Es insuficiente el conocimiento de su padecimiento y el tratamiento, aunque empieza a cooperar en el. Se permite que se amplíe la visita del esposo.

11.- RELIGION: la paciente está informada de que su hijo puede no ser viable y que su estado es grave.

12.- REALIZACION: la paciente está informada sobre el proceso de su enfermedad y sus probables complicaciones.

14.- APRENDIZAJE: la paciente coopera en su tratamiento médico, acepta la terminación de su embarazo por medio de la cesárea, ya que se le informo que en eso consiste la mayor parte del tratamiento.

CODIGOS. DE LOS DIAGNOSTICOS.

NUMERO	CODIGO	CONCEPTO
1	D	Dominio
2	AR	Actividad reposo
3	C	Clase
4	R c/r	Respuesta cardiovascular/ respiratorio
5	EI	Eliminación e intercambio
6	FR	Función respiratoria
7	S/P	Seguridad/ protección
8	LF	Lesión física
9	N	Nutrición
10	I	Ingestión
11	H	Hidratación
12	F.U.	Función urinaria
13	A.U	Auto cuidado
14	A /T.E.	Afrontamiento/tolerancia al estrés
15	R.A.	Respuesta de afrontamiento
16	C.D	Crecimiento y desarrollo
17	CF	Crecimiento
18	P.S	Promoción a la salud
19	M.S	Manejo de la salud.
20	R./r.	Rol/ relaciones
21	R.F.	Relaciones familiares
22	P.V	Principios vitales
23	C.V	Congruencia de las acciones con los valores

24	F	Infección
25	D.R	Desempeño del rol
26	A	Auto percepción
27	A.C.	Auto concepto
28	A.M	Autoestima
29	p/c.	Percepción/ cognición
30	Cg	Cognición.

CONCLUSIONES.

El proceso de atención es un instrumento que sirve para proporcionar atención holística a la persona. El modelo de Virginia Henderson es aplicativa a personas en cualquier etapa de la vida sin importar el diagnóstico de salud, con el que lleguen a demandar la atención médica, ya que las necesidades que maneja el modelo son inherentes a todos los seres humanos.

El proceso de atención de enfermería permitió el ejercicio de la profesión, basado en los conocimientos científicos.

GLOSARIO DE TERMINOS.

- **ACIDOSIS.**- aumento de la concentración de iones hidrógeno con un descenso del pH, sanguíneo por debajo de 7.35
- **ACTITUD.**- relación de partes fetales unas con otras en el útero.
- **AFRONTAMIENTO.**- cualquier esfuerzo dirigido al control de estrés. Puede ser orientado hacia la tarea e implicar la resolución directa del problema y los esfuerzos para afrontar la amenaza misma.
- **ALTO RIESGO.**- aumento de la posibilidad de sufrir daños, lesiones, pérdidas o muerte.
- **ANALGESICO.**- cualquier fármaco o agente que alivia el dolor.
- **AUTOCUIDADO.**- el paciente se proporciona los cuidados a si mismo como parte del plan de enfermería.
- **CAPACIDAD DE RESPUESTA.**- respuestas contingentes que se producen dentro de un tiempo específicos son similares en forma a un comportamiento de estímulo y actúan como retroalimentación positiva.
- **CESAREA.**- nacimiento de un feto por una incisión practicada a través de la pared abdominal y el útero.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**- elección basada en la comprensión completa de la información relevante.
- **CREATININA.**- sustancia que se encuentra en la sangre y los músculos, la medición de los niveles en la orina materna se correlacionan con la cantidad de la masa muscular fetal. Y por tanto del tamaño fetal.
- **DUELO.**- el proceso de encontrar las respuestas a las preguntas que rodean a la pérdida, el afrontamiento de las respuestas de duelo, y la determinación de cómo volver a vivir.
- **EDEMA.**- acumulación generalizada de líquido intersticial.
- **FACIES.**- pertenecientes a la apariencia o expresión de la cara.
- **HEMATOCRITO.**- volumen de glóbulos rojos por decilitro de sangre circulante, volumen de glóbulos concentrados.

- HEMOGLOBINA.- componente de los glóbulos rojos que consiste en globina, una proteína y hematina, un compuesto de hierro en forma orgánica.
- PREECLAMPSIA.- enfermedad encontrada después de las 20 semanas de gestación o al comienzo del puerperio.
- PUERPERIO.- periodo que sigue a la tercera etapa del parto y que dura hasta la involución del útero, por lo general de tres a seis semanas.

BIBLIOGRAFIA.

1. BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERIA.- Nordmark- Rohweder. Editorial. Manual Moderno, México. Año 2002. Pag.22-69
2. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (CIE).- Joanne C. Mc Closkey Gloria M. Bulechek. Elsevier Science. Barcelona España 2008. Pág. 10-286
3. CONDUCTA OBSTETRICA EN LA PRECLAMPSIA GRAVE Y SINDROME DE HELLP ANTES DE TERMINO ASPECTOS ACTUALES.-. De Miguel Sesmeros JR. Toko Gin Pract 1997; pág. 56-131
4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS.- Definición y clasificación 2007/2008 NANDA II, Elsevier, España, S.A. Madrid España. Pág. 25-85
5. ENFERMERIA BASICA Y CLINICA.- Sandra F. Smith, manual moderno, México 1996. Pág. 42-179
6. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. TOMO I Y TOMO II- Lowdermilk Perry Bobak, Harcourt/ Océano, España 2002.
7. ENCICLOPEDIA MEDICA FAMILIAR.- Justus J.Schifferees, 3ª edición, interamericana México 1995.
8. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA.- Gineco I Obstet (Perú) 1995; pág. 41- 52. Pinedo A, Távora L, Chumbe O, Parra J.
9. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSION INDUCIDA POR LA GESTACIÓN.- Távora L, Parra J, Chumbe O, Ayasta C Gineco Obstet (Perú) 1994; 87-90.
10. MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (GUIA PARA LA PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS).- Betty J. Ackley Gail B. Ladwig. Edit. Elsevier- Mosby, Madrid España 2007.
11. PROYECTO DE RESULTADOS IOWA. CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC).- Sve Moorhead, Marion Johnson, Elsevier España 2008.
12. REPERCUSSIONES MATERNAS Y PERINATALES DE LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO.-Távora L, Parra J, Chumbe O, Ayasta C. Gineco Obstet (Perú) 1994; pág. 34- 52
13. TECNICAS DE ENFERMERIA.- Liwieck E.M.King, M. Dyer, interamericana, Mc Graw Hill México. 1996.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACION.

PATOLOGIA.

CONCEPTO.

Preclampsia.

La preclampsia es una patología exclusiva del ser humano, que ocurre en la mujer durante el embarazo y que afecta a la madre (por disfunción vascular) y al feto (por restricción del crecimiento uterino). La enfermedad ha sido reconocida desde tiempos remotos como causa de morbimortalidad materna y fetal.³ Una limitación importante está dada por el escaso conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos que la componen. Puede sobre ponerse a la hipertensión crónica, pronóstico que es peor que el de cualquiera de estos trastornos de manera aislada.

Síndrome específico del embarazo, secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples, posterior al vaso espasmo y a la activación de la cascada de coagulación.

EPIDEMIOLOGIA.

La incidencia de esta patología oscila entre el 3% y el 10% de los embarazos, y puede ser responsable del 15% de los partos prematuros.^{2, 4}

Afecta a 4-14% de embarazadas con preclampsia-eclampsia, aunque se ha informado de incidencias tan altas como el 18.9% en centros especializados de referencias.

La edad promedio de afección es de 25 años, aunque el 75% de los casos se presenta en el grupo de 15-30 años.

En el 82% de los casos se desarrolla antes de la 37 semana de la gestación.

En un 2.5% lo hace entre la semana 17-30, asociado con embarazo molar.

En un 70% se presenta ante parto y en un 30% posparto, puede desarrollarse desde unas pocas horas hasta 7 días después del parto y suele ser de consecuencias devastadoras. La preclampsia es esencialmente una patología del primer embarazo. El riesgo de preclampsia también aumenta cuando hay períodos prolongados entre dos embarazos.

ETIOLOGIA.

La etiología de la preclampsia es desconocida, pero es el resultado de cambios patológicos en el desarrollo de la placenta con subsiguiente disfunción endotelial, que es responsable de los signos clínicos, los citotroblastos, que son los precursores de todas las células trofoblásticas que luego surgirán, y los sinciotroblastos, que son responsables de la invasión a la decidua (que es el endometrio grávido) y en particular en las arterias espirales maternas. Existen dos ondas de invasión trofoblásticas, una al comienzo del embarazo y la otra en la etapa tardía del embarazo, alrededor de la décima cuarta semana de gestación.

Existen, hasta el presente, 4 factores etiológicos involucrados en la producción de la preclampsia: 1) mala adaptación inmunitaria, 2) isquemia de la placenta, 3) estrés oxidativo, y 4) susceptibilidad genética. Estas categorías no se excluyen entre sí y en realidad la etiología sería una combinación de las cuatro con distintos grados de participación de cada una. Todos estos factores desencadenan dos mecanismos importantes presentes en la preclampsia: la inflamación y la disfunción endotelial.

Interacción entre los 4 factores etiológicos que llevan a la inflamación y a la disfunción endotelial en la preclampsia.

Factores genéticos: La evidencia de un componente genético proviene de la observación de que existe un aumento marcado de preclampsia en las mujeres cuyas madres y hermanas tuvieron preclampsia. Asimismo, las hijas y nietas de estas mujeres son proclives a adquirir la enfermedad. Existen otras líneas de evidencia que sugieren un componente fetal (paterno) que desarrolla susceptibilidad a la preclampsia.

Estas evidencias son:

- Asociación entre la preclampsia y malformaciones fetales.
- Aumento de la incidencia de preclampsia en mujeres con mola hidatiforme, que es de origen paterno.

- Los hombres nacidos de embarazos pre eclámpticos son más proclives a que sus esposas tengan un embarazo con preclampsia respecto a hombres controles emparejados.

Es probable que la susceptibilidad a la preclampsia se deba a uno o más genes, que actúan tanto en la madre como en el feto y que fueron modificados por factores ambientales, el polimorfismo genético puede afectar a cualquiera de los factores desencadenantes ya mencionados.

Genes que pueden estar involucrados en la producción de preclampsia.

Los genes que participan en la regulación de la presión arterial, la placentación y el remodelado vascular serían los responsables de la isquemia placentaria, mientras que los que regulan la homeostasis endotelial, serían los responsables del estrés oxidativo. Numerosas enzimas y proteínas pueden verse afectadas como las enzimas antioxidantes, el óxido nítrico sintasas, y los genes que expresan diversas citokinas y moléculas pro coagulante.

Inadaptación inmunitaria

La preclampsia puede ser consecuencia de una respuesta inmunitaria materna anormal hacia antígenos derivados del padre que se encuentran en el trofoblasto, o más aún en los casos de implantes de óvulos fecundados donde el gameto femenino, o sea el óvulo, ni siquiera pertenece a la mujer embarazada.

Isquemia de la placenta. La hipótesis de la isquemia placentaria sugiere que la patogénesis de la enfermedad se inicia con la incapacidad de las arterias en espiral de la decidua para aumentar su caudal en respuesta a la mayor demanda de sangre y oxígeno generada por el crecimiento fetal. La consecuencia es un aporte sanguíneo insuficiente de la placenta hacia el feto. Esta incapacidad de adaptación de los vasos placentarios sería causada por disfunción endotelial. Gran parte de esta disfunción endotelial es producida por el estrés oxidativo generado durante los fenómenos de isquemia y re perfusión que ocurren en la placenta y por el sistema RAS ya mencionado. Este estrés oxidativo es considerado uno de los mayores mecanismos productores de apoptosis en el tejido placentario.

Inflamación.

El embarazo es de por sí un estado de inflamación generalizada como producto de desechos apoptóticos que ingresan a la circulación materna y la preclampsia representa un grado extremo de esta respuesta inflamatoria, al menos durante el tercer trimestre. Por lo tanto, cualquier factor que aumenta la respuesta inflamatoria como las infecciones y las afecciones reumáticas, también predisponen a la preclampsia.

Disfunción endotelial y estrés oxidativo.

La disfunción endotelial es una manifestación constante en la preclampsia, incluyendo el aumento de permeabilidad del endotelio y la agregación plaquetaria. Cabe destacar que esta reacción inflamatoria también es una característica del embarazo normal a partir del tercer trimestre, pero en un grado mucho más restringido, no obstante lo cual las diferencias entre preclampsia y embarazo normal son menos notorias que entre el embarazo normal y la mujer no embarazada.

La disfunción endotelial produce una caída de las prostaglandinas vasodilatadoras, especialmente la prostaciclina y también del óxido nítrico, habiéndose observado una menor actividad de óxido nítrico sintasas endotelial en la preclampsia.

Una de las causas que producen disfunción endotelial es el estrés oxidativo como resultado de una mayor producción de anión superóxido ($O_2\cdot$). También se considera que el aumento de apoptosis de los trofoblasto que se observa en la preclampsia se puede deber, al menos en parte, al estrés oxidativo. Varios trabajos demostraron que este aumento de la apoptosis se lleva a cabo a través de una menor expresión de moléculas antiapoptóticas y por activación de las caspasas que son proapoptóticas.

FACTORES DE RIESGO.

- Grandes masas placentarias por gestaciones múltiples.
- Enfermedad Trofoblásticas Gestacional.
- Incompatibilidad del Rh
- Diabetes Mellitus y Gestacional.
- Hereditario.
- Antecedentes de hipertensión.

FISIOPATOLOGIA.

Como ya se mencionó, se debe pensar en la PE como un síndrome del embarazo con dos componentes principales: feto placentario y materno. Es muy posible que el desarrollo de PE ocurra por una combinación de ambos componentes y que ninguno de ellos sea suficiente por sí solo para causar la enfermedad, lo que explica que no todas las mujeres con hipertensión desarrollen PE, ni siquiera las que tienen hipertensión grado 2 y que la predisposición materna, sea por hipertensión crónica, nefropatía o diabetes, no sea suficiente por sí sola para tener PE en el embarazo. Para esto se necesita que haya una vascularización anormal de la placenta.

La genética de la PE no es simple; los estudios familiares han demostrado que la incidencia aumenta en las parientes de primer grado, es decir, madre, hermanas, tías y primas de las mujeres que han tenido PE y que esto es válido no sólo para la familia materna, sino que la cuñada de una mujer, o la segunda esposa del ex marido de una mujer con PE también presentan mayor incidencia. Esto se debe a que la placenta, que es un órgano fetal y no materno, es el principal tejido que participa en la fisiopatología de la enfermedad, lo que complica aún más los estudios genéticos en PE.

El modo de herencia sugiere que se trata de una enfermedad multigénica, con contribución genética tanto materna como feto-placentaria. Los trastornos trombóticos ya mencionados, como el factor V de Leyden, se pueden considerar factores epigenéticos, es decir, no tienen un rol protagónico dentro de la fisiopatología, sino que actúan como catalizadores del proceso, facilitando una presentación más temprana de la enfermedad.

La PE ocurre sólo en el embarazo y mejora con el parto.

La incidencia de PE aumenta con los embarazos múltiples y el embarazo molar, es decir, cuando la masa placentaria es grande, lo que produce un desequilibrio entre el suministro vascular y la demanda.

Las anomalías en la circulación de la placenta son la base de este trastorno. Actualmente se piensa que si las alteraciones vasculares placentarias son moderadas, el embarazo prosigue con la consecuencia de un lecho placentario hipóxico; si no hay factores de riesgo maternos de PE, el fenotipo resultante será de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), es decir, un niño más pequeño. En cambio, si hay factores de riesgo materno agregados a los que confiere una placenta hipóxico, se obtiene el fenotipo de PE. Si las anomalías vasculares de la placenta son catastróficas, el embarazo terminará en un aborto durante el primer o segundo trimestre.

En la PE, las arterias espirales no sufren estas transformaciones y permanecen estrechas, disminuyendo así la perfusión placentaria. En otras palabras, las arterias espirales no tienen la capacidad para experimentar la remodelación vascular normal, lo que conduce a isquemia útero-placentaria y provoca las manifestaciones clínicas y fisiopatológicas de la PE.

Relación entre enfermedad placentaria y enfermedad materna

Los mecanismos por los cuales la reducción de la perfusión placentaria produce la "toxemia" materna todavía son misteriosos. La noción que se tiene de esta enfermedad no es muy diferente de la que se tenía hace más de cien años, cuando se acuñó el término toxemia, pues se pensaba que había alguna toxina que ingresaba a la sangre materna y causaba la enfermedad. Hoy se postula algo semejante, pero se han dado distintos nombres a esta toxina:

restos de sincitiotrofoblastos, especies reactivas del oxígeno, lipoperóxidos, citoquinas, leptina o factores antiangiogénicos, como el receptor soluble del receptor 1 de VEGF (Soluble Fms-Like Tyrosine kinase 1, conocido como sFLT1) y endoglina. Todas estas sustancias podrían ser las responsables de unir la enfermedad placentaria con la materna.

En la PE, el órgano blanco es la célula endotelial materna. Hay abundante información sobre la participación de varios mediadores en la disfunción endotelial: se ha observado disminución de los niveles de óxido nítrico y prostaciclina, aumento de tromboxano y endotelina e inhibición de la producción de VEG tanto la implantación superficial como la isquemia placentaria hacen que se libere, hacia la circulación materna, una serie de factores que causan extenso daño endotelial materno; éste a su vez se refleja en vaso espasmo, hipertensión, disminución del flujo a los órganos y coagulación intravascular; además, aumenta la agregación plaquetaria, lo que acelera el proceso. El resultado neto es una condición que parece una enfermedad sistémica, pero en realidad es una disfunción endotelial extensa en una madre que presenta hipertensión, daño renal, dificultades de visión y que, en sus peores formas, cursa con daño hepático, consumo plaquetaria o convulsiones.

COMPROMISO EN LA PREECLAMPSIA.

El riñón de una mujer con PE presenta varias alteraciones importantes en su función y hemodinámica. La vasoconstricción hace que se supriman los componentes del sistema renina-angiotensina, a diferencia de lo que ocurre en un embarazo normal, en que este sistema se encuentra muy estimulado; también se observa disminución de la excreción de sodio y ácido úrico, junto con hipo calciuria y proteinuria. Las anteriores constituyen las anomalías más importantes desde el punto de vista de la función renal.

En la histología, la PE se asocia a una lesión glomerular clásica que se conoce como endoteliosis glomerular y se manifiesta por un glomérulo sin sangre, con cierto grado de depósitos de fibrina y tumefacción endotelial, sin gran aumento de la celularidad.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Oliguria menor de 400ml/24h
- Trastornos mentales
- Dolores epigástricos (en puñalada, intensos)
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso de más de 2 kg en una semana

- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz.
- Cefaleas intensas y persistentes.
- -Presión arterial de 160/ 110 mmHg. o más.
- -Edema generalizado en cara, manos, región sacra, miembros inferiores y abdomen.
- -Ganancia de peso de 900 grs. en un par de días o en una semana.
- -En la tira reactiva de albumina urinaria +3 a +4
- -Concentración de proteínas en orina de 24 hrs. es de > 5 grs./ L
- -Aumento de hematocrito, creatinina sérica y del ácido úrico 7 mg/dl, trombocitopenia de 100 plaquetas o menos.
- -Cefalea frontal, visión borrosa, escotomas, náuseas y vómito, irritabilidad e hiperreflexia, trastornos cerebrales, oliguria, edema de pulmón, disnea y cianosis, edema de retina, alteración de las arteriolas de la retina y dolor epigástrico.
- -Disfunción hepática y/o renal.

DIAGNOSTICO

Cuadro clínico compatible, medida de TA y exámenes de laboratorio con biometría hemática completa, química sanguínea incluyendo ácido úrico; perfil de lípidos, pruebas de función hepática, bilirrubinas séricas, creatinina sérica, depuración de creatinina en 24 horas, LDH, fibrinógeno, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada. En gabinete: radiografía de tórax en PA. Un aumento de la presión arterial de más de 30 mmHg o 15 mmHg de diastólica en las últimas etapas del embarazo, respecto a valores previos, es significativo, la aparición de proteinuria indica preclampsia.

Diagnóstico diferencial

Hipertensión Gestacional o inducida por el embarazo: es la hipertensión "nueva" con presión arterial >140/90 mmHg que aparece en etapas avanzadas del embarazo (>20 semanas) en dos tomas, pero sin estar asociada a signos de preclampsia (en especial sin proteinuria). En general son multíparas, obesas, antecedente familiar de hipertensión y al final muchas terminan con hipertensión arterial esencial.

Hipertensión crónica: aquella que comienza antes del embarazo o aquella hipertensión del embarazo que no presentó signos de preclampsia y persiste después de 12 semanas postparto.

Púrpura trombótica trombocitopenica (TTP): debido a la hemólisis y alteraciones neurológicas se puede confundir o puede coexistir con preclampsia. Apoya el diagnóstico de TTP la pentada clásica de fiebre, hemólisis intravascular, falla renal, trombocitopenica y alteraciones neurológicas.

TRATAMIENTO.

En altas concentraciones en el sistema porta afectando la activación plaquetaria; sin embargo, las relativamente bajas concentraciones periféricas tienen reducido efecto en el endotelio vascular. Dosis altas podrían ser benéficas al inhibir la actividad sintasas placentaria y, en consecuencia, reducir la peroxidación placentaria de lípidos.

Los suplementos de calcio (2g / día) reducen la TA e incidencia de hipertensión en el embarazo, en las embarazadas disminuye la capacidad de respuesta a la angiotensina II, lo que sugiere un aumento en la síntesis de PGI₂. Podrían ser benéficos en comunidades con dieta baja en calcio.

Sobre la heparina no se ha establecido su utilidad.

Antioxidantes: de acuerdo a la hipótesis etiopatogenia de estrés oxidativo se ha intentado dar antioxidantes como profilaxis, pero no se ha mostrado evidencia de su utilidad, aunque ya existen estudios hechos en mujeres con alto riesgo para preclampsia que han mostrado disminución de la incidencia de preclampsia en el grupo tratado, pero los estudios son pequeños y aislados.

Antihipertensivos

- El tratamiento previene el edema de pulmón, edema cerebral y la hemorragia cerebral.
- Los únicos fármacos absolutamente contraindicados en el embarazo son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II. Los diuréticos han mostrado seguridad al usarse durante el embarazo, pero en caso de preclampsia su uso no es aceptado, excepto la furosemida en casos de insuficiencia cardiaca. Los IECA y bloqueadores de receptores de angiotensina provocan oligohidramnios, estenosis de la arteria renal fetal, muerte fetal, disgenesia tubular renal, anuria e hipoplasia craneal y pulmonar.
- Todos los Antihipertensivos corresponden a una clasificación C de riesgo en embarazo (según la FDA, clasificación C: Los estudios de

reproducción en animales demostraron efectos adversos en el feto pero no se han efectuado estudios bien controlados en mujeres grávidas. Sin embargo el beneficio que puede aportar la droga puede justificar el riesgo potencial).

- Las medicaciones preferidas debido a su seguridad son la α -metildopa, los betas bloqueadores y vasodilatadores.

Antihipertensivos usados durante el embarazo.

Medicamento.	Dosis usual para uso no agudo.	Efectos adversos.	Comentarios.
Metildopa	250-1500 mg dos veces al día, máximo 3 g/día	Hipotensión postural, mareos, lipotimia, retención de líquidos	Potencia ligera. Uso común.
Hidralazina	10, 20, 50, 100 mg tres o cuatro veces al día, máximo 400 mg/día	Cefalalgia, palpitaciones, lupus inducido por fármacos	Comúnmente usado para control a corto plazo..
Labetalol	100, 200 o 300 mg, máximo 2 400 mg/día	Cefalalgia, bloqueo cardiaco, boca seca, temblor	No usar en asma o insuficiencia cardiaca congestiva. Usar con precaución en diabetes.
Nifedipina.	Sólo usar nifedipina de larga acción. 30-60 mg como inicio, luego 30, 60, 90 mg. Máximo 120 mg/día.	Cefalalgia, fatiga, mareo, edema periférico, constipación.	Gran efecto para disminuir una presión arterial muy alta
Felodipina.	5-10 mg/día máximo 10 mg dos veces al día.	Igual que nifedipina.	Efecto selectivo sobre músculo liso vascular.

Tiazida.	12.5 mg incrementarlo 25 mg diario.	Hipocalemia, hiponatremia, hiperuricemia, retraso de crecimiento intrauterino.	Alteraciones electrolíticas.
Furosemida.	20-40 mg/día máximo 160 mg dos veces al día.	Igual que tiazidas.	Igual que tiazidas.

COMPLICACIONES.

Complicaciones maternas.

Relativas al parto: hemorragia, abrupcio placenta, coagulación intravascular diseminada 6%, 11% de riesgo de HELLP, 6% de déficit neurológico, 7% de riesgo de neumonía por aspiración, 5% de edema pulmonar, 4% de arresto cardiopulmonar, 4% de falla renal y 1% muerte

La hemorragia cerebral es la principal causa de muerte materna (60%) 18.

Complicaciones fetales

- Resultan de abrupcio placenta, inadecuada perfusión placentaria o parto pre término.
- Muerte.
- Restricción del crecimiento (el flujo sanguíneo uterino disminuye 2 a 3 veces).
- Si la nutrición fetal se compromete desde etapas tempranas hay microcefalia.
- Parto pre término: distrés respiratorio, enfermedad pulmonar crónica, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, sepsis, enterocolitis necrotizante y retraso de crecimiento.

ANATOMIA

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Órganos genitales externos.

Son las partes visibles desde el exterior, que comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al periné y que genéricamente se les conoce con el nombre de vulva.

- Monte pubiano.
- Labios mayores
- Labios menores.
- Clítoris.
- Vestíbulo.
- Meato urinario.
- Glándulas de Bartholini.
- Glándulas de Skene.
- Himen.
- Horquilla.
- Periné o rafe medio.



Monte Pubiano. Prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de bello, formando un triángulo de base superior.

Labios mayores. Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte pubiano en forma de dos pliegues redondeados y se dirigen

hacia abajo y hacia atrás para reunirse en la parte media del periné, constituido por tejido celular, tejido conectivo, un plexo venoso y parte del ligamento redondo, están recubiertos por piel resistente, pigmentada, con glándulas sebáceas y vello. En las mujeres vírgenes se encuentran juntos, en las multíparas, abiertos. Su cara interna posee gran número de glándulas sebáceas que le proporcionan cierto grado de humedad.

Labios menores. Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, planos y rojizos, desprovistos de vello, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos, que al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal. Se unen en la parte anterior y posterior, la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio. En la nulípara se encuentran cubiertos por los labios mayores. Estas formaciones se atrofian durante la menopausia, debido a la disminución hormonal.

Clítoris. Órgano homólogo del pene, de forma cilíndrica, de 1 a 2 cm de longitud, situado en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario, está constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos), glande y dos pilares que le dan forma y lo fijan al periostio del pubis. Está provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

Vestíbulo. Espacio comprendido entre los labios menores, contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Meato urinario. Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está cubierto por un epitelio transicional.

Glándula de Skene. Son dos y se encuentran una a cada lado de la parte postero lateral del meato uretral, producen moco que lubrica al vestíbulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

Glándulas de Bartholini. También son dos, se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. Cuando se infecta se obstruye la luz del conducto y producen abscesos (bartholinitis).

Himen. Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina, está formada por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan carúnculas mirtiformes. Tiene importancia en medicina legal.

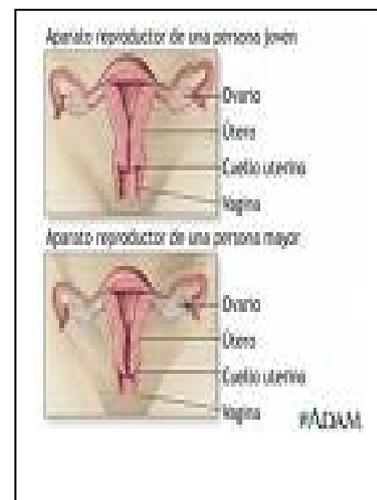
Horquilla vulvar. Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en parte posteriores.

Periné. Región comprendida entre horquilla y el ano, está constituido por músculos transversos del periné, bulbo cavernoso y elevador del ano. Se ve afectado por el traumatismo que ocasiona el parto.

ORGANOS GENITALES INTERNOS.

Los órganos genitales externos son los siguientes

- Vagina.
- Útero.
- Cérvix.
- Istmio.
- Cuerpo.
- Trompas de Falopio
- Porción intersticial.
- Porción ístmica.
- Porción ampular.



Ovarios.

Vagina. Conducto virtual, músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero, se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto, por su cara posterior.

Funciones y dirección: Sirve como: a) conducto excretor del útero (menstruación, secreciones), b) órgano de la cópula, y c) conducto del parto.

Su dirección es una curva de afuera hacia adentro y debajo hacia arriba.

Mide de 8 a 10 cm de longitud, es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y laterales) se encuentra formada por un epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y el músculo elevador del ano, que la divide en una parte interna (intrapélvica) y otra externa (perineal).

Útero .Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme, está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior, la cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta con su pared cervical, dejando un porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8 cm de longitud total mide de 7 a 8 cm de longitud total y 5 a 6cm de ancho en la parte fúndica.

Para estudiar el útero, éste se divide en tres partes: a) cuerpo o parte superior, b) istmo, es la zona donde se adelgaza formando una depresión, c) cérvix o parte inferior.

El útero está formado por tres capas: a) externa, b) media y c) interna.

Externa. Serosa o peritoneo. Cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior, o sea lo que se relaciona con la vejiga.

Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los elementos de fijación de útero, que son: a) ligamento redondo, que parte del fondo uterino, penetra el conducto inguinal y termina esfumándose en los labios mayores, ligamento uterosacro, que se extiende en la cara posterior del istmo, rodea al recto y se fija en la cara anterior del sacro, c) ligamento cardinal o de Mackenrodt, que parte de la porción lateral del istmo y de la porción superior de la vagina, llega a la pared pélvica y se inserta en el músculo obturador interno, d)ligamento pubovesicouterino, que se extiende de la cara anterior del istmo, rodea el cuello vesical y se inserta en la cara posterior del pubis, e) ligamento ancho que está constituido por condensaciones peritoneales que se extienden del borde uterino a la pared pélvica, y f) ligamento útero-Ovárico, que se extiende del cuerno uterino y se inserta en un extremo del ovario.

Media. Muscular o miometrio. Es la más gruesa y resistente está formado por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y asciformes

Interna. Endometrio. Capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio columnar que tiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos: arterias rectas y arterias en espiral.

De acuerdo con sus elementos de sostén, el útero tiene cierta movilidad y puede estar en: ante versión, situación intermedia o retroversión.

Cérvix. Tiene forma cilíndrica, su longitud es unos 3 cm, posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical, la inserción vaginal lo divide en dos porciones: intravaginal y supravaginal. La porción externa está revestida por epitelio pavimentoso estratificado, que con frecuencia es asiento de tumores.

Trompas de Falopio. También llamadas oviductos o tubas uterinas, estos órganos constituyen dos conductos, uno a cada lado del útero, de 10 a 12 cm de longitud por 1 a 2 cm de diámetro externo. Son una prolongación de los cuernos uterinos, que se dirigen lateralmente hacia afuera y hacia adelante. Su diámetro interno, de 1 a 2 mm, es continuación de la cavidad uterina. Las trompas terminan en la cavidad peritoneal, cerca de ovario. Tienen movimientos peristálticos.

Las trompas están constituidas por tres capas:

Capa externa, serosa o peritoneal, que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.

Capa media muscular con fibras circulares y longitudinales.

Capa interna, mucosa o endosálpinx, constituida por epitelio revestido por células ciliares, que favorece la progresión del espermatozoide y de huevo fecundado.

Así mismo, este órgano tiene tres partes anatómicas, que son:

Intersticial o intramural. Parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina.

Ístmica. Parte intermedia de grosor constante.

Ampular. Parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.

Cada una de las partes anatómicas de las trompas está compuesta por una capa serosa superficial, una capa media muscular y una capa interna, denominada endosálpinx, que forma una serie de surcos longitudinales y está provista de células ciliares que facilitan la progresión de los espermatozoides y el óvulo fecundado.

Ovarios. Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados, sólidos y blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.5cm, están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica), en íntima relación con la parte distal de la trompa, mediante la fimbria. Se sostienen en su sitio gracias a un engrosamiento de ligamento ancho, llamado mesovario que se fija en el útero con el nombre de ligamento útero-ovárico y a la pared pélvica por el ligamento

infundibulopélvico, y descansa en una pequeña fosa de la pared pélvica denominada de Krause.

Los ovarios tienen una parte central, la médula, y otra externa, la corteza, que se encuentra desprovista de peritoneo, la médula está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos, sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos dos órganos son los que se encargan de la producción de las células reproductoras y constituyen la parte principal de hormonas femeninas: estrógenos y progesterona.

Peritoneo. El peritoneo, que envuelve la pared abdominal en su cara interna, se refleja y cubre el fondo y la cara posterior de la vejiga, asimismo se refleja para cubrir la cara anterior del útero formando un fondo de saco. Cubre al útero y se extiende por ambos lados hasta la pared pélvica, dando lugar a la hoja anterior del ligamento ancho que envuelve a los ligamentos redondos, útero-ováricos y las trompas de Falopio, al dar lugar a los parametrios, se adhiere íntimamente al fondo uterino y cubre la cara posterior de este órgano, extendiéndose a los lados, con lo que forma la hoja posterior de ligamento ancho, en su parte media cubre la totalidad de la cervix y la porción superior de la vagina, y se refleja dando lugar al fondo del saco de Douglas, para ascender nuevamente recubriendo la cara anterior del recto.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO.

FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO.

HEMODINAMIA RENAL.

El filtrado glomerular (FG) y el flujo plasmático renal efectivo (FPRE) muestran un gran aumento durante la gestación. (30 a 50%).

La depuración de creatinina aumenta desde las primeras semanas.

Algunos autores sostienen que el aumento del FG y

FPRE durante el segundo trimestre del embarazo, disminuye lentamente hasta el final del mismo. Según otros autores, estos cambios son inducidos por la postura.

La razón por la cual el FPRE aumenta durante la gestación, se ha postulado que se debe a cambios cardiovasculares y endocrinos como: aumento de los niveles circulantes de aldosterona, DOCA, progesterona, cortisol; así como lactógeno placentarios y gonadotrofina coriónica.

El aumento del FG tiene importantes consecuencias. La producción de creatinina es normal durante el embarazo y su depuración plasmática aumenta; ello lleva a una disminución de los niveles séricos. La creatinemia es un 30 a 40% menor que en la mujer no embarazada. Por lo tanto valores considera dos normales para una mujer no embarazada, pueden indicar una disminución de la función renal durante el embarazo. Concentraciones de creatinina sérica que excedan los 0,8 mg% deben justificar una vigilancia más estrecha de la función renal. Cambios similares ocurren con los niveles séricos de urea.

Función tubular en el embarazo

Acido úrico. La producción de ácido úrico permanece inalterada, pero la mujer embarazada excreta más uratos que la no embarazada. La depuración de ácido úrico durante el embarazo se duplica, disminuyéndolos niveles séricos a la mitad. En una mujer no embarazada la uricemia normal es de 4 a 6 mg%; durante el embarazo normal, estos niveles descienden (23 a 4 mg%).

Glucosa. La glucosuria es atribuida al aumento del FG, causante de una carga aumentada de glucosa, que sobrepasa el transporte tubular máximo (TM). Últimamente se han señalado cambios en el TM y alteraciones de la curva de titulación de la glucosa (desplegamiento exagerado) durante la gestación.

Aminoácidos. La excreción global de aminoácidos está aumentada, pero no la de cada uno de ellos. (La histidina se utilizó para detectar embarazo y fue relacionada en el pasado con la Pre-eclampsia). La excreción de aminoácidos puede llegar a 2 g/día; este debe ser un factor a tener en cuenta en embarazadas que no ingieren una adecuada cantidad de proteínas.

Equilibrio ácido-base. Durante el embarazo se encuentra una alcalosis leve de origen respiratorio. Dado que las mujeres embarazadas hiperventilan, los niveles de pCO₂ (n = 39 torr), descienden durante el embarazo a 31 torr. La capacidad renal para la eliminación de protones, permanece inalterada. Potasio. Durante el embarazo se retienen aproximadamente

350 mEq de potasio, que pasan a los tejidos del feto, mamas, útero y placenta.

HOMEOSTASIS DEL VOLUMEN

Existe durante el embarazo un aumento del contenido de agua y sodio corporales. El aumento de contenido de agua corporal, responsable de la hemodilución de la expansión de volumen, es de 6 a 8 litros. Una parte está en el huevo y membranas y otra en el 226espacio extracelular materno. Este aumento del aguase acompaña de un aumento en el capital sódico total, de aproximadamente 500 a 900 mEq. La osmolaridad está habitualmente 5 a 10 mOsm por debajo de los niveles previos del embarazo, lo que implica una adaptación en los mecanismos neuro-endócrinos hipotalámicos que reconocen como normales estos niveles de osmolaridad. Cada vez que existen

variaciones en la osmolaridad de más o menos 2%, la mujer será capaz de diluir o concentrar la orina para mantener este valor medio normal. Esta capacidad de concentrar o diluir la orina depende del FPRE; lo que varíe éste, variará esta función; e l decúbito lateral izquierdo aumenta esta capacidad.

PRESION ARTERIAL DURANTE LA GESTACION NORMAL

Los valores de presión arterial media disminuyen tempranamente durante el embarazo, siendo por la mitad del mismo 10 a 15 mmHg más bajos que en el postparto. Los valores de PA se elevan hasta acercarse a los del pre-embarazo, cerca del término. La PA es directamente proporcional al gasto cardíaco y a las resistencias periféricas. Durante. El embarazo-LO existe un aumento del gasto cardíaco, razón por la cual, para lograr una disminución de la PA, debe existir una franca disminución de las resistencias periféricas. Se cree que la causa de la disminución de las resistencias periféricas, es una disminución en la capacidad de respuesta a la angiotensina II y otras aminas vasopresoras. Esta refractariedad es consecuencia de una falta de respuesta del músculo liso vascular más que a una modificación del volumen plasmático o de la concentración de angiotensina II plasmática. El mecanismo que controla la refractariedad vascular involucra la acción local de prostaglandinas, modulado por una sustancia de origen placentario (Progestina) y mediada por el sistema AMP-AMP cíclico. El aumento del AMP cíclico intra-miosítico conduce a una secuestación de Ca^{++} en la membrana celular. La resultante concentración de calcio intracelular, promueve la relajación muscular.

CIRCULACION MATERNO FETAL.

- En el proceso de adaptación neonatal, el inicio de la respiración y los cambios cardio circulatorios son los primeros que ocurren y son determinantes para la sobrevivencia en el medio extrauterino.

En la vida intrauterina, el feto respira por la placenta, y la circulación fetal está estructurada para posibilitar el intercambio gaseoso a través de la placenta. Con el inicio de la respiración pulmonar, es indispensable la readecuación de la circulación fetal para efectuar el intercambio gaseoso a nivel pulmonar. Si esto no ocurre, se estará ventilando alvéolos hipoperfundidos. Los cambios de la circulación fetal a neonatal son parcialmente reversibles en las primeras horas y días de vida bajo la influencia de ciertos factores. Esto agrava cualquier patología neonatal, especialmente respiratoria. En el prematuro muy pequeño la reversibilidad a un modelo de circulación parcialmente fetal, es una eventualidad que puede ocurrir aún semanas después del nacimiento. Tiene por eso un interés no sólo fisiológico puro, sino clínico práctico el comprender los factores que determinan la adaptación cardio circulatoria neonatal y los que pueden revertirla a un modelo de tipo fetal. La circulación fetal y neonatal tienen características particulares cuyo conocimiento permite comprender por ejemplo que las cardiopatías severas nazcan eutróficas (porque los dos

ventrículos manejan presiones iguales), para después agravarse a los pocos días o entender la aparición de insuficiencia cardíaca alrededor del primer mes de vida en las cardiopatías con flujo pulmonar aumentado.

CIRCULACIÓN FETAL

I) CONDICIONES ANATÓMICAS DE LA CIRCULACIÓN FETAL

.Vena Umbilical conduciendo flujo placenta-fetal, que drena en el territorio

Porta, por una parte, y en la vena cava inferior por otra.

- Conducto Venoso de Arancio, que recoge la sangre del torrente umbilical y

La deriva a la vena cava inferior.

- Agujero de Botal, que comunica las dos aurículas.
- Ductos Arterioso (DA) que drena el torrente pulmonar en su mayor parte al callado de la aorta
- Arterias umbilicales conduciendo flujo feto-placentario.

. Placenta.

II) CONDICIONES ANATOMO-FISIOLÓGICAS.

- Alta presión de resistencia en el lecho pulmonar, y por consiguiente, altas presiones retrógradas en el territorio de la arteria pulmonar y de las cavidades cardíacas derechas.

- Baja presión de resistencia en el lecho vascular placentario, ampliamente susceptible de ser perfundido retrógradamente, ello se expresa en bajas presiones en el cayado y en las cavidades cardíacas izquierdas.

III) CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DE LA CIRCULACIÓN FETAL

1. CORTO CIRCUITOS FETALES

Son tres:

- a) El conducto arterioso que comunica la arteria pulmonar con la arteria aorta.
- b) El foramen oval que comunica la aurícula derecha con la aurícula izquierda y
- c) El conducto venoso que comunica la vena umbilical con la vena cava inferior.

2. FLUJOS PREFERENCIALES

Son dos:

a) La sangre de la vena cava inferior que transporta O₂ a elevada concentración (saturación 75%) proveniente de la placenta se dirige preferencialmente hacia la aurícula izquierda a través del foramen oval. Esto garantiza la oxigenación adecuada del cerebro y del miocardio fetal. Comprenderemos ahora por que, el cierre prenatal del foramen oval es causa de muerte fetal.

b) La sangre de la vena cava superior que llega a la aurícula derecha se dirige al ventrículo derecho -arteria pulmonar - conducto arterioso - aorta descendente en un 60% del gasto cardiaco. Esto es debido a la resistencia pulmonar elevada que no permite flujo sanguíneo a los pulmones.

La permeabilidad del conducto arterioso en el feto depende del estado de hipoxemia de la circulación fetal y de la presencia de prostaglandinas E₁ y E₂ (producida por la placenta, el pulmón y la propia pared arterial del conducto); ambas relajan y dilatan sus fibras musculares.

EVALUACION DE RIESGO OBSTETRICO.

PACIENTE: FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD.

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

1. DATOS GENERALES

1. Edad (años)	■ <u>20 a 30</u>	■ 15 a 19	■ 14 o menos
2. Edad (años)		■ 31 a 35	■ 36 o más
3. Peso al inicio (Kg)	■ <u>51 a 64</u>	■ 65 a 75	■ 76 o más
4. Peso al inicio (kg)		■ 41 a 50	■ 40 o menos
5. Estatura (cm)	■ <u>1.50 o más</u>	■ 1.45 a 1.49	■ 1.44 o menos
6. Nivel socioeconómico	■ Alto y medio	■ <u>Bajo</u>	■ Muy bajo
7. Estado civil	■ <u>Casada</u>	■ Soltera	■ Sin cónyuge
8. Estado civil	■ Unión libre	■ Viuda	
9. Actitud	■ Adecuada	■ <u>Inadecuada</u>	■ Muy alterada

2. ANTECEDENTES

10. Paridad	■ 1 a 3	■ 4 a 6
-------------	---------	---------

11. Paridad		■ Nulípara	
12. Parto anterior	■ Normal	■ Difícil	■ Traumático
13. Abortos consecutivos	■ <u>No</u>	■ 2 o más	■
14. Cesáreas previas	■ <u>No</u>	■ Una	■ 2 o más
15. Partos pre término 37 Sem.	■ <u>No</u>	■ Uno	■ 2 o más
16. Preclampsia-eclampsia	■ <u>No</u>	■ Sí	■
17. Hijos < 2500 g. ó menos	■ <u>No</u>	■ uno	■ 2 o más
18. Hijos de 4000 g. ó más.	■ <u>No</u>	■	■ Sí
19. Muertes perinatales	■ <u>No</u>	■ Uno	■ 2 o más
20. Hijo malformado	■ <u>No</u>	■	■ Sí
21. Cirugía previa		■ Ginecológica	■ Útero

3. EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	■ <u>No</u>	■	■ Sí
23. Factor Rh	■ <u>Positivo</u>	■ Negativo no inmunizada	■ Negativo
24. Hemoglobina en g.	■ <u>11 o más</u>	■ 8 a 10.9	■ 8 ó menos
25. Tabaquismo	■ <u>No</u>	■ Si	
26. Alcoholismo	■ No	■ <u>Si</u>	
27. Toxicomanías	■ <u>No</u>	■ Si	
28. Amenaza de aborto (20 Sem. o menos).	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
29. Amenaza parto pre término (21 o más Sem.)	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
30. Hemorragia ginecológica	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
31. Cardiopatía	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
32. Nefropatía	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
33. Diabetes	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
34. Hipertensión crónica	■ <u>No</u>	■ Controlada	■ Activa
35. Hipertensión del embarazo	■ No	■ Controlada	■ <u>Activa</u>
36. Ruptura de membranas	■ <u>No</u>	■ 12 hrs. o menos	■ 13 hrs. o más
37. Otros especifique. EDEMA+++ PROTEINURIA+++ PLAQUETOPENIA	■	■	■
38.	■ Riesgo bajo.	■ Riesgo medio	■ <u>Riesgo alto</u>

EVALUACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

1. Presión arterial Sist.	■ 80-139	■ 140-160	■ <u>161 y más</u>
2. Presión arterial Diast.	■ 60-90	■ 91-109	■ <u>110 y más</u>
3. Aumento de peso (kg/mes)	■ 1 a 1.5	■ 1.6 a 2.9	■ <u>3.0 o más</u>
4. Aumento de peso (Kg/mes)	■	■ Sin aumento	■ Disminución
5. Aumento F.U. (cms/mes)	■ 3 a 5	■ 6-7	■ 8 y más
6. Aumento F.U. (cms/mes)	■	■ 1-2	■ <u>No</u> aumento
7. Líquido amniótico (cantidad)	■ <u>Normal</u>	■ Moderado	■ Exagerado ↑
8. Líquido amniótico (cantidad)	■	■ Moderado	■ Exagerado ↓
9. Movimientos fetales	■ <u>Normal</u>	■ Moderado	■ Exagerado ↑
10. Movimientos fetales	■	■ Moderado	■ Exagerado ↓
11. Hemorragia genital	■ <u>No</u>	■ Mínima	■ regular
12. Membranas ovulares	■ <u>integras</u>	■ Rotas 12 hrs. o menos	■ Rotas 13 hrs. o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	■ 1 o menos	■ 2 a 3	■ 4 o más
14. Aborto 20 Sem. o menos	■ <u>No</u>	■ Amenaza	■ En evolución
15. Parto pre término (21-36 Sem.)	■ <u>No</u>	■ Amenaza	■ En evolución
16. Infección urinaria	■ No	■ Controlada	■ <u>Activa</u>
17. Otras alteraciones maternas PLAQUETOPENIA, EDEMA, PROTEINURIA,	_____	_____	_____

Especifique _____	_____	_____
18.Otras alteraciones fetales <u>NINGUNA</u>	■	■
Especifique _____	■	■
19.Otros especifique _____	■	■
_____		_____

■ Riesgo bajo ■ Riesgo medio ■ **Riesgo alto**

EVALUACION DE RIESGO EN EL PUERPERIO.

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL PUERPERIO

1. Riesgo en el parto Previgen V	■ Bajo	■ Medio	■ <u>Alto</u>
2. Hemorragia	■ Normal	■ <u>Moderada</u>	■ Excesiva
3. Hipertensión	■ No	■ Moderada	■ <u>Severa</u>
4. Hipotensión	■ No	■ Moderada	■ Severa
5. Taquicardia	■ No	■ <u>Moderada</u>	■ Severa
6. Hipertermia	■ <u>No</u>	■ Moderada	■ Severa
7. Involución uterina	■ <u>Adecuada</u>	■ Subinvolución	■ Atonía
8. Insuficiencia respiratoria	■ No	■ <u>Moderada</u>	■ Severa
9. Edema	■ No	■ Regional	■ <u>General</u>
10. Infección	■ <u>No</u>	■ local	■ Generali zada
11. Emuntorios	■ <u>Regulares</u>	■ Con dificultad	■ No.
12. Lactancia	■ Al seno	■ Otra	■ <u>NO</u>
13. Otros especifique: _____		■ _____	■ _____

■ Riesgo bajo ■ Riesgo medio ■ **Riesgo alto**

PUERPERIO:

Inmediato hasta 24 horas

Mediato 25 a 72 horas

Tardío 4 a 42 días.

EVALUACION DE RIESGO EN EL RECIEN NACIDO.

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL RECIEN NACIDO DE 0-6 DIAS

1. Riesgo Previgen VI	■ Bajo	■ Medio	■ Alto
2. Pérdida peso	■ Hasta 8%	■ 1-12%	■ 13% y más
3. Control de temperatura	■ Si		■ No
4. Alimentación	■ Al seno	■ Otra	■ No
5. Dispepsia	■ No	■ Moderada	■ Severa
6. Onfalitis	■ No	■ Si	■
7. Ictericia	■ Leve	■ Moderada	■ Severa
8. Succión deglución	■ Normal	■ Fatiga	■ Anormal
9. Llanto	■ Normal	■ Agudo	■ Débil
10. Convulsiones	■ Ausentes	■ Focal	■ Generalizadas
11. Respuesta. Examen	Normal	■ Agitación	■ Letargo
12. Fontanelas	Normal	■ Deprimida	■ Tensa
13. Tono muscular	■ Normal	■ Hipertónico	■ hipotónico
14. Movimientos anormales	■ No	■ Temblor	■ Clónicos
15. Opistotonos	■ No		■ Si
16. Asimetría postural	■ No		■ Si
17. Cadera	■ Normal	■ Abducción	■ Ortolani pos.
18. Prensión	■ Con jalón	■ Sin jalón	■ Ausente
19. Búsqueda	■ Normal	■ Limitada	■ Ausente
20. Moro	■ Normal	■ Asimétrico	■ Ausente

21. Endereza miembros inferiores Normal Incompleto **Ausente**
22. Cabeza sigue tronco Si **No**
23. Marcha Normal Incompleto **No**
24. Otros especifique: _____
-

Nace por cesárea a las 29 SDG. Peso:
1.200g. kernicterus, SDR, a los 5
minutos muere

- Riesgo bajo Riesgo medio **Riesgo
alto**