

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

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

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA A UNA MUJER CON PRECLAMPSIA
USANDO LA VALORACION DE MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

CARMEN ANGELINA MARTÍNEZ TORRES

CUENTA: 407531217

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la vida por permitirme estar aquí y ahora.

A Dios por brindarme la confianza, tranquilidad, sabiduría y concederme la facultad de poder servir a los demás.

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

Un agradecimiento muy especial a mi asesor la Doctora Gandhi Ponce Gómez por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento científico y apoyo incondicional que me ha tenido durante el proceso para obtener mi titulación.

Gracias....

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todas las personas especiales en mi vida, mi familia.

AGRADECIMIENTO A MIS PADRES

ELLOS QUE AUNQUE YA NO ESTÉN CONMIGO LES AGRADEZCO TODO EL APOYO QUE ME BRINDARON, POR SUS CONSEJOS SABIOS ME DIRIGIERON PARA SER LA PERSONA QUE SOY AHORA, POR SU GRAN EJEMPLO A SEGUIR EL CUAL ME ALENTÓ PARA SER UNA BUENA PERSONA Y QUERER DEDICARME AYUDAR A LOS DEMÁS EN LA SALUD Y EN LO QUE CONFORMA AL SER HUMANO.

LES AGRADEZCO QUE SIEMPRE HAYAN ESTADO PARA MÍ QUE ME ESCUCHARON Y QUE AL FINAL DEL DIA AUNQUE ESTUVIERAN CANSADOS SIEMPRE TENÍAN TIEMPO PARA MÍ Y DARME SU MEJORES CONSEJOS PARA TOMAR DECISIONES DIFÍCILES EN MI VIDA.

GRACIAS MAMA POR AQUEL DÍA QUE ME DIJISTE QUE ESTABAS ORGULLOSA POR LA ENFERMERA QUE TENÍAS A TU LADO, ESAS PALABRAS ME INSPIRARON PARA SEGUIR ADELANTE CON MIS METAS, LOS AMOS PAPA Y COMO SIEMPRE LO HE DICHO ESTOR ORGULLOSA DE USTEDES Y DE HABER TENIDO LOS MEJORES PAPAS DEL MUNDO.

A MI PAREJA

TE QUIERO DAR LAS GRACIAS POR APOYARME SIEMPRE EN TODOS ESTOS AÑOS, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO CUANDO MÁS TE NECESITABA. BRINDARME TU PACIENCIA Y DEDICACIÓN, PORQUE CUANDO NECESITA DE ALGÚN CONSEJO SIEMPRE SABIAS QUE DECIRME Y ME DABAS SOLUCIONES. GRACIAS AMOR MÍO POR SER LA PERSONA MARAVILLOSA QUE ERES CONMIGO, POR CUIDARME Y POR QUÉ SIEMPRE ME HAS DICHO QUE SOY LO MÁS IMPORTANTE EN TU VIDA MAS SIN EMBARGO TÚ LO ERES PARA MÍ TAMBIEN TE AMO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
IV. METODOLOGÍA	5
V. MARCO TEÓRICO.	6
5.1. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	6
Etapas del PAE	7
Valoración	7
La observación:	10
La exploración física:	11
Diagnóstico	12
Planeación	15
Ejecución	17
Evaluación	17
5.2. PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON	18
5.3. PREECLAMPSIA	21
5.3.1. DEFINICIÓN PREECLAMPSIA	21
5.3. 2. ETIOLOGÍA	21
5.3.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA	23
5.3.4. DIAGNOSTICO	26
5.3.5. PREECLAMPSIA LEVE	26
5.3.6. PREECLAMPSIA SEVERA	27
5.4. COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA	28
5.5. MANEJO DE LA PREECLAMPSIA	29
VI PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.	31

VII. VALORACIÓN COMPLETA POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	35
7.1. VALORACION CEFALOCAUDAL	36
VIII. PLAN DE ATENCIÓN.	38
XI. CONCLUSIONES	49
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

INTRODUCCIÓN

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹

Además, se basa en el conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos desarrollados en un marco profesional destinados a promover la adquisición, mantenimiento, restauración de un estado de salud óptimo que permite la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

La mortalidad materna en nuestro país, como en muchos otros del mundo en desarrollo, constituye un problema de salud pública, motivo de gran preocupación para los gobiernos, las instituciones y la sociedad.

La preeclampsia-eclampsia continúa siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos y sistemas como el nervioso central, hígado, corazón, riñón y en la coagulación.²

Aunque la etiología de la preeclampsia/eclampsia aún no se conoce con precisión, la prevención juega un papel muy importante para evitar la muerte por esta patología; por ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

En este sentido, es por ello que en el presente trabajo se incluye elementos teóricos en los cuales se recuperarán los mecanismos fisiopatológicos, bioquímicos, y psicosociales que intervienen en la relación hombre – ambiente, a fin de sustentar los datos encontrados en la valoración, los diagnósticos, planes de cuidados y la evaluación; así como la integración de un plan de alta en la atención que se brinde a la mujer en la etapa reproductiva dentro del área hospitalaria.

Por otro lado afín de hacer frente a las necesidades del paciente se nos brindan teorías sobre el actuar de enfermería y su aplicación. Además de que el personal de enfermería gracias a sus conocimientos científicos y de sentido humanístico, es lo que nos distingue de las demás profesiones, otorgamos una atención holística al paciente afectado en conjunto con personal multidisciplinario de diferentes instituciones hospitalarias.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon cumple con todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración de enfermería eficaz, por

lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

En el presente trabajo se aborda lo que es preclampsia-eclampsia y cómo influye en gran medida en la vida cotidiana de la embarazada y de su familia por lo que la elaboración de un plan de cuidados acerca de esta patología es de gran importancia para prevenir la muerte materna o la separación de la diada materna.

Los principales objetivos es aliviar los síntomas, evitar la recurrencia, acelerar la curación y prevenir complicaciones que con el tratamiento y la vigilancia adecuada podrán llevar un embarazo de forma normal, además de que el personal de enfermería debe brindar al apaciente y a la familia la orientación adecuada para evitar problemas futuros.

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático que tiene como objetivo brindar cuidados humanistas y eficientes basados de forma científica para administrar cuidados individualizados de acuerdo con un enfoque básico de que cada persona o grupo responde de manera distinta ante una alteración real o potencial de salud

Por otro lado Datos recientes estiman que cada año se producen 529 000 defunciones maternas anuales, la mayoría ocurren en países en desarrollo y un número importante de estas defunciones son evitables². Las principales causas directas de defunciones maternas son las hemorragias, las infecciones y los trastornos hipertensivos, estos últimos se consideran a nivel mundial como causas del 12% al 25% del total de defunciones. En México, actualmente la preeclampsia/eclampsia se presenta en un 5 a 10% de los embarazos y es causa importante de muerte materna y neonatal, así como de prematuridad, restricción en el crecimiento intrauterino, muerte perinatal y desde luego todas las complicaciones secundarias a la prematuridad como la inmadurez pulmonar y neurológica.²

En respuesta a lo anterior, es necesario estimular y fortalecer las acciones de atención médica, con el fin de mejorar la calidad de la atención, procurando que las prestaciones de los servicios asistenciales respondan a parámetros que aseguren una operación integral más eficaz. Es por ello que el presente documento académico integra información teoría para la elaboración de un caso que permita tener una visión amplia de la atención otorgada a la mujer embarazada que cursa con preeclampsia y sus complicaciones, utilizando como principal herramienta metodológica el proceso cuidado enfermero.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fundamentar conocimientos teóricos por medio del proceso cuidado enfermero a una paciente con preeclampsia con la finalidad de que se brinde atención integral de calidad en el área hospitalaria basándose en los fundamentos de Maryory Gordon.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar los mecanismos fisiopatológicos y bioquímicos; así como la relación de la funcionalidad y disfuncionalidad de los sistemas comprometidos en la preeclampsia.
- Integrar la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a la mujer con preeclampsia.
- Aplicar como principal herramienta metodológica el Proceso Cuidado Enfermero para la atención integral de la mujer con preeclampsia.
- Construir un plan de alta hospitalaria a la mujer con preeclampsia leve para evitar complicaciones que se puedan presentar.

IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico se comenzó a desarrollar al seleccionar a una mujer hospitalizada con diagnóstico de preclampsia en un hospital de segundo nivel de atención de S.L.P.

La valoración de la persona se realizó con base en el modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon y una valoración física focalizada llevadas a cabo durante la hospitalización de la paciente resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba en ese momento a través de la obtención de datos por medio de una entrevista para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones a realizar.

Al mismo tiempo se llevó a cabo una documentación del caso respecto a los aspectos anatomo fisiológicos y fisiopatológicos, así como datos epidemiológicos para conocer la trascendencia del problema.

Se planeó la Intervención o Cuidado de Enfermería .

V. MARCO TEÓRICO.

5.1. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y aptitudes, que permiten la presentación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y a colectivos, y se mide por el grado de eficiencia, progreso y satisfacción del usuario, se hace parte de la calidad del cuidado de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud de los seres humanos desde lo real a lo potencial, lo individual, familiar o comunitario, que facilite la elaboración de planes de salud y ofrecer las intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a las necesidades identificadas. Consiste en una relación de interacción con el paciente, la familia o colectivos, es decir, es el sistema de la práctica de enfermería.³

Posee unas características que lo hacen flexible, dinámico, sistémico, interactivo, con un sustento teórico, individualizado y continuo; como instrumento es la práctica profesional es importante porque: asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad; proporciona la base para el control del estado de salud del paciente.

CARACTERÍSTICAS del P.A.E.

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

OBJETIVOS del P.A.E

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.

- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Etapas del PAE

Las 5 etapas del PAE o "Proceso de atención de enfermería" son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución, Evaluación.⁴

Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes:

- **La fuente primaria:** expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.
- **Las fuentes secundarias:** pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.⁴

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional
- Los conocimientos profesionales

- Habilidades en la valoración y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente que Implica la utilización de formularios o guías.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies".
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.⁵

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente.

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

1. Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Diagnóstico

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación.⁶

Los pasos para la definición del diagnóstico

1. Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 2015 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo, es:

- **F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos):** shock, anorexia nerviosa
- **F. de Tratamiento** (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- **F. de Maduración:** paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición característica que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede

lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.⁷

Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

1. **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.⁸

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.⁸

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.⁹

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

RESUMEN DEL MÉTODO CIENTÍFICO APLICADO BASADO EN LAS NECESIDADES					
NECESIDADES	FACTORES QUE LAS AFECTAN	VALORACIÓN	PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS	PLAN DE CUIDADOS	EVALUACIÓN

<p>ASPECTOS A CUBRIR PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Líquidos - Respiración - Termorregulación - Reposo / Sueño - Eliminación - Ejercicio - Seguridad u Protección - Sexualidad - Evitar Dolor - Autoestima - Etc. 	<p>QUE CONTRIBUYEN A ALTERAR LA NECESIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel socioeconómico - Nivel cultural - Nivel de actividad - Etc. 	<p>ACCIÓN DE DETERMINAR UNA SITUACIÓN</p> <p>Está dirigida a la recopilación y selección de datos y a su posterior análisis, lo que nos hace llegar a una conclusión o diagnóstico que resume los problemas a tratar</p>	<p>ES LA ALTERACIÓN DE UNA NECESIDAD UNA SITUACIÓN EN LA QUE EL PACIENTE NECESITA AYUDA ES EL RESULTADO DE UNA NECESIDAD NO SATISFECHA ANTE LA CUAL EL PACIENTE RESPONDE DE DIFERENTES FORMAS, QUE LLAMAMOS SÍNTOMAS PUEDEN SER:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reales - Potenciales 	<p><u>OBJETIVOS</u></p> <p>Es el final o el resultado al que se dirige una acción y que es susceptible de evaluación. Metas del Equipo de Enfermería.</p> <p><u>CUIDADOS</u></p> <p>Son las acciones del Equipo de Enfermería encaminadas a lograr los objetivos propuestos</p>	<p>Determinar en qué medida se han logrado cada uno de los objetivos, la calidad de las técnicas del cuidado y la calidad del equipo.</p> <p>Proporciona las bases para un juicio de valor que permita tomar mejores decisiones.</p>
---	---	--	--	---	--

5.2. PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.¹⁰

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

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

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

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. PRECLAMPSIA

5.3.1. DEFINICIÓN PREECLAMPSIA

Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.¹⁰

5.3. 2. ETIOLOGÍA

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología aún desconocida que se presenta únicamente en el embarazo de los humanos. Esta enfermedad se caracteriza por presentar una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a los siguientes cambios: incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial.

El avance científico en el campo de la biología molecular y de la genética, ha colaborado enormemente en el esclarecimiento de algunas de las teorías que antes permanecían sin tener una evidencia contundente.

Estos eventos moleculares investigados, han demostrado que la hipótesis de la fisiopatología de la preeclampsia tiene cierta similitud con las modificaciones enzimáticas que se manifiestan en la respuesta inflamatoria clásica, donde se ha encontrado que intervienen diferentes factores de crecimiento transformadores y citocinas, además de una serie de eventos como son interacción entre receptores de células llamadas killer y la invasión trofoblástica.

Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden manifestarse como síndrome materno (hipertensión con o sin proteinuria) o síndrome fetal (restricción en el crecimiento

intrauterino, oligohidramnios y oxigenación anormal). En la práctica clínica este síndrome materno, es probable que se manifieste como si fuera más de una sola enfermedad, diferenciándose entre la preeclampsia que se presenta cerca del término de la gestación sin lograr comprometer al producto de la concepción y aquella preeclampsia que se instala antes de la semana 32 y que se asocia frecuentemente a prematuridad y bajo peso.

En este mismo sentido, también se ha confirmado que existen factores de riesgo preconceptionales y conceptionales que favorecen tanto la aparición de la preeclampsia como de sus complicaciones. Los principales factores de riesgo son: enfermedad vascular previa, obesidad, embarazo múltiple, diabetes mellitus, y preeclampsia en embarazo previo

Clasificación DE los estados hipertensivos DURANTE EL embarazo

Hipertensión gestacional	Presencia de hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg después de la semana 20 de gestación en ausencia de proteinuria. En muchas ocasiones es un diagnóstico retrospectivo y se considera hipertensión transitoria del embarazo si no se desarrolla preeclampsia y los valores regresan a la normalidad. En caso de persistir con hipertensión posterior a las 12 semanas del parto puede clasificarse como hipertensión crónica.
Preeclampsia/ Eclampsia	síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg

	acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio. NOTA: En casos de embarazo múltiple, enfermedad trofoblástica gestacional o hidrops puede presentarse antes de las 20 semana
Preeclampsia agregada a hipertensión crónica	Ocurre cuando en pacientes con hipertensión conocida antes de la gestación, se agregan datos del síndrome de preeclampsia después de la semana 20 del embarazo
Hipertensión crónica	Presencia de hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación o la que persiste después de doce semanas posteriores al nacimiento.

5.3.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

La preeclampsia es un síndrome que se presenta después de las 20 semanas de gestación, junto con un aumento de la presión arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg, proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas y se resuelve dentro de las primeras 6 semanas posteriores al parto¹. Si bien, la etiología de la preeclampsia no es clara, se ha logrado identificar numerosos factores de riesgo que permiten seleccionar a población susceptible e iniciar intervenciones preventivas, diagnósticos oportunos y tratamiento de forma precoz.

La fisiopatología de la preeclampsia implica factores maternos, placentarios y fetales, que determinan dos alteraciones fisiopatológicas fundamentales; una invasión anómala del trofoblasto y una disfunción endotelial secundaria, que explica la microangiopatía producida

en la preeclampsia, con el riesgo latente de daño a órganos diana como el corazón, cerebro, riñón, hígado, placenta y sistema hematológico.

Las alteraciones precoces que se producen en el desarrollo de los vasos placentarios dan lugar a una hipoperfusión relativa de ésta, seguida de hipoxia e isquemia, que produce liberación de factores antiangiogénicos hacia la circulación materna, provocando una disfunción endotelial sistémica, que causa la hipertensión y las manifestaciones clínicas de la preeclampsia y sus complicaciones.

En un embarazo fisiológico, las células del citotrofoblasto migran a través de la decidua e invaden a las arterias espirales de la madre, hasta el tercio interno del miometrio para reemplazar inicialmente a las células del endotelio y luego destruir la capa muscular de la túnica media de estos vasos, que son las ramas terminales de la arteria uterina, encargadas de perfundir a la placenta y al feto. La transformación de estas arteriolas se inicia al final del primer trimestre y se completa entre las 18 y 20 semanas de embarazo. La remodelación que ocurre en las arterias espirales, musculares y de pequeño diámetro, a vasos de mayor calibre y con disminución de su capa muscular, permiten crear una circulación útero placentaria de baja resistencia y alta capacitancia, para facilitar el flujo de sangre hacia la placenta y permitir la liberación de sustancias vasodilatadoras que actúan a nivel local y sistémico.

Por otro lado, en la preeclampsia la invasión del citotrofoblasto es incompleta, es decir, los cambios que se producen en las arterias espirales pueden ser nulos o solamente llegar a la porción decidual de estos vasos, sin llegar al miometrio. Esto produce que las arterias espirales permanezcan como vasos estrechos, manteniendo un territorio de alta resistencia vascular, que se traduce en una hipoperfusión placentaria y en un aumento de la presión arterial materna. La causa que determina esta invasión trofoblástica anómala es desconocida, pero se han descrito factores vasculares, ambientales, inmunológicos y genéticos.

Este daño endotelial, se traduce en un estado inflamatorio generalizado en la circulación materna, comprometiendo órganos diana como el hígado, riñón, pulmón, corazón, cerebro y el sistema hematológico. Mientras que en el feto, el daño está determinado principalmente por la isquemia placentaria, con mayor riesgo de restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal y prematuridad, causada por la necesidad de interrumpir el embarazo de forma precoz, ya sea por indicación materna o fetal.

- El daño endotelial tiene tres efectos directos:
 - a) Aumento de la agregación plaquetaria y trombocitopenia.
 - b) Vasoconstricción e hipertensión arterial.
 - c) Aumento de la permeabilidad vascular y edema.

Finalmente, la coagulación intravascular diseminada y los depósitos de fibrina producen: Daño renal con proteinuria e insuficiencia renal aguda; daño hepático, desarrollándose el síndrome HELLP; daño placentario, con retardo del crecimiento intrauterino y daño cerebral, desarrollándose eclampsia.

- Disfunción hepática:

Se incluyen dolor en hipocondrio derecho y elevaciones de las transaminasas y bilirrubina sérica acontece en una minoría de los gestantes, su existencia indica gravedad. Las lesiones primarias consisten en hemorragias periportales con depósito de fibrina y fibrinógeno en las sinusoides. Se ha sugerido que el depósito hepático de microvesículas de grasa característicos de la esteatosis hepática aguda del embarazo acompaña a la preeclampsia.

Aunque la mayoría de los casos de preeclampsia son esporádicos, se cree que los factores genéticos juegan un rol importante en la susceptibilidad a esta patología. Por ejemplo, las primigestas con antecedentes familiares de preeclampsia, ya sea madre o hermana, tienen entre dos a cinco veces más riesgo de presentar preeclampsia que las mujeres primigestas sin estos antecedentes.

Eclampsia

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas de convulsiones.

- Síndrome de HELLP

El síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (síndrome de HELLP) es considerado como una complicación de la preeclampsia.

Su diagnóstico es variable e inconsistente. La hemólisis se define como el incremento en las bilirrubinas totales, de la deshidrogenasa láctica y anemia microangiopática, ésta última es punto clave de la triada del síndrome de HELLP. Los hallazgos clásicos de la hemólisis

microangiopática son la presencia de esquistocitosis y equinocitos en frotis de sangre periférica y se debe establecer el diagnóstico de síndrome de Hellp con la presencia de uno o más de los siguientes criterios:

Criterios para establecer el diagnóstico de síndrome de HELLP

Plaquetas TGO/AST DHL Bilirrubina total

< 100 000/mm³ ≥70U/L ≥600U/L > 1.2 mg/dl

Por la gravedad de esta variedad clínica, las pacientes con diagnóstico de síndrome de HELLP tienen mayor riesgo y deben ser manejadas en la Unidad de Cuidados Intensivos preferentemente

5.3.4. DIAGNOSTICO

Hipertensión gestacional

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

El diagnóstico se establece cuando existe: hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg después de la semana 20 de la gestación y hasta las primeras 12 semanas después del parto pero sin presencia de proteinuria. No deben de pasar más de 7 días entre la primera medición de la presión arterial y la segunda.

La hipertensión puede acompañarse de cefalea, acúfenos, fosfenos y si desaparece la hipertensión durante el parto o en las primeras doce semanas después de éste se denomina hipertensión transitoria.

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

5.3.5. PREECLAMPSIA LEVE

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg.
- Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hrs. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).

5.3.6. PREECLAMPSIA SEVERA

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.²¹

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg
- Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- Trombocitopenia $\leq 150\ 000$ cel/mm³
- Incremento de la deshidrogenasa láctica ≥ 600 UI
- Elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) = alanino amino transferasa (ALT) o de la transaminasa glutámico pirúvica (TGP) = aspartato amino transferasa (AST)
- Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- Epigastralgia
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Oligohidramnios
- Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas
- Edema agudo de pulmón
- Dolor en hipocondrio derecho

5.4. COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA

Insuficiencia renal aguda

La insuficiencia renal aguda es el síndrome que resulta de una caída precipitada de la tasa de filtración glomerular (IFG) o de la depuración de creatinina. Es posible que se desarrolle en un periodo de horas o días, ocasionando una insuficiente eliminación de los productos nitrogenados y así mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Puede ser secundaria a daño intrínseco del parénquima ó por alteraciones de la hemodinámica intrarenal.

Coagulación intravascular diseminada (CID)

La coagulación intravascular diseminada (CID) es un síndrome que se caracteriza por la activación anormal y exagerada de la coagulación con la formación de microtrombos en vasos de pequeño y mediano calibre, con consumo de factores de coagulación y plaquetas que condiciona sangrado, simultáneamente, ocurren actividad procoagulante, reducción de la actividad anticoagulante y una fibrinólisis exagerada.

Hematoma hepático

Es una complicación rara de la preeclampsia/eclampsia, con alta letalidad. El cuadro clínico se presenta como: dolor epigástrico o cuadrante superior derecho, irradiado en hemicinturón, hombro, región interescapulo-vertebral derecha, puede generalizarse a todo el abdomen, es intenso, continuo, aumenta con los movimientos respiratorios, palpación y todas aquellas condiciones que aumenten la presión intra-abdominal (tos, vómito, hipo, contracciones uterinas, trabajo de parto, parto, maniobra de Kristeller, posición para colocación de un bloqueo peridural, defecación etc.), así como distensión abdominal, disminución de la peristalsis, irritación peritoneal, hepatomegalia, ictericia, dependiendo del tamaño anemia o choque hipovolémico.

Edema Agudo Pulmonar

Es una complicación muy frecuente de la preeclampsia severa y de la eclampsia, en el último trimestre de la gestación, se presenta en un 6% del total de estas pacientes, aunque su frecuencia de aparición se incrementa en presencia de síndrome de HELLP, los mecanismos de producción son la disfunción renal oligúrica, la reposición de volumen intravascular inapropiadamente rápida y la presencia de vasoespasmo que producen una sobre carga al sistema cardiovascular con incremento en las presiones

Hemorragia Cerebral

Esta es la principal causa de muerte en las pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; se ha observado que hasta un 60 % de las pacientes eclámpicas que mueren dentro de los dos días siguientes a la aparición de las convulsiones presentaron esta complicación.

En la mayoría de los casos, las pacientes preeclámpicas con hemorragia cerebral ingresan al hospital en coma, después de haber presentado cefaleas y convulsiones en su domicilio, según refieren los familiares, frecuentemente son pacientes que habitualmente no han tenido control prenatal o éste ha sido irregular, presentan estupor, déficit motor y del sensorio (habitualmente datos de focalización o lateralización), etc.

El pronóstico es malo para el binomio madre/feto y la recuperación generalmente es la excepción; la evolución clínica en general muestra un estado de coma cada vez más profundo, periodos de apnea hasta paro respiratorio, ausencia de respuesta a la estimulación externa hasta manifestaciones clínicas de muerte cerebral.

La hemorragia cerebral es la complicación que más muertes produce en la paciente con preeclampsia/eclampsia, la lesión es estructural y la mayoría de las veces es irreversible, por lo que la medida terapéutica más importante será evitar que aparezca.

Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia

de llenado de cavidades izquierdas con salida de líquido intravascular al intersticio pulmonar y alvéolos, lo que produce un inadecuado paso de oxígeno a través de la interfase alveolo capilar con insuficiencia respiratoria aguda, grave, gran aumento del trabajo respiratorio, estertores diseminados y esputo asalmonado, hipoxemia severa y muerte

5.5. MANEJO DE LA PREECLAMPSIA

No alimentos por vía oral

Reposo en decúbito lateral izquierdo

Vena permeable con venoclisis: Pasar carga rápida 250 cc de solución (cristaloide) mixta, fisiológica o Hartmann en 10 a 15 minutos. P Continuar con solución cristaloide 1000 cc para pasar en 8 horas. P

Colocación de sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria mediante tira reactiva.

Medición de la presión arterial cada 10 minutos y frecuencia cardíaca fetal.

Restringir el aporte de líquidos y electrolitos por vía enteral y parenteral en pacientes con anuria. Disminuir el aporte de proteínas a 0.7 grs./Kg. de peso por día y el aporte de potasio y sodio en la dieta.

Biometría hemática con plaquetas

Química sanguínea: glucosa, urea, ácido úrico, TGO-AST, TGP-ALT y DHL. P
Tiempos de coagulación TP y TPT P

Examen general de orina (y determinación de proteinuria cada 6 horas con tira reactiva)

Prueba de funcionamiento renal (depuración de creatinina en orina de 24 horas)

Grupo sanguíneo y Rh

Prueba de tamiz metabólico en pacientes con riesgo para diabetes gestacional

Estudio de fondo de ojo (según el caso)

Aplicar un esquema de madurez pulmonar entre las semanas 24 y 34 de gestación*

VI PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente Maricruz Rivera Zavarías multigesta de 41 años de edad originaria de Cerritos, ingresa al servicio Atención Monitorizada Materno Infantil (AMMI) el 30 de marzo del presente año con diagnóstico médico de preeclampsia severa, se interrumpe embarazo a las 36 SDG mediante Cesárea (tipo Kerr) el día de hoy 4 de Septiembre 2013. Sus antecedentes Ginecobstetricos: Gestas V, Parto I, Abortos II, Cesáreas II. FUM: 26 diciembre 2012, ritmo menstrual 28 x 4. Menarquia a los 12 años de edad. Gesta 1 a los 20 años de edad. 6 consultas prenatales de la última gesta y refiere no haber padecido preeclampsia en embarazos anteriores. Ingresa a quirófano para realización de cesárea a las 2: 15 am.

Obtuvo un masculino a las 2:45 am con un de peso: 3240 gramos, talla: 52 cm, escala Apgar 8/9, escala Silverman Anderson: 0. Actualmente estable.

Al permanecer en el área de recuperación se encuentra consiente, orientada en tiempo, lugar y espacio, manifiesta que esta fatigada, tegumentos pálidos (++) generalizados, con presencia de acufenos y fosfenos, signos vitales (7:30 am) de FC: 137 latidos x', FR: 17 respiraciones x', T/A: 173/120 mm Hg, TC: 36 ° C, sangrado transvaginal hemático de aproximadamente 250 ml, edema en miembros inferiores ++ cruces, herida quirúrgica sin signos de infección con una eva de 8-9 en sitio de insicion, refiere sentirse preocupada por sus hijas, (una de ellas de 20 años de edad con Síndrome de turner) pues se quedaron solas en Cerritos ya que su marido no vive con ella por adulterio, además agrega que nadie la ha ido a ver por lo que desconoce cómo está su bebé y no sabe a qué servicio del hospital se lo llevaron. Manifiesta que hará todo lo que este en sus manos para recuperarse pronto para tener lo más pronto posible a su bebé con ella y también para ir a ver a sus hijos.

Posteriormente la paciente pasa al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos a las 8:00 am debido a las cifras tensionales altas y por la pérdida sanguínea transvaginal presentadas en el área de recuperación, donde actualmente se encuentra somnolienta, con acufenos y fosfenos presentes, mucosas orales deshidratadas (++) , dolor codificado con Eva 6 en epigastrio, se

mantiene con signos vitales estables (9:40 am) de FC: 83 latidos x', FR: 16 respiraciones x', SaO2: 93%, T/A: 100/57 mm Hg, edema en Msls ++, hiperreflexia de reflejo rotuliano, Eva de 5 por dolor localizado en área de incisión quirúrgica, y sangrado transvaginal de 55 ml, herida quirúrgica limpia, llenado capilar de 3 s. y al conversar con ella comienza a llorar porque sigue preocupada por su bebé ya que no le ha dado lactancia materna y no cuenta con información alguna acerca de su estado de salud. Sus líquidos parenterales son en Miembro superior derecho: 400 ml salino + 10 gr sulfato de Mg a 50 ml x hora. (venoclisis colocada el 04/09/13 yelco #18), Miembro superior izquierdo: 1000ml harmman p/ 6 horas. (venoclisis colocada el 04/09/13 yelco #18).

Con sonda vesical Foley calibre N. 16 colocada el 04/09/13 a la 1:40 am. Se cuantifica 100ml de diuresis a las 7:30 am.

Sus medicamentos: Cefalotina 1 gr IV C/ 8 horas, Ranitidina 50 mg IV C/ 12 horas. Metocroplamida 10 mg IV C/ 8 horas, Metamizol 1 gr IV C/ 6 horas. Hidralazina 50 mg V.O. C/ 6 horas. Tramadol 50 mg IV C/ 6 PRN.

Laboratorios:

LABORATORIO	30 de Agosto 2013	01 de Septiembre 2013	03 de Septiembre 2013	04 de Septiembre 2013 1.37 am
HEMATOLOGÍA				
Biometría Hemática				
Leucocitos	10.89 x 10 ³ / mm ³			15.38 x 10 ³ / mm ³
Eritrocitos	4.6 x 10 ⁶ / mm ³			4.29 x 10 ⁶ / mm ³
Hemoglobina	12 g/dL	12.4 g/dL	12.3 g/ dL	12.4 g/dL
Hematocrito	40 %	36%	36 %	36.6 %
Volumen corpuscular medio	86.6 μm ³			85.3 μm ³

Contenido Corpuscular Medio de Hemoglobina	29.2 Pg			28.9 Pg
Plaquetas	110,000 cel/mm ³	100,000 cel/mm ³	90,000 cel/mm ³	90,000 cel/mm ³
% Eosinofilos				0.05
% Basofilos				0.08
Tiempo de Protombina:	14 s.		15.8 s.	16.9 s.
Tiempo de Tromboplastina Parcial:	27.8 s.		30.8 s.	31.8 s.
Fibrinógeno:	485 mg/dL		274 mg/ dL	282 mg/dL
Grupo sanguíneo:	"O"	"O"	"O"	"O"
Factor Rh	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
QUÍMICA SANGUÍNEA				
Glucosa	55 mg/ dL			60 mg/Dl
Urea	12.82 mg/ dL			12.95 mg/dL
Creatinina	2 mg/dL			2 mg/Dl
Ácido Úrico	4.7 mg/ dL			6 mg/ Dl
PERFIL HEPÁTICO				
Bilirrubina Directa	0.20 mg/ dL			1 mg/ dL
Bilirrubina Total	0.4 mg/ dL			2 mg /Dl
Bilirrubina Indirecta	0.20 mg/ dL			1 mg/Dl
TGO	29 U/L	30 U/L	74 U/L	117 U/L
TGP	23 U/L		49 U/L	91 U/L
Fosfatasa Alcalina	201 U/L		176 U/L	
PROTEÍNAS TOTALES				
Proteínas Totales			5.8 g /dL	
Albumina	32 g/ dL		2.9 g/ dL	
Globulina	34 g/ dL			
Relación A/G	0.94			
Deshidrogenasa Láctica (DHL)	650 U/L	645 U/L	678 U/L	649 U/L

EGO				
Células Epiteliales	Abundantes			
Leucocitos	3-5			
Eritrocitos	1-2			
Bacterias	Moderadas			
Células Renales	Escasas			
PROTEINURIA DE 24 HORAS				
			Volumen 3030 ml, 5 gramos en 24 horas	

VII. VALORACIÓN COMPLETA POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

MANEJO-PERCEPCIÓN DE LA SALUD Paciente femenino de 41 años.
Diagnóstico de preeclampsia severa más síndrome de HELLP.
Interrupción de embarazo a las 36 SDG con masculino de 3,240.
6 consultas prenatales en la última gesta.
Manifiesta que hará todo lo que este en sus manos para recuperarse pronto.

NUTRICIONAL-METABÓLICO Tegumentos pálidos (++) generalizado, T°=36°C, sangrado trasvaginal hemático de 250 ml., edema en Msls de ++, herida quirúrgica por incisión Kerr sin datos de infección. Mucosas orales deshidratadas (++) . Llenado capilar de 3 segundos.
Venoclisis yelco #18 en MSD y MSI con fecha de 04/09/13.

ELIMINACIÓN Sonda Vesical Foley No. 16 colocada el 04/09/13.
100 ml de diuresis
Proteinuria: 5 gr. En 24hrs.
DHL= 649 U/L

ACTIVIDAD-EJERCICIO Signos vitales: FC: 137x', FR= 16x'
T/A=173/120mm Hg, SpO2=93%, hiperreflexia de reflejo rotuliano.

COGNITIVO-PERCEPTUAL Somnolienta y fatigada.
Presencia de acufenos y fosfenos.
Dolor en epigastrio con Eva de 6
Dolor en incisión quirúrgica con Eva de 8-9 pts

ROL-RELACIONES

Se encuentra preocupada por sus dos hijas. Su marido no vive con ella.

Ningún familiar le ha realizado una visita.

SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

G: V, P: I, A: II, C:II.

FUM 26 de Diciembre de 2012

Ritmo menstrual 28 x 4

Menarquia desde los 12 años

1 era gesta a los 20 años.

AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Desconoce cómo se encuentra su hijo recién nacido, está preocupada y llora por la misma causa.

7.1. VALORACION CEFALOCAUDAL

Somatometría

Edad: 41 años

Peso:76 kilogramos

Talla: 1.59

T°: 36 °c

FC: 137 x´

FR :17 x´

T/A: 173/120 mm/hg

Eva :8-9 pts

Paciente consciente, orientada en sus tres esferas , cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado cabello de color café oscuro, ojos simétricos con sensibilidad a la luz no se observa secreciones o algún tipo de infección, narinas permeables sin heridas visibles,

sus orejas están simétricas con perforaciones en cada una de las orejas por aretes, no presenta secreciones en el canal del oído, tegumentos palidos ++ generalizados , pieza dental completa sin presencia de halitosis, mucosa oral con signos de deshidratación .

Tórax simétrico con taquicardia , glándulas mamarias con buena producción láctea, abdomen blando depresible con presencia de herida quirúrgica limpia con sangrado transvaginal hemático aproximadamente de 250 ml, con una EVA de 8-9 pts en epigastrio y con sonda Foley #16 A derivación con gasto urinario cuantificable, edema de miembros inferiores +

VIII. PLAN DE ATENCIÓN.

Diagnostico. Deterioro de la movilidad física. (00204)

Dominio 4: actividad reposo.

Clase 2: actividad /ejercicio.

Definición: limitación del movimiento físico, intencionado del cuerpo o de una o mas extremidades

VALORACION	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNFAMENTO	EVALUACION
<p>Paciente femenino de 41 años a la exploración se observa con deterioro de la movilidad física postoperada de cesárea alas 36 SDG por presentar preeclampsia severa</p> <p>T/A:173/120 mm/Hg</p>	<p>Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión m/p cambios en la presión arterial, edema, alteración en las características de la piel.</p>	<p>Disminución de la presión arterial que puede comprometer la salud.</p>	<p>*anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.</p> <p>*identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos(hipertensión, insuficiencia cardiaca)</p>	<p>*la enfermera tendrá el control del estado hemodinámico de la paciente. La medición se efectuará después de por lo menos, 10 minutos en reposo.</p> <p>*la fiebre causa pérdidas de líquidos y electrolitos que en esta patología cualquier</p>	<p>Se logró tener un control en el registro de la T/A para continuar con el manejo.</p> <p>Con la valoración focalizada se identificaron los riesgos en la paciente y</p>

<p>FC:137X´</p> <p>FR:17x´</p> <p>T°:36°c</p>			<p>*administración de fármacos para aumentar la diuresis</p> <p>*control de la eliminación urinaria</p> <p>*administración de la medicación</p>	<p>variante puede poner en peligro la vida de la paciente.</p> <p>los diuréticos puede ser eficientes para evitar daño renal y disminuir el edema se recomienda La furosemida que puede utilizarse a dosis de 80 mg hasta 400 mg en infusión ó en bolos.</p> <p>En pacientes con preeclampsia se debe colocar una sonda Foley a permanencia para</p>	<p>se intervino oportunamente para prevenir futuras complicaciones.</p> <p>La administración de diuréticos sirvió para tener un balance de líquidos positivo y así evitar una recarga de liquido que pudo desencadenar un daño renal irreversible.</p> <p>La colocación de sonda Foley es la principal herramienta</p>
---	--	--	---	--	--

				<p>cuantificar volumen y proteinuria.</p> <p>Administrar medicamentos antihipertensivos como: hidralazina:</p> <p>Administrar un bolo inicial de 5 mg IV (diluir en 20 ml de solución fisiológica).</p> <p>Labetalol:</p> <p>Iniciar con 20 mg IV, sin en 10 minutos no hay respuesta, administrar bolo IV de 40m</p>	<p>para llevar acabo el balance de líquidos.</p> <p>Con la administración de el tratamiento farmacológico se logro estabilizar la T/A a las cifras normales 100/57 MM/hg.</p>
--	--	--	--	---	---

	<p>informe verbal de dolor, informe codificado.</p>		<p>*vendaje abdominal post-parto</p>	<p>Brindar un ambiente de confort para que la paciente se encuentre tranquila.</p> <p>Ayudar a mantener los músculos abdominales y el útero con tono y fuerza</p> <p>.Elimina eficazmente carga adicional a la columna vertebral, reduce el dolor en la espalda, lo que resulta que el utero vuelva a la normalidad,</p>	<p>paciente sobre lo que el estrés causa de manera física y emocional en su cuerpo además de decirle las ventajas que tendrá para ella y para su recién nacido si se mantiene tranquila.</p> <p>El vendaje proporciono de forma notable la movilidad con mas seguridad de la paciente y ayudo a recobrar la fuerza y el</p>
--	---	--	--------------------------------------	--	---

				restaurando el tono muscular.	tono muscular de útero y músculos abdominales.
--	--	--	--	-------------------------------	--

<p>Sonda vesical colocada hace 5 hrs con 100ml de orina.</p>			<p>*monitorización de signos vitales</p>	<p>proteinuria nos permitirá evaluar el estado renal del paciente.</p> <p>Los SV son el reflejo de los cambios hemodinámicos en el paciente ya que con el aumento de volumen la FR, TA y FC aumentan.</p>	<p>la TA y el edema.</p>
--	--	--	--	---	--------------------------

X. PLAN DE ALTA

INTERVENCIONES Y ACCIONES DE EMFERMERIA	FUNDAMENTO
<p>*Ayuda para disminuir el peso</p> <p>Determinar el deseo y motivación de la madre para reducir el peso o la grasa corporal</p>	<p>Cuando la perdida de peso es motivada por factores externos le facilita la aceptación de la misma.</p>
<p>*enseñanza: dieta prescrita</p> <p>Explicar al paciente el por que de la dieta su fundamento y objetivo.</p>	<p>Cuando se consientiza al paciente permitirá un avance mayor y una disminución de las complicacioes que se pudiesen presentar.</p>
<p>*etapas de la dieta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer avanzar al paciente con la ingesta de poco liquido según la tolerancia del paciente • Pegar la orden de restricción de la dieta en la cama. • Determinar la colaboración de la dietista con numero de calorías y tipo de nutrintes para satisfacer las exsigencias de la nutrición. • Restricción de sodio en la dieta 	<p>La ingesta de poco liquido y baja cantidad de sodio en la dieta para la paciente edematizada evita que el edema presentado aumente en grandes proporciones.</p>
<p>*educación acerca del proceso de enfermedad</p>	<p>Evaluar el nivel de conocieminetos acerca de la preeclampsisa nos marca la pauta para reestructurar ese conocimeitno y reafirmar o negarlo o corregir cualquier falta de información</p>
<p>*hacer énfasis en la importancia de periodos de reposos planificados</p>	<p>El reposo y confor produce una sensación agradable que evitara que la pacinete se</p>

	encuentre agitada y por lo tanto evitara la elevación de la TVA
Hacer énfasis en la importancia de asistir a las citas con su medico	El control post-parto es de gran importancia ya que las pacientes con precampsia tienen la predisposición para continuar con periodos de crisis hipertensivas o permanentes por lo que es de vital importancia el tratamiento para futuras complicaciones.
Explicar el nombre de los medicamentos dosis y horarios a administrar, los objetivos y los efectos secundarios.	El apego al tratamiento evitara complicaciones y alteraciones en el estado hemodinámico de la paciente.
Analizar los síntomas que puedan indicar la progresión de la presión alta como son: <ul style="list-style-type: none"> • Visión borrosa • Dolor de cabeza • Mareos • Vomito • Dolor en el epigastrio • Sibilido de oídos 	Estos signos y síntomas la paciente debe de conocerlos ya que pueden tener crisis hipertensivas sin darse cuenta y desencadenar otras patologías que provocan daños irreversibles como son IR, edema cerebral etc.
Debe estimularse en la paciente para que se cumplan con las intervenciones complementarias para tratar la hipertensión como lo es: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el peso • Dieta baja en sodio • Ejercicio regular • Abandono del tabaco • Tratamiento del estrés 	La paciente que presentó preeclampsia tiene el doble de predisposición de presentarlo en los siguientes embarazos por lo que se tiene que hacer énfasis en cambios en el estilo de vida para evitar se vuelva a presentar.

<p>Es necesario enseñar ala paciente y a su familia la técnica adecuada para la toma de la TA</p>	<p>LA MEDICION DE LA PRESION Arterial desempeña el papel fundamental en el control y detección oportuna de la misma.</p>
<p>IMPORTANTE Elección de un método de planificación familiar</p>	<p>Ninguna mujer deberá de salir del área hospitalaria sin un método de planificación para evitar embarazo que puede ser de alto riesgo a causa de la patología presentada.</p>

XI. CONCLUSIONES

El embarazo es una etapa de la vida que experimenta la mujer, siendo este una etapa que debe transcurrir sin complicaciones, con tranquilidad y Autocuidado por parte de la gestante, ya que, si no se cumple con los deberes como el control prenatal, una buena alimentación entre otros, puede complicarse de múltiples durante o después de parir, pudiendo llevar hasta a la muerte a la paciente y al producto.

El síndrome de HELLP y la preeclampsia es una complicación grave del embarazo ya que es una enfermedad que puede prolongarse por mucho tiempo si no se trata y se controla de manera responsable. Razón por la cual es de suma importancia que los cuidados brindados por el personal de enfermería sean integrales, eficaces, oportunos y orientados principalmente a educar a la paciente cuando asista a consultas prenatales, a la familia y a la comunidad, sobre la importancia de tener consultas prenatales, dar a conocer las complicaciones del embarazo y así poder evitarlas

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud OMS[internet].mexico.OMS.2017;[citado el 2017 julio 11].disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
2. Romero J.F. Preeclampsia. Enfermedades hipertensivas del embarazo. Modelo de enfermedad en el embarazo. 1ra Edición. Editorial Mc Graw Hill .México D.F.:2009. Pág. 19-29.
3. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia / eclampsia. 4ta edición. México, D. F.; Secretaria de Salud; 2007.
4. Moran Aguilar victoria. Proceso de enfermería. 1ª edición. Ciudad de mexico; trillas;2010.
5. Andrade Zepeda Ma.Guadalupe. Manual de proceso de cuidado enfermero. 4ª edición. San Luis potosí; trillas;2004.
6. Baley E.et al. manual de valoración de enfermería. 6ª edición. Barcelona España; océano;1997.
7. Betty J Ackley.Gail B Ladwing. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª edición. Madrid España; Elsevier;1997.
8. Diagnosticos enfermeros definición y clasificación (nanda 2015-2017). 10ª edición. Barcelona España.elsever;2015.
9. Charrier Joelle.Ritter Brigitte. Plan de cuidados estandarizado, un soporte del diagnóstico enfermero. 1ª edición. México; Mansson;2005.
10. Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso cuidado enfermero. Guía paso a paso. 4ª edición. España; A.G. Gutenberg;1997
11. Marjory Gordon. Manual de diagnóstico enfermero. 10ª edición. Massachussets; Elsevier;1998.
12. Potter patricia A. Griffin Anne.fundamentos de enfermería. 8ª edición. México; elsever;2015

I

13. K.R. Niswander. Obstetricia práctica clínica. 1ª edición. Buenos aires; reverte;1987.
14. Redman C. W., Sargent I. L., Starkey P. M. La placenta humana. 1ª edición. Barcelona: Masson; 2000.
15. Miale Jhon B.M.D. Hematología medicina del laboratorio. 3ª edición. México; reverte;1985.
16. Bernardette F.Rodack. Hematologia fundamentos y aplicaciones clínicas 2ª edición. México; panamericana;2002.
17. Pusajo J.F.Daglio .G.R.Hernandez M.S.Egurriola M.A.fisiopatologia general de los estados críticos.1ª edición. Buenos aires argentina; Hernández editores;2000.
18. Botella Ilusia Jose. Clavero Nuñez Jose A. Tratado de ginecología. 14ª edición. Madrid España; Días de santos;1993.
19. Fernandez Adrian.Cresser Julio.callejas Fernando. fisiopatología de la inflamación. 7ª edición. Universidad de Texas; trillas;2008.
20. E.M. Rossen. Regulación de la angiogénesis. 2ª edición. new york; Birkhauser;2006.
21. L.cabero, D.Saldivar,E.Cabrillo. Obstetricia y medicina materno-fetal. 5ª edición. Buenos aires; panamericana;2007.
22. J.Roberto Ahued, Carlos Fernández del Castillo, Rene Ballon Uriza. Ginecologia y obstetricia aplicada. 2ª Edición. el manual moderno; México DF;2003.
23. Gleicher Norbet, Buttino Louis,erikayam Uri. tratamiento de complicaciones clínicas del embarazo.3ª edición. Panamericana; Montevideo uruguay;1998.
24. M.marinez Maldonado,J.L Rodicio,J Herrera Acosta. Tratado de nefrología. 2ª edición. Ediciones norma; Madrid;1993
25. Martinez Fernando. historia natural del síndrome de hellp. 1ª edición. Claver editorial; universidad del rosario.1998
26. L.cabero, D.Saldivar,E.cabrillo. obstetricia y medicina materno-fetal.5ª edición. Buenos aires; panamericana;2007.
27. Parra- Ramírez Pablo, Beckles- Maxwell Mario. Diagnóstico y Manejo Oportuno del Síndrome de HELLP. Acta méd. costarric [revista en la Internet]. 2005 Ene [citado 2013Oct 03]; 47(1):07-14. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000100002&lng=es.
28. Secretaria de salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida[internet]. Mexico;SEGOB;2016.[citado

2017 junio.30].disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fe

29. Instituto mexicano del seguro social
IMSS[internet].mexico.IMSS.2017;[citado el 2017 junio 30].disponible
en: <http://www.imss.gob.mx/maternidad2/estas-embarazada/signos-alarma>