



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER DURANTE EL
PUERPERIO INMEDIATO CON PREECLAMPSIA CON DATOS DE
SEVERIDAD, DESDE LA PERSPECTIVA TEORICA DE
DOROTHEA ELIZABETH OREM

PRESENTA:

L.E.O DALIA ANABEL JIMÉNEZ MARTÍNEZ

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

ASESOR ACADÉMICO:

E.P.P NIDIA RIVAS FLORES

CIUDAD DE MÉXICO, 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER DURANTE EL
PUERPERIO INMEDIATO CON PREECLAMPSIA CON DATOS DE
SEVERIDAD, DESDE LA PERSPECTIVA TEORICA DE
DOROTHEA ELIZABETH OREM

PRESENTA:

L.E.O DALIA ANABEL JIMÉNEZ MARTÍNEZ

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

ASESOR ACADÉMICO:

E.P.P NIDIA RIVAS FLORES

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



Resumen

El presente estudio de caso, se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" en el área de hospitalización como método de investigación a una mujer de 31 años, durante la etapa del puerperio inmediato con preeclampsia con datos de severidad, obesidad grado III e hipertensión crónica, y con un método de planificación familiar (dispositivo intrauterino de cobre); de acuerdo a la ACOG la Preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica, con una aparición de hipertensión posterior a las 20 semanas de gestación, en el parto y/o en el puerperio, considerándose actualmente una de las principales causas de morbilidad materna. Este estudio de caso se sustenta a través de la metodología del proceso de atención enfermero relacionándolo con la perspectiva teórica de Elizabeth Dorothea Orem, se analizó la demanda terapéutica que limita la agencia de autocuidado, se planearon intervenciones especializadas basadas en evidencia como estrategia para desarrollar capacidades de autocuidado, a través de la evolución se observó la eficacia del plan de cuidados enfermeros fue satisfactorio para la resolución de los déficits de autocuidado diagnosticados.

Palabras claves: preeclampsia con datos de severidad, puerperio, hipertensión crónica, estudio de caso, enfermería, cuidados.

Abstract

The present case study was carried out at the National Institute of Perinatology "Isidro Espinosa de los Reyes" in the area of hospitalization as a method of investigation of a 31-year-old woman, during the immediate postpartum stage with preeclampsia with severity data, Grade III obesity and chronic hypertension and with a family planning method (intrauterine copper device); According to the ACOG, Preeclampsia (PE) is a multisystemic disease, with an onset of hypertension after 20 weeks of gestation, in childbirth and / or in the puerperium, currently being considered one of the main causes of maternal morbidity and mortality. This case study is supported through the methodology of the nursing care process relating it to the theoretical perspective of Elizabeth Dorothea Orem, the therapeutic demand that limits the self-care agency was analyzed, specialized interventions based on evidence were planned as a strategy to develop capacities of self-care, through the evolution it was observed the effectiveness of the nursing care plan was satisfactory for the resolution of the diagnosed self-care deficits.

KeyWord :Preeclampsia with severity data, puerperium, chronic hypertension, case study, nursing, care.

Dedicatoria

A mis padres Antonia Martínez y Antonio Jiménez, ya que son mi pilar fundamental con su dedicación, paciencia y apoyo en mi formación académica, por ser las personas que me orientan, por levantarme el ánimo en los momentos difíciles estudiantiles. Gracias por sus valores, principios, por su perseverancia y consejos para ayudarme a tomar decisiones que hoy en día lograron fortalecerme, sobre todo gracias por confiar y creer en mí, dándome el ejemplo digno de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes hoy alcance una meta, y por ustedes soy la persona que me he convertido.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, pero les dedico todo mi esfuerzo que hoy se ve reflejado en la culminación de esta etapa profesional, en reconocimiento a todo su sacrificio puesto.

Agradecimientos

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme permitido formarme como un ser profesional y la oportunidad de crecimiento académico. A la coordinadora de la especialidad E.P.P Nidia Rivas por darme la oportunidad de vivir la experiencia, las herramientas académicas para formarme como enfermera especialista.

Índice

Introducción	6
Objetivos.....	8
Objetivo General	8
Objetivo Específico.....	8
Capítulo I. Fundamentación	9
Capítulo II. Marco Teórico.....	10
Marco conceptual.....	10
Marco empírico	11
Teoría de enfermería aplicada al estudio de caso.....	12
Daños a la salud.....	15
Fisiopatología.....	15
Factores de Riesgo	17
Categorías de Hipertensión según la ACOG	17
Terapéutica antihipertensiva	24
Capítulo III. Metodología.....	29
Estudio de caso	29
Selección del Estudio de Caso	30
Cronograma de actividades	31
Esquema metodológico.....	32
Elección y descripción genérica del caso	33
IV. Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	43
Jerarquización de Requisitos Alterados.....	43
Diagnósticos	44
Valoración Focalizada	51
Plan de Alta.....	54
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.....	57
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
Referencias.....	60

Introducción

La Preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica, multifactorial, principalmente se le atribuye a un proceso inflamatorio por una inadecuada remodelación de las arterias espirales (vasoconstricción) provocando un ambiente hipóxico que inducen una función endotelial anormal lo cual modifica el tono y la permeabilidad vascular siendo la causa de la hipertensión y la proteinuria. Es una complicación grave que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto y/o en el puerperio con el aumento de la tensión arterial, considerándose actualmente una de las principales causas morbimortalidad perinatal.

La enfermería perinatal permite brindar atención integral a la persona de cuidado y binomio o trinomio (madre-hijo-padre) tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, así mismo también durante la etapa preconcepcional, prenatal, parto y puerperio, reduciendo la mortalidad materna, además de realizar medidas de promoción y prevención a la salud, así como también un control de riesgos de los factores condicionantes biológicos, psicosociales y culturales, mediante el sistema de enfermería educación para la salud esto a su vez tiene una relación con las intervenciones enfermeras para conseguir el aumento del bienestar y la calidad de vida mediante la agencia de autocuidado .

El proceso de atención de enfermería (PAE) sigue siendo el método sistemático para la identificación de alteraciones en la salud y favorecer la ejecución de cuidados especializados basados en la evidencia, el PAE está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y resultados, a su vez favorece al alumno de posgrado a realizar de manera dinámica, deliberada y consciente, habilidades cognitivas hacia el análisis del problema y su resolución.

Este estudio de caso se apoya de la Teoría de Elizabeth Orem y sus subteorías, puesto que es parte fundamental para el desarrollo de la práctica profesional de la enfermería, favorece el análisis e interpretación de las alteraciones en la salud que se presenta durante los actos de cuidado, abordando a la mujer de forma psicosocial-espiritual, buscando sus limitaciones con el propósito de desarrollar habilidades encaminadas hacia

su autocuidado. Llevándose a cabo mediante un instrumento de valoración a la demanda de autocuidado, el cual se basa en la identificación factores de riesgo y la ejecución de intervenciones basadas en evidencia, además del apoyo de métodos enfermeros (guiar, apoyar y enseñar a otro). Se identificó la demanda de autocuidado terapéutico a una mujer en puerperio inmediato con preeclampsia con datos de severidad, obesidad grado III, hipertensión crónica, además se realizó una valoración focalizada realizándose un diseño de la demanda de autocuidado identificando las condiciones humanas y ambientales, determinando los métodos de ayuda y evaluando la evolución del puerperio, por último se realizó un plan de alta con el apoyo de la nomenclatura CUIDARME para el abordaje a la promoción y prevención a la salud de forma psicosocial y espiritual.

Objetivos.

Objetivo General.

- Realizar un estudio de caso como método para describir la relación de cuidados especializados a una mujer en el puerperio inmediato con preeclampsia con datos de severidad en un hospital de 3er nivel desde la perspectiva de la Teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Objetivo Específico.

- Analizar a través del instrumento de valoración los requisitos de autocuidado alterados.
- Identificar los factores básicos condicionantes que determinan el sistema de autocuidado de la mujer.
- Calcular la demanda de autocuidado mediante la identificación del déficit.
- Elaborar diagnósticos de enfermería a través del formato PES en base al déficit de autocuidado y los 8 requisitos universales.
- Orientar en el desarrollo de capacidades y conocimientos a través de la transmisión de contenidos educativos.
- Favorecer el confort de la paciente durante su estancia hospitalaria mediante la agencia de enfermería.
- Impartir cuidados especializados, éticos y basados en evidencia científica.
- Otorgar atención con enfoque humanizado y seguro.
- Elaborar un plan de alta dirigida a la paciente para favorecer el desarrollo de su agencia de autocuidado.
- Favorecer la agencia de autocuidado mediante el sistema de enfermería orientar y enseñar la patología a la usuaria.
- Describir intervenciones específicas en mujeres con preeclampsia con datos de severidad durante el puerperio.
- Evidenciar los factores de riesgos perinatales para el desarrollo de preeclampsia, para la contribución en el área de enfermería.

Capítulo I. Fundamentación

En la última publicación de la OMS, se estimó que las principales complicaciones causantes del 75% de la mortalidad materna, son las hemorragias graves postparto, las infecciones puerperales y la preeclampsia-eclampsia. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres (representando 16%) por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.

En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos (1). El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (África Subsahariana y Asia Meridional), esto refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud. (2)

Por ello se contempla que los países adopten estrategias para la reducción de mortalidad materna la cual se ve reflejada en las metas de desarrollo sostenible las cuales establecen la disminución de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial esto dentro de la Estrategia Global para la Salud en Mujeres, Niños y Adolescentes para el 2016-2030 (3)

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un importante problema de salud pública, ya que afectan alrededor del 10% de los embarazos en todo el mundo, estimándose en aproximadamente 6-8% en Europa (1)(2). Como se mencionó anteriormente los trastornos hipertensivos (haciendo énfasis en la preeclampsia) son un problema de salud pública, debido a que es una de las principales causas de morbilidad materna y fetal, se ve reflejada en la prematuridad y retraso en el crecimiento intrauterino, complicando el embarazo en un 3 a 8%, en México ocurre en 5 a 10% de todos los embarazos, provocando unas 50 000 a 60 000 muertes por año. (4)

Capítulo II. Marco Teórico

Marco conceptual

La enfermería es la ciencia y arte de cuidar seres humanos; es decir, cuidar es la expresión de la actividad profesional, fruto del conocimiento formal, técnico y científico derivado de una formación académica, es una disciplina que actúa en varias dimensiones: en el cuidado, en la investigación, en la gestión y en la educación.(5) El cuidado en sí mismo debe incluir ética y responsabilidad, estableciendo habilidades y experiencias de autocuidado mediante el proceso enseñanza-aprendizaje, el cual se compone en una práctica de salud y bienestar, según se plantea Dorothea Orem en su teoría del autocuidado. (6)

El estudio de caso es una herramienta de investigación y una técnica de aprendizaje que puede ser aplicado en cualquier área de conocimiento El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. (7)

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias, para que circule por todo el cuerpo. El sobrepeso y la obesidad pueden aumentar la presión arterial, sube los niveles de glucosa en la sangre, colesterol, triglicéridos y ácido úrico, lo que dificulta que la sangre fluya por el organismo. (8)

La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. (9)

El puerperio es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. (10)

Marco empírico

La investigación en el campo de la mortalidad materna y sus complicaciones se ha desarrollado fundamentalmente desde la perspectiva biomédica. Pocos son los estudios que han explorado los Factores Básicos Condicionantes Descriptivos de las mujeres que desarrollan preeclampsia desde una perspectiva teórica enfermera, la cual favorece a la descripción de factores de riesgo para la mortalidad materna que sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial está asociado a una ingreso bajo de recursos económicos, analfabetismo, baja escolaridad, la restricción del acceso de servicios de salud, así como su calidad de atención, además de las enfermedades crónicas degenerativas y metabólicas, la falta de información sobre signos y síntomas de alarma para la detección y seguimiento de la enfermedad.

Se observó en un estudio de tesis “Obesidad pregestacional y ganancia ponderal materna excesiva como factores de riesgo para preeclampsia severa” (11), comprendida en el año 2016 al 2018 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Bolivia, el cual estaba comprendido de 208 pacientes el cual se basaba en pacientes que tienen factores de riesgo como el aumento ponderal de peso y la obesidad para el desarrollo de preeclampsia con criterios de severidad y sin criterios de severidad, el cual mostro que la obesidad pregestacional no incrementa el riesgo de desarrolla dicha patología, pero no cabe destacar que en otros estudios realizados en diversos países como Finlandia, Perú el aumento de IMC > 30kg eleva el riesgo de desarrolla preeclampsia 5 veces más, sin embargo hace hincapié sobre el riesgo del aumento ponderal excesivo durante el embarazo, para desarrollar DM.

Sin embargo es importante la optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS menciona la importancia de realizar intervenciones basadas en datos de investigación, para promover la unificación del tratamiento de trastornos hipertensivos. (12)

Teoría de enfermería aplicada al estudio de caso

El aplicar el modelo teórico de Elizabeth Dorothea Orem a la práctica enfermera favorece al proceso de recabar, agrupar, organizar e interpretación de información para determinar las situaciones que requieren de cuidados enfermeros, organizar intervenciones para que se produzcan cambios positivos en la necesidad alterada. (13)

La relación de las etapas se muestra a continuación:

-**Valoración/Operaciones de diagnósticos:** Consiste en determinar el estado de salud mediante la recopilación de información a través de entrevistas sobre la situación de salud que permiten determinar la relación entre las demandas de autocuidado terapéutico de la persona y limitaciones de la agencia de autocuidado o agencia de autocuidado dependiente y determinar la existencia o no del déficit de autocuidado para poder satisfacer los requerimientos de autocuidados.

-**Diagnóstico:** Se trata de determinar la existencia de problemas que requieren tratamiento enfermero identificando la etiología del déficit de autocuidado que corresponde a la limitación de la agencia de autocuidado o la agencia de autocuidado dependiente y su vez para la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico, así como la capacidad de la agencia de autocuidado y agencia de autocuidado dependiente.

La realización del diagnóstico es mediante el formato PES, que desarrollo Gordon (1996): problema de salud (P) es el déficit de autocuidado, los factores etiológicos o relacionados (E) son las limitaciones de agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente, las características definitorias (S) es la demanda de autocuidado terapéutico y las limitaciones existentes en la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente.

- Planificación: En este proceso se inicia el plan de cuidados, priorizando los diagnósticos, estableciendo objetivos y organizado las intervenciones enfermeras necesarias. Este consiste en la **Operación de prescripción** que es priorizar las demandas de autocuidado terapéutico para el funcionamiento y bienestar de la persona y para regular la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente siguiendo un orden 1) las que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales, 2) las que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión, 3) las que van dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano, 4) las que van dirigidas a proporcionar el bienestar de la persona.

El **Diseño para las operaciones de regulación** en esta etapa sirve para concretar y especificar operaciones de prescripciones descritas, así como las acciones de cuidados que son necesarias para la satisfacción de requerimientos de autocuidado de la persona para mantener un adecuado funcionamiento compatible con la vida.

La **Planificación para las operaciones reguladoras** se trata de formular los objetivos dirigidos al mantenimiento y/o recuperación de la satisfacción de los requisitos de autocuidado, la descripción de las acciones a realizar y el establecimiento de métodos para suplir, apoyar o ayudar a la persona con base a la enseñanza u orientación.

-Ejecución/**Cuidados de regulación**: Consiste en poner en práctica el plan de cuidados como operaciones de regulación de los requerimientos de autocuidado realizando intervenciones necesarias y potencializando la implicación de la persona o su agencia de cuidado dependiente mediante la guía, apoyo y proporcionando un entorno favorable para su desarrollo. Se requiere realizar acciones específicas y especializadas para producir un sistema de autocuidado adecuado, y al finalizar realizar juicios sobre la eficacia de estas acciones y si se requiere modificaciones que sean necesarias.

-Evaluación/**Operaciones de control**: Se trata de comprobar si el proceso y el plan de cuidados enfermeros han sido eficaces para la resolución de los déficits de autocuidado diagnosticados y el establecimiento del equilibrio entre la demanda de autocuidado y la agencia del mismo o si es necesario hacer algún cambio.

Valorar la relación entre las demandas de autocuidado y la agencia: Si se ha desarrollado la agencia de autocuidado, si se regula la demanda de autocuidado mediante el sistema de enfermería y la existencia de un nuevo déficit de autocuidado eso implicaría la realización de un diagnóstico enfermero y un nuevo plan de cuidados.

Relación de las etapas del PAE con el modelo teórico de Orem	
Operaciones de diagnósticos	<i>Valoración</i>
	<i>Diagnostico</i>
Operaciones de prescripción Diseño para las operaciones de regulación Planificación para las operaciones reguladoras	<i>Planificación</i>
Cuidados de regulación	<i>Ejecución</i>
Operaciones de control	<i>Evaluación</i>

Cuadro N°1 (13) Francisco R.C, Benavent G.MaA, Ferrer F,E. "El modelo teorico de Dorothea E. Orem", pág 369- 383.

Daños a la salud

La Preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que afecta únicamente al embarazo humano. Es una complicación grave que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato, siendo una importante causa de mortalidad materna y de morbimortalidad perinatal. La misma se caracteriza por una respuesta inmunológica anormal materna como resultado de la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria. Este síndrome tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión asociado a proteinuria y alteraciones sistémicas.(14)

Fisiopatología

El embarazo es un estado de inflamación sistémica con incremento de las citoquinas pro-inflamatorias y activación de la cascada de la coagulación, pero en la Preeclampsia este proceso inflamatorio se amplía incrementando la activación de granulocitos, monocitos y citoquinas pro-inflamatorias. En el embarazo normal, antes de las 9 semanas de gestación, el trofoblasto invasor penetra las arterias espiraladas de la decidua materna formando tapones vasculares que actúan como una válvula que regula el flujo, siendo mínima la perfusión placentaria en esta etapa generando un medio ambiente hipóxico. Esta hipoxia inicial es considerada un importante mecanismo fisiológico porque aumenta la producción de algunos factores angiogénicos favoreciendo la invasión trofoblástica. Luego de las 9 semanas comienza un proceso de recanalización que se completa a las 12 semanas, asociado a un aumento de la oxigenación. Este periodo es considerado un momento crítico para el crecimiento y la diferenciación del trofoblasto y es acompañado de un aumento de los marcadores de estrés oxidativo en la placenta. La remodelación de las arterias espiraladas por el citotrofoblasto invasor produce un efecto vasodilatador, que

incluye un cambio en la túnica muscular con desaparición de las fibras musculares y reducción de la actividad adrenérgica, y también una mayor producción de prostaciclina y de óxido nítrico, aumentando así el flujo sanguíneo más de 10 veces. El resultado final es una circulación placentaria caracterizada por baja resistencia y alto flujo sanguíneo, viéndose aumentada en la PE.

Agentes causantes

Invasión citotrofoblástica: las células trofoblásticas no invaden más allá de la decidua miometrial, por ende las arterias espirales mantienen una alta resistencia, hipoperfusión, bajo flujo e hipoxemia en vasos placentarios.

Disfunción placentaria: en el embarazo la unidad vascular materna y placentaria se convierte en un sistema de baja resistencia y presión, así como un alto flujo, producto del engrosamiento de arterias espirales. En la preeclampsia, estos cambios se tornan limitados, con ello se genera arterioesclerosis de arteriolas espirales y basales, reduciendo de esta manera el flujo útero-placentario, por vasoconstricción, generándose isquemia e infartos placentarios, que promueven necrosis tisular.

Disfunción endotelial: en la pre-eclampsia se incrementa la permeabilidad de membranas e incrementa la respuesta a la enzima convertidora de angiotensina (ACE), Angiotensina II y receptor angiotensinógeno. Esto provoca un vasoespasmo grave, con compromiso de perfusión tisular, alteración en la síntesis de prostaciclina de origen endotelial, elevación del factor de Von Willebrand y de niveles de fibronectina, activación de neutrófilos con la posterior liberación de elastasas / proteasas. (15)

La primera etapa de la enfermedad es asintomática, caracterizada por hipoperfusión e hipoxia placentaria generando trombosis e infarto en las vellosidades aumentando la producción y liberación de ciertos factores en la circulación materna que causan un estado de inflamación generalizada y activación del endotelio induciendo la segunda etapa de la enfermedad caracterizada por vasoconstricción, reducción del volumen plasmático y activación de la cascada de coagulación, siendo esta, la etapa sintomática o de diagnóstico clínico.

Factores de Riesgo

Nulliparity
 Multifetal gestations
 Preeclampsia in a previous pregnancy
 Chronic hypertension
 Pregestational diabetes
 Gestational diabetes
 Thrombophilia
 Systemic lupus erythematosus
 Prepregnancy body mass index greater than 30
 Antiphospholipid antibody syndrome
 Maternal age 35 years or older
 Kidney disease
 Assisted reproductive technology
 Obstructive sleep apnea

Nuliparidad
 Multiparidad
 Antecedentes de preeclampsia
 Hipertensión crónica
 Diabetes gestacional
 Trombofilias
 Lupus eritematoso
 IMC >30
 Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
 Edad materna de 35 años o más
 Enfermedades del riñón
 Reproducción asistida
 Apnea obstructiva del sueño

Cuadro N°2 (16) ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician –Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019;133(1):1–25.

Categorías de Hipertensión según la ACOG

Hipertensión crónica

La hipertensión crónica es la presencia de presión arterial alta antes de que la mujer quedara embarazada o la que ocurre en la primera mitad del embarazo (antes de las 20 semanas del embarazo). Los parámetros de presión arterial son los siguientes:

- Normal: Menos de 120/80 mm Hg
- Elevada: Sistólica entre 120–129 y diastólica menos de 80 mm Hg.
- Hipertensión de etapa 1: Sistólica entre 130–139 o diastólica entre 80–89 mm Hg.
- Hipertensión de etapa 2: Sistólica de por lo menos 140 o diastólica de por lo menos 90 mm Hg.

Hipertensión gestacional

Se define como una presión sanguínea sistólica de 140 mm Hg o más o una presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más, o ambos, en dos ocasiones por lo menos durante 4 horas, después de 20 semanas de gestación, en una mujer con una presión arterial previamente normal. La hipertensión gestacional se considera grave cuando el nivel sistólico alcanza 160 mm Hg o el nivel diastólico alcanza 110 mm Hg, o ambos. La hipertensión gestacional se produce cuando la hipertensión sin proteinuria o características graves se desarrolla después de las 20 semanas de gestación y los niveles de presión arterial vuelven a la normalidad en el periodo postparto.

Hasta el 50% de las mujeres con hipertensión gestacional, finalmente, va a desarrollar proteinuria u otra disfunción de órganos terminales compatibles con el diagnóstico de preeclampsia, y esta progresión es más probable cuando la hipertensión se diagnostica antes de las 32 semanas de gestación. Sin embargo, las mujeres sin proteinuria tienen mayor frecuencia de trombocitopenia o disfunción hepática. La proteinuria durante el embarazo se define como 300 mg / dl de proteína o más en una recolección de 24 horas de orina o una proporción de proteína a creatinina de 0,30 g/dl o más.

Aunque la hipertensión y la proteinuria son considerados como los criterios clásicos para el diagnóstico de preeclampsia, otros criterios también son importantes. En este contexto, se recomienda que las mujeres con hipertensión gestacional en ausencia de proteinuria son diagnosticadas con preeclampsia si presentan alguna de las siguientes características graves: recuento de trombocitopenia (plaquetas inferior a 100.000/ L),

función hepática alterada como se indica por las concentraciones en sangre anormalmente elevados de enzimas hepáticas (a dos veces el límite superior de la concentración normal); severa persistente cuadrante superior derecho o dolor epigástrico y no explicada por otros diagnósticos; insuficiencia renal (concentración de creatinina sérica mayor de 1,1 mg / dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal); edema pulmonar; o dolor de cabeza de nueva aparición que no responde al acetaminofeno y no explicada por otros diagnósticos o alteraciones visuales.

Preeclampsia Sin datos de Severidad

Blood pressure

- Systolic blood pressure of 140 mm Hg or more or diastolic blood pressure of 90 mm Hg or more on two occasions at least 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a woman with a previously normal blood pressure
- Systolic blood pressure of 160 mm Hg or more or diastolic blood pressure of 110 mm Hg or more. (Severe hypertension can be confirmed within a short interval (minutes) to facilitate timely antihypertensive therapy).

and

Proteinuria

- 300 mg or more per 24 hour urine collection (or this amount extrapolated from a timed collection) or
- Protein/creatinine ratio of 0.3 mg/dL or more or
- Dipstick reading of 2+ (used only if other quantitative methods not available)

Or in the absence of proteinuria, new-onset hypertension with the new onset of any of the following:

- Thrombocytopenia: Platelet count less than $100,000 \times 10^9/L$
- Renal insufficiency: Serum creatinine concentrations greater than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease
- Impaired liver function: Elevated blood concentrations of liver transaminases to twice normal concentration
- Pulmonary edema
 - New-onset headache unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses or visual symptoms

Presión sanguínea

- Mayor que o igual a 140 mm Hg sistólica o mayor que o igual a 90 mm Hg diastólica en dos ocasiones por lo menos 4 horas aparte después de 20 semanas de gestación en una mujer con una presión arterial previamente normal.

Proteinuria

- Mayor que o igual a 300 mg por 24 horas de recogida de orina.
- La proteína / creatinina mayor que o igual a 0,3mg/dl.
- La lectura de la varilla de medición 2+
- en ausencia de proteinuria.
- hipertensión de reciente aparición con la nueva aparición de cualquiera de los siguientes:
- Trombocitopenia: recuento de plaquetas inferior a $100.000 \times 10^9/$ microlitro
- Insuficiencia renal: las concentraciones séricas de creatinina mayor que 1,1 mg / dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal función hepática alterada.
- Alteración en el hígado: concentraciones en sangre de las transaminasas hepáticas dos veces más de la concentración normal.
- Edema pulmonar

Aparición de dolor de cabeza que no responde al tratamiento y/o síntomas visuales.

Cuadro N°3 (16) ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician –Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019;133(1):1–25.

Preeclampsia con datos de severidad

- Systolic blood pressure of 160 mm Hg or more, or diastolic blood pressure of 110 mm Hg or more on two occasions at least 4 hours apart (unless antihypertensive therapy is initiated before this time)
- Thrombocytopenia (platelet count less than $100,000 \times 10^9/L$)
- Impaired liver function as indicated by abnormally elevated blood concentrations of liver enzymes (to twice the upper limit normal concentration), and severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses
- Renal insufficiency (serum creatinine concentration more than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease)
- Pulmonary edema
- New-onset headache unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses
- Visual disturbances

- **La presión sistólica de la sangre de 160 mm Hg o superior, o la presión arterial diastólica de 110 mm Hg o superior en dos ocasiones por lo menos en 4 horas.**
- **Trombocitopenia (recuento de plaquetas inferior a $100.000 \times 10^9/$ microlitro).**
 - **Alteración de la función hepática elevación de enzimas dos veces más de la concentración normal, dolor grave persistente cuadrante superior derecho o dolor epigástrico que no responde a la medicación.**
 - **Concentración de creatinina sérica mayor de 1,1 mg / dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal- insuficiencia renal progresiva.**
 - **Edema pulmonar.**
 - **Cefalea de nueva aparición.**
 - **Trastornos visuales.**

Cuadro N°4 (16) ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician –Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019;133(1):1–25.

Del mismo modo, los estudios han encontrado que el síntoma de dolor de cabeza como criterio diagnóstico de preeclampsia severa no es fiable y no específica. Por lo tanto, se requiere un enfoque de diagnóstico astuto y perspicaz cuando otros signos y síntomas indicativos de preeclampsia severa faltan por corroborar. Es de destacar que, en el marco de una presentación clínica similar a la preeclampsia, pero en edades gestacionales antes de 20 semanas, diagnósticos alternativos deben ser considerados como; púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome urémico, embarazo molar, enfermedad renal o autoinmune.

Dentro del diagnóstico de la preeclampsia se ha descartado como indicador proteinuria. En la actualidad se diagnostica con trombocitopenia, alteración de la función hepática, e insuficiencia renal (elevación o duplicación de la creatinina sérica >1.1 mg/dl), edema pulmonar, trastornos cerebrales o visuales.

Los criterios de BP se mantienen de las recomendaciones anteriores, la proteinuria se define como la excreción de 300 mg o más de proteína en una muestra de orina de 24 horas. Alternativamente, se utiliza una excreción temporizada que se extrapola a este valor de orina de 24 horas o una relación proteína / creatinina de al menos 0,3 (mg / dl).

Eclampsia

La eclampsia es la manifestación convulsiva de los trastornos hipertensivos del embarazo y es una de las más graves manifestaciones de la enfermedad. La eclampsia se define por crisis tónico-clónicas, focal, multifocal o de nueva aparición en ausencia de otras condiciones causales tales como la epilepsia, isquemia arterial cerebral y de miocardio, hemorragia intracraneal, o el uso de drogas. Algunos de estos diagnósticos alternativos pueden ser más probable en los casos en que las convulsiones de nueva aparición se producen después de 48 - 72 horas después del parto o cuando se presentan convulsiones durante la administración de sulfato de magnesio. Aunque el daño neurológico residual es raro, algunas mujeres pueden tener consecuencias a corto plazo y largo plazo, tales como deterioro de la memoria y la función cognitiva, especialmente después de convulsiones recurrentes o hipertensión grave sin corregir conducen a edema citotóxico o de miocardio. La pérdida de materia blanca permanente se ha documentado en la resonancia magnética después de eclampsia en hasta una cuarta parte de las mujeres, sin embargo, esto no se traduce en déficits neurológicos significativos.

Eclampsia a menudo (78 - 83% de los casos) es precedida por signos premonitorios de irritación cerebral como occipital grave y persistente o dolor de cabeza frontal, visión borrosa, fotofobia e hiperreflexia, en raras ocasiones ceguera (que puede durar horas) y alteración del estado mental. Sin embargo, la eclampsia puede ocurrir en ausencia de signos o síntomas de advertencia.

La eclampsia puede ocurrir antes, durante o después del parto. Es de destacar que una proporción significativa de las mujeres (20 - 38%) no demuestran los signos clásicos de preeclampsia (hipertensión o proteinuria) antes del episodio de ataque. Los dolores de cabeza se cree que reflejan el desarrollo de la elevación de la presión de perfusión cerebral, edema cerebral, y la encefalopatía hipertensiva.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una constelación de una gama de signos neurológicos clínicos y síntomas tales como pérdida de la visión o déficit, convulsiones, dolor de cabeza, y sensorio alterado o confusión. Aunque sospecha de PRES se aumenta en el ajuste de estas características clínicas, el diagnóstico de PRES se hace por la presencia de edema vasogénico y hiperintensidades en los aspectos posteriores del cerebro en la resonancia magnética. Las mujeres están particularmente en riesgo de PRES en la configuración de la eclampsia y la preeclampsia con dolor de cabeza, alteración de la conciencia, o alteraciones visuales. Otra condición que puede ser confundido con eclampsia o preeclampsia es el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible se caracteriza por el estrechamiento multifocal reversible de las arterias del cerebro con signos y síntomas que típicamente incluyen dolor de cabeza trueno y, menos comúnmente, déficits neurológicos focales relacionados con edema cerebral, accidente cerebrovascular, o convulsiones. El tratamiento de las mujeres con PRES y el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible puede incluir control médico de la hipertensión, la medicación antiepiléptica, y neurológica a largo plazo de seguimiento.

Síndrome HELLP

El término corresponde al acrónimo:

H Hemolysis.

E Enzymes elevated.

L Liver.

L Low.

P Platelets.

Entre el 15 y el 20% de las pacientes con síndrome HELLP no presenta antecedentes de hipertensión ni de proteinuria, hecho que ha conducido algunos autores a creer que preeclampsia y síndrome HELLP sean dos entidades distintas. Complica entre el 0.1-0.8% de las gestaciones y entre el 10 y el 20% de las gestaciones con preeclampsia severa.

Se diagnostica:

- Anemia hemolítica microangiopática con presencia de esquistocitos en el frotis.
- Plaquetas < 100.000 cell/microL.
- Bilirrubina total > 1.2 mg/dl.
- Elevación de GOT al doble de su valor normal (generalmente 70UI/L)

Aunque el síndrome de HELLP es principalmente una condición tercer trimestre, en 30% de los casos que se expresa o progresa posparto primero. Además, el síndrome de HELLP puede tener un comienzo insidioso y atípico, con hasta 15% de los pacientes que carecen de hipertensión o proteinuria. En el síndrome de HELLP, los principales síntomas que se presentan son dolor en hipocondrio derecho y malestar generalizado en hasta el 90% de los casos y las náuseas y los vómitos en el 50% de los casos. (17)

Las guías internacionales recomiendan unánimemente la utilización de fármacos antihipertensivos para la hipertensión severa. Dosis repetidas de nifedipino, hidralazina intravenosa o labetalol cada 15-30 min todos alcanzan el adecuado control de la presión en al menos el 80% de las mujeres.

El uso concomitante de Sulfato de Magnesio y nifedipino es seguro. El sulfato de magnesio intravenoso es eficaz para el tratamiento y prevención de la eclampsia.

Los corticosteroides para el síndrome HELLP ayudan a mejorar los parámetros de laboratorio. Todas las complicaciones de la preeclampsia pueden también ocurrir después del parto, particularmente en las primeras 48 h. El labetalol IV y la hidralazina son los fármacos de primera línea para el manejo de la hipertensión severa de inicio agudo, en el periodo post-parto, pero la nifedipina oral también puede considerarse como un tratamiento de primera línea post parto.

Terapéutica antihipertensiva

Se consideran agentes orales o parenterales que se pueden repetir a los 30 min si la presión arterial se mantiene en ≥ 160 mm Hg sistólica o ≥ 110 mm Hg diastólica.

Manejo farmacológico según la ACOG

Drug	Dose	Comments	Onset of Action
Labetalol	10–20 mg IV, then 20–80 mg every 10–30 minutes to a maximum cumulative dosage of 300 mg; or constant infusion 1–2 mg/min IV	Tachycardia is less common and fewer adverse effects. Avoid in women with asthma, preexisting myocardial disease, decompensated cardiac function, and heart block and bradycardia.	1–2 minutes
Hydralazine	5 mg IV or IM, then 5–10 mg IV every 20–40 minutes to a maximum cumulative dosage of 20 mg; or constant infusion of 0.5–10 mg/hr	Higher or frequent dosage associated with maternal hypotension, headaches, and abnormal fetal heart rate tracings; may be more common than other agents.	10–20 minutes
Nifedipine (immediate release)	10–20 mg orally, repeat in 20 minutes if needed; then 10–20 mg every 2–6 hours; maximum daily dose is 180 mg	May observe reflex tachycardia and headaches	5–10 minutes

Cuadro N°5 (16) ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019;133(1):1–25.

Manejo farmacológico según el INPer

Medicamento	Dosis y modo de administración	Efectos adversos
1. Hidralazina	5 a 10 mg en bolos o en infusión a dosis de 0.5 a 10 mg por hora Diluir una ampolleta de 20 mg en 100 mL de sol. GI al 5%	Cefalea, taquicardia, náusea, vómito e hipotensión
2. Labetalol	20 mg en bolo hasta 40 mg cada 10 a 15 minutos, o en infusión 1 a 2 mg/minuto	Náusea, vómito, se ha reportado bradicardia neonatal
3. Nifedipina	10 mg por vía oral exprimiendo el contenido de la cápsula, cada 10 a 15 minutos hasta 30 mg	Útero inhibición, hipotensión, taquicardia, cefalea
4. Nitroprusiato de sodio	En infusión continua a dosis de 0.5 a 10 µg/kg/minuto Diluir una ampolleta de 50 mg en 100 mL de sol GI 5%. Administrar con bomba de infusión	Náusea, y en dosis altas riesgo de intoxicación con tiozanatos o cianuro

Cuadro N°6 (17). Hernández J, Sosa S, Estrada A, Nares M, Ortega V, Mendoza S, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2013;27(4):262–80.

Sulfato de Magnesio (MgSO₄)

Dosis inicial de 4 g IV en 5 minutos seguido de infusión de 1 g/h y mantener por 24 h (Neuroprotector fetal) La recurrencia de convulsión puede ser tratada con una nueva dosis de 2-4 g en cinco minutos por vía intravenosa.

Según la ACOG

El inicio de la infusión cuando una dosis de carga intravenosa de se utiliza 4,5 g seguido de 1,8 g / hora. Sin embargo, las tasas de infusión de más de 2 g/hora se han asociado con aumento de la mortalidad perinatal en una revisión sistemática de los estudios aleatorios de sulfato de magnesio utilizados para tocólisis. Estos datos pueden ser considerados de apoyo para el régimen generalmente preferida en los Estados Unidos (intravenosa [IV] administración de un 4 - 6 g dosis de carga de más de 20 - 30 minutos, seguido de una dosis de mantenimiento de 1 - 2 g / hora).

Para las mujeres que requieren un parto por cesárea (antes del inicio del parto), la infusión ideal debe comenzar antes de la cirugía y continuar durante la cirugía, así como por 24 horas después. Para las mujeres que dan a luz por vía vaginal, la infusión debe continuar durante 24 horas después del parto. En caso de dificultades con el establecimiento de un acceso venoso, sulfato de magnesio se puede administrar por inyección intramuscular (IM), 10 g inicialmente como una dosis de carga (5 g IM en cada nalga), seguido de 5 g cada 4 horas.

En pacientes con insuficiencia renal leve (creatinina sérica 1,0 - 1,5 mg / dL) o oliguria (menos de 30 ml producción de orina por hora durante más de 4 horas), la dosis de carga de 4 - 6 g debe ser seguido por una dosis de mantenimiento de solamente 1 g/ hora. El uso de una dosis de carga inferior, tal como 4 g, puede estar asociada con niveles subterapéuticos durante al menos 4 horas después de la carga.

Los efectos adversos de sulfato de magnesio (depresión respiratoria y paro cardíaco) vienen en gran parte de su acción como un relajante del músculo liso.

Régimen de concentración de Sulfato de magnesio.

Serum Magnesium Concentration				
mmol/L	mEq/L	mg/dL	Effect	
2-3.5	4-7	5-9	Therapeutic range	
>3.5	>7	>9	Loss of patellar reflexes	
>5	>10	>12	Respiratory paralysis	
>12.5	>25	>30	Cardiac arrest	

Cuadro N°7 (18) Duley L. Magnesium sulphate regimens for women with eclampsia: messages from the Collaborative Eclampsia Trial. Br J Obstet Gynaecol 1996;103:103-5 and (19) Lu JF, Nightingale CH. Magnesium sulfate in eclampsia and preeclampsia: pharmacokinetic principles. Clin Pharmacokinet 2000;38:305-14.

Manejo de acuerdo al INPer

1. Dosis inicial

Solución glucosa al 5% aforar a 100 mL más 4 g de sulfato de magnesio, infundir de 5 a 10 minutos intravenoso

2. Dosis de mantenimiento

Solución glucosada al 5%, aforar a 500 cm³ y agregar 8 a 10 g de sulfato de magnesio y mantener la infusión intravenosa a 1 g por hora

Repetir infusión hasta mantenerla por 24 horas

Indicaciones	Preeclampsia severa y eclampsia
Precauciones	Precaución en mujeres tratadas con bloqueadores neuromusculares, miastenia gravis o bloqueo cardíaco Medir niveles de magnesio en sangre si existe insuficiencia renal u oliguria menor a 90 mL en 4 horas La concentración sérica de terapéuticos de magnesio es de 1.7 a 3.5 mmol/L
Vía de administración	Intravenosa con un dispositivo de infusión
Convulsiones persistentes	Administrar 2 g adicionales en cinco minutos Puede repetirse la dosis en dos minutos si la convulsión continúa
Dosis de mantenimiento	Un gramo por hora, mantener por 24 horas Reducir la dosis a 0.5 g/hora o suspender si existe alteración de la función renal
Efectos colaterales	Hipotensión por reducción de las resistencias vasculares sistémicas Náusea y vómito Rubor Sed Debilidad

Cuadro N°8 (17) .Hernández J, Sosa S, Estrada A, Nares M, Ortega V, Mendoza S, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. Perinatología y Reproducción Humana. 2013;27(4):262–80.

Corticoesteroides

Administrar 2 dosis de betametasona de 12 mg intramuscular con diferencia de 24 horas entre las semanas 24 y 34 de gestación. Considerar administrar 2 dosis de betametasona de 12 mg intramuscular con diferencia de 24 horas en mujeres entre 35 y 36 semanas de gestación.

Transfusión de plaquetas para el síndrome HELLP

Recomendado para recuentos de plaquetas < 20.000 , o ≥ 50000 (con o sin GR desplasmatisados) si la paciente muestra excesivo sangrado activo, disfunción plaquetaria, recuento rápidamente decreciente de plaquetas o coagulopatía.

Prevención

Tamizaje, en primer trimestre (11 a 13.6 semanas), de arterias uterinas, repetir tamizaje de arterias uterinas en el segundo trimestre.

Fármacos

- ASPIRINA; una dosis de 150 mg por día, desde las 11 o 14 semanas de embarazo hasta las 36 semanas. E. OMS Recomendación Fuerte⁽¹²⁾
- L-ARGININA; 1-2 g/día. R Fasgo⁽¹⁴⁾
- CALCIO; la dosis según la OMS es de 1.5 a 2 g/día. E OMS R Fuerte⁽¹²⁾
- VITAMINA D; 800-1.2 g/ día. R Fasgo⁽¹⁴⁾

Capítulo III. Metodología

Estudio de caso

El estudio de casos consiste en un método o técnica de investigación, habitualmente utilizado en las ciencias de la salud y sociales, el cual se caracteriza por precisar de un proceso de búsqueda e indagación, así como el análisis sistemático de uno o varios casos.

Es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, en la que los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente visibles, y en la que se utilizan distintas fuentes de evidencia. El estudio de caso pretende elaborar hipótesis, explorar, explicar, describir, evaluar y/o transformar. Puede producir conocimientos o confirmar teorías que ya se sabían. Es una estrategia o herramienta inductiva, que va de lo particular a lo general. (28)

Se basa en 6 principios los cuales son:

1. Es adecuada para investigar fenómenos en los cuales se busca dar respuesta al cómo y por qué ocurren.
2. Permite estudiar un tema determinado.
3. Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
4. Permite estudiar fenómenos desde múltiples perspectivas.
5. Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio, lo cual permite la aparición de nuevas hipótesis sobre los temas que emergen.
6. Juega un papel importante en una investigación, por lo cual debería ser meramente utilizado como la exploración inicial de un tema determinado.

Selección del Estudio de Caso

Para el presente trabajo se seleccionó a una paciente el día 11 de Octubre del 2018, en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", en el 3er piso de hospitalización- Alojamiento conjunto, la cual se encontraba en su primer día de hospitalización de puerperio quirúrgico, más preeclampsia con datos de severidad, aplicándose el instrumento de valoración perinatal, realizando una exploración céfalo-caudal.

Posterior a la validación de los datos obtenidos, se organizó dicha información, identificándose los requisitos alterados según la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, Se identificaron y se jerarquizaron, para la estructuración de los diagnósticos en formato PES, realizando intervenciones especializadas para generar la autosuficiencia de los requisitos de autocuidado.

Cronograma de actividades.

Actividades	2018		
	Oct	Nov	Dic
Firma Del Consentimiento Informado			
Valoración Inicial			
Valoración Focalizada			
Detección De Los Requisitos Universales Alterados			
Aplicación De Intervenciones Especializadas			
Búsqueda De Información Bibliográfica			
Se Proporciona Información			
Vigilancia Estrecha, Vía Telefónica Con La Paciente			
Se Realizan Planes De Cuidados De Los Requisitos Alterados			
Se Realiza Plan De Alta			

Esquema metodológico

ETAPA DE DESARROLLO
 Adulta puerperio quirúrgico
 mediato.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE SALUD

1. Durante la estancia hospitalaria manifiesta dudas y solicita ayuda para realizar actividades que no son de su competencia.
2. Se le informa sobre las complicaciones que se pueden presentar.
3. Lleva su tratamiento sobre la Preeclampsia, además de una dieta proporcionada por dietología.
4. Tiene la capacidad de prestar atención sobre lo que se le indica.
5. Refiere que acepta este periodo de puerperio, lo ve como un proceso normal después de un procedimiento quirúrgico.
6. Refiere que su antecedente de hipertensión y obesidad provoco cambios en su estilo de vida, sin embargo logro adaptarse. Actualmente su patología agregada preeclamsia, lleva acabo las medidas terapéuticas adecuadas, además de cumplir con las indicaciones médicas pertinentes.

ESQUEMA METODOLÓGICO

4. Provisión de cuidados asociados a la eliminación y excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

E.G.A.F G1 C1 1er día de puerperio quirúrgico + HASC +preeclampsia con datos de severidad + obesidad grado II + DIU de cobre.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO
 Desarrollada pero no funcional
 Sistema de enfermería
 Apoyo-Educación.

EXPOSICIÓN A RIESGOS

MATERNOS:

- Eclampsia
- Síndrome de Hellp.
- Infección en Herida quirúrgica
- Sepsis
- Mastitis
- Abandono de Lactancia Materna

NEONATALES:

- Déficit en el patrón de Succión y deglución.
- Deterioro de la Lactancia materna.
- Deterioro en el apego.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA	PATRÓN DE VIDA	ESTADO DE SISTEMA SALUD	ESTADO DE DESARROLLO
EDAD Y SEXO: Femenino 31 Años.	OCUPACIÓN: Ama de casa	ESTADO DE SALUD: -Enferma crónica	CAPACIDAD DE AUTOGOBIERNO: Tiene la capacidad de tomar decisiones e iniciar curso de acción.
RESIDENCIA: Huixquilucan Estado de México.	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO: -Ingesta de abundantes líquidos. -Alimentación de 1900 kcal. -Realiza medidas de aseo personal.	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD: Derechohabiente del Seguro popular. En hospital de 3er nivel.	POTENCIAL DE DESARROLLO: -Motivación -Voluntad para favorecer su estado de salud.
SISTEMA FAMILIAR: Extensa integra 7 personas.	-Inicia deambulacion asistida. -Tiene presente los datos de alarma de encefalopatía.		
SOCIO CULTURAL: Casada. Religión Católica.			
SOCIO ECONOMICO: Suficiente.			

Elección y descripción genérica del caso

FECHA: 11 Octubre Del 2018 Hora: 12:00 Servicio: Tercer Piso Hospitalización

ELABORO: L.E.O. Dalia Anabel Jiménez Martínez

Factores Básicos Condicionantes Descriptivos

E.G.A.F de 31 años, casada, Grupo y RH O+, al inicio del embarazo su Peso Inicial era de 98kg, su Peso actual 118 Kg (antes de la cesárea), el diagnóstico médico; 1er día de puerperio quirúrgico, hipertensión crónica más Preeclampsia con datos de severidad, obesidad grado II, dispositivo intrauterino de cobre.

Factores Ambientales

El lugar donde se localiza su vivienda es rural, vive en casa de sus padres, construida de material perdurable, cuenta con 5 dormitorios, 2 baño, sala-comedor y cocina, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua, luz, gas, etc) y extradomiciliarios de saneamiento y urbanización, zoonosis (+perro) con todas las vacunas, niega flora nociva, refiere que en la cercanía de su hogar cuenta con un centro de salud.

Factores del Sistema de Familiar

Es una familia extensa integrada por su mamá, papá, hermano 35 años, su cuñada 32 años e hijo 7 años, su esposo, ella y ahora su recién nacido, manifiesta tener buena relación y comunicación con todo los integrantes, manifiesta que como en toda familia siempre hay problemas pero saben resolverlos y muestran apoyo en situaciones difíciles, el sustento familiar lo realiza su padre, su hermano y su esposo, refiere que el sueldo que generan los 3 es suficiente.

El responsable a cargo de sus necesidades y gastos, es su esposo de 34 años, su escolaridad, preparatoria concluida.

Factores socioculturales y socioeconómicos

Nació en el Estado de México, Naucalpan, reside en Huixquilucan, sus estudios son hasta bachillerato concluido, se dedica a ser ama de casa, profesa una religión católica, su lengua única es el español.

Factores del patrón de vida

Antes del Embarazo trabajaba de recepcionista temporal, acudía a natación en un centro deportivo cercano a su hogar, actualmente solo se dedica a ser ama de casa, ayudar a las labores domésticas a su madre e ir a la natación ocasionalmente, refiere que su embarazo no fue planeado, pero sin embargo sí es deseado y toda su familia está muy contenta.

Factores del estado de Salud y del sistema de salud.

Su condición actual de salud es crónica padece de hipertensión arterial sistémica crónica diagnosticada desde hace 4 años, anteriormente acudía a sus consultas al DIF cercano a su hogar, la cual fue referida a un hospital de 3er nivel, donde se le detectó una alteración renal, por lo cual a su ingreso al INPer se le dio el diagnóstico de: embarazo de 38.2 SDG + Hipertensión arterial sistémica crónica + Preeclampsia con datos de severidad, Obesidad grado II. Por lo cual se refiere a nutrición, nefrología y ginecología.

Factores básicos condicionantes del estado de desarrollo.

Capacidad de autogobierno	Factores negativos	Potencial de desarrollo
<ul style="list-style-type: none">• Es capaz de realizar la toma de decisiones referente a su estado de salud.• Logra tener una adaptación adecuada al medio que la rodea, además trata de realizar las actividades (levantarse e ir al baño) por sí misma.• Empezará nuevas medidas de autocuidado con referente a su padecimiento actual.	<ul style="list-style-type: none">• Preeclampsia con datos de severidad• Miomas Uterinos• Obesidad• Escolaridad• Dependencia de vivienda	<ul style="list-style-type: none">• Disposición para realizar las medidas de autocuidado.• Interés por la información y las recomendaciones para esta nueva etapa de su vida.• Disposición para mejorar el apego al recién nacido y el fomento de la lactancia materna exclusiva.

Requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo

Su agencia de autocuidado está desarrollada pero no es funcional.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca, Telarca a los 9 años, pubarca 12 años, ciclo y ritmo de la menstruación 4/28 días.

IVS 30 años Parejas sexuales 1, niega ITS, PAP 2018 (-), Auto exploración de mamas 30 años.

Niega alergias y Transfusiones.

Gesta 1, Cesárea 1 en la cual se extrae bebe único vivo el día 10.10.2018, Peso 3098 kg Talla 49 cm, Capurro de 38 sdg, Silverman 4, Apgar 7/7, por lo cual ingresa a UCIREN I.

Requisitos de autocuidado ante una desviación a la salud

Desviación actual, percepción de la desviación

El motivo de la hospitalización tercer piso en su primer día de puerperio quirúrgico mediato más datos de preeclampsia con datos de severidad.

Mecanismos de Adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación	Repertorio actual de mecanismos de adaptación	Factores concomitantes de estrés: Fisiológicos, psicológicos o económicos
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica datos de alarma de encefalopatía, infección de herida quirúrgica y congestión mamaria. • Identifica la importancia de las vacunas al recién nacido, así como los datos de alarma cianosis central, ictericia, dificultad respiratoria, evacuaciones y micciones disminuidas. • Sabe cómo llegar al centro de salud más cercano a su hogar en caso de ser necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de medias terapéuticas para el control de la presión arterial. • El seguimiento de una dieta ya establecida por nutrición. • El uso de antibióticos para resolución de la intervención quirúrgica y evitar procesos infecciosos. • La extracción bimanual del calostro para evitar congestión mamaria. • La ingesta de líquidos abundantes y masaje mamario para aumentar la secreción de leche. 	<ul style="list-style-type: none"> • El vínculo con el recién nacido por motivos de dificultad respiratorio al nacimiento. • Dolor por el evento quirúrgico lo cual desencadena que no realice actividades cotidianas. • La angustia de no tener información sobre la evolución del recién nacido. • La falta de secreción láctea y el temor de que no produzca la suficiente para la satisfacción del recién nacido. • El estreñimiento, el acumulo de gases.

Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de salud

Acudió a todas sus consultas prenatales, además de que cuando siente molestia acude con enfermería para manifestarlo.
Tiene conciencia sobre su padecimiento actual, además cuando se le realizan observaciones o acciones que tiene que ejercer presta atención.
Refiere que lleva acabo su tratamiento y una adecuada alimentación.
Se le sugiere que realice actividades para reducir el malestar del dolor de la herida quirúrgica (cesárea), presta atención y lo realiza.
Fabiola refiere que se siente cómoda con su cuerpo, además de que manifiesta aceptación sobre su estado de salud.
Actualmente se mantiene en régimen alimenticio con una dieta específica y un tratamiento médico para la preeclamsia.

Estudios de Laboratorio y Gabinete

Laboratorios registrados del 1 Octubre del 2018

- **BH**

Hb: 13.8 g/dl Hto:43.3% Plaquetas: 349,000 NEU 77% LEU 10 PLT 340 TP 10 INR 0.95
TTP 27.7 CTOG: 94/167/148 mg/dl .

- **QS**

Glucosa: 74 BUN: 8.9 Alb. 3.4 CR: 0.5 mg/dl Crea: 113 mg/dl Proteinuria: 360.9 mg/dl
Urea: 19

Albumina: 3.4 NA 138 mEq/l K 4.6 mEq/l Cl 106 mEq/l CA 9.3 mEq/l MG 1.6 mEq/l
TGO 28 U/L TGP 38 U/L LDH 330 FA 199 BT 0.3

Urea urinaria 1760, CR U 117.3

- **EGO**

Ph5

Densidad 1030

VDRL: (-)

VIH (-)

Requisitos Universales de Autocuidado

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

FC	FR	T°	T/A	spO2
99	20	36.5	123/77	96%

Actualmente durante la exploración física no presenta dificultad respiratoria, desconoce de ejercicios respiratorios.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Adulto joven femenino consiente orientada, ligeramente pálida, cráneo simétrico, con buena implantación de cuero cabello y pabellón auricular, conjuntivas hidratadas, esclerótica blanca, pupilas isocóricas normorreflecticas, nariz central, tabique nasal alineado e íntegro, mucosa nasales hidratadas y rosada, tórax cilíndrico simétrico, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, saturación de oxígeno adecuado, mamas simétricas, turgentes con lactopoyesis presente, pezón formado, escasa secreción de calostro.

Mantenimiento de aporte suficiente de líquidos. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Refiere ingerir 2 ½ L de agua (1 L agua de limón endulzada con stevia, 1 ½ de agua natural) en 24 hrs.

Actualmente ingiere los líquidos que le son proporcionados dentro de la dietas, aproximadamente 1L día.

Desconoce la importancia del aumento de la ingesta de líquidos en el puerperio al igual que las complicaciones de no hacerlo, en ese momento se le hace hincapié sobre los beneficios materno-fetales.

Mantenimiento de aporte suficiente de líquidos. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Mucosas orales hidratadas, se observa cavidad bucal labios simétricos rosados, encías rosadas, paladar blando y duro integro, lengua rosada, con 32 piezas dentales, sin presencia de caries y halitosis, cuello simétrico, no se detectan acromegalias, con tolerancia a la dieta líquida en generales posteriormente blanda.

Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Refiere consumir una dieta equilibrada, aporte calórico de 1700 kcal al día, con 5 comidas al día; desayuno 8:00 am, colación 11:00am, comida 2:00 pm, colación 5:00 pm, cena 8:00 pm, en compañía de su familia.

Consumo a la semana de alimentos: cereales, pan y pasta: 4/7, fruta, hortalizas y verduras: 7/7, aceites y grasas: 3/7 azúcar; 3/7, menciona que le disgustan las calabazas.

Talla 1.68 cm Peso 118 kg IMC 37.494.

Durante el embarazo refiere el consumo de MTV, así como también el ácido fólico. No refiere problemas gastrointestinales.

Actualmente su aporte calórico es de 1900 kcal proporcionadas por el servicio de dietología durante la hospitalización.

Desayuno lo proporcionan de 8:00-8:30 am gelatina, té, jugo de guayaba.

Colación 12:00 pm pera cocida y vaso de agua natural.

Comida 2:00 pm sopa de verduras tazón, arroz blanco, bistec con calabazas cocidas, vaso de agua de guayaba.

Colación 6:00 pm galletas (sanísimas).

Cena a las 8:00 pm aproximadamente atún con verdura y crema, vaso de leche.

Toma un vaso de agua entre cada comida, 1,500L aproximadamente al día.

Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Abdomen blando depresible, herida quirúrgica longitudinal con secreción serohemática, dolorosa a la palpación, sin datos de infección, con movimientos peristálticos presente, refiere presencia de gases, con manga adiposa y presencia de estrías en los flancos, no se palpan megalias o hernias abdominales.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Actualmente se encuentra con sonda Foley a derivación #14 globo, globo con 5cc orina de color amarillo, no fétida, sin sedimentos (800 ml aprox. en 8hrs) gasto urinario .8 ml/kg/hr, tira reactiva mostrando resultados de; PH 6, densidad 1010, glucosa negativa <100 mg/dl, hemoglobina negativa, nitritos negativos, leucos negativos, refiere que no ha evacuado en el transcurso del turno y canaliza gases.

No refiere problemas intestinales, desconoce de medidas para mejorar la eliminación.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Gordanos (-) Genitales íntegros de acorde a edad y sexo, con tricotomía, no se observan alteraciones en labios externos o ETS, sin malformaciones con salida de loquios hemáticos moderados (40 ml aprox. en 8hrs).

Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Practicaba natación L-V 1 hr al día de lunes a viernes o cuando tiene tiempo libre, no tiene el conocimiento sobre actividades que podía realizar durante su embarazo, las actividades que realiza en el hogar son de esfuerzo físico ya que en el hogar realiza alguna de las actividades domésticas (comida y aseo), refiere que en su tiempo libre le gusta ver la televisión en compañía de su madre. Su descanso y sueño en el hogar es de 7-8 hrs diarias.

Actualmente su patrón de sueño se encuentra en vigilia, ya que presenta dificultad para conciliar el sueño desde el ingreso al hospital, agregando la dinámica hospitalaria por la manipulación constante por parte del personal, se observa cansada. Al presionar extremidades hay depresión y distorsión visible del entorno de acuerdo a la escala de Godett 2/4.

Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Actualmente su deambulaci3n es pasiva, sus reflejos osteotendinosos son adecuados, sin embargo presenta movimientos coordinados y lentos, no presenta falta de sensibilidad y fuerza en los miembros inferiores, sin embargo durante el transcurso del turno comienza la deambulaci3n precoz y continuar con el uso de medias compresivas, en cuanto a la valoraci3n de riesgo de caídas se ve ligeramente alterada con una valoraci3n de 3/10 Escala de Crichton.

Actualmente manifiesta dolor en la herida quirúrgica 3/10 EVA solo a la manipulaci3n y al tacto.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacci3n social. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Refiere que pertenece al grupo deportivo de nataci3n en un centro de actividades al que acudía de lunes a viernes una hora, su relaci3n con amistades y familia es buena, comenta que cuando tiene algúnc conflicto, ella se percibe tranquila y evita el contacto con la persona con la cual se encuentra en discusi3n.

Actualmente manifiesta un poco de temor por la escases de calostro. Ademásc del temor de ser madre primeriza. Recibe la visita de su esposo, quien se muestra amoroso con ella y entusiasmado.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacci3n social. Aspectos relacionados con la estructura y funci3n.

Actualmente Fabiola se observa confiada, cooperadora, mantiene una visualizaci3n directa con el personal, la comunicaci3n verbal con buen tono de voz, respecto a la relaci3n con el personal del hospital es agradable y respetuosa. Realiza las actividades que se le indica.

Prevenci3n de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Refiere que la preeclampsia fue un factor importante para el deterioro, menciona que acudi3 a su control prenatal al DIF en el momento que se supo embarazada, de ahí la refirieron al INPer cuando ya tenía 32 SDG, donde llevo un control con el nutri3logo, nefrólogo, control prenatal. En cuanto a su esquema de vacunaci3n se encuentra al corriente hasta el momento, sin embargo no presenta la cartilla. Refiere que la únicat toxomanía que tiene es el alcohol y esporádicamente en reuniones familiares.

Acceso venoso

Sitio: miembro torácico izquierdo	Periférico #18 El catéter periférico se encuentra funcional sin datos de flebitis.
-----------------------------------	--

Líquidos parenterales

Solución	Presentación	Horario
Sol. Cloruro de Sodio 9% + Sol. Glucosada 5%	1000 cc	Para 24 hrs

Tratamiento farmacológico

Medicamentos	Dosis	Frecuencia
Alfametildopa	250mg vo	8hrs
ketorolaco	30 mg iv	8hrs
Ceftriaxona	1g iv	8 hrs
Paracetamol	1g iv	6hrs

Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Actualmente se encuentra en el puerperio inmediato, presenta ligera palidez de tegumentos, niega datos de encefalopatía hipertensiva, mucosas orales hidratadas, mamas turgentes con lactopoyesis presente escasa, abdomen blando depresible, con adecuada involución uterina con globo de seguridad de pinard por debajo de la cicatriz umbilical, con herida quirúrgica Infraumbilical media, con bordes afrontados, con salida de secreción serohemática, con dolor a la palpación, loquios hemáticos con coágulos, sin presencia de olor fétido, aproximadamente 40 ml en 8 hrs, el periné se observa con coloración rosada e íntegro, miembros pélvicos: coloración pálida, eutermicos, se observa el maléolo interno y tibia, con edema de (+)

En cuanto a la aceptación del recién nacido, no es valorable ya que este se encuentra en UCIREN I, 10.10.2018, Peso 3098 kg Talla 49 cm, Capurro de 38 sdg, Silverman 4, Apgar 7/7.

Curva de signos vitales

Horario	FC	FR	T°	T/A	spO2
8:00	99	20	36.5	123/77	96%
10:00	93	20	36.1	133/89	96%
12:00	88	18	36.3	137/80	99%
2:00	90	19	36.6	139/83	96%

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal. Elementos relacionados con calidad y cantidad.

Manifiesta que dentro de sus hábitos de salud; realiza el baño diario junto con el cambio de ropa interior y exterior, su aseo bucal de 2 a 3 veces al día, comenta que en las noche es cuando se le olvida hacerlo, sin embargo a la exploración urodental no se observan infecciones (caries, gingivitis), menciona que el lavado de manos lo realiza constantemente en cuantas veces sea necesario (antes y después de consumir alimentos e ir al baño) y cuando las observa sucias. Refiere que acude a la iglesia esporádicamente. No utiliza aparatos de asistencia especializada.

Actualmente durante el puerperio menciona que el cambio físico que ha presentado en estas 24 hrs, no le desagrada está feliz por conocer a su recién nacido. Refiere que desconoce la técnica de extracción láctea, masaje mamario.

Actualmente cuenta con método de planificación familiar (DIU) colocado durante el proceso quirúrgico.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal. Aspectos relacionados con la estructura y función.

Actualmente Fabiola, conoce las condiciones actuales de su estado de salud, hace el comentario de que seguirá acudiendo a las consultas necesarias para llevar un control adecuado y no presentar complicaciones durante el puerperio y el resto de su vida.

Refiere que la información que se le ha proporcionado durante su estancia hospitalaria le ha brindado mayor confianza al momento de regresar a su hogar. Comenta que la dieta y el tratamiento lo llevaran a cabo de forma adecuada, refiere que con el apoyo de su marido y familia le será más fácil lograrlo.

IV. Aplicación del proceso de atención de enfermería

Jerarquización de Requisitos Alterados

Las que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales	1.Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
Las demandas que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión	3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
	5.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
	7.Prevenición de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano
Las que van dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano	2.Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
	4.Provision de cuidados asociados de eliminación y excrementos
	6.Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
Las que tienen como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona	8. Promoción a la normalidad del funcionamiento y desarrolló humano.

Diagnósticos

Requisitos de autocuidado universal		Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	
Operación de diagnóstico		Alteración en el patrón del sueño r/c dinámica hospitalaria m/p expresa verbalmente cansancio y sueño	
Objetivo		Favorecer el confort y sueño	
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro.
Prescripción del cuidado		Tratamiento regulador	
-Favorecer el descanso y sueño.		<p>-Los trastornos del sueño corresponden a un grupo heterogéneo de cuadros clínicos que cursan con dificultad en su inicio y continuidad; así como alteraciones durante el dormir. E III [Shekelle]⁽³³⁾</p> <p>-Medidas de confort para favorecer el descanso y sueño (higiene del sueño):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se sugirió baño en regadera con agua tibia tomar una ducha hora y media antes ayuda a dormirse rápidamente. El agua caliente estimula el sistema termorregulador, causando una mayor circulación de sangre a manos y pies. Esto provoca una eliminación del calor corporal más rápida durante la noche. R [Sleep Medicine Reviews]⁽³⁸⁾ 2. Cambio de sábanas y tendido de cama. <ul style="list-style-type: none"> Técnicas de relajación. (Ejercicios de respiración profunda desde el abdomen, se inhala profundamente por la nariz (se sostiene cuatro segundos) y se exhala lentamente por la boca (contando hasta siete segundos). E Ia [Shekelle]⁽³⁸⁾ Control de estímulos externos. (Control del ambiente, luces apagadas, puerta semi-cerrada, control de temperatura (ventanas cerradas), cortinas corridas, evitar corrientes de aire). E III [Shekelle]⁽³⁸⁾ 5. Manejo del dolor con farmacoterapia (ketorolaco 30mg). 6. Recomendaciones de posiciones posturales.(usar una faja de compresión abdominal o venda de 30 cm) Dormir en posición de Decúbito supino o decúbito lateral para evitar poner presión en la incisión. E Ib [Shekelle]⁽³⁷⁾ 	
Control de casos	Durante el turno se realizaron medidas de confort, para favorecer el descanso y sueño, logrando sueño REM de 2 horas continuas sin interrupción.		

Requisitos de autocuidado universal		Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	
Operación de diagnóstico		Riesgo de Eclampsia-Síndrome de Hellp r/c preeclampsia con datos de severidad.	
Objetivo		Identificar datos de alarma.	
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado		Tratamiento regulador	
<p>-Valoración de signos vitales.</p> <p>-Identificar datos de alarma.</p> <p>-Información sobre complicaciones.</p>		<p>-Toma de T/A 3 veces por turno.</p> <p>-Reportar cifras de TS <140 mmhg TD <90 mmhg. E III [Shekelle] ⁽³⁹⁾</p> <p>-Identificar datos de encefalopatía hipertensiva, acufenos-fosfenos, cefalea. Dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito severo y convulsiones. E III [Shekelle] ⁽³⁹⁾</p> <p>-Aun cuando no se demuestre de manera inmediata proteinuria, incrementan la certeza diagnóstica de preeclampsia y ameritan. R FUERTE GRADE⁽³²⁾</p> <p>-Se informa sobre manifestaciones clínicas de:</p> <p>Eclampsia, hemorragia cerebral, edema agudo pulmonar, angina, isquemia o infarto al miocardio, disección de aneurisma aórtico, insuficiencia renal, hemoperitoneo, hematoma subscapular, ruptura hepática .E B [JOGC], E 3 NICE⁽³³⁾</p>	
Control de casos	Durante el turno matutino la usuaria presenta cifras tensionales en parámetros normales (128/70 mmhg) , sin presencia de signos de encefalopatía hipertensiva.		

Requisitos de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operación de diagnóstico	Riesgo de alteración en el control metabólico r/c obesidad grado II e hipertensión crónica.		
Objetivo	Orientar a la paciente sobre continuar con una dieta equilibra con el aporte calórico que requiere.		
Sistema de enfermería	Apoyo-educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
-Nutrición de acuerdo a su IMC.	<p>-Dietas muy bajas en calorías (400 – 800 kcal/día) a largo plazo no mantienen la pérdida de peso. E 1+ [SING] FESNAD-SEEDO⁽²³⁾</p> <p>-Nutrición 1900 kcal dieta (elaborado por el nutriólogo).</p> <p>-Consejos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación en cinco comidas al día, recordando 3 comidas fuertes y 2 colaciones. 2. Comer verduras de hoja verde en mayor porción como lechuga, espinacas, espárragos, brocolí, coliflor, pepino. E lb [Shekell]⁽³⁹⁾ 3. Aumentar la ingesta de líquido de 3-4 L. R [punto de buena práctica]⁽³⁵⁾ 4. Aumentar la ingesta de fibra como manzana verde, naranja, pan integral, espinaca. R C, R I ⁽³⁹⁾ 5. Comer frutos secos, nueces, arándanos, pasas, ciruelas pasas, almendras. R [Punto de buena práctica] ⁽³⁹⁾ 6. Aumentar la ingesta de proteínas huevo, hígado de res, pollo, carne de res, robalo, atún. 7. Se recomienda la reducción de sodio en lo alimentos y de azúcar. No se recomienda la restricción total de sodio en la dieta para prevenir el desarrollo de la preeclampsia. R ACOG, 2013⁽¹⁶⁾. 		
-Fomento a la actividad física.	<p>-El reposo estricto en cama no ayuda en la prevención o disminución del riesgo de desarrollo de preeclampsia o sus complicaciones. E 4 NICE [August P]⁽³⁶⁾</p> <p>-Realizar caminatas de 15-30 minutos posterior a la ingesta de alimentos, mejora el transporte de glucosa a tejidos. E III [Shekelle]⁽³⁹⁾</p>		
Control de casos	Fabiola comienza a realizar una caminata de 10 minutos posterior a la ingesta de alimentos durante el turno		

Requisitos de autocuidado universal		Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	
Operación de diagnóstico		Riesgo de abandono de lactancia materna r/c separación del binomio.	
Objetivo		Enseñar técnicas de extracción láctea.	
Sistema de enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
-Informar beneficios para el binomio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrición perfecta, ya que contiene la mezcla exacta de vitaminas, proteínas y grasas. E 1ª [Oxford]⁽⁴²⁾ 2. Menos problemas digestivos, la leche materna se digiere más fácil y se aprovecha en su totalidad. 3. Protección contra virus y bacterias, por su contenido en anticuerpos que los hace más resistentes a enfermedades e infecciones. R [Punto de buena práctica]⁽⁴²⁾ 4. Fortalecimiento del sistema inmune y disminución del riesgo de asma y alergias en el futuro. 5. Menos infecciones respiratorias, de oído y episodios de diarrea; lo que se traduce en menos visitas al médico y/o hospitalizaciones. E 2c [Oxford]⁽⁴²⁾ 6. Más seguridad y confianza en sí mismo, gracias al vínculo y apego que se crea durante la lactancia. E 1ª [Oxford]⁽⁴²⁾ Previene la obesidad infantil, diabetes y algunos tipos de cáncer. Beneficio materna como favorece a la contracción del útero, además de reducir el sangrado post-parto. E [Organización Panamericana de la Salud OPS]⁽⁹⁾ 7. Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y ovarios, al igual que la osteoporosis. 8. Ayuda a la salud emocional, evita sentimientos de ansiedad y/o tristeza. 9. Ahorro en la economía familiar, ya que no se gasta en mamilas y formula. E [Organización Panamericana de la Salud OPS]⁽⁹⁾ 		
-Orientación sobre la transición láctea.	<p>Transición de leche materna. R [Punto de buena práctica]⁽⁴²⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calostro 2-4 días espeso, color amarillo. -Transición 5-15 días líquida color blanco. -Madura >16 días hasta que le desee dar lactancia líquida de color transparente. E NICE 5⁽¹⁷⁾ 		

<p>-Orientación sobre la Técnica de marmet para la extracción.</p>	<p>-Técnica de marmet. E 2c [Oxford]⁽⁴²⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos, uso de cubreboca, gorro. 2. Con la yema de los dedos, se da masaje suave y firme en espiral alrededor del pecho desde la base hasta la areola, en dirección de las manecillas del reloj. 3. Colocar el pulgar y el índice en forma de “C” a una distancia de dos dedos del pezón 4. Empujar hacia el pecho. 5. Apretar y tirar ligeramente hacia adelante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo, sin presionar el pezón (presión gentil). <p>Extracción láctea cada 3 horas, para favorecer la producción, evitar complicaciones (mastitis).</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Fabiola realiza la extracción manual 2 veces durante el turno matutino obteniéndose 3ml de calostro.</p>

Requisitos de autocuidado universal	Provisión de cuidados asociados a la eliminación y excrementos.		
Operación de diagnóstico	Deterioro en la motilidad gastrointestinal r/c falta de voluntad para iniciar la deambulación m/p distensión abdominal y no canalizar gases.		
Objetivo	Favorecer la deambulación.		
Sistema de enfermería	Apoyo- educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
-Informar sobre beneficios de la deambulación.	<p>-El inicio de la deambulación favorece el pronóstico de la patología. E la [Shekelle]⁽³⁵⁾</p> <p>-Disminuye los riesgos de tromboembolia. E A [Shekelle]⁽³³⁾</p> <p>-Al realizar caminatas de 15 min favorece la motilidad intestinal, y el metabolismo de la glucosa en sangre. E III [Shekelle]⁽³⁹⁾</p> <p>-Implementar una dieta nutricional y ejercicio son eficaces para reducir la retención de peso. E Ib [Shekelle]⁽³⁵⁾</p>		
Orientación higiénico-dietética.	<p>Se hacen recomendaciones nutricionales :</p> <p>-Lavado de manos correcto antes de cada comida.</p> <p>- Aumentar la ingesta de fibra como manzana verde, naranja, pan integral, espinacas, etc. y disminuye el estreñimiento. E IV [Shekelle, 2007]⁽³⁹⁾</p> <p>-Aumentar el consumo de verduras de hoja verde en mayor porción como lechuga, espinacas, espárragos, brócoli, coliflor, pepino. E. D [Shekelle] Dietary Guidelines for Americans⁽¹²⁾</p> <p>-Aumentar la ingesta de líquido de 3-4 L. para evitar el estreñimiento. R [Punto de buena práctica]⁽³⁵⁾</p> <p>-Recomendación de consumo de fibra al día 30g-35g. E. A [Shekelle. Rosado]⁽³⁵⁾</p>		
Control de casos	Durante el turno, matutino comienza con la deambulación pasiva durante 15 minutos no presenta evacuación		

Requisitos de autocuidado universal		Promoción a la normalidad del funcionamiento y el desarrollo humano	
Operación de diagnóstico	Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p expresa el deseo de aprender los cuidados básicos al recién nacido		
Objetivo	Enseñar cuidados del recién nacido e identificación de los datos de alarma.		
Sistema de enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
-Baño de artesa.	<p>-Es recomendable realizar un baño al recién nacido posterior a las 6 hrs, otros autores sugieren 24 hrs, deben utilizar agua tibia, jabón neutro, asegurarse de quitar el jabón. R C NICE.⁽¹²⁾</p> <p>-Evitar la pérdida de calor del RN por convección, evaporación, conducción, radiación. E 2+ NICE.⁽¹²⁾</p> <p>-Preparación del material (toallas, tina con agua templada que es valorada con el codo, jabón y champú, pañal y ropa limpia) Punto de buena práctica.⁽⁴²⁾</p> <p>-Primero se empieza haciendo el aseo de la cabeza, tapando con los dedos índices las orejas, cara y cuello sin jabón, se seca la cabeza. E 2c [Oxford]⁽⁴²⁾</p> <p>-Posterior se lava el tórax, abdomen, brazos, piernas y por ultimo genitales, el secado del cuerpo es gentil sin realizar fricción. R B[Oxford]⁽⁴²⁾</p> <p>*Si se observa vermix caseoso (capa blanquecina), no quitarlo, con el baño diario se ira retirando. E 1+ [Barría]⁽¹²⁾</p>		
-Identificar datos de alarma.	<p>Datos de alarma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura corporal del bebé menor de 36°C o mayor de 38°C. E 2ª [Oxford]⁽⁴²⁾ 2. El recién nacido tiene la misma perdida de calor expuesto a una temperatura ambiente de 23°C, que un adulto expuesto a una temperatura de 0°C. E 1++ NICE⁽¹⁰⁾ 3. Bebé muy adormilado, letárgico, flácido. E 2ª [Oxford]⁽⁴²⁾ 4. Alteraciones en la respiración /dificultad para respirar (tiraje intercostal- aleteo nasal- 5. Piel amarillenta (ictericia).R Fuerte ⁽⁴⁰⁾, Punto de buena práctica⁽⁴²⁾ 6. Piel azulada/morada (cianosis). E 4 [Oxford]⁽⁴²⁾ 7. Signos de infección en la zona del cordón umbilical (eritema, prurito, salida de secreción fétida). R Fuerte ⁽⁴⁰⁾ 8. Come menos de lo habitual, rechaza el alimento constantemente. E 2ª [Oxford]⁽⁴²⁾ 9. Diarrea. E 2c [Oxford]⁽⁴²⁾ 10. Vómito. R B[Oxford]⁽⁴²⁾ 11. Estreñimiento 48 hr. E 2c [Oxford]⁽⁴²⁾ 12. No hay micción 24 hr. E 4[Oxford] ⁽⁴²⁾ 13. Llanto inconsolable, malestar general. R [Punto de buena práctica]⁽⁴²⁾ 		
Control de casos	Se realiza una retroalimentación de lo aprendido sobre el baño de artesa al recién nacido y los datos de alarma.		

Valoración Focalizada

Fecha: 11 octubre 2018	Hora: 13:00 pm	Servicio: 3er piso hospitalización	Elaboro: Dalia A. Jiménez Martínez			
Nombre: E.G.A.F		Edad: 31 años	GRUPO Y RH: O+	F.U.M: -----	FPP: -----	SDG: 38.2 sdg
Motivo de la consulta Cursando su 2do día de Puerperio quirúrgico			Diagnóstico médico Puerperio quirúrgico mediato + Preeclampsia con datos de severidad			
Requisitos según la etapa de desarrollo (APP, APNP, AGO) Es su primer embarazo, tiene hipertensión arterial crónica de hace 4 años, que evolución a preeclampsia con datos de severidad post-evento obstétrico, menarca, Telarca 9 años, pubarca, adrenarca 12 años, con ciclos de 4/28 días, con IVS 30 años parejas sexuales 1 niega ITS. PAP 2018 (-)			Sistema de Enfermería	Método de ayuda	Signos vitales	
			Apoyo-Educación	Enseñar a otro	<ul style="list-style-type: none"> • FC: 89 • FR: 19 • T: 36.6 • TA: 123/70 	
Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos relacionados con la calidad y cantidad. 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la estructura y función Paciente femenino consciente, con catéter periférico #18 en miembro torácico izquierdo con solución cloruro de sodio 0.9% + glucosada 5% 1000 ml para 24 horas que se decide retirar			

Se observa tranquila, cooperadora, niega datos de encefalopatía hipertensiva con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales con tolerancia a la vía oral, hidratadas, campos pulmonares con adecuada amplexión y amplexación, mamas flácidas con lactopoyesis presente escasa.

por adecuada tolerancia a la vía oral, se inicia farmacoterapia vía oral ketorolaco 10mg cada 8 horas, alfametildopa 250 mg cada 8 horas, herida quirúrgica media infraumbilical con bordes afrontados limpia sin datos de infección, cubierta con apósitos y vendaje abdominal, genitales con sonda Foley #14 globo 5cc que se decide retirar, y se inicia con la micción espontánea, con loquios rubra escasos no fétidos, miembros pélvicos con signo de Godett (++) con medias de compresión.

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de eclampsia r/c patología materna (preeclampsia con datos de severidad)

Prescripción del Cuidado	Tratamiento Regulador
<p>-Valoración de signos Vitales.</p>	<p>-Monitorización de T/A 3 veces por turno. -Reportar cifras de TS <140 mmhg TD <90 mmhg .E III [Shekelle] ⁽³⁹⁾</p>
<p>-Ministración de antihipertensivos.</p>	<p>-Se considera control de cifras tensionales cuando se tiene una presión: Sistolica menor a 150 mmHg. Diastolica menor a 100 mmHg .E III NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ⁽¹²⁾</p> <p>-Cuando se considere el uso de terapia antihipertensiva oral, los fármacos recomendados: Metildopa, labetalol (si se encuentra disponible),Hidralazina, Antagonistas del calcio (nifedipino),Bloqueadores beta (metoprolol o propranolol). E A [CTFPHC Magee L] ⁽¹⁰⁾</p> <p>-Administración de alfametildopa 250 mg VO cada 8 hrs.</p> <p>Las manifestaciones clínicas en la emergencia hipertensiva: Encefalopatía hipertensiva, se caracteriza por disminución del estado de conciencia, delirio, agitación, estupor, convulsiones</p>

<p>-Identificar datos de alarma.</p>	<p>(Eclampsia) o ceguera cortical, asociados a elevación de la presión arterial, los signos neurológicos de focalización son menos comunes y deben descartarse: ataque isquémico agudo, trombosis venosa o hemorragia cerebral.</p> <p>-Angina, isquemia o infarto al miocardio, en paciente con crisis hipertensiva puede ocurrir un incremento de la poscarga cardíaca e incremento de las demandas miocárdicas de oxígeno provocando isquemia de miocardio.</p> <p>-Incremento agudo de la poscarga cardíaca que puede generar insuficiencia cardíaca o edema agudo pulmonar.</p> <p>-Disección de aneurisma aórtico. E Too 3 NICE⁽³³⁾</p>
<p>Estudios de laboratorio y gabinete</p> <p>BH hb 13.8 hto 43.3 plaq 349,000 neu 77% leu 10 plt 340 TP 10 INR 0.95 TTP 27.7</p> <p>QS BUn 8.9 Alb 3.4 Crea 113 umol/L (1.1 mg/ dl) proteinuria 360.9 mg/dl urea 19 na 138 k 4.6</p> <p>EGO ph 5 densidad 1030</p>	
<p>Educación para la salud</p> <p>-Se da orientación sobre datos de alarma, encefalopatía hipertensiva.</p> <p>-Se da la recomendación sobre la toma de sus antihipertensivos a la hora correspondiente.</p>	
<p>Control de casos</p> <p>Durante el turno, Fabiola mantiene sus cifras tensionales entre PS 100-120 mmhg PD 60-80 mmhg, niega datos de encefalopatía hipertensiva.</p>	

Plan de Alta

Comunicación.	Se orientó a Fabiola en caso de presentar cualquier signo o síntoma de alerta del recién nacido, así como también llevar el seguimiento en su centro de salud para su esquema de vacunación, se oriento acerca de los cuidados en casa, se brindó información sobre los cuidados de herida quirúrgica, signos y síntomas de alarma en el puerperio, además se resolvieron dudas sobre ella y su bebé.
Urgente.	<p>Signos y síntomas de alarma:</p> <p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Encefalopatía hipertensiva (Cefalea, acufenos, fosfenos), mareo, mareos, cifras tensionales igual• mayores de 140/90 mmhg, dolor en epigastrio, hipocondrio derecho. E III [Shekelle]⁽³⁹⁾• Zona de la herida quirúrgica con hiperemia o salida de líquido fétido. R Fuerte⁽⁴⁰⁾• Presentar aumento de su sangrado vaginal, que tenga olor fétido. R Fuerte⁽⁴⁰⁾• Fiebre (el termómetro marque igual o mayor de 37.6° C). R Fuerte⁽⁴⁰⁾• No evacuar durante más de 72 horas. Punto de buena práctica⁽⁴¹⁾• Mamas turgentes conclusión de los conductos lácteos. E Alta⁽⁴¹⁾ <p>Neonato:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cianosis central- signos de dificultad Respiratoria (aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción esternal, disociación toraco-abdominal).E 2b [OxfordD]⁽⁴²⁾• Ictericia, en palmas de las manos, ojos y que no disminuya al paso de una a dos semanas. R Fuerte ⁽⁴⁰⁾• Fiebre (el termómetro marque igual o mayor de 37.6° C). E 2^a [Oxford]⁽⁴²⁾• Que no haya evacuado por más de 48 horas, ni orinado en 24 horas. E 4[Oxford]⁽⁴²⁾, E III [Shekelle]⁽⁴²⁾• Disminuya su reflejo de succión y la toma de cada tetada. E 2^a [Oxford]⁽⁴²⁾• Abultamiento en abdomen o en otra parte del cuerpo. E 2^a [Oxford]⁽⁴²⁾• Que no responda a estímulos externos. E 2b [Oxford]⁽⁴²⁾• Vómitos. E B [Oxford]⁽⁴²⁾• Diarrea. E 2c [Oxford]⁽⁴²⁾

<p>Información.</p>	<p>Se le proporcionó información a Fabiola acerca de su estado de salud y como mantenerse estable mediante la alimentación, ejercicio y el tratamiento farmacológico a seguir, cambios que presenta y presentara durante el puerperio, también se proporcionó información sobre los cambios que manifestara él bebé a lo largo de los meses y la demanda de requerimiento en la alimentación, así como los cambios físicos.</p>
<p>Dieta.</p>	<p>Se brindó asesoría, sobre el número de comidas, alimentos para evitar estreñimiento, y sobre todo la importancia de continuar con su requerimiento nutricional de 1900 kcal al día, el consumo de 4L de agua para favorecer la lactancia materna, también se explicó a la madre sobre los cambios y tipos de leche que presenta durante el primer mes de lactancia.</p> <p>A pesar de que se le preparo una dieta por el área de Nutrición se le realizaron recomendaciones higiénico dietética:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de agua 3-4L al día (agua de sabor, limón, papaya, Jamaica, sandía ... etc sin azúcar). R [punto de buena práctica]⁽³⁵⁾ 2. Evitar consumo de alimentos con azúcares simples (bollería, helado, frituras, refrescos, néctares...). R [punto de buena práctica]⁽³⁹⁾ 3. Evitar las comidas rápidas (hamburguesa, pizza ...) R [punto de buena práctica]⁽³⁹⁾ 4. Consumir alimentos con fibra (avena, amaranto, verduras de hoja verde como acelgas, espinacas, naranja, arroz integral, lentejas, pera, plátano, piña, manzana, papaya). E IV [Shekelle, 2007]⁽³⁹⁾ 5. Favorecer el aumento de consumo de frutas y verduras. 6. Favorecer la ingesta de proteína animal y vegetal (pescado, huevo, leche, carne de res, semillas (alubias, quínoa, almendras, garbanzos, nueces), aguacate, espinaca, pepino, brócoli, repollo, pollo). E III [Shekelle]⁽³⁹⁾ 7. Retirar toda la grasa visible de las carnes o la piel del pollo antes de cocinarla. Utilizar formas de cocinar sencillas, que no requieran mucho aceite: plancha, grill, horno, microondas. La cocción al vapor con la olla a presión permite cocinar con poca agua y se preservan todas las propiedades de los alimentos. Para cocinar carnes y pescados envuélvalas en papel de aluminio, así se cocinan en su propio jugo, conservándose tiernos y gustosos, sin necesidad de añadirle grasa. R [Punto de buena práctica]⁽³⁹⁾ 8. Utilizar alguna salsa para añadir a una ensalada puede utilizar yogur natural, rebajado con zumo de limón. Se bate bien y se queda una crema suave y baja en calorías. También puede probar con salsa de soja. Añadiéndole alguna especia o hierba aromática que le apetezca. E Ib[Shekelle]⁽³⁹⁾ 9. En la preparación de la salsa emplee aceite de oliva o margarina baja en calorías.

	<p>10. Favorecer la ingesta de vitaminas y minerales (huevo, frijoles, habas, lentejas, nueces y semillas). R I⁽³⁹⁾</p> <p>11. Durante las colaciones frutos secos (nueces, almendras, pasas, arándanos). E b⁽³⁹⁾</p> <p>12. Realizar caminata mínimo 15 minutos posterior a cada comida y colación. para favorecer el peristaltismo y la absorción de nutrientes. E III [Shekelle]⁽³⁹⁾</p> <p>13. No consumir alcohol y/o toxomanía. E la [Shekelle]⁽³⁹⁾</p> <p>14. No realizar ayunos prolongados, para evitar el atiborramiento de alimentos. R [Punto de buena práctica]⁽³⁹⁾</p>
Ambiente.	<p>Se resaltó la importancia de tener en casa un ambiente cálido y de confort, previniendo las pérdidas de calor por convección, evaporación, conducción que puede presentar el bebé, mantener el ambiente ordenado, limpio para evitar problemas respiratorios o enfermedades gastrointestinales, se fomentó la importancia del lavado de manos, en caso de extracción manual láctea, antes y después de preparar alimentos, antes y después de ir al baño.</p>
Recreación y uso de tiempo libre.	<p>Se recomendó tomar periodos de descanso y sueño en cuanto al bebé este durmiendo, además de realizar una ducha con agua tibia y en sus posibilidades aromaterapia, para una mayor relajación y descanso.</p> <p>Se le hizo recomendaciones de ejercicios, caminata, natación yoga, mínimo 40 min. E III [Shekelle]⁽³⁹⁾</p>
Medicamentos y tratamientos no farmacológicos.	<p>Se le hizo hincapié de consumir el antihipertensivo con el horario descrito, además de el analgésico indicado por el médico, pero sobre todo que no debe automedicarse ni a ella, ni al bebé, debe acudir al pediatra en caso de requerirlo o a urgencias en caso de que ella lo requiera.</p> <p>*Ketorolaco</p> <p>*Alfametildopa</p>
Espiritualidad.	<p>Se recomienda a Fabiola mantenerse tranquila, pues es un periodo de adaptación social, cambio de rol y disfrutar su maternidad. Y sí lo requiere tener el apoyo en su religión.</p>

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones

La elaboración del estudio de caso desarrolla la habilidad para analizar, reflexionar, interpretar y generar el pensamiento crítico en el alumno a través de su metodología y la perspectiva teórica del déficit de autocuidado.

Desarrollar el proceso de atención de enfermería es fundamental para la práctica asistencial de la disciplina enfermera, permite crear un plan de cuidados centrado e individualizado en las respuestas humanas, lo cual permite crear cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

Las intervenciones de enfermería permiten identificar las necesidades reales y potenciales del ser de cuidado por lo cual el profesional de salud perinatal que posee una sólida formación disciplinar, teórica, ética que fundamenta su participación en todos los niveles de atención, proporciona medidas de promoción, prevención, manejo y control de los riesgos en los factores condicionantes biológico, psico-social y cultural, en la atención prenatal, parto, postparto y cuidados al recién nacido.

Los diagnósticos de enfermería así como el plan de cuidados garantizan brindar una atención de manera específica, y es por ello que enfermería perinatal es una pieza importante en la comunicación efectiva con las pacientes, sobre todo en los cambios durante la etapa, preconcepcional, embarazo y puerperio, con un enfoque integral con características esenciales, habilidades, conocimiento científico, destreza clínica, además de la grande responsabilidad que conlleva mantener y promover la salud, e identificar factores de riesgo que pongan en peligro el binomio(madre-hijo), lo que actualmente se busca es mejorar su salud mediante los avances tecnológicos, cooperación de los pacientes, el equipo multidisciplinario llevando a cabo una mejor intervención.

La manifestación de la preeclampsia es un problema de salud pública a nivel mundial, la falta de capacitación en los profesionales de salud, además de la postergación en la estandarización del tratamiento de elección según la ACOG, así como el diagnóstico oportuno mediante la identificación de factores de riesgos en la cual el estilo de vida, el sedentarismo, una mala alimentación, enfermedades crónicas y metabólicas como;

obesidad, diabetes mellitus e hipertensión crónica continúan siendo a nivel nacional problemas que conllevan a complicaciones cerebrovasculares (eclampsia, PRES), insuficiencia renal y alteraciones en la función hepática. Por ello es muy importante la prevención mediante el tratamiento farmacológico posterior a las 12 semanas de embarazo la toma de aspirina de 100-150 mg o L-arginina y suplemento de calcio de 1.5-2 g, vitamina D lo cual reduce la posibilidad del desarrollo de preeclampsia, parto prematuro, RCIU por mencionar algunos. Es por ello que el presente estudio de caso demuestra que es una herramienta que aporta criterios para que el alumno de la especialidad perinatal realice un abordaje a pacientes con preeclampsia con datos de severidad, haciéndole hincapié en iniciar un control prenatal oportuno así como el tratamiento y realizar intervenciones especializadas para un seguimiento adecuado durante el embarazo y puerperio evitando complicaciones, además de complementar información para el cuidado del recién nacido.

Recomendaciones

-Es prescindible la unificación de criterios y seguir la normativa nacional en las instituciones públicas y privadas para la atención de preeclampsia para favorecer una detección y tratamiento oportuno.

-Realizar una historia clínica correcta para la identificación de factores de riesgo como encefalopatía hipertensiva, alteración en niveles renales, hematológicos y hepáticos para un diagnóstico oportuno de la preeclampsia durante el embarazo o el puerperio evitando complicaciones de salud a nivel cardiaco, renal (insuficiencia renal), hepático (ruptura hepática), pulmonar (edema pulmonar, insuficiencia) y neurológico (eclampsia-PRES) .

-El uso de farmacoterapia preventiva (ASPIRINA, L-arginina, Vitamina C) para reducir el riesgo de contraer preeclampsia.

-Realizar intervenciones especializadas para modificar el estilo de vida como indicar una nutrición adecuada a las condiciones económicas en las que se encuentra el ser de cuidado, así como también evitar el sedentarismo, realizando ejercicios de bajo impacto.

-Se sugiere al alumno de la especialidad el desarrollo de material didáctico y traerlas consigo, ya considerando el tema que se desea abordar, para en dado caso en que la paciente acepte la valoración, abordarla en cualquier momento del embarazo control prenatal, parto o puerperio, se pueda proporcionar la información, ya que de esta manera pueden consultarla en cualquier momento.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Mortalidad materna; 2015. [Consultado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/blxc>
2. Bazzano AN, Green E, Madison A, Barton A, Gillispie V, Bazzano LAL. Assessment of the quality and content of national and international guidelines on hypertensive disorders of pregnancy using the AGREE II instrument. *BMJ Open* 2016; 6(1):e009189. Disponible en: <https://goo.gl/AVkMa0>
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Objetivos de Desarrollo sostenible. (Consultado 19 de septiembre del 2019) disponible en: <https://goo.gl/lwL7Mx>
4. Wu P, et al. Early Pregnancy Biomarkers in Pre-Eclampsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Mol Sci.* 19 de septiembre de 2019: 23035-56. Disponible en: <https://goo.gl/OpzHWM>
5. Abrahant R. A, Abrahantes R.TN. “Dimensión ética del cuidado de enfermería”, revista cubana de enfermería, volumen 34, numero 3, 2018, pág 1-8.
6. Delgado Bravo AI, Naranjo Toro ME. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. *av. enferm.* 2015 33(3): 412-9. Disponible en: <https://n9.cl/mtud>
7. Stake RE. Investigación con estudios de caso. Morata, Madrid,1999;1–155. Available from: <https://n9.cl/by62>
8. IMSS, hipertensión arterial, 2015 Disponible en: <https://n9.cl/svjp>
9. OPS, Preeclampsia, 2019 Disponible en: <https://n9.cl/4n9o>
10. GPC. Intervenciones de Enfermería durante el puerperio, en el primer nivel de atención. Vol. 66, Secretaría de salud de México. 2012. 1–77 p.
11. Alí BT. Obesidad pregestacional y ganancia ponderal materna excesiva como factores de riesgo para preeclampsia severa. Universidad Nacional de San Marcos. 2019, pág 1-88.
12. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. *Salud Materna neonatal, infantil y Adolesc.* 2014;66 (9789243548333):1–48. Available from: <https://n9.cl/nmixy>
13. Francisco R.C, Benavent G.MaA, Ferrer F,E. “El modelo teórico de Dorothea E. Orem”, pág 1-383.
14. Lapidus A, Lopez N, Malamud J, Nores Fierro R, Córdoba Papa J, Mendoza Si. Estados hipertensivos y embarazo. *Consenso Obstet FASGO 2017.* 2017;1–21. A
15. Gómez Carbajal LM. Actualización en la Fisiopatología de la Preeclampsia. *Rev Peru Ginecol y Obstet,* 2014;60(4):321–31. Available from: <https://n9.cl/05st>
16. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician –Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):1–25.

17. Hernández J, Sosa S, Estrada A, Nares M, Ortega V, Mendoza S, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2013;27(4): 260-280.
18. Duley L. Magnesium sulphate regimens for women with eclampsia: messages from the Collaborative Eclampsia Trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:103–5
19. L JF, Nightingale CH. Magnesium sulfate in eclampsia and preeclampsia: pharmacokinetic principles. *Clin Pharmacokinet* 2000;38:305–14.
20. Bermejo M. Importancia de los cuidados durante la gestación en la preeclampsia. Facultad de Medicina, Madrid, 2017; pág. 1–39.
21. Hernandez Reyna, J. “Incidencia De Complicaciones Maternas En Pacientes Con Preeclampsia Severa-Eclampsia En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital General Ecatepec Las Américas En El Periodo De Marzo 2010 a Octubre 2013 “, Universidad Autonoma del Estado de México, México 2014;1–56.
22. Fernández MX, Calderón N JM, Ben S. Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible y Embarazo : Reporte de un Caso 2015; 35: 68–74. Consultado: [5 de octubre del 2018]. Disponible en: URL. <https://n9.cl/ocq9>
23. Ortiz R Msc M, Rendón CA, Gallego CX, Chagüendo JE. Hipertensión/ preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura, *rev chil obstet ginecol* 2017; 82(2).
24. Aguirre YA, Costafreda ICB, López IR. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. 2017;43(4):53–60.
25. Observatorio Metodología E. Valoración de enfermería, Madrid, Cuesta de Santo Domingo, FUDEN, Fund para el Desarro la enfermería. 2013. ISBN-84-89174-96-2
26. Mariseca P. Aplicacion del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Med Segur Trab*. 2011;57(222):15–22
27. Reina G NC. El proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado. *Umbral Cient*. 2010;17:18–2
28. Martínez PC. El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensam Gest*. 2006;168–9.
29. Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 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. *Norma Of Mex*. 2016;1–67.
30. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioeth*. 2012;18(1):121–7.
31. Sánchez González Miguel. El consentimiento informado : Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. 2013; pag 1-15
32. Hernández J, Sosa S, Estrada A, Nares M, Ortega V, Mendoza S, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2013; 27(4):262–80.

33. IMSS. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia, en segundo y tercer nivel de atención. Inst Mex del Seguro Soc. 2017;1MSS-020-0.; pag 1-90
34. Di Girolamo V. Complicaciones severas de la preeclampsia. Serv Obstet y Ginecol Hosp Univ Virgen las Nieves Granada. 2017;1-18.
35. Baxter R, Hastings N, Law A, Glass EJ. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Vol. 39, organización Mundial de la Salud. 2014. 561- 563 p.
36. Aguirre YA, Costafreda ICB, López IR. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. 2017;43(4):53-60.
37. Medina Cordero, A., Fera Lorenzo, D.J., Oscoz Muñoa, G "Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso", Enferm. glob. no.17 Murcia oct. 2009, *versión On- line* ISSN 1695-6141
38. GPC. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño, Consejo de salubridad general. 2010;(IMSS-385-10):1-61 p.
39. GPC. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Imss. 2014. 1-77p. Available from: <https://n9.cl/wsnl>
40. CINETS. Guía de práctica clínica del recién nacido sano Vol. 2, MinSalud Colombia. 2014. 358 p. Available from: <https://n9.cl/38iq>
41. GPC. Atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, 2014;2(680-13-122-7):1-145. Available from: <https://n9.cl/zzyy>
42. ISSSTE, GPC Prevención, control y detección del recién nacido de término sano en el primer nivel de atención de salud, 2013; (ISSTE-699-13): 1-85p

Apéndice 1



Tabla 1. Criterios para la identificación de infecciones en heridas (1)

• **Criterios tradicionales**

- Abscesos
- Celulitis
- Supuración
- Suero con inflamación
- Seropurulenta
- Hemopurulenta
- Pus

• **Criterios adicionales**

- Retraso en la curación
- Decoloración
- Tejido de granulación friable que sangra con facilidad
- Aparición inesperada de dolor o inflamación
- Formación de bolsas en la base de la herida
- Pliegues del epitelio o del tejido blando
- Olor anormal

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido



Apéndice 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PERINATAL



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo _____
doy consentimiento para que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia _____
_____ del **Posgrado en Enfermería Perinatal** de la Universidad Nacional
Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado
integral del padecimiento o condición actual en la que me encuentro, como parte
de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información
necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta
participación.

Es de mi conocimiento que seré libre de solicitar mi retiro de este estudio de
caso en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o se me niega la
atención médica para el tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener
fotografías, videos o registros médicos y de enfermería durante mi
hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos y
académicos, NO para otros fines.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DE POSGRADO: _____

FIRMA: _____

Apéndice 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL



Fecha: _____ Servicio: _____ Elaboro: _____

1. Factores Básicos Condicionantes Descriptivos

Nombre:	Edad:	Grupo y Rh:
Estado civil:	Peso inicial:	Peso actual:
Diagnóstico médico:		

Área Geográfica:

Urbana ()

Suburbano ()

Rural ()

Vivienda.

Casa ()

Departamento ()

Rentada ()

Propia ()

Características de la habitación: (construcción, iluminación, ventilación, servicios intradomiciliarios, flora y fauna)

1.1

Tipo de familia

Nuclear ()

Extensa ()

Integrada ()

Desintegrada ()

Uniparental ()

Otro: _____

Número de integrantes: _____ Rol que ejerce en la familia: _____

Quien es el sustento familiar _____

Persona responsable: Pareja () Familiar directo () Sola () Otros _____

1.2

Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Escolaridad
----------------------------	----------------------------	--------------------

Ocupación	Religión	Ingreso socioeconómico Insuficiente () Suficiente ()
Idioma/lengua natal		

1.3

Actividades que realiza: _____

Modificaciones que realiza a partir de su diagnóstico actual: _____

Su embarazo fue planeado: SI () NO ()

Su embarazo fue deseado: SI () NO ()

1.4

Condición de Salud:

Enfermo Agudo ()

Crónico ()

Sano ()

Asistencia al servicio de salud:

Primera vez ()

Subsecuente ()

Diagnóstico de ingreso: _____

Tratamiento médico actual: _____

Manejo multidisciplinario de salud: Si () No ()

Especialidades:

Características del estado de salud actual: Buena () Regular () Mala ()

Percepción de la institución donde se atiende: Buena () Regular () Mala ()

Nivel de atención a la salud: 1° () 2° () 3° ()

1.5

Capacidad de autogobierno	Factores negativos	Potencial de desarrollo

2.

Etapas de desarrollo: _____

Agencia de autocuidado: En vías de desarrollo ()

Desarrollada pero no estabilizada ()

Desarrollada y estabilizada ()

Antecedentes Gineco - Obstétricos.

Menarca: _____ Telarca: _____ Púbarca: _____ Ciclo y Ritmo: _____

IVSA: _____ Parejas Sexuales último año: _____ ITS: _____

PAP: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Autoexploración Mamaria: Si () No ()

Cirugías o Procedimientos Ginecológicos: _____

Fecha: _____

Último MPF: Desuso a partir de:

Gesta: () Parto () Cesárea () Aborto () Ectópico () Mola () PIG: _____

Procedimientos obstétricos: _____

Embarazos Anteriores: _____ Hijos vivos: _____

Fecha:	SDG:	Peso:	Talla:	Apgar:	Complicaciones:	Tiempo de lactancia:

Antecedentes no Patológicos:

Alergias: _____

Antecedentes Patológicos

Cirugía Generales: _____

Enfermedades durante el embarazo: _____

Transfusiones: SI () NO () Fecha: _____

3.

3.1 Desviación actual, percepción de la desviación.

a) Motivo de consulta (control prenatal, urgencias, hospitalización, quirófano)

3.2 Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación.	Repertorio actual de mecanismos de adaptación	Factores concomitantes de estrés: Fisiológicos, psicológicos o económicos

3.3 Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud		Sí	No
Busca y asegura ayuda médica y de enfermería oportuna			
Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos			
Lleva a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación			

Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados, que producen malestar			
Modifica el auto concepto y autoimagen para aceptarse como un ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud			
Aprende vivir con los efectos de las condiciones de estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo			

Estudios de laboratorio y gabinete

Ultrasonido:

BH:

Hb:	Hto:	Plaquetas:	VCM:	Leucocitos:

CTOG:

QS:

Glucosa:	Creatinina:	Urea:

EGO/Labstix

Leucocitos:	Sangre:	Densidad Urinaria:	Proteínas:	Bacterias:
Características:				

Otros:

VDRL: _____

VIH: _____

5.
4.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Dificultad respiratoria: SI () NO ()

Causa: _____

Usa técnicas para mejorar su respiración. SI () NO ()

¿Cuáles? _____

4.1.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

FC	FR	T	T/A	SpO ₂	FCF

4.2 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Cantidad de líquidos que consume en 24 hrs: _____

Características de ingesta:

Conoce usted la importancia de la calidad y cantidad de los líquidos que debe ingerir al día durante la etapa de embarazo y puerperio: Sí () No ()

Conoce usted las complicaciones que se originan por no consumir agua: Sí () No ()

4.2.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

Tegumentos	Mucosa	Edema	Otros

4.3 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

	Horarios	Alimentos
Desayuno		
Comida		
Cena		
Colación		

_____ Aporte calórico: _____

Tipo de dieta:

IMC: _____ Ganancia de peso: _____

Diario de Alimentos

Cereales, pan y pasta.	Frutas, hortalizas y verduras.	Origen animal y legumbres.	Aceites y grasas	Azúcar

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

4.3.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Número de micciones	Características	Frecuencia	Disuria () Poliuria () Tenesmo () Poliaquiuria ()

Sonda Foley:	No.	FI: Globo:	Características:
---------------------	-----	---------------	------------------

Enfermedad crónica intestinal _____
 ¿Ingiere algo para mejorar su proceso de eliminación? _____

Número de evacuaciones	Características	Frecuencia	Moco () Sangre () Tenesmo ()
-------------------------------	------------------------	-------------------	--

4.4.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

¿Practica algún deporte o ejercicio? SI () NO () Frecuencia: _____
 Caminar () Correr () Nadar () Baile () Yoga ()
 Otro: _____

¿Conoce que tipos de ejercicio se pueden realizar durante el embarazo? _____

Las actividades que desempeñan en 24 horas, le demandan un esfuerzo de tipo:

- () Físico
- () Intelectual
- () Físico - intelectual

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

Sensación al despertar _____

Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño y cómo lo resuelve: _____

¿Cuántos periodos de descanso realiza usted durante el día? _____

4.5.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. ¿Cuál? _____

Como son sus relaciones personales:

Familia: _____ Pareja: _____ Hijos: _____
 Trabajo: _____ Amigos: _____

Siente miedo o temor por algún motivo: _____

¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida?

Auto enfado ()

Reza ()

Enfado con los demás ()

Lectura ()

Hablar con personas ()

Sumisión ()

Escucha música ()

Ansiedad ()

Deporte ()

Recibe visita familiar: SI () NO () Parentesco: _____

4.6.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.7 Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

a) Prácticas de Seguridad Personal:

¿Qué complicaciones ha presentado durante este embarazo?

¿Con que frecuencia acude al control prenatal? _____

¿En qué semana inicio su control prenatal? _____ Asiste con: _____

Actividades y prevención de riesgos durante el embarazo:

		Fecha
USG obstétrico	SI () NO ()	
Papanicolaou	SI () NO ()	
Exploración de mamas	SI () NO ()	
Dentista	SI () NO ()	
Nutrióloga	SI () NO ()	
Vacunas	SI () NO ()	

Infecciones de Vías Urinarias	SI ()	NO ()
Infecciones vaginales	SI ()	NO ()
Enfermedades de transmisión sexual	SI ()	NO ()
Amenaza de Parto Prematuro	SI ()	NO ()
Trombosis venosa de miembros pélvicos	SI ()	NO ()
Diabetes	SI ()	NO ()
Hipertensión	SI ()	NO ()

Educación prenatal	SI () NO ()	
Lactancia materna	SI () NO ()	

Como realiza su aseo perianal: _____ ¿Usted se auto médica? _____

¿Consumo drogas? SI () NO ()

Alcohol ()

Tabaco ()

Mariguana ()

Cocaína ()

Otra: _____

¿Qué información relacionada con lactancia materna ha recibido durante este embarazo?

Amamanto hijos anteriores: si () no () Tiempo: _____ Lactancia Exclusiva: _____

Urgencia Obstétrica

Signos Vitales	T/A:	FC:	FR:	T:	FCF:
----------------	------	-----	-----	----	------

Acufenos ()	Fosfenos ()	Cefalea ()	Dolor en epigastrio ()	Hiperreflexia ()
Oliguria ()	Poliaquiuria ()	Poliuria ()	Tenesmo ()	Disuria ()
Sangrado transvaginal (+) (++) (+++)		Hipertonía ()	Polisitolía ()	Compromiso () Histerorrafia
Actividad uterina:				
Ruptura de membranas:	Hora:	Características:	Criterios de Gibbs:	
Movimientos fetales :	Convulsiones:		Dificultada Respiratoria:	

Condiciones Cervicales

Dilatación:	Borramiento:	Consistencia:	Posición:	Altura de la Presentación:
-------------	--------------	---------------	-----------	----------------------------

Registro Cardiotocográfico

Duración:	Integridad:	Variabilidad:	FCF:	Actividad Uterina:
Movimientos Fetales:		Ascensos:	Descensos:	
Interpretación:				

Acceso Venoso:	Periférico ()	Central ()	Yugular ()
Sitio _____			

Líquidos Parenterales:

Solución	Presentación	Horario

Medicamentos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Glucemia capilar	Insulina	Horario / Dosis			
Preprandial					
Postprandial					
Esquema de Insulina rápida					

4.7.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Curva de Signos Vitales

Hora									
T/A									
FC									
T °C									

Tira reactiva en orina:	HGT:
	USG:
	RAYOS X:

4.8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____
 Aseo bucal: _____ Gingivitis, caries, otro: _____

¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? _____

¿Cuál es la importancia de la religión en su vida?

¿Con que frecuencia acude a lugar donde profesa su espiritualidad?

Uso de aparatos de asistencia especiales:

Silla de ruedas ()	Ap. Ortopédico ()	Bastón / muletas ()	Dentadura postiza ()
Lentes de contacto ()	Prótesis ()	Gafas ()	Catéter Epidural ()

Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen: _____

¿Cómo se percibe físicamente durante su embarazo? _____

¿Qué significa para usted la intimidad con su pareja durante el embarazo?

¿Usted y su pareja considera que durante el embarazo la intimidad debe de cambiar?

4.8.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Coloración: Palidez () Cianosis ()	Mucosas orales: Hidrata () Deshidratada ()
Diuresis Cantidad: _____ Características: _____ Espontanea () Sondaje vesical ()	Evacuación intestinal:
Involución uterina (localización y consistencia):	Loquios (cantidad, consistencia, coloración, olor):
Periné (coloración, edema, equimosis, hematoma, aproximación de los bordes, dolor, drenaje, desgarros):	Herida quirúrgica (tipo y características):
Miembros Pélvicos (coloración, edema, dolor, temperatura):	Aspectos emocionales (vínculo, rol, contacto piel a piel)
Descanso y sueño:	Deambulación (activa, pasiva)
Educación para la salud:	

Valoración de lactancia materna:

Alimentación actual: Lactancia Materna Exclusiva () Lactancia Mixta () Lactancia artificial ()

Características de la tetada:

Mamas		
Flácidas	MD	MI
Congestionadas	MD	MI
Turgentes	MD	MI
Mastitis	MD	MI
Absceso	MD	MI

Pezón		
Normal	MD	MI
Plano	MD	MI
Invertido	MD	MI
Agrietado	MD	MI

Observación de la tetada

Posición del cuerpo:	Vínculo emocional:
Respuesta del bebé:	Frecuencia de mamadas:
Respuesta de la mamá:	Duración de la mamada

Usa ambos pechos Si () No () A veces () Alterna el lado c/ comienza: Si () No () A veces ()

Basado en Waisman, Mónica. (1998). Formulario de Valoración. Organización de un Consultorio de Lactancia Materna. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Volumen 17, 97-192

Basado en la hoja de valoración de Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f) Recuperado Junio 2015
 Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal. Instrumento de Valoración Perinatal última modificación septiembre 2006, recuperado junio 2015.
 Modificado por E.E.P. Nidia Rivas flores Agosto de 2015, 2017.
 Revisión por las alumnas de la 2ª generación de Enfermeras perinatales con sede en el INPer en agosto de 2016, P.L.E.O. Campos Vasquez Magali, L.E.O Galicia Hernández Victoria, L.E.O. López Castillo Magali Herminia,
 L.E.O. Pacheco Cadenas Elizabeth, L.E.N. Rolon Balcazar Consuelo Isabel y L.E Rueda Cano Marisela