

**ESCUELA DE ENFERMERÍA  
“MARÍA ELENA MAZA BRITO”  
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y  
NUTRICIÓN  
“SALVADOR ZUBIRÁN”  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM. CLAVE  
3049-12**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UNA PACIENTE CON PREECLAMPSIA  
SEVERA EN BASE AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Que para obtener el título de

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

**CLAUDIA CECILIA URIBE BENAVIDES**  
No de cta. 966667570

DIRECTOR DEL TRABAJO

---

**LIC. ENF.: FLORITA LÓPEZ CARVAJAL**

**México, Mayo 2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>2</b>
■ General	2
■ Especifico	2
<b>Metodología</b> .....	<b>3</b>
■ Tipo de Investigación	4
■ Trabajo realizado durante el servicio social	4
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>5</b>
<b>Valoración</b> .....	<b>7</b>
■ Observación	7
■ Entrevista	8
■ Examen Clínico	8
<b>Diagnóstico</b> .....	<b>9</b>
<b>Planeación</b> .....	<b>9</b>
■ Establecimiento de prioridades	10
■ Identificación de objetivos	10
■ Planeación de acciones de enfermería	11
<b>Ejecución</b> .....	<b>11</b>
■ Validación del plan de atención	12
■ Fundamentación	12
■ Brindar cuidados de enfermería	12
■ Continuidad de cuidado	12
<b>Evaluación</b> .....	<b>13</b>
<b>Biografía de Virginia Henderson</b> .....	<b>14</b>
<b>Tendencia y Modelo</b> .....	<b>15</b>
<b>Principales Conceptos y Definiciones</b> .....	<b>16</b>
<b>Definición de Enfermería (concepto)</b> .....	<b>16</b>
<b>14 Necesidades Básicas (conceptos Virginia Henderson)</b> .....	<b>17</b>
■ Necesidad de respirar normalmente	17
■ Necesidad de comer y beber adecuadamente	17
■ Necesidad de eliminar por todas las vías	17
■ Necesidad de moverse y mantener la postura	17
■ Necesidad de dormir y descansar	17
■ Necesidad de seleccionar ropa adecuada (vestirse y desvestirse)	18
■ Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo	18
■ Necesidad de estar limpio y proteger la piel	18
■ Necesidad de evitar peligros ambientales	18
■ Necesidad de comunicarse con otros	18

■ Necesidad de practicar su religión	18
■ Necesidad de trabajar en algo que de sensación de utilidad	19
■ Necesidad de jugar en diversas formas de recreo	19
■ Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad	19
<b>Caso Clínico.....</b>	<b>20</b>
■ Historia Clínica	21
■ Antecedentes Heredofamiliares	21
■ Antecedentes Patológicos	22
■ Antecedentes Quirúrgicos	22
■ Antecedentes Obstétricos	22
■ Inspección General	22
- Cabeza	22
- Cuello	23
- Tórax	23
- Abdomen	23
- Genitales	23
- Tacto Vaginal	23
- Extremidades	23
<b>Valoración.....</b>	<b>24</b>
<b>Necesidades Básicas de Acuerdo a los Requerimientos de la Paciente...</b>	<b>25</b>
■ Necesidad de Oxigenación	25
■ Necesidad de Eliminación	25
■ Necesidad de Movilidad y Postura	25
■ Necesidad de Descanso y Sueño	26
■ Necesidad de Termorregulación	26
■ Necesidad de Vestido	26
■ Necesidad de Higiene	26
■ Necesidad de Seguridad	26
■ Necesidad de Comunicación	26
■ Necesidad de Realización Personal	27
■ Necesidad de Recreación	27
■ Necesidad de Aprendizaje	27
■ Necesidad de Creencias y Valores	27
■ Validación de la Información	27
<b>Conclusión de Datos.....</b>	<b>28</b>
<b>Plan de Cuidados.....</b>	<b>29</b>
Cuadro 1	30
Cuadro 2	31
Cuadro 3	32
Cuadro 4	33
Cuadro 5	34
Cuadro 6	35

Cuadro 6	36
Cuadro 7	37
Cuadro 7	38
Cuadro 7	39
<b>Conclusiones Generales</b> .....	<b>40</b>
<b>Plan de Alta</b> .....	<b>41</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>42</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>49</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>52</b>
<b>Guía Metodológica para la Recavación de Datos bajo el Modelo de Virginia Henderson</b> .....	<b>53</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>61</b>
<b>Clasificación</b> .....	<b>65</b>
■ Leve	65
■ Moderado	65
■ Grave	65
<b>Manifestaciones</b> .....	<b>66</b>
<b>Factores de Riesgo</b> .....	<b>67</b>
<b>Complicaciones</b> .....	<b>67</b>
<b>Síndrome de HELLP</b> .....	<b>68</b>
<b>Epidemiología</b> .....	<b>68</b>
<b>Fisiopatología</b> .....	<b>68</b>
<b>Cuadro Clínico</b> .....	<b>69</b>
<b>Diagnóstico</b> .....	<b>69</b>
<b>Tratamiento</b> .....	<b>71</b>
<b>Complicaciones</b> .....	<b>71</b>

## INTRODUCCIÓN

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que se pueden complicar durante la gestación o en el puerperio temprano; debido a las diversas alteraciones cardiovasculares; el embarazo aumenta en las condiciones hipertensivas existentes.

Hasta hace poco, el termino que se empleó para describir la hipertensión que se inicia durante el embarazo era el de toxemia; se creía que la afección era por toxinas derivadas de los productos de la concepción que entraban a la sangre.

El término que se emplea en la actualidad es hipertensión inducida en el embarazo y se usa para describir este síndrome el cual es característico por la triada, edema, proteinuria e hipertensión.

Dos de las categorías de hipertensión inducidas en el embarazo son preeclampsia y eclampsia y representan un mismo proceso, pero el termino eclampsia se emplea cuando el curso clínico de la paciente avanza hasta convulsiones generalizadas o coma.

La hipertensión inducida en el embarazo es una complicación frecuente; ya que se observa del 5 al 7% de todas las mujeres grávidas, suele presentarse hasta en la tercera parte de las mujeres y algunas experimentan hipertensión que persiste por tiempo indefinido después del embarazo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Contar con un Proceso Atención de Enfermería enfocado a una paciente con preeclampsia severa para ayudar al personal y estudiantes a reconocer los signos y síntomas de progresión de la enfermedad y brindar cuidados específicos e individualizados a las pacientes con este padecimiento.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- ☛ Proporcionar información y promover en el personal, pasantes y estudiantes de enfermería actitudes de cambio y compromiso a través del Proceso Enfermero.
- ☛ Fundamentar las acciones de enfermería en los procedimientos realizados y dar atención individualizada mediante modelos basados en conocimientos científicos y humanísticos.

# **METODOLOGÍA DEL TRABAJO**



## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo es de tipo bibliográfico, descriptivo y explicativo en la que se realiza un análisis de los datos obtenidos y en base a estos se presentan los planes de cuidados y diagnósticos de enfermería.

## **TRABAJO REALIZADO DURANTE EL SERVICIO SOCIAL:**

Desde el inicio del Servicio Social comencé a laborar en los servicios de mayor demanda hospitalaria (Terapia Intensiva, Pediatría y Coordinación de Enseñanza).

Los datos fueron obtenidos a través de información directa con la paciente, del expediente clínico y familiares.

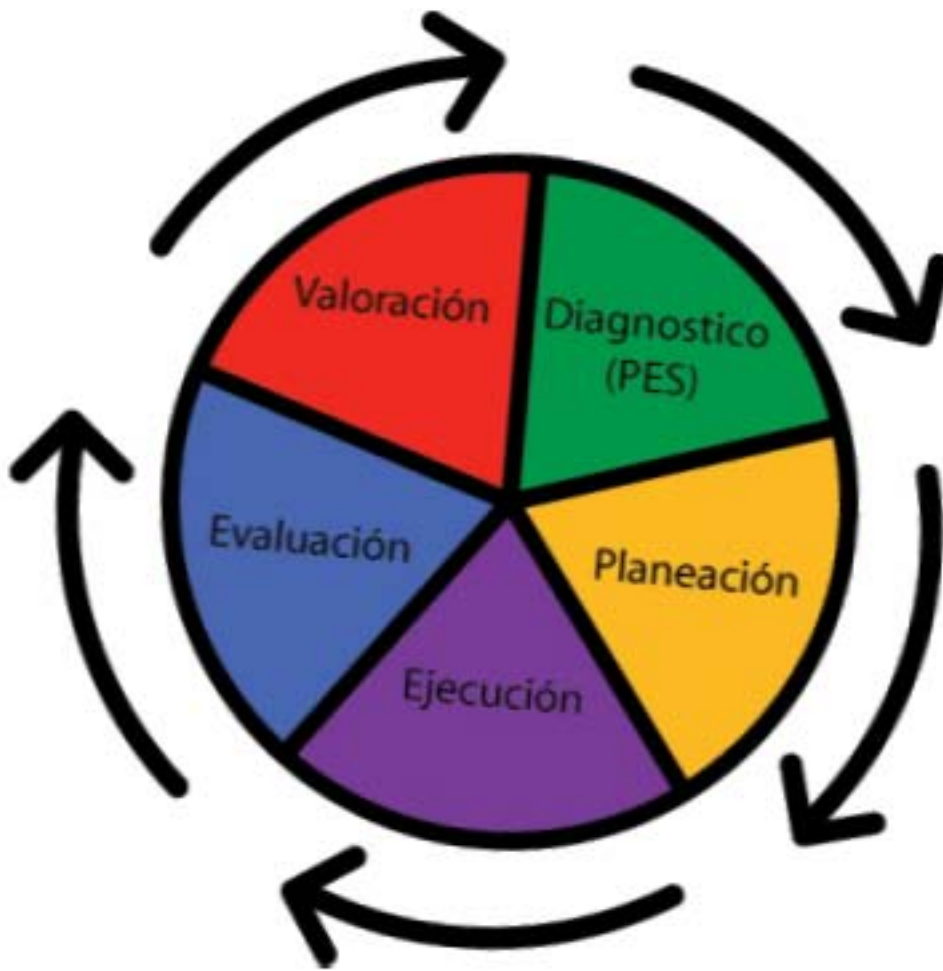
Este trabajo se realizó durante el tiempo de estancia dentro de la unidad de Terapia Intensiva del Hospital de la Mujer.

# MARCO TEÓRICO

El proceso de atención de enfermería es un sistema basado en reglas y principios científicos durante la planeación y ejecución de la atención de enfermería a las necesidades y problemas de salud del individuo, familia y comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos.

Para llevar a cabo este proceso, se necesita del apoyo de modelos y teorías para establecer un marco de referencia, comprender al paciente y el ambiente que lo rodea.

Se proponen 5 etapas para la atención integral y progresiva del individuo, estas etapas son:



## **VALORACIÓN.**

Se realiza una valoración precisa la cual conduce a la identificación del estado integral del paciente, los temas inherentes de enfermería y el diagnóstico de la misma. Esta etapa inicia con la obtención y recopilación de aquellos datos del paciente que involucran acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de esta.

Esto se logra a través de:

- ☛ Observación
- ☛ Entrevista
- ☛ Examen Clínico

## **OBSERVACIÓN.**

Consiste en describir minuciosamente el estado de salud del paciente y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea. Dicha observación debe iniciar desde el primer encuentro con el paciente para comenzar desde ese momento la recolección de datos para continuar con la relación enfermera paciente.

## **ENTREVISTA.**

El propósito es obtener información y desarrollar la empatía entre ambos, esto nos permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin el cual es proporcionar atención personalizada, que el paciente exprese sus ideas sentimientos y necesidades inmediatas a largo plazo.

Esta puede ser formal o informal.

**FORMAL:** Consiste en la comunicación con un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia de enfermería del paciente para considerar la concepción del individuo en cuanto a su enfermedad.

**INFORMAL:** Es la conversación entre el personal de enfermería y paciente que se desarrolla mientras este brinda atención.

Estos pueden ser precisos para observar la comunicación no verbal del paciente, que contribuya en la elaboración del diagnóstico de enfermería.

## **EXAMEN CLÍNICO.**

Debe realizarse una exploración céfalocaudal ya sea por aparatos y sistemas o por la región que el paciente reporte como problema u objeto de interés utilizando los métodos correspondientes (inspección, palpación, percusión, auscultación y medición) para investigar en el individuo las características anatomofisiológicas y de comportamiento significativo así como hallazgos anormales.

## **DIAGNÓSTICO.**

Es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente que pueden modificarse con la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos, incluye la valoración de enfermería y no debe confundirse con el diagnóstico médico.

La perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder hacen la diferencia necesaria para la práctica de cada uno en el campo de su competencia.

## **PLANEACIÓN**

Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, la conservación y fomento a la salud con previa determinación la cual ayudará a solucionar y disminuir el efecto de sus problemas.

Esta fase comprende 3 pasos.

1. Establecimiento de prioridades
2. Identificación de objetivos
3. Planeación de acciones de enfermería

## **1.- ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES**

Es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería.

El establecimiento de prioridades se facilita por la puesta de teorías, modelos, conceptos y principios, para el establecimiento de prioridades en donde la participación de la paciente y su familia es fundamental, sin olvidar que se debe asumir ante el equipo de salud, paciente y familiares.

El rol coordinador en la planeación de atención a las necesidades traerá consigo un aumento en la necesidad de amor, autoestima y la capacidad de participar en su cuidado.

## **2.- IDENTIFICACION DE OBJETIVOS**

Permiten conocer específicamente lo que se desea lograr ya que describe un resultado futuro de una acción particular que va a permitir identificar el que, como, cuando y quien del actuar entre enfermera y paciente.

También proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos; por lo tanto son instrumentos útiles en el diseño, implementación y evaluación del cuidado del paciente, estos pueden ser a corto o largo plazo.

### **CORTO PLAZO.**

Pueden lograrse de modo favorable y rápido ya sea cuestión de días u horas

## **A LARGO PLAZO.**

Requiere de un tiempo largo, pueden ser de un tiempo prolongado que requiere atenciones de enfermería que se miden directamente entre su objetivo y su logro o pueden ser a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.

### **3.- PLANEACIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERÍA**

Se considera como núcleo o centro del Proceso de Atención de Enfermería ya que en el se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas; por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

## **EJECUCIÓN**

Es la aplicación real del plan de enfermería, este contribuye a un cuidado integral y progresivo ya que considera los aspectos biopsicosociales del paciente y estos son fuente clave de información y de vital importancia, se incluyen 4 subetapas.



### **1. VALIDACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN.**

Ya que se redacta el plan de atención es recomendable consultar a un colega de mayor experiencia y en su caso también su aprobación ya que de esto dependerá el éxito de la atención al paciente.

### **2. FUNDAMENTACIÓN.**

Describe y explica la base de los cuidados establecidos y se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos, también se puede acudir a libros de texto, revistas científicas o libros de referencia.

### **3. BRINDAR CUIDADO DE ENFERMERÍA.**

Después de fundamentar científicamente las acciones se puede proceder a dar la atención como se planeó, sin embargo, en algunas ocasiones pueden presentarse situaciones que interfieren con la ejecución del mismo, en tales casos el personal de enfermería debe de permanecer alerta para realizar las modificaciones pertinentes sin que esto conlleve a alterar la atención del paciente.

### **4. CONTINUIDAD DEL CUIDADO.**

Contribuye a la continuidad del cuidado del paciente y ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería para facilitar la identificación de las metas y objetivos así como apoyar en la elaboración de una lista de preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención.

## **EVALUACIÓN**

Proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe el paciente por parte del equipo multidisciplinario que interviene en su cuidado.












Debe de ser un proceso continuo y la parte integral de cada uno de los componentes del Proceso de Atención de Enfermería, comenzando con la implementación en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados específicos y así decidir si los planes están ayudando o no a su progreso.








También nos sirve para identificar estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.

## **VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)**

### **DATOS BIOGRAFICOS**

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

-  1918: A la edad de 21 años inicia sus estudios de Enfermería en la Escuela de Enfermería del ejército en Washington D. C.
-  1921: Se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
-  1922: Inicia su carrera como docente.
-  1926: Ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
-  1929: Ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
-  1930: A su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
-  1948: Hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
-  1953: Ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
-  1953: Hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
-  1955: Publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
-  1959 a 1971: Dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

-  1960: Su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
-  1966: Publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
-  1978: Publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
-  Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.
-  1983: Recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
-  La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.
-  1988: En la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

## **TENDENCIA Y MODELO**

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

## **PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al individuo sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, en donde el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidados.

Para Henderson la función de ayuda al paciente y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

### **DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA**

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

**VIRGINIA HENDERSON**  
**14 NECESIDADES BASICAS (conceptos)**

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

**1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE**

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

**2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

**3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS**

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropa de vestir y de cama.

**4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA**

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

**5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

## **6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

## **7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE**

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

## **8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL**

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

## **9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS**

Hace referencia a la prevención de accidentes, a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

## **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O SENSACIONES.**

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo, cambiar ciertas condiciones que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

## **11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN**

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores.

**12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD**

Aceptación del rol de cada uno.

**13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO**

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

**14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD**

La orientación, el adiestramiento o la educación, forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.



# **CASO CLÍNICO**

## HISTORIA CLÍNICA

Hospital de la Mujer

Nombre: N.S.H.R.

Sexo: Femenino

Edad: 22 años

Estado Civil: Unión Libre

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Hogar

Religión: Católica

Domicilio: Gallo Coronado No 214 Col. Benito Juárez Nezahualcoyotl

Entidad: D.F.

Ingresa: 3/04/05

Teléfono: 57361418

Expediente: 389211

Servicio: Terapia Intensiva

Cama: 7

Motivo de la visita o principal problema: Comienzo de amenorrea de 8 semanas secundario a un embarazo.

No de consultas: 4 con medico particular.

Percibe movimientos fetales a las 12 semanas con un crecimiento normal de 20 semanas con un incremento ponderal de 10kg, a su ingreso presenta T/A de 130/90.

Diagnostico medico: Preeclampsia Severa + Síndrome de Hellp.

.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

- Abuela materna: Finada, se desconoce la causa.
- Abuelo paterno: Enfermedad Cardiaca.
- Tíos maternos: Diabetes Mellitus 2
- Madre: Con Hipertensión Arterial Sistemica.

### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

Residente del Estado de México, Habita en casa propia la cual cuenta con luz y drenaje, Hacinamiento (+), Zoonosis (+), Hábitos higiénicos deficientes, vive en unión libre, se dedica al estudio de cultura de belleza, terminó la secundaria, niega alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías.

### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

Migraña desde los 10 años de edad.

### **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

Menarca 12 años, ritmo 28x3, IVSA: 16 Años, PS 1.

- G1 = 1991 = Masculino = 2800gr = Eutocico.
- G1 = 1993 = Femenino = 2900gr = Eutocico.
- G1 = 1994 = Femenino = 2750gr = Eutocico.
- G4 = 2005 = Femenino = 1200gr = Cesárea = Apgar = 4-6.

### **INSPECCIÓN GENERAL**

Paciente con orientación en las 3 esferas: tiempo, persona y lugar, aparentemente bien conformada e integra, sin ruidos ni olores característicos.

### **CABEZA**

Cráneo Normocefálico, con adecuada implementación del cuello de acuerdo con la edad y sexo, con pupilas reactivas isocóricas, normorreflicas, narinas permeables y con buen estado de hidratación.

## **CUELLO**

Cilíndrico con traquea central y desplazable con presencia de pulsos carotídeos sincrónicos con radial, no se palpan adenomegalias.

## **TORAX**

Normolineo, campos pulmonares bien ventilados sin fenómenos exudativos.

## **ABDOMEN**

Globo por PUVI con Fondo Uterino de 27cm y Frecuencia Cardíaca Fetal de 163 latidos por minuto. Presencia de epigastralgia y hepatalgia, peristalsis normal.

## **GENITALES**

Genitales externos de acuerdo a edad y sexo sin alteración.

## **TACTO VAGINAL**

Vagina elástica eutermica con cervix dehisciente sin pérdidas transvaginales.

## **EXTREMIDADES**

Simétricas con edema y tres cruces, llenado capilar inmediato. Inicia con dolor en Hipocondrio derecho tipo cólico que se irradia a fascia renal de hipocondrio izquierdo y hombro derecho, presenta náusea y vomitó en una ocasión, esta consciente, orientada, con palidez de tegumentos, pupilas normoreflícas, mucosas semihidratadas, abdomen globoso con dolor a la palpación superficial y profunda.

# VALORACIÓN

## **NECESIDADES BÁSICAS DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA PACIENTE**

### **● Necesidad de Oxigenación, Nutrición e Hidratación;**

Se aplica ventilador alrededor de 5 días y posteriormente se le aplicó la mascarilla de oxigenación y puntas nasales con la finalidad de que tuviera una mayor oxigenación en los tejidos y estos no llegaran a producir hipoxia.

Con respecto a su nutrición se instalo NPT y su duración fue de 5 días

Con respecto a la hidratación presenta mucosas orales deshidratadas y con palidez de tegumentos.

### **● Necesidad de Eliminación;**

Presenta peristalsis normoactiva, al realizar la exploración se encuentra con abdomen blando y depresible a la palpación y no se ha llegado a la necesidad de administrar ningún tipo de laxante, sin embargo refiere incomodidad debido a que tiene instalada una sonda Foley a derivación en donde las diuresis primeramente son hemáticas debido a su condición pos-operatoria con el tratamiento y el progreso de la paciente estas se presentan claras y con una densidad adecuada de acuerdo al control de ingresos y egresos.

### **● Necesidad de Movilidad y Postura:**

Ella subió de Quirófano debido a una cesárea de KERR + OTB Kroner y al mismo tiempo realizaron una laparotomía exploradora, le ligaron la arteria hepática y le pusieron un parche en el epiplón y posteriormente hicieron un empaquetamiento hepático. por tal motivo el primer día de postoperada se sube a la unidad de terapia intensiva donde se brindaron cuidados específicos con el manejo de ventilador, reposo, vendaje abdominal, vendaje mamario, sonda Foley, vendaje de miembros inferiores, sin embargo conforme han pasado los días, su presión arterial se ha ido estabilizando con medicamentos, no tiene movilidad autónoma.

**Necesidad de Descanso y Sueño:**

Se mantiene dormida la mayor parte del día, se mantiene despierta por un lapso de tiempo corto y tiene la capacidad de expresar su sentir a través de señas con ojos y manos.

**Necesidad de Termorregulación:**

Constantemente se realiza la toma de signos vitales y no presento hipertermia.

**Necesidad de Vestido:**

Utiliza el camisón que le brinda la institución el cual se cambia diario después del baño de esponja.

**Necesidad de Higiene:**

Se realiza baño de esponja diario, cambio de cama, toalla femenina y camisón.

**Necesidad de Seguridad:**

Presenta temor debido a la presencia de todos los medios invasivos y manifiesta preocupación por sus seres queridos y el temor a morir por todas las complicaciones que se presentaron, sin embargo se logro estabilizar y fue recuperando poco a poco su seguridad y confianza.

**Necesidad de Comunicación:**

Su manera de comunicarse es deficiente por los medios invasivos sin embargo a la hora de visita acuden sus familiares a visitarla y esto le brinda un poco de confort, respecto con el personal de salud este interactúa de una manera amable, satisfactoria y de forma cooperativa aunque su comunicación es a través de señas.

● **Necesidad de Realización Personal:**

Desea salir pronto del hospital para reunirse con sus seres queridos y poder convivir con sus hijos y esposo.

● **Necesidad de Recreación:**

La poca interacción con sus familiares la motivo y a pesar de la gravedad de su estado, fue ayuda suficiente para levantar su estado anímico y así a pesar de los múltiples esfuerzos que realizó tuvo una mejor recuperación.

● **Necesidad de Aprendizaje:**

Conocer los niveles normales de T/A  
Aprender a tomar su T/A  
Aprender a vigilar que su herida quirúrgica no presente datos de infección.

● **Necesidad de Creencias y Valores:**

Ella profesa la religión católica y tiene fé en que todo saldrá bien para reunirse pronto con sus seres queridos.

● **Validación de la Información:**

Los datos fueron recopilados a través de la paciente, sus familiares y su expediente clínico.



## **CONCLUSIÓN DE DATOS**

A lo largo del desarrollo de este trabajo se establece un plan de cuidados para la vigilancia del estado de salud y prevención de complicaciones, ya que en la actualidad los conocimientos científicos, técnicos, y valores, validan todas las acciones que se realizan para la atención al individuo, familia o comunidad.

Los cuidados personalizados e integrales a través del proceso de atención de enfermería, permiten unificar los criterios para validar las actividades propias de la profesión que permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad de nuestro país y los problemas de salud; para así definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud.

# **PLAN DE CUIDADOS**

## PLAN DE CUIDADOS

**DIAGNÓSTICO:** Riesgo elevado de intolerancia a la actividad relacionado con el estado de conexión física deficiente, presencia de problemas circulatorios, respiratorios, reposo en cama o limitación del movimiento.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Evitar la aparición de úlceras o algún otro tipo de lesiones en la piel.</p> <p>Se mantendrá la piel en mejores condiciones para no producir un dolor extra a la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Cambios de posición cada 2 hora</li>   <li>Ⓢ Realización de ejercicios pasivos</li>   <li>Ⓢ Protección de prominencias óseas</li>   <li>Ⓢ Realización de ejercicios con amplitud de movimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Ayuda a prevenir la aparición de úlceras por presión</li> <li>Ⓢ Favorece a la circulación de la piel y evita ulceramiento</li>   <li>Ⓢ Ayuda para ejercitar los miembros superiores, inferiores, así como la articulación de ellas.</li>   <li>Ⓢ La presión constante produce laceración y alteración de los tejidos</li>   <li>Ⓢ Ayuda a tener una mejor circulación y al movimiento adecuado de las articulaciones</li> </ul>	<p>La paciente no presentó úlceras ni algún otro tipo de alteración cutánea.</p> <p>Estas actividades se realizaron constantemente y fueron para el bienestar físico de ella.</p>

**DIAGNÓSTICO:** Hipertensión secundaria y retención de líquidos, manifestado por la presión arterial elevada, edema generalizado, palidez de tegumentos y variaciones en la PVC.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Vigilar constantemente los cambios que pueda presentar para evitar que llegue a tener alguna otra complicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Toma de signos vitales cada hora</li>   <li>☉ Valorar el estado de consciencia</li>   <li>☉ Administración de captopril</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Manifestaciones objetivas que se perciben y miden en un organismo vivo</li>   <li>☉ Cualquiera de ellos puede variar constantemente y esto se consideran como factores importantes para formular un mejor diagnostico</li>   <li>☉ Los signos vitales valoran el estado de salud o progreso de la enfermedad de la paciente</li>   <li>☉ Ayuda a determinar si la paciente esta orientada en cuanto a tiempo, lugar y espacio.</li>   <li>☉ La escala de Glasgow detecta alteraciones en el nivel de consciencia y ayuda para tener un mejor diagnostico</li>   <li>☉ Antihipertensivo que inhibe a la enzima encargada de la conversión de angiotensina 1 en angiotensina 2 lo que origina disminución de su concentración sanguínea para disminuir la hipertensión arterial.</li> </ul>	<p>Los cambios en la T/A eran frecuentes, se logro controlar la T/A para evitar riesgos.</p>

**DIAGNÓSTICO:** Riesgo elevado de bronco aspiración o asfixia relacionado con la presencia de traqueostomía, secreciones abundantes, presencia de neumonía y reducción de la habilidad motora.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Brindar cuidados específicos y evitar complicaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Aspiración de secreciones</li> <li>☉ Uso de ventilador</li>   <li>☉ Fisioterapia pulmonar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Eliminar al máximo la cantidad de flemas acumuladas</li> <li>☉ Corrige el estado hipóxico de manera que la paciente se encuentra oxigenada.</li> <li>☉ Ayuda a que la respiración retorne a la frecuencia normal</li> <li>☉ Aumenta la eficacia de la respiración y la necesidad de O2 en el organismo, guarda relación con el metabolismo celular.</li> <li>☉ Ayuda a que las flemas que se encuentren muy penetradas, se aflojen o desprendan y causen menos acumulación para que tenga un mejor intercambio gaseoso y evitar una Neumonía.</li> </ul>	<p>Con el transcurso de estas actividades se logro eliminar secreciones y por lo tanto se retiro el uso de ventilador y ello contribuyo para obtener una mejor oxigenación.</p>

**DIAGNÓSTICO:** Determinar la habilidad personal para realizar actividades de higiene, manifestado por:  
Deterioro de la movilización, edema, ventilador, depresión y angustia.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Mantener a la paciente en buenas condiciones de higiene para reducir el número de microorganismos, evitar complicaciones y brindarle un mejor bienestar físico y mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Baño</li>   <li>☞ Aseo bucal</li>   <li>☞ Curación de traqueostomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Reduce el número de microorganismos</li> <li>☞ Elimina células muertas, sudor, secreción y polvo.</li> <li>☞ Contribuye para que se sienta saludable física y mentalmente además de estimular la circulación.</li> <li>☞ Los enjuagues tienden a disminuir la caries</li> <li>☞ Se regula el PH y se reduce el número de microorganismos</li> <li>☞ Promueve la limpieza y sensación de bienestar físico</li> <li>☞ Reduce alguna complicación y se eliminan microorganismos, sobretodo porque es un área fácil de infectarse.</li> </ul>	<p>Con el transcurso de estas actividades se logro mantener una adecuada higiene personal eliminando los microorganismos y disminuyendo el riesgo potencial de infección.</p>

**DIAGNÓSTICO:** Deficiencia del volumen de líquidos relacionada con posibles complicaciones hemorrágicas.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Tratar de mantener a la paciente estable vigilando datos y posibles complicaciones hemorrágicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Valorar la pérdida de sangre y los signos vitales cada media o una hora.</li> <li>Ⓢ Control de líquidos</li> <li>Ⓢ Tipificación o igualación cruzada de 2 o mas paquetes globulares</li> <li>Ⓢ Contar y pesar las toallas sanitarias y examinar el contenido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Las variaciones que puedan presentarse se consideran como factor de riesgo los cuales fácilmente pueden alterar el estado de salud de la paciente</li> <li>Ⓢ Iniciar y controlar los líquidos intravenosos para reponer el volumen circulatorio.</li> <li>Ⓢ Es importante para reponer el volumen circulatorio y mantener los niveles del laboratorio en parámetros normales.</li> <li>Ⓢ Importante para llevar a cabo el registro de egresos y detectar la presencia de coágulos o alteraciones vaginales.</li> </ul>	<p>La paciente no presentó complicaciones, las pruebas de laboratorio eran alteradas en un principio regresando a los límites normales a través de los cuidados eficaces y eficientes que se brindaron.</p>

**DIAGNÓSTICO:** Disminución de líquido intravascular, intersticial o intracelular manifestado por la deshidratación o pérdida solo de agua sin cambio en el nivel de sodio.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Brindar cuidados específicos y llevar un registro adecuado así como la vigilancia de ingresos, egresos y su control.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Toma de PVC</li>   <li>☉ Medición y control hidroelectrolítico del organismo.</li>   <li>☉ Cuantificación de la diuresis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Porque es la medición en centímetros de agua y ayuda a ver la cantidad del líquidos que hay en al cuerpo.</li> <li>☉ Nos va a determinar si el paciente esta hidratado o deshidratado.</li> <li>☉ Refleja la presión diastólica del ventrículo derecho y la presión del llenado en el miocardio derecho.</li>   <li>☉ Ayuda a valorar el equilibrio de líquidos y electrolitos.</li> <li>☉ Evita que el paciente pueda producir hipovolemia o hipervolemia.</li> <li>☉ Puede producir edema la cual se debe al aumento de la presión hidrostática capilar secundaria a un exceso de volumen o una obstrucción venosa.</li>   <li>☉ El gasto urinario por hora es de 25 a 30 ml, en 24 horas es de 600 a 720 ml, si esta por debajo de 500 indica deshidratación, daño renal o alteraciones en el equilibrio hormonal.</li> </ul>	<p>Los resultados de la PVC variaban, sin embargo después se fueron normalizando y la cuantificación de líquidos por sonda foley estaba dentro de los parámetros normales, por lo cual no se administraban diuréticos y diario se revisaban los volúmenes de densidad urinaria.</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Curaciones de catéter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ La medición en la densidad urinaria es un elemento importante para valorar la diuresis la cual debe de ser de 1005 a 1030.</li> <li>Ⓢ Evitan al máximo el desarrollo de infecciones causadas por la entrada de algún microorganismo.</li> <li>Ⓢ Es importante la vigilancia porque puede producirse edema, o enrojecimiento.</li> <li>Ⓢ Es importante vigilar que tenga retorno o este permeable para la administración de medicamentos o soluciones los cuales son indispensables para el restablecimiento de la paciente.</li> </ul>	<p>Las curaciones se realizaron bajo los principios de asépsia y antisépsia, se realizaba a diario y en caso de fuga se revisaba y se volvía a hacer la curación con el fin de mantenerlo seco y limpio.</p>
--	---	---	--

**DIAGNÓSTICO:** Plan terapéutico acordado entre la persona familia o comunidad y un profesional del cuidado de la salud manifestado por los resultados clínicos efectivos llevados a cabo de una manera eficaz y eficiente.

OBJETIVO	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Administrar los medicamentos sin olvidar la regla de oro y los 5 correctos así como el registro de cada uno de ellos tomando en cuenta las posibles reacciones o complicaciones que puedan presentarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="638 448 789 472">Ⓢ Captopril</li>   <li data-bbox="638 813 814 837">Ⓢ Ceftriaxona</li>   <li data-bbox="638 1081 865 1105">Ⓢ Metoclopramida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="974 448 1409 748">Ⓢ Antihipertensivo que inhibe a la enzima encargada de la conversión de angiotensina 1 en angiotensina 2 lo que origina disminución de su concentración sanguínea. La angiotensina 2 es un vasopresor potente que actúa sobre las arteriolas produciendo aumento a la resistencia periférica y aumento a la presión arterial.</li>   <li data-bbox="974 813 1409 992">Ⓢ Cefalosporina de 3ª generación con acción bactericida contra numerosos microorganismos gram positivos y negativos administrada en I.V. su concentración máxima se alcanza en 30 min..</li>   <li data-bbox="974 1081 1409 1382">Ⓢ Acelera el vaciado gástrico y el tránsito gastrointestinal porque impide la relajación de la parte superior del cuerpo del estomago, aumenta la actividad física del antro y al mismo tiempo relaja la parte superior del duodeno y aumenta la peristalsis del resto del intestino delgado. Por lo tanto facilita el vaciamiento gastrointestinal.</li> </ul>	<p>Los medicamentos fueron administrados en cuanto a horario y dosis a través de las indicaciones medicas previamente establecidas. No presentó complicaciones y fueron de suma importancia para el reestablecimiento fisiopatológico de la paciente</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Ranitidina</li>   <li>Ⓢ Dorixina</li>   <li>Ⓢ Difenilhidantoina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Antiácido, Antihistamínico: Inhibe la secreción ácido gástrica basal (ayuno-nocturno), reduce el flujo sanguíneo hepático e incrementa el número de bacterias reductoras en nitratos, concentración máxima de 2 a 3 horas.</li>   <li>Ⓢ Analgésico, antiinflamatorio, inhibe la agregación plaquetaria y la producción de tromboxano, se absorbe por tubo digestivo. Por vía intravenosa su vida <math>\frac{1}{2}</math> es de 16 min.</li>   <li>Ⓢ Actúa a nivel de la corteza motora, reduce el paso de iones de sodio y calcio al interior de la célula por la prolongación del tiempo en la generación del impulso nervioso. Realiza su efecto con dosis diarias de 300mg, si se aplica más presenta toxicidad. También se emplea en arritmias cardíacas asociadas a intoxicación digitalica, baja la entrada de sodio y calcio en las fibras de Purkinje por eso baja la automaticidad ventricular anormal, se absorbe lentamente en mucosa gastrointestinal.</li> </ul>	
--	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Solución salina de 1000</li> <li>Ⓢ Solución fisiológica + KCL</li> <li>Ⓢ Nubain</li> <li>Ⓢ Dexametasona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Se usa como solución de base</li> <li>Ⓢ Para nivelar los niveles de potasio y cloro.</li> <li>Ⓢ Depende de su acción agonista sobre receptores kappa (medula espinal, corteza cerebral) su efecto por vía I.V. su efecto es de 2 a 3 min., máximo en 30min, produce depresión respiratoria. En dosis mayores de 30mg ocasionan mayor depresión respiratoria.</li> <li>Ⓢ Glucorticoide de acción prolongada inhibe el proceso inflamatorio, suprime la emigración leucocitaria, estabiliza la membrana liposomica, reduce la actividad de fibroblastos, revierte los efectos capilares de la histamina, inhibe la formación de anticuerpos. Efectos en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas, proteínas, consiste en el incremento de glucólisis, disminuye del uso periférico de la glucosa lo que da lugar a elevación de la glicemia, acumulación de carbohidratos que promueven su almacenamiento en forma de glucógeno, principalmente en el hígado. La acción sobre los lípidos incluye lipólisis y redistribución de ácidos grasos del tejido adiposo.</li> </ul>	
--	---	--	--

## **CONCLUSIONES GENERALES**

Este trabajo me ayudo a llevar mis conocimientos teóricos a la práctica, y amplio mi perspectiva para llevar a cabo mi método enfermero con cada uno de los pacientes.

La valoración requiere de un instrumento que permita de manera organizada, explorar las relaciones conceptuales de la persona con el fin de elaborar diagnósticos de enfermería basada en los modelos conceptuales.

Me pude percatar de que la anotación del plan de cuidados realza la comunicación y continuidad de los cuidados y de este modo disminuye la duración de cuidado y tiempo de permanencia ya que la base fundamental son nuestros conocimientos aplicados en la practica profesional ya que sin conocimiento no podemos hablar de un futuro en esta nuestra preciada profesión que es la enfermería.

## PLAN DE ALTA

Las siguientes medidas terapéuticas se establecen con el fin de consolidar auto confianza e independencia en la paciente que egresa, si lo lleva acabo esté, determina el éxito o fracaso de su evolución en casa.

- ◆ Se explica sobre las ventajas de la aplicación de vendaje abdominal y se le enseña como debe realizarlo.
- ◆ Se hace hincapié en que ingiera sus tres alimentos y que su alimentación sea balanceada
- ◆ Se pide apoyo a sus familiares para supervisar la correcta administración de los medicamentos prescritos.
- ◆ Se pide ayuda a los familiares para darle apoyo psicológico a la paciente.
- ◆ Se pide estrecha vigilancia en la toma y registro de presión arterial así como darles a conocer los valores normales de esta.
- ◆ Darle orientación al familiar para que vigile la herida quirúrgica y no presente datos de infección.
- ◆ Enseñarle al familiar a realizar el vendaje de mamas a la paciente
- ◆ Promover la de ambulación para evitar tromboflebitis y así mismo favorecer la motilidad intestinal.
- ◆ Se hace hincapié en la importancia que tiene el que lleve acabo una higiene constante.
- ◆ Explicarle las características de los loquios, y en caso de existir hemorragia que acuda a consulta.
- ◆ Explicarle la importancia de acudir a un control medico.

# **GLOSARIO**

**ADENOMEGALIAS:**

Aumento del tamaño ganglionar

**ADINAMIA:**

Falta de fuerzas

**AMENORREA:**

La amenorrea es una falta de los ciclos normales de la menstruación. La amenorrea puede ser primaria (un retardo de la menarquía más allá de los 17 años de edad) o secundaria (cesación de la menstruación de varios meses o años de duración después de haberla tenido normalmente).

**APGAR:**

Examen rápido que se realiza al primero y quinto minuto inmediatamente después del nacimiento del bebé para determinar su condición física. La proporción se basa en la escala de 1 a 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable y los valores inferiores a 5 indican que el recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente.

**ASTENIA:**

Cansancio, pérdida del entusiasmo y disminución de impulsos que derivan de una fatigabilidad física y mental.

**ACÚFENOS:**

Es un síntoma común a varias patologías, que consiste en la percepción de ruidos en los oídos. Comúnmente se denominan zumbidos.

Se pueden reconocer dos clases de acúfenos:

Acúfenos subjetivos: son aquellos ruidos que sólo el paciente puede escuchar en sus oídos.

Acúfenos objetivos: son ruidos en el / los oídos del paciente, que además de escucharlos el mismo, puede hacerlo escuchar a otras personas, ya sea acercándose a sus oídos o mediante el uso de un estetoscopio.



**CEFALEA:**

Dolor de cabeza

**CORIONICO:** (Corión)

Una de las envolturas que recubren al embrión.

**DEHISCENTE:**

Ruptura o abertura, herida quirúrgica, de un órgano o de una estructura para descargar su contenido.

**ECLAMPSIA:**

La eclampsia es la aparición de convulsiones no atribuidas a otra causa durante el embarazo, generalmente después de la semana 20.

**ENDOTELIO:**

Tejido formado por células aplanadas dispuestas en una sola capa. Reviste interiormente las paredes de algunas cavidades como la pleura y los vasos sanguíneos.

**ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA:**

Por acción de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, un incremento gradual de la presión arterial puede provocar hipertensión severa, bien tolerada por el cerebro a corto plazo. En cambio, el aumento abrupto de la presión arterial puede tener un efecto dramático sobre el cerebro, llamado encefalopatía hipertensiva. Cuanto más abruptamente sube la presión arterial y más alto es el nivel que alcanza finalmente, mayor es el riesgo de encefalopatía hipertensiva.

**EPIPLÓN:**

Mesenterio, repliegue del peritoneo, formado principalmente por tejido conjuntivo.

**EPIGASTRALGIA:**

Dolor de estómago.

**EUTOCICO:** (Eutocia)

Parto normal

**FOSFENOS:**

Se llaman así a las manchas luminosas que se ven subjetivamente, sin que realmente haya habido una luz que las justifique.

**GINGIVORRAGIA:**

Sangrado de las encías.

**HACINAMIENTO**

Amontonar, acumular.

**HEPATALGIA:**

Dolor en el área del hígado.

**HIPERVOLEMIA:**

Aumento anormal de volumen de sangre circulante

**HIPONATREMIA:**

Alteraciones electrolíticas más frecuentes. Los síntomas neurológicos se observan más a menudo en pacientes con hiponatremia aguda, que con hiponatremia crónica. La manifestación neurológica más común es la alteración del estado mental, que puede ir desde un cuadro confusional moderado hasta el coma.

Si la instauración de la hiponatremia es rápida, pueden producirse convulsiones, siendo estos marcadores de mal pronóstico. Menos frecuentemente, aparecen signos neurológicos focales: hemiparesia, monoparesia, ataxia, nistagmo, temblor, rigidez, afasia y signos corticoespinales unilaterales.

Estas focalidades normalmente representan agravaciones de lesiones estructurales subyacentes, y remiten con el tratamiento, no obstante, la hiponatremia severa puede dar lugar a lesiones cerebrales permanentes.

**HIPOVOLEMIA:**

Disminución en el volumen de sangre, secundario a hemorragias, deshidratación, o desplazamiento hacia un tercer espacio.

**LAPAROTOMÍA:**

Operación quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales y el peritoneo.

**LOQUIOS:**

Secreciones vaginales posteriores al parto, contienen sangre del sitio placentario.

**LOQUIOS RUBRA:**

De 1 a 3 días, tiene consistencia de sangre roja y brillante; olor a carne; incremento transitorio al amamantar el bebe y al levantarse de la cama.

**LOQUIOS SEROSOS:**

De 4 a 9 días, color rosa marrón, de consistencia serosanguinolenta.

**LOQUIOS BLANCOS:**

De 10 días a 3 semanas aproximadamente, color blanco cremoso; olor a carne.

**MENARCA:**

Momento de aparición de la primera menstruación. Esto ocurre normalmente entre los 11 y 15 años, durante la Pubertad. Si ocurre antes de los nueve años se conoce como menarca precoz, y después de los 15 como menarca tardía. Los primeros ciclos menstruales pueden presentarse de forma irregular; los períodos recién suelen normalizarse después de los 2 años de la primera menstruación. Pueden ser dolorosos (dismenorrea) o acompañarse del Síndrome premenstrual, pero esto no es frecuente en las primeras menstruaciones.

**MIGRAÑA:**

La migraña o jaqueca es una enfermedad crónica, de causa no conocida que se manifiesta por crisis o ataques repetitivos de cefaleas, que suelen tener ciertas características en cuanto a su duración (entre 4 y 72 horas), tipo de dolor (pulsátil), asociación a náuseas, fotofobia (molestia a la luz) y fonofobia (molestia al ruido) o empeoramiento con la actividad física.

**MOLA HIDATIFORME:** (también llamado embarazo molar)

Significa que se ha llevado a cabo la unión del espermatozoides y el óvulo, pero no se está desarrollando un feto en el útero. En su lugar, el tejido que se forma se asemeja a quistes parecidos a uvas. La mola hidatiforme no se disemina fuera del útero a otras partes del cuerpo.

**NPT:**

Nutrición parenteral total

**OTB:**

Oclusión tubaria bilateral

**PARENQUIMATOSA:** (parénquima)

Referente al elemento esencial específico o funcional de un órgano, generalmente glandular, en distinción de la estroma o tejido intersticial.

**POLUCIÓN.**

Contaminación intensa y dañina del agua o del aire, producida por los residuos de procesos industriales o biológicos.

**PREECLAMPSIA:**

Se presenta en aproximadamente el 5% de todos los embarazos. La incidencia de la eclampsia es de aproximadamente 1 por cada 2.000 a 3.000 embarazos. Un mayor riesgo de preeclampsia se asocia con el primer embarazo, el embarazo en adolescentes, madres mayores de 40 años, el embarazo en mujeres de raza negra, los embarazos múltiples y los embarazos en mujeres con antecedentes de [diabetes](#), hipertensión o enfermedad [renal](#) (del riñón).

**PUPILAS ISOCÓRICAS:**

Pupilas de igual tamaño.

**SINDROME DE HELLP:**

Una complicación grave, que puede desarrollarse antes del parto (usualmente en el 3º trimestre) o en el posparto, es llamado Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia). El Síndrome de Hemólisis, Disfunción Hepática y Trombocitopenia ha sido reconocido por muchos años como complicación de la preeclampsia severa.

**TINITUS:**

Se oye sonido cuando no se presenta un sonido físico externo. Algunas personas lo experimentan como "ruido de cabeza" o "tintineo del oído" y usan una variedad de términos como siseo, rugido o grillo para describirlo.

**VASOCONSTRICCIÓN:**

Es el estrechamiento (constricción) de los vasos sanguíneos. Cuando los vasos sanguíneos se constriñen, el flujo de sangre se restringe o se torna más lento.

**ZOONOSIS:**

Enfermedad o infección que se da en los animales y que es transmisible al hombre en condiciones naturales.

Es la transmisión de cualquier enfermedad entre un animal y el hombre afectando por lo tanto a la salud pública.

# ANEXOS

## GUIA METODOLOGICA PARA LA RECAVACIÓN DE DATOS BAJO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

### 1.- NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, nutrición, e hidratación, eliminación y termorregulación.

#### NECESIDADES DE OXIGENACIÓN:

##### • Subjetivo:

Disnea debido a: Mal intercambio gaseoso en la oxigenación Tos productiva/seca: si Mínimas secreciones  
Asociado con la aspiración si Fumador no

Cuando fuma, Cuantos cigarrillos al día/ varía la cantidad según su estado emocional  
NO fuma

##### • Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T.A. 130/90 F.C.: 78  
Temperatura: 36.7 Peso: 67 Talla: 156cm  
Respiraciones: 20/min Estado de conciencia: Consciente  
Coloración de piel/lechos ungueales / peribucal: Tez morena clara con palidez de tegumentos y mucosas orales deshidratadas.

Circulación del retorno venoso: llenado capilar adecuado

## NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- **Subjetivo:**

Dieta habitual (tipo): NPT

Trastornos digestivos: No hasta antes de la cirugía.

Intolerancias alimentarias / Alergias: Ninguna

Problemas de masticación y deglución: Si, por sonda

Patrón de ejercicio: Limitado

- **Objetivo**

Turgencias de la piel: Deshidratadas

Membranas mucosas / hidratadas / secas: Labios y mucosas orales semihidratadas

Características de uñas / cabello: Cabello largo oscuro hidratado y fijo, uñas normales

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Limitado

Aspectos de los dientes y encías: Amarillos con proceso de caries en cinco molares

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: En abdomen por cirugía

## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- **Subjetivo:**

Hábitos intestinales: Evacua una o dos veces al día

Características de las heces, orina y menstruación: Orina clara con olor característico, heces semipastosas con sangrado vaginal presente

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: No

Uso de laxantes: No Hemorroides: No

Dolor al defecar / menstruar / orinar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Cuando esta nerviosa y preocupada tiene más ganas.

- **Objetivo:**

Abdomen características: Globo con dolor a la palpación superficial y profunda

Ruidos intestinales: Perístasis presente con dolor a la palpación

Otros:



## NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **Subjetivo:**

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Se adapta fácilmente

Ejercicio / tipo y frecuencia: Cambios de posición

Temperatura ambiental que le es agradable: Templado

- **Objetivo:**

Características de la piel: Piel semihidratada con palidez de tegumentos

Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: Adecuados con buena ventilación

## 2.- NECESIDADES BASICAS DE:

Moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prenda de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: Limitada por cirugía

Actividad en el tiempo libre: En casa camina

Hábitos de descanso: Ver la T.V. recostada cuando esta en casa

Hábitos de trabajo: Hogar (Tiempo libre: Cultura de belleza)

- **Objetivo:**

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: Debilidad

Capacidad muscular. Tono /resistencia / flexibilidad: Firme

Posturas: Se cansa al estar mucho tiempo en una sola posición

Necesidad de ayuda para la deambulación: Por el momento limitada

Dolor con el movimiento: Si

Estado de conciencia: Consciente

Estado emocional: Nerviosa, con miedo tras la cirugía realizada

## NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

- **Subjetivo:**

Hora de descanso: Después de sus labores domesticas

Horario de sueño: de 10pm a 6:30 am

Horas de descanso: 6 horas aprox

Horas de sueño: 7 horas aprox

Siesta: No Ayudas: No Insomnio: No

Debido a: Negado

Descansado al levantarse: Si, cuando empezó su problema de salud

- **Objetivo:**

Estado mental / ansiedad / estrés / lenguaje: Estresada por preocupaciones en el hogar

Ojeras: No tensión: Si Bostezos: Si Concentración: Poca

Apatía: No Cefaleas: Si Respuestas a estímulos: Si

Otros:

## NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- **Subjetivo:**

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

- **Objetivo:**

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Si

## VESTIDO

Incompleto: Nunca

Sucio: No

Inadecuado: No

Otros:

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- **Subjetivo:**

Frecuencia del baño: Diario

Momentos preferidos para el baño: En las mañanas

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: Si, diario

Después de eliminar: Si

Tienes creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

- **Objetivo:**

Aspecto general: Limpia, segura y firme Olor corporal: Higiénico

Estado del cuero cabelludo: Semihidratado

Lesiones dérmicas tipo: Cicatriz en abdomen por cirugía

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros:

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- **Subjetivo:**

Que miembros componen la familia de pertenencia: Pareja e hijos

Como reacciona ante situación de urgencia: Nerviosa, se moviliza a algun hospital cercano

## CONOCE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Hogar: Si

Trabajo: Si

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No

Familiares: No

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Preocupada

- **Objetivo:**

Deformidades congénitas: Ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: Es integrada y tiene comunicación

Trabajo: Buena comunicación

Otros:

### 3.- NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

#### NECESIDAD DE COMUNICARSE

- **Subjetivo:**

Estado civil: Union libre Viven con: Pareja e hijos Preocupaciones / estrés: Si

Familia: Si Otras personas que pueden ayudar: Familiares

Rol en la estructura familiar: Madre

Comunica problemas debido a la enfermedad / estado: Si

Cuanto tiempo pasa sola: Por las mañanas

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Si

- **Objetivo:**

Habla claro: Si Confusa: No Dificultad. Visión: No Audición: No

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:

Verbal y gesticulativa con su familia y amigos del trabajo

Otros:

#### NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- **Subjetivo**

Creencias religiosas: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en la familia: Confianza, comunicación

Principales valores personales: Honrada, amigable y respetuosa

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si

- **Objetivo:**

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso): Ninguno

Permite el contacto físico: Si

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No

Otros:

### **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

- **Subjetivo:**

Trabaja actualmente: No Tipo de trabajo: Hogar Riesgos: Bajo

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 5 Esta satisfecha con su trabajo: Si

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas: Si

Esta satisfecha con el rol familiar que juega: Si

- **Objetivo:**

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Calmada, temerosa y ansiosa

Otros:

### **NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

- **Subjetivo:**

Actividades recreativas que realizan en tiempo libre: Caminar

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si

Recursos en su comunidad para la recreación: No

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

- **Objetivo:**

Integridad del sistema neuromuscular: Sin problema

Rechazo a las actividades recreativas: A veces

Estado de animo: apático, aburrido, participativo: Participativo

Otros:

## NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- **Subjetivo:**

Nivel de educación: Secundaria Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No Tipo: Ninguno

Preferencias: Leer/ escribir: Escribir

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si

Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: Poco

Interés del aprendizaje para resolver problemas de salud: Poco

Otros:

- **Objetivo:**

Estado del sistema nervioso: Normal Controlado

Órganos de los sentidos: Desarrollados

Estado emocional: ansiedad, dolor: Tiene dolor y se ve triste

Memoria reciente: Si

Memoria remota: Deficiente

## **FISIOPATOLOGÍA**

La preeclampsia es un conjunto de eventos orgánicos en la paciente embarazada que se manifiestan principalmente con la elevación de la presión arterial, hiperproteinuria, el edema y manifestaciones de vasoespasmo.

En el embarazo normal el volumen circundante aumenta, este comienza a partir del primer trimestre; sin embargo aumenta con rapidez en el segundo trimestre y hace una meseta cerca de la semana 30, la magnitud del aumento varia de acuerdo a la constitución física de la mujer, el numero de sus embarazos, el numero de hijos que ha dado a luz y si tiene uno mas fetos en el útero no están establecidos los mecanismos por los cuales hay un incremento del volumen sanguíneo, se cree que la aldosterona tiene un papel importante debido a que se encuentra en niveles alterados durante el embarazo así como también los progestágenos y estrógenos.

El incremento de los eritrocitos es de aproximadamente del 30%, este incremento es de manera gradual e independientemente de que se administre o no hierro complementario, sin embargo si hay suplemento de hierro el aumento es mayor, el aumento al volumen plasmático supera en tiempo al aumento de la producción de eritrocitos hasta el final del segundo trimestre momento en el cual el incremento del volumen plasmático es similar a la producción eritrocitaria dando por resultado la estabilización del hematocrito.

El gasto cardiaco se incrementa aproximadamente un 40% durante el embarazo llega a su máximo durante las semanas 20 o 24 de gestación y se sostiene este valor hasta el termino; su aumento puede ser hasta de 1.5ml por minuto sobre el valor previo al embarazo. Al principio del embarazo el volumen sistólico es el productor de casi todo el aumento del gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca se incrementa al prolongarse la gestación y hacia el término del embarazo son 15 latidos más que el previo a la gestación.

La presión arterial sistémica disminuye ligeramente durante el embarazo. Hay pocos cambios de la sistólica; pero se reduce la diastolica en 5 a 10ml de Hg. desde las 12 hasta las 22 semanas aumentando los valores previos cerca de la semana 36.

Se desconoce con exactitud la causa de la preeclampsia sin embargo dentro de las causas se incluye lesión de las células endoteliales, fenómeno de rechazo(producción insuficiente de anticuerpos bloqueadores, alteraciones de la reactividad vascular, desequilibrio entre la prostaciclina y el tromboxano, disminución de la velocidad de filtración glomerular con retención de sal y agua, disminución del volumen intravascular, estiramiento del músculo uterino(isquemia) factores dietéticos y factores genéticos.

La teoría de lesión endotelial describe que el endotelio vascular produce varias sustancias que incluyen al factor relajante de endotelio- endotelial- 1, prostaciclina y activador de plasmanogeno tisular. Por lo tanto, las células endoteliales modifican la respuesta contráctil de las cánulas musculares lisas subyacentes, previenen la coagulación intravascular y mantienen la integridad del compartimiento intravascular, se ha comprobado que en la preeclampsia hay lesiones endoteliales.



La lesión renal característica de la preeclampsia es la glomeruloendoteliosis que se manifiesta principalmente por la inflamación de los capilares de los glomérulos renales.

Las alteraciones hematológicas de la preeclampsia como la trombocitopenia y la anemia hemolítica microangiopática son similares a las que se encuentran en la púrpura trombocitopenica idiopática o en el síndrome urémico hemolítico los cuales son trastornos que se consideran con una importante disfunción endotelial

La hipótesis actual sobre la patogenia de la preeclampsia indica que se trata de una perturbación inmunitaria ocasionada por una implantación anormal de la placenta lo cual origina una disminución en la perfusión placentaria. Esta a su vez estimula la producción de sustancias en la sangre las cuales activan o lesionan a las células endoteliales.

El endotelio vascular proporciona un blanco único para estos productos de la sangre hecho que explica la afectación de múltiples órganos en la preeclampsia.

En este tipo de pacientes esta reducido el volumen plasmático, no hay expansión fisiológica normal del mismo, posiblemente a causa de vasoconstricción generalizada, fugas capilares o algún otro factor.

Se cree que ocurre hipertensión después de la liberación de una sustancia desde el útero hipoperfundido o como consecuencia de secreción compensatoria de catecolaminas; por eso se recomienda evitar diuréticos y emplear expansores de volumen.

En términos globales la preeclampsia es un estado de gasto cardíaco elevado aunado a una resistencia periférica inadecuadamente alta.

La capacidad de los tejidos de regular su propio flujo sanguíneo recibe el nombre de autorregulación, el riego cerebral se conserva por autorregulación a un grado constante de 55mL/min/100 g bajo límites amplios de presiones arteriales, sin embargo la presión arterial puede incrementarse hasta cifras a las que no puede funcionar la autorregulación. Cuando así sucede se abren las uniones endoteliales apretadas y ocurre fuga de plasma y eritrocitos hacia el espacio extravascular proceso que puede dar por resultado hemorragia petequial o hemorragia intracraneal franca.

El mecanismo de daño es similar a la encefalopatía hipertensiva. Estas anomalías incluyen necrosis fibrinoide y trombosis de las arteriolas, microinfartos y hemorragias pulmonares.

El espectro de las enfermedades del hígado en la preeclampsia es amplio con variación desde una afectación leve subclínica con depósito de fibrina a lo largo de las sinusoides hepáticas hasta una ruptura del hígado. Dentro de tales extremos se encuentra el síndrome de HELLP (Anemia Hemolítica, Elevación de Enzimas Hepáticas, y Cuenta Plaquetaria Baja).

## CLASIFICACIÓN

**LEVE:** Mujer embarazada que se considera sana antes del embarazo y el cuadro clínico solo se atribuye a la gestación, en donde presentan:

- Ⓢ T/A= Sístole 120/140  
Diástole 80/90
- Ⓢ Proteinúria hasta 105g
- Ⓢ Edema Leve

**MODERADA:** Embarazada que anterior al embarazo tiene datos de enfermedad vascular, nefrópata, diabetes.

- Ⓢ T/A= Sístole 140/160  
Diástole 90/110
- Ⓢ Proteinuria: 1.5 - 3.0
- Ⓢ Edema Moderado

**GRAVE:** Toxina convulsiva, cualquier grado previo mas convulsiones tónico clónicas generalizadas.

- Ⓢ T/A= Sístole 160/180  
Diástole 110/120
- Ⓢ Proteinuria: 3.0 - 5.0
- Ⓢ Anasarca y convulsiones.

## MANIFESTACIONES

El signo mas constante de preeclampsia es el aumento excesivo de peso de manera repentina, que se debe en parte por la acumulación de agua en los tejidos.

Este aumento de peso representa edema oculto y casi siempre precede al edema visible de cara y dedos característico de las etapas avanzadas de la enfermedad.

Otras manifestaciones son:

- Visión borrosa o poco clara
- Vomito persistente
- Reducción en la cantidad de orina que se elimina
- Dolor epigástrico (síntoma tardío)
- Dolor de cabeza continuo e intenso en la región frontal u occipital.

La preeclampsia progresa con rapidez a un Síndrome caracterizado como hemólisis, signos marcados de difusión hepática y cambios en la coagulación que en un lapso de 24 a 48 horas pueden alcanzar proporciones que pongan en riesgo la vida.

Este signo es conocido como síndrome de Hellp (Hemolisis, Elevación de Enzimas Hepáticas y Baja Cuantificación de Plaquetas).

## **FACTORES DE RIESGO**

- Exposición de la paciente al vello corionico por primera vez
- Exceso de vello corionico como el caso de mola hidatiforme, gestaciones múltiples o fetos de gran tamaño.
- Presencia de perturbaciones vasculares.
- Predisposición genética o familiar

## **COMPLICACIONES**

- ✗ Edema Pulmonar
- ✗ Hemorragia Cerebral
- ✗ Arritmias
- ✗ Infarto al Miocardio
- ✗ Síndrome de Hellp
- ✗ Síndrome de Insuficiencia Respiratoria
- ✗ Daños al Endotelio Intravasular

## **SINDROME DE HELLP**

Es una seria complicación de la toxemia HELLP (es un termino anglosajón que significa ayuda) representa las iniciales de la abreviatura de la triada que lo caracteriza

H= Hemólisis

EL= Enzimas hepáticas elevadas

LP= Plaquetas disminuidas

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Frecuencia entre 4 y 12 % de las pacientes con Preeclampsia Severa / Eclampsia pero tiene mayor frecuencia en la Preeclampsia Severa.

Es una patología propia de la toxemia, y la mortalidad materna es del 24%.

## **FISIOPATOLOGÍA**

La Preeclampsia Severa/Eclampsia esta asociado con un bajo espasmo y lesiones patológicas vasculares en múltiples órganos incluyendo el hígado y el lecho placentario, la vaso constricción y la agregación plaquetaria, la necrosis parenquimatosa focal con deposito de fibrina en los sinusoides, estos pueden ser responsables de la elevación de enzimas hepáticas y dolor en el cuadrante superior derecho.

## CUADRO CLÍNICO

- Multíparas sin control prenatal
- Mayores de 25 años y embarazos con menos de 36 semanas de gestación
- Dolor en el cuadrante superior derecho 90%
- Náusea y vómito 50%
- Astenia, adinamia 90% (similar a un síndrome viral)
- Hipertensión y proteinuria leve o ausente
- Aumento de peso y edema generalizado
- Sintomatología vasculoespasmódica (cefalea, acúfenos, tinictus, fosfenos, etc.)
- En algunos casos ictericia, hemorragia gastrointestinal, hematuria, gingivorragia, dolor en flanco derecho o en el hombro y hepatomegalia.
- Raros casos se asocian a hipoglucemia = coma  
hiponatremia severa = confusión mental y  
ceguera cortical.

## DIAGNÓSTICO

- Biometría hemática
- Plaquetas
- TP y TPT
- Grupo RH
- Enzimas hepáticas
- TGO y TGP y Bilirrubinas
- EGO
- Ultrasonido hepático (Hematoma Hepático)

El tratamiento para un hematoma subcapsular hepático es:

- Contar con cantidades grandes de plasma, plaquetas y paquetes globulares.
- Evitar la manipulación del hígado
- Vigilar estado hemodinámico

Si el hematoma no se ha roto el tratamiento es conservador o quirúrgico y se lleva a cabo a través de:

- Tomografía
- Ultrasonograma

Si el hematoma se rompió, el tratamiento es:

- Transfusiones masivas
- Laparotomía inmediata

En caso de Hemorragia mínima:

- Observación
- Drenar la zona

En caso de Hemorragia intensa:

- Ligadura quirúrgica del segmento hepático hemorrágico
- Embolización de la arteria hepática
- Maya quirúrgica al hígado para mejorar su integridad.











## TRATAMIENTO GENERAL










- ✿ Interrupción del embarazo
- ✿ Tratar la hipertensión
- ✿ Tratamiento en terapia intensiva
- ✿ Valoración del bienestar fetal
- ✿ Valorar la madurez pulmonar del feto
- ✿ Reposo absoluto
- ✿ Agentes antitrombóticos e inmunosupresores (esteroides)
- ✿ Plasma fresco
- ✿ Plasmaferesis y diálisis
- ✿ Tratamiento para convulsiones

## COMPLICACIONES

- ✿ Desprendimiento prematuro de placenta
- ✿ Coagulación vascular
- ✿ Edema pulmonar
- ✿ Insuficiencia renal aguda
- ✿ Ruptura de hematoma hepático
- ✿ Retardo del crecimiento intrauterino
- ✿ Asfixia perinatal
- ✿ Muerte fetal
- ✿ Eclampsia
- ✿ Muerte de la madre

# **BIBLIOGRAFÍA**

-  Williams Obstetricia  
F. Gary Cunningham Norman F.  
Gant Kenneth J. Leveno  
21a Edición  
Editorial Medica Panamericana
  
-  Gineco Obstetricia Elemental  
Hector Mondragon Castro  
Editorial: Trillas  
Año: 2003
  
-  Manual de terapéutica Medica y Procedimientos de Urgencia.  
Cuarta Edición  
Editorial: McGraw Hill Interamericana
  
-  Tesis 261  
Síndrome Hellp  
Hospital de la Mujer
  
-  Vademécum Académico de Medicamentos  
Rodolfo Rodríguez Carranza  
Editorial: McGraw Hill interamericano
  
-  NANDA Diagnósticos Enfermeros  
Definiciones y clasificación  
2001 – 2002  
Editorial Harcourt  
Madrid España 2001
  
-  Rosales y Reyes  
Fundamentos de Enfermería  
Editorial: Manual Moderno 2000
  
-  Diccionario de medicina  
Océano Mosby 4ª Edición

-  Clínicos de Perinatología Hipertensión y Embarazo  
Interamericana  
McGraw Hill 1991
  
-  Obstetric and Gynecology Volumen 83 # 3  
March 1994  
Joanell Stone  
Charles J. Lock Word  
Manuel Álvarez
  
-  American Journal of Obstetrics and Gynecology 1992  
Mosby Year Book
  
-  British Journal of Obstetrics and Gynecology 1992  
Edited by: John M. Grant  
J. Moodley  
R.C. Pattinson and C.J. Hofmeyr
  
-  Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica,  
Ed. Interamericana McGraw-Hill, Octava Edición 1999.
  
-  [www.nlm.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000899.htm](http://www.nlm.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000899.htm)
  
-  [www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/)
  
-  <http://www.gineconet.com>
  
-  Blazer Burrougs, Enfermería Materna Infantil, 6ª Edición, Ed. Trillas 1994