



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PACIENTE CON PREECLAMPSIA
EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE, ZAMORA, MICH.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIANA CORIA VILICAÑA

U.N.A.M.
**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

No. DE CUENTA 94639298

MAR. 24 1998

DIRECTORA DE TRABAJO COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES

LIC. AMANDA OROZCO TAGLE COORDINADORA DE SERVICIOS
TITULACION

México DF. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259923



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.

DEDICATORIA

A Dios que ilumina mi camino.
A mi familia que con amor apoya mis pasos.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros y compañeras que fueron guía hacia la meta.

OBJETIVOS

Elaborar un proceso atención de enfermería, aplicando el método científico a la solución de un problema y obtener el título de licenciada en enfermería y obstetricia.

A través de la comprensión y asimilación de sus fases, favorecer la aplicación del proceso atención de enfermería en mi práctica diaria.

Desarrollar habilidad en la planeación de cuidados de enfermería, aplicando el proceso atención de enfermería.

Realizar un proceso atención de enfermería aplicándolo a una paciente con problemas de salud de preeclampsia con el objeto de proporcionar atención individualizada y de calidad basada en sus necesidades buscando satisfacerlas y restablecer su salud.

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería ofrece el camino hacia una atención basada en necesidades del paciente, individualizada y de calidad.

A través de la aplicación del proceso, la enfermera conoce a los individuos y familias, determina sus necesidades, clasificándolas en orden de prioridad, planea las actividades de atención, permitiendo la participación del individuo y familia, además evalúa las actividades para identificar logros y deficiencias al proporcionar la atención requerida.

El Proceso Atención de Enfermería no es algo nuevo, sin embargo no se le ha dado la difusión adecuada. En la actualidad muchas enfermeras desconocen la forma de elaborarlo y se limitan al cumplimiento de ordenes médicas.

Elaborar este trabajo me permitió conocer el Proceso Atención de Enfermería, aplicarlo y determinar las ventajas de su uso, tanto para el paciente como para la enfermera y la propia enfermería, darle difusión a sus ventajas y al proceso en sí, entre los profesionales de enfermería que se encuentren en busca de una práctica científica, es una tarea de las enfermeras que hemos tenido oportunidad de conocer sus bondades.

Elegir un tema para elaborar este trabajo no fue tarea fácil; la diversa variedad de problemas de salud que aquejan a la población a la cual servimos, dificultan en cierto modo la elección.

Dado el enfoque de la licenciatura hacia la obstetricia y mi propia inclinación hacia ella, determinaron la elección de un tema de obstetricia.

En contacto con pacientes preeclámpicas, los graves problemas que presentan y las complicaciones a que están expuestas, me motivó a elaborar un proceso atención de enfermería en una paciente con preeclampsia, para ofrecerle una atención de calidad; ya que este tipo de pacientes representan un reto para la enfermera, quien es la que proporciona la atención basada en las necesidades y problemas de la paciente, con el objeto de restablecer la salud y evitar complicaciones.

Por ello, elaboré el presente trabajo que tiene además la finalidad de lograr mi titulación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN.

OBJETIVOS.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO	4
I.- EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS	4
1.1.- VALORACIÓN	5
1.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	7
1.3.- PLANEACIÓN	9
1.4.- EJECUCIÓN	10
1.5.- EVALUACIÓN	11
2.- PREECLAMPSIA–ECLAMPSIA. GENERALIDADES.	12
2.1.- CONCEPTO	12
2.2.- ETIOLOGÍA.	12
2.3.- FISIOPATOLOGÍA	13
2.4.- CLASIFICACIÓN	15
2.5 CUADRO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO.	16
2.6 TRATAMIENTO.....	18
2.7.- COMPLICACIONES.....	20
2.8.- PRONOSTICO	21
2.9.- PREVENCIÓN.....	22

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	24
--	----

VALORACIÓN.....	24
HISTORIA CLÍNICA.....	24
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	30
PLANEACIÓN.....	31
EJECUCIÓN.....	39
EVALUACIÓN.....	43
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.....	48
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

I.- EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS

La enfermería se considera como la tarea de ayudar a los pacientes a resolver, aliviar, sobrellevar, o prevenir sus problemas en las actividades de la vida diaria y no la de tratar pacientes con enfermedades específicas como lo hace el médico. ⁽¹⁾

El proceso atención de enfermería no es algo nuevo, la enfermera lo ha usado desde hace tiempo, sin embargo su uso no se analizaba. Es un método para la solución de problemas que requiere aprenderse y proporciona los medios para individualizar la atención de enfermería, que con el análisis de la base de datos acumulados ampliara nuestros conocimientos de la profesión. ⁽²⁾

El proceso de enfermería es un método que utiliza la resolución científica de problemas de los cuidados de enfermería. Este proceso se emplea para identificar los problemas del paciente, planear y efectuar en forma sistemática la atención y evaluar los resultados obtenidos con dichos cuidados. Las etapas de este proceso son: a).- Valoración, b).- Diagnóstico de enfermería, c).- Planeación, d).- Ejecución, e).- Evaluación. ⁽³⁾

⁽¹⁾ ROPER Nancy, Logan Winifred, Tierney Alison. "Procesos de Atención de Enfermería Modelos de Aplicación" México, Editorial Interamericana, Primera edición 1993, pp 1-2.

⁽²⁾ Ídem.

⁽³⁾ MARRINER Am. "El Proceso de Atención de Enfermería Un Enfoque Científico". Traducción de la segunda edición: Dr. Alfonso Tellez Vallejo. Editorial Manual Moderno, México 1990. Pp 12-19.

1.1.- VALORACIÓN

Para efectuar la planeación de cuidados de enfermería es necesario primero identificar y definir los problemas del paciente. En esta primera etapa del proceso se lleva a cabo la recolección de datos sobre la salud del paciente, para continuar con el diagnóstico de enfermería que viene a resumir los problemas de dicho paciente.⁽⁴⁾

La enfermera puede obtener la información necesaria para comprender la situación del paciente de varias fuentes; dos son los medios fundamentales para obtener dicha información: la observación y la entrevista con el paciente y sus familiares.⁽⁵⁾

La historia clínica de enfermería es un formato sistemático que incluye varias áreas de valoración como el diagnóstico y tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas de alimentación, eliminación, respiración, capacidad de comunicarse, aseo y arreglos personales, control de temperatura corporal, ejercicio, ocupación y actividades de tiempo libre, expresión de sexualidad, hábitos de sueño y circunstancias que rodean la muerte; condición física, estado psicológico, condición socioeconómica, cultural, medio ambiente en donde se desarrolla, estado civil y preferencias religiosas. Estos datos registrados por escrito proporcionan información para detectar los problemas del paciente, problemas reales o potenciales y planear los cuidados de enfermería.⁽⁶⁾

Otras fuentes secundarias de información son los registro médicos y sociales

⁽⁴⁾MARRINER , op cit, pp 12-19.

⁽⁵⁾ Ídem.

⁽⁶⁾ ROPER, Et. Al op. cit pp 3-4.

actuales y anteriores. También es conveniente recurrir a libros, revistas y personas expertas con el fin de concentrar la información.⁽⁷⁾

Con esta valoración la enfermera puede realizar su diagnóstico, el cual es un resumen de los problemas del paciente y que incluye su condición física, sus limitaciones y forma de adaptarse al problema. Lo que permite elaborar un plan individualizado de cuidados para el paciente.⁽⁸⁾

⁽⁷⁾ MARRINER, op, cit.

⁽⁸⁾ ídem.

1.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La segunda etapa diagnóstico de enfermería se define como la exposición de una conclusión resultante del reconocimiento de un patrón derivado de un examen de enfermería del paciente. Esta definición incluye los aspectos de: 1) Proceso diagnóstico y 2) La decisión o diagnóstico verdadero.

El *proceso diagnóstico* se inicia con la investigación de enfermería que integra los datos obtenidos de:

- Miembros del equipo de salud.
- Expediente clínico.
- Familiares y amigos.
- Observación del paciente.

A medida que se obtienen datos, la enfermera se cuestiona para determinar la conexión de los hechos y estructurar los datos que ha obtenido.

Los criterios por los que observa la conexión de los hechos están influidos en base al conocimiento científico por las experiencias pasadas y por la definición de enfermería.

El proceso diagnóstico requiere de conocimientos científicos y de la relación y aplicación de este conocimiento a la enfermería. El diagnóstico establece un punto de partida, una base para los cuidados de enfermería.

Son tres los componentes esenciales del diagnóstico de enfermería, que ha recibido el nombre de formato PES. Los componentes son: el problema sanitario (P), los factores etiológicos relacionados (E) y las características o grupo de signos

y síntomas que los definen (S). Las palabras “relacionado con” conectan el problema y la etiología, mientras que se utiliza la frase “que se manifiesta por” para conectar la etiología, con los signos y síntomas. El diagrama del formato PES es el siguiente:

P: Problema sanitario + E: Etiología + S: Signos y síntomas
(relacionado con) (que se manifiestan por)

El diagnóstico de enfermería de alto riesgo se redacta mediante una frase de dos partes en la que se identifican el problema potencial y su origen, todavía no existe la tercera parte de la frase: “que se manifiesta por”.⁽⁹⁾

⁽⁹⁾ GAUNTLET Patricia , Myers Judith . “Enfermería Médico Quirúrgica” Vol. I, segunda Edición . Editorial Mosby Doyma Libros. Madrid España, 1995, pp 62-65.

1.3.- PLANEACIÓN.

La tercera etapa empieza con el diagnóstico de enfermería, elaborado a partir de los datos obtenidos del paciente que implica cuidados de enfermería. Identificados los problemas del paciente, la enfermera determina cuales son mas urgentes y se establecen las metas y objetivos en coordinación con el paciente que, junto con la familia deberán participar activamente en la planeación de los cuidados

Elaborados los objetivos generales se plantearon objetivos específicos que deben expresarse en términos de conducta observable. Las acciones de enfermería deben señalarse explícitamente en el plan de cuidados de enfermería que debe ser individualizado por lo que no podrá emplearse con otro paciente y debe incluir los problemas del paciente, metas, objetivos y la intervención de enfermería. De igual forma no es estático, requiere de valoración continua e ir agregando datos de valoraciones subsecuentes e ir realizando cambios.⁽¹⁰⁾

⁽¹⁰⁾ MARRINER Op, cit. pp 12-19

1.4.- EJECUCIÓN

Determinada la intervención de enfermería, se concluye la etapa de la planeación y comienza la de ejecución.

La ejecución es brindar los cuidados de enfermería. Durante esta etapa se continúa reuniendo y valorando datos y planes y evaluando cuidados. La ejecución contribuye a la continuidad y coordinación de los cuidados. La planeación y adecuada comunicación del paciente favorece el flujo uniforme de cuidados de enfermería, contribuyendo a la salud y ánimo del paciente, y lo estimula para expresar sus sentimientos y participar en la planeación de sus cuidados.⁽¹¹⁾

⁽¹¹⁾ MARRINER, op. cit. pp 12-19

1.5.- EVALUACIÓN

La etapa final del proceso de enfermería es la evaluación. Es una etapa continua que valora el resultado obtenido con los cuidados brindados. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidados de la salud, la familia del paciente, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos y cuales requieren revalorización y modificación.⁽¹²⁾

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados.⁽¹³⁾

El proceso de enfermería es un ciclo continuo que no termina con la evaluación ya que ésta sólo señala los problemas resueltos y aquellos que deberán revalorarse y planearse para nuevamente efectuarse y reevaluarse.

⁽¹²⁾ MARRINER, op. cit.

⁽¹³⁾ Ídem.

2.- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA. GENERALIDADES.

La preeclampsia-eclampsia es un padecimiento que se presenta fundamentalmente en la segunda mitad del embarazo y se relaciona con graves complicaciones que ponen en peligro la vida y la función reproductiva de la paciente.

Tiene una frecuencia variable, considerando los diferentes grados en que se presenta, es de 12% en las pacientes primigestas, 10% en las multiparas y 9% en la población en general.⁽¹⁴⁾

2.1.- CONCEPTO.

La preeclampsia es un padecimiento que complica frecuentemente el embarazo y se presenta desde la vigésima semana en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y edema, y en los casos más severos, convulsiones y/o coma, que en este último de los casos se denomina eclampsia.⁽¹⁵⁾

2.2.- ETIOLOGÍA.

La etiología de la preeclampsia no se conoce con exactitud. Se mencionan ciertos factores como predisponentes:

⁽¹⁴⁾ MONDRAGON, Hector. Onstetricia Básica Ilustrada. Segunda ed. Ed. Trillas. México 1987, p 281.

⁽¹⁵⁾ PRITCHARD Jack A. Et al "Williams Obstetricia" reimpresión de la tercera edición, editorial Salvat, México 1987, pp 511.

- Placentación anormal: embarazos múltiples, placenta grande, enfermedad trofoblástica.
- Presencia de enfermedades preexistentes, nefropatías, hipertensión, diabetes.
- Psicológicos, rechazos al embarazo, madres solteras.
- Reacción al estrés, ansiedad.
- Enfermedades autoinmunes.
- Alteraciones nutricionales, anemias y deficiencias de ácido fólico.
- Primigravidez o multiparidad.
- Edad, pacientes jóvenes menores de 20 años o edad avanzada.
- Frío, más frecuente en invierno y países fríos.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Escolaridad menor de seis años.
- Historia de familiar de preeclampsia por parte de la paciente.
- Raza, más frecuente en raza negra.
- Polihidramnios.⁽¹⁶⁾

2.3.- FISIOPATOLOGÍA

Se sabe que el punto de partida fisiopatológico de la preeclampsia es un vasospasmo arteriolar generalizado en el que se encuentran implicados varios mecanismos como relación anormal de sustancias como la prostaciclina (vasodilatador que se encuentra disminuida) y el troboxano (vasoconstrictor que se encuentra aumentado): agregación plaquetaria (que favorece la disminución de la luz de los vasos) y depósitos de fibrina.

⁽¹⁶⁾ MONDRAGON, op cit, p 282

Todo esto se manifiesta con sintomatología en casi todos los órganos y sistemas maternos:

- Sistema cardiocirculatorio, el gasto cardiaco se encuentra disminuido en relación a los embarazos normales, hemoconcentración, disminución del líquido intravascular y aumento del líquido en el espacio extracelular
- Renal: la actividad de la hormona antidiurética se encuentra aumentada, lo que repercute en la disminución del volumen urinario, el flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular están levemente disminuidos.
- Sistema nervioso, fosfenos, acúfenos, amaurosis, diplopia, convulsiones y coma.
- Hígado, hemorragia centrolobulillar, edema, y distensión de la cápsula de Glison (dolor en barra).
- Miembros, extravasacion de líquidos, edema.
- Placenta, perfucion uteroplacentaria comprometida, infartos, necrosis desprendimiento prematuro. Lesión de los vasos uteroplacentarios.⁽¹⁷⁾

⁽¹⁷⁾ MONDRAGON, op, cit , pp 283-285

2.4.- CLASIFICACIÓN

Clasificación del Comité de terminología del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecólogos de 1972, que dividen a los estados hipertensivos asociados al embarazo en cinco categorías: ⁽¹⁸⁾

- A) *Hipertensión Arterial Gestacional* (hipertensión arterial inducida por el embarazo). Definida como aparición de hipertensión arterial en la segunda mitad del embarazo en las primeras 24 horas post-parto, sin edema ni proteinuria y que persiste de los 10 días siguientes a la terminación del embarazo.
- B) *Preeclampsia*. Definida como hipertensión arterial mas proteinuria y/o edema.
- C) *Eclampsia*. Definida como el desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones.
- D) *Hipertensión arterial crónica*. Definida como hipertensión arterial crónica de cualquier etiología. Este grupo incluye pacientes con hipertensión preexistente, pacientes con elevación persistentes de la presión sanguínea de por lo menos 140/90 mmHg. medida en dos ocasiones con un mínimo de seis horas de diferencia, antes de la semana 20 de gestación, fuera del embarazo y en pacientes con hipertensión arterial que persiste mas de seis semanas post-parto.
- E) *Preeclampsia o Eclampsia sobreagregada*. Definida como el desarrollo de preeclampsia o eclampsia en pacientes con hipertensión arterial crónica diagnosticada.

⁽¹⁸⁾ IMSS, Norma Técnico Médica para la prevención y manejo de Preeclampsia-Eclampsia, México 1995, pp 8.

El grupo b) (preeclampsia) se clasificará exclusivamente en leve y severa.⁽¹⁹⁾

2.5 CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO.

Preeclampsia leve:

Tensión arterial de 140/90 mmHg. O más, pero menor de 160/110; o elevación de 30 mmHg. En la sistólica y 15 en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas. La medición se efectuará con la paciente sentada.

- Proteinuria de 300mg. Por litro o mas, pero menor de 2 gramos, o su equivalente en una tira reactiva .
- Edema leve (+) o ausente .
- Ausencia de síndrome vasculo-espasmódico (cefálea, amaurosis, fosfenos, acúfenos).⁽²⁰⁾

Preeclampsia severa:

- Tensión arterial de 160/110 mmHg. O mas, con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2g. O mas en orina de 24 horas o bien 3+ a 4+ en examen semicuantitativo con tira reactiva en una muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria. Diuresis de 24 horas menor de 400 ml. (menos de 17 ml. por

⁽¹⁹⁾ IMSS, op cit, pp 8-9.

⁽²⁰⁾ PRITCHARD, op cit, pp 515

hora).

- Trastornos cerebrales o visuales (como alteraciones de la conciencia, cefálea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopia).
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho de abdomen (dolor “en barra”).
- Edema pulmonar.
- Cianosis.
- Función hepática alterada.
- Trombocitopenia.²¹

Eclampsia

Se considera como Eclampsia, cualquier caso con uno o mas de los datos de hipertensión arterial, edema y/o proteinuria, independientemente de las cifras existentes, en la cual se presenten convulsiones y/o coma.⁽²²⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipertensión arterial inducida por el embarazo.- Hipertensión gestacional.

Aparece después de la semana 20 en una normotensa conocida. No se asocia a proteinuria ni edema, se divide en leve (T/A igual o mayor de 190-90 pero menor de 160-110) y severa (T/A de 160- 110 o mas)

Hipertensión arterial crónica, asociada al embarazo.

La definición mas aceptada de hipertensión es un presión sanguínea de

⁽²¹⁾ PRITCHARD, op cit, pp 515

⁽²²⁾ ÍDEM

140/90 mmHg o mas, antes del embarazo antes de la semana 20 y que persiste mas allá de las 6 semanas post-parto. Obedece a diversas etiologías como enfermedades renales.

Hipertensión arterial crónica mas preeclampsia sobreagradada.

Se define como exacerbación de la hipertensión arterial en una hipertensa crónica diagnosticada (elevación por lo menos de 30 mmHg. en la diastólica sobre las cifras previas que tenían en el primer trimestre del embarazo o antes de este). Junto con el desarrollo de proteinuria, edema generalizada y/o hiperuremia.⁽²³⁾

2.6 TRATAMIENTO

Objetivos:

- Estabilizar el estado de la paciente.
- Valorar el bienestar fetal y madures pulmonar.
- Interrupción del embarazo lo antes posible.⁽²⁴⁾

Preeclampsia leve:

El tratamiento se puede hacer en forma ambulatoria, con reposo diurno en varios periodos, dieta hiperproteica, consulta semanal, vigilancia de: presión arterial, peso corporal, grado de edema, hemoglobina y hematocrito, presencia de agravación del síndrome vasculoespasmódico, medición de diuresis en 24 horas y general de orina. Pruebas de estres y valoración fetal. Evitar constipación con administración de laxantes mecánicos. No permitir que el embarazo rebase las 38

⁽²³⁾ IMSS op. cit, pp 12-13

⁽²⁴⁾ PRITCHARD, op cit, pp 518

a 40 semanas.⁽²⁵⁾

Preeclampsia severa y eclampsia

- Hospitalización:
- Reposo absoluto en la cama, decúbito lateral izquierdo.
- Ayuno.
- Mantenimiento de las vías aéreas permeables, aspiración de secreción de vías respiratorias, evitar mordedura de la lengua debido a la convulsión.
- Evitar traumatismos durante las convulsiones.
- Venas permeables con venoclisis y catéter central para presión venosa central y muestras de sangre.
- Sonda Foley y medir diuresis horaria, toma de muestras para laboratorio.
- Minimizar estímulos .
- Vigilancia clínica: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, coloración, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, alteraciones de la piel, estado de conciencia.
- Vigilancia materna y fetal por laboratorio y por gabinete.
- Prevención y control de las crisis convulsivas con: Sulfato de magnesio por vía IV o IM, Fenobarbital o difenilhidantoína sódica.⁽²⁶⁾
- Control de la crisis Hipertensiva, con Nifedipina, Hidralacina, mantener la presión arterial sistólica entre 140 y 150 mmHg y la diastólica entre 90 y 100 mmHg.
- Valorar el estado de hidratación y adecuar volumen, mantener aporte calórico y proteico; emplear soluciones cristaloides, hipertónicas, albúmina, expansores de plasma paquete globular.

⁽²⁵⁾ MONDRAGON, Op, cit ,pp 226-292.

⁽²⁶⁾ PRITCHARD, op cit, pp 519

- El manejo obstétrico esta relacionado con el tipo de complicación, el estado materno-fetal y la edad gestacional .

Deben tomarse las siguientes consideraciones:

- **Condiciones Cervicales**
 - **Contraindicaciones para la vía vaginal .**
 - **Si se decide vía abdominal, recordar mayor frecuencia de histerotomía corporal o segmento corporal, en casos sin trabajo de parto o de edad gestacional corta.**
 - **En la vía vaginal aplicación de fórceps profiláctico. Analgesia o sedación.⁽²⁷⁾**

2.7.- COMPLICACIONES

Síndrome de “hellp”. [Síndrome caracterizado por hemólisis microangiopática, daño hepático manifestado por elevación de enzimas: transaminasa glutámico-oxalacético (TOG), transaminasa glutámico-pirúvica (TGP), deshidrogenasa láctica (DHL), también existe trombocitopenia]

- **Coagulación intravascular diseminada.**
- **insuficiencia renal aguda.**
- **Hemorragia hepática, hematoma subcapsular o ruptura de hígado.**
- **Accidente vascular cerebral, hemorragia, trombosis, isquemia, infarto.**
- **Edema cerebral o hipertensión intracraneana.**

⁽²⁷⁾ PRITCHARD, op cit, pp 519

- Edema agudo pulmonar.
- Insuficiencia cardiaca.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Obito fetal o muerte neonatal.⁽²⁸⁾

2.8.- PRONÓSTICO

El pronóstico de la preeclampsia leve es bueno siempre y cuando responda adecuadamente al tratamiento. No así en la preeclampsia severa y en la Eclampsia, pues ponen en peligro la vida de la madre y el producto.

Los signos y síntomas de la preeclampsia se revierten aproximadamente en 6 semanas después del parto.

Este padecimiento no se ha reportado como factor para hipertensión esencial posteriormente.

Por las graves complicaciones que se pueden presentar durante la evolución de la preeclampsia, puede verse afectada de manera importante la función reproductiva. Se menciona que existe alto riesgo de padecer nuevamente esta patología en embarazos posteriores.⁽²⁹⁾

⁽²⁸⁾ IMSS, op. cit. pp 23.

⁽²⁹⁾ PRITCHAR, op. cit, pp 520

2.9.- PREVENCIÓN

Como poblaciones específicas objeto de prevención y atención de la preeclampsia–eclampsia, se consideran a las mujeres en edad fértil, es decir las de 15 a 49 años y las embarazadas. No obstante debe tenerse en cuenta que las mujeres de 15 años también presentan la complicación.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Como grupo de riesgo se considerará a las mujeres en edad fértil no embarazadas con uno ó mas factores de riesgo señalados. En estas deberá ponerse atención especial en la realización de acciones educativas para la adopción de una protección anticonceptiva segura y eficaz, con el fin de evitar de manera temporal o permanente el embarazo, de acuerdo al caso clínico. En especial, deberán elegirse las mujeres menores de 20 o mayores de 35 años, multigrávidas o con antecedentes de haber presentado en embarazos previos, algún cuadro de preeclampsia–eclampsia. Lo mismo se hará en pacientes con historia de hipertensión arterial de cualquier etiología, diabetes y con enfermedad renal crónica de cualquier origen.

En los casos en que la paridad se encuentre satisfecha, o sea particularmente elevado el riesgo de presentación o recurrencia de preeclampsia–eclampsia, deberá promoverse la adopción de un método anticonceptivo definitivo. En los casos donde el riesgo pueda desaparecer, ya sea simplemente por el paso del tiempo o a través de medidas terapéuticas, si la paridad aun no se encuentra satisfecha, se dará preferencia a métodos anticonceptivos temporales.

EMBARAZADAS.

En las embarazadas con factores de riesgo para la presentación de esta complicación, o en aquellas que pese a existir riesgo alto para la recurrencia de padecimientos deseen un embarazo, la identificación de los mencionados factores deberá servir para otorgar una vigilancia prenatal mas frecuente y una orientación clínica especial hacia la identificación temprana de la complicación. Para ello deben seguirse las recomendaciones siguientes:

En cada consulta subsecuente se vigilará y registrará: edad del embarazo, peso, altura del fondo uterino, auscultación de frecuencia cardiaca fetal, tensión arterial, investigación de edema, síndrome vascular espasmódico y reflejo rotuliano. Proteinuria mínima o elevación del ácido úrico en sangre.⁽³⁰⁾

⁽³⁰⁾ IMSS, op cit, pp 7-8.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

En esta primera etapa del proceso se recopilaron los datos de la paciente que permitieron identificar sus problemas, por medio de la observación, la exploración entrevista y con la información obtenida de las diferentes fuentes.

HISTORIA CLÍNICA

RECOPILACIÓN DE DATOS:

Notas Médicas.

19 años de edad, casada; AGO M- 11 años, R- 30 x3, IVSA-18 años, E-1, FUR-27 de Diciembre del 96; Diagnóstico médico de embarazo de 37 SDG, preclampsia leve. Manejada en la consulta externa con hidralacina, reposo diurno, dieta hiperproteica. Durante el embarazo ha presentado amenaza de parto prematuro e infección de vías urinarias, los cuales han sido controlados con antibióticos del tipo de las penicilinas, uteroinhibidores, antiespasmódicos, ingesta abundante de líquidos, reposo. Cuenta con esquema de vacunación completo. Fue operada hace dos años de resección de quiste de ovario. Antecedentes de padres con hipertensión arterial sistémica.

Actividades de la Vida Diaria .

- Higiene personal.

Se lava el pelo a diario, cepillado dos veces al día, corte cada cuatro o cinco meses.

Se cepilla de dos a tres veces al día los dientes.

Baño diario, en regadera, agua tibia.

Corte de uñas habitualmente cada ocho días, en pies cada tres semanas.

- Hábitos de defecación.

Evacua normalmente cada 24 hrs, de consistencia blanda, generalmente por la mañana.

- Hábitos de alimentación.

Se alimenta tres veces al día; incluye los cinco tipos de nutrientes con predominio de carbohidratos. Ingiere 2 litros de agua aproximadamente en 24 hrs. Refiere que le agrada el picante y los alimentos ácidos.

- Ejercicio.

No realiza ningún ejercicio en especial, camina al rededor de una hora diaria. Últimamente no lo hace por el reposo que debe guardar.

Refiere cansancio en miembros inferiores que le dificultan un poco la deambulación.

- Hábitos de descanso, relajación y sueño.

Se levante de la cama a las 7:00 hrs. Se acuesta a las 23:00 hrs. Descansa una hora por las tardes.

Su afición favorita es ver televisión y tejer.

- Estado físico.

Nivel de conciencia, consciente.

Sentidos: Refiere buena visión y audición, solo en ocasiones acúfenos.

Buen gusto y olfato. Tacto adecuado.

Dientes, en estado regular con ausencia de dos molares, sin caries; presenta tres amalgamas antiguas.

Piel integra, ligero edema en miembros inferiores; palidez ligera. Estrías visibles en abdomen.

- Alineación corporal.

Alineación aceptable.

- Estado psicológico.

Se encuentra aprensiva, ansiosa por saber mas acerca de su enfermedad y preocupada por el desenlace de su embarazo y las posibles consecuencias para su producto.

- Antecedentes sociales, culturales, y económicos.

Vivienda, habita casa tipo urbano cuenta con todos los servicios .

Ocupación actual, el hogar, refiere disfrutar su actividad. No cuenta con seguro de vida.

Educación, primaria terminada.

No tiene actividades recreativas habituales, ve televisión, en ocasiones pasea por las tardes y teje para distraerse.

Religión católica.

Vive únicamente con su esposo, recibe visitas de las familias de ambos y de sus amistades, también realiza visitas en ocasiones con su esposo o sola. Se siente

aceptada por su familia y la comunidad.

Espera que durante su estancia en el hospital la visiten sus padres y la acompañe su esposo. Desea que su embarazo llegue a feliz término y que su hijo nazca sano.

Cuenta con los recursos necesarios para su atención.

Dice comprender su actual estado de salud. Pero desconoce las causas, argumenta que siempre ha sido una mujer sana y que quisiera que su embarazo fuera normal. Afirma que hará todo lo posible para que su embarazo llegue a buen término y si hijo sea un niño normal.

Exploración Física.

Paciente femenina, con peso actual de 78 kg. FC 68 x', R 20 x', T 36.4°C, TA 140/95, edad aparente igual a la cronológica, consciente, orientada, colabora al interrogatorio.

Cabeza: normocéfala, pelo bien implantado, largo, color castaño, limpio; ojos centrados, pupilas isocrónicas, con reflejos normales; nariz central, permeable.

Cuello: normolíneo, cilíndrico, corto; traquea central, móvil, no dolorosa; no se palpan ganglios ni tumoraciones.

Tórax: normolíneo, movimientos normales, ruidos cardiacos y respiratorios normales.

Abdomen: aumentado de volumen a expensas de útero gestante, con fondo uterino de 28 cm.; movimientos fetales presentes, PUVI longitudinal, presentación

libre, dorso a la derecha, con FCF en CID de 140 x'. Peristalsis presente, normal.

Tacto vaginal: cervix posterior, cerrado.

Extremidades inferiores con edema ++. Reflejo rotuliano ligeramente aumentado.

- **Padecimiento Actual:** inicia hace tres semanas al advertir edema leve en miembros inferiores, acude a la consulta externa detectándosele presión arterial de 140/90, recetándosele Hidralacina y reposo. El día de ayer presenta cefálea ligera, la cual atribuye al medicamento, por la noche advierte que el edema de sus pies se ha incrementado y además presenta fosfénos y acúfenos que desaparecieron en el transcurso de la noche. Hoy por la mañana acude a consulta por los síntomas presentados el día anterior. Refiriendo en estos momentos cefálea ligera.
- **Tratamiento Médico:**
 - Dieta normal
 - Reposo absoluto en cama.
 - Solución glucodada 5% 1000 ml P/8hrs.
Alternar con mixta para 8hrs.
 - Hidralacina 30mg C/6hrs.
 - Lab. BH, Proteínas Séricas, Plaquetas, QS, Grupo y Rh, TP, TC, TPT, TS; Rx de abdomen AP y Lateral.
 - Vigilar frecuencia cardiaca fetal.
- **Resultados de laboratorio.**
 - BH, Hb- 12.3, Htc-38, Plaquetas- 188mil, Leucocitos 9000.

- QS, Urea -24mg, Glucosa -71mg; creatinina 0.5mg; Ac. Úrico-3.7mg.
- Examen general de orina: pH- 7.0; Hemoglobina ++++; Leucocitos-2-4 por campo; eritrocitos abundantes por campo, células epiteliales ++.
- TP, 13 seg. 100% de actividad .
- TPT 31 seg.
- Grupo A Rh (+).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Después de realizar la valoración, se elaboraron los diagnósticos de enfermería basados en los problemas detectados en la señora Rocío Martínez Conde. En la redacción de los diagnósticos se utilizó el formato PES.

PROBLEMA	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Exceso de volumen de líquido extravascular	Retención de sodio y agua	Hipertensión arterial y edema en miembros inferiores
Déficit potencial del volumen de líquido intravascular	Pérdida de proteínas a través de la orina	Examen de la orina: Hemoglobina + + + +, Eritrocitos abundantes por campo.
Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica	Presión arterial elevada. Disminución del volumen circulante.	T/A 140/90.
Déficit de los conocimientos sobre el trastorno y su tratamiento.	Información inadecuada	Expresiones de preocupación sobre los efectos de la preeclampsia.
Ansiedad	Consecuencias del padecimiento	Expresiones de preocupación por los efectos en el producto.

DIAGNÓSTICOS.

Exceso de volumen de líquido extravascular relacionado con retención de agua manifestado por hipertensión arterial y edema de miembros inferiores.

Déficit potencial del volumen de líquido intravascular relacionado con pérdidas de proteínas a través de la orina.

Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con presión arterial elevada y disminución del volumen circulante .

Déficit de los conocimientos sobre el trastorno y su tratamiento relacionados con información inadecuada manifestado por expresiones de preocupación sobre los efectos de la preeclampsia.

Ansiedad, relacionado con las consecuencias del padecimiento manifestada por expresiones de preocupación sobre los efectos en el producto.

PLANEACIÓN

Elaborados los diagnósticos se clasificaron las necesidades en orden de prioridad, de acuerdo a la teoría de Maslow, quien sostiene que el ser humano en sus necesidades tiene cinco metas básicas que son:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades de protección.
- Necesidades de amor.

- Necesidades de estimación.
- Necesidades de autorealización

Las cuales ascienden en orden de prioridad.

A continuación se clasifican los problemas de la señora.

- 1.- Exceso de volumen de líquido extravascular:
- 2.- Déficit potencial de volumen de líquido intravascular
- 3.- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica .
- 4.- Déficit de los conocimientos sobre el trastorno y su tratamiento.
- 5.- Ansiedad.

Jerarquizadas las necesidades, se establecieron las metas y objetivos, que se planearon en forma conjunta con la Sra. R. M.

PROBLEMAS	OBJETIVOS
Exceso de volumen de líquido extravascular .	1.- Disminuir la cantidad de líquido extravascular en forma progresiva y durante la estancia hospitalaria.
Déficit potencial de volumen de líquido intravascular .	2.- Evitar la disminución del líquido intravascular durante la estancia hospitalaria.
Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.	3.- Disminuir el riesgo de disfunción neurovascular periférica, hasta eliminarlo antes de su egreso.

Déficit de los conocimientos sobre el trastorno y su tratamiento.

4.- Lograr la comprensión de las manifestaciones y tratamiento de la preeclampsia.

Ansiedad

5.- Disminuir al máximo la ansiedad durante la estancia hospitalaria.

Identificados los objetivos se determinaron las acciones de enfermería a realizar para el logro de cada objetivo:

<i>ACCIONES DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>
1.- a) Pesar diariamente a la paciente b) Valorar el grado de edema. c) Controlar la ingesta normal de sal. d) Brindar 100gr. de proteína al día en la dieta mientras pueda ofrecerle alimento. e) Instalar sonda Foley y medir excreción urinaria cada hora.	<ul style="list-style-type: none"> ■ El aumento de peso y las pruebas de edema son causados por retención de agua y sodio. ■ Se recomienda la ingesta normal de sodio. ■ Las proteínas plásmicas afectan el desplazamiento de los líquidos intravascular y extravascular. ■ La sonda facilita la valoración de la orina cada hora. ■ El flujo plásmico renal y la filtración glomerular se encuentran disminuidos.⁽³¹⁾

⁽³¹⁾ SMITH, Sandra. Et al, Enfermería Básica y Clínica Traducción de la 3ª de Jorge Meringo Jane. De Manual Moderno. México 1996 p.p 740 -760.

<i>ACCIONES DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>
f) Administrar Hidralacina vía oral según indicaciones médicas.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Hidralacina disminuye la presión arterial y favorece el paso de líquidos del espacio extravascular al intravascular.
g) Vendaje elástico de miembros inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> ■ El vendaje compresivo favorece el retorno venoso, estimulando la circulación sanguínea.
2.- a) Vigilar la presión arterial c/2 hrs. En el mismo brazo y con la paciente en decúbito dorsal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La presión arterial puede fluctuar cada hora como resultado del aumento de la resistencia periférica a causa de vasoconstricciones y vasospasmo arteriolar. ■ La presión diastólica es el mejor indicador de la gravedad del trastorno.⁽³²⁾
b) Evitar pérdidas de líquidos, hemorragias.	<ul style="list-style-type: none"> ■ La pérdida sanguínea ocasiona disminución del volumen circulante y compromete la irrigación de los órganos.
c) Ministrar líquidos intravenosos hipertónicos, solución glucosada 10% 1000ml c/8 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las soluciones hipertónicas proporcionan electrolitos y agua que se ha escapado al espacio extracelular.

⁽³²⁾ SMIT, op cit, pp 760

<i>ACCIONES DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>
<p>d) Verificar la proteinuria y cuantificar la existencia de las proteínas en la orina diariamente.</p> <p>* Obtener una muestra con limpieza.</p> <p>3.- a) Mantener presión arterial sistólica en 120/110 mmHg. y la diastólica entre 90/80 mmHg.</p> <p>b) Fomentar el reposo en cama, en habitación tranquila, limitar las visitas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ayuda a valorar la gravedad y progreso de la preeclampsia. ■ La proteinuria es el resultado de la tumefacción del endotelio de los espacios capilares glomerulares. ■ El vasospasmo arteriolar aferente fomenta la fuga de proteínas. ■ La orina contaminada con descarga vaginal o eritrocitos puede indicar proteínas positivas.⁽³³⁾ ■ Las variaciones en la presión arterial comprometen la irrigación sanguínea. ■ La disminución brusca de la presión arterial afecta las arteriolas provocando agravamiento del trastorno. ■ El reposo en cama favorece el filtrado glomerular. ■ Las visitas son fuente de estímulos. ■ Los estímulos favorecen la aparición de complicaciones.⁽³⁴⁾.

⁽³³⁾ SMIT, *op cit*, p 760.

⁽³⁴⁾ OLDS, et al, Enfermería Materno Infantil. Un Concepto Integral Familiar. Segunda ed. Ed. Interamericana, México 1987, pp 740 - 750.

<i>ACCIONES DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>
<p>c) Vigilar presencia de cefálea, acúfenos y fosfenos.</p> <p>d) Avisar al médico si la excreción urinaria es igual o menor de 30 ml/hr.</p> <p>e) Valorar el reflejo rotuliano.</p> <p>f) Vigilar el estado fetal, valorar los ruidos cardiacos y la motilidad fetal c/4 hr.</p> <p>g) Valorar contracciones uterinas.</p> <p>h) Vigilar el estado de alerta.</p> <p>4.- a) Información a la paciente y sus familiares sobre los signos y síntomas, los factores etiológicos de la preeclampsia en cuanto sea posible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La presencia de estos signos indica la elevación de la presión arterial. ■ La presencia de oliguria indica empeoramiento del trastorno.³⁵ ■ La hiperreflexia es un signo de agravamiento del padecimiento ■ Las variaciones en la frecuencia cardiaca fetal indican sufrimiento del mismo. ■ La hipertensión arterial y la disminución del flujo sanguíneo comprometen la salud y el bienestar fetal.⁽³⁶⁾ ■ Puede iniciarse espontáneamente el trabajo de parto. ■ Las contracciones uterinas causan dolor, las primíparas pueden no saber identificar los dolores de parto. ■ La somnolencia indica agravamiento de la preeclampsia. ■ El conocimiento del padecimiento facilita la comprensión del estado de la paciente y el producto.

³⁵⁾ OLDS, op cit, pp 740-750.

³⁶⁾ ÍDEM.

<i>ACCIONES DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>
<p>b) Instruir a la paciente sobre los síntomas de agravamiento y solicitar que informe sobre ellos; alteraciones visuales y de conciencia, cefálea, dolor en barra, hemorragia vaginal, dolor abdominal, alteraciones en la motilidad fetal.</p> <p>c) Permitir y alentar a la paciente y a su familia que externen sus dudas y ofrecerles respuestas adecuadas.</p> <p>d) Después de proporcionar la información realizar preguntas sobre el padecimiento a la paciente y familiares en momentos pertinentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La información adecuada permitirá la participación de la paciente y sus familiares en el cuidado de esta.⁽³⁷⁾ ■ El conocer los síntomas de agravamiento permitirá a la paciente y familia identificarlos e informarlos oportunamente. ■ Las dudas no externadas obstaculizan la colaboración de paciente y familia en la resolución de problemas de la paciente.⁽³⁸⁾ ■ Realizar preguntas permite valorar el grado de comprensión y asimilación de los conceptos.⁽³⁹⁾

⁽³⁷⁾ OLDS, op cit, pp 748.

⁽³⁸⁾ IBÍDEM, pp 749.

⁽³⁹⁾ SMITH, op cit, pp 748 - 760

<i>ACCIONES DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>
<p>5.- a) Informar a la paciente sobre su estado real de salud cada vez que lo solicite.</p> <p>b) Permitir y alentar a la paciente para que exprese sus dudas.</p> <p>c) Determinar con la paciente las actividades que pueda realizar e instarla a realizarlas.</p> <p>d) Permitir la compañía del esposo.</p> <p>e) Informarle sobre las acciones tendientes a mejorar su estado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer el estado real de salud aliviará su estado de ansiedad. ■ Colaborar en su atención permitirá a la paciente mantenerse ocupada en cierto grado, sentirse útil y aliviar sus temores. ■ La presencia del cónyuge proporcionará apoyo. ■ EL conocerlas le permitirá colaborar en ellas e identificar su mejoría.⁽⁴⁰⁾

⁽⁴⁰⁾ BRUNNER, L. S., et al, Enfermería Médico Quirúrgica, 6ª ed. Ed. Interamericana, México 1989, pp 1106, 1120.

EJECUCIÓN

En esta etapa se proporcionaron los cuidados que se determinaron en la planeación.

Durante la ejecución se realizaron observaciones y se pusieron en práctica las acciones necesarias de acuerdo a la evolución de la paciente.

OBSERVACIÓN	ACTUACIÓN
<p>FECHA: 12/09/97 HORA: 15:00 TA Estable 130/90; CFC 140x'. Consciente. Se informó a la paciente sobre los síntomas de agravamiento, refiere comprender, responde satisfactoriamente a las preguntas en relación a los síntomas.</p> <p>20:00 hrs. La familia está enterada acerca del padecimiento, sus respuestas a las preguntas aun son confusas, y expresan dudas que se aclaran.</p>	<p>Se corren cortinas para disminuir la luz en la habitación.</p> <p>Informar a la paciente que su presión se encuentra estable.</p> <p>Continuar brindando información a la familia acerca del padecimiento.</p>

<p>13/09/97</p> <p>8:00 hrs. Laboratorio reporta; hemoglobina +++, eritrocitos abundantes, pH 7.0, volumen urinario aceptable. Tensión arterial se mantiene entre 140/90 y 130/80.</p> <p>15:00 hrs. Pródromos de trabajo de parto, expulsión de tapón mucoso, actividad uterina irregular.</p> <p>T/A 130/80, FCF 142x' CID.</p> <p>22:00 hrs. Trabajo de parto irregular; T/A 120/80 a 130/90, uresis aceptable, edema de miembros inferiores; FCF rítmica 140x'. Comprende lo que está ocurriendo, dice encontrarse preocupada.</p> <p>24:00 hrs. Desea que su esposo esté a su lado.</p>	<p>Informar a la paciente lo que ocurre.</p> <p>Vigilar actividad uterina.</p> <p>Vigilar motilidad fetal y FCF.</p> <p>Verificar T/A c/hr.</p> <p>Suspender la vía oral.</p> <p>Explicar en forma clara el proceso de trabajo de parto y su participación en el mismo.</p> <p>Permitir la compañía de su esposo.</p> <p>Explicarle el proceso y su posible participación.</p>
--	--

<p>14/09/97</p> <p>6:00 hrs. Presión arterial 130/80. Continúa actividad uterina, dos contracciones en 10', con duración de 30'', intensidad ++. Presentación cefálica, segundo plano de Hodge. Dilatación cervical 5 cm, borramiento 80%. Percibe movimientos fetales, FCF 142x' en CID. Pelvis clínicamente útil para parto.</p> <p>12:00 hrs. Presión arterial estable, 2 a 3 contracciones cada 10', con duración de 20'' a 30''. FCF 142x' CID. Al tacto dilatación cervical de 9 cm. Borramiento 100%. Producto en presentación cefálica, segundo plano de Hodge, membranas íntegras.</p> <p>13:00 hrs. Parto eutócico, nace producto único masculino, que respira y llora al nacer, íntegro, sin malformaciones aparentes, con peso de 3kg; apgar 9-8, talla 51 cm, PC 34 cm, PA 35 cm, Pie 8 cm.</p> <p>Alumbramiento espontáneo. T/A estable.</p>	<p>Continuar vigilancia de trabajo de parto, FCF. Presión arterial cada hr.</p> <p>Realizar tacto en 2 hrs.</p> <p>Retirar sonda foley</p> <p>Pasar a la sala de expulsión cuando lo solicite el médico.</p> <p>Continuar con vigilancia de FCF y actividad uterina, T/A cada 15'.</p> <p>Colaborar en la atención del parto.</p> <p>Se permitió la participación del esposo en el evento.</p> <p>Se brindaron cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido.</p> <p>Se aplicó una ampollita de oxitocina, para favorecer involución uterina.</p>
--	---

<p>15:00 hrs. Lóquios hemáticos, cantidad moderada. Involución uterina aceptable.</p> <p>T/A 120/80.</p> <p>Desea amamantar a su bebé y menciona la técnica.</p> <p>El padre del recién nacido colabora en la atención del binomio.</p> <p>Glándulas mamarias con presencia de calostro.</p> <p>20:00 hrs. Laboratorio reporta: hematuria ++, lo que indica disminución del signo.</p> <p>El recién nacido acepta en forma adecuada el seno materno, conserva temperatura, buena coloración, reactivo, ya evacuó, diuresis presente.</p> <p>15/09/97</p> <p>7:00 hrs. Reporte de laboratorio. Hematuria ++. Presión arterial 110/80.</p>	<p>Se permitió el contacto inmediato de los padres con el recién nacido.</p> <p>Se favoreció el alojamiento conjunto.</p> <p>Se trasladó a piso al binomio.</p> <p>Dieta líquida inicial.</p> <p>Alojamiento conjunto.</p> <p>Se favoreció la lactancia materna.</p> <p>Se reafirmó la instrucción sobre la lactancia.</p> <p>Se vigiló la involución uterina, sangrado transvaginal.</p> <p>Se vigiló al recién nacido.</p> <p>Se bañó y deambuló</p>
--	--

<p>RN sin problema aparente.</p> <p>14:00 hrs. Deambuló, T/A estable, edema de miembros inferiores menor.</p> <p>Lóquios serohemáticos. Útero involucionado. Se espera egrese por la tarde.</p> <p>17:00 hrs. Responde a las preguntas sobre el padecimiento y medidas preventivas.</p> <p>Egresa el binomio a su hogar.</p>	<p>Se interroga sobre medidas preventivas.</p> <p>Se instruyó sobre el cuidado en el hogar del recién nacido.</p>
--	---

EVALUACIÓN

Durante el desarrollo del plan se evaluó el logro de los objetivos, las condiciones de la paciente y el R. N.

OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>1.- Disminuir la cantidad de líquido extravascular en forma progresiva y durante la estancia hospitalaria. Evitar la disminución del volumen de líquido intravascular durante la estancia hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo logrado parcialmente, se disminuye el edema de miembros inferiores aproximadamente un 50%. Se espera que el edema revierta en una semana más en su totalidad.
<p>2.- Disminuir el riesgo de disfunción neurovascular periférica, hasta eliminarlo antes de su egreso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo fue cubierto; laboratorio reporta hematuria +, la pérdida de proteína por la orina ha disminuido de manera importante. • Se logró el objetivo. La T.A. se estabilizó 120/80. El volumen circulante se mantuvo adecuadamente.
<p>3.- Que la paciente y esposo comprenda la etiología, manifestaciones y tratamiento de la preeclampsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo se alcanzó en su totalidad. La paciente respondió a las preguntas. El esposo asimiló los conceptos. Ambos colaboraron en el evento.

4.- Disminuir al grado máximo la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa tener conciencia de su estado de salud. • Señala que encontró apoyo en su familia y el equipo de salud.
--	--

CONDICIONES DE EGRESO

R M Egres a su domicilio con T/A 120/80 mmHg, normotérmica, signo de godet +; orina de aspecto normal, cantidad adecuada 100 ml/hr en promedio; laboratorio reporta hemoglobina en orina +.

Útero en involución; buena coloración tegumentaria; glándulas mamarias con secreción de calostro, ligera ingurgitación, pezón formado; técnica de lactancia materna adecuada. Comprende indicaciones de alta.

Recién nacido: normotérmico, normoactivo y reactivo, coloración de tegumentos adecuada, tolera y acepta seno materno; micciones y evacuaciones presentes y normales; sin problema aparente.

PLAN DE ALTA

Orientar a la paciente sobre lo siguiente:

- Baño diario.
- Actividad permitida (atender a su bebé, actividades que no requieran de gran esfuerzo).
- Ejercicios para reafirmar los músculos abdominales y perineales (indicar en teres semanas si no hay inconveniente para el estado de salud sentadillas,

ejercicios abdominales ligeros).

- Alimentación: que incluya los cinco grupos de nutrientes, principalmente proteínas (carne, leche, huevo), vitaminas y minerales (frutas y verduras), e ingiera de 2 a 3 litros de líquido diariamente.
- Vigilancia de lóquios, informarle las características de los mismos (serohemáticos, disminuyen gradualmente en cantidad en el transcurso de los días, hasta desaparecer en 2 ó 3 semanas olor suigenensis).
- Cuidado de mamas.
 - Aseo durante el baño, sin friccionar bruscamente, de ser necesario asearse durante el día, se hará solo con agua tibia.
 - Aplicación de compresas húmedo-tibias en caso de ingurgitación.
 - Dejar una gota de leche en el pezón después de amamantar al niño.
 - Asesorar sobre la técnica correcta de amamantamiento.
 - Cuidado y aseo a la episiotomía.
 - Evitar tener relaciones sexuales durante las 6 semanas siguientes al parto.
 - Uso de sostén adecuado, que de soporte y comodidad.
- Aseo de genitales y cambio de apósito cada vez que sea necesario.
- Acudir en una semana a revisión o antes si se presenta algún problema.
- Asesorar a la pareja sobre métodos anticonceptivos y determinar el más adecuado para ambos.

Orientar a la pareja sobre cuidados al R/N:

- Alimentación exclusiva al seno materno durante los primeros 4-6 meses de vida. No chupones ni biberones.
- Cuidado al cordón umbilical (debe permanecer seco, no agregar ninguna sustancia).

- No usar talco en el cuidado del bebé.
- Vigilar características de las evacuaciones y micciones.
- Cambio oportuno de pañal.
- Vacunación e importancia de las primeras dosis.
- Dar fecha para la próxima cita a control del niño sano.

Realizar demostraciones de:

- Técnica de baño y cambio de ropa del R.N.
- Técnica de amamantamiento.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó en cuatro momentos

Primeramente se seleccionó a una mujer con problemas de salud de preeclampsia.

En un segundo momento se estructuró el marco teórico conceptual que fundamentó científicamente los cuidados de enfermería. Se constituyó por dos partes:

En la primera se describe el Proceso Atención de Enfermería y cada una de sus fases .

La segunda parte trata sobre generalidades de preeclampsia-eclampsia: concepto, etiología, clasificación, cuadro clínico y diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento, pronóstico y por último la prevención.

En un tercer momento se aplicó el proceso de enfermería a la paciente, teniendo como eje las necesidades detectadas de la misma, con el propósito de satisfacerlas. Aspecto importante a considerar son todas las etapas del proceso haciendo énfasis en el plan de cuidados.

Finalmente se dar sugerencias y conclusiones para el uso continuo del proceso en la practica profesional de enfermería.

CONCLUSIONES

Al elaborar un proceso de atención de enfermería se utilizan datos del paciente que permiten identificar sus problemas de salud, con base en esta se planean los cuidados individualizando la atención que se proporciona y a la vez se propicia la participación del paciente y su familia en la planeación de los cuidados y ejercicios. Esto favorece la pronta recuperación de la salud, la rehabilitación y la integración del individuo a la comunidad.

Para realizar y poner en práctica el proceso atención de enfermería se requiere conocerlo, tener una base de datos amplia que sólo se obtiene con la preparación continua, además de un grado de experiencia en la profesión. Por lo anterior no toda enfermera puede elaborarlo, solo aquella que se encuentra identificada con la enfermería y en la búsqueda de una práctica científica, que lleve ésta hacia la profesionalización.

Emplear el proceso de enfermería requiere tiempo y dedicación. Personalmente se me dificultó su elaboración; sin embargo advierto que al habituarse a utilizarlo se desarrollará habilidad y podrá realizarse en menor tiempo y con mayor perfección.

La aplicación del proceso sistematiza la atención de enfermería, motiva a la superación profesional, favorece la investigación y estimula a la enfermera a escribir sus conocimientos y experiencias, de las cuales se podrán beneficiar otros profesionistas de la enfermería e ir construyendo así el acervo de conocimientos de la profesión.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Al hacer uso del proceso atención de enfermería, la enfermera se convierte en promotora de los beneficios que el proceso ofrece al individuo, la familia, la comunidad y a la enfermería en si su difusión y beneficios deben extenderse desde la propia formación inicial de la enfermera, hasta la enfermera que se encuentra laborando en cualquiera de sus ámbitos.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Atención Enfermería. Editorial Doyma. Barcelona, España 1989, p 210
- ATKINSON, Leslie, et al. Proceso de Atención de Enfermería. Traducción de la primera edición: Teresa de Jesús García, Editorial Manual Moderno, México 1993. p 190
- BAENA, Guillermina y Montero Sergio. Tesis en 30 Días. 11ª Reimpresión, Editorial Editores Mexicanos Unidos. México 1995. p 100
- BAILY, Rafensperger , et al. Consultor de Enfermería Clínica. 3ª edición, Editorial Océano-Centrum., España 1989. p 835
- BERKOW, et al. Manual Merk. 8ª edición, Editorial Doyma, México 1989. p2944
- BOKMILLER, Mac, et al. Enfermería Obstétrica. 5ª edición. Traducción Homero Vela Treviño, Editorial Interamericana, México 1984. p 174
- BRUNNER, LS, et al. Enfermería Médico Quirúrgica. 6ª ed. Ed. Interamericana, México 1989, p 1843.
- GAUNTLET, Patricia, et al. Enfermería Medico Quirúrgica. 2ª edición, Adaptación Susana Salas y Mª Teresa Alzaga. Editorial Mosbi-Doyma Libros, Madrid , España 1995. p800

IMSS. Norma Técnico Medica Para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia - Eclampsia. México 1995. p 35

IMSS. Norma de Procedimientos Médicos. México 1996. p 145

IYER, Patricia, et al. Proceso de Enfermería y Diagnostico. Traducción de la 2ª edición Andrés Sánchez de el Río. Editorial Interamericana, México 1985.

MARRINER, Ann. Proceso Atención de Enfermería Un Enfoque Científico. Traducción de la 2ª edición Alfonso Telles Vallejo, Editorial Manual Moderno, México 1990. p 325

MONDRAGON, Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 2º edición, Editorial Trillas, México 1987. p 700

OLDS, et al. Enfermería Materno Infantil Un concepto Integral. 2ª edición, Editorial Interamericana, México 1987. p 859

PRITCHARD, A Jack, et al. Williams Obstetricia. 3º edición, Editorial Salvat, México 1987. p 859

ROPER, Nancy. Logan, Winifred. Tierney, Alison. Proceso Atención Enfermería. Modelos de Aplicación. 1ª edición, Traducción Esthér Sánchez Lozano, Editorial Interamericana, México 1983. p 121

- SAAVEDRA, Manuel. Técnicas de Investigación Para la Elaboración del Documento Reseptional. 3ª edición, Editorial Siglo Nuevo Editores, S.A. México 1985. p 121
- SMITH, Sandra, et al. Enfermería Básica Clínica. 3ª edición, Traducción Jorge Merino Jane, Editorial Manual Moderno, México 1996. p 1009
- SSA. Norma de Procedimientos Médicos Obstétricos. México 1993. p 130
- TAMARA, A Bethel, et al. Guía Para El Examen Profesional de Enfermería. editorial Interamericana, Cuarta Edición, México 1987. p 890
- UNAM, SUA. Seminario de Tesis. Antología, 3ª Reimpresión, México 1994. p 248