

32
207

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



HIPEREMESIS GRAVIDICA

<p>ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA COORDINACION DE INVESTIGACION</p> <p>U. N. A. M.</p>
--

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
ANA MARIA CATALINA FLORES MARTINEZ



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 está 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.

I N D I C E

Pág.

<u>INTRODUCCION</u>	1
I. <u>MARCO TEORICO</u>	3
1.1 Generalidades	3
1.2 Epidemiología	4
1.3 Etiología	5
1.4 Fisiopatología	16
1.5 Sintomatología	19
1.6 Diagnóstico	23
1.7 Tratamiento	25
1.8 Complicaciones	37
1.9 Pronóstico	41
1.10 Historia Natural de la Enfermedad Hipermesis gravídica	41
II. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	51
2.1 Detección y jerarquización de problemas	59
2.2 Diagnóstico de Enfermería	60
III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	62
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	88
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	

INTRODUCCION

Durante los primeros meses del embarazo son muy frecuentes los vómitos acompañados de náuseas. Aproximadamente el 50% de las embarazadas los presentan en embarazos normales, sin que pueda interpretarse como patológico. Se trata de un síntoma de presunción del embarazo, se presentan entre la 3a. y 4a., semana, en forma de un simple estado nauseoso, acompañado de un vómito matutino escaso, turbio o seroso, amargo, no alimenticio y con un poco de bilis, que desaparece en el resto del día, a veces las náuseas siguen presentándose a diversas horas del día, pero sin llegar a producir un vómito frecuente.

Cesan con la ingestión de líquidos o una ligera colación. Generalmente desaparecen al final del 3er. mes o incluso antes y no suele tener repercusión sobre el estado general de la embarazada.

En algunos casos estos vómitos ocasionales se vuelven continuos y persistentes, presentándose espontáneamente poco después de haber ingerido alimento, o sin relación con el alimento, a cualquier hora, repitiéndose con suma frecuencia durante el día y la noche. Este tipo de vómito tiene un efecto perjudicial en el estado general de la embarazada, llegando a provocar deshidratación acompañado de un desequilibrio hidroelectrolítico, pérdida de peso y en casos graves hasta la muerte. Este cuadro patológico recibe el nombre de Hiperemesis

Gravídica o Vómitos Perniciosos de la Gestación.

La causa que lo provoca no se sabe, pero una de las causas predisponentes de mayor importancia que se sabe, son las alteraciones psicológicas como: temor, ansiedad, rechazo del embarazo.

Por fortuna, los cuadros graves de Hiperemesis Gravídica son muy raros gracias a la oportuna atención prenatal.

CAMPO DE LA INVESTIGACION

Se realizará el Proceso de Atención de Enfermería, a una paciente con diagnóstico de Hiperemesis Gravídica, hospitalizada en el Hospital General de Zona Tlatelolco No. 27, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS:

Explicar las generalidades de la sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la Hiperemesis Gravídica.

Argumentar la importancia que tiene la participación de enfermería, en la atención de la paciente con Hiperemesis Gravídica.

I. MARCO TEORICO

1.1 Generalidades

Aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas presentan en los 2 ó 3 primeros meses, náuseas y vómitos, que se presentan habitualmente por la mañana en ayunas y que en el resto del día desaparecen. Ocasionalmente las náuseas siguen presentándose a diversas horas del día, pero sin llegar a producir vómito frecuente.

Este tipo de pacientes vomita cada 2, 3 ó 4 días, ocasionalmente en forma diaria.

Este estado nauseoso y estos vómitos matutinos que con tan elevada incidencia se presentan en la mujer embarazada, no llegan a trascender sobre el estado de salud de la mujer, permiten una nutrición adecuada y le permiten llevar una vida absolutamente normal. A este cuadro se le llama vómitos leves del embarazo o emesis gravídica.^{1/}

Pero hay ocasiones en que una mujer que había empezado con vómitos leves del embarazo, poco a poco va penetrando al cuadro de vómitos graves, a esta patología se le da el nombre de Vómitos Graves del Embarazo o Vómitos Perniciosos, o Hiperemesis Gravídica.^{2/}

1/ Castelazo Ayala, Luis; Obstetricia, Ed. Librería de Medicina, México, 1980, 6a. ed., p. 601.

2/ Ibidem., p. 601.

El término más común que se utiliza para designar a esta enfermedad es el de Hiperemesis Gravídica.

La palabra Hiperemesis Gravídica proviene de los prefijos griegos:

Hiper	Superioridad o exceso
Emesis	vomitarse
Gravidez	(de grávido) - estado de embarazo

Se entiende como un estado patológico que se manifiesta por náuseas y vómitos intensos, que son continuos y persistentes, se presentan a toda hora del día y de la noche, llegando a interferir con los procedimientos metabólicos y nutricionales de la embarazada, pueden provocar serias complicaciones como: deshidratación, pérdida de peso, desequilibrio hidroelectrolítico, que pueden llevar a la muerte sino es atendida oportunamente.

1.2 Epidemiología.

La hiperemesis gravídica se presenta en el 2 a 3% de las embarazadas, se estima que ocurre en uno de cada 300 embarazos.^{3/}

Es más frecuente en pacientes primigrávidas con problemas emocionales, que las hace incapaces de ser más maduras ante la nueva situación que representa el embarazo.

^{3/} Mondragón, Héctor; Obstetricia básica ilustrada; Ed. Trillas, México, 1982, 1a. ed., p. 254.

Las formas graves son poco frecuentes y la necesidad de interrumpir el embarazo debe considerarse actualmente como una rareza.

Guttmacher sostiene la opinión de que en los últimos 30 años han disminuido notablemente las formas graves de hiperemesis, lo atribuye a:

- a. El control prenatal específico a pacientes con problemas emocionales que puedan desencadenar el cuadro.
- b. Al mejor tratamiento medicamentoso que se tiene a las náuseas y vómitos durante la emesis.^{4/}

En diversos países orientales se desconoce prácticamente la hiperemesis; entre ellos figuran Indonesia, Malasia, Irak y Egipto. Por otro lado, no debe considerarse los vómitos del embarazo como una enfermedad de la civilización, ya que son igualmente conocidos en poblaciones de América Central y Meridional y de Africa.^{5/}

1.3 Etiología

Sobre las causas de los vómitos del embarazo no existe hasta este momento ningún cuadro congruente, unitario y satisfactorio para todas las observaciones que pueden explicar esta complicación del embarazo. Se ha tratado de explicar mediante las siguientes hipótesis:

4/ Greenhill, Jacob Peurl, Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1977, 1a. ed., p. 390.

5/ Barnés, Cysil, Patología médica en obstetricia, Ed. Salvat Editores, S.A., España, 1979, 1a. ed., p. 343

- 1o. Aumento exagerado de gonadotropinas coriónicas, estrógenos o progesterona.
- 2o. Alteraciones metabólicas.
- 3o. Alteraciones psicológicas.
- 1o. Aumento exagerado de gonadotropinas coriónica, estrógenos y progesterona:

Se considera que una de las causas de los vómitos se deben a una hiperexcitabilidad vegetativa desencadenada por vía hormonal que actúa sobre el centro del vómito. En la emesis el estado general se halla alterado con anterioridad con respecto al cambio hormonal vegetativo.

Sin embargo, una descompensación del sistema vegetativo puede aumentar la disposición contra la hiperemesis, como lo demuestra la mayor frecuencia de las enfermas con hiperemesis en la mola vesiculosa y los embarazos gemelares. Esto se explica a través de que se encuentran productos de desintegración de las vellosidades coriónicas fetales (se producen en el trofoblasto) en la sangre materna predominantemente en los meses segundo y tercero del embarazo. ^{6/}

^{6/} Kaser O', Ginecología y obstetricia; Ed. Salvat, España, 1976
1a. ed., p. 226.

Es particularmente acentuado el desequilibrio hormonal, el nivel de gonadotropina coriónica en la sangre materna asciende verticalmente en las primeras semanas de embarazo y alcanza el máximo alrededor de la décima semana, para descender después con relativa rapidez.

Se altera asimismo, la relación entre la producción de estrógenos y progesterona, caracterizada por una excreción anormal de pregnadiol y estriol sobre todo en los meses segundo y tercero del embarazo, mientras que en el curso ulterior de éste se aprecia finalmente un aumento uniforme de la concentración de ambas en la orina.

A través de estos datos se comprende, por una parte, el límite temporal de los vómitos del embarazo y también, por otra, la frecuencia mucho más considerable en las molas vesiculosas y los embarazos gemelares.^{7/}

2o. Alteraciones metabólicas.

Las molestias gástricas diversas que se presentan al comienzo del embarazo como: disminución de la motilidad gástrica, así como de secreción gástrica, pueden ser factores que intervengan en la producción de náuseas o vómitos.

^{7/} Greenhill; op.cit., p. 391.

Otra causa podría ser la disminución de los hidratos de carbono, el hígado no almacena glucógeno durante este tiempo, lo que puede depender de mayor demanda del mismo para desintoxicar productos fetales de desecho o también a entorpecimiento en el metabolismo de los azúcares ocasionado por escasez de vitaminas B y C.^{8/}

3o. Alteraciones psicológicas:

Todos los embarazos, probablemente sin excepción, se acompañan de conflictos emocionales, por lo que representa un embarazo.

A pesar de ello, los médicos y enfermeras, con demasiada frecuencia no se percatan de los problemas psicológicos concomitantes con la gestación y enfocan la atención casi por completo en prevenir y tratar trastornos somáticos.

Muchas pacientes, haya sido el embarazo planeado o no, presentan sentimientos intensos de resentimiento, temor o cólera. La ambivalencia es muy frecuente y toma la forma de aceptación externa que se pone en conflicto con el rechazo interno.

No son raros los sentimientos de culpa y vergüenza, especialmente entre madres solteras embarazadas, pero pueden presentarse incluso

8/ Bookmiller, Mae M., Enfermería obstétrica, Ed. Interamericana, México, 1978, 5a. ed., p. 282.

cuando no hay presiones sociales. Algunas mujeres esperan el momento del nacimiento del niño con gran miedo porque consideran al embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento como perspectivas aterradoras. Incluso las mujeres más estables expresan preocupación por lo que la gestación significa para ellas en términos económicos o de mayores responsabilidades.

El embarazo es uno de los casos de alarma o tensión mayores de la vida. Tiende a ser una época de crisis emocional por la clase de motivaciones complejas que participan. Aunque representa el cumplimiento de la función biológica de procrear no significa obligadamente que la constitución psicológica de la mujer concuerde con su estado (Wengraf).^{9/}

Existe la posibilidad de que el embarazo exacerbe o reactive enfermedades mentales preexistentes, entrafía tensión, incluso para mujeres que han estado actuando muy normalmente y cuya salud emocional antes de la gestación era muy buena.

Desde el punto de vista psicológico los vómitos pueden representar asco, repugnancia, protesta, no querer conservar o aceptar una cosa. En el caso especial de la hiperemesis significa protesta contra el medio ambiente, el padre del niño, la situación especial a la re-

9/ Kaser O'; op.cit., p. 227.

pudiación del embarazo y agresión contra el niño. Psicoanalíticamente los vómitos del embarazo tienen un sentido simbólico como expresión del deseo de expulsión del feto (desplazamiento de abajo arriba).^{10/}

En algunos casos el repudio del embarazo no se dirige a menudo directamente contra el niño que se espera, que incluso puede ser deseado, sino al temor inconsciente de ser madre.

Los orígenes de la ansiedad son muchos. Los temores pueden manifestarse abiertamente o ser ocultos, pueden nacer de la ignorancia que se tiene acerca de la fisiología del embarazo y el desarrollo del feto, de la analgesia y anestesia, de la asistencia durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Los conflictos pueden tornar tensas las relaciones de la paciente con su esposo, su familia o el médico. Estos conflictos la hacen incapaz de hacer ajustes psíquicos necesarios y los síntomas de náusea y vómito se agravan como manifestación del rechazo inconsciente del embarazo. Por un lado desean un hijo, pero por otro les falta confianza en sí mismas para hacer frente a las consecuencias y supuestos peligros del embarazo.

^{10/} Ibidem., p. 226

En resumen, se considera que lo decisivo y desencadenante de la manifestación patológica es en realidad la reacción psíquica a las sobrecargas externas o anímicas internas como consecuencia del embarazo, sin ella no existe hiperemesis, es decir, la hiperemesis grávida se considera como una enfermedad psicológica. Las diferentes transiciones desde formas de hiperemesis ligeras a graves, son explicables; por una parte por la distinta labilidad del sistema nervioso vegetativo de cada paciente en particular y, por otra, por las situaciones de sobrecarga psíquica que en las mujeres inestables refuerzan considerablemente la reacción por parte del tubo gastrointestinal. Con ello puede originarse a partir de esta afección, al principio orgánica, una neurosis.^{11/}

Estos factores actúan sobre el centro del vómito, estimulando el reflejo vomitivo.

El centro del vómito se encuentra en el bulbo raquídeo (el bulbo es un engrosamiento situado inmediatamente por encima de la médula espinal, sobre el agujero occipital) en la formación reticular a nivel de los núcleos olivares. Además, existe un segundo centro, la zona quimiorreceptora gatillo, situada más superficialmente en el piso del cuarto ventrículo, sensible a sustancias químicas eméticas, que ac-

11/ Kaser O'; op.cit., p. 391.

túan estimulando el centro del vómito y constituye una estación aferente del mismo.^{12/}

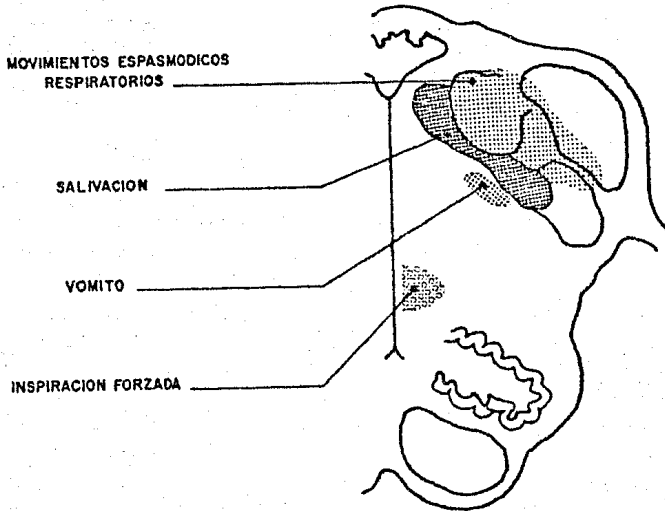
Cabe definir el vómito como la acción coordinada de los músculos del estómago, esófago y pared abdominal para expulsar el contenido gástrico hacia la boca.

El vómito va acompañado casi siempre de la sensación de náusea. En la náusea hay una relajación de las paredes del estómago y cesan las secreciones y contracciones musculares de esta víscera. A causa de la relajación, el estómago se sitúa abajo de lo normal, en la cavidad abdominal. Al mismo tiempo que los músculos del estómago se han relajado, la pared muscular del intestino muestra una contractilidad aumentada y el contenido duodenal puede ser regurgitado hacia el estómago.

El vómito se inicia con la salivación y la sensación de náusea; la glotis se cierra impidiendo la aspiración del vómito hacia la tráquea; la respiración se suspende a media inspiración; los músculos de la pared abdominal se contraen y debido a que el pecho se mantiene en una posición fija, la contracción incrementa la presión intraabdominal; el esófago y el esfínter del cardias se relajan, se inician mo-

^{12/} Stand Fleur, Fisiología humana, Ed. Interamericana, México, 1982, 1a. ed., p. 375.

Figura No. 1



FUENTE: GANONG F. WILLIAM, FISIOLOGÍA MÉDICA, P. 184.

DESCRIPCIÓN:

CORTE TRANSVERSAL DEL BULBO RAQUÍDEO QUE MUESTRA LA LOCALIZACIÓN APROXIMADA DE ÁREAS QUE CONCIERNEN A LOS COMPONENTES DEL REFLEJO DEL VÓMITO.

vimientos antiperistálticos y es arrojado el contenido gástrico.^{13/}

FIGURA No. 2

VIA REFLEJA PARA EL VOMITO

Estímulo	Irritantes en el estómago o intestino.
Receptores	Terminaciones nerviosas en la mucosa del tubo gastrointestinal.
Neurona aferente	Fibras simpáticas y vagales del tubo digestivo
Sinapsis	Centro del vómito en el tubo raquídeo
Neurona	Nervio vago
Neurona aferente	Nervios frénicos
	Nervios motores
Efector	Músculo liso del estómago
	Diafragma
	Músculos de la pared abdominal
Respuesta	Relajación del estómago, especialmente del cardias.
	Contracción del diafragma
	Contracción de la pared abdominal
Efecto	La presión sobre el estómago relajado induce salida forzada de su contenido hacia la boca.

^{13/} Ganong, William F., Fisiología médica; Ed. El Manual Moderno, México, 1978, 6a. ed., p. 183.

FUENTE: Strand Fleur L., Fisiología humana, p. 375.

DESCRIPCION:

La irritación de la mucosa de la parte superior del tubo digestivo es la causa del vómito. Los impulsos son enviados desde la mucosa hasta el centro del vómito, a través de las vías simpáticas y los vagos. Otros impulsos aferentes alcanzan el centro del vómito presumiblemente desde el diencéfalo y el sistema límbico, porque también ocurren respuestas eméticas a estímulos de carga emocional. Así, hablamos de olores nauseabundos y visitas que asquean.

1.4 Fisiopatología

Los vómitos de la hiperemesis gravídica pueden ser causados por varios factores, como ya se vió anteriormente.

Los vómitos que se inician en ayunas pueden ir evolucionando a un cuadro de vómitos persistentes, provocando alteraciones del estado general de la paciente, ante la falta de ingesta y aumento de pérdida de líquidos, provocan un desequilibrio hidroelectrolítico, en la sangre se presenta una hemoconcentración (hematocrito y hemoglobina aumentados en su valor normal) debido al volumen menor de líquido extracelular (el líquido extracelular proporciona agua y electrólitos para las secreciones, como saliva, jugo gástrico, jugo intestinal, bilis, jugo pancreático, secreciones nasales, sudor, orina y heces) al estar perdiendo agua y electrólitos por los vómitos, esto hace que disminuya el volumen de orina (oliguria), la orina se vuelve escasa y concentrada al haber este desequilibrio se altera el equilibrio ácido-base, se presenta una acidosis por el descenso del pH en la sangre (el pH normal de la sangre es de 7.35 a 7.45, si disminuye aparece acidosis y si aumenta causará alcalosis) por pérdida de secreciones alcalinas intestinales. Como signo de una acidosis de ayuno progresiva, aumenta la capacidad de fijación del CO_2 de la sangre y las cifras de bicarbonato descienden por debajo de 20 mVal/l. Sin embargo, a consecuencia de los vómitos intensos aparecen con mayor frecuencia una alcalosis hipoclorémica, ya

que el contenido gástrico contiene relativamente mucho. cloro (135 a 150 mVal/a) y potasio (40 a 50 mVal/l) y poco sodio (10 a 20 mVal/l). La capacidad de fijación de CO_2 de la sangre y las cifras de bicarbonato (HCO_3) aumentan como expresión de la alcalosis metabólica descompensada, cifras de bicarbonato de hasta 50 mVal/l, mientras que las cifras de cloro descienden hasta 60 mVal/l y el pH oscila entre 7.4 h 7.7, En cambio, debido a las escasas pérdidas de sodio se mantienen sus cifras dentro de los límites normales, al igual que durante largo tiempo las cifras de potasio, ya que este catión puede ser repuesto con rapidez del gran fondo de potasio celular. El peso específico es al principio muy alto, pero desciende luego, toda vez que la orina queda prácticamente desprovista de cloruro sódico a causa de las pérdidas salinas constantes. Las pequeñas cantidades de orina (por debajo de $200 \text{ cm}^3/\text{día}$), con un peso específico relativamente bajo, hablan de un síndrome de pérdida de sal. Poco después aumentan las cifras de nitrógeno residual en la sangre, lo mismo que la creatinina y el ácido úrico. La reserva alcalina, las cifras de sodio y al principio, también las cifras de potasio están disminuidos. Sin embargo, por un trastorno progresivo del metabolismo celular con desintegración proteica endógena se libera una cantidad relativamente grande de potasio, que debido a la oliguria existente no se elimina ya completamente. ^{14/}

A causa de la emaciación hay una depleción de carbohidratos. Durante el ayuno el hígado debe proporcionar glucosa como combustible para los tejidos que la requieren, principalmente el cerebro en el individuo normalmente alimentado, el hígado usa como fuente de combustión principal a los aminoácidos. Durante el ayuno, los aminoácidos que son prestados al hígado son desviados, por razones de economía, hacia la síntesis de glucosa, ya que los usa para cubrir sus necesidades de energía, la oxidación parcial a cuerpos cetónicos, de donde deriva una tercera parte de la energía potencial de los ácidos grasos. Así el proceso de gluconeogénesis (producción de azúcar o glucógeno), el metabolismo de los aminoácidos (y por lo tanto, de producción de urea) y la producción de cuerpos cetónicos, están íntimamente relacionados. En otras palabras, durante el ayuno, los aminoácidos son desviados hacia la gluconeogénesis, el ciclo del ácido cítrico del hígado es inoperante y la energía se obtiene de la cetogénesis (cetosis). Si se inicia la alimentación predomina el ciclo del ácido cítrico los aminoácidos son desaminados y sus productos se oxidan por medio del ciclo y cesa la producción de cetonas. ^{15/}

Esta falta de glucógeno lesiona al hígado. Después de cierto tiempo aparecen debilidad muscular, pérdida de los reflejos tendinosos, que indican carencia notable de las vitaminas del complejo B lo que

da lugar a una polineuritis. Asimismo, se manifiesta avitaminosis C por hemorragias retinianas o desprendimiento de retina (los requerimientos energéticos para su función está basado en carbohidratos vitamina B y C. Todos estos problemas llevan a la paciente a un estado de coma y después a la muerte, si no es atendida oportunamente.

1.5 Sintomatología.

Los primeros síntomas empiezan de las 2 a 4 semanas después de la concepción y desaparecen al cabo de 12 a 15 semanas de embarazo, aún cuando a veces persisten hasta el término del mismo. Las pacientes casi evitan tomar su desayuno por el temor de vomitar, mientras que por la tarde se encuentran mucho mejor y pueden comer en general con apetito. En estas embarazadas es frecuente comprobar una pérdida ligera y transitoria de peso, pero casi nunca aparecen trastornos metabólicos.

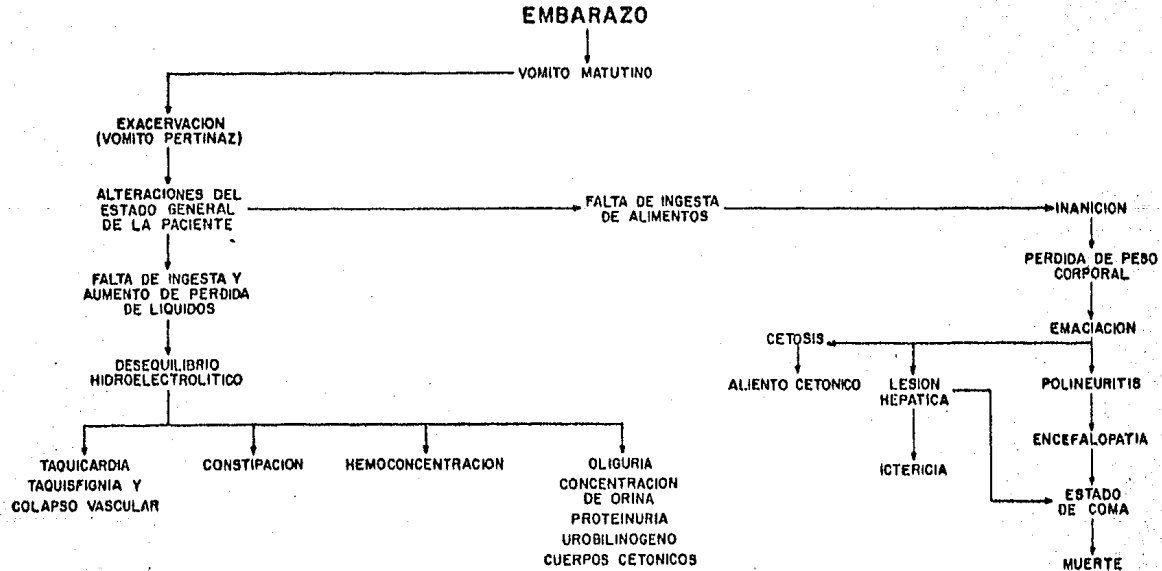
En una parte de estos casos se desarrolla sin embargo, un cuadro de hiperemesis gravídica, una mujer que había empezado con vómitos leves del embarazo, poco a poco va penetrando a los vómitos graves.

Este cuadro comprende tres períodos clínicos:

1o. La paciente vomita todo lo que ingiere y presenta anorexia y náusea constante. Los motivos más fútiles despiertan el vómito

FIGURA No. 3

FISIOPATOLOGIA DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA



FUENTE: HECTOR MONDRAGON, OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA, P 254

(olores, presencia del esposo, cambios de postura, etc.), que se presenta durante el día y la noche.

Con frecuencia hay sialorrea, dolor epigástrico y dolor de músculos abdominales o intercostales, así como constipación a veces hay diarrea y tialismo intenso.

El vómito al principio es de alimentos, moco y un poco de bilis, y después puede llegar a contener sangre de origen bucofaríngeo o gástrico.

En la sangre hay hemoconcentración, disminución electrólitos y posteriormente hipoproteinemia y anemia por falta de ingesta hídrica y la pérdida de líquidos por los vómitos.

La orina es escasa y concentrada y puede aparecer albúmina, cilindros, acetona, aumenta la excreción de amoníaco.

El pulso está ligeramente acelerado y la temperatura y tensión arterial permanecen normales.

- 2o. La enferma no solamente vomita lo que ingiere, sino vomita constantemente aunque no ingiere nada. El vómito es mucoso con algo de bilis y sangre, por irritación de las mucosas gástricas, esofágica y bucofaríngea.

La paciente ha perdido rápidamente mucho peso y está emacia

da y extremadamente débil. El psiquismo resiente la intensidad del cuadro; hay frecuentes períodos de excitación nerviosa intensa. Con frecuencia hay pérdida de los reflejos tendinosos y otros signos de polineuritis, hay trastornos visuales. La piel está seca, pálida; las mucosas de la boca están enrojecida y cubiertas de saburra, la lengua está seca, parda en la parte media y con fisuras, a veces sangra, y en la faringe hay puntilleo hemorrágico. El aliento es fétido, puede tener intenso olór a fruta, característico de la cetoacidosis. El abdomen está deprimido y con frecuencia hay dolor epigástrico. El pulso es débil y se acelera hasta 100 a 130 por minuto. La tensión arterial tiende a bajar y la temperatura se eleva discreta pero constantemente. La emaciación es extrema. La hemoconcentración progresa y la orina cada vez es más escasa y concentrada.

30. Está caracterizado por la aparición de fenómenos nerviosos. Hay delirio, cefaleas y aberraciones mentales. El pulso es frecuente y el miocardio muestra desfallecimiento.

La mujer deja de vomitar, hay excitación nerviosa, bien hay un estado de sopor, de somnolencia, de absoluta indiferencia, aún de pérdida transitoria de la conciencia y si este estado progresa se instala el estado de coma con pérdida completa

de la conciencia, conservando las funciones vegetativas, y por último, la mujer muere.

Dubois en 1949 hizo una clasificación sintomática de la hiperemesis, la dividió en tres períodos:^{16/}

- 1o. Período de adelgazamiento.
- 2o. Período de aceleración del pulso.
- 3o. Período de manifestaciones nerviosas y estado de coma.

Síntomas que se consideran de tal gravedad que hacen necesaria la inerrrupción del embarazo:

1. Ictericia progresiva
2. Delirio
3. Aumento constante de la frecuencia del pulso por encima de 130/minuto.
4. Fiebre por encima de 38°C, que persiste incluso después de una hidratación suficiente.
5. Hemorragias en la retina.^{17/}

1.6 Diagnóstico

El diagnóstico no es fácil, consiste en establecer:

^{16/} Castelazo Ayala, Luis; op.cit., pp. 601-603.

^{17/} Greenhill, Jacob, op.cit., p. 393.

10. Que la persona está embarazada.
20. Excluir toda causa orgánica para el vómito. Existen cierto número de trastornos orgánicos que suelen acompañarse de vómito incluso fuera del embarazo, el vómito se diagnostica equivocadamente de hiperemesis gravídica, y tanto el diagnóstico como el tratamiento del estado patológico fundamental resultan innecesariamente retrasados. Estas enfermedades incluyen: úlcera gástrica y duodenal, colecistitis, mola hidatiforme, acidosis diabética, pielonefritis. ^{18/}
30. La paciente que no responde rápidamente a medidas conservadoras destinadas a corregir las primeras náuseas y vómitos del comienzo del embarazo, tiene que sospecharse que presenta hiperemesis.
40. Debe considerarse que existe, cuando hay intolerancia para la ingesta por la vía oral.
50. En los datos de laboratorio; en los vómitos graves se observa:

Biometría hemática (BH): hemoconcentración.

Química sanguínea (QS): hipoproteinemia, baja de reserva alcalina, elevación de nitrógeno de la urea sanguínea, del cloruro de sodio y de potasio sérico.

^{18/} Barnes Cysil, op.cit., p. 343.

Examen general de orina: EGO): se encuentran cuerpos cetó-
nicos, así como discreta proteinuria.^{19/}

1.7 Tratamiento

Una mujer con vómitos graves del embarazo debe ser hospitalizada, para facilitar la ejecución de las medidas terapéuticas y aislar a la paciente del medio en que vive.

Para tal efecto hay que tener en cuenta tres puntos muy importantes para poder dar el tratamiento adecuado:

1. Medidas generales.
2. Medidas específicas.
3. Psicoterapia.

1. Medidas generales:

Proporcionar reposo absoluto, debe aislarse en una habitación agradable y bien ventilada; libre de todo estímulo sensorial externo, evitando visitas familiares y sociales.

Un ambiente tranquilo, cómodo, seguro y aislado favorece el reposo físico y mental de la paciente y la hace sentirse más segura de sí misma.

^{19/} Krupp Marcus A., Diagnóstico clínico y tratamiento, Ed. El Manual Moderno, S.A., México, 1970, 14a. ed., p. 528.

Debe evitarse que reciba nada por vía oral en las primeras 48 ó 72 horas.

El ayuno permite que repose el aparato gastrointestinal y se recupere.

2. Medidas específicas:

Ministración de soluciones parenterales para corregir la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico.

Si la paciente no puede ingerir alimentos o líquidos, es indispensable el balance de líquidos y electrólitos por alimentación intravenosa.

Una vía excelente para la ministración de agua y electrólitos y otros nutrimentos es por las venas o vía intravenosa. Los líquidos ministrados por vía intravenosa pasan directamente al líquido extracelular y los mecanismos homeostáticos corporales (riñón) actúan rápidamente para impedir que el líquido introducido produzca cambios excesivos en el volumen o la concentración de electrólitos del líquido extracelular. La vía intravenosa es la indicada cuando se necesitan con urgencia los nutrimentos, pueden ministrarse grandes volúmenes.

Debe recibir una hidratación de 3 000 ml., en 24 horas. Estos líquidos pueden ser:

Solución isotónica de 1 000 ml.

Solución glucosada al 5% de 1 000 ml.

Solución glucosada isotónica de 1 000 ml.

Solución hipotónica al 10% de 1 000 ml.

La solución isotónica tiene por objeto, reponer el volumen del líquido extracelular y aportar electrólitos para combatir la deficiencia de cloruro de sodio.

El empleo de soluciones glucosadas tiene por objeto, aparte de hidratar a la paciente, nutrir y favorecer la eliminación urinaria de los catabolitos.^{20/}

Ministrar por vía endovenosa vitaminas del complejo B, especialmente Tiamina: 50 a 70 mg., por día.^{21/}

Estos preparados están encaminados a mejorar los vómitos y también a aportar vitaminas a un organismo que no ingiere alimentos y que por otro lado tiene déficit multivitamínico.

La hidratación de la paciente se mantiene hasta dos o tres días después de que los vómitos han desaparecido.

El volumen de líquidos ministrados por inyección intravenosa debe depender del volumen de orina excretado y del estado general de la paciente. El aporte de líquido se considerará suficiente cuando la diuresis diaria vuelve a ser de más de 1.500 cm³.

^{20/} Castelazo Ayala, Luis; op.cit., p. 607.

^{21/} Instituto Mexicano del Seguro Social, Procedimientos en obstetricia, p. 59

Se llevará un control de líquidos para medir el volumen de excretas: orina, evacuación, vómitos y medir el volumen de ingresos: venoclisis, para valorar la evolución de la paciente.

El control de líquidos junto con los balances de líquidos constituyen un procedimiento de vigilancia extrema dirigida a controlar en la forma más efectiva posible la ministración de líquidos tanto desde el punto de vista volumen como de iones, al hacer un balance con las excretas.

El dedicar una atención cuidadosa a los detalles que este procedimiento implica pondrá de manifiesto los cambios en la respuesta del paciente al plan original del tratamiento.

El control de líquidos se hace en forma continua, desde el momento en que se indica y termina cuando las condiciones de la paciente se han establecido y es posible predecir la respuesta del mismo al manejo terapéutico.

Ministración de medicamentos anti eméticos, para suprimir el vómito; los medicamentos que más usualmente se ministran son: Clorpromazina, Dimenhidrato y Promazina.

La dosis varía según el estado de la paciente.

Cloropromazina: pertenece al grupo de las fenotiazinas. Actúa sobre el sistema nervioso central.

La Cloropromazina (Thorazin), es un fenotiacínico alifático o dimetilaminopropílico.

Los efectos farmacológicos de la cloropromazina son: antipsicótico, extrapirrimidales, antiemético, etc.

Efecto anti emético: bloquea el efecto emético de la apomorfina, que se ejerce fundamentalmente sobre la zona desencadenante quimiorreceptora y el centro del vómito.^{22/} Se aplica generalmente de 25 mg. tres o cuatro veces al día por vía oral. Pueden darse dosis similares por vía parenteral, pero hay que evitar la hipotensión ortostática.

La cloropromazina por su efecto antipsicótico produce un estado de quietud, con disminución de la actividad motora. Por este efecto, se administra a la paciente psiquiátrica porque mejora la desorganización psicótica del pensamiento y la conducta.

Es bien absorbida por el tubo digestivo. El efecto máximo se logra en una hora aproximadamente y la acción dura de cuatro a seis horas.

Dimenhidrato y promazina: pertenecen al grupo de los antihistamínicos clásicos, actúan bloqueando a la histamina (la histamina es un

^{22/} Goth, Andrés; Farmacología médica, Ed. Interamericana, México, 1977, 8a. ed., p. 190.

poderoso estimulante de la secreción gástrica de ácido clorhídrico).

El dimenhidrato es una combinación de difenhidramina y 9-clorotefilina.

Los efectos farmacológicos que tiene son:

Efecto sedante; actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC)

Efecto anticolinérgico: se manifiesta por supresión de las secreciones salivales y bronquiales, similar a la que produce la atropina.^{23/}

Efecto anti emético: tiene este efecto porque son antagonistas de las drogas eméticas como la apomorfina.

Actúan deprimiendo algo a la zona quimiorreceptora del gatillo pero en forma preponderante el centro del vómito. Suprimen el vómito en todos los casos (de origen central o periférico).^{24/}

Causan efectos generales en menos de 30 minutos y la absorción se completa en un plazo de cuatro horas.

En una mujer con hiperemesis gravídica deben realizarse estudios

23/ Ibidem., pp. 164-167.

24/ Litter, Manuel; Farmacología experimental clínica, Ed. El Ateneo, Argentina, 1980, 6a. ed., p. 1025.

de laboratorio las veces que sea necesario para valorar la terapéutica venosa, estos estudios son: biometría hemática, examen general de orina, química sanguínea.

Biometría hemática (BH):

Su estudio es con el objeto de conocer las funciones vitales de los distintos tejidos y órganos y si su función se encuentra alterada o hay algún cambio.

Hemoglobina:

Acarreador de oxígeno de la sangre; se encuentra dentro de los glóbulos rojos de la sangre, aumenta en la hemoconcentración.

Hematócrito:

Para medir el volumen de glóbulos y plasma de la sangre.
Se eleva en deshidratación.

Examen general de orina (EGO):

Volumen:

El adulto normal excreta de 1 200 a 1 500 ml/24 horas, según el ingreso de líquido y cifras menores de 600 ml., se consideran como oliguria.

Olor:

La orina normal tiene un olor débil.

Color:

El color es índice del grado de concentración y depende del volumen expulsado.

La orina normal tiene un color amarillo pálido o ambarino, por el pigmento urocromo.

El color varía con la densidad.

- a. La orina diluida tiene un color ámbar pálido.
- b. La orina concentrada tiene un color más intenso.

pH:

(concentración de iones hidrógeno). El pH refleja la capacidad del riñón para conservar una concentración normal de hidrogeniones en plasma y líquido extracelular; indica acidez o alcalinidad de la orina.

Y

pH normal: 6 (puede variar de 4.6 a 8)

En los vómitos intensos hay acidez.

Densidad:

La densidad denota la gravedad específica de partículas en la orina y refleja la capacidad de concentrar y diluir por parte de los riñones.

La densidad normal está entre 1.005 y 1.025

Constituyentes anormales de la orina:

Proteinuria (albuminuria) aparece en forma característica.

- a. La orina normal no tiene en forma persistente, proteína en grandes cantidades.
- b. La proteinuria ocurre en enfermedades sistémicas.
- c. Urea. Su depuración indica la cantidad de sangre liberada de una sustancia, en un tiempo preciso.

Producto final del metabolismo protéico.

Menos de 60 ml. indica reducción de la función renal.

- d. Glucosuria. Es la presencia de glucosa en orina.
- e. Cetonuria es la presencia de cuerpos cetónicos (acetona, ácido acetoacético) indica metabolismo incompleto de grasa, deshidratación o inanición. ^{25/}

Química sanguínea (QS):

Cuando las nefronas no pueden eliminar eficientemente productos de desecho, la química sanguínea se altera. El deterioro de la función renal se manifiesta químicamente por el aumento de nitrógeno y de la urea sanguínea y los valores de la

^{25/} Brunner; Enfermería médicoquirúrgica; Ed. Interamericana, México, 1979, 3a. ed., p. 663.

creatinina, los cuales son productos de disociación de las proteínas.

Potasio:

Concentración de potasio en plasma determina el estado de excitabilidad neoromuscular y muscular.

Las concentraciones elevadas y disminuidas dificultan la capacidad contráctil del músculo.

En la deshidratación se observa hipopotasemia.

Sodio:

El sodio constituye 14 de los 155 mEq, de cationes en el plasma. Proporciona la masa de solutos osmóticamente activos en el plasma. Por lo que afecta significativamente la distribución de agua en el cuerpo.

Aumenta cuando hay deshidratación (déficit de agua).

Calcio:

Puede producirse falta de calcio durante los vómitos (hipocalcemia).

CO₂:

Sirve como base para conocer el estado equilibrio ácido básico del organismo.

Aumenta en la alcalosis metabólica.

El reposo, el aislamiento, las soluciones parenterales, la ministración de antieméticos, deben mantenerse varios días después de que el cuadro ha desaparecido. A las 48 ó 72 horas puede iniciarse la alimentación oral. Esta alimentación oral al principio a base de alimentos fraccionados en 5 raciones ricas en carbohidratos, se le puede dar, por ejemplo, un poco de puré de papas o de arroz o unas galletas saladas, después poco a poco se va incorporando proteínas, al final las grasas, hasta que la mujer pueda alimentarse normalmente.

Indicar alimentación fraccionada sirve para ir acostumbrando al estómago a tener alimento.

Los alimentos ricos en carbohidratos no son vomitados fácilmente, porque su desdoblamiento es más rápido (que las grasas, proteínas), son mejor digeridas en el aparato digestivo y, además, proveen de glucógeno al hígado para realizar la función de desintoxicar los productos de desecho del feto.

3. Psicoterapia:

Este método de tratamiento pretende conocer el aspecto psicológico de la paciente, muy importante, como quiera que sea en la producción de los vómitos. se admite que interviene siempre un menor o

mayor grado, un componente psíquico. Desde el punto de vista psicológico, la meta principal es establecer confianza y seguridad entre el personal de enfermería y médico con la paciente. Deberán estar disponibles para contestar todos sus temores. Las mujeres que tienen temor a lo desconocido, descansan una vez que están bien informadas, lo cual torna la situación bastante menos cargada de tensión y más interesante para ellas. Pueden lograr que la paciente sea capaz de adaptarse al embarazo y sus problemas y responsabilidades. Se le hace comprender también que el padecimiento que tiene es leve y transitorio y de que su curación dependerá de la tolerancia y colaboración que ella tenga hacia las medidas terapéuticas que se le indiquen.

Una parte de los casos más ligeros cura sin consulta al psicólogo o al psiquiatra, porque durante el tratamiento médico hospitalario, la enferma se conforma con su embarazo o bien comprende el motivo de los vómitos tendenciosos. Otra parte de las mujeres enferman de nuevo en cuanto regresan a sus hogares, por lo tanto, no se dejará de investigar todo lo referente a las relaciones familiares y eventualmente de examinar al esposo o a la madre política. Solo un saneamiento del medio familiar o el esclarecimiento de una determinada situación, garantizan el éxito duradero del tratamiento somático. Si dar tranquilidad y brindar tratamiento sintomático son ineficaces, deberá entonces buscarse consulta psiquiátrica.^{26/}

^{26/} Barnes, Cysil; op.cit., pp. 147-148.

Aborto terapéutico:

Se ha visto que en los últimos años no se ha practicado un aborto terapéutico por hiperemesis gravídica. El tratamiento sustitutivo actual ha hecho que el aborto sea innecesario. Cuando se practicaba, la paciente a menudo corría gran peligro por deshidratación y trastorno de electrólitos. En estas circunstancias, se efectuaba aborto como supuesta medida para salvar la vida, pero era la agresión final para el estado físico debilitado de la mujer.^{27/}

1.8 Complicaciones

El trastorno metabólico y la avitaminosis condicionan en los casos graves los trastornos siguientes:

- Hígado: Atrofia amarilla aguda.
- Cerebro: Encefalopatía, lesión de la pared del tercer ventrículo.
- Riñón: Lesiones degenerativas de los túbulos proximal y distal.
- Suprarrenales: Lesiones hemorrágicas y necróticas.
- Vista: Hemorragias intraoculares y desprendimiento de la retina, pueden provocar ceguera.

^{27/} Castelazo Ayala, Luis, op.cit., p. 603.

Nervios periféricos: polineuritis. ^{28/}

Atrofia amarilla aguda:

La atrofia amarilla aguda del hígado suele producirse en casos de hiperemesis o eclampsia.

El trastorno se caracteriza por necrosis de los segmentos lobulillares central y mezoal del hígado. La gravedad de la lesión hepática es paralela a la intensidad de los vómitos que producen agotamiento del glucógeno y carencias vitamínica y protéica en los casos graves; en consecuencia se altera la fisiología de la célula hepática, que va aumentando desde el centro del lobulillo. Puede haber necrosis de coagulación de unas pocas células hepáticas con ligera infiltración leucocitaria. La consecuencia de estas lesiones morfológicas hepáticas consiste en una ictericia progresiva y un aumento de la fosfatasa alcalina y de las transaminasas. La verdadera necrosis nunca es intensa ni amplia. La acumulación de grasa explica el mayor volumen del hígado. Los riñones están aumentados de volumen, edematosos y tienen peso aumentado, microscópicamente presentan isquemia de los glomérulos y acumulación de grasa dentro de las porciones proximales de la nefrona, sin verdadera necrosis celular. ^{29/}

^{28/} Mondragón Castro, Héctor, Obstetricia básica ilustrada, p. 254.

^{29/} Lull y Kimbroug; Obstetricia clínica, Ed. Interamericana, México, 1974, 1a. ed., p. 733.

Encefalopatía:

Constituye una causa poco frecuente, pero importante de coma profundo, episodios de confusión. El dato bioquímico esencial es una glucemia menor de 25 a 30 mg., por 100 m., que agotan las reservas cerebrales de glucosa y glucógeno. Durante este tiempo, a medida que la oxidación cerebral va produciéndose sin glucosa exógena, los componentes estructurales de las neuronas, en forma de lípidos y proteínas, son metabolizados y se produce lesión irreversible.^{30/}

Desprendimiento y hemorragias de retina:

Los vasos sanguíneos de la retina están expuestos especialmente a enfermedad, comunmente como alteración concomitante a un padecimiento, como en este caso, la hiperemesis gravídica.

Los requerimientos nutricionales del ojo están dados principalmente por glucosa y vitamina C (ácido ascórbico).

La retina tiene un metabolismo muy activo y si se le suprime sus fuentes de nutrición se puede producir hemorragia y desprendimiento de retina. Esto está dado a que están debilitadas sus paredes vasculares por el trastorno metabólico que hay. Estas complicaciones pueden causar ceguera.

^{30/} Harrison, op.cit., p. 2273.

Desprendimiento de la retina: este trastorno es la separación de la retina del coroides. La retina es la capa del ojo que percibe la luz y transmite los impulsos por sus neuronas al nervio óptico. En circunstancias normales el coroides y la retina no están unidos, pero si están en aposición íntima.^{31/}

Polineuritis:

La polineuritis está dado por la deplesión de vitaminas especialmente las del complejo B.

Es un síndrome caracterizado por extensas perturbaciones sensitivas y motoras de los nervios periféricos. En la mayoría de los casos se presenta una degeneración no inflamatoria de los nervios periféricos.

La persona siente debilidad muscular lentamente progresiva, parestesias, dolor a la palpación especialmente en las partes distales de las extremidades. Hay disminución de la percepción sensitiva, particularmente de las vibraciones.

Los reflejos tendinosos están, por lo general, deprimidos o ausentes. Con los dedos de los pies paralizados, la respuesta puede faltar; con los músculos abdominales debilitados, los reflejos cutáneos abdominales pueden estar disminuidos o ausentes. Puede

31/ De Parsons; Enfermedad de los ojos; Ed. Interamericana, México, 1978, 16a. ed., pp. 285-286.

presentarse atrofia muscular de las partes afectadas, si no es atendida oportunamente. ^{32/}

1.9 Pronóstico.

El pronóstico es bueno, en ocasiones, espontáneamente o a una oportuna atención prenatal, la paciente deja de vomitar, conserva el alimento y se recupera con rapidez.

Durante la hiperemesis gravídica, el huevo permanece vivo y si por alguna causa muere, el cuadro de hiperemesis se suspende en forma inmediata. Lo habitual es que viva y que se desarrolle normalmente hasta el término; es decir, el que una mujer haya tenido hiperemesis en los primeros meses no significa que va a dar a luz un débil congénito. ^{33/}

1.10 Historia natural de la enfermedad Hiperemesis Gravídica.

La historia natural de la enfermedad comprende todos los elementos de etiología y alteraciones anatómo-fisiológicas que se dan a consecuencia de un problema de salud.

La historia natural es un proceso dinámico que se inicia a partir del estado relativo de normalidad y sigue una serie de estados característicos de alteración. En donde el medio ambiente juega un

^{32/} Krupp Marcus, A., op.cit., p. 667.

^{33/} Castelazo Ayala, Luis, op.cit., p. 603.

papel definitivo, el cual puede interrumpirse mediante los recursos de la medicina.

La historia natural de la enfermedad se divide en dos etapas, una prepatogénica que se realiza en el medio ambiente y otra patogénica que tiene lugar en el huésped.

La etapa prepatogénica se refiere a la interacción del agente, el huésped y el medio ambiente.

Agente y huésped coexisten en forma equilibrada en un ambiente que favorece por igual. Si el equilibrio se rompe por alteración en el agente, o en el huésped, o porque el ambiente favorece el primero o afecta al segundo, se produce el estímulo que marca el inicio de la etapa patogénica.

Agente:

Aumento exagerado de gonadotropinas coriónicas, estrógenos o progesterona.

Hipomotilidad gástrica e hipoclorhidria.

Modificación del metabolismo de los hidratos de carbono.

Problemas emocionales.

Medio ambiente:

Hábitos dietéticos deficientes.

Control prenatal deficiente.

Presiones sociales.

Huésped:

Primigrávidas.

Inestabilidad emocional.

Trastornos nutricionales.

Mola hidatiforme.

Embarazos gemelares.

Los niveles de aplicación de medidas preventivas se esquematizan en tres esferas progresivas que corren paralelas al progreso de la historia natural.

Prevención primaria:

Promoción de la salud:

Mantener al individuo en estado de normalidad, en balance positivo con su medio ambiente, en estado físico y mental.

Atención prenatal eficaz.

Educación sobre la evolución del embarazo.

Promoción sobre una adecuada alimentación en etapa gestacional.

Educación para la planeación y esparcimiento de los embarazos.

Educación sobre la importancia de vigilancia médica prenatal.

Protección específica:

Comprenden medidas aplicables antes de que afecte al huésped.

Control de náusea y vómito durante la emesis.

Exámenes de laboratorio para control de cifras normales.

Llevar una alimentación adecuada (rica en carbohidratos y fraccionada de 6 a 8 colaciones al día).

Vigilancia estricta de cualquier signo y síntoma de alarma: vómitos persistentes.

Llevar un reposo relativo, no excediéndose en sus actividades normales.

Llevar una vida tranquila evitando todo tipo de alteraciones emocionales (situaciones de stress constante).

Control prenatal específico a pacientes con problemas emocionales que pueda desencadenar el cuadro.

Orientación sobre los beneficios del parto psicoprofiláctico.

Prevención secundaria:

Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno:

El objetivo de estas medidas es atender a la paciente antes de que desarrolle secuelas o complicaciones, usando técnicas diversas. Las medidas de prevención dependerán del diagnósti-

co exacto y precoz, y serán diferentes y particulares para cada manifestación clínica y para cada paciente.

Diagnóstico temprano:

La vigilancia médica prenatal se considera la medida fundamental en el manejo de la enfermedad.

Exámenes de laboratorio en cada consulta para verificar: biometría hemática, examen general de orina, electrólitos, con relación a los normales.

La vigilancia médica perseguirá la instrucción a la paciente sobre la naturaleza de su problema.

Identificación temprana de signos de alarma.

Tratamiento específico:

El simple reposo mejora importantemente la mayoría de síntomas de stress emocional.

Los beneficios de llevar una dieta rica en carbohidratos e ingestión de suficiente líquidos. Y las circunstancias que ameritan internamiento o consulta extemporánea.

Como también despertar curiosidad, atención e interés en el problema sin crear preocupación excesiva ni ansiedad. Desechando temores, versiones deformadas por mitos populares

en términos accesibles a los diversos niveles culturales.

Cuando se consideran vómitos graves, se requiere de la hospitalización de la paciente.

Indicar ayuno en las primeras 48 a 72 horas.

Ministración de medicamentos antieméticos que contribuyen a mitigar los vómitos.

Proporcionar reposo absoluto, aislamiento, seguridad y confianza con la paciente.

Ministración de soluciones al 5% y 10% y soluciones isotónicas.

Control estricto de líquidos.

Exámenes de laboratorio para control de química sanguínea, biometría hemática y examen general de orina.

Vigilar estado emocional.

Limitación de la invalidez:

Se refiere a reducir o retrasar las consecuencias de la enfermedad en etapa clínica avanzada.

Tratamiento adecuado para impedir un estado más avanzado de la enfermedad, para prevenir complicaciones y secuelas (deshidratación severa, polineuritis, encefalopatía, aborto, atrofia amarilla aguda).

Rehabilitación:

Comprende la prevención de incapacidad total y definitiva ante cambio anatómo-funcionales. Su objetivo es lograr que el individuo se reubique en la sociedad adaptado física y mentalmente a la situación.

Rehabilitación de secuelas:

Somática: a. Del sistema músculo esquelético

b. De la visión.

c. Renal.

Psicológica: a. Educación para comprender su situación.

b. Educación a la familia para participar en el tratamiento de la paciente, ya en el hogar y obtener así una pronta rehabilitación.

c. Apoyar psicosocialmente la incorporación de la paciente a la vida diaria.

Social: a. Reeducción sobre el embarazo y la planificación familiar.

Estímulo desencadenante:

Marca el inicio de la etapa patogénica.

Interacción de los factores predisponentes:

Agente

Huésped

Medio ambiente

desencadenándose la etiología derivada.

La etapa patogénica se divide en varias fases:

1o. Es la implantación del agente en el huésped.

Estimulación vagal.

2o. Puede ir seguida de una reacción tisular o celular.

Desequilibrio hidroelectrolítico.

3o. Si evoluciona rebasando el horizonte clínico, produce signos y síntomas inespecíficos, que la patogénesis temprana:

Cefaleas

Mareos

Astenia

Anorexia

Libera deshidratación

Fatiga

Pálidez de tegumentos

40. Posteriormente se produce en la etapa más avanzada que da lugar a la aparición de signos y síntomas específicos de la enfermedad:

Náuseas y vómitos constantes

Tialismo

Pérdida de peso

Marcada deshidratación

Debilidad

Dolor epigástrico, de músculos abdominales e intercostales.

Constipación

Oliguria

Cuerpos cetónicos

Proteinuria

Taquicardia

Hipotensión

Desequilibrio hidroelectrolítico.

50. Como consecuencia de la enfermedad pueden producirse complicaciones o lesiones diversas, dejando secuelas de invalidez o causar la muerte.

Polineuritis

Encefalopatía

Atrofia amarilla aguda

Desprendimiento y hemorragia de la retina

Lesiones degenerativas de los túbulos proximal y
distal de los riñones.

Lesiones hemorrágicas y necróticas de las supra-
renales.

60. Secuelas:

Ceguera

Atrofia muscular de las extremidades inferiores

Insuficiencia renal.

Control de basuras: cuenta con un bote en la cocina y otro en el baño, la tira diario.

Eliminación de desechos: tiene baño propio, buen drenaje para resolver las necesidades de eliminación y desechos.

Iluminación: luz eléctrica.

Pavimentación: la adecuada, de cemento con banquetas y limitación en cada calle.

Vías de comunicación: teléfono: cuenta con propio.

Medios de transporte: camiones públicos y colectivos.

Recursos para la salud: cerca de ahí se encuentra un centro de salud de la Secretaría de Salud y una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, a donde ella asiste, para atenderse los problemas de salud.

2.2 Hábitos higiénicos:

Aseo: Baño: su aseo personal es completo y lo realiza diario.

De manos: se las aseá antes de preparar los alimentos y después de ir al baño.

Cambio de ropa personal: lo hace cada tercer día completo y parcial diario.

Alimentación:

Desayuno: lo hace a las 9 a.m., toma un vaso de leche, un huevo y dos tortillas.

Comida: La realiza a las 2 p.m., consta de sopa de pasta, guisado, tortillas, una fruta y agua fresca.

Cena: La realiza a las 10 p.m., toma café con leche y un pan.

Preferencia: todas las frutas

Desagrado: ninguno.

Eliminación:

Vesical: lo hace con frecuencia, antes de acostarse y después de levantarse, de características normales.

Intestinal: una a dos veces al día, regularmente por la tarde, no se fija en sus características.

Descanso: trata de descansar por la tarde.

Sueño: lo realiza de las 11 p.m., a las 6:30 horas a.m., con sueño tranquilo, aunque últimamente no ha podido dormir bien.

Diversión: y/o deportes: no acostumbra, en la actualidad practicar ningún deporte, toma como diversión o dis-

tracción ver la televisión por la tarde, de las 4 p.m.,
a las 8 p.m.

Estudio y/o trabajo:

No trabaja, sólo su esposo, estudió la carrera de secretaria ejecutiva.

2.3 Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación
Esposo	28 años	Empleado	\$ 90,000.00
Esposa	27 años	Hogar	Ninguna

2.4 Dinámica familiar.

Es buena, hay buen entendimiento entre ellos.

2.5 Dinámica social.

Les gusta asistir a reuniones familiares. Llevan buena relación con la familia de cada uno de ellos.

2.6 Comportamiento.

El comportamiento de los dos lo consideran adecuado. Tratan de resolver sus problemas mutuamente, su conducta de uno de ellos cuando no es correcta, la otra parte trata de plantear alguna solu-

ción a la situación; hay unión conyugal.

2.7 Rutina cotidiana.

Realiza la actividad del hogar diariamente, sale a compras al mercado diario.

3. Antecedentes:

Heredofamiliares:

Madre hipertensa, controlándose actualmente, hermana con HTA por embarazo ectópico.

Personales no patológicos:

Sufrió enfermedades de la infancia sin importancia.

Antecedentes patológicos:

Fue operada de amígdalas a los 10 años, no habiendo complicaciones.

No refiere ninguna enfermedad. Aparentemente sana.

Padecimiento actual:

Paciente que cursa con cuadro de hiperemesis gravídica, con embarazo de 12 semanas de gestación.

Lo inicia hace tres días con vómitos persistentes, teniendo vómitos de 6 a 8 veces al día, de contenido gástrico, sin tolerancia a la vía oral, asténica, anoréxica, con pérdida de peso, aproximadamente de 2 kilos.

4. Examen físico:

Inspección general:

Paciente bien proporcionada, aparentemente en edad cronológica a la que dice, útero aumentado de volumen por estado gestacional, localizándose fondo uterino a 13 centímetros de sínfisis púbica. Palidez de tegumentos, mucosas orales secas, deshidratada. Campos pulmonares limpios, área cardíaca sin alteraciones.

Estado emocional:

La paciente se encuentra inquieta, con necesidad de explicación respecto a su padecimiento y como repercute en su embarazo, así como el temor de lo que significa el trabajo de parto. Refiere sentirse aparentemente bien, se encuentra orientada en sus tres esferas.

5. Antecedentes gineco-obstétricos:

Familiares: niega alguna patología existente en familia.

No. hijos vivos: No

No. hijos muertos: No

No patológicos:

Alimentación: buena, en cantidad y calidad.

Alcoholismo: negativo

Escolaridad: Secretaria Ocupación: hogar

Matrimonios previos: ninguno

Patológico:

Fue operada de amígdalas a los 10 años.

Quirúrgicas:

Amigdalectomía a los 10 años

Transfusiones: niega

Ginecológicos:

Menarca a los 12 años de edad; ritmo: 30 x 3

Inicio de vida sexual: 24 años. Edad matrimonio: 24 años.

Control de la natalidad: ritmo

Obstétricos:

Gesta: 1 Para: 0 Cesáreas: 0 Aborto: 0

Exploración ginecológico:

Cérvix: cerrado, formado, posterior

Membranas amnióticas: íntegras

Utero: fondo: 13 centímetros.

Exámenes de laboratorio:

Biometría Hemática	Normales	Cifras del paciente	Observaciones
Hemoglobina	12.8 - 17 g.	14.0 g.	
Hematócrito	40 - 52 ml.	43 ml.	
C.M.H.G.	32 - 36%	32%	
Química sanguínea			
Glucosa	70 - 110 mg.	70 mg.	
Cloro	99 - 100 mEq	96 mEq	Hipocloremia
Potasio	3.8 - 5.1 mEq	3.5 mEq	Hipopotasemia
Sodio	132 - 144 mEq	133 mEq	
Examen general de orina:			
Densidad	1 003 - 1 035	1 016	
pH	6	6	
Glucosa	negativo	huellas	glucosuria
Acetona	negativo	+	acetonuria
Hemoglobina	negativo	+	

Ultrasonografía:

Reveló producto único vivo (PUVI) en situación transversal (ST), posición posterior (PP), con actividad cardíaca somática normal, diámetro biparietal (D.B.P.) de 22 mm., y que corresponde a embarazo de 12 semanas aproximadamente. Líquido amniótico normal. Placenta posterior de inserción baja NO definitiva.

I.D. Embarazo de 12 semanas aproximadamente, placenta inmadura.

Adendum: se observa una zona engrosada de la pared uterina posterior que puede corresponder a un pequeño mioma de 3 centímetros de diámetro mayor.

2.1 Detección y jerarquización de problemas.

1. Aspecto físico:

Náuseas y vómitos

Desequilibrio hidroelectrolítico

Pérdida de peso

2. Aspecto psicológico:

Ansiedad.

2.2 Diagnóstico de Enfermería:

Paciente femenina adulta, casada, primigesta, de 27 años de edad que cursa con un embarazo de 12 semanas. Forma parte de una familia bien integrada, proviene de un nivel socioeconómico medio.

Cursó estudios de secretaria ejecutiva, no trabaja, niega antecedentes heredo-familiares de importancia. Esposo de 28 años de edad, empleado federal.

Inicia su padecimiento desde hace tres días, manifestando tener mareos, decaimiento, intolerancia a la vía oral, náuseas y vómitos continuos, presentando vómito de 6 a 8 veces al día, vomitando todo lo que comía, con pérdida de peso de aproximadamente 2 kilos, Por lo que acude al servicio de urgencias de su clínica, de donde la envían al Hospital General de Zona Tlatelolco, No. 27, para su control.

Se observa paciente bien conformada, deshidratada, con palidez de tegumentos, signos vitales estables; tensión arterial de 110/70 mm Hg., temperatura 37°C, con pulso 76 por minuto, respiraciones 18 por minuto. Con embarazo de 12 semanas, fondo uterino a 13 centímetros de sínfisis púbica, intranquila, nerviosa, temerosa, por la posible repercusión que pueda tener su enfermedad en su embarazo, así como también hace referencia su miedo hacia lo que significa el trabajo de parto.

Se envía a la paciente al piso 10. A, Hospitalización. Se le proporciona comodidad, se le indica que debe estar en reposo absoluto, se canaliza vena e inicia esquema de soluciones, así como ministración de medicamentos antieméticos y control de líquidos.

Se observa paciente bien conformada, deshidratada, con palidez de tegumentos, signos vitales estables: tensión arterial de 110/70 mmHg., temperatura 37°C., pulso 76 por minuto, respiraciones 18 por minuto. Con embarazo de 12 semanas, fondo uterino a 13 centímetros de sínfisis púbica, intranquila, nerviosa, temerosa, por la posible repercusión que pueda tener su enfermedad en su embarazo, así como también hace referencia su miedo hacia lo que significa el trabajo de parto.

Se envía a la paciente al piso lo. A, Hospitalización. Se le proporciona comodidad, se le indica que debe estar en reposo absoluto, se canaliza vena e inicia esquema de soluciones, así como ministración de medicamentos antieméticos y control de líquidos.

Objetivo general:

Restablecer el estudio de salud de la paciente mediante acciones de enfermería, basados en la detección y jerarquización de problemas y necesidades que tenga la paciente.

Problema: Náuseas y vómitos.

Manifestaciones clínicas del problema:

Vómitos constantes aproximadamente de 6 a 8 ocasiones de contenido gástrico, acompañado de sensación de náuseas,

Razón científica de las manifestaciones:

Se designa al vómito como la acción coordinada de los músculos del estómago, esófago y pared abdominal para expulsar el contenido gástrico hacia la boca.

El vómito va acompañado casi siempre de la sensación de náusea. En la náusea hay una relajación de las paredes del estómago y cesan las secreciones y contracciones musculares de esta víscera. A causa de la relajación, el estómago se sitúa abajo de lo normal, en la cavidad abdominal. Al mismo tiempo que los músculos del estómago se han relajado, la pared muscular del intestino muestra una contractilidad aumentada y el contenido duodenal puede ser regurgitado hacia el estómago.

El vómito se inicia con la salivación y la sensación de náuseas; la glotis se cierra impidiendo la aspiración del vómito hacia la tráquea, la respiración se suspende a media inspiración; los músculos de la pared abdominal se contraen debido a que el pecho se mantiene en una posición fija, la contracción incrementa la presión intraabdominal; el esófago y el esfínter del cardias se relajan, se inician movimientos antiperistálticos y es arrojado el contenido gástrico.

La exacerbación de los vómitos en la hiperemesis gravídica pueden estar relacionados con los siguientes factores:

1. Aumento exagerado de hormona gonadotropina coriónica, estrógenos y progesterona.

Causada por una respuesta anormal vegetativa desencadenada por vía hormonal que actúa sobre el centro del vómito.

2. Alteraciones metabólicas.

Las molestias gástricas diversas que se presentan al comienzo del embarazo como: disminución de la motilidad y secreción gástrica, pueden ser factores que intervengan en la producción de náuseas y vómitos.

Otra causa podría ser la disminución de los hidratos de carbono, el hígado no almacena glucógeno durante este tiempo, lo que puede depender de mayor demanda del mismo para desintoxicar productos fetales de desecho o también a entorpecimiento en el metabolismo de los azúcares ocasionado por escasez de vitaminas B y C.

3. Alteraciones psicológicas:

En la mayor parte de los casos de vómitos excesivos suele guardar relación con un factor psíquico. La vida hogareña infeliz, el temor del parto, a las responsabilidades de la maternidad, problemas económicos y otros factores de carácter semejante pueden ser causas importantes de rechazo del embarazo, en la mente de la paciente,

Desde el punto de vista psicológico los vómitos pueden representar asco, repugnancia, protesta, no querer conservar o aceptar una cosa. En el caso especial de la hiperemesis significan protesta contra el medio ambiente, el padre del niño, la situación especial a la repudiación del embarazo y agresión contra el niño. Psicoanalíticamente los vómitos del embarazo tienen un sentido simbólico como expresión del deseo de expulsión del feto (desplazamiento de abajo arriba).

Estos conflictos la tornan incapaz de hacer los ajustes psíquicos necesarios y los síntomas de náuseas y vómitos matutinos se agravan como manifestación del rechazo inconsciente del embarazo, o como un método para escapar psicológicamente de sus dificultades.

Acciones de Enfermería:

Mantener en ayuno

Ministración de medicamentos anti eméticos: Dimenhidrato 2 c.c., intramuscular cada 8 horas. Clorpromazina 12.5 mg. intramuscular cada 12 horas.

Ayudar a controlar el síntoma de náusea, para evitar en lo posible el vómito, mediante respiraciones profundas: inspirando por la nariz y espirando después por la boca, varias veces.

Proporcionar aislamiento durante el vómito, corriendo las cortinas.

Al término del vómito, proporcionar un ambiente cómodo y limpio, cambiando ropa de cama, en caso de que se hubiese ensuciado, así como retirar el recipiente (riñón) que haya usado.

Favorecer la higiene bucal.

Anotar características de los vómitos (cantidad, color y consistencia) y las veces que se presente.

Razón científica de las acciones:

El mantener en ayuno a la paciente permite que repose el aparato gastrointestinal y se evita una estimulación química del vago.

La ministración de medicamentos anti eméticos tiene como fin el contrarrestar los vómitos.

Dimenhidrato pertenece al grupo de los antihistamínicos clásicos, bloqueando el efecto de la histamina (la histamina es un poderoso estimulante de la secreción gástrica de ácido clorhídrico).

El dimenhidrato (Dramamine) es una combinación de difenidramine 8-cloroteofilina.

Dentro de sus efectos farmacológicos que tiene está el de antiemético, pues son antagonistas de las drogas eméticas como la apomorfina. Actúa deprimiendo algo a la zona quimiorreceptora del gatillo pero en forma preponderante actúa sobre el centro del vómito. Suprime el vómito en todos los casos:

- a. De origen central: dados por el aumento de la excitabilidad del centro del vómito, pueden producirse por trastornos metabólicos como en la cetosis, causas psicológicas (disgusto, miedo).
- b. De origen periférico: pueden producirse por excitación mecánica, irritación gástrica.^{35/}

Es útil en pacientes con hiperemesis gravídica. Puede producir somnolencia.

Causan efecto general en menos de 30 minutos y la absorción se completa en un plazo de 4 horas.

Cloropromazina: pertenece al grupo de las fenotiacinas, actúa sobre el Sistema Nervioso Central. La Cloropromazina (Thorazine) es un fenotiacínico alifático o dimetilaminopropílico.

^{35/} Litter, Manuel; op.cit., p. 1026.

Dentro de sus efectos farmacológicos está el de anti emético, al contrarrestar las náuseas y los vómitos. Se utiliza en pacientes con hiperemesis gravídica, bloqueando el efecto emético de la apomorfina, que se ejerce fundamentalmente sobre la zona quimiorreceptora y el centro del vómito.

La clorpromazina puede producir un efecto sedante. Se administra a la paciente psiquiátrica por su efecto antipsicótico porque mejora la desorganización psicótica del pensamiento y de la conducta.

Puede producir hipotensión ortostática. La clorpromazina es bien absorbida por el tubo digestivo.

En la mayoría de las pacientes con sensación de náuseas el problema inmediato es evitar que se presente el vómito.

Las respiraciones profundas ayudan a relajar el diafragma y los músculos abdominales. Disminuyendo la presión intraabdominal que se ejerce sobre el estómago, recordemos que esta presión es ocasionada por las náuseas al haber un relajamiento del estómago provocando ondas contráctiles enérgicas en la porción inferior gástrica que cierra el esfínter gástrico, provocando que se contraiga el diafragma y los músculos abdominales.^{36/}

^{36/} Kosler-Du Gas; Tratado de enfermería práctica; Ed. Interamericana, México, 1974, 2a. ed., pp. 333-334.

Estas respiraciones profundas también pueden ayudar a distraer la mente de la paciente de sus problemas gastrointestinales.

Si se presenta el vómito, se debe proporcionar aislamiento, esto permite que la paciente no se sienta más incómoda, ya que el vomitar es una experiencia desagradable, no sólo es un malestar físico, sino una pérdida de control, que la mayoría de las personas consideran penosas. A causa de los propios sentimientos de incomodidad de la paciente y debido a que la mayor parte de las personas encuentran molesto darse cuenta que alguien vomita, se le debe aislar, recorriendo las cortinas o cerrando la puerta, para evitar que esté a la vista de todos y que la situación sea menos molesta para ella.

Al término del vómito, en caso de que se haya ensuciado la ropa de cama, se debe cambiar para proporcionar comodidad y menos tensión en la paciente, así como también para evitar que se puedan albergar microorganismos en la ropa.

El retirar el recipiente que haya usado evita que la paciente tenga olores o vistas desagradables que son estímulos nocivos, que pueden contribuir a la náusea o el vómito.

La higiene bucal es básica para la salud. El lavado de la boca, en especial después de haber vomitado, ayuda a eliminar cualquier resto de material vomitado y da a la paciente una sensación más

cómoda de bienestar.

Se debe registrar las veces que presente vómito así como las características, para valorar la pérdida de excretas que va teniendo, y poder llevar un control de líquidos y que nos indique como va evolucionando a la terapéutica medicamentosa.

Evaluación:

Disminuyeron los vómitos presentándose de 1 a 2 ocasiones en 24 horas, siendo en muy escasa cantidad de contenido gástrico.

Problema: Desequilibrio hidroelectrolítico.

Manifestaciones clínicas del problema:

Hipocloremia 96 mEq

Hipopotasemia 3.5 mEq

Oliguria

Deshidratación: mucosas orales y piel seca.

Razón científica de las manifestaciones:

Ante la falta de ingesta y aumento de pérdida de líquidos, por los vómitos constantes de contenido gástrico, da lugar a un desequilibrio hídrico, produciendo un déficit del volumen del líquido extra-

celular (el líquido extracelular proporciona agua y electrólitos para las secreciones y excreciones, como saliva, jugo gástrico, jugo intestinal, bilis, jugo pancreático, secreciones nasales, sudor, orina y heces).

Durante los vómitos hay una gran pérdida de secreciones ricas en cloruro como las del jugo gástrico, ya que contiene principalmente cloro (135 a 150 mVal/2); potasio (40 a 50 mVal/1) y poco sodio (10 a 20 mVal/1), provocando una hipotasemia e hipocloremia, el sodio se mantiene dentro de cifras normales, por las escasas pérdidas que tiene.

Debido a la disminución del volumen extracelular, aumenta la presión osmótica del líquido extracelular, ésto estimula osmorreceptores encontrados en el hipotálamo que, a su vez, estimulan al lóbulo posterior de la hipófisis para aumentar la secreción de la hormona antidiurética (ADH), que va a regular la concentración de electrólitos en el líquido extracelular y la presión osmótica del mismo al modificar la cantidad de agua que se reabsorbe en los tubos renales. Esta resorción máxima de agua por el riñón, hace que disminuya el volumen de orina (oliguria).^{37/} A causa de la deshidratación se observan la piel y las mucosas secas.

^{37/} Anthony Parker, Catherine; Anatomía y fisiología, Ed. Interamericana, México, 1977, 9a. ed., pp. 279-280.

Acciones de Enfermería:

Canalización de vena y ministración de soluciones y medicamentos.

- a. Solución glucosada al 5% de 1 000 ml., $\frac{1}{2}$ l ampolleta de 5 ml., de Cloruro de Potasio (KCL) para 8 horas, a 41 gotas por minuto (macrogotero).
- b. Solución fisiológica de 1 000 ml., para 8 horas, a 41 gotas por minuto (macrogotero).
- c. Solución glucosada al 5% de 1 000 ml., $\frac{1}{2}$ ampolleta de 5 ml., de Cloruro de Potasio (KCL) para 8 horas a 41 gotas por minuto (macrogotero).

Control de líquidos:

- a. Medir el volumen de las excretas: orina, evacuación y vómitos.
- b. Medir el volumen de ingresos: venoclisis.

Lubricación de la piel.

Revisión y toma de muestras de laboratorio; examen general de orina, biometría hemática, química sanguínea.

Una vía excelente para la ministración de agua y electrólitos y otros nutrimentos es por las venas, o vía intravenosa. Los líquidos ministrados por vía intravenosa pasan directamente al líquido extracelular y los mecanismos homeostáticos corporales (riñón) actúan rápidamente para impedir que el líquido introducido produzca cambios excesivos en el volumen o la concentración de electrólitos del líquido extracelular.

La vía intravenosa es la indicada cuando se necesitan con urgencia los nutrimentos, pueden ministrarse grandes volúmenes.

La ministración de soluciones tiene por objeto:

Isotónica:

Recibe el nombre de isotónica porque tiene la misma presión osmótica que la del suero, no hay movimiento de las partículas osmóticamente activas de la solución hacia las células, en consecuencia, no hay cambios en el volumen intracelular ni en la presión intracelular.

Tiene como función reponer el volumen del líquido extracelular, disminuyendo a la vez la presión osmótica que tenía. No produce cambios de la presión osmótica cristaloides del plasma, pero si descenso (por dilución) de la presión coloidosmótica de las proteínas; pasa entonces líquido al compartimiento intersticial aumentando el volumen total del líquido extracelular, es decir, su osmolaridad,

No hay pasaje del agua al compartimiento intracelular.^{38/}

También aporta electrólitos para combatir la deficiencia de cloruro.

Glucosada: 5%

La solución glucosada sirve para hidratar, nutrir y favorecer la eliminación urinaria de catabolitos (elementos de desecho). En esta solución la glucosa es utilizada por las células corporales, liberándose agua.

Cloruro de sodio:

Este medicamento se usa como coadyuvante de desequilibrio hidroelectrolítico por deficiencia de potasio y cloro.

El control de líquidos junto con los balances de líquidos constituyen un procedimiento de vigilancia extrema dirigida a controlar en la forma más efectiva posible la ministración de líquidos tanto desde el punto de vista volumen como de iones, al hacer un balance con las excretas.

El dedicar una atención cuidadosa a los detalles que este procedimiento implica, pondrá de manifiesto los cambios en la respuesta del paciente al plan original del tratamiento, ya sean positivos o negativos.

^{38/} Litter, Manuel, op.cit., p. 1051.

El control de líquidos se hace en forma continua, desde el momento en que se indica, y termina cuando las condiciones de la paciente se han restablecido y es posible predecir la respuesta del mismo al manejo terapéutico.

Lubricación de la piel.

La piel es un medio vital de protección, funciona como barrera contra gérmenes patógenos, como cubierta para proteger los tejidos de traumas y radiaciones, como receptor de calor, frío, presión y dolor y como órgano de excreción aún más, forma parte del metabolismo que se lleva a cabo en ella, tanto como regeneración, como de transpiración.

Por lo que debe recibir cuidados de lubricación frecuentes como de hidratación adecuada.

Toma de muestras para exámenes de laboratorio:

Los estudios de laboratorio se realizan con la finalidad de conocer las características y constituyentes normales o patológicos de los productos contenidos o excretados por el organismo para ayudar al diagnóstico de la enfermedad y orientar el curso del tratamiento.

Entre los estudios de laboratorio que se requiere realizar a estos pacientes se anotan las siguientes:

Examen general de orina (EGO)

La composición de la orina es modificada por:

- a. Estado nutricional
- b. Procesos metabólicos
- c. Estado funcional renal

Volumen: el adulto normal excreta de 1 200 a 1 500 ml/24 horas, según el ingreso de líquido y cifras menores de 600 se consideran como oliguria.

Olor: La orina normal tiene un olor débil.

Color: El color es índice del grado de concentración y depende del volumen expulsado.

1. La orina normal tiene un color amarillo pálido o ambarrino, por el pigmento urocromo.
2. El color varía con la densidad:
 - a. La orina diluida tiene un color ámbar pálido.
 - b. La orina concentrada tiene un color más intenso.

pH: Concentración de iones hidrógeno.

El pH refleja la capacidad del riñón para conservar una concentración normal de hidrogeniones en plasma y líquidos extracelular; indica acidez o alcalinidad de la orina.

pH normal: 6 (puede variar de 4.6 a 8).

Densidad: la densidad denota la gravedad específica de partículas en la orina y refleja la capacidad de concentrar y diluir por parte de los riñones.

La densidad normal está entre 1.005 y 1.025.

Constituyentes anormales de la orina:

Proteinuria (albuminuria) aparece en forma característica:

La orina normal no tiene en forma persistente, proteína en grandes cantidades.

La proteinuria ocurre en enfermedades sistémicas o en las que coexisten grados variables de anoxia renal. Indican disminución de potasio.

Glucosuria es la presencia de glucosa en orina.

Cetonuria es la presencia de cuerpos cetónicos (acetona, ácido acetoacético).

La cetonuria indica metabolismo incompleto de grasa, deshidratación o inanición.

Biometría hemática (BH):

Su estudio es con el objeto de conocer las funciones vitales de los distintos tejidos y órganos y si su función se encuentra alterada o hay algún cambio.

Hemoglobina: acarreador de oxígeno de la sangre; se encuentra den-

tro de los glóbulos rojos de la sangre, disminuyen por hemorragia; aumenta en la hemoconcentración.

Hematócrito: para medir el volumen de glóbulos y plasma de la sangre.

Se eleva en deshidratación.

Química sanguínea: cuando las nefronas no pueden eliminar eficientemente productos de desecho, la química sanguínea se altera.

El deterioro de la función renal se manifiesta químicamente por el aumento de nitrógeno de la urea sanguínea y los valores de la creatinina, los cuales son productos de disociación de las proteínas.

Potasio: concentración de potasio en plasma determina el estado de excitabilidad neoromuscular y muscular.

Las concentraciones elevadas y disminuidas dificultan la capacidad contráctil del músculo.

Sodio: El sodio constituye 14 de los 155 mEq., de cationes en el plasma. Proporciona la masa de solutos osmóticamente activos en el plasma. Por lo que afecta significativamente la distribución de agua en el cuerpo.

Aumenta cuando hay deshidratación (déficit de agua).

CO₂: Sirve como base para conocer el estado equilibrio ácido básico del organismo.

Aumenta en la alcalosis metabólica.

Evaluación:

Se mejora la deshidratación y se estabilizan valores normales de potasio y cloro. La excreción urinaria aumentó paulatinamente.

Problema: Pérdida de peso.

Manifestaciones clínicas del problema:

Pérdida de 2 kilos de peso corporal

Debilidad

Palidez de tegumentos

Razón científica de las manifestaciones:

Los alimentos se almacenan en forma de glucógeno, grasas y proteínas tisulares. Se recordará que las células catabolizan estas sustancias según el siguiente orden decreciente: carbohidratos, grasas y proteínas. Si no hay ingreso de alimentos y líquidos, se estima que casi todo el glucógeno se utilizará en cosa de uno o dos días. Después, al dejar de haber carbohidratos que conservan

grasas, se cataboliza grasa, al no haber grasa utilizable para conservar proteínas, se catabolizan rápidamente las proteínas tisulares y pronto sobreviene la muerte. Esta pérdida de peso produce debilidad por la falta de alimentos y el gasto de las reservas energéticas.

Acciones de Enfermería:

Ministración de soluciones energéticas.

Solución glucosada al 5%.

Razón científica de las acciones:

La ministración de soluciones energéticas tiene como función reponer energía y satisfacer las necesidades calóricas mínimas de sostén de la paciente.

Evaluación:

La paciente logró sentirse mejor, menos débil y pasó de reposo absoluto a reposo relativo.

Problema: Ansiedad.

Manifestaciones clínicas del problema:

Intranquilidad

Nerviosidad

Insomnio

Temor

Razón científica de las manifestaciones:

La ansiedad es considerada como una forma modificada del miedo, tanto la angustia como el miedo o temor son respuestas emocionales de la paciente a la amenaza de un peligro real o imaginario, la inquietud de la angustia puede no tener una base definida que pueda señalar; está temerosa, pero no sabe de que.

La ansiedad repercute en la actividad mental, cuando la ansiedad es leve significa simplemente que la persona está más alerta y más capacitado para pensar con claridad. Sin embargo, cuando es muy grande, la elevada actividad mental puede hacer que la paciente sea incapaz de descansar y es frecuente que se presente insomnio.

Los orígenes de la ansiedad son muchos. Los temores pueden manifestarse abiertamente o ser ocultos, pueden nacer por el cambio de medio ambiente, miedo a lo desconocido, no está segura de lo que va a pasarle, ni de lo que se espera de él como paciente. ^{38/}

Acciones de Enfermería:

Lograr un medio ambiente agradable y confortable que la haga descansar desde el punto de vista físico y emocional.

Conocer con certeza la causa de la ansiedad de la paciente.

Tratar de establecer confianza y darle a entender que se tiene interés sobre su enfermedad.

Explicar a la paciente en qué consiste su tratamiento y la importancia que tiene su colaboración hacia las medidas terapéuticas que se le indiquen.

Ayudar a la paciente a comprender las causas de su ansiedad y de que su padecimiento es leve y transitorio.

Razón científica de las acciones:

Las circunstancias y el medio externo son imperativos para el estado de ánimo de un individuo. Un ambiente tranquilo, cómodo, seguro y aislado favorecerá el reposo físico y mental de la paciente y la hará sentirse mejor.

Es más fácil aliviar un temor conocido que una ansiedad cuyo origen se desconoce. Si la enfermera puede conocer con certeza la causa de su temor, estará más capacitada para ayudarla a superarlo.

Se considera a todo ser humano una entidad biopsicosocial, por lo que es parte complementaria y muy importante por parte de enfermería, por su constante contacto con la paciente, brindar apoyo, ayuda psicológica; el charlar con la paciente el estar presente en

los momentos de visita médica, el mostrar destreza y conocimiento sobre los cuidados que se le haga, se muestra que se tiene interés en su enfermedad, hará que la paciente se sienta con más confianza.

El explicar todo aquello que se realice, la forma y uso que brindará tal acción, favorece a que coopere con más seguridad y menos tensión.

Darles la necesaria información es importante, tanto para evitar como para aliviar la ansiedad. Si un paciente sabe de antemano lo que le van a hacer, manifestará menos aprensión y cooperará con más interés a su tratamiento.

El estar disponible para contestar todas las preguntas, enunciadas o no, para brindar apoyo emocional e inspirar confianza, ayudará a comprender las causas de su ansiedad, tornará más fácil ser capaz de experimentar la adaptación difícil al embarazo. El embarazo podrá ser una experiencia de realización y muy remunerada para ella y entenderá que una actitud positiva hacia el embarazo hará leve y transitoria su enfermedad.

Evaluación:

Disminuyó su estado de angustia al establecerse un ambiente de tranquilidad y confianza. Se obtuvo cooperación por parte de la paciente para todas las medidas terapéuticas. Se logró

establecer que la posible causa de sus vómitos fuera el miedo al dolor durante el trabajo de parto, a pesar de que apenas cursa con 12 semanas de embarazo, por lo tanto se le hizo saber sobre el parto psicoprofiláctico, que consistía en un programa de preparación para el nacimiento, a donde se condiciona a la madre física y mentalmente para suprimir el dolor de las contracciones uterinas durante el nacimiento.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Hiperemesis Gravídica que presentó la paciente se debió a factor psicológico que desencadenó alteraciones metabólicas. Esto se basó al no obtenerse resultados que indicaran alguna otra causa orgánica que fuera la causa de los vómitos. En la ultrasonografía se dieron resultados de un embarazo de 12 semanas con producto vivo, descartándose la posibilidad de un embarazo molar o gemelar.

La paciente no hace referencia de que tenga algún problema familiar o económico, pero hace mención de su temor hacia el trabajo de parto; que se vió influenciado por una serie de comentarios de personas que tuvieron experiencias negativas. Esta aparentemente resultó ser la causa de su problema.

Durante su hospitalización se controló las náuseas y vómito así como el desequilibrio hidroelectrolítico.

Al egreso del hospital se le orientó sobre las medidas generales que debería seguir en su casa, como son: alimentación, descanso, evitar stress emocional, signos y síntomas de alarma, la importancia de acudir a toda consulta médica familiar que se le establezca, para seguir llevando su control prenatal y evitar reincidir en algún problema; se le hizo saber sobre el parto psicoprofiláctico, así

como también el comprender que las experiencias de una a otra persona varían y no porque alguna otra persona haya tenido problemas durante su trabajo de parto, significa que ella también.

Así establecemos que durante períodos de tensión emocional las deficiencias nutritivas se desarrollan rápidamente; en consecuencia, hay que hacer comprender a la paciente la magnitud de su responsabilidad para con ella y para el hijo que espera. El embarazo es un período crítico durante la vida de la madre, quien merece toda la ayuda y estímulos posibles. Con demasiada frecuencia el tratamiento prenatal se considera de importancia secundaria, admitiendo que el embarazo es un proceso normal y no se trata de disipar todas las dudas o temores que surgen en las embarazadas acerca de la fisiología del embarazo, trabajo de parto, nacimiento y olvidan tanto médicos y enfermeras, que el estado psicológico de la embarazada puede regir el éxito o el fracaso del embarazo.

Un embarazo con éxito constituye una de las contribuciones más vitales que la paciente puede brindar para su propia salud y para la de su familia.

BIBLIOGRAFIA

- ANTHONY, Catherine Anatomía y fisiología; 9a. ed., Ed. Interamericana, México, 1977 pp. 700.
- BAILES, Rosemary E. Manual de enfermería, obstetricia y ginecología; 2a. ed., Ed. Interamericana, México, 1982, pp. 367.
- BAENA Paz, Guillermina Instrumentos de la investigación; 2a. ed., Ed. Mexicanos Unidos, México, 1980, pp. 189.
- BARNES, Cysil G. Patología médica en obstetricia; 1a. ed., Ed. Salvat Editores, S.A. España, 1979, pp. 352.
- BENSON, Ralph C. Manual de ginecología y obstetricia; 5a. ed., Ed: El Manual Moderno, S.A., México, 1979, pp. 730
- BETHEA; Doris C. Enfermería obstétrica; 5a. ed., Ed. Interamericana, México, 1982 pp. 547.
- BOOKMILLER, Mac M. Enfermería obstétrica; 5a. ed., Ed. Interamericana, México, 1978, pp. 548.
- BRUNNER-Suddart Enfermería medicoquirúrgica; 3a. ed., Ed. Interamericana, México, 1979, pp. 1229.
- CASTELAZO Ayala, Luis Obstetricia; Tomo I y II, 6a. ed. Ed. Librería de Medicina, México, 1980, pp. 1070.
- DE PARSONS Enfermedad de los ojos; 16a. ed. Ed. Interamericana, México, 1978, pp. 550.

- GANONG, William F. Fisiología médica, 6a. ed. Ed. El Manual Moderno, S.A., México, 1978, pp. 550.
- GENAVORD C., Rosello Diccionario de Psicología; Ed. Ibero-Americana, S.A., España, 1980, pp. 280.
- GOTH, Andrés Farmacología médica; 8. ed., Ed. Interamericana, México, 1977 pp. 631.
- GREENHILL, Jacabo Peurl Obstetricia, 1a. ed., Ed. Interamericana, México, 1977, pp. 818
- HARRISON Medicina interna; Tomo I y II, 5a. ed., México, pp. 2499.
- HELLMAN, Louis M. Obstetricia; 4a. ed., Ed. Salvat México, 1975, pp. 1076.
- KASER, O' Ginecología y obstetricia; 1a. ed. Ed. Salvat, España, 1976, pp. 1049.
- KOSIER-Du Gas Tratado de enfermería práctica; 2a. ed., Ed. Interamericana, México, 1974, pp. 436.
- KRUPP, Marcus A. Diagnóstico clínico y tratamiento; 14a. ed., Ed. El Manual Moderno, S.A., México, 1970, pp. 1304.
- LITTER, Manuel Farmacología experimental clínica; 6a. ed., Ed. El Ateneo, Argentina, 1980, pp. 1500.
- LULL-Kimbrough Obstetricia clínica; 1a. ed., Ed. Interamericana, México, 1974, pp. 733.
- MARRINER, Ann El proceso de atención de enfermería; 2a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1983, pp. 309.

- MASCAR y Parcar, Soe Ma. Diccionario terminológico de ciencias médicas; 11a. ed., Ed. Salvat, México, 1981, pp. 1073.
- MONDRAGON Castro, Héctor Obstetricia básica ilustrada; 1a. ed., Ed. Trillas, México, 1982, pp. 685.
- STAND Fleur, L. Fisiología humana; 1a. ed., Ed. Interamericana, México, 1982, pp. 694.
- TAYLOR Stewart, E. Obstetricia de Beck; 10a. ed., Ed. Interamericana, México, 1979, pp. 694.
- WOLMAN, Benjamín B. Aspectos psicológicos en ginecología y obstetricia; Eds. P.L.M., México, 1981, pp. 192.
- YURA H. - Walsch, M.B. El proceso de enfermería; 1a. ed. Ed. Alhambra, México, 1982, pp. 219.

OTRAS PUBLICACIONES

- Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia Obstetricia; 3a. ed., México, 1976, pp. 608.
- Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia Complicaciones médicas durante el embarazo; 2a. ed., México, 1972, pp. 407.
- Asociación Mexicana de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del I.M.S.S. Ginecología y obstetricia; 2a. ed., México, 1981, pp. 639.

HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSIA GRAVÍDICA

Influencia de Factores:

Agentes:
 Anestésico, envenenado de gonadotropinas coriónicas, asfígico o propiétano, hipertensión gástrica e hipoclorhidia. Modificación del metabolismo de los hidratos de carbono. Problemas emocionales.

Medio ambiente:
 Hábitos dietéticos deficientes. Control prenatal deficiente. Presiones sociales.

Malajedi:
 Preclámsica. Inestabilidad emocional. Trastornos nutricionales. Mala hidratación. Tabaco y alcohol.

ESTIMULO DISEÑCADORANTE:

Interacción de los factores predisponentes agente, hábito, medio ambiente, desencadenantes la etiología derivada.

HIPOFONIC CLINICO

IMPLANTACION

Estimulación vaginal

REACCION CELULAR (TISULAR)

Inestabilidad hemodinámica.

SIGNOS Y SINTOMAS INSUFICIENTES:

Cefaleas. Náuseas y vómitos constantes. Tinnitus. Pérdida de peso. Mareado desorientación. Debilidad, de músculos abdominales e intercostales. Constipación.

SEÑOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS:

Máximas y mínimas constantes. Tinnitus. Pérdida de peso. Mareado desorientación. Debilidad, de músculos abdominales e intercostales. Constipación.

COMPLICACIONES:

Polineuritis. Escarlatina. Abceso amigdalaguda. Despreñamiento y hemorragias de la retina. Lesiones digestivas de los tejidos. Lesiones de los riñones. Lesiones hemorroidales y nerviosas de los supratentoriales.

EFECTOS:

Escalas. Ceguera. Atrofia muscular de las extremidades inferiores. Insuficiencia renal.

PERIODO PATOLOGICO PERIODO PATOLOGICO

PREVENCIÓN PRIMARIA PREVENCIÓN SECUNDARIA PREVENCIÓN TERCERA

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCERA
<p>Atención prenatal estricta.</p> <p>Educación sobre la evolución del embarazo.</p> <p>Promoción sobre una adecuada alimentación en etapas gestacionales.</p> <p>Educación para la planeación y espaciamiento de las embarazas.</p> <p>Discusión sobre la importancia de la vigilancia médica prenatal.</p>	<p>La vigilancia médica prenatal se considera la medida fundamental en el manejo de la enfermedad.</p> <p>Exámenes de laboratorio, examen general de orina, electrolitos, con relación a los niveles.</p> <p>La vigilancia médica perseguirá la instrucción a la paciente sobre la naturaleza de su problema.</p> <p>Identificación temprana de signos de alarma.</p>	<p>El simple reposo mejora importantemente la mayoría de los síntomas de stress emocional.</p> <p>Los beneficios de llevar una dieta rica en carbohidratos e líquidos de hidratación adecuada al estado, deshecho de toxinas, vitaminas y minerales por otros populares en términos aceptables a los diversos niveles culturales.</p> <p>Cuando se consideran víctimas graves, se requiere de la hospitalización de la paciente.</p> <p>Indicar sueno en las primeras 48 horas.</p> <p>Ministración de anti eméticos.</p> <p>Proporcionar reposo adecuado, alimentación, seguridad y confianza con la paciente.</p> <p>Ministración de soluciones al 5% y 10% y soluciones isotónicas.</p> <p>Control estricto de líquidos.</p> <p>Exámenes de laboratorio para control de química sanguínea, hematocrito hemática y examen de orina.</p> <p>Vigilar estado emocional.</p>
<p>Control de náuseas y vómitos durante la anéxia.</p> <p>Exámenes de laboratorio para control de cifras hemáticas.</p> <p>Llevar una alimentación adecuada (rica en carbohidratos e hidratación de 8 a 8 colaciones al día).</p> <p>Vigilancia estricta de cualquier signo y síntoma de alarma; vómitos persistentes.</p> <p>Llevar un reposo relativo, no actividades en sus actividades normales.</p> <p>Llevar una vida tranquila evitando todo tipo de alteraciones emocionales (situaciones de stress emocional).</p> <p>Control prenatal específico a pacientes con problemas emocionales que pueda desencadenar el cuadro.</p> <p>Orientación sobre los beneficios del parvopreventivo.</p>	<p>Identificación temprana de signos de alarma.</p>	<p>Tratamiento adecuado para impedir un estado más avanzado de la enfermedad, para prevenir complicaciones y secuelas:</p> <p>Deshidratación severa. Polineuritis. Escarlatina. Abceso. Amigdalaguda.</p>
<p>Rehabilitación de secuelas somáticas:</p> <p>a. Del sistema musculoesquelético.</p> <p>b. De la visión.</p> <p>c. Renal.</p> <p>Patológicas:</p> <p>a. Educación para comprender su situación.</p> <p>b. Educación de la familia para participar en el tratamiento de la paciente en el hogar y obtener así una pronta rehabilitación.</p> <p>c. Apoyar psicológicamente la incorporación de la paciente a la vida diaria.</p> <p>Social:</p> <p>a. Sensibilización sobre el embarazo y la planificación familiar.</p>	<p>Rehabilitación de secuelas somáticas:</p> <p>a. Del sistema musculoesquelético.</p> <p>b. De la visión.</p> <p>c. Renal.</p> <p>Patológicas:</p> <p>a. Educación para comprender su situación.</p> <p>b. Educación de la familia para participar en el tratamiento de la paciente en el hogar y obtener así una pronta rehabilitación.</p> <p>c. Apoyar psicológicamente la incorporación de la paciente a la vida diaria.</p> <p>Social:</p> <p>a. Sensibilización sobre el embarazo y la planificación familiar.</p>	<p>Rehabilitación de secuelas somáticas:</p> <p>a. Del sistema musculoesquelético.</p> <p>b. De la visión.</p> <p>c. Renal.</p> <p>Patológicas:</p> <p>a. Educación para comprender su situación.</p> <p>b. Educación de la familia para participar en el tratamiento de la paciente en el hogar y obtener así una pronta rehabilitación.</p> <p>c. Apoyar psicológicamente la incorporación de la paciente a la vida diaria.</p> <p>Social:</p> <p>a. Sensibilización sobre el embarazo y la planificación familiar.</p>

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION	
				<p>El deterioro de la función renal se manifiesta lentamente por el aumento de nitógeno de la urea sanguínea y los valores de la creatinina, los cuales son productos de deterioración de las proteínas.</p> <p>Además, concentración de potasio en plasma determina el estado de excitabilidad neuromuscular y muscular.</p> <p>Las concentraciones elevadas y disminuidas dificultan la capacidad contractil del músculo.</p> <p>Sodio: el suero constituye 14 de los 155 mEq de catiónes en el plasma. Proporción la más de iones a concentración activa en el plasma. Por lo que afecta significativamente la distribución de agua en el cuerpo.</p> <p>Aumento cuando hay deshidratación (déficit de agua).</p> <p>CO2: sirve como base para conocer el estado equilibrio ácido-base del organismo.</p> <p>Aumento en la alcalosis metabólica.</p>		
Pérdida de peso.	Pérdida de 2 kilos de peso corporal. Dbilidad. Pulidas de tegumentos.	Los alimentos se almacenan en forma de glúcido, grasas y proteínas (taurina). Se recordará que las células catabolizan estas sustancias según el equilibrio orden de prioridades: carbohidratos, grasas y proteínas. Si no hay ingreso de alimentos y líquidos, se estima que casi todo el glúcido se utilizará en cosa de uno o dos días. Después, al dejar de haber carbohidratos que conserven grasas, se catabolizan grasas, al no haber grasas utilizable para conservar proteínas, se catabolizan rápidamente las proteínas tisulares y como aductores la muerte. Esta pérdida de peso produce debilidad por la falta de alimentos y el gasto de las reservas energéticas.	Ministración de soluciones energéticas. Revisión dietética al 5x.		El paciente logró sentirse mejor, menos débil.	
Ansiedad	Intranquilidad Nerviosidad Insomnio Temor	La ansiedad es considerada como una forma modificada del miedo, tanto la angustia como el miedo o temor son respuestas emocionales de la paciente a la amenaza de un peligro real o imaginario, la inquietud de la angustia puede no tener una base definida que pueda señalar; está temerosa, pero no sabe lo que.	Lograr un medio ambiente agradable y confortable que la haga descansar desde el punto de vista físico y emocional. Conocer con certeza la causa de la ansiedad de la paciente. Tratar de establecer confianza y darle a entender que se tiene interés sobre su enfermedad. Explicar a la paciente en qué consiste su tratamiento y la importancia que tiene su colaboración hacia las medidas terapéuticas que se le indiquen. Ayudar a la paciente a comprender las causas de su ansiedad y de que su padecimiento no es una transmisión.	Las circunstancias y el medio externo son interpretados por el estado de ánimo de un individuo. Un ambiente tranquilo, cómodo, seguro y aislado favorecerá el reposo físico y mental de la portante y la hará sentirse mejor. Es más fácil aliviar un temor conocido que una ansiedad cuyo origen es desconocido. Si el enfermo puede conocer con certeza la causa de su temor, estará más capacitada para ayudarla a superarlo. Se considera a todo ser humano una entidad biopsíquica, por lo que se parte complementaria y muy importante por parte de enfermería, por su constante contacto con la paciente, brindar apoyo, ayuda psicológica: el charlar con la paciente al estar presente en los momentos de visita médica, el mostrar destreza y conocimientos sobre los cuidados que se le haga, se muestra que se tiene interés en su enfermedad hará que la paciente se sienta con más confianza. El explicar todo aquello que se realice, la forma y uso que brinda tal acción, favorecerá que coopere con más seguridad y menos temor. Darle la necesaria información es importante, tanto para evitar que para aliviar la ansiedad si un paciente sabe de entender lo que le van a hacer, manifestará menos aprehensión y cooperará con más interés a su tratamiento. El estar disponible para contestar todas las preguntas, escuchadas o no, para brindar apoyo emocional e inspirar confianza, ayudará a comprender las causas de su ansiedad, le dará más fácil ser capaz de experimentar la adaptación difícil al entorno. El entorno podrá ser una experiencia de realidad y muy remunerada para elay entender que una actitud positiva hacia el entorno hará leve y transitoria su enfermedad.	Disminuyó su estado de angustia al establecer un ambiente de tranquilidad y comodidad. Re obtuvo cooperación por parte de la paciente para todas las medidas terapéuticas. Se logró establecer que la principal causa de sus síntomas lleva al miedo al dolor durante el trabajo de cirugía, a partir de que apenas habla con 12 semanas de embarazo, por lo tanto se le hizo saber sobre el parto psicológicamente, que consistía en un programa de preparación para el nacimiento, a donde se conciben a la madre física y mentalmente para superar el dolor de las contracciones uterinas durante el nacimiento.	

GLOSARIO DE TERMINOS

- ACIDOSIS** Trastorno que consiste en un descenso del pH (-7.35) por pérdida de reserva alcalina de la sangre, se acompaña de secreciones alcalinas intestinales.
- ALCALOSIS:** Trastorno que consiste en un aumento del pH (+ 7.45) por reserva alcalina de la sangre.
- AMBIVALENCIA:** Asociación de sentimientos contradictorios ante una situación al mismo tiempo que se desea algo, a la vez se rechaza.
- APOMORFINA:** Alcaloide, derivado de la morfina por sustracción de una molécula de agua; polvo amorfo gris pardo que toma color verdoso a la luz. Emético espectorante y relajante, usado en inyecciones relajantes.
- ANSIEDAD:** Respuesta emocional, que se caracteriza por un estado de angustia, temor o miedo respecto a la posibilidad de un peligro real o imaginario.

- CATABOLITO:** Producto resultante del metabolismo, producto de desecho.
- CETOACIDOSIS:** Estado caracterizado por la elevación de concentración de acetona en los líquidos orgánicos.
- CETOGENESIS:** Producción de cuerpos cetónicos por oxidación de las grasas y algunos aminoácidos.
- COMA:** Estado de sopor profundo con pérdida del conocimiento, sensibilidad y movilidad.
El cerebro deja de funcionar normalmente y no reacciona a los estímulos, conserva las funciones vegetativas.
- DEPLESION:** Disminución o agotamiento de las reservas energéticas para cubrir las necesidades mínimas del organismo.
- ELECTROLITO:** Sustancia que al ser puesta en solución se disocia en cationes y aniones.
- EMACIACION:** Adelgazamiento pronunciado por falta de alimento durante varios días.

- ENDOGENA:** Originado dentro del organismo, independientemente de los factores externos.
- ENFERMEDAD PSICOSOMATICA:** Alteración de los aparatos y sistemas del organismo por factores psíquicos de orden afectivo.
- GLUCONEOGENESIS:** Formación de azúcar o glucógeno de las proteínas o grasas.
- HEMOCONCENTRACION:** Disminución del volumen extracelular sin modificación del número de células hemáticas, de donde resulta un aumento del número de ellas por milímetro cúbico.
- HIPEREXCITABILIDAD VEGETATIVA:** respuesta anormal de cambios hormonales, provocando una liberación en grandes cantidades de hormonas a nivel orgánico.
- ICTERICIA:** Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.
- SOLUCION ISOTONICA:** Llamada también solución salina o fisiológica. Dícese así porque su concentración

molecular en sales es igual a la del suero de la sangre; tiene por lo tanto la misma presión osmótica que éste y no produce desintegración de los glóbulos rojos.

- PSIQUISMO:** Conjunto de características psicológicas de un individuo.
- PARESTESIA:** Sensación anormal, rara, alucinatoria, táctil, térmica de los sentidos o de la sensibilidad en general.
- SABURRA:** Materia mucosa, espesa, indigerida en el estómago, o formando una capa sobre la lengua.
- SIALORREA** Flujo exagerado de saliva.
- SOMATICO:** Relativo al cuerpo, corporal, especialmente en oposición a psíquico y funcional.
- TRASTORNO METABOLICO:** Alteración en el conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en el organismo experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.