



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 32.3 SEMANAS + PREECLAMPSIA

AUTORA

ELVIA ESTEFANIA IZURIETA AMBI

TUTORA

LCDA. ATIENCIA TORRES MARIA, MSC

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	7
1.1. Justificación	14
1.2. Objetivos	15
1.2.1. Objetivo General	15
1.2.2. Objetivos Específicos	15
1.3. Datos Generales	15
II. Metodología del diagnóstico	16
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	16
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	16
2.3. Examen físico (exploración clínica).	17
2.3.1. Valoración cefalocaudal.	17

2.3.2. Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.....	18
2.3.3. Patrones Funcionales Alterados.	20
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	20
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	21
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	21
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	25
2.8. Seguimiento.....	28
2.9. Observaciones	31
CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	35

DEDICATORIA

A mis padres Ing. Modesto Izurieta Beltrán y Lcda. Mariana Ambi Vera quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy una meta más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mis hermanos Psicóloga Bisset, Lic. Lizbeth e Ing. Josué por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia Lic. Leonardo y Danna porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas

Elvia Estefanía Izurieta Ambi

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser la luz incondicional que ha guiado mi camino y en especial a mis queridos Docente en general y durante en el transcurso de mis estudios, enseñanzas formándome una gran profesional que se convirtieron en grandes amigos.

Agradezco a la Familia Cuadro Estrada por apoyarme cuando más los necesite por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado de verdad mil gracias siempre las llevare en mi corazón.

¡GRACIAS! Universidad Técnica De Babahoyo - Facultad Ciencias De La Salud

Elvia Estefanía Izurieta Ambi

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 32.3
SEMANAS + PREECLAMPSIA

RESUMEN

El presente estudio de caso clínico fue realizado en el Hospital Básico Dr. José Cevallos Ruiz de Yaguachi, perteneciendo a paciente de sexo femenino de 29 años de edad, ingresando a la unidad hospitalaria acompañada de su esposo, consciente, orientada en tiempo espacio y persona con cuadro clínico ± 8 horas de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal, dolor de cabeza, malestar general, fatiga, náuseas, vómitos, tensión arterial elevada, es ingresada se prosigue con la valoración compuesta por entrevista, examen física, valoración de enfermería y exámenes de laboratorio especialmente en proteinuria, posterior a los hallazgos encontrado se diagnóstico preeclampsia, se procedió a seguir indicaciones médicas conjunto con el proceso de atención de enfermería y la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, inicialmente activando la clave azul y continuando con las pautas establecidas para la mejora del paciente.

Palabras claves: Preeclampsia, embarazo, proteinuria, autocuidado, cefalea

ABSTRACT

This clinical case study was carried out at the Dr. José Cevallos Ruiz de Yaguachi Basic Hospital, belonging to a 29-year-old female patient, entering the hospital unit accompanied by her husband, conscious, oriented in time, space and person with clinical picture \pm 8 hours of evolution characterized by presenting abdominal pain, headache, general malaise, fatigue, nausea, vomiting, high blood pressure, she is admitted, the assessment is continued consisting of an interview, physical examination, nursing assessment and tests Laboratory tests especially in proteinuria, after the findings found, preeclampsia was diagnosed, medical indications were followed in conjunction with the nursing care process and Dorothea Orem's self-care theory, initially activating the blue key and continuing with the guidelines established for improving the patient.

Key words: Preeclampsia, pregnancy, proteinuria, self-care, headache

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia se presenta durante el periodo de embarazo y postparto, es un síndrome sistémico de variable rigidez, por lo general manifestado por tensión arterial por encima de 140/60 mmHg acompañado de proteinuria. Se evidencia acorde a la severidad de la patología ya sea con principios o no de severidad, para el diagnóstico es recomendable realizar un conjunto de análisis relacionado a los criterios de preeclampsia que presente la paciente. Es primordial la detección de trastornos de la tensión arterial en pacientes gestantes y postparto por el riesgo de complicaciones materno-fetal a través de la constante vigilancia, sobre todo en las más vulnerables que presenten una enfermedad previa.

El presente estudio de caso clínico hace referencia a la preeclampsia para la aplicación del proceso atención de enfermería y la teoría de autocuidado con la finalidad de evitar complicaciones como eclampsia, síndrome de HELLP, fallecimiento materno o fetal.

I. MARCO TEÓRICO

Preeclampsia

Se describe a la preeclampsia como una alteración hipertensiva en el periodo de la gestación comúnmente luego de la primera mitad del embarazo es decir posterior de las veinte semanas de maternidad o hasta se puede producir en el postparto. Se manifiesta con una tensión arterial sistólica >140 mmHg o una tensión arterial diastólica >90 mmHg acompañado en dos tomas con cuatro horas de diferencia entre ambas y asimismo se visualice proteinuria >0.3 g en una orina de 24 horas o un nivel proteína creatinina >0.3 mg o la disposición de >2 + en tiras reactivas, más disfunción orgánica. (Pereira Calvo, J., et al. 2020, pág. e340)

Etiología

Son múltiples las teorías que tratan de explicar cómo surge esta patología sin embargo falta esclarecer su etiología. El más aceptado es, se describe una interrupción trofoblástica anormal de vasos uterinos. Incluso mal acoplamiento de la gestante a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas, intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y feto placentarios. (Herrera Sánchez, K., 2018, pág. 10)

Fisiopatología

Debido al desperfecto en la placentación y una deficiencia en la reestructuración de las arterias espirales suponiendo la liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad. En consecuencia, de este proceso se produce la hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, isquemia hepática, hemólisis, isquemia de sistema nervioso central, trombocitopenia y finalmente eclampsia con convulsiones. (Herrera Sánchez, K., 2018, pág. 10)

Las gestantes que presentan preeclampsia tienen un incremento de la susceptibilidad vascular a la acción de los agentes presores. Estudios demostraron que la infusión de dosis crecientes de angiotensina II (Ag II) durante la gestación, no ocasionan el incremento de la tensión arterial en las gestantes, pero las que luego fomentaban a la presentación de preeclampsia con sensibilidad aumentada

a este vasopresor, con el descenso de la producción de prostaciclina secretada por el endotelio vascular (vasodilatador, antiagregante plaquetario), y un aumento de tromboxano. (Voto, L.S., 2008)

Hallazgos anatomopatológicos

Resultados de la determinación de proteinuria en 24 h >300 mg, tensión arterial >140/90 mmHg o significativamente elevada respecto a la basal, lesiones glomerulares características (endoteliosis capilar), aumento de la reactividad vascular, envejecimiento prematuro de la placenta, trombocitopenia, elevación de las enzimas hepáticas. (Smith, R., 2004, págs. 221- 224)

Clínica

Las manifestaciones clínicas de este trastorno hipertensivo, por lo general se evidencia posterior a las 34 semanas de embarazo en un 90% de los casos, próximamente se presenta antes de las 34 semanas de embarazo, en las primeras 48 horas postparto en menos del 5% de los casos. (Pereira Calvo, J., et al. 2020, pág. e340)

La hipertensión arterial es característico de embarazadas con preeclampsia, cambios en el sistema renal representándose con proteinuria, además de manifestaciones clínicas neuro hipertensivos como cefalea, escotomas, fotofobia, visión borrosa e incluso ceguera temporal, dolor abdominal o epigastralgia, disnea, dolor torácico, alteraciones hematológicas puede presentar trombocitopenia y/o anemia hemolítica, descontrol de la hemostasia, cambios en la permeabilidad vascular causando edemas.

Los síntomas antes de las 20 semanas pueden interferir con el diagnóstico, en estos casos, además de valorar por preeclampsia, se debe descartar la presencia de una enfermedad trofoblástica gestacional. Otro tipo de presentación atípica son los casos en que se presentan proteinurias aisladas, sin otro hallazgo asociado. (Álvarez-Fernández, I., et al. 2016, pág. 83)

Factores de riesgo

Entre los principales factores de riesgo son: antecedentes personales de preeclampsia, enfermedad renal, diabetes mellitus, hipertensión arterial, trombofilia, enfermedades del colágeno, antecedentes familiares de preeclampsia, periodo Intergenésico mayor a 10 años, gesta múltiple, síndrome antifosfolípido, primigesta o multiparidad, índice de masa corporal elevado, primipaternidad, patología trofoblástica e infecciones de la gestación, menor de 20 años de edad o mayor de 35 años de edad. (Herrera Sánchez, K., 2018, pág. 9)

Según otros estudios indica los siguientes factores frecuentados en los pacientes representarían riesgo entre ellos “un nuevo cónyuge en multíparas, pondría en el mismo nivel que las nulíparas, además tener antecedentes personales y familiar de eclampsia leve, el uso previo de preservativo, edades avanzadas” (Acosta Aguirre, Y., et al. 2017, pág. 56).

Según otro estudio surge otra implicación de factores de origen inmunológico, al tatar de especificar el aumento del riesgo de preeclampsia en embarazos a través de técnicas de reproducción asistida, más aún al emplear gametos de donante. Además, se refleja una considerable incidencia y gravedad de la enfermedad en gestaciones monocoriónicas. Otro factor de riesgo menos frecuente es la etnia afroamericana, capaz de predisponer el desarrollo de la patología. (Álvarez-Fernández, I., et al. 2016, pág. 82 – 83)

Según el estudio de preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual se involucró a 238 gestantes, un 75,21% de los casos en edades reproductivas de 20 – 34 años de edad, un 7,98% de los casos son adolescentes, un 16,80% de los casos en embarazadas con avanzada edad conforman un grupo de riesgo a considerar. Dando como resultado una media para la edad materna de $28,89 \pm 7,07$ con un valor límite de 42 años y un mínimo de 15 años de edad. (Suárez González, J.A., et al. 2014, pág. 371)

Clasificación y diagnóstico

La clasificación de la preeclampsia se detalla a continuación:

- La preeclampsia sin signos de gravedad es cuando la tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg, y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg, se deberá

esperar por lo menos 15 minutos para volver a tomar la tensión arterial, ligada a proteinuria y sin afectar a órgano blanco.

- La preeclampsia con signos de gravedad es cuando la tensión sistólica ≥ 160 mmHg, y/o tensión diastólica ≥ 110 mm Hg, se deberá esperar al menos 15 minutos para tomar la tensión arterial, ligada a proteinuria, o puede definirse con una hipertensión de algún nivel, con o sin proteinuria, con afectación de órgano blanco.

La proteinuria es característico en el diagnóstico de preeclampsia, no obstante, la gravedad de la proteinuria no se junta directamente con resultados maternos y neonatales desfavorable, asimismo, la proteinuria grave $>5g$ en 24 horas ya no se considera un hallazgo diagnóstico de la preeclampsia con signos de gravedad. (Rojas Pérez, L.A., et al. 2019, pág. 82)

Epidemiología

Es usual una alta incidencia de preeclampsia en países en vías de desarrollo, sin embargo, en los últimos tiempos se ha intensificado la cantidad de casos de esta patología en países industrializado. Convirtiéndose en un notable dilema en la salud a nivel mundial, siendo de mayor relevancia el incremento de morbimortalidad materna como fetal. Un moderno estudio reveló que los decesos maternos a causa de preeclampsia y eclampsia en EE. UU., entre 2006 y 2010, fue de un 8,9%. Se estima que en países desarrollados la tasa de letalidad perinatal por preeclampsia ha incrementado evidenciándose en una cuarta parte, a diferencia de países con menos recursos. (Álvarez-Fernández, I., et al. 2016, pág. 82)

Estudio y valoración

Laboratorio: Análisis de función hepática y renal tales como: proteinuria en 24 horas, determinación de enzimas, aclaramiento renal, entre otros.

Técnicas de imagen: Ecografía para controlar y vigilancia del estado fetal.

Pruebas específicas: Se llevará a cabo una evaluación de la maduración pulmonar fetal en caso que la concepción materna es severo, el manejo se basa en los diferentes factores maternos y no en la maduración fetal.

Procedimientos diagnósticos: Anamnesis, examen físico con énfasis en la tensión arterial, análisis de orina (o tira reactiva), pruebas de laboratorio. (Smith, R., 2004, págs. 221- 224)

Diagnóstico

Las perspectivas que deben reunir una gestante para dar el diagnóstico positivo para preeclampsia se encuentran: embarazo superior a 20 semanas de embarazo, exceptuando el embarazo molar, tensión arterial superior a 140/90 mmHg, aunque sea en dos ocasiones diferentes con 6 horas entre ellas y proteinuria $\geq 300\text{mg/dl}$ en 24 horas.

Entre las perspectivas graves se detectarán:

- Presión arterial superior a 160/110mmHg, aunque sea en dos ocasiones diferentes con 4 horas entre ellas, más dos o más características que se mencionan a continuación: proteinuria $>5\text{g}$ en orina de 24 horas, creatinina sérica $>1.2\text{mg/dl}$, oliguria $<500\text{ml}$ en 24 horas, cefalea, dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente, problemas visuales, trombocitopenia por abajo de 100 000, alteraciones en función hepática con exámenes que doblan su nivel normal, edema pulmonar. (Herrera Sánchez, K., 2018, pág. 10)

Tratamiento

a) En la preeclampsia sin antecedentes de gravedad la finalidad será tratar de normalizar los valores de tensión arterial, manteniendo una tensión sistólica entre 135 y 155 mmHg y una tensión diastólica entre 80 y 105mmHg. Para eso la farmacoterapia a emplearse será: Metildopa 250 a 500mg dosis diaria, aunque se pueden usar hasta dosis de 2g diario, fármaco de primera línea. Hidralazina 60 a 200mg dosis diaria, fundamentalmente en emergencias ya que el riesgo de hipotensión es muy alto. Labetalol 100 a 400mg, pero inclusive hasta 1200mg dosis diaria, evitar en pacientes insuficiencia cardiaca o asmáticas y en mujeres en labor de parto, puede generar bradicardia fetal. Nifedipina 10 a 20mg hasta 180mg dosis diaria.

b) En gestantes con preeclampsia con datos de severidad, se realizará hospitalización con monitorización cardiaca no invasivo en posición de decúbito

lateral izquierdo, se canalizará accesos venosos periféricos de grueso calibre y se colocará sonda Foley para medir la diuresis. También se administrará farmacoterapia entre ellas: Hidralazina con bolo inicial 5mg intravenoso con bolos de 5 – 10mg intravenoso cada 20 minutos, dosis máxima de 30mg, Labetalol 20mg intravenoso continuado de 40 – 80mg cada 10 minutos, dosis máxima de 220mg, Nifedipina 10mg cada 30 minutos, dosis máxima de 50mg.

c) Para controlar crisis convulsivas: Se usa como neuro protección el sulfato de magnesio en dosis inicial de 4g diluidos en 250cc de solución glucosada a pasar en 20 minutos y después dosis de mantenimiento a 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%. Ante intoxicación por magnesio, definida por hiperreflexia, se administra 1g de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos.

d) Terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. Los demás tratamientos son únicamente de sostén para alcanzar el embarazo a una edad gestacional con feto viable. Debe culminarse el embarazo con preeclampsia que exhiba criterios de severidad o en embarazos que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar. (Herrera Sánchez, K., 2018, pág. 11)

La recomendación general es esperar al menos hasta la semana 34, aunque un empeoramiento considerable de la situación materna fetal (hipertensión persistente, pérdida fetal, edema pulmonar, pródromos de eclampsia, retraso del crecimiento intrauterino grave) demuestra la finalización previa a las 34 semanas, en cuyo acontecimiento se requiere la administración anticipada de corticosteroides para garantizar la maduración pulmonar fetal. (Álvarez-Fernández, I., et al. 2016, pág. 86)

Otro fármaco usado es la Clonidina, agonista α_2 de acción central, procede reduciendo el flujo simpático central, admitido en el periodo de la lactancia materna, crea un efecto secundario hipertensión de rebote, otros efectos adversos son mareos, somnolencia, problemas para dormir, sentirse cansado o irritable, pérdida del apetito, boca seca, pesadillas, estreñimiento, ojos secos, con lactancia materna segura. (Ortiz Martínez, R., et al. 2017, pág. 224)

Prevención

Por la compleja fisiopatología de la preeclampsia e impacto generado sobre el binomio, el único tratamiento curativo es el parto, la mejor medida profiláctica es la implementación de aspirina, capaz de disminuir el riesgo de padecer preeclampsia o tener resultados secundarios, logrando la aceptación y validación. Reduce la resistencia vascular periférica, produciendo una sensación vasodilatadora, reduciendo la síntesis plaquetaria de un vasoconstrictor fisiológico, el tromboxano A2, y la secreción de prostaciclina en los vasos sanguíneos.

En tal caso la administración se dará en pequeñas cantidades, en altas cantidades no se tendrá los mismos resultados. Es recomendable la profilaxis con aspirinas solo en aquellas gestantes con factores tales como embarazo múltiple, hipertensas crónicas, antecedente de embarazo previo con preeclampsia, nefropatas, diabéticas y pacientes con patologías autoinmune, síndromes antifosfolípidos y Lupus. Esta indicado en inicios del segundo trimestre antes de las 16 semanas de embarazo, con una efectividad hasta del 70% problemas hipertensivos; se puede iniciar la profilaxis hasta antes de las 28 semanas de gestación.

La dosis de aspirina para profilaxis de la preeclampsia no es clara, pero por resultados obtenidos la recomendación es entre 50 a 150 mg diaria. Sin embargo, la administración de aspirina tiene efectos secundarios durante el primer trimestre de la gestación, presentándose riesgo sangrado por eso su uso deberá ser durante el segundo y tercer trimestre, para garantizarlo. (Pereira Calvo, J., et al. 2020, pág. e340)

Detectar al grupo susceptible para esta patología representaría lo primordial, a través de características de la gestante, marcadores bioquímicos e indicadores ecográfico. En pacientes con condiciones clínicas subyacentes que se conviertan en factores de riesgo ante la preeclampsia de se ha evidenciado que la aspirina en pequeñas dosis antes de la semana 16 disminuye la incidencia de esta patología hasta un 29% de los casos, retraso del crecimiento intrauterino en un 20% de los casos y de parto pre término en un 19% de los casos. (Álvarez-Fernández, I., et al. 2016, pág. 86)

Otras prácticas recomendadas durante el embarazo son administración de suplementos de calcio para crear óxido nítrico durante la gestación en áreas donde el consumo de calcio es bajo (<900 mg/día), también antihipertensivos para embarazadas con hipertensión grave. Asimismo, como consecuencia en mujeres con preeclampsia grave, un feto viable y <37 semanas de gestación, puede considerarse una conducta expectante, siempre que no presente hipertensión materna no controlada, disfunción orgánica materna en aumento ni sufrimiento fetal y puedan monitorearse.

Mientras que durante el posparto se recomienda la administración continúa de antihipertensivos durante el período posparto para mujeres previamente tratada con antihipertensivos en la asistencia prenatal. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

1.1. Justificación

Las complicaciones de la preeclampsia aumentan ante la presencia de factores de riesgo que influirán directamente sobre la paciente y no se ha obtenido un diagnóstico óptimo de la patología, constituye un serio problema para la etapa gestacional, las probabilidades de tener un desenlace fatal aumentan, tanto para la vida materna como neonatal, por lo tanto, es importante identificarlos a tiempo, permitirán detectar oportunamente el cuadro clínico y así, contribuir al incremento de la tasa de morbilidad y mortalidad feto-materna.

Es uno de los problemas de salud impacto entre las embarazadas, es fundamental interés en mujeres embarazadas jóvenes representan un grupo de riesgo crucial; el implementar programas para su detección y manejo eficaz es primordial, recomendando al equipo de salud realizar todas las pruebas pertinentes a fin de descartar la patología o lograr un sustancial manejo y cercano control sobre la gestante

La investigación aplicada fue realizada con la finalidad de brindar conocimiento acerca de la patología, del riesgo inminente de esta afección, de tal manera que la comunidad de embarazadas pueda concientizar acerca de la importancia de los controles prenatales, buscar la ayuda y atención de la salud

calificado para detectar esta enfermedad oportunamente, así lograr prevención o controles oportunos sin llegar a complicaciones.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente gestante de 32.3 semanas con preeclampsia

1.2.2. Objetivos Específicos

Valorar a la gestante por medio de recolección de datos.

Promover acciones de enfermería que la gestante requiere para restablecer su condición de salud.

Elaborar diagnóstico de enfermería basados en las necesidades de la gestante.

1.3. Datos Generales

Nombres Completos: XXXX

Edad: 29 años

Sexo: Femenino

Raza: Mestiza

Fecha y lugar de Nacimiento: 23 de Julio de 1991, Yaguachi

Estado Civil: Casada

Nivel sociocultural/económico: Medio

Ubicación geográfica: Recinto María Clementina

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta

Paciente gestante de 29 años de edad de sexo femenino acude a la casa de salud acompañada de un familiar, presentando un cuadro clínico ± 8 horas de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal, dolor de cabeza, malestar general, fatiga, náuseas y vómitos.

Antecedentes

Antecedentes familiares: Madre Hipertensión Arterial + Diabetes Mellitus Tipo 2

Antecedentes patológicos: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: ± 7 años de Apendicetomía

Antecedentes ginecológicos: Menarquia 14 años de edad, primigesta, fecha de ultima menstruación 28/12/2019, fecha probable de parto 04/10/2020.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente gestante de sexo femenino con 29 años de edad acude al área de emergencia de la casa de salud orientada en tiempo, espacio y persona, tiene un embarazo de ± 32 semanas, presentando un cuadro clínico ± 8 horas de evolución caracterizado por dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio, cefalea, malestar general, astenia, náuseas, emesis con la tensión arterial elevada 160/110 mmHg, frecuencia cardiaca 82 x', frecuencia respiratoria 20 x', saturación de oxígeno 98% y temperatura 36 °C.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

2.3.1. Valoración cefalocaudal.

Cabeza: Normo cefálico, simétrica, cabello con buena implantación, color negro, sin presencia de cicatrices o nódulos palpables.

Cara: Facie pálida, con expresiones de dolor y preocupación

Ojos: Simétricos, pupilas anictéricas, isocóricas y reactivas a la luz, conjuntiva palpebral color rosada, presenta visión borrosa

Nariz: Simétrica, permeable, sin presencia de secreciones.

Boca: Mucosa deshidratada, piezas dentarias completas, lengua saburral, buena higiene bucal.

Oídos: Pabellones y conductos auriculares con buenas implantaciones y permeables, sin alteraciones evidentes de la audición.

Cuello: Simétrico, sin presencia de ingurgitación yugular, no se palpan adenopatías, no presenta cicatrices.

Tórax: Simétrico, normo expansión pulmonar, ruidos respiratorios normales, sin agregados, presenta murmullo pulmonar, ruidos cardiacos rítmicos, sin presencia masas o nódulos palpables, sin cicatrices o lesiones.

Glándulas Mamarias: Simétricas, anchas e hiperpigmentadas, aureola turgente, pezón normal, secreción de calostro espeso y amarillento, sin presencia de nódulos o masas palpables.

Abdomen: Globuloso, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, grávido con embarazo de ± 32 semanas, línea alba, altura uterina 30 cm, posición cefálica, tono normal, latidos cardiacos fetales presente, presenta peristaltismo, ruidos hidroaéreos de buena intensidad.

Genitourinario: Genitales normo configurados y eutróficos, con buena higiene, presencia de vello pubiano, presenta oliguria, sin presencia de secreciones.

Columna y extremidades superiores e inferiores: Curvaturas vertebrales normales, extremidades simétricas, en superiores presenta ligero edema e inferiores presenta marcado edema.

Medidas Antropométricas: Peso: 72kg, **Talla:** 1.60 cm

Signos Vitales: Frecuencia Cardíaca: 82 x', **Tensión Arterial:** 160/110 mmHg, **Frecuencia Respiratoria:** 20 x', **Saturación de Oxígeno:** 98%, **Temperatura:** 36 °C

Valoración neurológica: Escala de Glasgow. Inicial: Puntuación 15\15. **Respuesta ocular:** 4, **Respuesta verbal:** 5, **Respuesta motora:** 6

Valoración del Dolor: Escala de Eva. Inicial: Puntuación 7

2.3.2. Valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Paciente femenino gestante de 29 años de edad consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con facie pálida con expresiones de dolor y preocupación, mucosas orales deshidratadas, glándulas mamarias anchas e hiperpigmentadas, aureola turgente, pezón normal, secreción de calostro espeso y amarillento, abdomen globuloso, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, grávido con embarazo de ± 32 semanas, línea alba, altura uterina 30 cm, posición cefálica, tono normal, latidos cardíacos fetales presente, presenta peristaltismo, ruidos hidroaéreos de buena intensidad, en extremidades superiores presenta ligero edema e inferiores presenta marcado edema, acompañado de cefalea, elevación de presión arterial 160\110 mmHg, malestar general, astenia, náuseas, emesis.

Patrón 1: Percepción\Manejo de la Salud: Paciente consciente con buenos hábitos higiénicos, esquema de vacunación completo (2dosis dT e influenza), sin presencia de alergias, refiere dolor, malestar, astenia

Patrón 2: Nutricional\Metabólico: Paciente refiere una dieta equilibrada con peso de 72kg, talla 1.60 cm, mucosa deshidratada, facie pálida, con expresiones de dolor y preocupación, cabello con buena implantación, en

extremidades superiores presenta ligero edema e inferiores presenta marcado edema, temperatura de 36 °C, presenta náuseas, emesis y estrías.

Patrón 3: Eliminación: Presenta oliguria y peristaltismo, refiere que en las últimas 12 horas a vomitado cinco veces.

Patrón 4: Actividad\Ejercicio: Paciente con frecuencia cardiaca 82 por minuto, tensión arterial 160\110 mmHg, frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación de oxígeno 98%, presenta astenia, edemas en extremidades y malestar general.

Patrón 5: Sueño\Descanso: Paciente refiere que no ha logrado conciliar el sueño por los padecimientos presentes.

Patrón 6: Cognitivo\Perceptivo: Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, posee título de tercer nivel, presenta visión borrosa, demás órganos de los sentidos sin alteraciones, escala de dolor Eva puntuación 7, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, se encuentra preocupada y agitada.

Patrón 7: Autopercepción\Autoconcepto: Se encuentra nerviosa por su estado actual.

Patrón 8: Rol\Relaciones: Vive con su esposo, refiere tener una buena relación.

Patrón 9: Sexualidad\Reproducción: Paciente femenino primigesta ±32 semanas de embarazo, menarquia 14 años de edad, fecha de última menstruación 28/12/2020, fecha probable de parto 04/10/2020, presenta línea alba, altura uterina 30 cm, posición cefálica, tono normal, latidos cardiacos fetales presente

Patrón 10: Adaptación toleración al estrés: Paciente se encuentra agitada y preocupada

Patrón 11: Valores y Creencias: Refiere ser católica

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Embarazo de 32 semanas de gestación

Diagnóstico diferencial: Hipertensión Gestacional

Diagnóstico definitivo: Embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Conductas que determinan el origen del problema

Antecedentes heredofamiliares de hipertensión, primigesta

Procedimientos a realizar.

Previa realización de valoración cefalocaudal, patrones funcionales de Marjory Gordon, exámenes de laboratorio e imagen se diagnostica embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia en paciente femenino de 29 años de edad, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona es ingresada a la casa de salud en el área de ginecología con facie pálida, con expresiones de dolor y preocupación, mucosas orales deshidratadas, glándulas mamarias anchas e hiperpigmentadas, aureola turgente, pezón normal, secreción de calostro espeso y amarillento, abdomen globuloso, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, grávido, línea alba, altura uterina 30 cm, posición cefálica, tono normal, latidos cardiacos fetales presente, presenta peristaltismo, ruidos hidroaéreos de buena intensidad, en extremidades superiores presenta ligero edema e inferiores presenta marcado edema, acompañado de cefalea, elevación de presión arterial 160\110 mmHg, malestar general, astenia, náuseas, emesis.

Indicaciones médicas

Control y registro de signos vitales, Colación de Sonda vesical y balance Hídrico, Cuidados de enfermería, Control de score mama, Canalización de vida endovenosa, administración de medicamentos y registro.

NANDA: 00209
 NOC: 2509
 NIC: 6800

00209 Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

R/C: Preeclampsia, compromiso del transporte fetal de oxígeno (hipertensión)

E/P: Edema, oliguria, proteinuria en orina, cefalea, visión borrosa, facie de dolor, tensión arterial 160/110 mmHg, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio

M
E
T
A

Dominio: Salud Familiar (VI)

Clase: Estado de salud de los miembros de la familia

Etiqueta: 2509 Estado materno: parto

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
250908 agudeza visual			x	X	
250916 presión arterial		x		X	
250905 edema		X	X		
250919 proteinuria		X		X	
250906 cefalea		X		X	
250913 dolor epigástrico		x			X
250911 vómitos			X		x
250928 nausea			X	x	

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 05 Familia

Clase: w. Cuidados de un nuevo bebe

Etiqueta: 6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo

ACTIVIDADES

Vigilancia de Signos Vitales
 Control de Balance hídrico
 Determinar la presencia de factores médicos relaciones con malos resultados del embarazo (hipertensión)
 Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados
 Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata
 Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente o matrona
 Explicar los riesgos fetales asociados a partos prematuros
 Realizar pruebas para evaluar el estado materno - fetal

NANDA: 00204
 NOC: 0401
 NIC: 4062

00204 Perfusión tisular periférica ineficaz

R/C: Hipertensión – Preeclampsia en el embarazo

E/P: Mucosas deshidratadas, edema, elevación de la tensión arterial, facie pálida

M
E
T
A

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Etiqueta: 0401 Estado circulatorio

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
040101 presión arterial sistólica		X		x	
040102 presión arterial diastólica		X		x	
040120 edema		X		x	
040123 fatiga		X			X
040154 palidez		X			X
040140 gasto urinario		x			x

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 02. Fisiológico: Complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular

Etiqueta: 4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial

- ACTIVIDADES**
- Control y registro de constantes vitales
 - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica
 - Evaluar los edemas y los pulsos periféricos
 - Realizar cambios posturales del paciente como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente
 - Enseñar al paciente los factores de afectan la circulación
 - Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre
 - Monitorizar el estado hídrico, incluyendo las entradas y salidas

NANDA: 00026
 NOC: 0601
 NIC: 4120

00026 Exceso de volumen de líquidos

R/C: Preeclampsia

E/P: Edema, oliguria, alteraciones en la presión arterial, inquietud

M
E
T
A

Dominio: Salud Fisiológica (II)

Clase: Líquidos y electrolitos (G)

Etiqueta: 0601 Equilibrio hídrico

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
060101 presión arterial		X		X	
060107 entradas y salidas diarias equilibradas			X	X	
060116 hidratación cutánea		X			x
060112 edema periférico		X		X	
060117 humedad de membranas mucosas		x			X
060105 pulsos periféricos				X	x

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 02. Fisiológico: Complejo

Clase: N. Control de la perfusión tisular

Etiqueta: 4120 Manejo de líquidos

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar los signos vitales
 - Realizar un registro preciso de entradas y salidas
 - Realizar sondaje vesical
 - Vigilar el estado de hidratación
 - Evaluar la ubicación y extensión del edema
 - Controlar la ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria
 - Monitorizar el estado nutricional
 - Administrar líquidos, según corresponda

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

El presente estudio de caso clínico se aplicó la teorizante de Dorothea Orem la teoría del autocuidado, asimismo considera al autocuidado como el conjunto de actividades asimiladas por la persona, encaminado hacia una meta, estima que es un comportamiento existente en las diferentes situaciones sobre su vida, otras personas, entorno, con el fin de regularizar los distintos factores que afectan su adecuado funcionamiento y desarrollo en su etapa de vida a favor de su bienestar, vida y salud. Orem creo la teorizante como una referencia hacia la educación, práctica y gestión del personal de enfermería, la misma plantea tres requisitos para el autocuidado son del desarrollo, universal y desviación de la salud, la misma es el motivo de las actividades de autocuidado que efectúa el paciente con enfermedad crónica o incapacidad. (Naranjo Hernández, Y., et al. 2017, pág. 4)

Dorothea Orem conceptualiza a los metaparadigmas de la siguiente manera:

- Enfermería: Considera que debe enfocarse en asistir a la persona en efectuar por su cuenta, actividades para autocuidarse en la preservación de su salud y vida, recuperarse una patología y hacer frente a las consecuencias de la misma.
- Salud: Situación característico por la fijeza o total desarrollo de estructuras humanas tanto mental como física.
- Entorno: Los distintos factores químicos, sociales, físicos y biológicos que actúan con la persona sea familiar o comunitario.
- Persona: Organismo racional, biológico y pensante, el mismo afectado por el entorno, efectuando actividades predeterminadas que pueden afectar al individuo o a la sociedad en general, al entorno, condiciones que crean la capacidad para autocuidarse. (Fernandez Fernandez, M.L., 2014, págs. 14 - 15)

El personal de enfermería procede cuando el paciente no puede por si mismo autocuidarse, por lo mismo Orem expone ciertos métodos para enfermería asistencial, apoyándose en la relación de suplementar o ayudar al enfermo, los mismos son: proceder en lugar del paciente, procurar un entorno favorable, ayudar e informar al paciente, instruir al paciente que se ayuda.

El autocuidado es considerado como acciones que se realizan de manera deliberada por si solas, encaminadas con una finalidad para la regulación de los diferentes factores que intervienen en su entorno, así mismo tener beneficio tanto en su vida, salud y bienestar. Asimismo, se deben considerar las siguientes indicaciones: explorar los diferentes factores, déficit del autocuidado y problemas en la salud, valoración exhaustiva sobre el paciente, analizar los diferentes datos que encaminar a detectar el déficit del autocuidado, crear y planificar estrategias para incluir al paciente en la realización de actividades encaminadas al autocuidado, ejecutar el sistema de enfermería y tomar el rol de cuidador u orientador junto con la participación del paciente. (Prado Solar, L. A., et al. 2014, pág. 839)

En el presente estudio de caso clínico se aplicó la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, por la presentación de una patología agregada a su periodo de gestación la cual es la preeclampsia, siendo primigesta y teniendo antecedente heredofamiliar de hipertensión, además de encontrarse agustina, nerviosa y preocupada por sus padecimientos, vive con su esposo ingreso a la unidad hospitalaria con un cuadro clínico dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, grávido, altura uterina 30 cm, posición cefálica, tono normal, latidos cardiacos fetales presente, presenta peristaltismo, ruidos hidroaéreos de buena intensidad, en extremidades superiores presenta ligero edema e inferiores presenta marcado edema, acompañado de cefalea, elevación de presión arterial 160\110 mmHg, facie pálida, con expresiones de dolor y preocupación, malestar general, astenia, náuseas, emesis, se realizan exámenes de laboratorio de lo más relevante fue la proteinuria elevada.

Se elaboraron los procesos de atención de enfermería junto a la teorizante de Orem destacando la importancia del autocuidado, con la posible alta y seguimiento en el domicilio hasta llegar a su fecha probable de parto, además de hacer hincapié en la detección de las diferentes manifestaciones clínicas y la educación sobre los signos de alarma que son de gran importancia en su estado actual, así como el adecuado conocimiento sobre su padecimiento actual, por lo mismo se usó el NANDA, NIC, NOC con la finalidad de crear PAE para mejorar el estado de salud de la paciente junto a su colaboración en la ejecución de las

actividades, los diagnósticos enfermero que se realizaron en el presente caso clínico fueron: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal, Perfusión tisular periférica ineficaz, exceso de volumen de líquidos.

Cuidados de Enfermería

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

- Vigilancia de Signos Vitales
- Control de Balance hídrico
- Determinar la presencia de factores médicos relaciones con malos resultados del embarazo (hipertensión)
 - Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados
 - Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata
 - Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente o matrona
 - Explicar los riesgos fetales asociados a partos prematuros
 - Realizar pruebas para evaluar el estado materno - fetal

Perfusión tisular periférica ineficaz

- Control y registro de constantes vitales
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica
- Evaluar los edemas y los pulsos periféricos
- Realizar cambios posturales del paciente como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente
 - Enseñar al paciente los factores de afectan la circulación
 - Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre
 - Monitorizar el estado hídrico, incluyendo las entradas y salidas

Exceso de volumen de líquidos.

- Monitorizar los signos vitales

- Realizar un registro preciso de entradas y salidas
- Realizar sondaje vesical
- Vigilar el estado de hidratación
- Evaluar la ubicación y extensión del edema
- Controlar la ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria
- Monitorizar el estado nutricional
- Administrar líquidos, según corresponda

2.8. Seguimiento

Se inicia seguimiento desde el ingreso a la unidad de salud en el área de emergencia ginecológica se activa clave azul siguiendo pautas el equipo de salud brinda cuidado a la paciente.

Prescripción medica

- Solución salina 0.9% 1000cc + ácido ascórbico 1gr IV 20 gotas x'
- Impregnación y mantenimiento de sulfato de magnesio
- Nifedipina 10 mg VO cada 8 horas
- Paracetamol 1gr VO cada 8 horas
- Hidralazina 5mg si la tensión arterial es mayor de 160/110 mmHg
- Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas
- Omeprazol 40mg IV diario
- Cuidados de enfermería
- Exámenes de laboratorio
- Monitorización fetal

Día 1

Paciente gestante ingresa con facie pálida, con expresiones de dolor y preocupación, tensión arterial 160/110mmHg, malestar general, astenia, náuseas, emesis, edema, mucosas orales deshidratadas, abdomen globuloso, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, escala de Eva puntuación 7 activando la clave azul se crea dos accesos venosos periféricos #18 uno para hidratación y la otra para medicación, se coloca sonda

vesical con bolsa recolectora, pulsera de identificación, se inicia impregnación de 20 ml de sulfato de magnesio al 20% (4g) + 80 ml de solución salina, se pasó 303ml/hora en bomba de infusión, se continua dosis de mantenimiento de 50 ml de sulfato de magnesio al 20% (10g) + 450ml de solución salina, se pasó 50ml/hora en bomba de infusión. Después de la impregnación y mantenimiento de sulfato de magnesio se alcanza una tensión arterial de 145/90 mmHg

Paciente gestante de sexo femenino de 29 años de edad es ingresada al área de ginecología del hospital con diagnóstico de embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia, se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con vía endovenosa periférica permeable, pulsera de identificación, con los signos vitales: frecuencia cardiaca 82x', frecuencia respiratoria 20 x', tensión arterial 160/110mmHg, temperatura 36 °C, saturación de oxígeno 98%, se encuentra alerta, con proteinuria positivo, puntuación de score mama 7, dieta nada por vía oral, se administra medicación de acuerdo a indicaciones médicas, monitorización de signos vitales, vigilancia de signos de alarma, reposo en decúbito lateral izquierdo, control de score mama, control de diuresis, balance hídrico y se brindan cuidados de enfermería.

Día 2

Paciente gestante de sexo femenino con 29 años de edad ingresada con diagnóstico de embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia, se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con vía endovenosa periférica permeable, pulsera de identificación, con los signos vitales: frecuencia cardiaca 96x', frecuencia respiratoria 20 x', tensión arterial 140/90mmHg, temperatura 36.4 °C, saturación de oxígeno 99%, se encuentra alerta, con proteinuria positivo, puntuación de score mama 5, facie con expresiones de dolor y preocupación, abdomen globuloso, dolor en la región del epigastrio escala de Eva puntuación 5, gravídico, estado fetal hemodinámicamente estable, presentando astenia, malestar, leve cefalea, náusea, una emesis en las últimas 24 horas, dieta blanda sin sal, se administra medicación de acuerdo a pautas médicas, monitorización de signos vitales, vigilancia de signos de alarma, reposo en decúbito lateral izquierdo, control de score mama, control de diuresis, balance hídrico, aseo

diario, exámenes de laboratorio, valoración ginecológica y se brindan cuidados de enfermería.

Día 3

Paciente femenino gestante con 29 años de edad ingresada con diagnóstico de embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia, se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con vía endovenosa periférica permeable, pulsera de identificación, con los signos vitales: frecuencia cardiaca 75x', frecuencia respiratoria 18 x', tensión arterial 130/88mmHg, temperatura 36.4 °C, saturación de oxígeno 100%, se encuentra alerta, con proteinuria positivo, puntuación de score mama 2, facie con preocupación, abdomen globuloso, dolor en la región del epigastrio escala de Eva puntuación 3, gravídico, estado fetal hemodinámicamente estable, presentando malestar, dieta hiposódica, se administra medicación de acuerdo a pautas médicas, monitorización de signos vitales, vigilancia de signos de alarma, reposo en decúbito lateral izquierdo, control de score mama, balance hídrico, aseo diario, exámenes de laboratorio, control de latidos cardíacos, valoración ginecológica y se brindan cuidados de enfermería.

Día 4

Paciente femenino gestante con 29 años de edad ingresada con diagnóstico de embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia, se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con vía endovenosa periférica permeable, pulsera de identificación, con los signos vitales: frecuencia cardiaca 66x', frecuencia respiratoria 20 x', tensión arterial 120/76mmHg, temperatura 35.8 °C, saturación de oxígeno 100%, se encuentra alerta, con proteinuria negativo, puntuación de score mama 0, abdomen globuloso, dolor en la región del epigastrio escala de Eva puntuación 2, gravídico, estado fetal hemodinámicamente estable, dieta hiposódica, se administra medicación de acuerdo a indicaciones médicas, monitorización de signos vitales, vigilancia de signos de alarma, reposo en decúbito lateral izquierdo, control de score mama, balance hídrico, aseo diario, exámenes de laboratorio, monitorización fetal, valoración ginecológica y se brindan cuidados de enfermería.

Día 5

Paciente femenino gestante con 29 años de edad ingresada con diagnóstico de embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia, se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con signos vitales estables, sin presencia de signos de alarma, exámenes de laboratorio normales, estado fetal hemodinámicamente estable, recibe el alta médica tras mejorar su estado de salud, se retira vía endovenosa periférica, se brindan indicaciones post -alta médica:

- Informar sobre los signos de alarma, en caso de presentarse acudir a la unidad de salud más cercana
- Tomar la tensión arterial diario, sea en el domicilio o el centro de salud más cercano
- Continuar tratamiento farmacológico y demás indicaciones medicas
- Importancia de llevar una dieta hiposódica

2.9. Observaciones

Paciente femenino gestante con 29 años de edad ingresada al hospital con diagnóstico de embarazo de 32.3 semanas de gestación + preeclampsia, con elevación de la tensión arterial, emesis, náuseas, astenia, cefalea, malestar general, edema, con facie pálida, con expresiones de dolor y preocupación, mucosas orales deshidratadas, con escala de dolor Eva con puntuación Eva, score mama 7, estado fetal hemodinámicamente estable, se sigue pautas de clave azul, seguidamente se crea y aplica proceso de atención de enfermería junto a indicaciones médicas, demuestra mejora de su salud logrando alta médica.

CONCLUSIONES

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo en la etapa del embarazo, la misma es perjudicial para el binomio materno fetal, se manifiesta con un cuadro clínico representando principalmente por elevación de la tensión arterial $>140/90$ mmHg y proteinuria, por lo general se presenta después de las 20 semanas de gestación o en el periodo postparto, las poblaciones más vulnerables son patologías crónicas previo gestación, antecedente personal o familiar de preeclampsia, primigesta, multiparidad, obesidad, la edad (<20 años o >35 años). Es importante detectar a tiempo para evitar el progreso de la patología a una eclampsia o síndrome de HELLP siendo peligroso para la salud materno fetal. En el caso clínico planteado se inició con valoración encontrando palidez, arterial 160/110mmHg, malestar general, astenia, náuseas, emesis, edema, mucosas orales deshidratadas, abdomen globuloso, dolor moderado tipo cólico en la región del epigastrio aumenta a intenso a la palpación, escala de Eva puntuación 7, proteinuria positiva activando la clave azul se elaboró diagnostico enfermero riesgo de alteración de la diada materno/fetal, perfusión tisular periférica ineficaz y exceso de volumen de líquidos, se brindó acciones de enfermería acorde a las necesidades presentadas para mitigar la sintomatología para cumplir los objetivos planteados en el post evaluación y aplicando la teorizante de autocuidado para ayudar a la paciente a autocuidarse post -alta médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Aguirre, Y., Bosch Costafreda, C., López Barroso, R., Rodríguez Reyes, O., y Rodríguez Yero, D. (2017). Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 43(4), 53-60. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n4/gin05417.pdf>
- Álvarez-Fernández, I., Prieto, B., y Álvarez, F.V. (2016). Preeclampsia. *Revista del laboratorio clínico*, 9(2), 81 - 89. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-pdf-S188840081630006X>
- Fernandez Fernandez, M.L. (2014). Bases históricas y teóricas de la Enfermería: Modelos y Teorías en Enfermería (III). El modelo de Dorothea Orem. *Universidad de Cantabria*, 4, 1 - 15. Obtenido de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>
- Herrera Sánchez, K. (2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3(3), 8 - 12. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J.A., Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*, 9(3), 1 - 11. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. *Organizacion Mundial de la Salud*, 1, 1 - 38. Obtenido de Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia
- Ortiz Martínez, R., Rendón, C. A., Gallego, C. X., y Chagüendo, J. E. (2017). Hipertensión/ preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(2), 219 - 231. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n2/art13.pdf>

Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., y Quirós Figueroa, L. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*(5), e340. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340>

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., y Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 36(6), 835-845. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Rojas Pérez, L.A., Rojas Cruz, L.A. Villagómez Vega, M.D., Rojas Cruz, A.E., y Rojas Cruz, A.E. (2019). Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 79-91. Obtenido de <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/95/127>

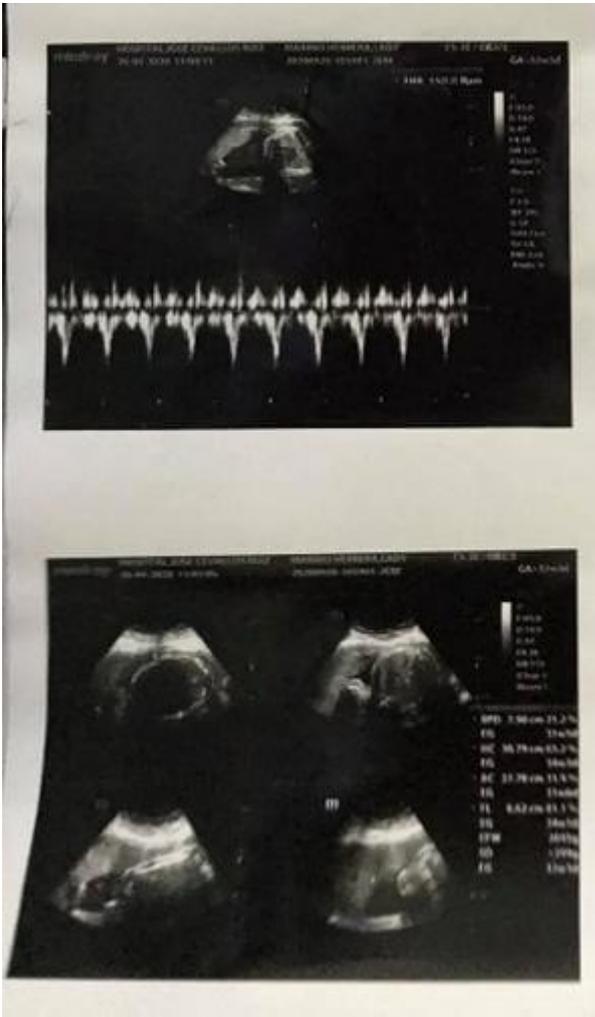
Smith, R. (2004). *Netter obstetricia, ginecología y salud de la mujer*. Elsevier.

Suárez González, J.A., Gutiérrez Machado, M., Cairo González, V., Marín Tapanes, Y., Rodríguez Róelo, L., y Veitía Muñoz, M. (2014). Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 40(4), 368 - 377 . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2014/cog144c.pdf>

Voto, L.S. (2008). *Hipertensión en el Embarazo*. Corpus Libros.

ANEXOS

ANEXO 1. Ecografía



ANEXO 2. Evidencia Fotográfica

