



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE 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 Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 34.5
SEMANAS CON PREECLAMPSIA.**

AUTOR

TANIA MORELIA GUERRERO NARANJO

TUTOR

LIC. ESCOBAR TORRES ALICIA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022 – 2023

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION.....	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).....	9
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	9
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	10
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	13
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	15
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	15
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	19
2.8 SEGUIMIENTO	20
2.9 OBSERVACIONES	24
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26
ANEXOS.....	27

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado en primer lugar a mi querido Dios, a mis padres que son mis ángeles guardianes a mi hija y hermanas que siempre han estado a mi lado, tanto en mis buenos y malos momentos. Y a mis docentes que me brindaron de sus enseñanzas, valores y perseverancia, para cumplir con mi propósito de convertirme en un profesional de salud y servir de instrumento de Dios a la hora de tratar al prójimo.

TANIA MORELIA GUERRERO NARANJO

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, a mis padres, a mi hija y hermanas por apoyarme siempre. Y sobre todo, darme los ánimos y confianza que necesité muchas veces en toda mi trayectoria académica. Agradezco inmensamente a mi tutora Lic. Escobar Torres Alicia por guiarme, inculcarme y enseñarme durante este corto lapso de tiempo en mi estudio de caso clínico.

También agradezco de todo corazón a la Universidad Técnica de Babahoyo, a la Carrera de Enfermería y a la Escuela de Salud y Bienestar por brindarme la oportunidad de aprender de los mejores catedráticos y ejercer orgullosamente esta profesión conocida a nivel mundial como licenciada en enfermería.

TANIA MORELIA GUERRERO NARANJO

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 34.5
SEMANAS CON PREECLAMPSIA.

RESUMEN

El siguiente de caso clínico está enfocado en paciente de sexo femenino de 34 años de edad que acude en compañía de su esposo por el área de emergencia por presentar cuadro clínico de \pm 9 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo contracción en hipogastrio que se irradia a región lumbar con temperatura de 38°C, edema en miembros inferiores y escalofríos. Inmediatamente se procedió a la toma de las constantes vitales donde se pudo presenciar una PA 140/90, FC 110xmin, FR 22, T°C 38, SPO2 98% Peso 78.80kg, Talla 157cm, Glasgow 15%. Se toma muestra de sangre a la paciente para realizar exámenes de hemograma, química sanguínea y ecografía pélvica. También se coloca cateterismo vesical y vía periférica para administración de medicamentos prescritos por el medico como cloruro de sodio 0,9% 80ml + 2 ampollas de sulfato de magnesio 4gr pasar IV en 30 minutos (impregnación). Con permanente control de constantes vitales y balance hidroelectrolítico . Una vez que se estabilizó a la paciente fue trasladada al área correspondiente para el seguimiento y control permanente . Es importante mencionar que el objetivo del siguiente caso clinico es poder elaborar el proceso de enfermería en gestante de 34,5 semanas con diagnóstico de preeclampsia y así contribuir a mejorar su estado de salud, priorizando las intervenciones de enfermería acorde a las necesidades requeridas por parte del paciente.

PALABRAS CLAVES: Preeclampsia, hemograma, ecografía, sulfato de magnesio, PAE.

SUMMARY

The following clinical case study is focused on a 34-year-old female patient who comes to the emergency area in the company of her husband for presenting a clinical picture of \pm 9 hours of evolution, characterized by contraction-type abdominal pain in the hypogastrium. which radiates to the lumbar region with hyperthermia of 38°C, edema in the lower limbs and chills. Vital signs were immediately taken, revealing BP 140/90, HR 110xmin, RR 22, T° 38, SPO2 98%, Weight 78.80kg, Height 157cm, Glasgow 15%. A blood sample is taken from the patient to perform blood count, blood chemistry and pelvic ultrasound tests. A bladder catheter and peripheral line are also placed through which sodium chloride 0.9% 80ml + 2 ampoules of magnesium sulfate 4g are administered IV in 30 minutes (impregnation). As well as the control of vital signs and water balance (income and expenses). Once the patient was stabilized, she was transferred to the delivery room area for follow-up and control. It is important to mention that the objective of the following case study is to be able to elaborate the nursing process in pregnant women at 34.5 weeks with a diagnosis of preeclampsia and thus contribute to improving their health status, prioritizing nursing interventions according to the needs required by the patient. part of the patient.

KEY WORDS: Preeclampsia, blood count, ultrasound, magnesium sulfate, PAE.

INTRODUCCION

Se define como preeclampsia a la presencia alteraciones de signos vitales más proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio (GPC, 2017).

Los factores de riesgos que más se asocian a la preeclampsia son las gestantes menores de 20 años o mayores de 35 años, primigesta, multiparidad, hipertensión arterial crónica, diabetes Mellitus, etc. (Mora, 2018).

En cuanto a la clasificación de la preeclampsia tenemos dos; preeclampsia leve y severa. Siendo más letal la preeclampsia severa con signos de tensión arterial de $\geq 160/110$ Hg con proteinuria positiva (Álvarez, Prieto, & Álvarez, 2021).

El cuadro clínico se evaluará si la paciente presenta TAS ≥ 160 mmHg TAD ≥ 110 mmHg, presencia de proteinuria ≥ 300 mg en diuresis de 24 horas, cefalea intensa, dolor abdominal en hipogastrio, náuseas, emesis, alteraciones hematológicas, función renal y neurológica, alteraciones visuales, desprendimiento de placenta, edema en miembros inferiores (GPC, 2016).

Lo recomendable para detectar preeclampsia en una gestante sería en las constantes vitales y examen físico. No obstante, es fundamental una ecografía. AL igual que realizar una evaluación de crecimiento fetal, volumen de líquido amniótico, monitoreo fetal y exámenes de laboratorio habitual del embarazo (Dulay, 2020).

Es importante mencionar que el tratamiento definitivo de la preeclampsia es la extracción del feto por parto distócico o eutócico. Aunque muchas veces dependiendo de la gravedad de la preeclampsia y las semanas de gestación se tratará con tratamiento farmacológico y reposo absoluto (GPC, 2016).

El siguiente estudio de caso nos ofrece una descripción de los principales aspectos relacionados con la preeclampsia y los óptimos cuidados de enfermería que se debe aplicar a la gestante durante su estancia hospitalaria.

I. MARCO TEORICO

CONCEPTO

Se define a la preeclampsia cómo el estado caracterizado por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. No obstante, debemos de saber que también es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento (GPC, 2017).

EPIDEMIOLOGIA

Según datos epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud se estima que la preeclampsia registra a nivel mundial la causa del 10 al 15% de las muertes maternas, algunas fuentes epidemiológicas reportan hipótesis causales inmunológicas, trombóticas, genéticas, mala adaptación placentaria y estrés oxidativo (García, Jimenez, & Guadalupe, 2018).

Sin embargo, la incidencia de preeclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo (2.4%) que en los países desarrollados (0.4%) (García, Jimenez, & Guadalupe, 2018).

Debemos recordar que la presencia de complicaciones durante el embarazo como edemas, proteinuria y trastornos hipertensivos es la segunda complicación más frecuente según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Entre este grupo de morbilidad materna, son prevalentes, la preeclampsia (40%), síndrome de Hellp (3%) y eclampsia (1%) (García, Jimenez, & Guadalupe, 2018).

En Ecuador, desde el año 2008 se considera a la preeclampsia como las primeras causas de muerte materna y representan el 27,53 % del total de muertes maternas ocurridas desde el 2008 hasta el 2015. Sin embargo, la provincia Chimborazo tiene la tercera tasa más alta a nivel nacional de estas enfermedades con un 28,16 % de preeclampsia y eclampsia durante el año 2016. (García, Ramirez, & García, 2020).

FISIOPATOLOGÍA

Se ha demostrado mediante estudios científicos que existe un defecto en la placentación y un fallo en la reorganización de las arterias espirales lo que conlleva a liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad.

Motivo por cual, como resultado de este procedimiento se produce hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemolisis, isquemia hepática, isquemia de sistema nervioso central y por último eclampsia con convulsiones (Herrera, 2018).

CAUSAS DE LA PREECLAMPSIA

Según la Organización Mundial de la Salud la preeclampsia se presenta alrededor del 3% a 7% de todos los embarazos. Sin embargo, se piensa que la afección empieza en la placenta.

Las causas que pueden llevar a que se desarrolle preeclampsia durante la gestación incluyen:

- Trastornos autoinmunitarios.
- Problemas vasculares.
- Inadecuada dieta durante el embarazo.
- Problemas hereditarios (MedlinePlus, 2020).

FACTORES DE RIESGOS

- Edad menores de 20 años o mayores de 35 años.
- Primigesta.
- Multiparidad.
- Mola hidatiforme.
- Preeclampsia en embarazo anterior.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Hipertensión arterial crónica.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad tiroidea
- Enfermedad renal.

- Enfermedad de la colágena vascular.
- Síndrome Antifosfolipídico.
- Historia familiar de Preeclampsia (Mora, 2018).

CLASIFICACIÓN DE LA PREECLAMPSIA

La preeclampsia se clasifica en:

- **Preeclampsia leve:** Se presenta cuando la presión arterial es mayor 140/90 mmHg durante cuatro horas con presencia de proteinuria \geq a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad (García, Ramirez, & García, 2020).
- **Preeclampsia severa:** Se presenta cuando la presión arterial en mayor a 160/110 Hg con proteinuria positiva más edema en miembros inferiores acompañado de visión borrosa (García, Ramirez, & García, 2020).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Preeclampsia leve

- TAS \geq 140mmHg TAD \geq 90mmHg a $<$ 160mmHg de TAD y/o $<$ 110mmHg de TAD que debe confirmarse en otra toma con una diferencia de por lo menos 15 minutos.
- Presencia de proteinuria \geq 300mg en diuresis de 24 horas.
- Cefalea intensa.
- Dolor abdominal en la parte superior, por lo general, debajo de las costillas y en el lado derecho.
- Náuseas.
- Emesis (GPC, 2016).

Preeclampsia severa:

- TAS \geq 160mmHg TAD \geq 110mmHg.
- Presencia de proteinuria \geq 300mg en diuresis de 24 horas.
- Alteraciones hepáticas (Nauseas, emesis, dolor en el cuadrante superior del abdomen).
- Alteraciones hematológicas, función renal y neurológica.
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas, centellantes, diplopía, fotofobia).

- Desprendimiento de placenta.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Edema en miembros inferiores
- Desprendimiento placentario (GPC, 2016).

DIAGNÓSTICO Y EXAMENES DE LABORATORIOS

- Examen físico y monitorización de constantes vitales-
- Evaluación de crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico.
- Monitoreo fetal.
- Doppler.
- Ecografía.
- Evaluación de arterias umbilical, cerebral media y uterina
- Hemograma con recuento de plaquetas
- Creatinina, úrea, ácido úrico, pruebas hepáticas.
- Exámenes de HDL
- Laboratorio habitual del embarazo (glucemia, serología, orina completa, urocultivo, cultivo estreptococo B) (Dulay, 2020).

TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA

Es indispensable saber que el tratamiento definitivo de la preeclampsia es la extracción del feto mediante parto distócico o eutócico. Aunque muchas veces dependiendo de la gravedad de la preeclampsia y las semanas de gestación se tratará con tratamiento farmacológico y reposo absoluto (GPC, 2017).

En sí, el tratamiento para la preeclampsia se basa:

- En general, internación y a veces, tratamiento antihipertensivo.
- Parto distócico o eutócico. Según factores como la edad gestacional y la gravedad de la preeclampsia.
- Sulfato de magnesio para prevenir o tratar nuevas convulsiones o para evitar que se repitan (Se administra 4 g intravenosos de sulfato de magnesio durante 20 minutos, seguidos de una infusión continua intravenosa de 1 a 3 g/hora con dosis suplementarias, según sea necesario (GPC, 2017).

COMPLICACIONES EN LA PREECLAMPSIA

Entre las complicaciones de la preeclampsia se incluyen las siguientes:

- Restricción del crecimiento fetal.
- Nacimiento prematuro.
- Desprendimiento de placenta.
- Síndrome de HELLP.
- Eclampsia.
- Daño a otros órganos.
- Enfermedad cardiovascular (MAYO CLINIC, 2018).

1.1 JUSTIFICACION

Durante la trayectoria de investigación y desarrollo de mi estudio de caso clínico, justifico que tiene como finalidad dar conocer las complicaciones materno–fetal que se presentarán antes, durante y después de la preeclampsia. Siendo una de las complicaciones del embarazo potencialmente severas caracterizadas por los signos vitales como tensión arterial frecuencia cardiaca y temperatura corporal.

Según (Baque, 2018) se realizó un estudio con 3.400 pacientes en el Hospital Verdi Cevallos Balda en Portoviejo, Ecuador, en donde 125 fueron diagnosticadas de preeclampsia y eclampsia con una prevalencia de 3.6%. Por otro lado, dependiendo la severidad de la toxemia se expusieron 81 casos, dando como resultado el 65 % de preeclampsia leve, 15 por preeclampsia moderada con el 12%, 21 sucesos de preeclampsia severa que equivale al 17% y por eclampsia 8 casos que representa el 6% (Pantoja & Coral, 2020).

Recordemos que la incidencia de preeclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo (2.4%) que en los países desarrollados (0.4%) (García, Jimenez, & Guadalupe, 2018). Por otro lado, entre este grupo de morbilidad materna son prevalentes la preeclampsia (40%), síndrome de Hellp (3%) y eclampsia (1%) (García, Jimenez, & Guadalupe, 2018).

El propósito del estudio de caso clínico basado en gestante de 34.5 semanas de gestación con diagnóstico de preeclampsia es elaborar y aplicar el PAE con el único objetivo de contribuir a mejorar su estado de salud mediante las intervenciones de enfermería durante su hospitalización.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en gestante de 34.5 semanas con preeclampsia.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo que conlleven a la preeclampsia durante el embarazo.
- Mencionar los patrones disfuncionales a tratar en gestante de 34.5 semanas con diagnóstico de preeclampsia.
- Exponer los resultados obtenidos mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería en gestante de 34.5 semanas con preeclampsia.

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- **NOMBRE Y APELLIDOS:** NN
- **NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:** XXXX
- **EDAD:** 34 AÑOS.
- **SEXO:** FEMENINO.
- **CONVIVIENTES:**
- **LUGAR DE NACIMIENTO:** BOLÍVAR
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 14 – 12 – 1987
- **CI:** XXXXXXXXX
- **ETNIA:** MESTIZO.
- **LUGAR DE RESIDENCIA:** GUARANDA - PARROQUIA ÁNGEL POLIBIO
CHAVES
- **NIVEL DE ESTUDIOS:** CUARTO NIVEL
- **NIVEL SOCIOCULTURAL/ECONÓMICO:** MEDIO.
- **GRUPO SANGUÍNEO:** RH O+
- **RELIGIÓN:** CATÓLICA.
- **EDAD GESTACIONAL:** 34.5 SEMANAS DE GESTACION.
- **DIAGNOSTICO MEDICO:** PREECLAMPSIA.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente femenina de 34 años de edad acude a esta casa de salud por presentar cuadro clínico de \pm 9 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de tipo contracción en hipogastrio que se irradia a región lumbar, acompañado de temperatura de 38°C , escalofríos y presencia de edema en miembros inferiores.

Antecedentes alérgicos	No refiere
Antecedentes clínicos	No refiere
Antecedentes quirúrgicos	Fibroadenoma mamario bilateral a los 11 años de edad.
Antecedentes patológicos familiares	Madre: Diabética Padre: Hipertenso
Antecedentes ginecológicos	Menarquia: 11 años Ciclos menstruales: regular X 4 días Inicio de vida sexual: 18 años. Parejas sexuales: Actualmente 1. Gestas: 1 Cesáreas: 0 Aborto: 0 ETS: No refiere. Edad gestacional: 34.2 SG Controles prenatales: 8 Eco: 3 Inmunizaciones: Antitetánica 2 dosis. Métodos anticonceptivos: No usaba. Hospitalizaciones: No Complicaciones: Amenaza de parto pretérmino + IVU.

2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Recibo paciente femenina de 34 años por presentar cuadro clínico de \pm 9 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de tipo contracción en hipogastrio que se irradia a región lumbar, acompañado de temperatura de 38°C , escalofríos y presencia de edema en miembros inferiores. Se procede a la toma y valoración de signos vitales donde se evidencia presión arterial 140/90 mmHg,

frecuencia cardiaca 110lxmin, respiración 22rxmin, temperatura 38° C, saturación de oxígeno 98%, peso 78.80kg y talla 157cm.

Con órdenes de exámenes de laboratorio y se canaliza vía periférica en miembros superiores bilateral, para dosis de impregnación de sulfato de magnesio y administración de medicamentos.

Se coloca cateterismo vesical para un control estricto de ingresos y egresos, resultado de exámenes con alteración de la proteinuria por lo que confirman preeclampsia severa. Paciente es trasladada al área respectiva.

Se realizó Score mama y se obtuvieron los siguientes valores:

SCORE MAMA		Puntuación
➤ Frecuencia cardiaca	110lxmin	1
➤ Presión sistólica	140 mmHg	2
➤ Presión diastólica	90 mmHg	2
➤ Frecuencia respiratoria	22rxmin	2
➤ Temperatura	38°C	1
➤ Saturación de oxígeno	98%	0
➤ Estado de conciencia	Alerta	0
➤ Proteinuria	Positivo	1
TOTAL =		9

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

- **Cabeza:** Normocefalica y con buena implantación capilar, y sin presencia de lesiones a nivel craneal.
- **Oído:** Simétricos con excelente agudeza auditiva.
- **Cara:** Facies pálidas y sin presencia de cicatrices.
- **Ojos:** Pupilas dilatadas y escleróticas blancas con buen reflejo a la luz.
- Nariz:** Fosas nasales simétricas y semihumedas.

BOCA

- Labios semihumedos y sin presencia de anomalías congénitas. Lengua saburral, semihumeda y piezas dentarias completas con presencia de calce dental en molares primarios.

CUELLO Y COLUMNA

- Cilíndrico. Sin presencia de adenopatías y columna sin alteraciones.

TORAX

- Simétrico. Altura normal de hombros y murmullos vesiculares normales. Se realiza auscultación donde se comprueba campos pulmonares ventilados y ruidos cardiacos Normofonéticos.

ABDOMEN

- Blando, globuloso con feto vivo único de 34.5 semanas de gestación con frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto.

GENITOURINARIO

- Genitales conservados con presencia de sonda vesical, para realizar control de balance hídrico y proteinuria.

EXTREMIDADES

- Simétricas con vía periférica en ambos miembros superiores con catéter calibre #18. Presencia de edema en miembros inferiores. Llenado capilar de 3 segundos y pulsos distales presentes.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

- **Peso:** 78.80Kg
- **Talla:** 157cm

SIGNOS VITALES

- **PA:** 140/90 mmHg
- **FC:** 110lxmin.
- **FR:** 22rxmin.
- **T °:** 38°C
- **StO2:** 98%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1 – PERCEPCIÓN DE SALUD.

Paciente menciona presentar dolor abdominal de tipo contracción en hipogastrio que se irradia a región lumbar, alza termina de 38°C, escalofríos y se evidencia presencia de edema en miembros inferiores. También nos refiere que no ingiere bebidas alcohólicas, ni drogas. Paciente consta con las vacunas antitetánicas, ecografías y todos sus controles realizados en el centro de salud de su parroquia. Por el momento queda en absoluto reposo, NPO, control de signos vitales y monitoreo fetal.

PATRÓN 2 – NUTRICIONAL – METABÓLICO.

Paciente con peso de 78.80kg y talla 157cm se encuentra por el momento en NPO con tratamiento parenteral. Refiere que se ingiere 3 a 4 comidas diarias en su hogar. No es alérgica a ninguna clase de alimento y que durante su embarazo no fue necesario usar ningún tipo de laxante.

PATRÓN 3 – ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Paciente permanece con cateterismo vesical para controlar balance hídrico y medir los ingresos y egresos diarios. También refiere que realiza deposiciones sin dificultad y que no sufre de estreñimiento, y que micciona unas 3 a 4 veces al día.

PATRÓN 4 – ACTIVIDAD / EJERCICIO

Paciente se encuentra en absoluto reposo y en constante monitorización de signos vitales, tanto materno – fetal. Nos refiere que es una persona que no hace ejercicios debido a su profesión y el tiempo que le demanda. Entonces se registra en la entrevista como sedentarismo.

PATRÓN 5 – SUEÑO Y DESCANSO

Paciente refiere que duerme de 6 a 7 horas diarias y que no presenta problemas para conciliar el sueño.

PATRÓN 6 – PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona se encuentra preocupada por su estado de salud actual, y además con miedo de que su bebé

nazca con complicaciones. En cuanto a lo neurológico, no presenta déficit que altere este patrón.

PATRÓN 7 – AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Paciente confiesa que no se cuidó lo suficiente en su embarazo y que se siente culpable por lo que está afrontando ella, y sobre todo, su bebé.

PATRÓN 8 – ROL – RELACIONES

Paciente refiere que vive con su pareja y que mantienen una buena relación aunque no estén casado. Tiene buena comunicación con sus padres y los parientes de su pareja. Menciona también que hay respeto mutuo y que no hay disfunción familiar.

PATRÓN 9 – SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Limitado por su condición de salud. Su menarquia fue a los 11 años. Sus ciclos menstruales son regular X 4 días. Su inicio de vida sexual se dio entre los 18 años. Gestas: 1. Cesáreas: 0. Aborto: 0. No ha presentado enfermedades de transmisión sexual. Su edad gestacional por F.U.M es de 34.2 SG. Se ha realizado 8 controles prenatales y 3 ecografías. También nos refiere que no se cuidó en un mes y que fue ahí cuando quedó embarazada de su pareja actual. Por el momento, solo quiere tener un hijo y que optará por un método anticonceptivo de periodo largo.

PATRÓN 10 – ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere que se siente un poco estresada y angustiada por todo lo que está cursando.

PATRÓN 11 – VALORES Y CREENCIAS

Menciona que cree en Dios y que pertenece a la religión católica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

HEMOGRAMA		
Exámenes	Valor	Valor Referencial
Hematíes	4`090.000 xmm ³	4`000.000-5`000.000

Leucocitos	9.500 xmm³	6.000-9.000
Hematocrito	40%	40 - 45 %
Hemoglobina	13.9 g/dl	13,2 a 16,6
Plaqueta	204.000 xmm ³	150.000 – 450.000
HCM	25.5%	26-33 %
Neutrófilos	80%	40 – 75%
Linfocitos	18%	20 – 45%
Monocitos	9%	2-10 %
VDRL	Negativo	
VIH	Negativo	
SIFILIS	Negativo	
ELECTROLITOS		
K	3.7 mg/dl.	3,5 a 5,3 mEq/L
Na	145 mg/dl.	135 a 145 mEq/L
Cl	103 mg/dl.	96 a 106 mEq/L
QUÍMICA SANGUÍNEA		
Glucosa	97 mg/dl	79-109
Colesterol	110 mg/dl	120 ml/dl
Triglicéridos	120mg/dl	150 mg/dl
UROANÁLISIS		
Urea	35 mg/dl.	40 mg/dl.
Creatinina	1.0	0.5 – 1.2
Glucosa en orina	11 mg/L	0-15 mg/dl
Proteinuria	Positiva (+++)	

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Podemos observar que los leucocitos están por encima de los valores normales con 9.500xmm (6.000-9.000) al igual que los neutrófilos 80% (40 – 75%) y se evidencia también prueba de proteinuria en tirilla positiva. Los que nos lleva a la conclusión de que la paciente está cursando por una etapa infecciosa, lo que puede probar daños en los tejidos, falla orgánica e incluso sufrimiento, complicaciones respiratorias severas para el feto e incluso muerte fetal, si no es tratada de inmediato.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnostico presuntivo:** Hipertensión arterial.
- **Diagnóstico diferencial:** Amenaza de aborto + infección de vías urinarias + eclampsia.
- **Diagnóstico definitivo:** Embarazo de 34.5 semanas de gestación más preeclampsia.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El siguiente estudio de caso realizado en embarazada de 34.5 semanas de gestación con un diagnóstico de preeclampsia, fue causado por los factores de riesgo como ser primigesta, la edad y obesidad. Al igual que los signos y síntomas como la hipertensión, edema en miembros inferiores, y sobre todo, la presencia de proteinuria en orina lo que conllevó a realizarse de manera urgente un parto distócico.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN LA PREECLAMPSIA

- Control de signos vitales.
- Vías periféricas permeables.
- Balance hídrico estricto.
- Administración de sulfato de magnesio, analgésicos, antihipertensivos.
- Si es necesario, colocar cánula nasal a 2lt.

PATRONES DISFUNCIONALES A TRATAR:

- **Confort**
- **Nutricional / metabólico**
- **Afrontamiento / tolerancia al estrés**

NANDA: 00131

NOC: 2102

NIC: 1400

Dominio 12. Confort

Clase 1. Confort físico

Etiqueta. 00131

Dx: Dolor agudo

R/C: Elevación de tensión arterial

E/P: Dolor abdominal de tipo contracción en hipogastrio que se irradia a región lumbar, expresión facial por dolor.

M
E
T
A
S

Dominio V: salud percibida

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Después				
	1	2	3	4	5
210201 Dolor referido	X			X	
210204 Duración de los episodios de dolor	X			X	
210206 Expresiones facial de dolor	X			X	
210212 Presión arterial	X				X

Clase V: sintomatología

Etiqueta 2102: nivel del dolor

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

Campo: Fisiológico complejo

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ACTIVIDADES

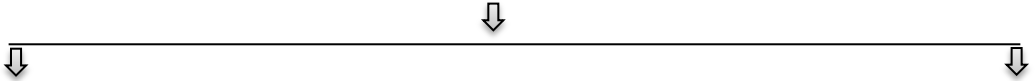
- 1-Control de signos vitales con énfasis en la presión arterial.
- 2-Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiaco fetal.
- 3-Elevar la cabecera de la cama y mantener una posición flowler.
- 4-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- 5-Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- 6-Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, si procede

NANDA: 00026

NOC: 0603

NIC: 4120

Dominio Nutrición Clase 5: Hidratación
Etiqueta. 00026 Dx: Exceso de volumen de líquidos



R/C: Compromiso de los mecanismos reguladores

E/P: Edema en miembros inferiores

M
E
T
A
S

DOMINIO II: Salud fisiológica

CLASE G: Líquidos y electrolitos

ETIQUETA 0603: Severidad de la sobrecarga de líquidos.

CAMPO 2: Fisiológico complejo

CLASE G: Control de electrolitos y acido base

ETIQUETA 2080: Manejo de líquidos/electrolitos N

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

ESCALA DE LIKERT
(1) Grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno

INDICADORES	DESPUES ANTES				
	1	2	3	4	5
060302: Edema de manos		X			X
060305: Edema de piernas	X			X	
060317: Aumento de la presión sanguínea	X			X	

- ACTIVIDADES**
- 1-Observar signos y síntomas, si procede.
 - 2-Evaluar la ubicación y extensión del edema.
 - 3-Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específicos (baja en sodio).
 - 4-Verificar si la cantidad de líquido que consume es la adecuada.
 - 5-Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquido persisten o empeoran.



NANDA: 00146

NOC: 1211

NIC: 5828

Dominio 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2 Respuestas de afrontamiento

Etiqueta. 00146

Dx: Ansiedad



R/C: Cambios en el estado de salud

E/P: Inquietud, preocupación e irritabilidad

M
E
T
A
S

DOMINIO III: Salud psicosocial.

CLASE M: Bienestar psicológico.

ETIQUETA 1211: Nivel de ansiedad.

CAMPO III: Conductual.

CLASE T: Fomento de la comodidad psicológica.

ETIQUETA 5820: Disminución de la ansiedad

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

ESCALA DE LIKERT

(1) Grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno

INDICADORES	ANTES		DESPUES		
	1	2	3	4	5
121105: Inquietud		X			X
121106: Tensión muscular	X			X	
121108: Irritabilidad		X		X	
121121: Aumento de la frecuencia respiratoria		X			X

ACTIVIDADES

- 1-Crear un ambiente que facilite la confianza
- 2-Escuchar con atención
- 3-Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico.
- 4-Observar signos verbales y no verbales de ansiedad.
- 5-Mantener contacto visual con al paciente.
- 6-Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- 7-Medir signos vitales, si procede.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Relaciono el siguiente estudio de caso clínico aplicado en paciente de 34 años de edad con 34.5 semanas de gestación con diagnóstico de preeclampsia con la teoría de Dorothea Orem, porque hace referencia al autocuidado de una persona.

Motivo por cual, lo acoplo a mi caso porque las embarazadas deben de recibir un cuidado optimo durante todo el periodo de su embarazo. De igual manera, deben tener la responsabilidad de acudir a los controles en el centro de salud más cercano, tomar ácido fólico bajo prescripción médica, hierro, cuidarse en la alimentación y mantenerse activa, etc.

Sin embargo, durante el embarazo experimentan diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y déficit del mismo que deben ser resueltos de inmediato, por parte del personal de salud o un familiar, si la paciente se encuentra en el hogar. Así estaríamos evitando complicaciones durante el embarazo.

2.8 SEGUIMIENTO

Se realiza seguimiento a paciente de 34 años de edad con diagnóstico de preeclampsia, por presentar dolor abdominal de tipo contracción en hipogastrio que se irradia a región lumbar, acompañado de temperatura de 38 C, escalofríos y presencia de edema en miembros inferiores.

Se procede a tomar signos vitales donde se evidencia:

- **Presión arterial:** 140/90mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 110lxmin.
- **Respiración:** 22rxmin.
- **Temperatura:** 38° C.
- **Saturación de oxígeno:** 98%.
- **Peso:** 78.80kg y **talla:** 157cm.

Se realiza extracción de sangre para exámenes de laboratorio y continua con vía periférica en miembros superiores bilaterales, para administras los medicamentos prescritos por el médico.

Se coloca cateterismo vesical para un control estricto de ingresos y egresos, con resultado de exámenes con alteración de la proteinuria por lo que confirman preeclampsia severa.

Se realizó Score mama y se obtuvieron los siguientes valores:

SCORE MAMA		Puntuación
➤ Frecuencia cardiaca	110lxmin	1
➤ Presión sistólica	140 mmHg	2
➤ Presión diastólica	90 mmHg	2
➤ Frecuencia respiratoria	22rxmin	2
➤ Temperatura	38°C	1
➤ Saturación de oxígeno	98%	0
➤ Estado de conciencia	Alerta	0
➤ Proteinuria	Positivo	1
TOTAL =		9

Se procede a la administración de medicamento como la impregnación de sulfato de magnesio y al tratamiento farmacológico antes de la cesárea.

- 20mL de sulfato de magnesio al 20 % es decir 4g + 80ml de cloruro de sodio 0,9%, en bomba de infusión 300 ml/ hora en 20 minutos.
- Cloruro de sodio 0,9% pasar IV a 50ml/H
- Cefazolina 1gr IV 30 minutos antes del procedimiento quirúrgico.

Parte pre – operatorio:

- Consentimiento informado.
- Vendaje con medias antiembolicas en miembros inferiores.
- Realizar ecografía y monitorización fetal.
- Preparar a la paciente con ropa descartable, para procedimiento quirúrgico.

Indicaciones generales post – cesárea:

- NPO
- Control de signos vitales y score mama cada hora.
- Control de ingesta y excretas mediante balance hídrico.
- Reposo absoluto.
- Mantener cateterismo vesical.

Indicaciones farmacológicas post – cesárea:

- Cloruro de sodio al 0.9% 1000ml IV + 30 unidades de oxitocina, pasar a 80ml/hora.
- Sulfato de magnesio 1gr IV C/h
- Cefazolina 1gr IV cada 6 horas.
- Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
- Paracetamol 1gr IV cada 8 horas.
- Ranitidina 50mg IV cada 13 horas.
- Hidralazina, si tensión arterial es mayor o igual a 160/110mmHg.

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio ha tenido una evolución favorable durante estos 3 días de evolución. Sus signos vitales están estabilizándose lentamente, gracias al tratamiento farmacológico y al cuidado por parte del personal de enfermería.

Paciente realiza apego precoz con su bebé y mantiene con normalidad la lactancia materna. Se le explica cómo debe amamantar a su bebé y la técnica correcta que debe ejecutar, para que su bebé tenga una buena succión.

Medico pasa visita y decide modificar el tratamiento farmacológico del kardex:

- Administrar 300mg de hierro sacarosa en 300ml de cloruro de sodio 0,9% pasar IV en 3 horas.
- Cloruro de sodio 0.9% 100ml, pasar a 50ml/h.
- Sulfato de magnesio 1gr IV C/6h
- Cefazolina 1gr IV C/6h.
- Paracetamol 1gr IV C/8h.
- Ketorolaco 60mg IV C/8h
- Mantener cateterismo vesical.

Medidas generales a aplicar:

- Dieta blanda.
- Score mama cada 6 horas.
- Se mantiene control de balance hídrico

Paciente cursa su quinto día con evolución favorable y sin presencia de complicaciones post – parto. Sus signos vitales, en especial la presión arterial se encuentra dentro de los rangos normales. El cateterismo vesical ya fue retirado, al igual que el sulfato de magnesio.

Ahora la paciente se mantiene con nifedipino vía oral y una sola vía periférica para plan de hidratación y administración de medicamentos PRN. Al día siguiente medico pasa visita matutina y valora a la paciente.

Refiere que todas las manifestaciones clínicas han desaparecido en su totalidad y sus signos vitales están entre los rangos normales al igual que los exámenes de laboratorio que se han realizado en el transcurso de la semana.

Se realiza valoración de signos vitales para valoración de score mama.

Se realizó Score mama y se obtuvieron los siguientes valores:

SCORE MAMA		Puntuación
➤ Frecuencia cardiaca	100lxmin	0
➤ Presión sistólica	120 mmHg	0
➤ Presión diastólica	80 mmHg	0
➤ Frecuencia respiratoria	19rxmin	0
➤ Temperatura	37.2°C	0
➤ Saturación de oxígeno	98%	0
➤ Estado de conciencia	Alerta	0
➤ Proteinuria	Positivo	1
TOTAL =		1

En horas de la tarde se realiza entrega de alta médica y se brinda consejería a la paciente y familiares, explicándole el control que debe llevar su bebé en cuanto a las consultas médicas y vacunación. Se explica que es fundamental la inmunización en los niños recién nacidos y que se debe llevar a cabo todo el esquema de vacunación desde los dos meses de edad hasta los 5 años de edad.

También se brinda accesoria en base a la alimentación que debe tener su bebé. Se explica que la lactancia materna es fundamental e indispensable durante los primeros 6 meses de vida y como complemento hasta los 2 años de edad. Por último, se le recuerda a la paciente que opte por la planificación familiar y que cuando se decida, asista al centro de salud más cercano.

2.9 OBSERVACIONES

- Paciente de 34 años de edad con embarazo de 34.5 semanas de gestación que fue hospitalizada por ser diagnosticada con preeclampsia, ha tenido una evolución significativa gracias a los cuidados de enfermería.
- Los signos vitales, en especial la presión arterial disminuye considerablemente, hasta mantenerse entre los rangos normales. Continúa con medicación vía oral como lo es nifedipino
- Paciente se encuentra estable, consciente, orientada en tiempo, espacio.
- Paciente se mostró muy colaboradora durante su hospitalización.
- Se procedió a instruir a la paciente sobre los métodos de planificación familiar y sus ventajas a corto y largo plazo.
- Se le informó los controles que debe llevar de ahora en adelante con su hijo en el centro de salud más cercano.

CONCLUSIONES

El siguiente estudio de caso fue realizado en embarazada de 34.5 semanas de gestación con un diagnóstico de preeclampsia, que fue causado por diversos factores que se presentan en el embarazo. Entre ellos tenemos, paciente primigesta y obesidad.

También es fundamental mencionar que el cuadro clínico que presenta es hipertensión, edema en miembros inferiores, y sobre todo, la presencia de proteinuria en orina lo que conllevó a realizarse de manera urgente un parto distócico.

Motivo por cual, se procedió a la valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon donde se identificaron con éxitos los patrones afectados que comprometían el estado de salud de la paciente. Entre ellos tenemos, confort , nutricional/ metabólico , afrontamiento /tolerancia al estrés , los cuales fueron tratados de inmediato por parte del personal de enfermería.

Para concluir con este estudio de caso clínico, podemos mencionar que la paciente se encuentra estable y sin complicaciones post-parto. Logrando cumplir los objetivos y resultados esperados en este estudio de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez, I., Prieto, B., & Álvarez, F. (04 de Mayo de 2021). Preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico*, 1-9.
- Dulay, A. (Octubre de 2020). Preeclampsia y eclampsia. *MSD y los Manuales MSD*, 1-4.
- García, A., Jimenez, M., & Guadalupe, D. (12 de Octubre de 2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1-7.
- García, M., Ramirez, C., & García, C. (06 de Junio de 2020). Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *Archivo Medico Camaguey*, 24, 1-9.
- GPC. (2016). TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO. *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*, II(1), 12-16. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- GPC. (16 de Marzo de 2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. *Guía Practica Clinica*, 15-19.
- GPC. (2017). SCORE MAMÁ Y CLAVES OBSTETRICAS. *Guía Practica Clinica*, 19-22.
- Herrera, K. (4 de Marzo de 2018). Preeclampsia. *REVISTA MEDICA SINERGIA*, III(4), 8-12.
- MAYO CLINIC. (16 de Noviembre de 2018). PREECLAMPSIA. *Mayo Clinic Healthy Living*, 2-8.
- MedlinePlus. (08 de Agosto de 2020). Preeclampsia. *MedlineP*, 2-6. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- Mora, J. (09 de Febrero de 2018). PREECLAMPSIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX*, 193-198.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTRUCCIÓN DEL SISTEMA: HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

APellidos y Nombres: FLORES CALDERON REBECA

Dirección de Residencia Habitual: GARCIA MORENO Y ANTIGUA COLOMBIA

Fecha de Nacimiento: 1987-12-14

Fecha de Admisión: 2022-01-04

Forma de Llegada: Ambulatorio

Administrador: Diana Martinez

IMAGEN 1. HOJA DE ADMISION

008.php?adm_id=44547

EMERGENCIA OBSTETRICIA

GESTAS: 0 PARTOS: 0 ABORTOS: 0 CESÁREAS: 0

FECHA ÚLTIMA MENTRUACIÓN: FECHA PROBABLE DE PARTO

NIVEL DE RIESGO: SEMANAS GESTACION: MOVIMIENTO FETAL

FRECUENCIA C. FETAL: MEMBRANAS ROTAS: TIEMPO DE RUPURA

ALTURA UTERINA: PRESENTACION

DILATACION: BORRAMIENTO PLANO

PELVIS UTE.: SANGRADO VAGINAL: CONTRACCIONES

11 DIAGNOSTICO DE INGRESO

1 Supervisión de primer embarazo normal CIE: Z34 TIPO: PRESUNTIVO

12 DIAGNOSTICO DE ALTA

1 Supervisión de primer embarazo normal CIE: Z34 TIPO: PRESUNTIVO

13 PLAN DE TRATAMIENTO

Fecha	Indicaciones	Medicamento	Posología	
2022-01-04 12:59:38	1. INGRESO A GINECOLOGIA 2. SCORE MAMA CADA 4 HORAS 3. PREGNTO RESOLUTO 4. ADEUSO HOSPITAL 5. CONTROL DE INGESTA Y EXCRETAS 6. COLOCAR SONDA VESICAL 7. EXAMENES COMPLEMENTARIOS 8. PROTECTOR DE TORO Y FRESECUENCIA TECNICA CADA 2 HORAS 11. SÍ	1 3 Betametazona Líquido parenteral 4 mg/5 mL x ampolla/1 L. 2 1 Cistón amniótico 14 Fr. con vaso no definido-no definido-no definido 3 1 Bala para drenar esfínter, súbulo-no definido-no definido-no definido 4 3 Cistón amniótico 18 O con sonda, válvula de control de flujo sanguíneo no definido-no definido-no definido 5 2 Cloro de sódio Líquido parenteral 0.9 300 mL x ampolla/1 L. 6 2 Cloruro de sódio Líquido parenteral 0.9 300 mL x ampolla/1 L.	4.00 mg/5 mL 0.00 Unidad (s) 0.00 Unidad (s) 0.00 Unidad (s) 0.00 Unidad (s) 0.00 Unidad (s) 0.00 Unidad (s)	Miligramo Otro STAT 1 día / 24 horas Otro STAT 1 día / 24 horas Otro STAT 1 día / 24 horas Otro STAT 1 día / 24 horas Otro STAT 1 día / 24 horas Otro STAT 1 día / 24 horas

IMAGEN 2. HOJA DE ADMISION

HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Av. JM Cisneros y Av. Selva Alegre

CLÍNICO

HC e CI: 1757825235 Servicio: HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGIA No. Orden: 45322

Fecha Solicitud: 2022-01-06 04:59:32 Fecha Emisión: 2022-01-06 06:18:07

Paciente: FLORES CALDERON REBECA SEXO: MUJER

Fecha Nacimiento: 1987-12-14 EDAD: 34 Años 0 Meses 22 Dias

Médico: BARRAGAN PEREZ ALICIA DEL CARMEN

Dirección: GARCIA MORENO Y ANTIGUA COLOMBIA

Teléfono: 9989837226

83588 - BIONMETRIA

Nombre	Valor	Unidad Factor	Valor Referencial	Usuario
GLOBULOS BLANCOS (WBC)	6.49	10 ³ /UL	4.50 - 11.00	AV
GLOBULOS ROJOS (RBC)	3.38	10 ⁶ /UL	4.50 - 5.00	AV
HEMOGLOBINA (HGB)	8.2	g/dL	12.0 - 16.0	AV
HEMATOCRITO (HCT)	25.8	%	37 - 54 %	AV
VDL. CORP. MEDIO (MCV)	76.3	fL	86.0 - 106.0	AV
HEMO. CORP. MEDIO (MCH)	24.3	pg	27.0 - 32.0	AV
CONC. HGB. CORP. MEDIO (MCHC)	31.6	g/dL	31.0 - 37.0	AV
DIST. GB ROJOS - SD		fL	37.0 - 51.0	AV
DIST. GB ROJOS - CV		%	11.0 - 15.0	AV
PLAQUETAS	233	10 ³ /UL	150 - 450	AV
VDL. PLAQUET. MEDIO (MPV)		fL	7.0 - 11.0	AV
RETICULOCITOS		%	0.5 - 2.5	AV

FORMULA LEUCOCITARIA

Neutrófilo	Linfocito	Monocito	Eosinófilo	Basófilo
76	18	4	2	

IMAGEN 3. HOJA DE ADMISION

PLAN

No.	FECHA	MEDICO	DESCRIPCION
8.1. MEDICAMENTOS			
Medicamento	Posología	Indicaciones Medicinas	
1 6 Oxitocina-Líquido parenteral-10 U/ml - Caja x ampolla(s) x 3 mL	10.00 Ampolla Intravenosa STAT	1 día / 24 horas	
2 3 Cloruro de sódio-Líquido parenteral-0.9 %-Fundibolita flexible y autocorripable x 1000 mL, con sobredosis sellada herméticamente.	1000.00 Unidad (s) Otras STAT	1 día / 24 horas	
3 1 Combinaciones (Lactato de Ringier)-Líquido parenteral-No definido-Fundibolita flexible y autocorripable x 1000 mL, con sobredosis sellada herméticamente.	1.00 Unidad (s) Otras STAT	1 día / 24 horas	
4 2 Ketorolaco-Líquido parenteral-30 mg/mL-Caja x ampolla(s) x 1 mL	60.00 Ampolla Intravenosa STAT	1 día / 24 horas	
5 2 Ranitidina-Líquido parenteral-25 mg/mL-Caja x ampolla(s) x 2 mL	50.00 Ampolla Intravenosa STAT	1 día / 24 horas	
6 2 Metoclopramida-Líquido parenteral-5 mg/mL-Caja x ampolla(s) x 2 mL	10.00 Ampolla Intravenosa STAT	1 día / 24 horas	
7 5 Sulfato de magnesio-Líquido parenteral-20 %-Caja x ampolla(s) x 10 mL	50.00 Ampolla Intravenosa Cada 12 horas	1 día / 24 horas	
8 4 Catelasma-Sólido oral-500 mg-Caja x blister/18	500.00 Mililitro Oral Cada 8 horas	1 día / 24 horas	
9 3 Buleflocopolamina (N-butilbromuro de hioscina)-Líquido parenteral-20 mg/mL-Caja x ampolla(s) x 3 mL	20.00 Mililitro Intravenosa Cada 8 horas	1 día / 24 horas	
10 4 Paracetamol-Sólido oral-500 mg-Caja x blister/18	500.00 Tableta Oral Cada 6 horas	1 día / 24 horas	
11 3 Cloruro de sódio-Líquido parenteral-0.9 %-Fundibolita flexible y autocorripable x 1000 mL, con sobredosis sellada herméticamente.	3000.00 Mililitro Intravenosa Cada 8 horas	1 día / 24 horas	
12 3 Hierro sacaratoado, óxido de-Líquido parenteral-100 mg/5 mL-Caja x ampolla(s) x 5 mL	300.00 Ampolla Intravenosa STAT	1 día / 24 horas	
13 3 Paracetamol-Líquido parenteral-10 mg/mL-Caja x ampolla(s) x 100 mL	3.00 Unidad (s) Intravenosa Cada 8 horas	1 día / 24 horas	

IMAGEN 4. HOJA 008 – EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO MEDICO.