



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

TEMA DE CASO CLÍNICO:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A GESTANTE DE 45 AÑOS DE
35 SEMANAS DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA**

AUTOR:

VICTOR MANUEL SELLAN BUSTAMANTE

TUTORA:

Lcda. LIZZETTE MARTIN ESTEVEZ

BABAHOYO- LOS RÍOS – ECUADOR

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO.....	¡Error! Marcador no definido.
TITULO DE CASO CLINICO:	3
RESUMEN	4
ABSCTRACT.....	5
INTRODUCCION	¡Error! Marcador no definido.
I. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1. Justificación.....	17
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo General	18
1.2.2 Objetivos Específicos.....	18
1.3 Datos Generales del Paciente	19
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	20
2.1. Análisis del Motivo de la Consulta.....	20
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente de su enfermedad actual (Anamnesis).....	20
2.3. Examen Físico (Exploración Clínica).....	21
Valoración por patrones funcionales.	22
2.4. Exámenes Complementarios.....	24
2.5. Formulación del Diagnóstico Presuntivo Diferencial y Definitivo	25
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	25
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	27
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	27
2.8. SEGUIMIENTO	27
Bibliografía	29

TITULO DE CASO CLÍNICO:
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A GESTANTE DE 45 AÑOS DE 35
SEMANAS DE GESTACIÓN CON PREECLAMPSIA

RESUMEN

La preeclampsia es una de las complicaciones más impactante de toda mujer gestante que en la mayoría de los casos ponen en serie peligro al binomio madre niño, ocasionando incluso que aumente los índices de mortalidad materno infantil, más aún cuando existe factores de riesgo como es la paridad, edad avanzada para fecundar, en este caso en particular es de 45 años de edad, hipertensión arterial de 175/100 mmhg, taquicardia marcada de 140 latidos por minutos, edema de miembros inferiores, cefalea, disnea y proteinuria.

En el presente estudio de caso Proceso de Atención de Enfermería a gestante de 45 años de 35 semanas de gestación con preeclampsias se pudo realizar la valoración de enfermería y determinar las necesidades de salud y elaborar los diagnóstica enfermero para resolver y satisfacer las necesidades encontradas de acuerdo a los patrones funciones de Marjorie Gordon utilizando como guía fundamenta la utilizando las taxonomías de NANDA elaborando diagnóstico enfermeros NIC aplicando las intervenciones de enfermería y NOC evaluando los resultados de las misma, las taxonomías me ayudo a poder cumplir con los objetivos propuesto y sobre todo evitar complicaciones potenciales al binomio madre niño permitiendo la recuperación de la salud de la gestantes.

Palabras Claves.-

Paridad, edad, hipertensión arterial, taquicardia, edema y proteinuria.

ABSCTRACT

Preeclampsia is one of the most shocking complications of every pregnant woman that in most cases seriously endangers the mother-child binomial, even causing an increase in maternal and infant mortality rates, even more so when there are risk factors such as parity, advanced age to fertilize, in this particular case it is 45 years old, arterial hypertension of 175/100 mmHg, marked tachycardia of 140 beats per minute, edema of the lower limbs, headache, dyspnea and proteinuria.

In the present case study Nursing Care Process for a 45-year-old pregnant woman at 35 weeks of gestation with preeclampsia, it was possible to carry out the nursing assessment and determine the health needs and prepare the nursing diagnoses to solve and satisfy the needs found according to to the functional patterns of Marjorie Gordon using the NANDA taxonomies as a fundamental guide, elaborating nursing diagnoses, NIC, applying nursing interventions and NOC, evaluating the results of the same, the taxonomies helped me to be able to fulfill the proposed objectives and, above all, to avoid potential complications to the mother-child binomial allowing the recovery of the health of pregnant women.

Keywords.-

Parity, age, arterial hypertension, tachycardia, edema and proteinuria.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un problema importante de salud, pues representan una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y sin responsables de un alto porcentaje de morbimortalidad tanto materna-fetal como perinatal, especialmente en mujeres y recién nacidos de escasos recursos económicos (Saenz Cantero V., 2014).

La hipertensión arterial es un problema de salud en el mundo actual por su alta prevalencia, trascendencia e impacto en la salud, calidad de vida del ser humano, ante este evento, la mujer gestante, parturienta, puérpera y su hijo, constituyen sujetos de alta vulnerabilidad. Las principales causas de las Muertes Maternas en Ecuador son las Hemorragias obstétricas con el 27,6%, seguida de <los Trastornos hipertensivos17,24% y las causas Indirectas24% 4 (MINISTERIO SALUD PUBLICA, 2019).

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones.

Por tal motivo se estudia un caso clínico de una paciente de sexo femenino, de 45 años, con diagnóstico médico de embarazo de 35 semanas de gestación + hipertensión arterial que acude por emergencia acompañada de familiar, por presentar un cuadro clínico de 6 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio tipo cólico que irradia la región lumbosacra de leve a moderada intensidad, sangrado activo, también refiere cefalea y epigastralgia.

Tengo la firme convicción que la ejecución del Proceso de Atención de Enfermería me permitirá evidenciar problemas y necesidades de la gestante con preeclampsia y las taxonomías NANDA con los diagnósticos enfermeros, NIC con las intervenciones de enfermería y el NOC con sus resultados, lograre una mejora sustancial en el estado de salud de la gestante y por ende garantizar la obtención de un producto sano.

I. MARCO TEÓRICO

Definición Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por el profesional de enfermería. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud (R., 2003).

El Proceso de Atención de Enfermería constituye herramientas para establecer el trabajo de Enfermería, está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

El Proceso de Atención de Enfermería suele tener una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes:

Valoración: En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación con el paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: La historia clínica del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

Diagnóstico: En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.

Planeación: En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados que se van a realizar.

Ejecución: Esta etapa es decisiva dentro del Proceso de Atención de Enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

Evaluación: En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado de salud corresponden con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis de la historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros (Universidad Internacional de Valencia , 2019).

Principales componentes del plan de cuidado

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado (documentación del plan).

EMBARAZO

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrerol, 2012)

PREECLAMPSIA

La preeclampsia es una enfermedad que afecta a mujeres embarazadas sin haber tenido un trastorno hipertensivo previo, después de la semana 20 de gestación, es multisistémica y presenta una severidad variable, se caracteriza por la disminución de la perfusión sistémica causada por un vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación, clínicamente está caracterizado por una hipertensión arterial de 140/90 mmHg juntamente con proteinuria, generalmente viene acompañado de

cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y alteraciones en el laboratorio. (Consejo de Salubridad General, 2016)

La preeclampsia podemos clasificarla en: preeclampsia leve y severa y sus complicaciones son eclampsia y síndrome de HELLP (Hemolitic anemia, Elevated Liver enzyme, Low Platelet count)

Preeclampsia leve: Se deben cumplir algunos criterios como son una TAS superior a 140 mmHg, pero menor a 160 mmHg y una TAD de 90 mmHg, pero menor a 110 mmHg, que debe confirmarse en otra toma con una diferencia de por lo menos 15 minutos; la presencia de una proteinuria igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas o en muestra aislada de la relación proteinuria/ creatinuria mayor o igual a 30 mg/mmol. Únicamente si ningún método está disponible para el análisis se realiza la proteinuria en orina al azar con tira reactiva que con un resultado mayor o igual a 1 es positivo. No debe afectar a órganos blanco (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2015)

Preeclampsia severa: En estas pacientes la TAS superior o igual 160 y TAD mayor o igual a 110 mmHg, la presencia de proteinuria superior o igual a 300 mg en orina de 24 horas, o la relación proteinuria creatinuria en muestra aislada mayor o igual a 30 mg/mmol, con o sin afección a órgano blanco o criterios de gravedad como son: alteración de la función hepática, CID, alteraciones visuales o cerebrales, epigastralgias, desprendimiento de la placenta, cianosis (PUBLICA, 2013)

En ausencia de proteinuria se diagnostica preeclampsia severa con la presencia de cualquiera de los siguientes signos clínicos o de laboratorio:

- Plaquetas menos de 100000 uL.
- Enzimas hepáticas elevadas al doble de lo normal.
- Concentraciones de creatinina sérica mayor a 1,1 mg/ dL o el doble de concentración de creatinina sérica en ausencia de otras enfermedades renales
- Edema agudo de pulmón
- Síntomas cerebrales o visuales

Eclampsia: Es la presencia de convulsiones en pacientes con hipertensión en el embarazo, éstas son de tipo tónico clónicas generalizadas, con un gran parecido a las crisis epilépticas, son un riesgo de vida para la madre y para el feto; se pueden presentar antes durante o después del parto (Consejo de Salubridad General, 2016)

El síndrome de HELLP: Se considera como una complicación del embarazo que amenaza la vida, es una variante de la preeclampsia, se caracteriza por una triada formada por, hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario; generalmente es difícil de diagnosticar en especial cuando la presión alta y la proteinuria no se encuentran presentes, muchas veces sus síntomas se confunden con otras patologías como gastritis, hepatitis aguda, enfermedad de la vesícula biliar entre otras, esta patología se da en el 10 al 20% de las gestantes con preeclampsia severa/ eclampsia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2015).

ETIOLOGÍA

La fisiopatología del trastorno hipertensivo del embarazo se desconoce aún, se ha encontrado isquemia placentaria secundaria a cambios inadecuados o incompletos en las arterias espirales frecuentemente, pero no es patognomónico del síndrome hipertensivo del embarazo, se cree que la isquemia placentaria causa alteraciones en el metabolismo lipídico, con la formación de hidroperóxidos, que potencialmente pueden ocasionar daño endotelial, sin embargo la evidencia de daño endotelial y de formación aumentada de hidroperóxidos tóxicos no es concluyente ni se puede aplicar a todas las mujeres que desarrollan el síndrome hipertensivo (Guía de manejo consulta especializada de ginecoobstetricia., 2012)

Se ha dado importancia a la presencia de trastornos sistémicos preexistentes en pacientes que desarrollan el síndrome hipertensivo, particularmente cuando esto sucede en edades gestacionales tempranas y tiene manifestaciones clínicas graves.

FISIOPATOLOGÍA

La causa del aumento de la presión arterial es el resultado de numerosos fenómenos previos multisistémicos, existen evidencias que se encuentran a favor de la teoría de que la isquemia tisular sería el que produce la hipertensión gestacional.

En un embarazo normal hay una vasodilatación de cuatro veces el calibre de las arterias espiraladas, causando así la disminución de la resistencia periférica y favoreciendo la perfusión del espacio intervelloso como producto de la invasión trofoblástica la cual termina en la semana 20-21, en donde la capa musculoelástica vascular es digerida para así evitar la acción de los agentes vasopresores.

La preeclampsia se caracteriza por la falta de la segunda onda de migración trofoblástica lo que da como resultado la persistencia de la capa musculoelástica, causando la disminución del calibre de los vasos y la presencia de placas ateromatosas por enlentecimiento de flujo circulatorio. El sistema inmune materno podría ser el encargado de la parálisis de la migración trofoblástica (Duverges C, 2008)

FACTORES DE RIESGO

Entre los principales factores de riesgo se encuentran:

- Edad
- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares
- Paridad
- Número de controles prenatales
- Estado nutricional
- Procedencia

Generalmente es producida por pérdida sanguínea excesiva, por destrucción excesiva de glóbulos rojos o debido a la producción insuficiente de los mismos. La anemia muy frecuente en las mujeres en edad fértil debido a las pérdidas periódicas de sangre durante la menstruación, por una deficiencia inadecuada de producción eritropoyetina por parte del riñón, en si esta controla la eritropoyesis o formación de nuevos glóbulos rojos en la sangre (Cuastumal, 2015).

HIPERTENSIÓN

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce

la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear (OMS, 2013).

TIPOS DE HIPERTENSIÓN

Existen tres tipos de hipertensión: hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática, la hipertensión arterial secundaria y la hipertensión gestacional.

Hipertensión primaria

Se denomina hipertensión primaria o esencial a aquella de origen desconocido, tiene habitualmente un componente genético, aunque por el momento no ha sido posible determinar un gen responsable. Es la forma más común de presentación con una prevalencia alrededor del 90% (Sánchez R, 2010).

Hipertensión secundaria

Cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos). En los niños y adolescentes, las causas más comunes de hipertensión son la enfermedad renal parenquimatosa o vascular y la coartación de aorta. En adultos, las causas más comunes identificadas fueron las enfermedades renales (Rimoldi S, 2014).

Hipertensión gestacional

Trastorno caracterizado por la elevación de la presión arterial igual o mayor a 140 mm Hg la sistólica y 90 mm Hg la diastólica por primera vez después de las 20 semanas de gestación, sin la presencia de la proteinuria. Se resuelve a las 12 semanas después del parto.

En algunas mujeres ésta puede ser una manifestación temprana de preeclampsia, mientras que en otras mujeres puede ser un signo temprano de hipertensión crónica no conocida. Generalmente el pronóstico de estas mujeres con tratamiento farmacológico suele ser bueno (Lenovo Steven L., Jhon C, 2010).

ETIOLOGÍA

La etiología de las complicaciones hipertensivas aún no está del todo clara, pero se sugiere que tiene una base genética e inmunológica que causa un trastorno multisistémicos con cambios vasculares y hemodinámicos en los que participan mediadores de la inflamación humoral y celular, a los que se agregan las características propias del embarazo de la mujer (Romero G, 2009).

FISIOPATOLOGÍA

Una de las anormalidades más tempranas que se presentan en las mujeres con preeclampsia es la falla de la segunda onda de invasión del trofoblasto hacia las arterias espirales del útero. Como resultado de este defecto de la placenta, existe una falla en las adaptaciones cardiovasculares (aumento del volumen plasmático y disminución en la resistencia vascular sistémica) características de un embarazo normal.

En la preeclampsia, tanto el gasto cardiaco, como el volumen plasmático se encuentran disminuidos, mientras que las resistencias vasculares sistémicas se encuentran aumentadas. Estos cambios producen una disminución en la perfusión de la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro. La disfunción endotelial (vasoespasmos, alteraciones en la permeabilidad vascular y activación del sistema de coagulación sistémico) explica las manifestaciones clínicas de las mujeres con preeclampsia. La mayoría de las manifestaciones se deben principalmente a la disminución de la perfusión más que al daño vascular hipertensivo (PUBLICA, 2013).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

A veces, la preeclampsia no provoca síntomas. La presión arterial alta puede presentarse lentamente o tener una aparición repentina. Otros signos y síntomas de preeclampsia pueden comprender:

- Exceso de proteínas en la orina (proteinuria) u otros signos de problemas renales
- Dolores de cabeza intensos
- Cambios en la visión, entre ellos, pérdida temporal de la visión, visión borrosa o sensibilidad a la luz

- Náuseas o vómitos
- Menor producción de orina
- Niveles más bajos de plaquetas en la sangre (trombocitopenia)
- Dificultad para respirar (Romero G, 2009).

CAUSAS

Aún no saben cuáles son las causas de esta afección. Las siguientes situaciones pueden aumentar su riesgo:

- Tener presión arterial alta antes del embarazo o en un embarazo anterior
- Tener enfermedad renal
- Tener diabetes
- Ser menor de 20 años o mayor de 40 años
- Tener un embarazo múltiple, como mellizos o trillizos

Los **vasos sanguíneos que conducen la sangre a la placenta** de las mujeres con preeclampsia **suelen ser más pequeños de lo normal**. Las anomalías en la formación de estos vasos sanguíneos al comienzo de la gestación desencadenan una cascada de sucesos que pueden dar lugar a la hipertensión y a los demás signos de la enfermedad. Sin embargo, se desconoce la causa última que origina las anomalías en los vasos sanguíneos (Clinic, 2020).

COMPLICACIONES

Las complicaciones hipertensivas durante el embarazo son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en casi todo el mundo. Su frecuencia y tasa de mortalidad varían de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población y la disponibilidad de los servicios profesionales de atención de la salud. La presión arterial alta puede afectar sus vasos sanguíneos. Esto puede disminuir la circulación de sangre en su hígado, riñones, útero y placenta.

Esta afección puede empeorar y llevar a preeclampsia y eclampsia. Estos son problemas serios de la presión arterial y pueden provocar lo siguiente:

- Desprendimiento de la placenta. Se presenta cuando la placenta se separa del útero demasiado tempranamente.
- Crecimiento fetal insuficiente (restricción del crecimiento intrauterino)
- Mortinato
- Convulsiones (eclampsia)
- Muerte de la madre y del bebé (Gómez Sosa E., 2018).

FACTORES DE RIESGO

Hoy en día no se conoce con exactitud la causa de la hipertensión inducida por el embarazo, siendo una de las teorías más divulgada la del fallo en el desarrollo placentario en fases precoces de la gestación, lo que llevaría a perjudicar a los vasos sanguíneos maternos. La placenta puede jugar un papel importante, pero no podemos descartar, como colaboradores o iniciadores, factores inmunológicos, factores fetales, infecciosos, o genéticos”.

Además, parece ser que el riesgo de padecer hipertensión gestacional aumenta si ya se tuvo en un embarazo anterior, si la gestación es múltiple (gemelos o trillizos), si hay antecedentes de aborto, y si la mujer es adolescente, o es mayor de 40 años (Luque, 2021).

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es evitar que este problema empeore y cause otros. El tratamiento dependerá de sus síntomas, su embarazo y su salud general. También variará según la gravedad de la afección. Su tratamiento puede incluir lo siguiente.

Vigilancia de la presión arterial

Es posible que su proveedor de atención médica mida su presión arterial con más frecuencia

Vigilancia del feto

Es recomendable realizar exámenes para verificar la salud del bebé. Esos exámenes pueden incluir:

- ✓ **Conteo de los movimientos fetales.** - Se realizará seguimiento de los movimientos del bebé. Un cambio de la cantidad o de la frecuencia con que se mueve el bebé puede significar que está soportando estrés.
- ✓ **Cardiotocografía en reposo.** - Este examen mide la frecuencia cardíaca de su bebé en respuesta a sus movimientos.
- ✓ **Perfil biofísico.** - Esta prueba combina una Cardiotocografía en reposo con una ecografía para vigilar a el bebé.
- ✓ **Estudios Doppler de circulación.** - Es un tipo de ecografía que usa ondas de sonido para medir la circulación de la sangre de su bebé por un vaso sanguíneo.
- ✓ **Análisis de laboratorio.** -Se debe realizar un análisis de su orina y sangre. Esto le indicará si su afección está empeorando.

Medicamentos

- ✓ Es recomendable administrar corticosteroides. Estos medicamentos pueden ayudar con la formación de los pulmones de su bebé. Usted recibirá estos medicamentos si se sospecha que su bebé podría nacer antes de tiempo (Báez P, 2014).

1.1. Justificación

El caso clínico que se presenta a continuación en gestante de 35 semanas de gestación más preeclampsia que si no es valorada a tiempo lleva a complicaciones mayores. El profesional de enfermería debe conocer que la hipertensión gestacional es una enfermedad frecuente en el embarazo que se puede presentarse por múltiples factores por lo que es importantes que se pueda orientar a la paciente sobre la prevención, signos, síntomas y tratamiento para evitar complicaciones materno-fetal.

Además, el rol del personal profesional de enfermería no solo está enfocado a la administración de medicamentos sino también al cuidado directo vigilancia, promoción, prevención y control del proceso salud-enfermedad.

Por medio de este caso clínico se priorizará las necesidades y se realizará una valoración que nos permita obtener datos referentes de la paciente. De esta manera se establecerá un diagnóstico enfermero y se elaborará un plan de atención de enfermería que nos permitirá brindar los cuidados necesarios con calidez y calidad para la pronta recuperación de la paciente, y a su vez como profesional fortalecer los conocimientos adquiridos sobre como elaborar un plan de atención de enfermería en el ámbito hospitalario.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a gestante de 45 años de 35 semanas de gestación con preeclampsia

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Aplicar las taxonomías NANDA, NIC y NOC en la paciente gestante con preeclampsia.
- ✓ Formular un plan de cuidados estandarizados e individualizados a la paciente gestante con preeclampsia para mejorar su estado de salud.
- ✓ Identificar las necesidades básicas de la gestante con preeclampsia.
- ✓ Brindar medidas preventivas encaminadas a evitar las complicaciones en la gestante con preeclampsia.

1.3 Datos Generales del Paciente

Datos Generales

Nombre: NN

Edad: 45- años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 27 de enero 1977

Nacionalidad: ecuatoriana

Raza: Mestiza

Grupo Sanguíneo: O+

Residencia actual: Barreiro – Babahoyo - Los Ríos

Estado civil: Casada

Nivel de instrucción: Secundaria noveno de básica

Fecha de ingreso: 11 de diciembre del 2021

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del Motivo de la Consulta

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad primigesta con embarazo de 35 semanas de gestación por FUM acude a emergencia obstétrica por presentar un cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio tipo cólico que irradia la región lumbosacra de leve a moderada intensidad, refiere sensación de opresión en el pecho y angustia, resequedad de boca persistente, cefalea intermitente de intensidad variable.

Historial Clínico del Paciente

Antecedentes patológicos personales:

- Periodos de metrorragia hace 1 año
- Pielonefritis concurrente

Antecedentes quirúrgicos personales:

- Apendicetomía hace 2 años

Antecedentes patológicos familiares:

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus tipo 2

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente de su enfermedad actual (Anamnesis)

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad primigesta de 35 semanas de gestación por FUM, con cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio que se irradia en la región lumbosacra, taquicardia y agitación de 72 horas de evolución que se exacerba hace 24 horas, y cefalea holocraneana intermitente, palidez de mucosas, llenado capilar mayor a 3 segundos y signos vitales alterados.

2.3. Examen Físico (Exploración Clínica)

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, con reflejo pupilar presente, facies pálidas, cefalea intensa, abdomen globuloso compatible con las semanas de gestación sensible al momento de la palpación,

Cabeza: Normocéfalo, cabello bien implantado, pabellón auricular bien implantado, pupilas isocóricas, fosas nasales permeables sin secreción, mucosas semihúmedas, no refiere problemas de deglución.

Cuello: Simétrico, sin adenopatía, presenta buena movilidad.

Tórax: Simétrico, normo expandible, ruidos cardiacos presentes, senos turgentes, respiraciones de 20 por minuto.

Abdomen: Blando, doloroso, globuloso compatible con el embarazo, gravídico.

Genitales: Conservados.

Miembros superiores: Simétricos, sin cicatrices.

Miembros inferiores: Con presencia de edema, simétricos, sin dificultad para movilizarse.

Signos vitales:

Presión arterial: 179/100mmHg

Frecuencia cardiaca: 140 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Temperatura: 36.7°C

Saturación de oxígeno: 98%

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

Percepción – manejo de salud.

Refiere tener conciencia del bienestar de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y funcionamiento de su organismo. Manifiesta haber acudido a todos sus controles prenatales y haber cumplido con las indicaciones manifestadas por el personal de salud.

Nutrición y metabolismo.

Piezas dentales completas, no tiene problema para deglutir, extremidades superiores simétricas, mucosas hidratadas, refiere tener poca hambre, presenta edema en extremidades inferiores.

Eliminación.

Vómitos constantes en todo su embarazo, pérdidas de sangre, realiza sus necesidades fisiológicas sin problemas, heces de consistencia pastosa, diuresis espumosa y sudoración moderada.

Actividad y ejercicio.

Refiere realizar sus actividades cotidianas sin problema, se moviliza sin dificultad

Descanso y sueño.

Refiere no conciliar el sueño en los últimos días.

Cognoscitivo – perceptual.

Nivel de conciencia alerta, no presenta déficit de lenguaje, capacidad de raciocinio y proceso mental.

Autopercepción y auto concepto.

Refiere sentirse bien consigo misma, sin embargo, refiere sentirse culpable por los acontecimientos que está padeciendo por sus complicaciones en el embarazo.

Rol – relaciones.

Refiere haber culminado sus estudios de primaria, es ama de casa, manifiesta tener buena relación en su hogar.

Reproductivo sexual.

Paciente activa sexualmente, refiere no utilizar métodos anticonceptivos, actualmente en estado de gestación, primigesta.

Afrontamiento y tolerancia al estrés

Paciente ansiosa, refiere preocupación por lo que pueda suceder con el feto y su vida misma.

Valores y creencias.

Refiere ser de religión cristiana

Patrones disfuncionales:

- Eliminación e intercambio
- Reproducción sexual
- Afrontamiento y tolerancia al estrés

2.4. Exámenes Complementarios

ANÁLISIS EN SANGRE	ANÁLISIS EN ORINA
Hb 6.8 g/Dl	Urea 18.77 mg/dL
Recuento de plaqueta 90.000/mm ³	Proteinuria (++)
Glicemia 79 mg/Dl	Leucocitos 12.85 10(3) UL
Bilirrubina total 0.45	Creatinina 0.47 mg/dL
ALT 16.31 U/L	PH 8.5
AST 36.94 U/L	Densidad 1.011
Bilirrubina directa 0.07 mg/dL	Aspecto – turbio
Hto 21.4%	Cuerpo cetónicos (2)
Albumina 5.6%	Albumina 5.6%

Análisis de sangre: El análisis o examen de sangre mide el número y tipos de células en la sangre. Esto ayuda a los médicos a verificar su estado general de salud. Las pruebas también pueden ayudar a diagnosticar enfermedades y afecciones como anemia, infecciones, problemas de coagulación, cáncer de la sangre y enfermedades del sistema inmunitario (Medicina, 2021)

Análisis de orina: se utiliza para detectar y controlar una amplia variedad de trastornos, como infecciones en las vías urinarias, enfermedad renal y Diabetes.

El análisis de orina implica examinar el aspecto, la concentración y el contenido de la orina. Los resultados anormales de un análisis de orina pueden indicar que hay una enfermedad (CLINIC, 2020)

Nota: Paciente al momento con alta hospitalaria con valores normales en exámenes complementarios, luego de permanecer internada por 14 días en una casa de salud.

ANALISIS DE SANGRE	ANALISIS DE ORINA
Hb 10.1 gr/dl	Urea 40 mg/dL
Recuento de plaquetas 350.000/mm ³	Proteinuria (-)
Glicemia 110mg/Dl	Leucocitos -
Bilirrubina total 3.0	Creatinina 0.47mg/dL
ALT 900 U/l	PH 9
AST 950 U/l	Densidad 1.000
Bilirrubina directa 1.1	Aspecto - turbio
Hto 38	Cuerpos cetónicos (2)
Albumina 5.6	Sangre (negativo)

2.5. Formulación del Diagnóstico Presuntivo Diferencial y Definitivo

Presuntivo: Preeclampsia leve.

Diferencial: Preeclampsia leve más, hipertensión gestacional más anemia severa.

Definitivo: Preeclampsia

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

Analizando información recolectada la paciente refiere tener antecedentes patológicos familiares, entre ella la hipertensión arterial, metrorragia hace 1 año, refiere no haber cumplidos con todos sus controles prenatales, también refiere no tener una alimentación adecuada debido a sus vómitos constantes y carece de conocimiento sobre los signos de alarma y como detectar la preeclampsia en su embarazo.

Las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a prevenir complicaciones que comprometan la vida materno-fetal.

- Control de signos vitales.
- Canalización de vía periférica.
- Administración de sulfato de magnesio.
- Balance hidroelectrolítico.
- Colocar sonda vesical.
- Administración de paquetes globulares.
- Administración de medicamentos
- Vigilar reposo de cubito lateral izquierdo para favorecer el sueño.
- Vigilar actividad uterina.
- Vigilar frecuencia cardíaca fetal.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx real Dominio: 8 Sexualidad
 Clase 2: Respuesta de Afrontamiento Etiqueta 000209
 Riesgo de la alteración de la diada Materno/ Fetal



R/C: Complicaciones del embarazo, compromiso del transporte CO2

E/P: Manifestaciones verbales

M
E
T
A

Dominio I: Salud Funcional

Clase B: Desarrollo y crecimiento.

Etiqueta: 0111 Estado fetal



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
FRECUENCIA FETAL					X
FRECUENCIA DEL MOVIMIENTO FETAL					X
ORIENTACION COGNITIVA				X	
PRESION ARTERIAL				X	
FRECUENCIA RESPIRATORIA					X

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

Campo: 5 Familia

Clase: W Cuidados del nuevo bebé

Etiqueta: 6800 Cuidados del Embarazo de alto riesgo.

- INDICACIONES**
- Revisar historial obstétrico para ver factores de riesgo.
 - Escribir guías sobre signos y síntomas que requiere atención médica inmediata.
 - Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal.
 - Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de las pruebas fetales y respuestas de la paciente.
 - Vigilar la presión sanguínea.
 - Comprobar frecuencia cardiaca fetal.
 - Enseñar a la paciente a monitorizar la frecuencia

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx: Real
DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés
CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento/tolerancia al estrés



R/C: factores estresantes

E/P: Inquietud, irritabilidad tensión facial

M
E
T
A

Dominio III: salud psicosocial

Clase: M Bienestar psicológico

Etiqueta: 1211 Nivel de ansiedad

Campo 3: Salud Psicosocial

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

INDICADORES	1	2	3	4	5
INQUIETUD				X	
IRRITABILIDAD					X
ANSIEDAD VERBALIZADA				X	
TENSIÓN FACIAL					X

1. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad
2. Explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
3. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
4. Crear un ambiente que facilite la confianza

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

Teoría de Dorothea Orem autocuidado.

El autocuidado de la mujer embarazada y la atención prenatal están vinculados entre sí al modelo de Dorothea Orem, que promueve una teoría donde la propia gestante debe procurar su autocuidado y el de su hijo.

A través de la educación que proporciona el personal de enfermería a las gestantes durante todas las etapas de su embarazo, la gestante puede ser independiente y promover un cuidado estricto de su salud.

Con la teoría de Dorothea Orem se puede tomar en cuenta varios factores del autocuidado en relación con la paciente con preeclampsia leve.

La paciente con preeclampsia leve puede ocuparse parcialmente de su autocuidado dependiendo las circunstancias necesarias del apoyo del personal de enfermería. Debemos tomar en cuenta que la paciente aprenda a reconocer los signos de alarma que conllevan a complicaciones durante su embarazo.

La promoción de salud juega un papel importante donde el personal de enfermería es el encargado de motivar a las gestantes a tomar hábitos saludables y llevar una nutrición adecuada a los requerimientos con la finalidad de proteger su binomio madre-hijo.

2.8. SEGUIMIENTO

Durante su estadía hospitalaria a la paciente se le realizan actividades de enfermería tales como:

- Control de SCORE MAMA
- Administración de medicamentos.
- Balance hidroelectrolítico.
- Apoyo emocional
- Se ingresó a la paciente inmediatamente a la sala de hospitalización de ginecología para recibir su respectivo tratamiento.

- Se procede a la administración de sulfato de magnesio 4 miligramos en 80 ml de solución salina intravenosa en 20 minutos.
- Se pide a laboratorio 2 paquetes globulares para la administración.
- Luego es considerada una hipertensión gestacional se suspende el sulfato de magnesio y se empieza tratamiento con 3 dosis de nifedipino 20 miligramos cada 20 minutos luego 20 miligramos cada 8 horas.
- Tres unidades de hierro cada día intravenoso.
- Ceftriaxona intravenosa cada 12 horas.
- Ketorolaco PRN

Paciente responde favorablemente a su tratamiento por lo que posterior es dada de alta con medicación.

OBSERVACIONES.

Se explica a la paciente y su acompañante (madre) si puede ser tomada en cuenta para un estudio de caso, donde se muestra colaboradora.

Se recogen datos y se realiza valoración de enfermería por medio de patrones funcionales.

En la casa de salud se encuentra disponibilidad de materiales para poder acceder a los procedimientos invasivos correspondientes.

En el aspecto interrogatorio la paciente se mostró conocer poco sobre el tema de su patología, acepta la terapéutica asignada por el bien del feto y de ella.

Con el fin de preservar la salud de la paciente, obtenemos cuidados favorables que permitieron la integralidad con su entorno físico.

Bibliografía

- Lenovo Steven L., Jhon C. (2010). Hipertension Gestacional. *Obstetricia de Williams*, 706-708.
- Báez P, B. E. (2014). Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. . *Revista colombiana de Cardiología* .
- CLINIC, M. (2020). Análisis de Orina. *LIBRO DE SALUD FAMILIAR MAYO CLINIC*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/urinalysis/about/pac-20384907#:~:text=Un%20an%C3%A1lisis%20de%20orina%20es,el%20contenido%20de%20la%20orina>.
- Clinic, M. (2020). Complicaciones de la hipertension gestacional.
- Consejo de Salubridad General. (2016). Atención integral de la preeclampsia. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27806/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Gómez Sosa E. (2018). Complicaciones en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- Guía de manejo consulta especializada de ginecoobstetricia. (2012). Trastornos Hipertensivos del embarazo . *Colombiana de Salud SA*.
- Luque, A. (2021). Periodista experta en embarazo e infancia. *Revista de Salud y Bienestar*.
- Medicina, B. N. (2021). Análisis de Sangre. *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/bloodcounttests.html>
- medicina, S. a. (01 de 21 de 2016). *Edad y fertilidad*. Obtenido de https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2015). Trastornos hipertensivos del embarazo. Obtenido de

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27806/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

MINISTERIO SALUD PUBLICA. (2019). *GACETA DE MUERTE MATERNA SE 15*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/Gaceta-de-MM-SE-15_2019.pdf

MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrero, M. I. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006#:~:text=La%20definici%C3%B3n%20legal%20del%20embarazo,fecondaci%C3%B3n%2C%20entonces%20este%2C%20atraviesa%20el

OMS, O. M. (2013). Control de la Hipertension. Obtenido de <https://www.who.int/topics/hypertension/es/#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%2C%20tambi%C3%A9n%20conocida%20como,todas%20las%20partes%20del%20cuerpo.>

PUBLICA, M. D. (2013). GUIA CLINICA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf

R., A. L. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 4. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>

Rimoldi S, F. S. (2014). Hipertensión arterial secundaria. *Enfermería Global*.

Romero G, M. S. (2009). Evolución de hipertensión. *Ginecología Obstetricia Mexico*.

Saenz Cantero V., P. H. (2014). Trastornos hipertensivos en el embarazo. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*.

Salud, O. M. (2020). OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs>

Sánchez R, A. M. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena Cardiología* , 117-144.

Universidad Internacional de Valencia . (2019).