



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

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del gradoacadémico
Licenciado(a) en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 37,2 SEMANAS
DE GESTACION CON ECLAMPSIA

AUTOR

DAMARIS MADELEIN YNTRIAGO MUÑOZ

TUTOR

LCDA. MARÍA ELISA ÁLAVA MARISCAL
PHD

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO TEÓRICO.....	1
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
2. 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 la paciente sobre la enfermedad actual/anamnesis.....	17
2.3. Examen físico	18
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	22
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	23
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar	23
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	27
2.8 Observaciones.....	40
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS.....	44

DEDICATORIA

A Dios, por su gracia, misericordia y bondad.

A mis padres que me han dado la capacidad por superarme y desear lo mejor en cada paso de este camino arduo de la vida, copartícipes de este transitar, aquellos que levantaron mis brazos cansados y animaron mi corazón en los momentos difíciles.

A mis hermanos por los consejos brindados durante la carrera en diferentes momentos del mismo que me ayudaron a seguir adelante con la motivación que me permitía seguir a pesar de las dificultades.

A mis maestros que me han ayudado a superarme en cada uno de los temas impartidos durante la carrera, porque cada uno de ustedes ha motivado mis sueños y esperanzas en consolidar un mundo más humano. Gracias a todos los que han recorrido este camino conmigo, porque me han enseñado a ser más humana y a crecer en el ámbito profesional mediante la metodología teórico-práctica.

Damaris Madelein Yntriago Muñoz

AGRADECIMIENTO

A mi tutora, licenciada María Elisa Álava Mariscal Ph.D, quien con tiempo , experiencia y dedicación me guió para realizar adecuadamente este trabajo en base a una correcta metodología , por su entrega durante este proceso para poder culminar mi carrera profesional.

A la licenciada y docente Tanya Crespo Silva que me impartió clases durante el desarrollo del ciclo de Ginecología y Obstetricia en el año internado. Su entrega no solo en favor del aprendizaje del estudiante sino también hacia empoderarnos en el ejercicio de Enfermería con base científica quien me ayudo a entender mejor todo lo relacionado a la materia e interesarme por patologías propias del embarazo lo cual me motivo a realizar mi caso clínico.

Al demás personal administrativo de la Facultad de Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo por la entrega hacia el estudiante.

Damaris Madelein Yntriago Muñoz

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 37,2SEMANAS DE
GESTACIÓN CON ECLAMPSIA

RESUMEN

El presente caso clínico se basa en la eclampsia, una complicación grave de los trastornos hipertensivos en el embarazo, una de las patologías con mayor morbi mortalidad materna y perinatal, es de gran importancia mantener dentro de los controles prenatales un adecuado seguimiento para documentar la presencia de factores de riesgo, signos y síntomas que nos conlleven a un posible diagnóstico además criterios de severidad para evitar llegar a fases tan críticas como es la Eclampsia.

Las investigaciones apuntan al origen de los trastornos hipertensivos como indefinido por sus diferentes formas de presentación durante el embarazo , se recalca que el posible origen es debido al estrechamiento de las arterias espirales que tienen conexión con la placenta y el feto , este estrechamiento produce una disminución en el adecuado aporte sanguíneo y los elementos que lo conforman, provocando prematuridad , bajo peso al nacer , la eclampsia no solo se manifiesta con elevaciones de la presión arterial , a diferencia de la preeclampsia esta se acompaña de convulsiones tónico clónicas.

En el presente estudio de caso se aplicó EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 37,2 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ECLAMPSIA a través de la recopilación de la información mediante los signos y síntomas de la paciente, patrones funcionales para lograr las adecuadas intervenciones en base a las necesidades, la cual fue evolucionando de manera favorable durante la estancia hospitalaria.

Palabras claves: eclampsia, anemia aguda

ABSTRACT

The present clinical case is based on eclampsia, a serious complication of hypertensive disorders in pregnancy, one of the pathologies with the highest maternal and perinatal morbidity and mortality, it is of great importance to maintain adequate follow-up within prenatal controls to document the presence of risk factors, signs and symptoms that lead us to a possible diagnosis as well as severity criteria to avoid reaching phases as critical as Eclampsia.

Research points to the origin of hypertensive disorders as indefinite due to their different forms of presentation during pregnancy , it is emphasized that the possible origin is due to the narrowing of the spiral arteries that are connected to the placenta and the fetus , this narrowing produces a decrease in the adequate blood supply and the elements that make it up, causing prematurity, low birth weight, eclampsia not only manifests itself with elevations in blood pressure, unlike preeclampsia, it is accompanied by tonic-clonic seizures

In the present case study, THE PROCESS OF NURSING CARE IN PREGNANT WOMEN OF 37.2 WEEKS OF GESTATION WITH ECLAMPSIA was applied through the collection of information through the signs and symptoms of the patient, functional patterns to achieve adequate interventions in based on the needs, which evolved favorably during the hospital stay.

Keywords: eclampsia, acute anemia

INTRODUCCIÓN

Se define a la eclampsia como la aparición de convulsiones tónico clónicas asociadas a la pre eclampsia , es fundamental el diagnóstico diferencial para evitar complicaciones del embarazo, cabe decir que la eclampsia es poco frecuente pero grave que afecta tanto a la madre como al feto, es una urgencia de vital importancia por lo tanto se necesita de un tratamiento adecuado para minimizar la morbimortalidad tanto en la madre como en el feto (Rojas Campos 2015).

Los trastornos hipertensivos son considerados como de mayor impacto negativo en la salud materna y fetal, como consecuencia de estos trastornos se presenta la forma más grave como la eclampsia , sin embargo no se suelen presentar con signos y síntomas , por otra parte sí las manifestaciones pre eclámpicas llegan a presentarse pueden ser la primera manifestación de la enfermedad hipertensiva (yiin et al.,2015).

De acuerdo a la OMS la muerte de mujeres a nivel mundial relacionadas con la gestación abarca alrededor de 800 decesos diariamente, entre las cuales se encuentran menores de 18 años y mayores de 35 años de edad, cabe decir que en el Ecuador el problema está presente cotidianamente. Además de acuerdo a los factores de riesgo que se asocian a la problemática esta la desnutrición, obesidad, diabetes mellitus, gestación múltiple y antecedentes de hipertensión arterial como consecuencia de embarazos anteriores. (Castañeda Guillot 2015).

La fisiopatología de las manifestaciones neurológicas en la pre eclampsia se determinan por los cambios que ocurren en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (BHE) como consecuencia el edema cerebral, pérdida de autorregulación vascular cerebral ocasionado por la hipertensión arterial, generando una serie de síntomas premonitorios y finalmente la convulsión (eclampsia) (Lacunza Paredes, Santis Moya, y otros 2018).

I. MARCO TEÓRICO

ECLAMPSIA

Lacunza y Pacheco. (2015) definen a la eclampsia como la existencia de convulsiones tónico clónicas generalizadas en el entorno de una gestante con pre eclampsia, habiendo excluido otras razones, y que puede ocurrir anteriormente, a lo largo de o desde el parto.

Según López. (2007), denomina la Pe que se complica con movimientos tónico-clónicas generalizados. Suele presentarse como un síndrome en el cual puede presentarse en un 50 a 60% durante el embarazo, con mayor frecuencia en el tercer trimestre del embarazo, teniendo un peor pronóstico en los embarazos precoces de un 15 -20%, mientras que en el alumbramiento y el puerperio pueden presentarse acontecimientos hasta el día 10 del puerperio.

ETIOLOGÍA

Sarmiento y Pinzón. (1999) argumentan que las proposiciones en las cuales se presentan en la paciente con preeclampsia severa son las siguientes: Vaso espasmo cerebral, en el cual este ha sido demostrado por medio de la angiografía, Tac y doppler intracraneano. Por medio del último se ha evidenciado que en la preeclampsia severa la velocidad del flujo en la cerebral media esta incrementada en una fase importante.

En otras palabras, Sarmiento y Pinzón. (1999) mencionan que una de las teorías conocidas por internistas y neurólogos, pero no compartida por los obstetras es la encefalopatía hipertensiva. Sin embargo, durante un análisis histopatológico se evidencio 4 elementos importantes como: necrosis fibrinoide, micro trombos de fibrina, micro infartos y hemorragias. También cuando siempre se ha añadido a la vasoconstricción cerebral con el origen de la pre eclampsia, talvez existe la capacidad de observar los fenómenos sobre perfusión auténticos de la encefalopatía hipertensiva.

Se puede mencionar que las faltas de la terapia medicamentosa desde la perspectiva de la eclampsia se han analizado como en algunos vasos como la arteria cerebral media y otros vasos que irrigan a los lóbulos occipitales no se vaso contraen ante la manifestación de la hipertensión y como la sobre perfusión puede ser la responsable de los signos clínicamente propios de la encefalopatía hipertensiva (Sarmiento y Pinzón 1999).

FISIOPATOLOGIA

Según Avena et al., (2007) mencionan que de acuerdo a la falta de factores que originan las convulsiones tónico clónicas focales o generales, van a determinar la existencia de la eclampsia en pacientes que tienen HTA inducida por el embarazo. La mayor parte ocurre durante el nacimiento o durante el puerperio. Sin embargo las complicaciones no se originan de la extensión o topografía de los daños cerebrales, si no del tiempo que duran las convulsiones y los daños que puede provocar a nivel multiorgánico, mientras que la activación de la coagulación, las complejidades intracraneales más alarmantes es la presencia de hematomas y edema cerebral difuso con hipertensión endocraneana.

PATOGÉNESIS

El origen y la evolución de la eclampsia es razón de debate, sin embargo, algunas hipótesis manifiestan la presencia de 3 elementos entre los cuales están: la coagulopatía, depósito de fibrina, y la encefalopatía hipertensiva. Sin embargo, algunas mujeres pueden convulsionar aun con hipertensión arterial leve, pero en estos casos la vasoconstricción podría ser selectiva, mientras que en otros análisis como la ecografía Doppler sugieren que un vaso espasmo cerebral severo también puede originarse con vasoconstricción periférica poco evidente (Lacunza Paredes y Pacheco Romero 2015).

Según López. (2007) menciona que el origen y la evolución no está del todo explicado, se cree que es obtenido debido a hipoxia cerebral severa o a cortas hemorragias peri capilares cerebrales generadas como consecuencia del serio vaso espasmo que ocurre en la Pe, además de la encefalopatía hipertensiva con hipoperfusión, edema vasógeno y daño endotelial.

Lacunza y Pacheco. (2015) señalan que hay cambios en los hemisferios cerebrales posteriores, así como en las áreas divisoras vasculares, explicando que los cambios visuales de la pre eclampsia y eclampsia están relacionados por la isquemia global generada por el vasoespasmo.

CUADRO CLÍNICO

Según Lacunza y Pacheco. (2015) mencionan que los signos neuro radiológicos de la eclampsia se los considera como un síndrome de encefalopatía, lo que quiere decir es que en la embarazada pueden presentarse de diferente manera entre los cuales se encuentran: náuseas, cefalea, vómitos. alteraciones visuales, convulsiones y coma,

además de déficit neurológico focal.

DIAGNÓSTICO

Vera. (2008) menciona que la evolución de la eclampsia puede ser gradual, además de que el origen de las convulsiones generalizadas puede darse repentinamente y componer una urgencia grave, sin embargo, el criterio para el diagnóstico de la eclampsia es la aparición de convulsiones en una embarazada que tenga pre eclampsia después de la vigésima semana de embarazo o durante las primeras 48 horas a partir del parto, además se mencionaron casos hasta 10 días postparto. Se debería estar alerta en la aparición de cefalea, visión borrosa, fotofobia, dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen además de hiperreflexia (pág 71-72).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Según Romero et al., (2012) menciona que, se aconseja entre las medidas generales el ayuno en la paciente, vena permeable con venoclisis, la presencia de sonda Foley para cuantificar volumen urinario. Además de requerir otras medidas como biometría hemática completa, enzimas hepáticas, creatinina sérica, plaquetas, tiempos de coagulación, examen general de orina, en el que se deben repetir diariamente o frecuentemente si el estado materno lo requiere (pág 572-573).

PREVENCIÓN

Según Rojas. (2015) manifiesta que es importante tanto el estado físico como nutricional de la paciente, de acuerdo al índice de masa corporal, pueden presentar bajo peso materno u obesidad los cuales son riesgos de complicaciones durante el

Embarazo.

Rojas. (2015) determina que el incremento de la tensión arterial está asociado con el incremento del índice de masa corporal conforme a una elevación en el líquido corporal, lo que quiere decir que la resistencia periférica, el gasto cardiaco con hiperinsulinemia, alteraciones en las membranas celulares e hiperactividad del sistema renina-angiotensina, se da por una constricción funcional además de hipertrofia estructural celular. Es importante las consultas prenatales en la atención primaria de salud en pacientes con factores de riesgo para producir pre eclampsia, debido a que se puede captar no solo el aumento de las cifras tensionales si no el estado pre gestacional de la paciente.

Según Sarmiento y Pinzón. (1999) detalla que el sulfato de magnesio fue y todavía es la droga de elección para el manejo en la eclampsia. De acuerdo a resultados concluyentes de análisis, continua el sulfato de magnesio siendo utilizado en diferentes circunstancias clínicas y en varias naciones, donde anteriormente se lo usaba con cautela (pág 223-224).

TRATAMIENTO

Gonzales Navarro et al., (2015) menciona que el efecto del sulfato de magnesio es posiblemente multifactorial y tiene mecanismos vasculares y neurológicos. Además el sulfato de magnesio es un calcio antagonista e induce vasodilatación que puede reducir la permeabilidad de la barrea hematoencefálica y reduce el edema vaso génico , las propiedades anticonvulsivas podrían estar asociadas a su actividad antagonista de los receptores Nmetil D-aspartato y Glutamato. Por lo tanto, el tratamiento con sulfato de magnesio en la paciente con eclampsia deberá durar al menos en las 24 horas a partir de la última convulsión, con dosis de 4 a 6 gramos en 30 minutos, y

continuar en infusión de 1 a 2 gramos / hora para 24 horas , mientras que en las convulsiones recurrentes 1 a 2 gramos en 5 minutos (pág 122-123).

Según Avena et al., (2007) mencionan que desde el punto de vista básico en el manejo de la eclampsia se encuentran varias formas en la atención entre las cuales son : Hospitalización en el área quirúrgica , mantenimiento de la vía aérea permeable instalación de vía venosa la cual será utilizada para las convulsiones mediante el uso de sulfato de magnesio comenzando con bolo endovenoso lento de 4 a 6 gramos diluidos en 500 CC. de dextrosa al 5% continuando con un goteo de 10 gramos de sulfato de magnesio en 500 CC. de dextrosa al 5 % a 35 gotas por minuto.

En otras palabras, Avena et al., (2007) argumentan que el uso de diazepam está indicado como medicamento de segunda elección, además de que su acción sería disminuyendo el consumo de oxígeno por el tejido cerebral, sin embargo, aunque tiene efectos dañinos sobre el feto entre los cuales se encuentran: debilidad respiratoria o hipotonía, se recomiendan las dosis sugeridas en: un bolo de 10 mg endovenoso y continuar con 50 mg en 500 CC. de solución dextrosada al 5 %.

OTROS ANÁLISIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

Según Sarmiento y Pinzón. (1999) mencionan que, a través de la vasodilatación de los vasos cerebrales, hay una vasoconstricción arterial mediada por el calcio, esta manifestación ha sido comprobado mediante Doppler transcraneal y de la arteria retiniana. Además, la pulsatilidad de la arteria cerebral media y orbitales esta disminuido por el uso del sulfato de magnesio, mejorando la perfusión vascular y reduciendo la vasoconstricción cerebral.

A pesar de que el sulfato de magnesio no es considerado como una droga antihipertensiva, se ha demostrado recientemente que posee características de relajación vascular sistémica. Además de cierta forma aquella acción fue expresada por su antagonismo con el calcio, no obstante, fueron propuestos por un aumento en los niveles de monofosfato repetitivo de guanosina, cambios en el sistema renina angiotensina y disminución en los niveles de endotelina I (Sarmiento y Pinzón 1999).

Se probó que el sulfato de magnesio tiene efecto hipotensor en la paciente hipertensa y no en la normotensa. Además, se han demostrado estudios que el efecto de vasodilatación del sulfato de magnesio es mayormente en pacientes con preeclampsia mientras que en pacientes que tienen actividad uterina pre término este efecto es mínimo. Sin embargo, es importante recalcar que el sulfato de magnesio tiene una acción diferente en la paciente embarazada que en la no embarazada (Sarmiento y Pinzón 1999).

OTROS TRATAMIENTOS

Se considera varios medicamentos utilizados ante las emergencias hipertensivas como la hidralazina, nifedipina, urapidil, nitroglicerina, y el nitroprusiato de sodio, sin embargo, el labetalol es uno de los representantes a usar ante este tipo emergencias hipertensivas durante el embarazo. Además, es importante recalcar que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de la angiotensina están contraindicados durante la gestación, sin embargo, puede usarse el captopril y la enalapril durante la lactancia (Lacunza Paredes y Pacheco Romero 2015).

PRONÓSTICO

Según López. (2007) menciona que, en el pronóstico, se ha expuesto complicaciones maternas hasta en el 70% de las eclámpticas, de las cuales se encuentran: insuficiencia renal aguda, rotura hepática, lesión hepatocelular, isquemia cerebral, paro cardiorrespiratorio, neumonitis por aspiración, edema pulmonar agudo. Además de la tasa de mortalidad materna oscila aproximadamente entre 0 y 13.9%, mientras en un subgrupo de gestantes con eclampsia antes de las 28 semanas de gestación alcanzó el 22%. Sin embargo, las altas tasas de mortalidad disminuyen de modo relevante con una atención prenatal precoz, regular, de buena calidad, en un medio apropiado (pág 124-125).

COMPLICACIONES

Pinedo y Orderique. (2001) determinan que los descubrimientos por la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en base a los cambios que se producen en la mujer con diagnóstico de pre eclampsia u eclampsia a partir de las 20 semanas de gestación hasta los 10 días de postparto , pueden presentar alteración como parto pre termino , micosis puerperal, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de Hellp (hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia), hemorragia puerperal con pérdidas de sangre de hasta 500 ml durante las primeras 24 horas (pág 2-3).

EPIDEMIOLOGIA

Sarmiento y Pinzón. (1999) señalan que de acuerdo a estadísticas americanas en las cuales se ha evaluado actualmente que la incidencia de la eclampsia es de alrededor del 0.56 de cada 1000 nacimientos. Sin embargo en la actualidad el uso terapéutico se

basa en mayor parte del sulfato de magnesio, pero que no aseguran una prevención total, además se ha considerado que la incidencia de la paciente que presenta convulsiones con sulfato de magnesio ronda entre el 0,3% y el 4.3%.

Según García et al., (2020) mencionan que la preeclampsia y la eclampsia son consideradas como las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial, además de que la incidencia mundial de la pre eclampsia ha sido reportada alrededor del 5 al 8% del total de embarazos, seguidamente la eclampsia ha sido reportada en 1 de cada 2 500 embarazos, por otra parte, se proyecta un incremento en estas puntuaciones.

En el Ecuador se estima que a partir del año 2006 y 2014 estas complicaciones han sido reportadas entre las principales causas de muerte materna y que representan el 27,53% de la totalidad de muertes maternas ocurridas durante los años planteados, por otra parte, la provincia de Chimborazo presenta la tercera tasa más elevada a nivel nacional de estas enfermedades teniendo un 28,16% tanto de preeclampsia como de eclampsia en el año 2016 (García et al.,2020).

ANEMIA EN EL EMBARAZO

Ochoa et al., (2020) señalan que la clasificación de la anemia varía según los niveles de hemoglobina y de acuerdo al trimestre de embarazo por lo tanto los valores son los siguientes: hemoglobina menor a 11 g/dl en el primer trimestre y tercer trimestre y 10.5 g/dl en el segundo trimestre, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) (pág 90-91).

Ochoa et al., (2020) señalan que en el Ecuador la clasificación de la anemia varía de acuerdo a la gravedad la cual se considera en: leve, moderada y severa dependiendo de la concentración de hemoglobina con valores que se encuentran entre 10.1-10.9 g/dl a 7-10g/dl respectivamente, de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública (MSP).

TIPOS DE ANEMIA EN EL EMBARAZO

La anemia generalmente se asocia diferentes factores durante el embarazo, por otra parte los diferentes tipos de anemia entre las cuales las más comunes son la ferropénica, megaloblástica, y de células falciformes, sin embargo la anemia por deficiencia de hierro es común en territorios subdesarrollados de todo esto alrededor de un 75 % de los casos se deben a una malnutrición durante el embarazo y un déficit en el control prenatal para detección de la anemia (Véliz et al.,2019).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO EN EL EMBARAZO

Martínez et al., (2018) mencionan que durante el embarazo ocurren cambios en el organismo los cuales son secundarios a variaciones hormonales atendiendo a las demandas feto placentarias, no obstante, en el sistema hematológico también presenta varios cambios que son necesarios para generar la hematopoyesis del feto.

Durante la concepción los requerimientos de hierro son mayores este es un elemento fundamental para la recopilación de Hb, durante el estado de concepción estos requerimientos son consecuencia del crecimiento del volumen sanguíneo aproximado a un 50% y alrededor del conteo total de los glóbulos rojos en un 25 %, sin embargo, estos porcentajes pueden ser más marcados en embarazos diferentes (Martínez et al., 2018).

Según Gonzales y Olavegoyab. (2019) mencionan que el incremento de hierro mediante la alimentación o por suplementos se puede elevar la disponibilidad de hierro más de lo que se necesita como consecuencia se generan enfermedades como la preeclampsia, además se ha observado que en mujeres preclámpicas tienen mayor cantidad de hierro mientras que una disminución de hepcidina de acuerdo a las señales feto-placentarias que reducen este último elemento, por lo tanto niveles altos en la concentración de hemoglobina se asocia mayormente a desarrollar OR para pre eclampsia.

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA SEGÚN LA SEVERIDAD CLINICA

Clasificación por severidad	Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia severa	<7,0 g/dL
Anemia moderada	7,1-10,0 g/dL
Anemia leve	10,1-10,9 g/dL

(Ministerio de Salud Pública 2014).

CUADRO CLÍNICO

Garro y Thuel. (2020) definen que la anemia durante el embarazo se presenta por un déficit del aporte de oxígeno a los tejidos , como consecuencia se pueden presentar varios signos y síntomas entre los cuales están : la fatiga baja capacidad mental y física, cefaleas, calambres en miembros inferiores, intolerancia al frío , palidez en la mucosa entre otros, además entre los síntomas más complicados se encuentra el estrés cardiovascular como taquicardia e hipotensión, termorregulación disminuida y mayor probabilidad a padecer infecciones (pág 5-6).

FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores los cuales pueden provocar anemia durante el embarazo, las mujeres de diferentes razas con nivel socioeconómico bajo, control prenatal inadecuado y varios grupos de riesgo entre los cuales se destacan las donantes de sangre, vegetarianas, dieta con disminución de alimentos ricos en hierro como las carnes, cereales, frijoles, lentejas, pavo o marisco, además en el embarazo múltiple se menciona que la disminución de suplementos multivitamínicos, dieta con bajo nivel de proteínas, o alimentos que afectan a la absorción de hierro como el café, espinacas, productos de soya o el té, inducen a la anemia, cabe decir que también las enfermedades gastrointestinales afectan la absorción del hierro (Espitia De La Hoz y Orozco Santiago 2013).

COMPLICACIONES

La anemia se ha asociado a 5 complicaciones obstétricas durante el embarazo como el aborto, ruptura prematura de membranas , parto prematuro , oligohidramnios y también bajo peso al nacer, además asociándose con una disminución del volumen eritrocitario, sobre un aumento del volumen plasmático materno, como consecuencia de una disminución de la perfusión tisular y función placentaria inadecuada, razón por la cual puede resultar en aborto o restricción del crecimiento fetal. (Espitia De La Hoz y Orozco Santiago 2013).

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo a las estadísticas internacionales la anemia durante el tercer trimestre del embarazo es el mayor indicador en la salud reproductiva en mujeres de bajos recursos , con un aumento en la prevalencia en mujeres afroamericanas 48,5%, seguidas por nativas americanas y nativas de Alaska 33,9%, hispanas y latinas 30,1%,

Asiáticas, Nativas Hawaianas y otras islas del pacífico 29%,y europeas (27.5%), la OMS plantea que existe una prevalencia mundial de anemia en las mujeres embarazadas de hasta el 42% de los casos de anemia debido a la deficiencia de hierro (Espitia De La Hoz y Orozco Santiago 2013).

RECOMENDACIONES

Rivera. (2006) menciona que el uso de concentrados de hematíes es preferible previa realización de pruebas cruzadas, por otra parte, en los casos graves está indicado la administración de sangre del grupo O Rh negativo. Además, hay que recordar que la hemorragia genera disminución de hematíes, como consecuencia se pierden factores de la coagulación y las plaquetas.

Por otra parte, Rivera. (2006) menciona que es recomendable la transfusión de sangre con valores menores a 7g/dl, por otra parte, la transfusión se determinara de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente. Además, la cantidad de sangre que se transfunde va a depender de cada acontecimiento (pág 238-239).

1.1. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo se consideran entre las complicaciones principales que durante la etapa gestacional afectando a la embarazada alrededor del 15% y representan aproximadamente el 18% del total de muertes maternas nivel mundial, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año. Además de ser una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo (Rojas et al.,2019).

El desarrollo de este estudio de caso tiene como finalidad brindar información actual sobre las complicaciones asociadas a los trastornos hipertensivos y la integración de los conocimientos científico-teóricos adquiridos durante los diferentes semestres de la carrera y los conocimientos técnicos aprendidos en la práctica asistencial, de manera que este estudio de caso clínico pueda constituirse como una herramienta de análisis y evaluación hacia la paciente recalando la implementación del proceso de atención de enfermería (PAE) durante la etapa gestacional de la misma.

Durante este proceso se obtuvo información oportuna y real de una paciente diagnosticada con eclampsia, que, mediante implementación precoz y oportuna de las actividades independientes, interdependiente y dependientes del equipo de salud favoreció a la evolución oportuna de la paciente durante su estancia hospitalaria.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de atención de enfermería en gestante con eclampsia, ingresada al Hospital General IESS Quevedo, Provincia de los Ríos, Cantón Quevedo.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, a través de la valoración física, cuáles son los patrones funcionales alterados en la gestante con eclampsia
- Establecer las etiquetas diagnósticas a utilizar, según los hallazgos de la valoración, para establecer sus necesidades reales y potenciales en la gestante con eclampsia.
- Ejecutar las actividades de enfermería prioritarias en la gestante con eclampsia
- Evaluar las intervenciones de enfermería implementadas y análisis de los resultados para determinar su utilidad en la gestante con eclampsia.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 02/10/1990

Edad: 31 años

Lugar de nacimiento: El.

Moraspungo

Provincia: Cotopaxi

Nacionalidad: ecuatoriana

Etnia: Mestiza

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Grupo sanguíneo: O+

Nivel sociocultural/económico: Medio Bajo

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad llega al área de centro obstétrico en ambulancia la cual es traída desde el subcentro de Moraspungo perteneciente al cantón Pangua, sin previa coordinación con autoridades del Hospital General IESS Quevedo la cual es referida a la institución como código rojo con diagnóstico de eclampsia, paciente refiere cefalea de 2 días de evolución, motivo por el cual acude al subcentro de la localidad, donde es evaluada y presenta cifras tensionales elevadas, médico rural refiere, cumplimiento dosis de nifedipina 10 mg cada 20 minutos por 2 dosis ,impregnación con sulfato de magnesio , posterior cursando con movimientos tónicos clónicos , cumplen diazepam 10 mg IM STAT presenta vomito en número de uno durante el traslado en ambulancia , al llegar a la institución medico ginecólogo valora y da inicio a implementación de tratamiento, en su valoración se tiene SCORE MAMA de 11 puntos , por lo cual se preparó a la paciente mediante exámenes complementarios, tratamiento hipertensivo y preparación de quirófano para cesárea emergente.

Historial clínico del paciente

Madre: A. B., de 31 años de edad, nacida el 02/10/1990 en la parroquia Moraspungo perteneciente al cantón Pangua, provincia de Cotopaxi, estado civil casada. Ocupación ama de casa. Religión católica, lateralidad diestra, grupo sanguíneo: ORH(+)

- **Antecedentes patológicos personales:** no refiere
- **Antecedentes quirúrgicos:** Cesárea (1), ultima cesárea hace 6 años
- **Gestas:3: Aborto:0 Parto: 1**
- **Antecedentes patológicos familiares:**
Madre Hipertensa
Padre Ninguno
- **Alergias:** no refiere
- **Anticonceptivo:** no refiere.
- **Hábitos:** Vida sedentaria, no acudía a controles prenatales , durante su proceso de gestación refiere haberse realizado aproximadamente 2 controles

Antecedentes prenatales

Controles: 2, ecos:2

Medicamentos: ácido fólico

Vacunas: antitetánica

Infecciones: IVU 1er trimestre - 3er trimestre

Hospitalizada por antecedente de eclampsia

2.2. Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual/anamnesis

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad ingresa al servicio de ginecología con embarazo de 37,2 semanas de gestación por fecha ultima de menstruación , refiere cefalea de moderada intensidad y dolor a nivel ífero pélvico que se irradia a nivel lumbo sacro , al momento de su valoración física esta febril , con facies pálidas , taquicárdica, con presiones arteriales elevadas , el dolor referido de acuerdo a la escala analógica por facies expresivas 8 de 10 , en la monitorización fetal , producto

vivo con frecuencia fetales de 135- 140 latidos por minuto , personal médico decide y prepara su ingreso de emergencia para cesárea por antecedentes convulsivos con la preparación de la paciente mediante los exámenes complementarios en los cuales se evidencia niveles bajo de hemoglobina de 6,8 g/dl interpretándose anemia severa por lo cual se procesa en laboratorio paquete globular de acuerdo grupo sanguíneo O+.

2.3. Examen físico

Signos vitales:

- Temperatura: 37,8°C
- Frecuencia respiratoria: 23 respiraciones por minuto.
- Frecuencia Cardíaca: 112 latidos por minutos
- Presión Arterial: 160/110mmHg
- Saturación de oxígeno: 95%

Valoración céfalo caudal

- **Piel:** Facies pálidas
- **Cabeza:** normo cefálica sin anomalías
- **Cuero cabelludo:** implantación abundante, no presenta lesiones
- **Ojos:** pupilas isocóricas normo reactivas a la luz, sin secreciones
- **Nariz:** mucosa nasal semi húmedas, no edematosa
- **Boca:** mucosas orales semi húmedas
- **Cuello:** móvil, no adenopatías
- **Tórax:**, simétrico, expansibilidad conservada, no retracciones, adecuada entrada de aire en campos pulmonares
- **Pulmón:** murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos

- **Corazón:** rítmico, con taquicardia no soplos
- **Abdomen Ingreso:** suave, globoso acorde a producto gestacional, doloroso a la palpación a nivel de hipogastrio
- **Abdomen Postoperatorio:** Doloroso por herida quirúrgica.
- **Genitales Ingreso:** Normo configurados, sin presencia de vello púbico, no perdidas transvaginales , con presencia de sonda Foley numero 14
- **Extremidades:** simétricas, movilidad conservada, edema grado 2 con retracción de 10 segundos en miembros inferiores, región genital: normal
- **Examen neurológico:** Glasgow 15-15

Valoración por sistemas:

- **Órganos de los sentidos:** Sin alteraciones
- **Cardiovascular:** A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos, con taquicardia no soplos.
- **Respiratorio:** murmullo vesicular normal adecuada entrada de aire en campo pulmonar izquierdo y derecho, no ruidos sobreañadidos.
- **Digestivo:** sin evidencia de clínica desfavorable. A la palpación, abdomen suave, levemente depresible, doloroso a la palpación a nivel del hipogastrio,
- **Genitourinario:** diuresis espontánea en sonda vesical, genitales simétricos, sin edema.
- **Musculo esquelético:** extremidades superiores e inferiores simétricas, tono muscular adecuado, presencia de edematización en miembros inferiores grado 2
- **Piel y Tegumentos:** de color pálido, mucosas semihúmedas.
- **Neurológico:** Glasgow 15/15.

Valoración Por Patrones Funcionales de Marjorie Gordon

- **Patrón 1: Percepción/manejo de salud.**

Paciente en estado de gestación, con controles prenatales 2/5, solo tomo vitaminas (ácido fólico) el primer trimestre de embarazo, con antecedentes patológicos de infecciones urinarias , vida sedentaria, madre hipertensa, padre sin antecedentes

- **Patrón 2: Nutricional metabólico**

Paciente manifiesta acceso a tres comidas diarias, durante su embarazo no tuvo asesoramiento alimentario, con ganancia de peso durante su gestación, presencia de edema miembros inferiores.

- **Patrón 3: Eliminación**

Expresa que defeca de dos a tres veces al día, su micción es moderada de color amarillo transparente, manteniendo la misma coloración al ingreso en bolsa colectora por sondaje vesical

- **Patrón 4: Actividad/Ejercicio:**

Paciente refiere que no realiza actividad física, no suele caminar con frecuencia a excepción de la realización de lo actividades del hogar y mantiene una vida sedentaria.

- **Patrón 5: Reposo/ Sueño**

La paciente presenta problemas en la conciliación de sueño , refiere no lograr dormir las horas adecuadas

- **Patrón 6: Cognitivo/Perceptivo:**

Paciente colaboradora, consiente orientada en tiempo y espacio, refiere cefalea de moderada intensidad, dolor en hipogastrio de leve a moderada intensidad

- **Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto**

Paciente refiere que le asusta estar en el hospital por lo sucedido en su localidad

de Moraspungo y le preocupa su estado de salud y la vida de su bebe.

- **Patrón 8 Rol/Relaciones:**

Expresa que vive con su esposo, sus dos hijos y su madre, en su casa la misma que es de tamaño mediano, refiere que han pasado por difíciles y tristes momentos durante su embarazo pero que sin embargo mantiene una buena relación con su pareja y familia.

- **Patrón 9: Sexualidad/Reproducción:**

Paciente refiere que su sexualidad se dio inicio aproximadamente entre los 15 a 16 años y los métodos anticonceptivos no fueron utilizados con frecuencia a excepción de su pareja que si los solía utilizar en mayor ocasión , refiere que no acudió a ninguna planificación familiar con su pareja , actualmente con su tercera gestación de 37,2 semanas , con antecedentes de dos embarazos anteriores y sus controles prenatales deficientes..

- **Patrón 10: Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

Paciente intranquila, pero colaboradora a pesar de su situación, sin embargo refiere no lograr controlar la ansiedad al estar en la institución hospitalaria , refiere preocupación por el estado de su bebe

- **Patrón 11: Valores/Creencias**

Familia católica

Patrones Funcionales Alterados:

- Patrón Percepción Manejo de la Salud.
- Patrón Sueño descanso
- Patrón Autopercepción / auto concepto

- Patrón sexualidad-reproducción
- Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V.REFERENCIA
Hemoglobina	6,8*	g/dL	11.7-16
Hematocrito	26.4*	%	36-47
Plaquetas	245.00	mm ³ /uL	150-400
TGO (AST)	38	UI/L	5-40
TGP (ALT)	14	UI/L	7-56
LDH	330	UI/L	105-333
TPT	28	Seg	25-35
TP	11	Seg	11-13.5
Leucocitos	14,83	x10 ³ mm ³	5,00-10,00
Neutrófilos	7,2	%	2,0-7,0
Linfocitos	1,87	%	1,0-5,8
B.directa	0.1	mg/dL	0-3
B.indirecta	0.3	mg/dL	0.1-0.5
B.total	0.9	mg/dl	0.3-1.0
Urea	19	mg/dL	15-43

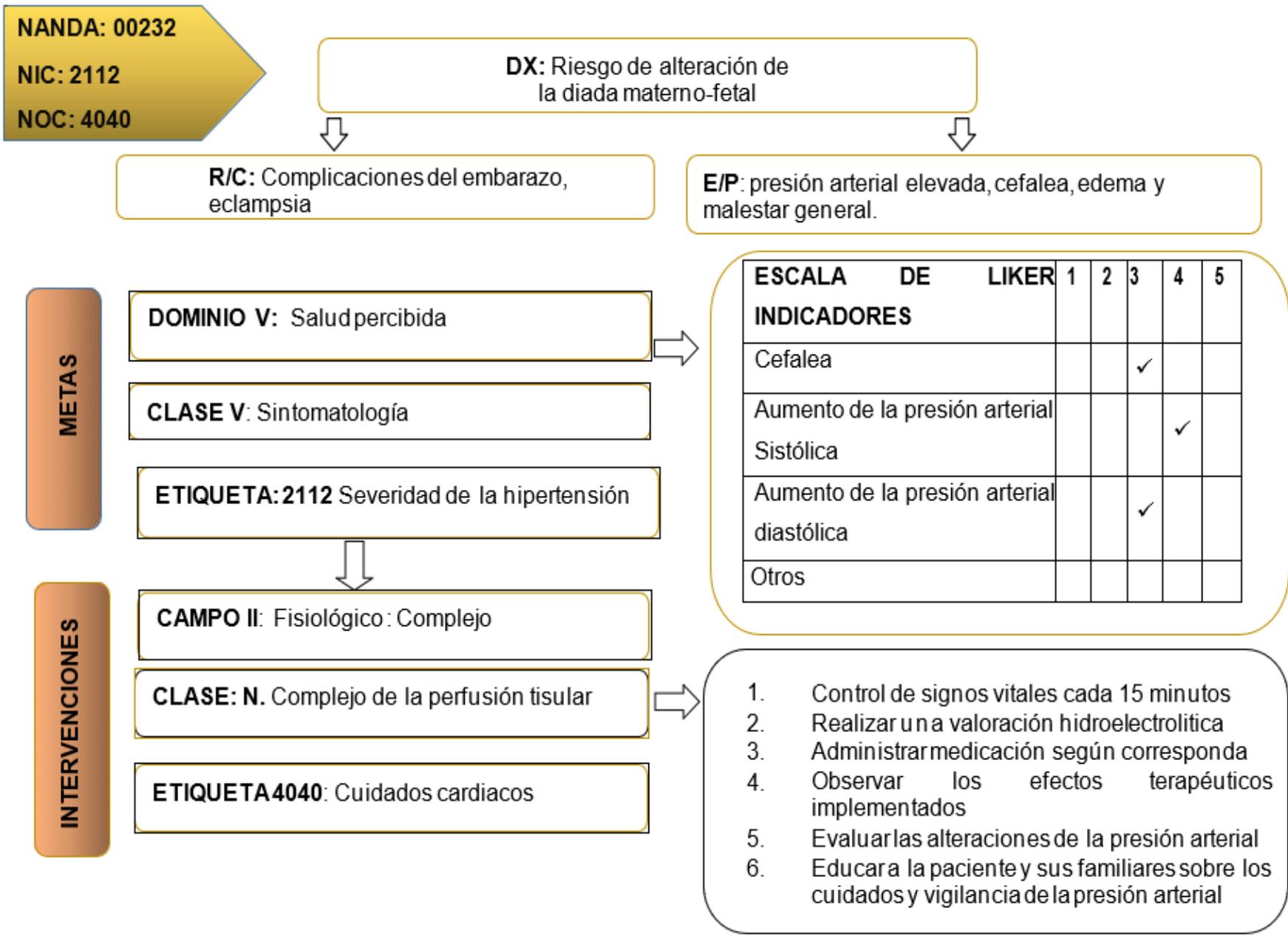
Creatinina	0.7	mg/dL	0.6-1.2
VDRL	No reactivo		
HIV 1+2	No reactivo		
Grupo Sanguíneo	O		
Factor RH	Positivo		

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnostico Presuntivo:** Paciente con hipertensión signos de preeclampsia
- **Diagnóstico Diferencial:** Preeclampsia severa
- **Diagnóstico Definitivo:** Eclampsia
- **Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de alteración de la diada materno-fetal

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

La eclampsia es una patología que ocurre durante el embarazo para que esta se desarrolle durante el embarazo tiene diferentes factores de riesgos los cuales están asociados a su origen como: embarazos en la adolescencia, embarazos en mujeres mayor a 40 años, obesidad, antecedentes con hipertensión. En este estudio de caso los factores de riesgo asociados a los antecedentes familiares por padre hipertenso, alimentación no equilibrada durante el embarazo por falta de información en base al tema, y regido al déficit de controles prenatales.



NANDA: 00132
NIC: 2102
NOC: 1400

DX: Dolor agudo

R/C: Agentes lesivos biológicos (Eclampsia)

E/P: Alteraciones fisiológicas, ansiedad, taquicardia, escala visual analógica 7/10, malestar general

METAS

Dominio V: Salud percibida

Clase V: Sintomatología

Etiqueta: 2102 Nivel del dolor



ESCALA DE LIKER	1	2	3	4	5
INDICADORES					
210201.- Dolor referido			✓		
210208.- Inquietud				✓	
210211.-Frecuencia cardiaca			✓		
210212.-Presion arterial				✓	

INTERVENCIONES

Campo I: Fisiológico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta: 1400 Manejo del dolor



- Actividades:**
1. Brindar a la persona alivio del dolor mediante analgésicos prescritos
 2. Proporcionar información en base al dolor, el tiempo de duración y las incomodidades de la implementación de procedimientos
 3. Comunicar al médico si las medidas no tienen éxito
 4. Monitorizar el grado de satisfacción de la paciente con el control periódico del dolor

NANDA: 00177

NIC: 1212

NOC: 5230

DX: Estrés por sobrecarga

R/C: Estresores (salud comprometida)

E/P: estrés excesivo, tensión, inquietud, ansiedad

METAS

Dominio III: Salud psicosocial

Clase: M Bienestar psicológico

Etiqueta: 1212 Nivel de estrés

INTERVENCIONES

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para el afrontamiento

Etiqueta: 5230 Mejorar el afrontamiento

ESCALA DE LIKER	1	2	3	4	5
INDICADORES					
Aumento de la presión arterial			✓		
Aumento de la frecuencia respiratoria			✓		
Inquietud				✓	
Aumento de la presión arterial			✓		
Ansiedad			✓		

Actividades:

1. Brindar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico
2. Alentar actitudes positivas de esperanza para manejar adecuadamente las actitudes de la paciente
3. Fomentar dominio de la situación
4. Aconsejar a la paciente y familiares sobre los tratamientos implementados y necesarios

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

Observando y valorando las cifras tensionales elevadas, cefalea de moderada a gran intensidad, edema en miembros inferiores grado 2 con retracción de 10 segundos malestar generalizado con antecedentes de eclampsia asociada a tensión arterial elevada con llevan a un diagnóstico definitivo de eclampsia. En el estudio de caso fundamento el proceso de atención de enfermería implementado mediante la teorizante de Dorothea Orem con respecto al déficit de autocuidado, debido a que se centra en la atención que se debe implementar ala paciente con el objetivo de alcanzar las acciones de autocuidado con la finalidad de lograr mantener y conservar de manera adecuada el estado de salud de la misma y recuperación de la enfermedad. La gestante mediante la consejería por parte del profesional de enfermería como personal médico debe adaptarse a las diferentes situaciones durante el proceso evolutivo mediante su estancia hospitalaria , desde los cuidados implementados durante el puerperio , hasta el proceso de autocuidado de la paciente para estar apta para el cuidado entre binomio madre-hijo , se hace realce la consejería ante las dudas referidas por parte de la paciente tanto en tratamiento como en el cuidado individualizado y sobre todo la comunicación entre profesional-paciente,es así la importancia de mantener actitudes positivas tanto en la situación de la paciente ,y en las dudas de la misma para lograr establecer un medio comunicativo y relación adecuada.

Seguimiento

PRIMER DIA

ADMISION

28/09/2021 16:13 pm

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad con 37,2 semanas de gestación que ingresa al Hospital del seguro IESS Quevedo quien es traída en ambulancia como código rojo desde el centro de salud de Moraspungo del cantón Pangua sin previa coordinación con autoridades de la institución ,paciente que no posee seguro IESS, con antecedentes de eclampsia , médico rural refiere que la paciente acude a subcentro de

la localidad por cefalea de moderada intensidad de aproximadamente 2 días de evolución , donde evalúan y presenta cifras tensionales elevadas, , de acuerdo a lo referido por medico rural cumplen administración de nifedipina 10 mg cada 20 minutos por 2 dosis , sulfato de magnesio impregnación , posterior cursando con movimientos tónico clónicos se cumple con diazepam 10 mg IM stat cumplen con plan de sulfato de magnesio mantenimiento para eclampsia , paciente presento vomito en número de uno con residuos alimenticios durante el traslado a la institución , paciente con dos vías periféricas para hidratación y sulfato de magnesio mantenimiento con presencia de sonda vesical la cual se mantenía permeable y funcional, se realiza aseo de los genitales al momento , se toma muestra de tres tubos para procesamiento en laboratorio , paciente se mantiene consiente orientada en tiempo espacio y persona, en condiciones inestables ante la toma de signos vitales, con cifras tensionales elevadas, cefalea de moderada intensidad, ansiedad , presenta taquicardia y taquipnea con edema en miembros inferiores grado II , en monitoreo fetal ausente por periodos, sin embargo ante captación de latidos manteniendo de 130-140 LPM , paciente colaboradora ante el interrogatorio por ginecólogo de turno el cual activa clave azul e implementa plan de tratamiento y preparación para quirófano por gravedad del caso.

Plan de tratamiento

Medicación para preparación a quirófano:

- Solución salina al 0,9% endovenoso a razón de 14 gotas por minuto con continuación con sulfato de magnesio a 50 CC./hora
- Hidralazina: 5 mg endovenoso cada 20 minutos dosis respuesta en TA igual 160/110mmHg
- Ceftriaxona: 1gr endovenoso stat
- Omeprazol: 1 ampolla endovenoso stat
- Metoclopramida: 1 ampolla endovenoso stat

Indicaciones:

- Preparar paciente para quirófano
- Llenado de consentimientos informados
- Comunicar a anestesiología y neonatología
- Medidas anti embolicas
- Exámenes de laboratorio (biometría hemática, coagulación , inmunología ,serología)

28/09/2021 16:30

Paciente refirió estar intranquila y molestia en sondaje vesical se aplicó profilaxis antibiótica y medidas anti embolicas para preparación a quirófano se coordina con anestesiología y se informa a familiares del caso, paciente en espera de pase a quirófano, en procesamiento de laboratorio se recibe paquete globular tipo O positivo , en posterior a la administración de mismo paciente no refleja posibles signos y síntomas de reacción hemolítica , paciente intranquila con nerviosismo

28/09/2021 16:48 Procesamiento de laboratorio

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V.REFERENCIA
Hemoglobina	6,8*	g/dL	11.7-16
Hematocrito	26.4	%	36-47
Plaquetas	245.00	mm ³ /uL	150-400
TGO (AST)	38	UI/L	5-40
TGP (ALT)	14	UI/L	7-56
LDH	330	UI/L	105-333
TPT	28	Seg	25-35
TP	11	Seg	11-13.5

Leucocitos	14,83	x10³mm³	5,00-10,00
Neutrófilos	7,2	%	2,0-7,0
Linfocitos	1,87	%	1,0-5,8
B.directa	0.1	mg/dL	0-3
B.indirecta	0.3	mg/dL	0.1-0.5

B.total	0.9	mg/dl	0.3-1.0
Urea	19	mg/dL	15-40
Creatinina	0.7	mg/dL	0.5-1.2
Ácido Úrico	3.4	mg/dL	2.4-6.0
Examen	Resultados		
VDRL	No reactivo		
HIV 1+2	No reactivo		
Grupo Sanguíneo	O		
Factor RH	Positivo		

Elaborado por: Damaris Madelein Yntriago Muñoz

Fuente: Historial Clínico

28/09/2021 20:40

Paciente con DX de eclampsia se mantiene en el área de recuperación consiente orientada en tiempo y espacio , inquieta, facies pálidas colaborando a medico ginecólogo a la valoración del mismo , paciente mantenía loquios presentes y sangrado

moderado transvaginal , se prepara infusión con terapia del dolor , profilaxis antibiótica y toma de signos vitales cada 15 minutos, manteniendo cifras tensionales de 160/100 , saturación al 97% y frecuencia cardiaca de 62 LPM, RN es llevado al área de neonatología para observación.

SEGUNDO DIA

29/09/2021 8:30

Paciente postquirúrgica de cesárea más salpingectomía bilateral con dx de eclampsia se mantiene consiente orientada en tiempo espacio y persona , facie algica con monitoreo continuo con score mama de 3 puntos por tensión arterial de 140/80, y taquicardia de 105 mientras que el resto de signos vitales dentro de los parámetros normales continuando profilaxis antibiótica ,y antihipertensivos en la valoración periódica de sangrado transvaginal el cual se mantiene escaso , realiza deambulaci3n sin embargo refiere leve mareo , logra deambular con asistencia del personal de enfermería , en el área de neonatología se informa al personal de centro obstétrico que RN no ha presentado complicaciones en el área de observaci3n intermedia de neonatología sin presencia de retracciones subcostales , aleteo nasal o signos de dificultad respiratoria por lo cual es llevado al área de recuperaci3n de centro obstétrico para estimulaci3n y apego en binomio madre-hijo , la cual mantiene buena segregaci3n de calostro , paciente con criterio de observaci3n no ingresa a UCI Covid por déficit de camas y demanda de paciente relacionados al Covid-19 , por lo que la paciente se establece en el área de hospitalizaci3n ginecológica , no presenta posibles complicaciones relacionadas al estado neurológico y hemodinámico de la paciente continuando en compańía de RN , en confort en base a los cuidados de enfermería y tratamiento antihipertensivo.

Tratamiento terapéutico:

- Ketorolaco 30mg endovenoso cada 8 horas
- Ceftriaxona 1 gr endovenoso cada 12 horas

- Paracetamol: 1 gr endovenoso por razones necesarias
- Gentamicina: 160 mg endovenoso cada día
- Omeprazol: 1 ampolla endovenoso cada día
- Ácido tranexámico: 1gr endovenoso por razones necesarias
- Nifedipina 20 mg vía oral cada 8 horas
- Hidralazina 20 mg+20cc de solución salina al 0,9% endovenoso pasar 5 ml STAT si TAS es mayor a 160 mmHg o TAD mayor a 100 mmHg
- Semifowler cabecera 40 grados Gasometría arterial
- Balance hídrico
- Score mama cada 30 minutos
- Dieta líquida según tolerancia

TERCER DIA

30/09/2021 20:00

Paciente en el área de hospitalización ginecológica con DX de eclampsia + anemia aguda , postquirúrgica de cesárea segmentaria + salpingectomia bilateral , cursando su tercer día de estancia hospitalaria se encuentra consiente orientada en tiempo espacio y persona refiriendo mucho dolor en área quirúrgica , la cual no presenta posibles signos de irritación peritoneal con apósitos limpios y secos con limpieza cada día, en compañía de su RN el cual se mantiene con facies semi - rosadas con buen reflejo de succión y estimulación periódica sin presencia de signos de alteración , paciente refleja dolor en herida quirúrgica en deambulación periódica, a la toma parcial de signos vitales manteniendo cifras tensionales 130/78 con presencia de diuresis espontanea por catéter vesical segregando 100 ml en funda recolectora , , posterior medico prescribe retiro de sonda vesical, paciente mantiene diuresis espontanea con loquios escasos , no suplementación de oxígeno por autonomía respiratoria y a la toma

de oximetría saturando al 97% con score mama de 0 puntos.

Tratamiento terapéutico:

- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 CC. a 21 ml/h
- Tramadol 200 mg+ cloruro de sodio al 0,9% 100 CC. endovenoso a 5 ml/h
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 12 horas
- Hidralazina 20 mg + 20 CC. de solución salina 0,9% endovenoso pasar a 5 ml STAT sila TAS es mayor a 160 mmHg o TAD es mayor a 100 mmHg
- Nifedipina 20 mg vía oral cada 8 horas Ceftriaxona 1 gr endovenoso cada 8 hora
- Paracetamol 1 gr vía oral por razones necesarias
- Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas Dieta blanda hipo sódica

CUARTO DIA

02/10/2021 8:40

Paciente en el área de hospitalización ginecológica activa en las tres esferas en acompañamiento son RN el cual se mantiene en condiciones clínicamente estables, la paciente refleja abdomen globoso y dolor por lo cual se comunica a medico de turno a la toma de signos vitales los cuales reflejan valores normales manteniendoscore mama de 0 puntos con tensión arterial de 117/73, con deambulacion periódica la cual refleja estabilidad ante la realización de la misma.

02/10/2021 13:00

Toma de glicemia capilar manteniendo valor de 78 mg/dl siguiendo con los cuidados de enfermería de vigilancia de herida quirúrgica ante posibles signos de irritación peritoneal y presencia de alteración neurológica o cambios en la presión arterial la cual se mantiene dentro de los parámetros normales, se toma biometría hemática

Tratamiento terapéutico:

- Metoclopramida 10 mg endovenoso por razones necesarias
- Paracetamol 1 gr endovenoso por razones necesarias
- Magaldrato+ Simeticona 5 ml vía oral STAT , después por razones necesarias
- Nifedipina 10 mg vía oral por razones necesarias
- Ceftriaxona 1 gr endovenoso cada 8 horas
- Hidralazina 20 mg + 20 CC. de solución salina 0,9% endovenoso pasar a 5 ml STAT sila TAS es mayor a 160 mmHg o TAD es mayor a 100 mmHg

02/10/2021 13:30 RESULTADOS DE LABORATORIO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V.REFERENCIA
Hemoglobina	12.1	g/dL	11.7-16
Hematocrito	36.5	%	36-47
Plaquetas	250.00	mm ³ /uL	150-400
TGO (AST)	36	UI/L	5-40
TGP (ALT)	14	UI/L	7-56
LDH	328	UI/L	105-333
TPT	38	Seg	25-35
TP	11	Seg	11-13.5
Leucocitos	11,0	x10 ³ mm ³	5,00-10,00
Neutrófilos	6,9	%	2,0-7,0

Linfocitos	2,96	%	1,0-5,8
B.directa	0.2	mg/dL	0-3
B.indirecta	0.4	mg/dL	0.1-0.5
B.total	0.6	mg/dl	0.3-1.0
Bioquímica			
Urea	16	mg/dL	15-40
Creatinina	0.7	mg/dL	0.5-1.2
Ácido Úrico	3.4	mg/dL	2.4-6.0

QUINTO DIA

03/10/2021 9: 40

Paciente consiente orientada en tiempo espacio y persona afebril refiriendo , con inquietud, dolor en herida quirúrgica sin signos de irritación peritoneal o flogosis ,con estabilidad neurológica y hemodinámica , deambulacion sin complicaciones , score mama de 1 punto por TA de 130/86 , sin necesidad de apoyo a oxigeno suplementario, con diuresis espontanea , sin mediar diuréticos, con descenso de leucocitosis , con dieta blanda rica en fibra y líquidos a libre demanda medico prescribe las siguientes indicaciones :

- Tramadol 200 mg+ cloruro de sodio 0,9% 100 CC. IV a 5 ml/h terminar infusión y suspender
- Dish y cuidados de enfermería Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas
- Ranitidina 50 mg IV cada 12 horas

- Hidralazina 20 mg + 20 CC. de solución salina 0,9% endovenoso pasar a 5 ml STAT si la TAS es mayor a 160 mmHg o TAD es mayor a 100 mmHg
- Amlodipino 10 mg VO cada día en la noche (Se sugiere rotar de nifedipina a amlodipino no habiendo alfa metil dopa disponible)
- Paracetamol 1 gr IV VO cada 8 horas cuidados de herida quirúrgica
- Dieta blanda rica en fibra

Examen físico:

- Piel: afebril, hidratada
- Cardiopulmonar: ruidos respiratorios presentes sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos regulares sin soplos, con regular mecánica ventilatoria y autonomía con llenado capilar 3 segundos
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a nivel de la herida quirúrgica útero tónico infraumbilical, con apósito seco cubriendo herida operatoria, no megalias ni signos de irritación peritoneal
- Genitales externos; loquios ausentes Extremidades: sin presencia de edemas
- Neurológico: consiente, orientada en tiempo y espacio.El resto se evidencia normalidad a nivel sistemático
- Score mama: 1 punto por cifras tensionales 130/86

SEXTO DIA

03/10/2021 20:45

Paciente postquirúrgica de cesárea segmentaria más salpingectomia bilateral con Diagnostico de eclampsia en el área de hospitalización ginecológica en condiciones clínicamente estables en compañía de RN , posterior a valoración por parte de medico

ginecólogo la paciente recibe el alta médica , con implementación de tratamiento en casa mediante la consejería del personal de enfermería con respecto a los cuidados del recién nacido sin embargo no se estableció comunicación personalmente con familiar (esposo) el cual no se encontraba en la institución de salud , ante el llamado por vía telefónica refiere salir de la institución por motivo de conseguir insumos faltantes hacia el RN, por lo cual en llegada de familiar a centro obstétrico se establece comunicación relacionado a la situación del alta médica , para el día 04/10/2021.Paciente en condiciones estables con evolución favorable superando anemia severa durante la estancia hospitalaria y leucocitosis con descenso en los parámetros.

Examen físico:

Signos vitales

- TA: 117/68 FC:71 FR:18 T: 36.6 SO2:98%
- Neurológico: despierta orientada en tiempo espacio y persona escala de Glasgow continuando 15/15 pupilas isocóricas reactivas, no signos de déficit motor o sensitivo, no signos de irritación meníngea
- Respiratorio: Respiraciones espontaneas, tórax simétrico, eupneica 14-20 rpm, no uso de músculos accesorios, sin suplementación de oxígeno manteniendo saturando mayores a 95%
- Cardiovascular: Hemodinámicamente estable, con tendencia a la hipertensión, sin requerimiento de vasodilatadores, sin signos de hipoperfusión con llenado capilar menor a 3 segundos, ruidos cardiacos sin agregados, sangrado transvaginal leve
- gastrointestinal: abdomen simétrico blando depresible doloroso a la palpación en herida quirúrgica útero contraído.

Tratamiento terapéutico:

- Ketorolaco 30mg IV
- Ceftriaxona: 1 gr IV

ultima dosis

- Paracetamol: 1 gr
endovenoso por razones
necesarias
- Biometría hemática

SEPTIMO DIA

04/10/2021 5:00

Toma de biometría hemática

04/10/2021 5:30

Resultados de laboratorio

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V.REFERENCIA
Hemoglobina	12.1	g/dL	11.7-16
Hematocrito	36,5	%	36-47
Plaquetas	250.00	mm ³ /uL	150-400
TGO (AST)	36	UI/L	5-40
TGP (ALT)	15	UI/L	7-56
LDH	229	UI/L	105-333
TPT	27	Seg	25-35
TP	12	Seg	11-13.5
Leucocitos	9,83	x10 ³ mm ³	5,00-10,00
Neutrófilos	5,4	%	2,0-7,0
Linfocitos	1,87	%	1,0-5,8

B.directa	0.2	mg/dL	0-3
B.indirecta	0.5	mg/dL	0.1-0.5
B.total	0.7	mg/dl	0.3-1.0
Bioquímica			
Urea	20.7	mg/dL	15-40
Creatinina	0.5	mg/dL	0.5-1.2
Ácido Úrico	3.1	mg/dL	2.4-6.0

04/10/2021 7:45:

En condiciones clínicamente estable, sin inquietud , tranquila, activa en las tres esferas con abdomen suave depresible , leve dolor a la palpación inferopelvico, loquios en escasa cantidad, previa valoración por medico ginecólogo de turno y evolución favorable tanto de la paciente reflejado en exámenes de laboratorio la paciente es dada de alta con tratamiento farmacológico vía oral e intramuscular con consejería recalcada a cuidados de recién nacido , cuidados de la herida quirúrgica , dieta saludable , y controles médicos con indicaciones terapéuticas de Cefalexina TB 500 mg VO cada 6 horas, Ketorolaco ampolla de 30 mg IM cada día por 5 días, Amlodipina de 10 mg cada día por 21 días, Hierro cada día durante 3 meses.

2.8 Observaciones

Paciente con estabilidad sistemática y colaboradora en todo momento, dando respuestas positivas durante la estancia hospitalaria de 7 días con las implementaciones del equipo multidisciplinario tanto de medicina, enfermería y nutrición , sin alteraciones desfavorables en la vida de la paciente ante el trastorno hipertensivo el cual se mantuvo controlado la mayoría de la estancia hospitalaria , no existencia de efectos adversos ante la colocación de plaquete globular y medicación administrada sin problemas respondiendo favorablemente a leucocitosis .

Durante la estancia hospitalaria con respecto al RN de sexo femenino en la unidad de cuidados intermedios del área de neonatología respondiendo favorablemente ante la estimulación periódica del reflejo de búsqueda y deglución mediante leche materna la cual durante la estancia hospitalaria fu estimulada segregado buena cantidades de leche, sin embargo RN mantuvo implementación con lactancia mixta, no presento alteraciones desfavorables ni intolerancia ante la misma , durante su estancia en neonatología, a la espera de buena evolución de la madre para dar origen al alta médica para salida tanto de la madre como RN de la institución hospitalaria con consejería por parte de neonatología y ginecología.

En el alta médica de binomio madre e hijo se dio las indicaciones pertinentes con respecto al tratamiento farmacológico implementado, dieta favorable de acuerdo a condición de la madre y cuidado de la herida operatoria y posterior retiro de puntos en subcentro de localidad cercana.

CONCLUSIONES

Se concluye que los trastornos hipertensivos o complicaciones asociadas a la patología como la eclampsia durante el embarazo son de manejo primordial ante la alta incidencia de morbi-mortalidad materno-fetal si no se da un correcto manejo del mismo , la adecuada aplicación del proceso de atención de Enfermería es de vital importancia en el proceso de salud - enfermedad de las pacientes en el periodo gestacional , donde se hace evidente el impacto del cuidado enfermero sistematizado con base científica para comprender las respuestas de la paciente ante las intervenciones y patologías presentes, con la información recolectada se concluyó que los riesgos asociados a desencadenar la eclampsia de la gestante , son diferentes en cada mujer durante el embarazo , sin embargo la vida sedentaria, antecedentes familiares de Hipertensión Arterial y controles prenatales inadecuados, son riesgos asociados a desencadenar complicaciones durante el embarazo.

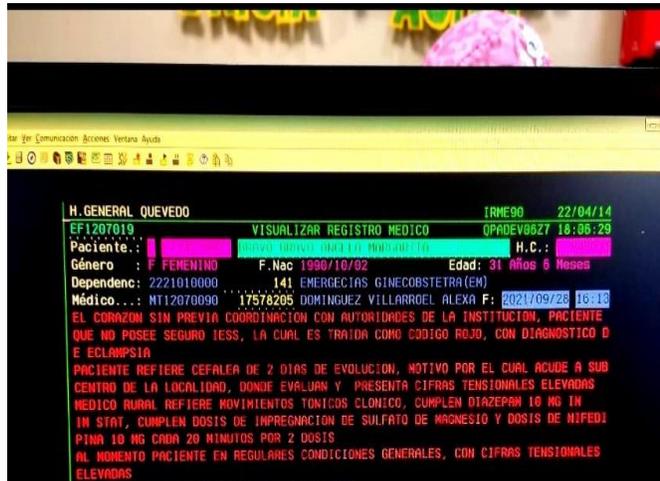
En la finalización de este caso clínico, se dio de manera periódica respuestas negativas de la paciente durante la estancia hospitalaria, el mantenimiento de la vida de la paciente por medio de una valoración acertada mediante los patrones funcionales alterados , se logró identificar las alteraciones específicas de la gestante lo que favoreció a la toma de decisiones mediante las necesidades que presentaba por medio de la taxonomía NANDA, NIC Y NOC, que gracias a las intervenciones también de los médicos tratantes y nutricionistas generando respuestas positivas de la paciente durante su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Avena, Josefina Leonor , Verónica Natalia Joerin, Lorena Analía Dozдор, y Silvina Andrea Brés . «PREECLAMPSIA ECLAMPSIA.» *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 2007: 21-22.
- Castañeda Guillot, Carlos David. «Factores de Riesgo en la Pre-eclampsia y Eclampsia:Atención de Enfermería.» *Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 2015: 77-78.
- Espitia De La Hoz, Franklin, y Lilian Orozco Santiago. «Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse.» *revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander*, 2013: 46-48.
- García Hermida , Maria Isabel , Celio Guillermo García Ramirez, y Cecilia Alejandra García Ríos. «Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial.» *Revista Archivo Médico Camagüey*, 2020: 526-527.
- Garro Urbina, Valeria, y Mónica Thuel Gutiérrez. «Anemia por deficiencia de hierro en el embarazo,una visión general del tratamiento.» *Revista Médica Sinergia*, 2020: 5-6.
- Gonzales, Gustavo F, y Paola Olavegoya. «Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución?» *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2019: 492-493.
- González Navarro, Paulina, Guillermo Genaro Martínez Salazar, Omar García Nájera, y Oswaldo Israel Sandoval Ayala. «Preeclampsia, eclampsia y HELLP.» *Revista Mexicana de Anestesiología*, 2015: 122-123.
- Lacunza Paredes, Rommel Omar, Fernanda Santis Moya, Marlon Lluem Jiménez Espinoza, y Carlos Vera del Carpio. «Epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú. Serie de casos.» *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2018: 163-164.
- Lacunza Paredes, Rommel Omar, y José Pacheco Romero. «Implicancias neurológicas de la preeclampsia, más que solo eclampsia.» *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2015: 408-412.
- López Mora, José. «Preeclampsia-eclampsia.» *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 2007: 124-125.
- Martínez Sánchez, Lina María , Laura Isabel Jaramillo Jaramillo, Juan Diego Villegas Álzate, Luis Felipe Álvarez Hernández, y Camilo Ruiz Mejía . «La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo.» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2018: 3-4.
- Ministerio de Salud Pública. *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo*. Guía de Práctica Clínica (GPC), Quito-Ecuador: 1ª Edición, 2014.
- Ochoa Hurtado, María Cecilia, Julio César Cárdenas Mateus, Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas, Zoila Katherine Salazar Torres, y Edison Gustavo Moyano Brito. «Anemia durante el tercer trimestre del embarazo, Cuenca –Ecuador.» *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 2020: 90-91.
- Pinedo, Adolfo, y Luis Orderique. «Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia.» *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2001: 2-3.
- Rivera Flores, Jaime. «Transfusión sanguínea en la paciente embarazada.» *Revista*

- Mexicana de Anestesiología*, 2006: 238-239.
- Rojas Campos, Marian. «Manejo de las convulsiones eclámpicas.» *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*, 2015: 546-550.
- Rojas Pérez, Lino Arturo, Lino Arturo Rojas Cruz, María Daniela Villagómez Vega, Augusto Ernesto Rojas Cruz, y Andrés Eduardo Rojas Cruz. «Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento.» *Revista Eugenio Espejo*, 2019: 80-81.
- Romero Arauz, Juan Fernando, Edna Morales Borrego, Maritza García Espinosa, y María Luisa Peralta Pedrero . «Guía de práctica clínica Preeclampsia-eclampsia.» *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2012: 572-573.
- Sarmiento, Andrés , y Walter Pinzón. «Prevención de Preeclampsia y Eclampsia: Mitos y Realidades.» *REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 1999: 223-224.
- Véliz Mero , Nakin Alberto , Marco Vinicio Peñaherrera Alcívar, Martha Saida Quiroz Figueroa , Hilda Monserrate Mendoza Sornoza, Jaime Eduardo Jaramillo Soto, y Mónica Danny Tonguino Rodríguez. «Prevención frente la presencia de anemia en el embarazo.» *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 2019: 974-975.
- Vera Carrasco, Oscar. «Protocolo diagnóstico terapéutico de la preeclampsia grave y eclampsia.» *REVISTA-CUADERNOS*, 2008: 71-72.
- yiin dillon, yeH ling, Gonzalo Ramón Pérez Roncero, María Teresa López Baena, Luis Alberto Hidalgo Guerrero, y Peter Andre Chedraui Álvarez. «Resultados maternos y perinatales en gestantes con eclampsia.» *revista colombiana salud libre.*, 2015: 83-84.

ANEXOS





Original

Document Information

Analyzed document: DAMARIS MADELEIN YNTRIAGO MUÑOZ-URKUND.docx (D142186878)

Submitted: 2022-07-18 21:10:00

Submitted by:

Submitter email: damarismadelein1999@gmail.com

Similarity: 2%

Analysis address: mhinojosa.utb@analysis.urkund.com



Firmado electrónicamente por:
ELISA MARIA
ALAVA

Sources included in the report