



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE 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 EN ENFERMERÍA**

CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 36 SEMANAS
DE GESTACIÓN Y PREECLAMPSIA SEVERA**

AUTORA

ESPINOZA MARTÍNEZ THALIA ARLET

TUTORA

LCD. ALBÁN MENESES CONSUELO DE JESUS

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR 2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mis hermanos los cuales son un pilar fundamental en mi vida por su apoyo incondicional. A mis amigos, Alina Ochoa, Patricia Núñez y Joel Ayala los cuales formaron una parte fundamental en este logro tan anhelado.

AGRADECIMIENTO

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial mis padres y hermano que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Sin olvidarme de mí tutora Lcda. Consuelo Albán la cual con su esfuerzo y dedicación formó parte de este proceso llegando a un fin, de una manera excelente y a mi querida UTB por permitirme formarme como profesional.

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

ACTA DE CALIFICACIÓN DEL TIC

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO



THALIA ARLET ESPINOZA MARTINEZ

10% Similitudes
4% Texto entre comillas < 1% similitudes entre comillas
3% Idioma no reconocido

Nombre del documento: THALIA ARLET ESPINOZA MARTINEZ.docx
 ID del documento: 968e72b2961eb6c75bcee2af0b72ffbd6b413580
 Tamaño del documento original: 41,92 ko

Depositante: ALBAN MENESES CONSUELO DE JESUS
 Fecha de depósito: 19/3/2023
 Tipo de carga: interface
 fecha de fin de análisis: 20/3/2023

Número de palabras: 4116
 Número de caracteres: 26.931

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas


Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.utb.edu.ec Conducta obstétrica en multipara en embarazo de 36 semanas ... 7 fuentes similares	2%		Palabras idénticas : 2% (105 palabras)
2	dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en paciente de 24 años con ... 5 fuentes similares	2%		Palabras idénticas : 2% (84 palabras)
3	www.scielo.org.pe Sulfato de magnesio y el cerebro en la preeclampsia 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas : 1% (43 palabras)
4	www.geomedmedicalsupply.com Preeclampsia. La principal causa de nacimientos... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (36 palabras)
5	scielo.sld.cu Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoenocrino. Parte I 10 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (45 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #7925b4 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (23 palabras)
2	library.co Afección de órgano blanco en preeclampsia - eclampsia en pacientes g...	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (14 palabras)
3	Documento de otro usuario #ac3bfe El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (20 palabras)
4	dspace.uccuenca.edu.ec "Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermeda...	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (18 palabras)
5	www.scielo.org.pe Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú	< 1%		Palabras idénticas : < 1% (15 palabras)

Fuentes ignoradas Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	es.slideshare.net Trastornos hipertensivos del Embarazo 2016	12%		Palabras idénticas : 12% (493 palabras)
2	dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en paciente masculino de 25...	11%		Palabras idénticas : 11% (460 palabras)
3	localhost Factores de riesgo asociados a preeclampsia	11%		Palabras idénticas : 11% (462 palabras)
4	www.salud.gob.ec	11%		Palabras idénticas : 11% (444 palabras)
5	www.hgdz.gob.ec	11%		Palabras idénticas : 11% (444 palabras)
6	localhost Manejo integral de trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas	7%		Palabras idénticas : 7% (269 palabras)
7	repositorio.upse.edu.ec Aplicación del proceso de atención de enfermería en gest...	5%		Palabras idénticas : 5% (227 palabras)

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
8	 repositorio.utmachala.edu.ec Preeclampsia estudio desde la práctica del cuidado ... http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/4800/10968/3/LUNA_LANCHI_ZULAY_TATIANA.pdf.txt	4%		Palabras idénticas : 4% (163 palabras)
9	 dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en paciente de 24 años de e... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/4900/8652/3/E-UTB-FCS-ENF-000387.pdf.txt	4%		Palabras idénticas : 4% (154 palabras)
10	 localhost Factores predisponentes asociados a los trastornos hipertensivos gestaci... http://localhost8080/mlu/bitstream/123456789/175/1/PUAMED047-2016.pdf	3%		Palabras idénticas : 3% (136 palabras)
11	 localhost Uso de suplemento de calcio en la prevención de preeclampsia en pacie... http://localhost8080/mlu/bitstream/123456789/378/1/PUAMED073-2018.pdf	3%		Palabras idénticas : 3% (104 palabras)
12	 localhost Preeclampsia en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor entre 2014-2015 http://localhost8080/mlu/bitstream/123456789/92161/3/CD-1634 CORREA CHASI, HECTOR ENRIQUE.pdf.txt	3%		Palabras idénticas : 3% (105 palabras)
13	 dspace.utb.edu.ec Conducta obstétrica en embarazada de 35 semanas con preecla... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/4900/11584/3/E-UTB-FCS-OBST-000334.pdf.txt	3%		Palabras idénticas : 3% (112 palabras)
14	 dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en gestante adolescente con... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/4900/10425/3/E-UTB-FCS-ENF-000559.pdf.txt	2%		Palabras idénticas : 2% (112 palabras)
15	 repositorio.upse.edu.ec Factores predisponentes que influyen en la preeclampsia ... http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/460005562/1/UPS-TE-N-2020-0030.pdf	2%		Palabras idénticas : 2% (102 palabras)
16	 dspace.utb.edu.ec Conducta Obstétrica en Adolescente de 17 años con Embarazo ... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/4900/9391/3/E-UTB-FCS-OBST-000254.pdf.txt	2%		Palabras idénticas : 2% (94 palabras)
17	 aplicaciones.msp.gob.ec https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivos/digitales/documentos/Direcciones/dm/archivos/PDF/Tr...	2%		Palabras idénticas : 2% (61 palabras)
18	 enlace.17d07.msp.gob.ec https://enlace.17d07.msp.gob.ec/biblioteca/revistas/guia9/Trastornos hipertensivos del embarazo...	2%		Palabras idénticas : 2% (59 palabras)
19	 dspace.utb.edu.ec Preeclampsia severa en multigesta de 40 años del Hospital Alfre... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/4900/6511/6/E-UTB-FCS-ENF-000225.pdf.txt	2%		Palabras idénticas : 2% (75 palabras)
20	 localhost Trastornos hipertensivos en el embarazo y su asociación a la morbilidad... http://localhost8080/mlu/bitstream/123456789/349/1/FECUAMED014-2018.pdf	1%		Palabras idénticas : 1% (55 palabras)

ÍNDICE GENERAL

Contenido	
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	V
ACTA DE CALIFICACIÓN DEL TIC	VI
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO	VII
ÍNDICE GENERAL	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCION	XIV
PRIMERA FASE.....	15
1. Planteamiento del Problema.....	15
2. Justificación	19
3. Objetivos del Estudio	20
Objetivos Específicos	20
4. Línea de Investigación	21
SEGUNDA PARTE.....	22
DESARROLLO.....	22
5. Marco Conceptual – Marco Teórico:.....	22
DEFINICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	38
A. Teoría Del Autocuidado:	39
B. Teoría Del Déficit De Autocuidado:.....	39
C. Teoría De Los Sistemas De Enfermería:	39
METAPARADIGMA.....	40
6. Marco Metodológico	40

7. Resultados.....	50
8. Discusión de resultados.....	52
TERCERA PARTE:	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
9. Conclusiones	53
10. Recomendaciones.....	54
CUARTA PARTE:.....	55
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS	55
11. Referencias Bibliográficas	55
Bibliografía	55
12. Anexos	56

ÍNDICE DE TABLAS

Table 1, VALORES REFERENCIALES DE TEST DE ORINA	29
Table 2 Criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco en preeclampsia	30
Table 3 Medicamentos orales para el tratamiento farmacológico de los trastornos hipertensivos del embarazo.....	34
Table 4 Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva.....	35
Table 5 Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva.....	36
Table 6 Dosis de mantenimiento en preeclampsia para la prevención de eclampsia	37

RESUMEN

La preeclampsia es un problema de salud pública debido a la alta morbimortalidad materna a nivel mundial.

Sin embargo, el impacto desproporcionado de esta patología afecta a los países en vías de desarrollo. La importancia de la preeclampsia para la salud pública justifica este estudio.

La preeclampsia es la segunda causa de morbilidad y mortalidad materna y fetal, por lo que es importante reconocer los factores de riesgo que predisponen a esta condición y resaltar los factores de riesgo más comunes, ya que esto nos ayudará a comprenderla.

El diagnóstico precoz y la atención oportuna reducen la morbimortalidad materna y fetal. Este estudio ayuda a comprender los factores de riesgo predisponentes de esta patología y permite identificar la importancia del control prenatal y para una mejor comprensión lo haremos mediante un estudio de caso de una mujer gestante de 36 semanas con preeclampsia severa, donde expondremos las diferentes decisiones tomadas por médicos para su manejo y se resaltará el rol de enfermería en cuanto a su cuidado para el restablecimiento de su salud y poder llegar a término su embarazo.

Palabras clave

Proceso atención de enfermería, gestante, preeclampsia severa

ABSTRACT

Preeclampsia is a public health problem due to the high maternal morbidity and mortality worldwide.

However, the disproportionate impact of this pathology affects developing countries. The importance of preeclampsia for public health justifies this study.

Preeclampsia is the second leading cause of maternal and fetal morbidity and mortality, so it is important to recognize the risk factors that predispose to this condition and highlight the most common risk factors, as this will help us understand it.

Early diagnosis and timely care reduce maternal and fetal morbidity and mortality. This study helps to understand the predisposing risk factors for this pathology and allows us to identify the importance of prenatal control and for a better understanding we will do it through a case study of a 36-week pregnant woman with severe preeclampsia, where we will present the different decisions made. by doctors for their management and the role of nursing will be highlighted in terms of their care for the restoration of their health and to be able to reach the term of their pregnancy.

Keywords

Nursing care process, pregnant woman, severe preeclampsia

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de muerte materna en los países en desarrollo, especialmente en África, América Latina y el Caribe. En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia se encuentran entre las estadísticas de muertes maternas ocurridas principalmente entre 2015 y 2019, representando el 27,53% del total de muertes durante este período (457 muertes de 1.660 ocurridas durante este período). Un embarazo de alto riesgo se refiere a una condición patológica o situación patológica que se identifica o tiene alta probabilidad de ocurrir durante el embarazo o el parto. Riesgo para la madre y/o el feto. La preeclampsia es un trastorno del embarazo asociado con hipertensión de inicio reciente, más comúnmente después de las 20 semanas de gestación, a menudo con proteinuria nueva. Pueden presentarse otros signos y síntomas de hipertensión y preeclampsia en ausencia de proteinuria.

Se han estudiado varios métodos diferentes para prevenir los trastornos hipertensivos durante el embarazo, que van desde cambios en el estilo de vida hasta medicamentos como anticoagulantes como heparina, aspirina, calcio, vitamina D y otros. La aspirina es el principal fármaco utilizado para prevenir la preeclampsia, especialmente en mujeres que corren el riesgo de desarrollar preeclampsia. Estos medicamentos pueden reducir significativamente la incidencia de preeclampsia, siempre que la terapia con medicamentos se inicie temprano.

La preeclampsia puede tener consecuencias a largo plazo para la madre y el feto, y aunque se considera una enfermedad autolimitada, los datos epidemiológicos muestran consecuencias significativas a largo plazo como problemas cardiovasculares, metabólicos, renales y posiblemente la muerte después de la preeclampsia.

A su vez el MSP ha propuesto un plan de reducción de muertes materno-fetales que consiste en, reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en adolescentes en un 25%, para lograr esto se ha ampliado la gama de servicios en todas las unidades de salud para brindar un mejor control de la gestante y poder actuar de manera temprana en casos de inicio reciente.

PRIMERA FASE
CONCEPTUALIZACION

1. Planteamiento del Problema

DATOS GENERALES

Nombre: NN

Edad: 18

Género: femenino

Instrucción: secundaria

Estado civil: soltera

Ocupación: estudiante

Fecha de nacimiento: 29 de abril de 2004

Lugar de nacimiento: Montalvo

Lugar de residencia: Montalvo

Dirección: Bellavista

Religión: católico

Grupo sanguíneo: A+

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino de 18 años de edad gestante con un aproximado de +/- 36SG, acude en compañía de su madre al área de emergencia por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por cefalea, desmayos, debilidad, mareos, y edema de miembros inferiores, refiere tener todos los controles prenatales, sin presentar alteraciones ni elevaciones de la presión, se recibe al paciente orientado en tiempo espacio y persona, no fiebre, presenta

nauseas sin llegar a vómitos, y una presión arterial de 135/90, no presenta disuria ni tenesmo, no secreción vaginal, frecuencia cardiaca 118, refiere leves alteraciones visuales, a nivel de miembros se observa fóvea, se envía a recoger una muestra de orina donde se realiza un test de orina, que nos da como resultado proteinuria positiva, por lo que se decide el ingreso de la paciente

Antecedentes Patológicos Personales

No refiere

Antecedentes Quirúrgicos

No refiere

Alergias

No refiere

Antecedentes Patológicos Familiares

Padre: hipertensión arterial

Antecedentes Ginecológicos

Menarquia: 12 años

Ciclos: Regulares/6 días/cada 28 días.

Síntomas acompañantes: Cólicos Menstruales.

Flujo: Líquido transvaginal de color amarillo.

Inicio de vida sexual: a los 15 años.

Parejas sexuales: 3.

Enfermedades de Transmisión Sexual: No Refiere.

Inmunizaciones: Antitetánica e Influenza con esquema completo bajo carnet.

Antecedentes Obstétricos

Gesta: 1 Parto: 0 Cesárea: 0 Aborto: 0

FUM: 16/04/2022.

Controles: 7 controles

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

Paciente de sexo femenino de 18 años de edad gestante, primigesta con +/- 36 SG aproximadamente, acude en compañía de su madre al área de emergencia del Hospital General IESS Babahoyo, por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por cefalea de intensidad 9/10 en la escala del dolor, síncope, mialgia, mareos, y edema de miembros inferiores, refiere tener todos los controles prenatales, su último control se lo realizó hace +/- dos semanas, presenta cartilla con 7 controles y inmunizaciones completas, durante el transcurso de su embarazo no refiere haber presentado alteraciones hematológicas ni elevaciones de la presión o glucosa.

Al momento se presenta paciente hemo dinámicamente orientado en tiempo espacio y persona, cefalea parieto occipital de intensidad 9/10, no fiebre, presenta náuseas sin llegar a vómitos, y una presión arterial de 135/90, no presenta disuria ni tenesmo, no secreción vaginal, frecuencia cardíaca 118, refiere leves alteraciones visuales, a nivel de miembros inferiores se observa fovea, se envía a paciente recoger una muestra de orina, para realizar un test de proteína en orina, que nos arroja un resultado positivo para proteinuria, por lo que se decide el ingreso de la paciente para observación y seguimiento.

Signos vitales

- **Presión/Arterial:** 135/90 mm/Hg
- **Talla:** 156 cm
- **Peso:** 75 Kg
- **Pulso:** 118 pulsaciones por minuto

- **Temperatura:** 37.5 °C
- **Frecuencia Respiratoria:** 25 Respiraciones por minuto
- **Saturación de Oxígeno:** 93 % con mascarilla

2. Justificación

La preeclampsia, un problema prevenible que mata a más de 166.000 personas cada año según la Organización Mundial de la Salud, es mayor durante el embarazo adolescente y tiene una tasa de mortalidad más alta en los países en desarrollo.

La preeclampsia es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico que ocurre después de las 20 semanas de gestación y se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el período perinatal, es la principal causa de muerte en países en desarrollo en América Latina, representando una cuarta parte de las muertes maternas. Es la principal causa de parto prematuro por indicaciones médicas. Es un síndrome que presenta manifestaciones clínicas y a su vez podemos complementarlas con laboratorios.

Las manifestaciones clínicas de la preeclampsia pueden manifestarse como un síndrome materno (hipertensión, proteinuria con o sin manifestaciones sistémicas) y/o un síndrome fetal con oligohidramnios y restricción del crecimiento intrauterino. El conocimiento de los factores de riesgo y el manejo de la madre y el feto, así como la elección del momento óptimo del parto, son fundamentales. El seguimiento y el tratamiento estandarizado de la preeclampsia se asocian con un riesgo materno reducido.

En Ecuador, la preeclampsia y la eclampsia son las principales causas de morbilidad perinatal; ocurren en el 8,3% de los embarazos y en el 14% de los lactantes. Por tal motivo, decidimos investigar utilizando un estudio de caso en el que abordamos a una gestante de aproximadamente 36 semanas de edad con preeclampsia severa.

3. Objetivos del Estudio

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar los cuidados de enfermería en gestante de 36 semanas con preclamsia severa a través del proceso enfermero.

Objetivos Específicos

- ✓ Establecer una correcta valoración y diagnósticos de enfermería de acuerdo con los problemas identificados, utilizando la taxonomía NANDA.
- ✓ Trazar las metas que buscamos cumplir en el manejo de una gestante con preclamsia severa.
- ✓ Proyectar las intervenciones de enfermería que nos ayuden a restaurar los patrones afectados en una gestante con preclamsia severa.
- ✓ Evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería en la gestante con preclamsia severa.
- ✓ Evaluar a nuestra paciente y su riesgo obstétrico mediante el uso adecuado del score mama, para corroborar patologías hipertensivas y actuar a tiempo evitando riesgos de muerte materno fetal

4. Línea de Investigación

Dominio: salud y calidad de vida, línea: salud humana y animal, sub línea: salud pública y epidemiológica, el motivo para escoger esta línea de investigación es que va acorde con nuestro caso clínico el cual habla sobre la preeclampsia su desarrollo y sus manifestaciones clínicas ya que es un problema en auge en las poblaciones en desarrollo ya que no se presta la debida atención durante el transcurso de su embarazo a esto se le agrega el desconocimiento que existe.

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO

5. Marco Conceptual – Marco Teórico:

Antecedentes y Bases Teóricas

PREECLAMPSIA

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS GENERALES

Esta dentro de los trastornos hipertensivos en el embarazo, se caracteriza por altas cifras tensionales que son iguales o superiores a TAS 140 TAD 90 en embarazos mayores de 20 s/g y vienen acompañados de trastornos multisistémicos, a su vez las causas de estos trastornos aún son desconocidas, en mujeres normotensas con antecedentes de proteinuria de 24 horas ≥ 300 mg o uno o más resultados positivos. bandas de reacción cruzada, acompañadas de edema de las extremidades inferiores. La preeclampsia puede convertirse en eclampsia, cuando hay lesiones isquémicas en los riñones, placenta, cerebro y otros órganos, la mujer embarazada comenzará convulsiones o coma (Pereira CJ, 2020)

La preeclampsia es un síndrome multifactorial de gravedad variable característico del embarazo que se caracteriza por una perfusión sistémica reducida debido a vasoespasmo y activación del sistema de coagulación. Ocurre después de las 20 semanas de embarazo, durante el trabajo de parto o dentro de las dos semanas posteriores al parto. Actualmente, se puede decir que la preeclampsia es una nueva manifestación de presión arterial elevada y proteína en orina de 24 horas mayor o igual a 300 mg o tiras reactivas que se han presentado desde las 20 semanas de gestación. (Guevara-Ríos, 2019)

El proceso de atención de enfermería en una paciente con preeclampsia se basa en el manejo de las constantes vitales que permanezcan estables tales como son, frecuencia respiratoria y los signos vitales, ruidos respiratorios, niveles de saturación de oxígeno, reflejos tendinosos profundos, la ingesta y la salida, balance hidrico, el nivel de conciencia y, el estado fetal a intervalos frecuentes sí corresponde. (OCRONOS, 2021)

EPIDEMIOLOGÍA

La preeclampsia solía llamarse una 'enfermedad teórica', pero gracias a los investigadores durante la última década, los avances prometedores han ayudado a mejorar el diagnóstico e incluso el pronóstico, llevándonos a una prevención y un tratamiento precisos. (Laura A. Magee, 2022)

En 2005, la preeclampsia se consideraba la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todo el mundo, y afectaba del 2% al 7% de los mortinatos sanos

En un país como Estados Unidos, su incidencia oscila entre el 1,6 % y el 12,6 %, lo que es una cifra realmente baja en comparación con países en vías de desarrollo, donde se presenta hasta en el 40 % de las personas consideradas en riesgo. Estas diferencias se deben a las diferencias regionales, étnicas y factores socioeconómicos y culturales. (De Jesús-García A, 2019)

En Ecuador, la preeclampsia fue considerada la tercera causa más común de enfermedades hipertensivas durante el embarazo en 2016-2017-2018.

Actualmente, la preeclampsia se considera el trastorno hipertensivo más común durante el embarazo, con una prevalencia que oscila entre el 2 % y el 25 % en el mundo varía con su situación socioeconómica, según la Organización Mundial de la Salud. (Checya-Segura, 2019)

Etiología

La aparición de preeclampsia ha sido descrita por varios mecanismos patológicos, pero la etiología aún no se comprende por completo. El principal mecanismo descrito para explicar esto es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se han descrito intolerancia inmunitaria entre los tejidos placentarios materno y fetal, mala adaptación materna a los cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas. (Pérez, 2019)

Clasificación

Se deben considerar varios aspectos clínicos para clasificar la preeclampsia. De acuerdo con las guías de práctica clínica para los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia se clasifica de la siguiente manera.

Preeclampsia sin síntomas graves (leve): presión arterial 140/90 mm Hg. Presión arterial sistólica (PAS) elevada ≥ 140 mm Hg pero no superior a 160 mm Hg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg y no superior a 110 mm Hg con proteinuria, sin criterios de gravedad Sin daño de órgano diana. •

Preeclampsia con síntomas severos (grave): presión arterial 160/110 mm Hg. PAS ≥ 160 y/o TAD ≥ 110 mm Hg si están presentes uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órganos.

Preeclampsia sin proteinuria: PAS ≥ 140 mm Hg y/o TAD ≥ 90 mm Hg con uno de los siguientes:

- Plaquetas por debajo de 100.000/ul.
- El nivel de enzimas hepáticas (transaminasas) aumentó el doble del valor normal.
- Edema pulmonar agudo.
- Síntomas neurológicos o visuales.
- Insuficiencia renal aguda caracterizada por una concentración de creatinina sérica superior a 1,1 mg/Dl o el doble de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal.

Factores de riesgo

Varios factores de riesgo asociados con el desarrollo de preeclampsia han sido identificados en diversas literaturas a nivel mundial y se describen a continuación: (Ruilova, 2019)

FACTORES MATERNOS

Edad: Para varios autores, la edad extrema (menor de 20 años y mayor de 35 años) fue uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia (PE). Cruz señaló que las mujeres mayores de 35 años suelen sufrir un daño vasogénico frecuente que permite que la preeclampsia se desarrolle de forma espontánea. En el otro extremo, las jóvenes embarazadas suelen dar a luz con una placenta anormal, que es la causa de la preeclampsia.

Etnia negra: las mujeres embarazadas de esta etnia tienen más probabilidades de desarrollar preeclampsia porque la presión arterial alta crónica es más común y más grave en estas personas. (Rios, 2019)

Preeclampsia (antecedentes en embarazos anteriores): la preeclampsia es nueve veces más común en mujeres con preeclampsia en embarazos anteriores.

Antecedentes personales: presencia de enfermedades crónicas como:

- La hipertensión arterial crónica conduce a la vasculopatía a través de varios procesos, y sabemos que la placenta está muy vascularizada, lo que puede hipooxigenar las células del trofoblasto y provocar preeclampsia.
- La diabetes a menudo aumenta el estrés oxidativo y el daño endotelial, lo que afecta la perfusión uteroplacentaria.
- La nefropatía se ha considerado como una de las condiciones ya descritas; la diabetes (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (esclerosis de las arterias renales), provocan una implantación anormal de la placenta, ya que se ven afectados los vasos sanguíneos de todo el cuerpo.
- Los trastornos autoinmunes están asociados con una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia, y el estudio de Branch encontró que el 16 por ciento de las mujeres embarazadas tenían niveles significativamente elevados del anticuerpo. Pueden afectar la placenta y causar coágulos de sangre en la placenta, ataques cardíacos y daños en las arterias espirales

de la placenta.

- **Obesidad:** Está asociada a la preeclampsia porque provoca un aumento excesivo de la frecuencia cardíaca y del volumen sanguíneo, aumentando así sinérgicamente la presión arterial.
- **Paridad:** el riesgo de preeclampsia es de 6 a 8 veces mayor en mujeres no embarazadas que en mujeres embarazadas, y los estudios epidemiológicos respaldan la idea de que las madres con preeclampsia responden menos a los antígenos paternos/fetales. En mujeres expuestas a antígenos paternos durante mucho tiempo, el sistema inmunitario se vuelve más tolerante y permite la invasión del trofoblasto y la implantación normal.
- **Embarazo:** Las mujeres pretérmino son de 6 a 8 veces más susceptibles que las mujeres multíparas.

Aguirre notó que en las primíparas, debido a que el útero no se había expandido previamente durante el embarazo, el miometrio estaba bajo mayor tensión durante el desarrollo, reduciendo el calibre de las arteriolas espirales y limitando el flujo sanguíneo a la zona debido a la perfusión por compresión. . Los intervalos intergénicos se consideran embarazos de riesgo intermedio, definidos como embarazos dentro de los 12 meses posteriores al último parto. Los estudios científicos sobre este tema generalmente recomiendan que un intervalo entre embarazos de menos de 24 meses es ideal para reducir el riesgo de 2 a 4 años. Se ha encontrado una mayor frecuencia de desarrollar preeclampsia cuando el intervalo intergénico es menor de 24 meses o mayor de 48 meses.

FACTOR MEDIOAMBIENTAL

La desnutrición es compleja porque la anemia y la desnutrición a menudo resultan de la hipoxemia de las células trofoblásticas debido a la absorción y transporte inadecuados de nutrientes.

Atención prenatal deficiente, ya que las mujeres embarazadas no reciben información oportuna, lo que genera altas tasas de preeclampsia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Esta patología debe ser detectada a tiempo para que pueda ser controlada de forma intensiva y se puedan tomar medidas preventivas para evitar mayores complicaciones.

PREECLAMPSIA LEVE

- Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg
- Proteinuria con tira reactiva de 30 mg/dl
- Proteinuria en orina de 24 horas, superior a 300 mg.
- El edema.

PREECLAMPSIA SEVERA

- Presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg
- Presión arterial diastólica mayor a 110 mm Hg.
- Proteinuria en orina mayor a 5 gramos, correspondiente a menos de 500 mL de oliguria en 24 horas en tira reactiva
- Cambios en el sistema nervioso: dolores de cabeza constantes
- Trastornos visuales: visión borrosa, escotoma parpadeante
- Trastornos hematológicos: trombocitopenia (plaquetas < 100.000 mm³)
Trastornos hepáticos: enzimas hepáticas elevadas
- Edema agudo de pulmón no asociado a otras causas.
- La preeclampsia a menudo se presenta con síntomas como náuseas, vómitos o dolor en la parte superior del abdomen.
- Si el sistema nervioso está dañado, pueden presentarse somnolencia,

desorientación, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, tinnitus, hiperreflexia y alteraciones visuales permanentes.

DIAGNÓSTICO

La preeclampsia se diagnostica cuando una mujer desarrolla por primera vez hipertensión persistente durante la primera mitad del embarazo o poco después del parto. Esto generalmente se asocia con niveles altos de proteína en la orina o plaquetas bajas, problemas renales o cardíacos, acumulación de líquido en los pulmones o signos de problemas cerebrales, como dolores de cabeza intensos o trastornos mentales.

El diagnóstico de preeclampsia es clínico y se confirma con pruebas adicionales.

- Presión arterial: $\geq 140/90$ (las mujeres embarazadas deben medirse sentadas, a nivel del brazo y del corazón, si la presión arterial aumenta, se recomienda volver a controlar a los 15 minutos y confirmar).
- Análisis de orina: se debe analizar la proteína, la producción de orina de 24 horas ≥ 300 mg es proteinuria. En ausencia de un método cuantitativo, la banda de respuesta puede usarse para sospechar preeclampsia.
- La determinación cualitativa de proteinuria incluye resultados en la siguiente tabla de equivalencia:

Equivalencias de proteinuria en tirilla reactiva

Resultados de la tirilla Reactiva	Equivalencia
Negativa	<30 mg/dL
1+	30 a 100 mg/dL
2+	101 a 300 mg/dL
3+	301 a 1000 mg/dL

4+	• 1000 mg/dL
----	--------------

Table 1 VALORES REFERENCIALES DE TEST DE ORINA

Exámenes de sangre: hemograma completo incluyendo recuento de plaquetas, nivel de creatinina, enzimas hepáticas, estos datos nos permiten

Ayudan a controlar y evitar complicaciones graves de la preeclampsia, como el síndrome de Help

- Se acompaña de los síntomas anteriores.

MANEJO Y TRATAMIENTO

Una vez que se establece y clasifica el diagnóstico de preeclampsia, se puede determinar la edad gestacional (EG) del feto. Si es a término (EG > 37 semanas), no se recomienda continuar el embarazo. Si el embarazo es prematuro (EG < 37 semanas), la paciente debe ser evaluada previamente.

Las mujeres embarazadas deben someterse a evaluación clínica de función neurológica, respiratoria y cardiovascular, así como evaluación hematológica y bioquímica de recuento de plaquetas, pruebas de función renal (urea, creatinina y ácido úrico) y pruebas de función hepática. comportamiento. (transaminasas y lactato deshidrogenasa)

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

PARAMETRO	HALLAZGO
	TAS \geq 160 mmHg o TAD \geq 110 mmHg
Recuento Plaquetario	Trombocitopenia (< a 100000 / μ L)
Función hepática	Elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en cuadrante superior derecho de abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación y que no se explica con

	otro diagnóstico
Función renal	Insuficiencia renal progresiva concentraciones séricas de creatinina mayor (>) a 1.1 mg/dl o el doble de las concentraciones séricas de creatinina basadas en ausencia de enfermedad renal
Integridad Pulmonar	Edema pulmonar (no atribuible a otras causas)
Integridad neurológica	Afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión, etc.) de novo.

Table 2 Criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco en preeclampsia

PREECLAMPSIA SEVERA

Después de la semana 20 de gestación o durante el puerperio, la preeclampsia severa, condición de causa desconocida que afecta el endotelio, cursa con hipertensión arterial y proteinuria. Esta concisa explicación, sin embargo, deja fuera la idea clave que orientará la actuación del médico intensivista que atiende a pacientes con formas graves de la enfermedad: se trata de un síndrome con falla multiorgánica con o sin hipertensión y/o proteinuria, que pone en peligro la vida de la madre y del feto. Requiere, para cada caso único, llevar a cabo la mejor conducta terapéutica indicada por el equipo multidisciplinario actuante, en el momento adecuado y en el único lugar adecuado: un centro asistencial de nivel 3. No tiene un curso de tratamiento específico fuera de la interrupción del embarazo.

La preeclampsia-eclampsia afecta entre el 5 y el 10 por ciento de todos los embarazos y es principalmente una enfermedad de las primíparas (85 por ciento). Afecta entre el 14 y el 20 por ciento de las mujeres que tienen varios hijos, el 30 por ciento de las mujeres con anomalías uterinas graves y el 25 por ciento de las que tienen hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambas. Otras

series informan una incidencia de eclampsia que oscila entre el 0,05 % y el 0,2 % de todos los partos y el 3,6 % en embarazos múltiples. En cuanto al inicio de las convulsiones, el 73 por ciento se presenta antes del parto, el 27 por ciento durante el puerperio y el 85 por ciento en la primigrávida. La preeclampsia afecta entre el 5 y el 10 por ciento de las mujeres embarazadas y representa el 22 por ciento de las muertes perinatales. La incidencia del síndrome HELLP en preeclampsia-eclampsia oscila entre el 2 y el 20 %; la discrepancia en los datos se atribuye principalmente al uso de criterios por parte de los estudios y a las poblaciones muy diferentes en las que se realizaron. Se sabe que la eclampsia es la principal causa de mortalidad y el síndrome HELLP es la principal causa de morbilidad fetal.

Se pueden tomar decisiones en función del grado de evolución y de que la tensión arterial de estas gestantes esté bien controlada.

Edad materna: para algunos autores las edades que mayor riesgo conllevan son (menor de 20 y mayor de 35 años) y constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión durante el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una preeclampsia se pueden ver duplicadas (Rodríguez, 2020)

Patologías que pueden presentarse en una gestante a partir de las 20 semanas:

a) Preeclampsia severa:

Aumento de PAS mayor a 160 mmHg o PAD mayor a 110 mmHg. Proteinuria >2 gr/24 horas (+2 a +3 de proteínas en el examen cualitativo de orina). Cefalea intensa que persiste a pesar de tratamiento y otros cambios neurológicos o visuales que pueden o no acompañarse de dolor epigástrico persistente.

b) Eclampsia:

Se conoce como eclampsia cuando la paciente presenta una convulsión que no es atribuida a otras causas en una paciente con preeclampsia severa.

c) Síndrome Hellp

A la preeclampsia severa o eclampsia se encuentran asociadas a alteraciones bioquímicas como lo son la anemia hemolítica, la elevación de enzimas hepáticas y recuento de plaquetas debajo de los límites inferiores

Medidas generales:

- Ayuno
- Situado en el lado izquierdo
- Infusión intravenosa patentada
- Catéter de Foley permanente para determinar la diuresis y la proteinuria
- Controle la presión arterial cada 10 minutos
- Auscultación de los latidos cardíacos fetales
- Tratamiento con corticosteroides: betametasona intramuscular 12 mg/24 horas/2 días de 24 a 34 semanas de embarazo (GRADO DE RECOMENDACION A)
- Fluidoterapia prenatal: cristaloides (fisiológicos o lactato de ringer) con un caudal de 100-125 ml/h.

Opciones de tratamiento para la preeclampsia severa:

- comprobar la presión arterial
- Prevención de convulsiones
- fin del embarazo

Indicaciones para la interrupción del embarazo independientemente de la edad gestacional:

Indicaciones maternas:

- Trombocitopenia progresiva

- La HTA grave persiste a pesar del tratamiento
- Presencia de preeclampsia
- eclampsia
- Deterioro progresivo de la función renal u oliguria persistente
- Deterioro progresivo de la función hepática
- La presencia de complicaciones maternas graves: hemorragia cerebral, edema pulmonar, ruptura del hígado, desprendimiento de placenta en condiciones normales.

indicaciones fetales

- Signos de riesgo de salud fetal reducida
- Registros de ECG anormales
- Perfil biofísico <4
- La dopplerografía de la arteria umbilical muestra restricción del crecimiento fetal con diástole ausente o invertida.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se recomienda considerar la terapia con medicamentos para todas las mujeres embarazadas con signos graves que afectan la integridad neurológica a pesar de los valores de presión arterial por debajo de 160 PAS y/o TAD 11 (Abalos, 219)

Medicamentos orales para el tratamiento farmacológico de los trastornos hipertensivos del embarazo

FARMACO	DOSIS DIARIA	COMENTARIO
---------	--------------	------------

Nifedipina	10-40 mg/día, 1 a 4 dosis	Bloqueantes de los canales de calcio. No deben administrarse por vía sublingual para evitar riesgo de hipotensión brusca. Seguro en lactancia.
Alfa metildopa	250 a 500 mg víaoral de 2 a 4 veces al día máximo 2g/día	Agonistas alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Seguridad bien documentada para el efecto y el recién nacido al corto y largo plazo
Labetalol	100 a 400 mg víaoral cada 12 horas, máximo 1200 mg/día	Bloqueador selectivo alfa-q adrenérgico y no selectivo beta adrenérgico con actividad simpática intrínseca. Administrar con precaución durante la lactancia.

Table 3 Medicamentos orales para el tratamiento farmacológico de los trastornos hipertensivos del embarazo

Tratamiento farmacológico en la emergencia hipertensiva

TAS \geq DE 160 mmHg y/o TAD \geq 110mmHg. Se procura tratar de manera inmediata para evitar las complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares

Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva

FARMACO	DOSIS DIARIA	COMENTARIO
---------	--------------	------------

Nifedipina sólido oral de 10mg	10mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas.	Administrar a pacientes conscientes. Efectos adversos maternos: cefalea, sofocos. Efectos adversos fetales: taquicardia.
Hidralazina líquida parenteral de 20 mg/ml	5 mg intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10mg cada 20 30 minutos en bolos, o 0.5 a 10mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20g vía intravenosa o 30mg intramuscular.	Taquicardia materno-fetal importante. Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario. Riesgo de hipotensión materna.
Labetalol líquido parenteral. De 5mg/ml	Comience con 20mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300mg.	Somnolencia, fatiga, debilidad, insomnio, hormigueo del cuero cabelludo que cede al poco tiempo, erupción medicamentosa similar al liquen plano, un efecto raro, pero potencialmente letal es el distrés respiratorio.

Table 4 Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)

Sulfato de magnesio

El sulfato de magnesio ha sido el fármaco de elección para la prevención y el tratamiento de la eclampsia. Sin embargo, la comprensión de las manifestaciones neurológicas de la preeclampsia asociada con la leucoencefalopatía posterior reversible sugiere que los mecanismos propuestos basados en estudios en animales son realistas, reevaluando estos medicamentos más antiguos. Del estudio MAGPIE aún quedan muchas preguntas sin respuesta sobre el sulfato de magnesio en el tratamiento de la preeclampsia, pero su valor como tratamiento de primera línea para las manifestaciones cerebrales de esta complicación es incuestionable (Mejía, 2015)

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)

Preparación y administración de sulfato de magnesio en preeclampsia

Impregnación: 20 ml de sulfato de magnesio al 20% (4g) + 80 ml de solución isotónico, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos. (4g en 20 minutos).

Mantenimiento: 50 ml de sulfato de magnesio al 20% (10 g) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas/minuto con equipo de venoclisis (1g/hora)

Table 5 Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva

Dosis de mantenimiento en preeclampsia para la prevención de eclampsia

Administrar sulfato de magnesio intravenoso a razón de 1g/hora en infusión continúa. La dilución debe hacerse en SS 0.9%

Preparación para la infusión intravenosa de MANTENIMIENTO en bomba de infusión: diluya cinco ampollas de sulfato de magnesio al 20% (50 ml corresponde a 10g). En 450 ml de solución isotónica y administre el volumen total de 500 ml a razón de 50 ml/hora.

De no disponer de bomba de infusión se debe administrar la preparación indicada con equipo de venoclisis a 17 gotas por minuto.

Table 6 Dosis de mantenimiento en preeclampsia para la prevención de eclampsia

Complicaciones

Esta patología provoca serias complicaciones tanto para la madre como para el feto. Ocurren porque la preeclampsia no se diagnostica, maneja o trata a tiempo. (VIDACEL, 2019)

Complicaciones maternas

Eclampsia: considerada una de las complicaciones más importantes de la preeclampsia. La eclampsia se definió como crisis convulsivas asociadas a preeclampsia según López et al. definición. Se considera una emergencia obstétrica que puede ocurrir antes, durante y después del parto y se asocia con alto riesgo tanto para la madre como para el feto.

El síndrome de Hellp es una complicación potencialmente mortal del embarazo que a menudo se considera una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones generalmente ocurren más tarde en el embarazo o después del parto. Se caracteriza por: H (hemólisis, que es la descomposición de los glóbulos rojos) EL (enzimas hepáticas elevadas) LP (recuento bajo de plaquetas). Puede ser difícil de diagnosticar, especialmente en ausencia de presión arterial y proteína en la orina. Sus síntomas a veces se confunden con gastritis, gripe, hepatitis aguda, enfermedad de la vesícula biliar u otras enfermedades. (veintitrés)

Desprendimiento de placenta: ocurre mayoritariamente en el tercer trimestre del embarazo. Pero puede ocurrir en cualquier momento después de las 20 semanas de embarazo. También conocido como desprendimiento de placenta o desprendimiento de placenta.

La preeclampsia es la principal causa de esta patología, debido a que el vasoespasmo generalizado, la hipoxia placentaria y la gravedad del cuadro provocan alteraciones graves en la circulación sanguínea materna y fetal. (25)

Complicaciones neonatales

Los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian con complicaciones neonatales graves, más comúnmente parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, oligohidramnios y un mayor riesgo de pérdida uterina prematura debido a alteración de la circulación o infarto de la placenta. Placenta y cesárea.

Diagnóstico diferencial

1. La preeclampsia se puede imitar y confundir con:
2. Hígado graso agudo del embarazo
3. hepatitis viral
4. Pancreatitis aguda
5. Cálculos biliares
6. Síndrome urémico hemolítico
7. Enfermedades autoinmunes: púrpura trombocitopénica, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido

Prevención de la preeclampsia

Debido a que los síntomas de la preeclampsia aparecen en la segunda mitad del embarazo, aún se investiga la detección temprana en ensayos controlados aleatorios para el tratamiento preventivo en mujeres de alto riesgo. Dado que la enfermedad no se puede predecir utilizando un solo factor, una combinación de varios factores se considera el mejor método predictivo.

DEFINICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

1.11.1 Dorothea Orem

Estadounidense, nacida en 1914 en Baltimore y fallece en el año 2007, graduada en el año 1956 de enfermera en el Hospital en Washington. Dorothea Orem muestra la teoría de enfermería del déficit de autocuidado, la cual se compone de tres subteorías que se encuentran relacionadas entre sí: (Concepción Pacheco, Hernandez Naranjo, & Rodríguez Larreynaga, 2017, pág. 4)

A. Teoría Del Autocuidado:

Se describe como la ayuda continua del individuo para su propio existir: "el autocuidado es una práctica instruida por los individuos, encaminada hacia un objetivo el cual es regularizar los componentes que perjudican su propio desarrollo y funcionamiento; en favor de mejorar su calidad de vida. (Concepción Pacheco, Hernandez Naranjo, & Rodríguez Larreynaga, 2017, pág. 5)

B. Teoría Del Déficit De Autocuidado:

Dicha teoría explica los componentes que pueden causar déficit en el autocuidado. las personas sometidas a limitaciones por salud no pueden realizar el autocuidado independiente, por lo cual se instaura la necesidad de los cuidados de enfermería. (Concepción Pacheco, Hernandez Naranjo, & Rodríguez Larreynaga, 2017, pág. 5)

C. Teoría De Los Sistemas De Enfermería:

Son las formas como el profesional de enfermería puede brindar atención a un individuo, aquí se establecen tres tipos de sistemas:

- 1) Sistemas de enfermería totalmente compensadores
- 2) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores y
- 3) Sistemas de enfermería de apoyo-educación.

Dorothea Orem expone que el objetivo en enfermería es: " ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo ejercicios de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar

las consecuencias de dicha enfermedad". además, afirma que el profesional de enfermería puede aplicar cinco métodos de ayuda: proporcionar un entorno para el desarrollo del individuo, actuar compensando déficit del autocuidado, enseñar, apoyar y guiar. (Concepción Pacheco, Hernández Naranjo, & Rodríguez Larreynaga, 2017, pág.6)

Este concepto fortalece la participación activa de los individuos en los cuidados para su salud, siendo responsable de toma de decisiones que influyen en su estado, coincidiendo con la aplicación de la promoción de salud, donde se hace necesario que el paciente se integre en su propio cuidado con intervenciones de enfermería individualizadas. (Concepción Pacheco, Hernández Naranjo, & Rodríguez Larreynaga, 2017, pág. 6)

Además, es necesario integrar los aspectos de comportamiento y motivación para lograr hacer de la educación una herramienta principal de salud.

METAPARADIGMA

Persona: describe a la persona como un ser biológico, pensante y racional, que puede ser afectado por su entorno, de realizar acciones que afectan tanto a su propio ser como a su entorno, factores que le permiten ser capaces de realizar su autocuidado.

Salud: se define a la salud como la integridad funcional, física y estructural del individuo.

Enfermería: la enfermera brinda soporte directo de autocuidado, según las necesidades de la persona

6. Marco Metodológico

EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Piel y faneras: palidez generalizada

Estado de Conciencia: alerta, orientado en tiempo, espacio y persona.

Cabeza: normo céfalo, cabello bien implantado, color negro.

Cara: simétrica y pálida.

Oído: íntegros y bien implantados

Ojos: simétricos

Boca: mucosas secas

Dientes: Piezas dentarias completas.

Uñas: regulares de coloración blanca, buena implantación

Cuello: No se observan ni palpan adenopatías

Tórax: simétrico,

CsPs: sin alteraciones

RsCs: arritmia

Abdomen: globoso compatible con ambarazo de +/- 36 sg

Altura uterina 34cm

Miembros superiores: simétricos a la vista

Miembros inferiores: presencia de edema bilateral

Genitales: normales

Estado nutricional: obesidad tipo 1, con un IMC de 30.4, presenta una ganancia de peso adecuada para su embarazo

Marcha y movimiento: normal a la valoración, presenta dolor a nivel de caderas propias de su embarazo

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (MARJORIE GORDON)

1. Patrón percepción-manejo de la salud

- Paciente no presenta antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos y

con antecedentes patológicos familiares, padre con hipertensión arterial.

- Paciente con inmunización, antitetánica e influenza con esquema completo bajo carnet.
- Paciente con 7 controles prenatales.
- No refiere alergias.

2. Patrón nutricional-metabólico

- Paciente con un peso de 75kg y talla 156cm, obteniendo un (IMC) de 30.4, presenta una ganancia de peso adecuada para su embarazo.
- Piel, presenta palidez generalizada y mucosas secas.
- Presencia de edema bilateral en miembros inferiores.
- Presenta una temperatura de 37.5 °C
- No refiere alergias alimenticias.

3. Patrón de eliminación

- No presenta secreción vaginal.
- Presenta nauseas sin llegar a vómitos.

4. Patrón actividad-ejercicio

- Marcha y movimiento normal a la valoración, presenta dolor a nivel de caderas propias de su embarazo.
- Se encuentra en constante actividad debido a sus estudios.
- Presenta una frecuencia cardiaca de 118 pulsaciones por minuto y presión arterial de 135/90mmHg
- Presenta 25 respiraciones por minuto.

5. Patrón sueño-descanso

- No toma medicación para dormir.
 - La paciente manifiesta no descansar bien, debido a sus estudios y embarazo.
- 6. Patrón cognitivo-perceptual**
- Paciente alerta, orientada en tiempo, espacio y persona.
 - No tiene problema de aprendizaje.
- 7. Patrón autopercepción-autoconcepto**
- El aspecto general de la paciente es bueno.
- 8. Patrón rol-relaciones**
- Paciente vive con su familia.
 - Ocupación estudiante.
- 9. Patrón sexualidad-reproducción**
- Paciente refiere su primera menarquia a los 12 años
 - Su ciclo menstrual regular 6 días cada 28 días
 - Ningún parto anterior ni abortos.
- 10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.**
- La paciente manifiesta sentirse preocupada e intranquila por su estado de salud y del bebe.
 - Presenta cefalea con intensidad 9/10 en la escala del dolor.
 - Presenta síncope, mialgias y mareos.
 - Refiere leve alteración visual.
- 11. Patrón valores-creencias**

- Paciente de religión católica.

PATRONES DISFUNCIONALES O ALTERADOS

- Patrón disfuncional nutricional-metabólico.
- Patrón disfuncional actividad-reposo
- Patrón disfuncional adaptación-tolerancia al estrés.

INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Examen obstétrico: Altura uterina: 34 cm, Latidos cardiacos fetales: 142 por minuto, Movimientos fetales activos, Tono normal, Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica.

Tacto vaginal: Dilatación 0 cm. Sin hidrorrea ni ginecorragia no rotura de membranas, canal vaginal normal sin leucorrea

Examen de Laboratorio:

- Glóbulos rojos: 3.700.000/mm³.
- Hematocrito: 30%.
- Glóbulos blancos: 7.500/mm³.
- Plaquetas: 160.000/mm³.
- Creatinina: 0.7 mg/dl.
- Uricemia: 6.8 mg/dl.
- Glucemia: 87mg/dl.
- Proteinuria: 5 g/lt.

Ecodoppler fetal: feto único vivo, dorso derecho encajado en cintura pélvica con movimientos activos, latidos cardiacos rítmicos, 142 por minuto, ILA 20 mm, cordon normal dos arterias y una vena. Placenta II/III.

Tratamiento, mantenimiento farmacológico e intervenciones de enfermería

1. Medidas generales
2. Balance hídrico

3. Dieta hiposódica e hipoproteica
4. Monitoreo fetal cada 12 horas
5. Lactato de ringer 1000cc + 6 gramos de sulfato de magnesio pasar a 42 ml por hora empezar destete al tercer día de iniciado el tratamiento.
6. Metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada 8 hora por dos días
7. Ampicilina + sulbactam 1,5 gramo intravenosa cada 8 horas.
8. Paracetamol 1 gramo intravenosa por razones necesarias.
9. Nifedipino 10 mg vía oral cada 8 horas
10. Dexametasona 6mg cada día por tres días.
11. Comunicar novedades
12. Repetir laboratorios en 72 horas
13. Monitoreo de signos vitales cada 6 horas
14. Realizar exámenes de tipificación, VIH, TP. TPT, VDRL.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Diagnostico presuntivo

Por las características clínicas se sospecha de hipertensión en el embarazo

Diagnostico diferencial

Hipertensión Gestacional

Embarazo más preeclampsia

Pielonefritis

Diagnostico diferencial

Preclamsia severa

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

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Valoración

Una vez evidenciado los datos de la historia clínica en conjunto con la información adicional proporcionada por el paciente, instauramos las prioridades de soporte que ayudarán en la recuperación del paciente. Posterior a la valoración del paciente identificamos tres principales patrones funcionales alterados, para el actuar de la enfermera.

PATRONES DISFUNCIONALES O ALTERADOS

- Patrón disfuncional nutricional-metabólico.
- Patrón disfuncional actividad-reposo
- Patrón disfuncional adaptación-tolerancia al estrés.

NANDA: 00026
NOC: 0601
NIC: 4120

Dominio 2. NUTRICIONAL-METABOLICO, Clase 5: Hidratación
DX: Exceso del volumen de líquidos.

R/C: Mecanismos de regulación comprometidos.

E/P: Edema en miembros inferiores y mucosas secas.

Dominio: II Salud fisiológica.

Clase: G - Líquidos y electrolitos.

Etiqueta: (0601) Equilibrio hídrico

Campo: 2 Fisiológico complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular

Etiqueta: (4120) Manejo de líquidos.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
	G	Sust.	M	L	N
Edema periférico		X		X	
Humedad de membranas mucosas		X		X	

ACTIVIDADES

- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado) según sea el caso.
- Monitorizar signos vitales.
- Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- Controlar la ingesta de alimentos/líquidos según corresponda.
- Realizar un registro exacto de entradas y salidas (balance hídrico)
- Pesar diariamente a la paciente.

NANDA: 00029
NOC: 0414
NIC: 4050

Dominio 4. ACTIVIDAD REPOSO, Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
DX: Disminución del gasto cardiaco.

R/C: Alteración del ritmo cardiaco.

E/P: Taquicardia, taquipnea y presión arterial de 135/90mmHg.

Dominio: II Salud fisiológica.

Clase: E - Cardiopulmonar

Etiqueta: (0414) Estado cardiopulmonar.

Campo: 2 Fisiológico complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular

Etiqueta: (4050) Manejo del riesgo cardiaco.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
	G	Sust.	M	L	N
Presión arterial sistólica		X		X	
Presion arterial diastolica	X		X		
Frecuencia respiratoria		X		X	

ACTIVIDADES

- Controlar signos vitales constantemente.
- Administrar medicación, bajo prescripción médica.
- Valoración según score mama.
- Instruir a la paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardiaca según corresponda.
- Aconsejar la realización de ejercicio correspondiente a su estado.
- Educar a la paciente sobre signos y síntomas de alteraciones en la presión arterial.
- Instruir a la paciente sobre llevar una dieta hiposódica.

NANDA: 00146
NOC: 1212
NIC: 5820

Dominio 9. ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRÉS Clase 2: Respuestas de afrontamiento.
DX: Ansiedad

ESCALA DE LIKERT

R/C: Grandes cambios (estado de salud)

E/P: Cefalea, mialgia, inquietud.

Dominio: III Salud Psicosocial

Clase: M – Bienestar psicológico.

Etiqueta: (1212) Nivel de estres

INDICADORES	1	2	3	4	5
	<i>g</i>	<i>Sust.</i>	<i>M</i>	<i>L</i>	<i>N</i>
Cefalea	X			X	
Mialgias		X		X	
Inquietud		X			X



Clase: T Fomento de la comodidad psicológica

Campo: 3 Conductual.

Etiqueta: (5820) Disminución de la ansiedad

- ACTIVIDADES**
- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
 - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - Valorar grado de dolor, utilizando escala de dolor.
 - Crear un ambiente que facilite la confianza.
 - Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
 - Utilizar técnicas de relajación (musicoterapia, masajes)

15. Resultados

SEGUIMIENTO

Día 1

Paciente de sexo femenino de 18 años de edad primigesta con embarazo en curso de 36 semanas gestacionales aproximadamente es aceptada en emergencia con diagnóstico de preclamsia en condiciones hemodinamicamente estables a espera de pase a sala, se encuentra con impregnación de sulfato de magnesio.

Día 2

Paciente en su segundo día de ingreso al área de hospitalización de ginecología en para vigilancia y seguimiento, con monitoreo fetal dos veces al día, con presión de 125/95 no presenta picos, no taquicardia, no presenta alteraciones neurológicas, ni clínicas al momento, se siguen indicaciones medicas

Día 3

Paciente orienta en las tres esferas con presión de 110/70, se empieza destete de la impregnación de sulfato de magnesio para ver las cifras de presión arterial se mantienen, monitoreo fetal estable no presenta alteraciones ni dolores, a inspección de examen obstétrico presenta membranas integras, no dilatación no dolor, ni perdida de líquido, no presenta edema de miembros, se siguen mismas indicaciones médicas.

Día 4

En su cuarto día de estancia hospitalaria se presenta estable no presenta edemas de miembros, se mantiene sin alteraciones neurológicas y los valores en exámenes de laboratorio han vuelto a cifras normales, no presenta proteinuria en orina, signos estables, buena diuresis, balance hídrico normal, se valora para alta médica y seguimiento por consulta externa.

Día 5

Paciente estable de 18 años con 36.5 días gestaciones, con cifras tensionales en 110/70 no ah presentado nuevos episodios, por lo que se da alta médica, con feto

único vivo con frecuencia cardíaca fetal 145 lpm, se busca mantener un embarazo estable y llegar a punto de 39 semanas gestacionales para obtener feto por cesárea programada, se envía a casa con medidas generales, reposo absoluto, mantener piernas ligeramente elevadas, y evitar en lo posible actividades de esfuerzo, se envía interconsulta para que haga seguimiento el centro de salud más cercano hasta que el embarazo llegue a término en caso de un nuevo episodio acudir directamente a emergencias obstétricas para no arriesgar la supervivencia materno fetal.

OBSERVACIONES

Antes de realizar cada procedimiento, se explicó al paciente sobre las ventajas y desventajas del mismo y sus posibles complicaciones, a lo que el paciente dio su consentimiento para la ejecución de dichos procedimientos

La paciente deberá seguir controles médicos durante un año, los primeros 6 meses debe hacer controles una vez al mes y posterior cada 6 meses ya que hay una alta probabilidad de que la paciente haga hipertensión después del alumbramiento, a esto se le complementa con una dieta hiposódica e hipocalórica, en conjunto con el tratamiento prescrito.

16. Discusión de resultados

Para la realización de este caso clínico se escogió el tema preclamsia severa, donde vamos a realizar la presentación de un caso de una paciente de 18 años primigesta que desarrolla preclamsia severa a las 36 semanas de su embarazo, donde pudimos realizar la investigación teórica para poder evidenciar el alto riesgo obstétrico que tiene la paciente al no estar aun en la edad optima para poder cursar un embarazo y la elevada tasa de riesgo materno-fetal que pueden llegar a un fracaso en su soporte vital, donde pudimos efectuar el manejo clínico estudiado previamente aplicando y corroborando los resultados donde se evalúa todas sus constantes vitales y en conjunto con la valoración médica y la intervención de enfermería su busca restablecer su salud integral, se puede observar que la paciente responde adecuadamente a todas nuestras intervenciones además pudimos brindarle apoyo psicológico que ayudo en esta etapa, a su vez es importante recordar que durante el embarazo es importante los controles ya que los pacientes suelen confundirlos con síntomas comunes del embarazo y llegan a pedir ayuda en momentos críticos donde se puede hacer poco o nada con la salud ya comprometida del paciente, siempre es importante el diagnóstico temprano de estas patologías ya que producen alteraciones a nivel del tejido placentario que disminuyen el aporte de flujo sanguíneo al bebe aumentando las posibilidades de un parto que no sea a término, la restricción del crecimiento uterino, muerte fetal o en su defectos lesiones a nivel neurológico, por lo que se busca día con día educar a nuestros pacientes en todos los ámbitos necesarios y de la mejor manera para poder disminuir los casos que se presentan en nuestra provincia y precautelar }a vida tanto de la madre como del feto.

TERCERA PARTE:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

17. Conclusiones

Una vez terminado el estudio de caso se puede concluir que la preclamsia severa sigue siendo un reto en las emergencias gineco-obstétricas del país ya que presenta un alto índice de morbilidad materno-fetal, y depende siempre de un buen abordaje clínico y realizar una intervención oportuna para el progreso exitoso de este cuadro.

Sigue siendo una problemática de gran impacto a nivel nacional y mundial, y que sigue en aumento año tras año más aun en grupos poblacionales que no tienen los recursos adecuados para su diagnóstico, por lo que es necesario tomar medidas educativas en los pacientes de alto riesgo para prevenir complicaciones.

La aplicación del proceso de atención de enfermería enfocado en nuestro paciente nos permitió una valoración de correcta empezando por los datos subjetivos mediante la valoración funcional de los patrones de salud y los datos clínicos mediante la exploración física.

Seleccionar los problemas y necesidades que deterioraron la salud y bienestar de nuestra paciente y así identificar los diagnósticos de enfermería de manera jerárquica.

18. Recomendaciones

- 1.** Realizar un mayor abordaje en pacientes en estado gestacional ya que la mayoría solo presenta un máximo de 5 controles durante todo su embarazo.
- 2.** Educación en poblaciones estudiantiles ya que en su mayoría adolescentes primigestas tienen a desarrollar preclamsia ya que por su edad no están aptas para el desarrollo de otra vida.
- 3.** Dotar de un mejor equipo dentro de las unidades de salud en la comunidad ya que la mayoría no cuenta ni con lo básico para realizar controles de proteinuria y presión a las pacientes en gestación.
- 4.** Tener mejor cobertura en campo para captación de casos de embarazadas con riesgo obstétrico alto que no acuden a sus unidades.

CUARTA PARTE:

BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

19. Referencias Bibliográficas

Bibliografía

- Abalos, E. (2019). Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo. *Dirección Nacional de Maternidad e Infancia*, 1 - 32.
- Checya-Segura, J. (2019). Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *SCIELO*, 5 - 15.
- De Jesús-García A, J.-B. M.-O.-T.-J.-P. (2019). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 256 - 262.
- Guevara-Ríos, E. (2019). La preeclampsia, problema de salud pública. *REVISTA PERUANA DE INVESTIGACION MATERNO PERINATAL*, 200 - 210.
- Laura A. Magee, M. H. (2022). Preeclampsia. *The New England Journal of Medicine*, 6 - 9.
- Mejía, V. H. (2015). Trastornos Hipertensivos del Embarazo . *Guía Clínica MSP*, 1 - 81.
- OCRONOS. (2021). Manejo de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia: Revisión Sistemática. *OCRONOS*, 1 - 10.
- Pereira CJ, P. R. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 345.
- Pérez, L. A. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 15 - 20.
- Ríos, E. G. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 1 10.
- Rodríguez, L. L. (2020). Preeclampsia severa y sus complicaciones. *RECIMUNDO*, 343 - 352.
- Ruilova, J. D. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia. *RECIAMUC*, 7 - 11.
- VIDACEL. (2019). Las complicaciones del embarazo que no se deben ignorar. *VIDACEL*, 10 - 15.

20. Anexos



IMAGEN 1.- ADMINISTRACION DE MEDICACION ENDOVENOSA



IMAGEN 2.- CANALIZACION DE VIA PARA ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS