



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 35.5
SEMANAS DE GESTACIÓN CON HIPERTENSIÓN**

AUTOR

NATHALIE LISBETH SUAREZ MONCADA

TUTOR

BABAHOYO – LOS RÍOS - ECUADOR

2023

INDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
DATOS GENERALES DEL PACIENTE.....	9
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Análisis Del Motivo De Consultas y Antecedentes.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVOS.....	13
Objetivo General.....	13
Objetivo Específicos.....	13
MARCO TEÓRICO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
EXAMEN FÍSICO.....	20
INFORME DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	22
RESULTADOS.....	1
SEGUIMIENTO.....	1
OBSERVACIONES.....	4
DISCUSION DE RESULTADOS.....	5
CONCLUSIONES.....	6
RECOMENDACIONES.....	7
BIBLIOGRAFÍA.....	8
ANEXO.....	9

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme salud y vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a los malos momentos y a los triunfos que me han ayudado a ser una mejor persona.

A mis padres por ser el motor que me impulsa a seguir adelante y que me han apoyado en cada etapa y me han enseñado hábitos valores y buenas costumbres que me ha servido para mejorar y avanzar en cada etapa que la vida me ha puesto

Un agradecimiento especial a mi tutora Mariela Gaibor quien me oriento en mi caso clínico, por brindar su conocimiento paciencia por enseñarme a través de todo este proceso de aprendizaje

Finalmente, me gustaría agradecer a todos los licenciados que forman parte de la UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO por brindar sus enseñanzas y aprendizaje a los estudiantes esto ha hecho posible que hayamos logrado nuestro objetivo que es ser profesionales

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente por haberme dado las fuerzas y el valor para seguir adelante y poder superar cada obstáculo en la vida.

Agradezco a mis padres por todo el esfuerzo que ellos han hecho constantemente para que yo salga adelante y cumpla todos mis logros propuestos, por haberme demostrado su amor, por darme sus consejos, corregir mis faltas y celebrar mis triunfos

TÍTULO DE CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 35.5
SEMANAS DE GESTACIÓN CON HIPERTENSIÓN**

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre los más importantes que ocurren durante el embarazo e incluso que, si no son tratados, resultan en una alta morbilidad y mortalidad para la madre y el feto. El reconocimiento precoz sería la mejor manera de afrontar el caso de la forma más consciente, teniendo en cuenta el potencial efecto adverso de los fármacos utilizados en la madre y sus repercusiones en el feto. (Matos, 2019)

La hipertensión arterial que se presenta después de las 20 semanas de gestación se recupera después del parto corresponde al segundo grupo; Puede ser hipertensión gestacional o transitoria, su diagnóstico debe ser considerado cuando se detecta daño de órgano diana, incluso sin proteinuria. (MSP, 2018)

El presente estudio se basó en un caso clínico de paciente primigesta de 29 años con 35,5 semanas de gestación, que es referida al Hospital General Guasmo Sur, por presentar un cuadro de hipertensión, con presión arterial de 140/100 mmHg, cefalea.

Palabras clave: Hipertensión, embarazo, , feto.

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy are among the most important that occur during pregnancy and even if left untreated, result in high morbidity and mortality for the mother and fetus. Early recognition would be the best way to deal with the case in the most conscious way, taking into account the potential adverse effect of the drugs used on the mother and its repercussions on the fetus. (Matos, 2019)

Arterial hypertension that occurs after 20 weeks of gestation and recovers after delivery corresponds to the second group; It can be gestational or transient hypertension, its diagnosis should be considered when target organ damage is detected, even without proteinuria. (MSP, 2018)

The present study was based on a clinical case of an 18-year-old primiparous patient with 35.5 weeks of gestation, who was referred to the Huasmo Sur General Hospital, for presenting a picture of severe preeclampsia, with blood pressure of 140/100 mmHg, headache , and photopsia. In addition to a history of preeclampsia.

Keywords: Hypertension, pregnancy, preeclampsia, eclampsia, fetus, proteinuria.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema propuesto es hipertensión que es un problema de gran trascendencia a nivel mundial. Este estudio de caso se refiere sobre una embarazada de 35.5 SG + hipertensión. Complicación del embarazo potencialmente severa caracterizada por una presión arterial elevada. Donde el enfermero valórala Score MAMA, Ingesta y Excreta, proteinuria, debido a que esta condición podría conllevar complicaciones serias, incluso mortales, para la madre y el bebé.

El interés de estos trastornos hipertensivos no es solo que aumentan instantáneamente el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sino que actualmente hay evidencia de secuelas a largo plazo. (Hobbins, 2019)

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- **Nombre y apellido** N. N
- **Lugar de nacimiento:** Guayas - Guayaquil
- **Nacionalidad:** ecuatoriana
- **Edad:** 29 años
- **Estado civil:** casada
- **Sexo:** femenino
- **Raza:** mestiza
- **Ocupación:** Que haceres domésticos
- **Sala:** Gineco Obstetricia
- **Fecha de Ingreso:** 03/01/2023
- **Nº de Historia Clínica:** NN

Análisis Del Motivo De Consultas y Antecedentes

Paciente femenina de 29 años de edad, acude al área de emergencia, refiere cuadro clínico caracterizado por prurito generalizado de 1 mes de evolución aprox. Niega signos neurológicos. Al momento paciente despierta orientada en tiempo y espacio, afebril. Refiere que prurito se mantiene, pero de menor intensidad. Signos vitales pa 143/86 mmhg fc 99 lxmin fr 20 rxmin t36.0 °c spo2 99 %

ANAMNESIS

Historial Clínico de la Paciente

- **Antecedentes patológicos personales:** Preclamsia
- **Alergia:** No refiere.
- **Antecedentes patológicos familiares:**
 - Padre Hipertenso
 - Madre Diabética
- **Antecedentes quirúrgicos:** Cesárea en dos ocasiones
- **Antecedentes alimenticios:** Alto consumo de grasas

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 12
- Ciclos regulares: 5 días
- Dismenorrea: NO
- Legrado: 2 ocasiones
- EG: 35.5 Semanas
- Fe, Ac Fólico: Si
- Controles: 6
- Ecos: 1
- Anticonceptivo: No
- Embarazo Planificado: No

Hábitos nocivos

- **Tabaco: no**
- **Alcohol: no**

- **Drogas: no**

Medidas Antropométricas:

- **Peso: 78 Kg**
- **Talla: 1.57cm**

Signos vitales Generales

- **T/A:** 143/ 86 mmhg
- **FC:** 99 por minuto
- **FR:** 20 por minuto
- **T°:**36,0 °C
- **Sat O2:** 99%

2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo es una etapa hermosa que atraviesa la mujer, sin embargo, puede ser marcada por una serie de las cuales ponen en peligro la vida materno-fetal. Uno de los principales padecimientos que padecen las mujeres embarazadas son los trastornos hipertensivos. Siguen constituyendo uno de los embarazos más frecuentes en el mundo, son multisistémicos, incluso de origen específico. (MSP, 2018)

El propósito del siguiente estudio de caso es el proceso de enfermería en un embarazo de paciente femenina de 29 años de edad, acude al área de emergencia, refiere cuadro clínico caracterizado por prurito generalizado, además de mostrar signos de alteraciones hipertensivas

Al establecer esta perspectiva y correlacionarla con la experiencia en el Hospital Guasmo Sur durante el tiempo que dure el internado, es referida a dicho centro de salud con un trastorno hipertensivo con gravedad preeclampsia, y es entonces cuando surge la necesidad de este caso de identificar los tratamientos, causas y factores de riesgo que llevan a este problema médico en las mujeres embarazadas (Matias De La Cruz, 2019)

Es fundamental tener conocimientos sobre los factores de riesgo, el manejo de la madre y el feto además del monitoreo y la carga estandarizada de preeclampsia están asociados con una disminución en las tasas materna y neonatal.

Este trabajo se realiza con el requisito previo para obtener el título de Licenciada en Enfermería

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a gestante de 29 años de 35.5 semanas de gestación con Hipertension

Objetivo Específicos

- Valoración cefalocaudal, y patrones funcionales, para determinar un diagnóstico enfermero.
- Formular un plan de cuidados estandarizados e individualizados a la paciente gestante con hipertensión para mejorar su estado de salud.
- Brindar medidas preventivas encaminadas a evitar las complicaciones en la gestante con hipertensión.

4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La preeclampsia representa una de las complicaciones obstétricas del problema de salud con un alto índice de morbilidad y mortalidad aumentó la morbimortalidad materna y de ahí la necesidad de intervención por parte del equipo de salud. Por tanto, se ha elegido la siguiente línea de investigación para su abordaje;

- Salud humana y animal; salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales
- Saluda sexual y reproductiva
- Salud y calidad de vida

5. MARCO CONCEPTUAL

MARCO TEÓRICO

Hipertensión En El Embarazo

La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial del sistema materno y del lecho placentario, debido a la pérdida del equilibrio entre los factores que promueven incluso el normal como el factor de crecimiento endotelial vascular y de crecimiento placentario y los factores antiangiogénicos. (Alvarado, 2021)

Estos factores están presentes en exceso en la circulación del paciente varias semanas antes del inicio de las primeras manifestaciones clínicas que demuestran alteraciones metabólicas e inmunogénicas.

La gravedad de la enfermedad está influenciada principalmente por factores maternos y específicos del embarazo, pero los factores paternos y ambientales también pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la enfermedad. (., 2019)

Las madres con hipertensión asociada al embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones potencialmente mortales, que incluyen desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática e insuficiencia renal aguda. Este tipo de complicación es mucho más frecuente en gestantes con preeclampsia-eclampsia, aunque ambos casos se dan en gestantes nulíparas sin aparentes complicaciones ni factores de riesgo. (MSP, 2018)

Clasificación de la Enfermedad

El final de la presión arterial en el embarazo describe un aumento de las condiciones por hipertensión arterial que fluctúa entre presión arterial alta y presión arterial severa con daño orgánico severo y morbilidad materna y fetal severa que puede ocurrir durante parto y posparto. En condiciones normales la presión arterial sistólica y diastólica de 5 a 10 milímetros de mercurio en el trimestre, para volver a valores anteriores a la gestación el tercer trimestre.

- A. Hipertensión pregestacional: aquella que está presente antes del embarazo que aparece antes de la semana 20.
- B. Preeclampsia: presión arterial al nacer de 140/90mmHg asociada al embarazo en la semana 20 de gestación.
- C. Hipertensión crónica con preeclampsia añadida: la paciente hipertensa crónica que en algún momento del embarazo desarrolla preeclampsia se define de la siguiente manera: o Hipertensión crónica que desarrolla proteinuria durante el embarazo.

Preeclampsia – Eclampsia

Cuadro clínico que presentan ciertas mujeres embarazadas con presión arterial de 140/90 mmHg que se acompaña de proteinuria, después de semanas de embarazo y que puede progresar a más de eclampsia.

La preeclampsia es un síndrome complejo donde la hipertensión y el nefrón renal representan solo 2 elementos relevantes de este. La preeclampsia afecta 3-7% de las mujeres

La preeclampsia y la eclampsia aparecen después de las 20 semanas de gestación; hasta el 25 % de los casos aparecen después del parto, a menudo dentro de los primeros 4 días, pero a veces hasta semanas después del parto.

La preeclampsia no tratada por lo general se desarrolla lentamente con el tiempo y luego, repentinamente, progresa a eclampsia, que ocurre en personas con preeclampsia. La eclampsia no tratada suele ser fatal. (Robledo, 2018)

ETIOLOGÍA E INCIDENCIA

La etiología de la preeclampsia se desconoce. Sin embargo, los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Nuliparidad
 - Hipertensión crónica preexistente
 - Trastornos vasculares (p. ej., trastornos renales, vasculopatía diabética)
 - Diabetes preexistente o gestacional
 - Edad materna avanzada (> 35) o muy joven (p. ej., < 17)
 - Antecedentes familiares de preeclampsia
 - Preeclampsia o malos resultados en embarazos previos
 - Embarazo multifetal
 - Obesidad
 - Trastornos trombóticos (p. ej., síndrome de los anticuerpos antifosfolipídicos).
- (Matías de la cruz, 2013)

Se han descrito muchos mecanismos patológicos para la aparición de la preeclampsia, pero la etiología aún no está del todo aclarada. El principal mecanismo descrito que lo explica es la invasión trofoblástica de los vasos uterinos.

Se han descrito intolerancia inmunitaria entre los tejidos materno y fetoplacentario, mala adaptación de la madre a los cambios inflamatorios y embarazo normal e influencias genéticas.

Fisiopatología de la Preeclampsia y Eclampsia

Hay un defecto de placentación y un defecto de reorganización de las arterias espirales, que conduce a la liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado

Como consecuencia de este procedimiento se produce hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemólisis, isquemia hepática, del sistema nervioso central y finalmente eclampsia con convulsiones.

Medios De Diagnósticos

El diagnóstico es bastante sencillo, pero para llevarlo a cabo es necesario que la paciente asista normalmente a sus prenatales, ya que, en la mayoría de los casos, la preeclampsia tiene un curso asintomático y solo se descubre que durante la presión arterial de rutina.

- a) Preguntas: factores de riesgo, síntomas del paciente.
- b) Examen físico: medición de la presión arterial a intervalos de 6 horas y no más de 7 días.
- c) Laboratorio: Presencia de proteinuria: > 300 mg en orina de 24 horas > 30 mg/dl en muestra de orina al azar sin evidencia de infección del tracto urinario o hematuria, biometría completa, pruebas renales, coagulación Se deben realizar pruebas de función hepática.
- d) Gabinete de Estudios: Ecografías de Ginecología Cardiotocografía.

Tratamiento

A. Hipertensión Gestacional

El tratamiento farmacológico solo está indicado en caso de presión arterial diastólica persistente > 100 mmHg. Teniendo en cuenta el hecho de que el paciente debe tener una dieta que contenga proteínas y nutrientes para la salud.

B. Preeclampsia leve

El único tratamiento para la preeclampsia es interrumpir el embarazo. Si no hay participación de la madre o el feto, entonces se considera a partir de la semana de gestación.

El tratamiento farmacológico se recomienda únicamente en caso de presión arterial diastólica continua de 100 mmHg o presión sistólica de 160 mmHg o en caso de variación durante el día en la presión diastólica, incluirá el siguiente fármaco tratamiento:

- Labetalol por vial oral 100/200 mg cada 6-8 horas. La dosis máxima por día es de 2400 mg.
- Hidralazina intravenosa, dosis de 5 mg si la PA no lo hace, continuar dosis de 5 a 10 mg cada 20 a Bolo de 30 minutos o 0,5 a 10 mg por vía intravenosa. Dosis maxima 20 mg IV o 30 mg IM
- Alfa-metildopa por vía oral, dosis 250/500 mg cada 8 horas

C. Preeclampsia severa

El tratamiento definitivo sería al final del si la edad gestacional es más de 34 semanas o y pone en peligro la vida de la madre del feto en cualquier etapa del embarazo. En el caso de que la maduración pulmonar fetal se encuentre entre las semanas 24 y 34 de gestación, el procedimiento a seguir es:

Corticoides vías intramusculares, dosis 12 mg de Betametasona cada 24 horas durante 2 días.

Por otro lado, el tratamiento para el control de signos y maternos es:

- Labetalol 20 mg por vía intravenosa si no se controla, repetir con 40 mg cada minuto, duplicando la dosis a 220 mg.
- Hidralazina 5 mg pueden repetirse cada minuto hasta un máximo de 40 mg
- Nifedipina via oral, dosis 10 mg cada 6-8 horas.
- Nitroprusiato de sodio como última opción, ya que es fetotóxico, se aplica solo en caso de falla de los demás (MSP, 2018)

D. Eclampsia

El procedimiento será el incluso en caso de preeclampsia se administrará de la misma forma, en caso de que hayan comenzado las convulsiones, el tratamiento incluirá:

- Dosis de sulfato de magnesio 4 gr por vía seguida de una dosis de mantenimiento continuo de 2 gr/h si se presenta un ataque se puede administrar otro bolo de 2 gr. Si dos de estos bolos no provocan convulsiones, se deben considerar otros medicamentos:
- Diazepam 5 a 10 mg por vía intravenosa durante 5 a 10 minutos durante 5 y a la dosis máxima de 30 mg. El diazepam controla las convulsiones en 5 minutos en el 80% de los pacientes.
- Midazolam 1 a 2 mg en bolo intravenoso a razón de 2 mg/minuto. Se pueden administrar bolos adicionales cada 5 hasta que desaparezcan las convulsiones. (Guevara, 2018)

Prevención

El origen de la preeclampsia sigue siendo un misterio, por lo que no se sabe si se puede prevenir, sin embargo, actuamos controlando estrictamente los factores de riesgo, el estilo de vida, incluido el descanso y la reducción del estrés, de forma estricta la restricción de la ingesta diaria de sodio en pacientes con hipertensión arterial crónica, el ácido acetilsalicílico son intervenciones que son efectivas.

6. MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo: Investigación descriptiva, por lo tanto, lo que hace es definir, clasificar, dividir o resumir. Por ejemplo, mediante medidas de posición o dispersión. Sin embargo, no se trata de analizar la razón de unos frente a otros. En este caso, tenemos que recurrir a técnicas distintas a la investigación correlacional o explicativa.

Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Paciente femenina de 29 años de edad, acude al área de emergencia, refiere cuadro clínico caracterizado por prurito generalizado de 1 mes de evolución aprox. Niega signos neurológicos. Al momento paciente despierta orientada en tiempo y espacio, afebril.

EXAMEN FÍSICO

VALORACION FISICA CEFALO-CAUDAL/ VALORACION POR APARATOS O SISTEMAS

SNC: Activo

CABEZA: Normocéfalo

CABELLO: Implantación Normal

CEJAS: Implantación Normal

OJOS: Pupilas normo reactivas

NARIZ: Fosa nasales permeable

BOCA: Mucosa orales húmedas, orofaringe no congestiva, piezas dentales en regular estado

CUELLO: No adenopatías, flexible, palpable

TORAX: expansibilidad conservada, simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos

SISTEMA RESPIRATORIO: Frecuencia respiratoria 20x1

SISTEMA CARDIOVASCULAR: Frecuencia cardiaca 99 x1

ABDOMEN: Útero gestante, feto 1.145LPM variable

GENITALES: Sin alteraciones

EXTREMIDADES: Miembros superiores, simétricas tono y fuerza conservada.

Miembros inferiores, sin edema, simétricas, presencia de varices venosas, sin dificultad para la movilidad

PIEL: Mucosas semihúmedas, piel pálida y sudorosa. Presencia de prurito generalizado

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

— 1.- PATRON PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

Paciente refiere que no fuma, no bebe, no consume drogas, no ha sufrido caídas tiene todas las vacunas, y no refiere tener alergia alguna. Patrón no alterado.

— 2.- PATRON NUTRICIONAL – METABOLICO

La ingesta de alimentos es restringida por el doctor, sin embargo, no presenta alteraciones en la deglución. Patrón no alterado.

— 3.- PATRON ELIMINACIÓN

Paciente realiza sus deposiciones de forma duras y con frecuencia realiza 1 a 3 veces sus deposiciones con facilidad, eliminación vesical con ausencia de diuresis, micciones de poca cantidad. Patrón alterado.

— 4.- PATRON ACTIVIDAD – EJERCICIO

Paciente se encuentra en estado semi activo, responde preguntas coherentemente. Refiere no realizar mayor actividad física. Patrón no alterado

— 5.- PATRÓN SUEÑO – DESCANSO: Paciente duerme aproximadamente 8 horas, no presenta problemas de sueño. Patrón no alterado.

— 6.- PATRON COGNITIVO – PERCEPTUAL: Paciente se encuentra activa y reactiva. Patrón no alterado.

— 7.- PATRON AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO

Paciente presenta sentimientos angustia, no siente ningún tipo de actitud hacia su cuerpo. Patrón no alterado.

— 8.- PATRON ROL – RELACIONES

Paciente en la actualidad vive con sus padres y sus hijos tiene buena relación. Patrón no alterado.

— 9.- PATRON SEXUALIDAD – REPRODUCCION

Paciente de 35.5 semanas de gestación, con signos clásicos de hipertensión. Al tacto vaginal cérvix cerrado, no perdidas vaginales Gestas: 4 Parto: 0 Aborto: 1 y Cesárea: 2 Patrón alterado.

— 10.- PATRON DE ADAPTACION – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente se encuentra con un estado de tensión/ansiedad por estar hospitalizada después de saber que entrará a quirófano y pueda salir algo mal, como parte del personal de salud se le brinda apoyo que todo saldrá bien.

— **11.- PATRON VALORES – CREENCIAS**

Paciente refiere que es de religión católica de una manera voluntaria que cree en Dios y reza todos los días. Patrón no alterado

PATRONES ALTERADOS:

- **Patrón Adaptación - Tolerancia al estrés.**
- **Patrón Sexualidad - Reproducción**

INFORME DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

	Resultados	Valores referenciales
LEUCOCITOS	8.200	4,500/11,000
HCM/ CMHC	31,9/32,9	27-29pgr_31-37gr./dl
PLAQUETAS	230.00	200.000/400.000

HEMOGLOBINA	11.4	12/16
HEMATOCRITOS	34	35,5/44,9
TPROTROMBINA	13	10/14
GRUPO SANGUÍNEO	A +	
VCM	97	80fl/ 100fl
GLICEMIA	97 mg/dl	80/100mg/dl
VDRL /VIH	no reactivo	

UROANALISIS		
PROTEINURIA	350 mg hr	150 24hr
QUÍMICA SANGUÍNEA		
UREA /CREATININA	11.7 /0.52	6/24mg/dL- 0.7/1.3 mg/dL
BILLURRUBINA TOTAL	0.23	0,1/1,2 mg/dL -
ALT (TGP)/ AST (TGO)	5,5 /2,6	7/55U/L – 8/48U/L
COLESTEROL LDL/ HDL	187	<100mg/dL

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **PRESUNTIVO:** Hipertensión Arterial
- **DIFERENCIAL:** Preeclampsia
- **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** Embarazo de 35.5 semanas de gestación con preeclampsia leve

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

Las condiciones del embarazo y, en general, problemas de preeclampsia que suelen ser tratados en unidades de post-anestesia y recuperación hospitalaria, siendo un síndrome multisistémico del embarazo y puerperio en el que se presenta una reducción de la perfusión

sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Sin embargo, en el presente trabajo no se aborda el tratamiento quirúrgico.

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESTARÁN ENFOCADAS A PREVENIR COMPLICACIONES QUE COMPROMETAN LA VIDA MATERNO-FETAL.

- ✓ Control de signos vitales.
- ✓ Canalización de vía periférica.
- ✓ Balance hidroelectrolítico.
- ✓ Administración de medicamentos
- ✓ Vigilar actividad uterina.
- ✓ Vigilar frecuencia cardiaca fetal

NANDA:00030
NOC: 5820
NIC:0415

DX: (00146) ANSIEDAD

M
E
T
A
S

R/C Angustia, aumento de la sudoración,

E/P: expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales

Dominio III: Salud psicosocial. Describen la salud emocional de un individuo.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Inquietud				x	
Ansiedad verbalizada			x		
Ruidos respiratorios auscultados			x		
Ritmo respiratorio			x		

Clase M: Bienestar Psicológico.

Etiqueta: Estado respiratorio (0415)

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

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

Etiqueta: 5820 Disminución de la ansiedad.

ACTIVIDADES

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

NANDA: 0209
NOC: 1928
NIC: 4050

DX: (0209) RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERNO/FETAL

R/C: Complicaciones del embarazo (Preclampsia)

E/P: Presión arterial elevada, cefalea, edema, proteinuria, zumbidos en oídos.

M
E
T
A
S

Dominio: V. Salud Percibida

Clase: 5. Sintomatología

Etiqueta: 2112. Severidad de la hipertensión

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cefalea	x			x	
Tinnitus		x		x	
Aumento de la presión arterial sistólica			x	x	
Aumento de la presión arterial diastólica		x		x	

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

Campo: II. Fisiológico Complejo.

Clase: (N) Control de la perfusión tisular

Etiqueta: 4040.- Cuidados cardíacos

ACTIVIDADES

1. Monitorizar signos vitales con frecuencia
2. Monitorizar el equilibrio hídrico (entrada/salidas y peso diario)
3. Monitorizar la respuesta de la paciente a los medicamentos
4. Evaluar las alteraciones en la presión arterial
5. Instruir a la paciente y a la familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en el que se medirán los progresos
6. Educar a la paciente y a sus familiares a llevar un control diario de la presión arterial

INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Henderson quien establece las 14 necesidades básicas que todo ser humano debe cumplir para alcanzar la salud completa.

El profesional de enfermería juega un papel muy importante con los pacientes para lograr la autonomía a través del cuidado, y una de sus filosofías era que cada enfermera se pusiera en el lugar de cada uno de sus pacientes para poder conocer las necesidades que están afectadas y poder

7. RESULTADOS

Durante la realización de un caso clínico, se diagnosticó preeclampsia en una gestante de 29 años las causas de la enfermedad son un riesgo obstétrico que compromete la salud perinatal materna, se realizaron exámenes complementarios para monitorear diagramas funcionales utilizando la teoría de Virginia Es necesario protocolizar la atención en estos pacientes para prevenir el desarrollo de complicaciones y salvaguardar la integridad del estado de salud en general.

SEGUIMIENTO

DIA 1 (03/01/2023)

Paciente femenina de 29 años de edad, acude al área de emergencia, refiere cuadro clínico caracterizado por prurito generalizado de 1 mes de evolución aprox. Niega signos neurológicos. Al momento paciente despierta orientada en tiempo y espacio, afebril. Refiere que prurito se mantiene, pero de menor intensidad.

Al examen físico: normocéfalo facies normal cuello sin adenopatías tórax simétricos ruidos cardiacos rítmicos campos pulmonares ventilados abdomen útero grávido afu de 33cm. Producto único longitudinal cefálico lcf 150.pm, pelvis: tacto vaginal diferido, en la emergencia: tacto vaginal cervix cerrado no perdidas vaginales extremidades inferiores y superiores sin edema. signos vitales pa 143/86 mmhg fc 99 lxmin fr 20 rxmin t36.0 °c spo2 99 % ec alerta proteinuria positiva (+) en tirilla. Score mama 4 puntos. Puntaje 7 riesgo obstétrico muy alto o tipo 2 id embarazo 34.2 sem x fum + preeclampsia leve. No adenopatías tórax simétrico campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos abdomen globuloso compatible con útero gestante, movimiento fetal presente, latido cardiaco fetal 144 por minuto. Al tacto vaginal cérvix cerrado, no perdidas vaginales extremidades simétricas edema, paciente es ingresada a piso para su observación.

DIA 2 (04/01/2023)

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, con 35.5 semanas de gestación. Responde la valoración nutricional. Refiere buen apetito, sin problemas en la masticación, deglución, ni problemas gastrointestinales. Hábitos: no refiere alergias: no refiere app: antecedentes de preeclampsia apq: no refiere apf: no refiere bioquímicos glucosa en ayunas.

La paciente se encuentra dentro normal dentro de la curva de ganancia de peso para pacientes con sobrepeso requerimiento calórico: 1990 kcal diagnostico dg embarazo de 34 semanas 3 días por fum + hipertensión gestacional. Signos vitales pa 153/86 mmhg fc 99 lxmin fr 22 rxmin t36.0 °c spo2 98 % ec alerta proteinuria

- Control De Signos Vitales
- Controles De Enfermería
- Monitoreo
- Materno Y Fetal
- Dieta Hipograsa/ No Lacteos
- Aseo Diario
- Reposo Relativo
- Vía Intermitente

Farmacología

- Ácido Ursodesoxicólico 250 Mg Vo Cada 8 Horas. Por 5 - 10 Días
- Ácido Ursodesoxicólico 500 Mg Vía Oral Por La Tarde.
- Loratadina 10 Mg Vía Oral Cada Dia
- Nifedipino 10 Mg Vía Oral Cada 8 Horas

- Seguimiento Gastroenterología
- Comunicar novedades

DIA 3 (05/01/2023)

Paciente de 29 años, con diagnóstico de embarazo 35 semanas 1 día x fum + hipertensión gestacional + colestasis en el embarazo. Al momento hemo dinámicamente estable, afebril, niega síntomas vasomotores, refiere mejoría de cuadro clínico, prurito ha disminuido de intensidad. Signos vitales: ta:118/75mmhg fc:84lpm fr:18x' t°:36.6°c glasgow:15/15 Sat.o2:99% proteinuria: negativa score mama: 0 puntos examen físico: fascie: conservada, ojos: pupilas isocóricas, reactivas, boca: mucosas orales semihúmedas, tórax: corazón: r1 sincrónico con el pulso. Pulmones: campos pulmonares ventilados, abdomen: útero gestante, movimientos fetales presentes y perceptibles por madre, afu:33cm, fcf:142lpm, cefálico longitudinal derecho, dinámica uterina ausente, región inguinogenital: no pérdida de líquido presencia de moco en cavidad vaginal, tacto diferido (tacto de ingreso) cervix posterior reblandecido cerrado, extremidades simétricas, se administra medicación prescrita por el médico , se brindan cuidados de enfermería, paciente queda en control más observación.

- Control De Signos Vitales
- Controles De Enfermería
- Monitoreo
- Materno Y Fetal
- Dieta Hipograsa/No Lácteos

- Aseo Diario
- Reposo Relativo
- Vía Intermitente
- Ácido Ursodesoxicólico 500 Mg Vo Cada 8Horas
- Loratadina 10 Mg Via Oral Cada Dia
- Nifedipino 10 Mg Via Oral Cada 8 Horas

DIA 4 (06/01/2023)

Paciente de 29 años, con diagnóstico de embarazo 35 semanas 1 día x fum + hipertensión gestacional. Al momento hemo dinámicamente estable, afebril, niega síntomas vasomotores, refiere mejoría de cuadro clínico, prurito ha disminuido de intensidad. signos vitales: ta:118/75mmhg fc:84lpm fr:18x´ tº:36.6°C glasgow:15/15 sat. o2:99% proteinuria: negativa score mama: 0 puntos examen físico: fascie: conservada, ojos: pupilas isocóricas, reactivas, boca: mucosas orales semihúmedas, tórax: corazón: r1 sincronico con el pulso. pulmones: campos pulmonares ventilados, abdomen: útero gestante, movimientos fetales presentes y perceptibles por madre, afu:33cm, fcf:142lpm, cefálico longitudinal derecho, dinámica uterina ausente, región inguinogenital: no se evidencia pérdida de líquido presencia de moco en cavidad vaginal, tacto diferido (tacto de ingreso) cérvix posterior reblandecido cerrado, extremidades simétricas, se administra medicación prescrita por el médico, se brindan cuidados de enfermería , paciente queda en control más observación .

OBSERVACIONES

La paciente debe someterse a exámenes médicos cada o dos semanas después del parto y controlar su presión arterial.

Si la presión arterial alta continúa aumentando 6 semanas después, el paciente puede tener presión arterial alta crónica y debe ser derivado a un cardiólogo especialista para examen y tratamiento adicional.

8. DISCUSION DE RESULTADOS

Paciente de 29 años queda estable con signos vitales dentro de los parámetros normales, se educa sobre los cuidados más signos de alarmas, se le brinda charlas educativas sobre la lactancia materna. Se revisó guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes linkografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del síndrome Multisistémico

9. CONCLUSIONES

Para concluir el presente estudio de caso pude observar la gran importancia que posee la aplicación de los Procesos de Atención de Enfermería, con la obtención de datos objetivos y subjetivos en la valoración aplicada, se realizó la elaboración de planes de cuidado que me permitieron contribuir al mejoramiento y mantenimiento de salud de la paciente quien presentaba alteraciones en los patrones por presencia de hipertensión.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un procedimiento ordenado, racional, donde se facilita cuidados de enfermería que permite a los profesionales la toma de decisiones dependiente e independiente, para lograr objetivos en los cuidados del paciente.

Se logró planificar y ejecutar acciones que contribuyan en la mejoría del paciente, mediante el cual se valoró por patrones funcionales logrando identificar un diagnóstico enfermero, para luego realizar la planificación de todos los cuidados empleados, ejecutando todas las acciones, obteniendo resultados satisfactorios en la mejoría de la paciente.

10. RECOMENDACIONES

- ✓ Dar conocimiento sobre la prevención y promoción de salud
- ✓ Fomentar a la gestante una alimentación adecuada
- ✓ Brindar información sobre los controles durante su embarazo
- ✓ Informar a la paciente sobre su estado de salud

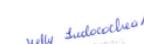
BIBLIOGRAFÍA

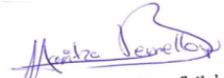
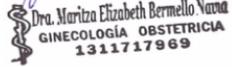
- ., C. H. (2019). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. E. Sánchez, S. .
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.
- Alvarado, L. (2021). *Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención: Secretaría de*. Obtenido de *Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención*. Obtenido de <http://www.cenetec.salud.gob.m>
- Guevara, R. (2018). *Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú*. Lima: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. .
- Hobbins, J. (2019). *"Estados hipertensivos y embarazo"*. .
- Matias De La Cruz, P. (2019). *Factores predisponentes de la Preeclampsia en mujeres de 13-20 años*. . Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Matos, T. (2019). *Maternidad y Salud*. . España: Aran. Publica.
- MSP. (2018). Historia natural y pronóstico de la enfermedad. *Trastornos hipertensivos del embarazo*, 16.
- Robledo. (2018). *Trastornos Hipertensivos del Embarazo*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf

ANEXO





ESTABLECIMIENTO		NOMBRE	APELLIDO	SEXO(M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR		KARINA ESTEFANIA	SANTAFE MOSQUERA	F	1	0931114938
1 EVOLUCIÓN			2 PRESCRIPCIONES			
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTA DE EVOLUCIÓN	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES			
2023-01-03	19:57:53	<p>AREA: EMERGENCIA</p> <p>PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD CONSCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO EXAMEN FISICO*** NORMOCEFALO FACIES NORMAL CUELLO SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS ABDOMEN UTERO GRAVIDO AFU DE 34 CM. PRODUCTO UNICO LONGITUDINAL CEFALICO LCF 140.PM AL TACTO VAGINAL CERVIX CERRADO NO PERDIDAS VAGINALES EXTREMIDADES INFERIORES Y SUPERIORES SIN EDEMA. SIGNOS VITALES PA 143/86 MMHG FC 99 LXMIN FR 20 RXMIN T36.0 °C SPO2 99 % EC ALERTA PROTEINURIA POSITIVA(+) EN TIRILLA. SCORE MAMA 4 PUNTOS. PUNTAJE 7 RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO O TIPO 2 ID EMBARAZO 34.2 SEM X FUM + PRECLAMPSIA LEVE + ???COLESTASIS DEL EMBARAZO??? SE CANALIZA VIA PERIFERICA. MAS TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO, MONITOREO DE SIGNOS VITALES, SE BRINDAN CUIDADOS DE ENFERMERIA.</p> <p>SALA: QUIR&OACUTE;FANO CENTRAL HABITACIÓN: H 1Q1 CAMA: 13</p> <p>Dr(a). BUENO VERA MARIANA DE JESUS Enfermero (a) 3</p>  <p><small>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR Mariana de Jesús Bueno Vera C. I. 0 9 2 7 1 3 2 4 9 8 REG. SEBESCT 1488-310-124838</small></p>	INGRESO EN SALA DE GINECOLOGIA 2CLORURO DE SODIO 0.9 % 1000 ML IV A 30 GOTAS POR MINUTO NIFEDIPINO 10 MG VO CADA 8 HORAS			
2023-01-04	16:47:21	<p>AREA: HOSPITALIZACION</p> <p>PACIENTE FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD,DG EMBARAZO DE 34 SEMANAS 3 DIAS POR FUM + COLESTASIS DEL EMBARAZO + HIPERTENSION GESTACIONAL, DESPIERTA, ORIENTADA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SIGNOS VITALES: PA 129/87 MMHG FC 70 LPM FR 19 RPM T 36C SATO2% 99% EC ALERTA PROTEINAS NEGATIVO SCORE MAMA 1 PUNTO/ AL EXAMEN FISICO MUCOSAS SEMIHUMEDAS, TORAX CARDIOPULMONAR SUFICIENTE, ABDOMEN GESTANTE FETO UNICO VIVO FCF 140 LPM MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, AU ESPORADICA, REGION GENITAL NO PERDIDA DE LIQUIDO PRESENCIA DE MOCO EN CAVIDAD VAGINAL, CERVIX POSTERIOR REBLANDECIDO CERRADO, EXTREMIDADES SIMETRICAS,SE ADMINISTRA MEDICACION PRESCRITA POR EL MEDICO , SE BRINDANCCUIDADOS DE ENFERMERIA , PACIENTE QUEDA EN CONTROL MAS OBSERVACION.</p> <p>SALA: GINECOLOGIA 2 HABITACIÓN: H 206G2 CAMA: 1</p> <p>Dr(a). INDACOCHEA RODRIGUEZ NELLY ELIZABETH AUXILIAR DE ENFERMERIA</p>  <p><small>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR Nelly Indacochéa Rodríguez C. I. 0 9 2 7 1 3 2 4 9 8 REG. SEBESCT 1488-310-124838</small></p>	CONTROL DE SIGNOS VITALES - CONTROLES DE ENFERMERIA - MONITOREO MATERNO Y FETAL - DIETA HIPOGRASANO LACTEOS - ASEO DIARIO - REPOSO RELATIVO - VIA INTERMITENTE - ACIDO URSODESOXICOLICO 250 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS - LORATADINA 10 MG VIA ORAL CADA DIA - DEXAMETASONA 6 MG IM CADA 12 HORAS HASTA COMPLETAR 4 DOSIS - NIFEDIPINO 10 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS -			

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE	APELLIDO	SEXO(M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR		KARINA ESTEFANIA	SANTAFE MOSQUERA	F	1	0931114938
1 EVOLUCIÓN			2 PRESCRIPCIONES			
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTA DE EVOLUCIÓN	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES			
2023-01-03	12:50:29	<p>AREA: CONSULTA EXTERNA</p> <p>PACIENTE DE 29 AÑOS. G4 A1 C2 PIG 4 AÑOS. FUM: 08/05/2022 EG 34.2 SG. ECOGRAFÍA TEMPRANA: 09/08/2022 EG 12.2 SG, PARA HOY 33.2 SG. APP: DERMATITIS ATÓPICA HACE 2 AÑOS, CONTROL. HABITOS: NIEGA. ALERGIAS: NO CONOCIDAS. AQX. CESAREA X2 ULTIMA HACE 4 AÑOS MAS HERNORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA MAS HERNIORRAFIA UMBILICAL. *VACUNAS COVID19: 2 DOSIS. ULTIMA HACE 14 MESES. *HOSPITALIZADA: NO MADURACION FETAL: NO. CPN: 6 ECOS: 6 MEDICACION: NO MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL PRENATAL S: REFIERE LEVE DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO TIPO COLICO. O: SIGNOS VITALES. PARAMETROS NORMALES. PROTEINURIA EN TIRILLA: NO APLICA. SCORE MAMA 0. RIESGO OBSTETRICO: ALTO. CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. ABDOMEN GESTANTE, AFU 30 CM, FETO UNICO VICO, VEFALCIO DORSO IZQUEIRDO, FCF 144 LPM.M ACTIBIDSAD UTERNA, MOVIMIETNOS FETALES PRESNTES. RIG NO SANGRADO, NO HIDRORREA, TACTO VAGINAL CERVIX POSTERIOR INTERMEDIO CERRADO. EXTREMIDADES EDEMA NO ROTS 2/4. A: ****11/11/2022: ANEMIA LEVE. GLUCOSA 85.9 - SEROLOGIA NO REACTIVA. IDG: EMBARAZO DE 34.2 SG POR FUM. MAS CESAREA ANTERIOR (2) MAS PARIDAD SATISFECHA PLAN: SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA. ECO OBSTETRICO CONTROL QUINCENAL</p> <p>SALA:</p> <p>HABITACIÓN: CAMA:</p>   <p>Dr(a). BERMELLO NAVIA MARITZA ELIZABETH GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</p>	<p>** BAJA EN GRASA REPOSO RELATIVO SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA: FIBRE, MALESTAR GENERAL, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, SALIDA DE LIQUIDO O SANGRE POR VAGINA, NO MOVIMIENTOS DEL BEBE. DOLOR DE CABEZA INTENSO, VISION BORROSA, ZUMBIDOS EN LOS OIDOS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO. SALES DE HIERRO MAS ACIDO FOLICO TABLETAS NUJEM 30. TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CAD DIA POR 30 DIAS. ECO OBSTETRICO CONTROL QUINCENAL</p> <p>OBSERVACIONES FARMACEUTICA:</p> <p>Qf(a).</p>			

