



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CARRERA DE ENFEREMRIA**

**Componente Practico Del Examen Complexivo previo a la Obtención Del  
Grado académico de Licenciatura en Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLINICO**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD CON 30 SEMANAS DE GESTACION MAS PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL IESS BABAHOYO EN EL AREA DE HOSPITALIZACION GINECOLOGIA.

**AUTOR (A)**

JOSELYN TATIANA ARIAS ALVARADO

**TUTORA**

LCDA. LISSETH MATINEZ. MSC.

**BABAHOYO – LOS RIOS –ECUADOR**

## INDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b> .....	9
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	10
<b>RESUMEN (ESPAÑOL)</b> .....	12
<b>ABSTRACT (resumen en inglés)</b> .....	13
<b>INTRODUCCION</b> .....	14
<b>I.MARCO TEORICO</b> .....	15
<b>1.1 JUSTIFICACION</b> .....	23
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	24
<b>1.2.1 Objetivos Generales</b> .....	24
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	24
<b>1.3 Datos Generales</b> .....	25
<b>II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	26
<b>2.1 Análisis del Motivo de Consulta</b> .....	26
<b>2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).</b> .....	26
<b>2.3. Exploración Clínica</b> .....	26
<b>2.4 Exámenes Complementarios Realizados.</b> .....	29
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo</b> .....	30
<b>2.6 Análisis y Descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.</b> .....	30
<b>2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.</b> .....	34
<b>2.8 Seguimiento</b> .....	35
<b>2.9 Observaciones</b> .....	35
<b>CONCLUSIONES</b> .....	36
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	37

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de Investigación, lo dedico principalmente a Dios por haberme permitido llegar hasta este momento muy importante en mi formación como profesional. De la misma manera dedico esto a mi familia, en especial a mi madre, padre, hermanos, hermanas, y especialmente a mi esposo quien ha sido un apoyo para mí, en este proceso de estudios.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a dios, por haber bendecido cada momento de mi vida, dándome fortaleza, el conocimiento y salud, por su infinita bondad y amor, me ha permitido llegar hasta estos instantes para lograr mis objetivos. A mis padres, Jaime Arias Nivelá y Martha Alvarado Nivelá que con su amor y apoyo incondicional en todo momento ha sido el pilar fundamental en mi vida, a mis tres hermanas por siempre brindarme su ayuda.

A mi esposo Manuel Israel Carpio León, mi pilar fundamental ya mi motor del día a día, mi hermosa hija Eva Noemí Carpio Arias. A la Master Lisseth Martínez quien con sus conocimientos académicos, amor y paciencia me guio en todo ese proceso.

### **TITULO DEL CASO CLINICO**

Proceso de atención de enfermería en paciente de 35 años de edad con 30 semanas de Gestación más Preeclampsia en el hospital general IESS Babahoyo en el área de Hospitalización Ginecología.

## RESUMEN (ESPAÑOL)

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna. La causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud importantes, existiendo muchos retos para la predicción, prevención y tratamiento. El presente Estudio de Caso tiene como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 35 años de edad con 30 semanas de gestación más preeclampsia en el hospital general less Babahoyo en el área de Hospitalización Ginecología.

El marco conceptual utilizado fue la teoría suplementaria y complementaria de Virginia Henderson. Las Intervenciones se basaron en mejorar el estado de la gestante y evitar complicaciones fetales, mediante la aplicación de las Taxonomías: Diagnostico de Enfermería (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Los Procesos de Atención de Enfermería son imprescindibles para llevar a la paciente y al producto al final del embarazo.

**Palabras claves:** embarazo, preeclampsia, hipertensión arterial, proteinuria.

## **ABSTRACT (resumen en inglés)**

Preeclampsia is a public health problem and one of the leading causes of maternal death. The cause even is unknown and is associated with important health problems, there are many challenges for prediction, prevention and treatment. The present Case has as study to apply the nursing care process in a 35-year-old patient with 30 weeks gestation and preeclampsia at the IESS Babahoyo General Hospital in the area of Gynecology Hospitalization.

The conceptual framework used was the supplementary and complementary theory of Virginia Henderson. The Interventions were based on improving the status of the pregnant woman and avoiding fetal complications, through the application of Taxonomies: Nursing Diagnosis (NANDA), Nursing Results Classification (NOC) and Nursing Intervention Classification (NIC). Nursing Care Processes are essential to take the patient and the product at the end of pregnancy.

**Key Words:** pregnancy, pre-eclampsia, hypertension, proteinuria.

## INTRODUCCION

La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial. En el orden clínico se define que la tensión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. (Méndez, 2016)

En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en EE. UU. Se ha producido un aumento de su incidencia de 25 % en las últimas 2 décadas; de igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extremadamente grave. (Méndez, 2016)

El presente Estudio tuvo el propósito de aplicar el proceso de atención de enfermería que se fundamentó con conocimientos científicos-técnicos, encaminado en apoyar a la paciente en la recuperación y conservación de su salud, satisfaciendo sus necesidades básicas y reduciendo posibles daños provocados por la enfermedad con recomendaciones y tratamiento farmacológico.

## I. MARCO TEORICO

### Embarazo Normal

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

### Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación.

La preeclampsia y eclampsia se manifiestan clínicamente con todo un espectro de síntomas clínicos por la misma condición. En la preeclampsia están presentes principalmente la hipertensión y proteinuria, además de edema, cuando se presentan convulsiones, además de estos síntomas, se diagnostica como eclampsia. (Vargas H, Acosta A, & Moreno E, 2012)

### Clasificación

***Preeclampsia leve:*** Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- Presión arterial 140/90 mm Hg pero menor de 160/110 mm Hg en dos ocasiones con intervalo de al menos 6 horas con la paciente en reposo en cama.
- Proteinuria mayor o igual a 300 mg pero menos de 5 g en una colección de orina de 24 hr. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. En tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).
- Sin síntomas

**Preeclampsia severa:** Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto. (Valverde, 2012)

- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg
- Proteinuria de 5 gr en orina de 24 horas o su equivalente de 3 en tira reactiva al azar colectadas con un intervalo de al menos 4 horas.
- Alteración de función hepática
- Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- Epigastralgia
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Oliguria  $\leq 500$  ml en 24 horas
- Edema agudo de pulmón
- Dolor en epigástrico o hipocondrio derecho

#### **Factores de Riesgo de la Preeclampsia**

- Edad menos de 20 años o mayores de 35 años.
- Primiparidad.
- Embarazo múltiple.
- Mola hidatidiforme.
- Preeclampsia en embarazo anterior.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Hipertensión arterial crónica.
- Diabetes Mellitus.
- Enfermedad tiroidea.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad de la colágena vascular.
- Síndrome antifosfolipídico.

Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la PE. Esta entidad se presenta en el 5-10 % de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigesta (85 %), la padecen del 14,5 al 20 % de las pacientes con embarazo múltiple y el 25 % de las mujeres con hipertensión crónica. (Valdès Yong & Hernández Nùñez, 2014)

### **Hallazgos encontrados en la Preeclampsia y su Fisiopatología**

**-Proteinuria:** El daño endotelial glomerular (glomeruloendoteliosis) lesión renal clásica de la preeclampsia y la hipertensión hace que el riñón deje escapar proteínas en rangos anormales y alterar los rangos de creatinina. (Valverde, 2012)

**Tabla 1. Equivalencia de Proteinuria en tirilla Reactiva**

<b>Resultados de la tirilla reactiva</b>	<b>Equivalencia</b>
1+	30 a 100 mg/dL
2+	101 a 300 mg/dL
3+	301 a 1 000 mg/dL
4+	> 1 000 mg/dL

**Elaborado Por:** Josselyn Arias Alvarado

**Fuente:** (Msp, 2016)

**-Alteraciones hematológicas:** La hemoconcentración se debe a la pérdida de líquido intravascular. El consumo de plaquetas y la activación de la cascada de la coagulación en las sitios de daño endotelial, puede ocasionar trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada. (Valverde, 2012)

**-Edema:** La lesión endotelial en combinación con el aumento de la presión intravascular y disminución de la presión oncótica intravascular hacen que se desplace líquido del espacio intra al extravascular, ocasionando el edema a nivel de cerebro, retina, pulmón, hígado y tejido subcutáneo en zonas de no declives, característico de la preeclampsia o en cualquier otra zona. (Valverde, 2012)

**-Dolor abdominal:** Se localiza principalmente en epigastrio y epicondrio derecho debido al edema hepático o hemorragia con la consiguiente distensión de la capsula de Glisson en casos severos. (Valverde, 2012)

**-Alteraciones visuales:** La retina al sufrir vasoconstricción de sus vasos y edema puede generarse trastornos visuales, desprendimiento de retina y ceguera cortical. (Valverde, 2012)

**-Aumento de transaminasas:** La edema o la isquemia hepática pueden llegar a ocasionar necrosis centrobulillar y por consiguiente la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica. (Valverde, 2012)

### **Diagnóstico de la Preeclampsia**

En los últimos años se han realizado numerosos estudios de la relación proteinuria-creatinina para ser utilizado en el diagnóstico diferencial de preeclampsia, basados en que la excreción de proteínas y creatinina. (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015)

El peso de la paciente embarazada puede aumentar más de lo esperado por aparición de edema y sobreviene oliguria mantenida. Mientras exista aumento de la presión arterial sin proteinuria, pero con cefalea, visión borrosa, dolor abdominal, debemos considerar la preeclampsia como diagnóstico muy probable. El daño hepático puede ser subclínico o cursar con vómitos y dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, la ictericia es poco frecuente. (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015)

La escuela mexicana habla de una presentación clínica distinta a la mencionada hasta ahora, expresa que la hipertensión, proteinuria y edema son inconsistentes como criterios clínicos, es así que propone el término "preeclampsia atípica" porque la definición clásica de preeclampsia no cubre todo su espectro clínico al ser heterogénea. Justifica esto con que la hipertensión o la proteinuria, o ambas, están ausentes en 10-15% de las pacientes con HELLP y en 20-38% de los casos de eclampsia. (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015)

Para establecer su diagnóstico es necesario:

Hipertensión gestacional más uno de los siguientes criterios: Síntomas de preeclampsia, hemólisis trombocitopenia ( $<100000/\text{mm}^3$ ) o elevación de enzimas hepáticas dos veces su límite superior. (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015)

Proteinuria gestacional más uno de los siguientes criterios: Síntomas de preeclampsia, hemólisis trombocitopenia ( $<100000/\text{mm}^3$ ) o elevación de enzimas hepáticas, signos y síntomas de preeclampsia-eclampsia con embarazo menor a 20 semanas, signos y síntomas de preeclampsia-eclampsia en las 48 horas, pasadas al puerperio. (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015)

Recalcan que el tratamiento, dirigido a disminuir la morbilidad y mortalidad, a la estabilización hemodinámica, seguida de la interrupción del embarazo.

## **Tratamiento**

### **Preeclampsia leve**

Las pacientes con preeclampsia leve se hospitalizan para confirmar el diagnóstico y hacer estudios adicionales. Deben recibir una dieta regular sin restricciones de sal, no se indican diuréticos, antihipertensivos ni sedantes y la evaluación incluye la toma de la tensión arterial cada cuatro horas durante el día, vigilancia de peso y edema, además de los siguientes laboratorios: hemoglobina, hematocrito, creatinina, ácido úrico, plaquetas, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación, transaminasas y deshidrogenasa láctica, recolección de orina en 24 horas para determinar las cifras de creatinina y proteinuria, con una frecuencia de dos veces por semana. (Valverde, 2012)

La valoración fetal se realizara de la siguiente manera:

1) Estimación del crecimiento y del índice de líquido amniótico al momento del diagnóstico. Si los valores son normales, se repite el cálculo cada tres semanas.

2) Al momento del diagnóstico se hacen las pruebas NST y el perfil biofísico. Si la NST es reactiva o el perfil biofísico es  $\geq 8$  puntos, se vuelven a hacer cada semana. Si hay cambios abruptos en las condiciones maternas, se repiten inmediatamente.

3) Si el peso fetal estimado por ultrasonido es menor o igual al percentil 10 para la edad gestacional o si hay oligoamnios (índice de líquido amniótico  $\leq 5$  cm), la NST y el perfil biofísico deben hacerse dos veces a la semana. (Valverde, 2012)

Una vez confirmado el diagnóstico de preeclampsia leve se puede dar de alta a la paciente e implantar un manejo expectante en forma ambulatoria.

Al realizar la selección de la paciente ideal para tratamiento ambulatorio, esta debe ser confiable, sin signos o síntomas de enfermedad grave y cuyas pruebas de vigilancia fetal son tranquilizadoras. La conducta ambulatoria implica reposo en casa, evaluación diaria de la tensión arterial, cálculo de proteinuria cualitativa con tira reactiva y conteo de movimientos fetales activos. (Valverde, 2012)

Se indicará parto inmediato si:

- El estado del cérvix es favorable con edad gestacional de 37 semanas o más.
- La edad gestacional de 40 o más semanas.
- Agravamiento de la preeclampsia.
- Pruebas fetales anormales.

### **Preeclampsia Grave**

Siempre es necesario la hospitalización y el parto está indicado si:

- La edad gestacional es de más de 34 semanas.
- Está confirmada la madurez pulmonar.
- Aparece deterioro materno o fetal.

Se puede controlar de forma aguda la hipertensión mediante la hidralacina, nefedipina o labetalol, teniendo como objetivo lograr una presión arterial sistólica de menos de 160 mm Hg y una diastólica no menos de 100 mm Hg pero no de manera abrupta ya que se puede ver afectada la perfusión sanguínea materno fetal, esta cifra permite controlar el riesgo materno, sin exacerbar el riesgo fetal. (Valverde, 2012)

Al tratamiento antihipertensivo debe agregarse sulfato de magnesio si existe hiperreflexia, cefalea intensa, trastornos visuales o auditivos tinitus, síntomas premonitores de convulsión. El uso cuidadoso del sulfato de Mg no se debe a su

Hipertensión Grave
Medicamento

efecto hipotensor que se obtiene con niveles plasmáticos de Mg muy cercanos a los que producen depresión respiratoria, sino está dada por su acción anticonvulsivante. En esta situación el sulfato de magnesio ha demostrado poseer mejor efectividad anticonvulsivante que la fenitoína o el diazepam. (Valverde, 2012)

La dosis de carga es de 4-6 g en 20 min, para posteriormente mantener infusión de 1-2 g/h dependiendo de la diuresis horaria y de los reflejos osteotendíneos y suspenderlo a las 24 h del parto. (Valverde, 2012)

**Tabla 1.** Fármacos, dosificación e intervalos para el tratamiento de la madre durante preeclampsia

	<b>Hidralazina</b>	<b>Labetalol</b>	<b>Nifedipina</b>
Nivel de Presión Arterial	PAS $\geq$ 160 mm hg y/o PAD $\geq$ 110 mm hg	PAS $\geq$ 160 mm hg y/o PAD $\geq$ 110 mm hg	PAS $\geq$ 160 mm hg y/o PAD $\geq$ 110 mm hg
Dosis	5 mg IV	20,40,80,80,80 mg IV	10 mg SL/VO
Intervalos	Cada 15-20 min	Cada 10-20 min	Cada 15-20 min
Dosis Total	3 a 5 dosis	Hasta la quinta dosis	3 a 5 dosis

**Elaborado Por:** Josselyn Arias Alvarado

**Fuente:** (Camacho Terceros & Berzaín Rodríguez, 2015)

## ESTUDIO FARMACOLOGICO

En la paciente se aplicó la mediación según la guía práctica del Ministerio de Salud Publica Trastorno Hipertensivos en el Embarazo.

**Nifedipina:** 10mg/12horas

## **Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia**

***Impregnación:*** 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónica, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g 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 (1 g/hora).

**-Paracetamol:** cada 8 horas

## 1.1 JUSTIFICACION

El presente estudio de caso es importante para determinar cuáles son los factores de riesgo que pueden causar una Preeclampsia en una Paciente ingresada en el área Ginecología en el Hospital del IESS, siendo el personal de enfermería que tiene el primer contacto con estas pacientes. La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación a acompañados de diferentes síntomas, principalmente el aumento de la Presión Arterial.

Siendo un motivo importante relevancia para mí como futura profesional para la elaboración de un plan de cuidados de enfermería enfocados en recuperar y mantener el estado de salud de la gestante y evitar complicaciones fetales, orientándome en acciones como: cambios en el estilo de vida.

También este trabajo se lograra aplicar otras de las funciones de enfermería como es enseñar a la gestante y a su familia respecto a la patología, la capacidad que tiene de generar complicaciones en la salud del feto y de la madre, afectándola tanto física como emocional.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivos Generales**

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en una paciente de 35 años de edad con 30 semanas de gestación más preeclampsia en el hospital general IESS Babahoyo en el área de hospitalización de ginecología.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Analizar el cuadro clínico de la paciente para la elaboración del plan de cuidados aplicando la valoración por patrones funcionales.
- Identificar los patrones disfuncionales para establecer diagnósticos enfermeros y determinar las necesidades de la paciente.
- Valorar los factores de Riesgos controlables en paciente de 35 años de edad con 30 semanas de Gestación más Preeclampsia.

### 1.3 Datos Generales

**Nombre:** NN

**Edad:** 35 años

**Sexo:** Femenino

**Alergia a Medicamento:** Ninguna

**Lugar de Nacimiento:** Cantón Babahoyo- Provincia los Ríos

**Fecha de Nacimiento:** 5/08/1989

**Residencia:** Barrio lindo

**Ocupación:** Docente en las ciencias de Educación (Primaria)

**Nivel de Educación:** Tercer Nivel

**Nivel Sociocultural/económico:** Mediana

**Dirección:** Olmedo y 9no callejón

**Raza:** Mestiza

**Estado Civil:** Unión Libre

**Hijos:** No refiere

## II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 Análisis del Motivo de Consulta

Paciente de 35 años de edad, quien acude al área de Emergencia del Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo, acompañada de su madre, con embarazo actual de 30 semanas por FUR (fecha de última regla). A la valoración física se encuentra atenta, ubicada en tiempo, espacio y persona, según refiere la gestante: cefalea intensa, náuseas y mareos; motivo por lo cual y posterior a su valoración se decide su ingreso.

**Historial Clínico del Paciente. Antecedentes Familiares.-** No Refiere. **Antecedentes Personales.-**No Refiere. **Antecedentes Gineco Obstétricos.-** Menarquia: 14 años, ritmo: 30x5 de forma regular, fecha de la última menstruación: 14/06/2019, inicio de vida sexual activa (IVSA): enero 2006, fecha de la última relación sexual: Primeros días de Mayo, anticoncepción: negada, parejas sexuales: 3, gestas: 0, partos: 0, abortos: 0, no se ha realizado el examen de Papanicolaou.

### 2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente femenina de 35 años de edad orientada en tiempo, espacio y persona, en estado de 30 semanas gestación refiere no tener antecedentes patológicos personales ni familiares, asiste a consulta médica por presentar cefalea intensa, náuseas y mareos desde varios días de evolución, incapacidad para ingerir en ciertas ocasiones líquidos y alimentos, deterioro del estado general.

### 2.3. Exploración Clínica

**Examen Físico:** Signos Vitales: T° 37.1°C, FC: 105x', FR: 21X", PA: 153/105;  
Medidas

**Antropométricas:** peso habitual 78kg, peso actual 70kg: Talla: 1.63 cm

**Examen Céfalocaudal:** Estado de conciencia: vigil, orientada en tiempo, espacio y persona.

**Piel:** hidratada sin presencia de manchas.

**Cabeza:** normo cefálica, con buena implantación pilosa, cuero cabelludo sin adenopatías con buena constitución de cabello.

**Facie:** ligeramente ictéricas

**Ojos:** levemente hundidos

**Nariz:** de forma y simetría normal, no se observa desviación de tabique nasal, ni secreciones, función olfatoria conservada.

**Oídos:** de forma y tamaño normal con buena implantación. Boca: simétrica, móvil, labios delgados y sequedad de la mucosa Cuello: cilíndrico, móvil, sin adenopatías.

**Tórax:** simétrico, expansible con la respiración, con ruidos traqueal y murmullo pulmonar normal; mamas turgentes asimétricas con areola hiperpigmentada con buena implantación y pronunciamiento, normo coloreados, no dolorosos a la palpación, ritmo cardiaco elevado.

**Abdomen:** globuloso compatible a la semana de gestación, con ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación de forma difusa, no se evidencia visceromegalia.

**Extremidades Superiores e Inferiores:** Se observan simétricos, móviles, con presencia de edema, a la palpación.

**Genitales:** a la observación de aspecto y configuración normal, con presencia de vellos púbicos, clítoris centrado, meato urinario permeable, en el examen ginecológico no hay evidencias de cambios de cuello uterino (dilatación-borramiento).

**Marcha y Movimiento:** Eubásica.

### **Valoración de Enfermería**

Gestante de 35 años de edad, que acude a consulta médica del Hospital del IEES, al momento orientada en tiempo, espacio y persona, con signos vitales T° 37.1°C, FC: 105x', FR: 21X", PA: 153/105; SPO2: 98%, con facies ligeramente ictéricas, ojos levemente hundidos, piel hidratada, cefalea, náuseas y mareos, marcha y movimiento Eubásica, presencia de astenia, coluria, deterioro del estado general se confirmó por ecografía feto único vivo de 30 semanas de gestación.

### **Valoración por Patrones Funcionales según M. Gordon.**

**Patrón Percepción- Manejo de la Salud:** Paciente es primigesta está inquieta por náuseas, mareo y cefalea, que cada vez presentan de forma más excesiva y continúa.

**Patrón Nutricional Metabólico:** Piel normo térmica, peso habitual 78kg, peso actual 70kg: Talla: 1.63 cm. Presenta deterioro del estado general y del apetito por la

presencia de náuseas, tiene incapacidad para tolerar en ciertas ocasiones líquidos, alimentos durante el día.

**Patrón Eliminación e Intercambio:** diuresis espontaneas en poca cantidad con presencia de coluria.

**Patrón Actividad- Ejercicio:** se encuentra cansada con presencia de astenia, para ejecutar acciones cotidianas, marcha y movimiento Eubásica.

**Patrón Sueño- Descanso:** manifiesta que le cuesta conciliar el sueño a causas de nauseas, cefalea y dolor de extremidades inferiores.

**Patrón Cognitivo-Perceptual:** su embarazo no fue planificado, pero se siente preparada para el trabajo de parto y atenciones para su recién nacido, expresa sentirse contentos por la pronto llegada de su bebe.

**Patrón Autocontrol-Auto concepto:** está contenta con esta etapa de su vida que se encuentra cursando, le gusta la responsabilidad que tiene desde ya con su embarazo, se encuentra tranquila y predispuesta a una pronta mejoría para poder continuar laborando en su trabajo, manifiesta que su estilo de vida cambiara con la llegada de su hijo pero cuenta con el apoyo de su familia y el de pareja.

**Patrón Rol-Relaciones:** la comunicación con su familia y pareja es buena, desea que cuando nazca su bebe continúe así, manifiesta que cumplirá con su rol de madre de la mejor manera.

**Patrón Sexualidad-Reproducción:** indica que ha tenido 3 parejas sexuales antes de casarse, su menarca fue a los 14 años y si se ha realizados exámenes de Papanicolaou.

**Patrón Afrontamiento-Tolerancia al Estrés:** se siente estresada por las náuseas y el dolor de cabeza, pero se siente dispuesta a colaborar en su recuperación.

**Patrón Valores-Creencias.** Es de religión católica y cree en Dios.

## Patrones Funcionales Afectados

- *Patrón Cognitivo-Perceptual:* gestante refiere: “tengo varios días con dolor de cabeza, cada vez más fuertes y tengo mareos constantes.
- *Patrón Eliminación e Intercambio:* Paciente refiere “tengo los pies inflamados desde hace unos días, ya hasta me cuesta caminar.
- *Patrón Percepción- Manejo de la Salud:* Paciente refiere “nunca me controlé el embarazo, no hago dieta, no tomo ningún tratamiento, desconocía que podía sufrir de la tensión”.
- *Patrón Actividad- Ejercicio*
- *Patrón Sueño- Descanso*

## Patrones Funcionales Afectados Priorizados

Nutricional Metabólico

Patrón Eliminación e Intercambio

Patrón Actividad- Ejercicio

### 2.4 Exámenes Complementarios Realizados.

Tabla 2.

PARAMETRO	RESULTADO	RANGO NORMAL
HEMOGLOBINA	12.5g/dl	10.5-16g/dl
HEMATOCRITO	36%	32-48%
LEUCOCITOS TOTALES	6.700	3.500-10.000
LINFOCITOS	56.5	Hasta 55-60%
NEUTROFILOS	67	Hasta 75%
ALBUMINA	3.1	3.5-5.5g/dl
CREATININA	0.85	0.8-1.4mg/dl
UREA	56	20-40mg/dl

**Elaborado por:** Josselyn Arias Alvarado

**Fuente:** (Hospital del IESS, 2019)

**Área:** Ginecología

**-Test de Embarazo:** Positivo.

- **Ecografía:** Producto único vivo de 13 semanas de gestación de condición (normo cefálico, latidos cardiacos de 140 por minuto, normo arrítmico)

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo**

**Diagnostico Presuntivo:** según la sintomatología de la paciente a la llegada su Diagnostico Presuntivo es Preeclampsia.

**Diagnostico Presuntivo:** es Preeclampsia. Diagnóstico Diferencial: según la sintomatología presentada también se pensó en una hipertensión Gestacional. Luego de la ejecución valoración médica complementado con exámenes realizados el: Diagnóstico Definitivo Medico: Preeclampsia.

Pero después de la ejecución de una anamnesis, examen físico, una correcta valoración a la paciente por parte de enfermería y complementado con exámenes realizados el: **Diagnóstico Definitivo de Enfermería.**

Riesgo a alteración de la perfusión hística periférica.

Alteración del bienestar físico

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

Al investigar el cuadro clínico nos damos cuenta que la patología actualmente es muy común en embarazadas y se trata de una Preeclampsia, lo más preocupante del caso es la elevación de la presión arterial y la cefalea presente, determinada por los signos evidenciados palidez, dolor, edema en extremidades inferiores.

## **Cuidados de enfermería aplicados**

- Control de signos vitales( presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, saturación de oxígeno y respiración. cada 2 horas
- Proporcionar un ambiente cálido y de confort.
- Administración de medicamentos Intravenoso en este caso el tratamiento para el manejo de la Preeclampsia Sulfato de Magnesio y medicamentos antihipertensivos según prescripción médica.
- Realizar balance Hidroelectrolítico
- Proporcionar información objetiva respecto al Diagnostico.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo y ansiedad.
- Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante el embarazo.
- Dieta hiposódica
- Facilitar medidas de Higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Instruir a la paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deben informarse al cuidador.



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



## EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00026)

**NANDA:** 00026  
**NIC:** 4120  
**NOC:** 0601

**R/C:** Compromiso de mecanismos reguladores.

**E/P:** Edemas en miembros Inferiores, Cambios en la presión arterial.

**METAS**

- Dominio:** (II) Salud Fisiológica
- Clase:** (G) Líquidos y Electrolitos
- Etiqueta:** (0601) Equilibrio Hídrico

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
060101 Presión Arterial		X			
060112 Edema Periférico			X		
060109 Peso Corporal Estables				X	

**INTERVENCIONES**

- Campo:** 2 Fisiológico Complejo
- Clase:** N Control de la Perfusión Tisular
- Etiqueta:** (4120) Manejo de Líquidos

- ACTIVIDADES**
- Medirle constantes vitales: tensión arterial y Pulso
  - Realizarle control de líquidos ingeridos y eliminados en cada turno
  - Valorarle el grado de los edemas en ambos miembros inferiores
  - Controlarle peso diario
  - Orientarle sobre mantener una dieta baja en sodio
  - Administrarle diuréticos según prescripción medica



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



## RIESGO A ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN HÍSTICA PERIFÉRICA (00228)

**NANDA:** 00228  
**NIC:** 6800  
**NOC:** 0601

**R/C:** Cifras de Presión Arterial Elevadas.

**E/P:** Presión Arterial de 153/105 mmhg, cefalea, Edema.

### METAS

**Dominio:** (II) Salud Fisiológica

**Clase:** (E) Cardiopulmonar

**Etiqueta:** (0407) Perfusión Tisular: Periférica.

### INTERVENCIONES

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** W- Cuidados de un nuevo bebe

**Etiqueta:** (6800) Cuidados del Embarazo de Alto Riesgo.

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
040727 Presión sanguínea Sistólica		X			
0400728 Presión sanguínea Diastólica		X			
040712 Edema Periférico			X		
040743 Palidez				X	
Cefalea			X		

### ACTIVIDADES

- Medirle constantes vitales cada 30 minutos, fundamentalmente de la presión arterial, respiración.
- Proporcionarle un ambiente de tranquilidad a la gestante (Con habitación cómoda, limpia y tranquila, luz tenue, libre de ruidos).
- Administrarle dosis de impregnación con Sulfato de Magnesio 4mg vía intravenosa a pasar en 30 minutos y posterior dosis de mantenimiento a razón de 1 gramo / hora.

## **2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Dado que la Preeclampsia es un síndrome que se presenta habitualmente después de las 20 semanas de gestación y se diagnostica por hipertensión y proteinuria. Esto puede llevar a complicaciones tanto para la salud de la gestante como para el feto. La respuesta Rápida a una atención oportuna evitara que haya un riesgo. En el manejo de Crisis hipertensivas durante el Embarazo debe ser eficaz junto a los cuidados de Enfermería y el tratamiento aplicado de acuerdo a la guía práctica clínica del MSP.

### **Teoría de Enfermería aplicada**

Se define a la enfermería como una ayuda primordial para el individuo sano o enfermo en la realización de sus actividades que contribuyan a mejorar su salud, recuperación o a lograr una muerte digna.

Se aplicó el modelo de Cuidados de la Teorizante Virginia Henderson (que se basa en mantener la independencia con la satisfacción de las catorce necesidades), la cual ella define como requisitos esenciales, cuya satisfacción esta condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, que se interrelacionan entre sí. Es por ello con la finalidad de recuperar y mantener la salud de la madre y la de su hijo satisfaciendo esas necesidades y reduciendo así el riesgo del progreso de la patología, dado previo a una valoración y priorizando los patrones funcionales afectados.

### **Teoría como autora para recuperar al paciente.**

Mi teoría como autora de este caso clínico es la de Enfermería como cuidado, basándome en las intervenciones que aplique desde que la paciente ingreso al área de Ginecología. Esta teoría se basa en mi práctica como enfermera, el conocer, el fortalecer y brindar mis cuidados a la persona que se encuentra en estado de Riesgo.

Brindando confianza, ya que el cuidado que brindamos es la expresión de la enfermería, con el objetivo únicamente de restablecer el estado de salud de la persona.

## **2.8 Seguimiento**

Una vez establecida la salud de la gestante en relación al cuadro clínico que presentaba mediante la aplicación de un plan de cuidados de enfermería y con el propósito de seguir manteniendo esa salud materna y fetal se recomendó seguir durante su gestación con el control del:

- Estado circulatorio: Frecuencia Cardiaca, Presión Arterial.
- Estado de Hidratación: piel, mucosas, ojos.
- Balance Hídrico (ingresos y egresos).
- Dieta baja en Sal fraccionada, rica en hidratos de carbono, con bajo contenido en grasas.
- Peso Diario
- Apoyo psicológico.

## **2.9 Observaciones**

Luego de haber valorado y estudiado detenidamente la información proporcionada por la paciente sobre su cuadro clínico actual y lo que se ha percibido en ella he llegado a la conclusión que la Preeclampsia es un problema muy frecuente en el embarazo en la actualidad, desagradable para la paciente, de fácil diagnóstico y tratamiento dependiendo de su sintomatología.

## CONCLUSIONES

La preeclampsia debe ser identificada como un problema prioritario para reducir la mortalidad materna en todos los países, principalmente los marginados, fortaleciendo los sistemas de salud pública y mejorando el acceso de la madre a personal de salud capacitado. S. El mejor acceso a la atención obstétrica adecuada, en particular durante el parto, y mejor detección y tratamiento de los casos identificados, reducirá los índices de mor-bimortalidad materna y perinatal.

Hay sintomatologías que son interpretadas como estados fisiológicos normal del embarazo, y por ende no son tomadas con la importancia que se merecen, minimizando por ende sus efectos negativos hacia la salud. El plan de cuidados que se aplicó en la paciente con embarazo de 30 semanas de gestación más Preeclampsia, se logró mejorar el estado de salud de la gestante y evitar complicaciones fetales, mediante el análisis del cuadro clínico, aplicación la valoración por patrones funcionales e identificando los patrones disfuncionales para poder establecer diagnósticos enfermeros.

Las enfermeras como parte del equipo de salud deberíamos dar, la importancia que se merece a la sintomatología que presenta nuestras pacientes para evitar riesgos en la salud, dado que su intervención es primordial para la contribución del deterioro o recuperación del estado de salud de la gestante y de su producto.

La parte emocional es importante para la recuperación de la salud en cualquier padecimiento que curse el paciente por ende el apoyo incondicional de la familia, de ese ser amado y de enfermería es indispensable, manifestando que las competencias de enfermería no son solo en el campo profesional sino también humanístico

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Camacho Terceros, L. A., & Berzaín Rodríguez, M. C. (2015). Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencia Médica*, 18. Recuperado el 19 de Enero de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041256010.pdf>
- Gabriela Casasco, E. D. (2008). ABORTO GUIA DE ATENCION. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardà*, 27, 36. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>
- Méndez, D. N. (Abril de 2016). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN*, 20. Recuperado el 19 de Enero de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013)
- Menendez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodriguez, Y., & Espert Castellano, J. (Julio de 2012). EL embarazo y sus complicaciones en la madre Adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38. Recuperado el 2019 de 12 de 8, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006)
- mi. (s.f.). Trastornos Hipertensivos en el Embarazo. *Guía Practica clinica*.
- Rivera, A. C. (2011). Amenaza de Aborto. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTRO AMERICA LXVII*, 495. Recuperado el 07 de 12 de 2019, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=32403>
- Valdès Yong, M., & Hernández Nùñez, J. (JULIO de 2014). FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA. *REVISTA CUBANA DE MEDICINA*

MILITAR. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000300005&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000300005&script=sci_arttext&tIng=en)

Valverde, J. A. (2012). Preeclampsia. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*. Recuperado el 17 de Enero de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc123f.pdf>

Vargas H, V. M., Acosta A, G., & Moreno E, M. A. (2012). La Preeclampsia un problema de Salud Pública Mundial. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 77(6). Recuperado el 17 de Enero de 2020, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci\\_arttext&tIng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext&tIng=en)

