



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD**

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

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GESTANTE DE 30
AÑOS CON 37 SEMANAS CON PREECLAMPSIA SEVERA.**

AUTORA

YOSELYN SORAYA CARRIÓN JIMÉNEZ.

TUTOR

LCDA. ESCOBAR TORRES ALICIA FILADELFIA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

ÍNDICE GENERAL.

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO.....	¡Error! Marcador no definido.
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1. MARCO TEORICO	¡Error! Marcador no definido.
1.1. JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1.2. OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
1.21. Objetivo General	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2. Objetivos Específicos.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3. DATOS GENERALES.....	¡Error! Marcador no definido.
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	15
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES: HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.	15
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	15
2.3. EXÁMENES FÍSICOS (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	15
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	19
2.5. FORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.	20

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	20
2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	23
2.8. SEGUIMIENTO.	23
2.9. OBSERVACIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto principalmente a Dios, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres por ser parte fundamental en mi vida y demostrarme siempre su apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido primero a Dios por guiarme y darme esa sabiduría para poder terminar mis metas con éxito.

De manera especial a mi tutora por haberme guiado con sus conocimientos en este proceso de titulación y obtener mi proyecto culminado.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GESTANTE DE 30
AÑOS CON 37 SEMANAS CON PREECLAMPSIA SEVERA.**

RESUMEN

La Preeclampsia es definida por la OMS, como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con afectación multisistémico. Por lo general ocurre después de 20 semanas de gestación, la mayoría de las veces a corto plazo, y puede superponerse a otro trastorno hipertensivo. En base a lo anterior se desarrolló el proceso de atención de enfermería para un caso clínico con diagnóstico de Preeclampsia, para la etapa de valoración se diseñó un formato de valoración con el marco de referencia de Patrones Funcionales, a partir de un caso hipotético, se presenta la clasificación de datos como parte fundamental para llegar al proceso del razonamiento diagnóstico, estructurado de acuerdo a la taxonomía II de la NANDA, la cual utiliza un sistema multiaxial, se clasifica y se prioriza en la etapa de planeación y de acuerdo a esta priorización se realizaran tres planes de cuidados que incluye la inclusión de NOC y NIC.

Palabras claves: Preeclampsia, hipertensión, retención de líquidos, patrones funcionales, Enfermería.

ABSTRACT

Preeclampsia is defined by the WHO as a hypertensive disease specific to pregnancy with multiple system involvement. It usually occurs after 20 weeks of gestation, most often in the short term, and may overlap with another hypertensive disorder. Based on the above, the nursing care process was developed for a clinical case with a diagnosis of Preeclampsia. For the assessment stage, an assessment format was designed with the Functional Patterns reference framework, based on a hypothetical case. presents the classification of data as a fundamental part to arrive at the diagnostic reasoning process, structured according to NANDA taxonomy II, which uses a multiaxial system, is classified and prioritized in the planning stage and according to this prioritization Three care plans will be carried out that include the inclusion of NOC and NIC.

Key words: Preeclampsia, hypertension, fluid retention, functional patterns, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia constituye una complicación, pudiendo llegar a ser mortal, comprometiendo de esta manera la vida de la madre y el feto; en el Ecuador, ocupa el segundo lugar en lo que a causa de muerte materna se refiere, esta información ha sido emitida en el año 2019 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el cual sostiene en base a su estudio que la tasa que representa en relación a los casos reportados está estimada en 16.9 por cada 100.000 nacidos vivos. Se considera que esta clase de hipertensión que se presenta en la mujer durante el embarazo, determina la existencia de alteraciones a nivel de muchos órganos, sistemas y aparatos, lo que conduce a consecuencias muy severas en la interacción madre-feto durante la etapa gestacional, lo que los predisponen directamente a mayores posibilidades de morbi-mortalidad ya sea para la madre, el feto y el neonato. (INEC, 2019)

La afectación de este problema en madres gestantes jóvenes en la actualidad ha aumentado a nivel mundial, de tal manera que se estima que su incidencia alcanza entre el 2 al 10% de embarazos en la población con determinadas variantes. Según la Organización Mundial de la Salud, en su informe emitido en el 2018, da a conocer que la prevalencia de la preeclampsia en los países en vías de desarrollo es siete veces mayor que en aquellos desarrollados y va desde el 2.8% hasta 0.4% respectivamente de los casos de nacidos vivos. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Pese a que este problema llama mucho la atención y se han emprendido diversos tipos de investigaciones para encontrar las causas que determinan la incidencia de esta patología en las mujeres embarazadas; hasta el momento no se han realizado hallazgos significativos para lograr dicha explicación. Producto de este trastorno, la mujer gestante puede llegar a presentar entre otras sintomatologías: convulsiones, daño hepático o renal, hemorragias, etc.,

evidentemente, este es un grave problema y la predisposición a altos riesgos de morbi-mortalidad fetal y de la madre son muy altos.

El presente estudio de caso clínico se efectúa sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente de 30 años, con 37 semanas de gestación, que acude al servicio de emergencia, referida del Centro de Salud La Maná, por medio de ambulancia con personal de enfermería con un cuadro clínico de preeclampsia severa y condiciones clínicas inestables.

1. MARCO TEÓRICO

PREECLAMPSIA

DEFINICIÓN

La preeclampsia, puede ser definida como una complicación que se presenta en el embarazo y se la considera potencialmente severa, en otras palabras, se puede referir que comprende un desorden multisistémico idiopático que se presenta durante la etapa de embarazo y el puerperio en la mujer. También se puede mencionar que se trata de un trastorno ocasionado por la placenta, ya que se han encontrado tejido trofoblástico pero no fetal en algunos embarazos, a los que se conoce con el nombre de embarazos molares completos. (Bruce, 2019)

La hipertensión arterial (HTA), es común entre las mujeres embarazadas, además se caracteriza por la presencia de proteinuria, asociada o no a procesos edematosos, este tipo de patología afecta con más frecuencia a las nulíparas, y generalmente se presenta después de las 24 semanas de embarazo, y resulta reversible generalmente durante el período de postparto.

El origen de la preeclampsia es desconocido hasta la actualidad y se cree que se debe a la presencia de factores diversos y tiene como único tratamiento el parto, no por ello deja de causar serias consecuencias riesgosas tanto para la madre como para el bebé.

(Camacho, 2018), conviene en definir a la preeclampsia como el inicio de cuadro agudo de hipertensión, proteinuria (edema) que ocurre generalmente durante la segunda fase del embarazo, en una gestante quien ha presentado fases normotensa, y su cuadro clínico ha sido excelente. De acuerdo a la consideración de esta autora la preeclampsia se presenta a partir de la semana 20. Según la misma, sería a partir de la semana 20 del progreso del estado

gestacional en la que se evidencia esta patología en aquellas mujeres que nunca hasta el momento, hayan presentado problema de hipertensión arterial, ni ningún rasgo clínico que la denote.

De lo anteriormente expuesto podemos afirmar que se trata de una patología que comprende un sinnúmero de signos y síntomas únicos del estado gestacional, pudiendo hacer su aparición a partir de la semana 20 de esta etapa, durante el trabajo de parto e inclusive hasta seis semanas posterior al parto; su característica principal es presentar el desarrollo anormal de la placenta, conjuntamente con la perfusión sistémica disminuida.

Existe también la predisposición a esta patología por la intervención de otros factores como la hipertensión arterial, cuadros de diabetes, resistencia insulínica, hipertrigliceridemia, aumento en la cantidad de la testosterona, la edad y las características étnicas como por ejemplo aquellas que llegan a presentar las mujeres afroamericanas, portuguesas e indias.

CLASIFICACIÓN

La preeclampsia es clasificada en dos niveles: leve y severa.

PREECLAMPSIA LEVE

Se define así al desorden de carácter hipertensivo que se presenta en el estado gestacional y está asociado con la proteinuria, edema, llegando en algunos casos a presentar anomalías en las pruebas de funcionamiento de la coagulación sanguínea, pudiendo ser también a nivel hepático, generalmente hace su debut a partir de la semana 20, aunque los casos más frecuentes se dan al final de misma. (González, 2018)

El nivel de presión arterial que le da la caracterización es de $\geq 140/90$ mmHg, lo que se revela mediante el seguimiento que se realiza en dos ocasiones por separado y en dos momentos diferentes con intervalos de cuatro horas, la proteinuria presenta una concentración igual o superior a 300 mg en el transcurso de 24 horas y menor a 5g en el lapso de 24 horas.

PREECLAMPSIA SEVERA

Presenta los mismos signos y síntomas que se observan en la preeclampsia leve, sin embargo, aquí vamos a encontrar que la presión arterial que se observa es igual a 160/110 mmHg, con la concentración de proteinuria en la muestra de orina elevada y mayor a 5g en el transcurso de 24 horas, además de esto se observa cuadro edematoso masivo en la paciente, el mismo que puede comprometer la cara, las extremidades, paredes del abdomen e inclusive la región sacra pudiendo llegar a presentar ascitis (acumulación de líquido en la zona peritoneal) o anasarca (acumulación de líquido masiva en todo el cuerpo). (Cuenca, 2019)

En muchas ocasiones puede presentar disminución en la producción de orina llegando a ser menor a 400 ml/24h, con plaquetopenia menos de $100.000/\text{mm}^3$, la coagulación intravascular puede ser diseminada, edema a nivel pulmonar y/o compromisos serios a nivel neurológico.

ETIOLOGÍA

A la preeclampsia no se le puede atribuir una causa u origen específico, siendo este el motivo por el que se la conoce como a la “enfermedad de las teorías”. (Pachezo, 2019)

Partiendo de lo mencionado anteriormente, se puede referir que entre las

causas a las que se le puede atribuir esta patología se encuentran: el desarrollo placentario anormal, la presencia de inmunocomplejos placentarios producto de la lesión del endotelio, existencia de elementos citotóxicos que comprometen a las células endoteliales, funcionamiento metabólico anormal de prostaglandinas, características de orden genético, etc.

No obstante, en el intento de encontrar la causa que ocasiona esta patología se ha formulado una teoría que cuenta con mayor aceptación a nivel científico y esta tiene a bien considerar que la invasión anormal en las arterias espirales uterinas a causa de las células citotrofoblástica durante el proceso de placentación sería la responsable.

Se refiere que en condiciones normales durante el primer y segundo trimestre del estado gestacional normal, se produce la invasión del trofoblasto a las arterias espirales por parte de la decidua, ocasionando la destrucción del tejido de la media y de la capa muscular de la pared arterial, por lo que se produce el remplazo del endotelio por materiales fibrinoides, lo que determina la desaparición de estructura musculo-elástica de las arterias espirales antes mencionadas, a consecuencia de lo cual se tiene la presencia de vasos dilatados que serían los responsables de soportar el aumento de la volemia característica del embarazo, proceso que no ocurre en mujeres con preeclampsia en donde se observa el efecto contrario a lo anterior.

FISIOPATOLOGÍA

La invasión anómala de las arterias espirales uterinas por parte de las células citotrofoblásticas extravellos (CETV), dan origen a la preeclampsia, lo que va acompañada de alteraciones a nivel local, a nivel de tono vascular, alteración en el balance inmunológico y por ende del estado inflamatorio. (Bruce, 2019).

La disminución perfusional uteroplacentaria daría origen al inicio de la preeclampsia, todo esto debido a la invasión anormal de las arterias espirales a causa del citotrofoblasto. En la patogénesis de la preeclampsia se puede mencionar a otro órgano como es el endotelio que es un tejido muy importante y el responsable de un sinnúmero de actividades y funciones vitales. En la observación de mujeres con preeclampsia se puede establecer que las placentas presentan niveles inferiores de metaloproteinasa de la matriz (MMP)-9, antígeno linfocítico humano (HLA)- G, lactógeno placentario (HPL), en comparación con las que desarrollan embarazos normales sin complicaciones.

También es necesario tener en cuenta que puede ocurrir que durante la primera invasión del trofoblasto endovascular esto se realice de forma incompleta en algunas mujeres preeclámpicas, por lo cual su estructura musculoelástica de las arterias espirales no se verían comprometidas, de la misma manera no tendría efecto importante en las funciones que implican respuesta a sustancias vasoconstrictoras internas, de esta forma se produciría la disminución perfusional materno - placentaria y consecuentemente se generaría hipoxia placentaria esto ya en la etapa avanzada en el período gestacional.

La reducción en la producción de prostaciclina se origina gracias a la afectación que presenta la membrana endotelial, la misma que tiene la función de inhibir acumulación de plaquetas, por lo que es un inhibidor de la agregación plaquetaria, mientras que las fibras colágenas subendoteliales van a facilitar la agregación plaquetaria y liberación enzimática de tromboxano A₂, que tiene acción vasoconstrictora. (Curiel, 2018)

Al producirse el desequilibrio antes mencionado, que altera la relación entre la formación de los compuestos vasodilatadores y vasoconstrictores es lo que ocasionaría la presencia de esta alteración patológica preeclámpica, manifestada en la hipertensión.

FISIOPATOLOGÍA

Proteinuria: Los niveles de creatinina se ven alterados de la misma manera que se puede observar concentración de proteínas en niveles anormales, esto se debe a la lesión del endotelio glomerular (glomérulo endoteliosis) y a la hipertensión que determina el mal funcionamiento renal, impidiendo la filtración de los productos antes mencionados.

Edema: La acumulación de líquidos en diferentes zonas y órganos del cuerpo se produce debido al incremento la presión intravascular, al mismo tiempo que se reduce la presión oncótica , esto determina que el líquido intracelular se desplace a la zona extracelular, motivo por lo que en estos casos se puede observar la presencia edematosa a nivel de cerebro, retina, pulmón, hígado y tejido subcutáneo, que corresponden a zonas de no declives, estos síntomas son característicos de la preeclampsia, lo cual también puede llegar a presentarse en otras zonas. (González, 2018)

Alteraciones hematológicas: La concentración de hematocritos en la sangre se ve alterada debido a la pérdida de líquido intravascular, lo que va a generar una hemoconcentración. Puede presentarse también la trombocitopenia y la coagulación intravascular diseminada, debido a que en la zona de la alteración del endotelio se produce la activación de la llamada cascada de coagulación y por ende el consumo de plaquetas.

Dolor abdominal: Un cuadro edematoso hepático o hemorrágico puede generar el dolor abdominal, generalmente se ubica a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho.

Alteraciones visuales: Son generadas por la vasoconstricción de los vasos

sanguíneos y la presencia de edematosa de la retina, esto conlleva a experimentar trastornos a nivel visual, el desprendimiento de la retina y hasta ceguera cortical.

Aumento de transaminasas: A causa del edema o la isquemia hepática se pueden presentar cuadros de necrosis centrolobulillar lo que determinaría la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica.

PATOGENIA

Insuficiencia placentaria

La deficiencia a nivel de perfusión placentaria, se puede presentar a causa de la implantación anormal de la placenta, enfermedad microvascular y/o debido al aumento del tamaño de la placenta. (Nápoles, 2018)

Implantación anormal

La sustitución de las células epiteliales de la decidua materna se da como resultado del implante embrionario, por lo que se genera un proceso mediante el cual las células trofoblásticas se separan debido a la implantación del embrión, produciéndose la sustitución antes mencionada. (Cuenca, 2019)

Los cambios que se producen debido a la evolución gestacional son: transformaciones o alteraciones histológicas en las arterias espirales de la decidua, lo que tiene lugar en las primeras fases del embarazo, la característica principal es la separación de la lámina elástica endógena.

Otras de las alteraciones importantes de mencionar están generada por la

invasión anormal del citotrofoblasto en las arterias espirales, hecho que se presenta en el transcurso de las semanas 6 y 12 de gestación.

Entre las semanas 14 a 20 del embarazo se puede observar, que el proceso invasivo anteriormente mencionado avanza hasta las arterias del miometrio. Estas alteraciones determinan la dilatación de las arterias por lo que consecuentemente se presentará la disminución de la resistencia útero-placentaria, en condiciones normales del embarazo.

En la preeclampsia, se puede observar que la irrupción trofoblástica no logra alcanzar a las arterias radiales, lo que determina que se note un incremento a nivel de resistencia vascular, y esto generaría la disminución de la circulación útero-placentaria.

Predisposición genética

A ciencia cierta se sabe que no existe un gen determinado para la preeclampsia, se cree que exista un conjunto de polimorfismos genéticos maternos, los mismos que cuando encuentran factores ambientales predisponentes, desencadenan esta patología en la mujer. De lo que se conoce hasta el momento, se cree que la preeclampsia podría ser una enfermedad hereditaria que tendría relación a un gen materno de tipo recesivo, la manifestación de la patología dependería del padre en este caso. De tal manera que se cree que aquellas mujeres cuyo nacimiento ha sido el resultado de embarazos complejos, esto es cuyas madres experimentaron preeclampsia, tienen alto riesgo de presentar complicaciones serias en sus embarazos. (Curiel, 2018)

Es evidente que el rol paterno en la genética de esta patología es importante,

ya que se cree que probablemente la preeclampsia involucre huellas genéticas paterna de los genes: IGF2, alele T235 del gen angiotensina, factor V de Leiden y la metil tetra- hidrofolato reductasa (MTHFR).

Respuesta inflamatoria en la preeclampsia

Se considera que existe relación con muchos factores originados como respuestas a procesos inflamatorios a nivel intravascular presentes en el período de gestación, siendo los principales responsables los ácidos grasos, lipoproteínas, peróxido lipídico, TNF productos de degradación de fibronectina y los fragmentos de microvellosidades de las células sincitiotrofoblásticas. (Cuenca, 2019)

Cambios en el sistema de la coagulación

El proceso de coagulación en la preeclampsia se observa muy activado. La antitrombina III se encuentra muy reducida al igual que la actividad fibrinolítica que también disminuye, esto se debe al incremento del inhibidor del activador plasminógeno tipo 1 (PAI-1). El PAI-2, el mismo que es de origen placentario, se encuentra disminuido mientras que el activador tisular del plasminógeno endotelial (t-PA) se halla elevado. Es más, en la presencia de la preeclampsia se puede evidenciar la existencia de trombocitopenia y aumento de la activación plaquetaria. (Pachezo, 2019)

Magnesio e hipertensión

Se conoce que el magnesio afecta a la presión arterial, este tiene acción antagónica de los canales de calcio, estimula directamente la producción de prostaciclina y no los vasodilatadores, de tal manera que la respuesta vascular a los agonistas vasoactivos se encuentra alterada.

Disfunción endotelial

El daño del endotelio representa la pérdida de la resistencia natural que tiene relación directa con la formación de trombos, iniciándose por ello el proceso de coagulación sanguínea mediante las vías intrínsecas, las mismas que se activa por contacto y la extrínseca mediante factores tisulares. (Bruce, 2019)

El daño de las células endoteliales determina que las plaquetas activas desarrollen adherencia a la monocapa de las células mencionadas anteriormente, lo cual da origen a la agregación plaquetaria y facilitando la liberación de tromboxano A2 (TXA2).

El momento en que se hace presente la disfuncionalidad del endotelio es obvio que en la preeclampsia se pueda notar aumento de sensibilidad vascular a aquellas sustancias vasoactivas.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgos que incrementan la existencia de esta patología lo constituyen la primigestación (primer embarazo), edades avanzadas para la gestación, exposición limitada al esperma de la misma, pareja masculina que tenga antecedentes de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, embarazo multifetal, enfermedad trofoblástica gestacional caracterizada por la presencia de tumores, antecedentes de preeclampsia, hipertensión arterial crónica, patologías renales, diabetes mellitus en la etapa pregestacional, trombofilias, aumento de peso y obesidad, el síndrome de ovarios poliquísticos, procesos infecciosos de diversas índole y los antecedentes personales materno de restricción en el desarrollo intrauterino. (Bruce, 2019)

Factores de riesgo de Preeclampsia:

Maternos:

Preconcepcionales:

- Incidencia de la edad de la madre pudiendo presentar problemas al ser menor de 20 y mayor de 35 años.
- Factores etnológicos como por ejemplo raza negra.
- Historia personal de PE (en gestaciones anteriores).
- Existencia de enfermedades crónicas como son el caso de la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, trastornos renales, neurofibromatosis, síndrome anti fosfolípido primario (anticuerpos anti fosfolípidos) y otros tipos de patologías autoinmunes (síndrome anti fosfolípido secundario), trombofilias y dislipidemia.

Relacionados con el desarrollo del embarazo:

- Primigravidez (embarazo por primera vez) o embarazo de un nuevo compañero sexual.
- Sobredistensión del útero producto de embarazo gemelar y polihidramnios.
- Gestación molar en nulípara (primerizas).

Ambientales:

- Trastornos alimenticios y mala nutrición ocasionada por déficit o exceso.
- Pobre ingesta de calcio antes y durante el proceso de gestación.
- Hipomagnesemia y carencias de zinc y selenio.

- Ingesta de bebidas alcohólicas durante el período gestacional.
- Niveles socio-económico bajo.
- Falta de control y cuidado prenatal.
- Situaciones estresantes y cuadro de estrés crónico.

1.1. JUSTIFICACIÓN

La falta de información y conocimiento acerca de estas patologías que se pueden presentar durante la etapa gestacional y que conllevan a serios riesgos que compromete la vida tanto de la madre como la del feto, es importante que exista programas informativos y preventivos de tal manera que se instruya a la población a cerca de esta patología y las medidas a tener en consideración para evitar nefastas complicaciones.

La edad también es uno de los factores predeterminantes en la existencia de esta patología, en muchos casos nos encontramos a primigestas que debido a su edad no se encuentran preparadas ni física, ni psicológicamente para atender las demandas y exigencias que se generan den la etapa gestacional, tales como llevar control prenatal programado, alimentación sana, afrontar responsabilidades, lo que se les torna difícil debido a su inexperiencia, impidiendo desempeñar el rol que ahora les toca asumir, esto se agrava también debido a la presencia de factores culturales, nivel académico y la pobreza, que en muchas ocasiones les aboca a hacer uso de los servicios empíricos de parteras o de personal que no se encuentra capacitado para identificar estos problemas y lo que es peor no logran detectar la patología en su debido momento poniendo en grave riesgo la vida de la madre y del bebé

Las probabilidades de muerte en los niños de mujeres con preeclampsia tienen mayor riesgo durante el periodo neonatal, alcanzando este riesgo hasta el primer año de vida, además de que el peligro de muerte de la madre es inminente de no tener el control y asesoría necesarios.

La investigación que se aplicó, tuvo como fin identificar aquellos factores que influyen directamente en este problema de Preeclampsia en una paciente de 30 años, primigesta, que conllevaron a un cuadro clínico con condiciones inestables.

1.2. OBJETIVOS

1.21. Objetivo General

- Aplicar un proceso de atención de enfermería en paciente gestante de 30 años con 37 semanas con preeclampsia severa.

1.2.2. Objetivos Específicos.

- Identificar y valorar los signos y síntomas que presenta la paciente con preeclampsia.
- Verificar los factores de riesgo en paciente gestante de 30 años con 37 semanas con preeclampsia severa.
- Realizar seguimiento del estado de la paciente hasta que llegue el producto a término.

1.3. DATOS GENERALES.

Nombre Apellidos: NN	Numero de cedula: 0926617598
Edad: 30 años	Historia clínica: 105932
Raza: Mestiza	Sexo: Femenino
lugar fecha de nacimientos: 08/04/1989	Estado civil: Soltera
Lugar de procedencia: La Maná	Grupo sanguíneo: BRh +
Residencia: La Maná	Religión: católica
Números de hijos: 0	Nivel de estudio: Superior.
Ocupación: Asistente de oficina.	

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES: HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Motivo De Consulta.

Paciente de 30 años de edad, primigesta cursa embarazo de 37 semanas, acude a emergencia, en camilla acompañada de médico y enfermera, con diagnóstico presuntivo de preeclampsia.

Historial clínico del paciente

Antecedentes personales: No refiere.

Antecedentes familiares: No refiere

Antecedentes paternos: no refiere

Antecedentes maternos: No refiere.

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

Paciente de 30 años de edad cursa embarazo de 37 semanas, llega en condiciones clínicas inestables, con Score Mama de 5.

2.3. EXÁMENES FÍSICOS (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se procede a recibir a paciente con estado de conciencia, alerta, vías periféricas, se realiza monitoreo fetal, con latido cardiaco sostenido y dinámica uterina irregular.

INSPECCIÓN GENERAL

Actitud: Decúbito dorsal activo electivo.

Piel: Afebril

Facies: palidez cutánea visible.

Marcha y movimiento: No puede mantener la marcha.

Estado de conciencia: Orientada en tiempo y espacio.

Faneras: Buena Implantación.

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 199/90 mmHg,

Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto

Temperatura: 36,0 grados centígrados

EXAMEN FÍSICO – CÉFALO CAUDAL

Paciente gestante de 20 años de edad, con indicio de bajo peso preconcepcional refiere lo siguiente:

- **Cabeza:** Normocefálica.
- **Ojos:** Pupilas Isocóricas normales.
- **Nariz:** Tabique normo implantado.
- **Oídos:** Pabellón, tamaño e implantación normal.
- **Boca:** labios normales, hidratados.
- **Cuello:** simétrico sin adenopatías.

- **Tórax:** Normo expansible.
- **Pulmones:** Ventilados.
- **Corazón:** Rítmicos – no soplos.
- **Abdomen:** Globuloso, útero aumentado de tamaño por gestación actual con dolor leve, el cual se irradia a zona lumbar.
- **Región Genital:** Normales sin modificaciones.
- **Extremidades superiores e inferiores:** Simétricas con edema hasta las rodillas.
- **Valoración neurológica:** Paciente orientada en tiempo y espacio, funciones mentales superiores conservadas.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

1. Patrón Promoción de la salud.

Paciente refiere tener conciencia de su estado, indica que acudió a todos los controles prenatales y cumplió con las disposiciones médicas.

2. Patrón Nutrición – metabólico.

Paciente refiere tener una dieta equilibrada y evita comer alimentos ricos en grasa, sin embargo tiene indicios de sobrepeso.

3. Patrón Eliminación.

Paciente presenta retención de líquidos.

4. Patrón Actividad /Reposo.

Paciente no realiza reposo debido a su actividad laboral.

4. Patrón percepción y cognición.

Paciente posee nivel de conciencia alerta, no presenta problemas de lenguaje, aunque refiere tener cefalea y se siente agitada.

5. Patrón Autopercepción.

Paciente indica que tiene cierta preocupación por el problema de la preeclampsia y su afectación que puede tener en su embarazo y en el neonato.

6. Patrón Rol /Relaciones.

Paciente posee una buena relación con la familia, posee sus estudios terminados y cuenta con un trabajo estable.

7. Patrón Sexualidad.

Paciente posee una sexualidad activa.

8. Patrón Afrontamiento Y Tolerancia Al Estrés.

Paciente posee estrés y ansiedad debido al cuadro clínico de la preeclampsia.

9. Patrón Principios Vitales.

Paciente refiere tener plena seguridad de la recuperación y progreso de su embarazo.

10. Patrón Seguridad Y Protección.

Paciente no logra mantener la marcha.

11. Patrón Confort.

Paciente siente dolor y molestias debido al edema en los miembros inferiores.

12. Patrón crecimiento y desarrollo.

Paciente mantiene sobrepeso para el estado gestacional.

Patrones Funcionales Alterados

Patrón 3: Eliminación.

Patrón 8: Afrontamiento y tolerancia al estrés.

Patrón 12: Crecimiento y desarrollo

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

BIOQUÍMICA

	Resultados	Valores referenciales
HEMATOLOGICO		
Recuento de Leucocitos	14 por microlitro	5.000-10.000 microlitro
Conteo de Glóbulos Rojos	3.50 por microlitro	
Hemoglobina	12.6 decilitro	12.0-15.0 miligramo decilitro
Hematocrito	38.6	37-54por ciento
Neutrófilos	67.4	
PLAQUETA	303 por microlitro	100-300 microlitro

2.5. FORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

- **Diagnóstico Presuntivo:** Paciente llega en ambulancia, con personal médico y enfermera, con cuadro de presunta preeclampsia.
- **Diagnóstico diferencial:** Sobrepeso – hipertensión arterial – edema en extremidades inferiores.
- **Diagnóstico definitivo:** Preeclampsia severa.

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

Biológicos: Paciente con indicios de sobrepeso.

Ambientales: Paciente refiere pasar el mayor tiempo trabajando por lo que se presenta edema en extremidades inferiores.

Físicos: Paciente presenta problemas en la marcha.

Sociales: Paciente posee relaciones sociales estables.

Conducta a Seguir

Paciente es referida por problemas de preeclampsia severa, con 37 semanas de gestación más taquicardia fetal sostenida, se establece las siguientes medidas:

Medidas Específicas Generales:

- Estabilizar a la paciente por medio de la aplicación de PAE de enfermería.
- Toma de signos vitales y valoración de Score MAMA
- Ingreso a centro obstétrico.
- Monitoreo materno fetal.
- Se procede a preparar a la paciente para ingreso a quirófano.

- Valoración de médico tratante.
- Valoración pre – anestésica.
- Valoración por medicina interna.
- Indicaciones preoperatorias.

Efectos Secundarios del Tratamiento

- Alergia a los medicamentos.
- Efectos secundarios de la medicina prescrita.



2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

De acuerdo a la OMS, la mortalidad materna, constituye un problema de salud pública a nivel mundial, lo que ocasiona gran inquietud tanto para los gobiernos, las instituciones de salud y la sociedad. Siendo los trastornos hipertensivos una gran causa de morbimortalidad materno - fetal, tanto por los efectos y las consecuencias que ocasiona a nivel sistémico, con disfunción de órganos blancos como cerebro, corazón, riñón, hígado, pulmones, así como al sistema de coagulación. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

En América latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con los trastornos hipertensivos, la mayoría de las muertes se pueden evitar prestando una atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. La optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de lo dispuesto por las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

2.8. SEGUIMIENTO.

- Paciente es estabilizada y preparada para procedimiento quirúrgico.
- Paciente es intervenida y extraen RN único vivo.
- Líquido amniótico claro buena cantidad.
- Alimentación Manual limpieza de cavidad uterina
- Secado de cavidad parieto cólica.
- Cierre de pared por planos y piel.
- Extracción de coágulos por vaginal
- Paciente es trasladada a sala de recuperación sin novedad.

2.9. OBSERVACIÓN

La paciente luego de aplicar el Proceso de atención de enfermería, se estabilizó signos vitales y fue sometida a intervención quirúrgica cesárea.

El Recién nacido no presentó complicaciones y signos vitales estables.

La paciente llegó a término su periodo de gestación sin novedades.

.

CONCLUSIONES

El trabajo realizado permite identificar el Proceso de Atención de Enfermería como la base del razonamiento clínico para el cuidado, brinda una forma organizada y sistemática realizar las acciones importantes que realiza enfermería, constituyendo la base de toma de decisiones en los cuidados de un paciente diagnosticado con Preeclampsia. Como lo es el caso de los trastornos hipertensivos del embarazo los cuales siguen estando entre las causa más comunes de resultados maternos y perinatales adversos, siendo una de las principales causas de mortalidad materna, que abarcan desde la hipertensión crónica aislada hasta la eclampsia.

Para llegar a esto se realizó una valoración de enfermería, basada en un marco de referencia (patrones funcionales de salud), mediante un formato de valoración en una paciente con preeclampsia, para así con una clasificación de datos y un razonamiento diagnóstico llegar a la obtención de Diagnósticos de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, I. (2016). Preeclampsia . *Revista El Sevier*.
- Bruce, A. (2019). Hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- Camacho, L. (2018). Una mirada clínica al diagnóstico de preeclamps. *Revista Científica Médica*, 50 - 55.
- Cuenca, Y. (2019). Comportamiento de la preeclampsia con agravamiento en gestantes o puérperas en Mayarí. *Revista Correo Científico Médico*.
- Curiel, E. (2018). Factores relacionados con el desarrollo de preeclampsia. Revisión de la bibliografía. *Revista El Sevier*.
- González, P. (2018). Preeclampsia. *Revista Anestesiología en gineco - obstetricia*.
- INEC. (2018). *Muerte maternas*. Quito.
- Nápoles, D. (2018). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *Revista MEDISAN*.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Enfermedades de la piel de tipo infecciosa*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Prevalencia de muertes maternas*. España.
- Pachezo, J. (2019). Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. *Revista Acta Médica Peruana*.
- Vargas, V. (2016). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*.