



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE LA SALUD Y BIENESTAR

UNIDAD DE TITULACION

CARRERA DE ENFERERIA

**DIMENSION PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIATURA DE ENFERMERIA**

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE EFERMERIA EN GESTANTE DE 34 AÑOS CON
PREECLAMPSIA SEVERA**

AUTOR

IVETTE ELIZABETH HUACON GALARZA

TUTORA

LCDA. MARIANA MORA MONTENEGRO

BABAHOYO- LOS RIOS- ECUADOR

2020

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
TITULO DEL CASO CLINICO	II
Resumen	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	V
I. MARCO TEORICO	1
Epidemiología.....	1
Sintomatología.....	3
Complicaciones	4
Factores de riesgo.....	5
Diagnostico.....	6
1.1. Justificación.....	8
1.2. Objetivos.....	9
1.2.1. Objetivo General.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
1.3. Datos Generales.....	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	10
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS.....	10
2.3. Examen físico	11
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	12
2.2 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	13
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	13
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	15
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	16
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	17

2.8 SEGUIMIENTO	19
2.9 OBSERVACIONES	19
CONCLUSIONES	20
FUENTES BIBLIOGRAFICAS	21
ANEXOS	22

DEDICATORIA

Siempre agradecida con Dios el guía mi camino se lo debo todo a el quien es que me tiene de pies día a día el que se a encargado de mantenerme con salud y darme las fuerzas necesarias para alcanzar mis metas y esta es una de ellas.

A mi hija que a sido tambien mi motor de seguir adelante la que tambien hace que recuerde porque sigo cada día luchando por alcanzar mis objetivos.

IVETTE ELIZABETH HUACON GALARZA

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 34 AÑOS CON
PREECLAMPSIA SEVERA

Resumen

La preeclampsia severa es el aumento de la presión arterial puede aparecer a las 20 semanas de gestación a su vez puede afectar a muchos órganos hígado y riñones, presenta proteinuria mayor de 5 gramos puede presentar cefalea, edema generalizado.

A de mas la preeclampsia en las mujeres embarazadas su mortalidad es alta esto es causado por el retraso del crecimiento intrauterino y el parto prematuro. Las mujeres con esta patología pueden presentar problemas severos como; desprendimiento de la placenta, insuficiencia renal, fallo hepático, edema agudo de pulmón.

Con el fin de desarrollar un proceso de enfermería para poder brindarle una mejor atención a la mujer con preeclampsia severa se realiza una valoración física y mediante exámenes complementarios, dados resultados ayudo a brindarle una mejor atención para su recuperación.

PALABRAS CLAVE: Preeclampsia severa, gestación, proteinuria, cefalea, edema, intrauterino.

ABSTRACT

Severe preeclampsia is the increase in blood pressure that can appear at 20 weeks of gestation, in turn, it can affect many organs, liver and kidneys, has proteinuria greater than 5 grams, may present headache, generalized edema.

In addition, pre-eclampsia in pregnant women, its mortality is high, this is caused by intrauterine growth retardation and premature delivery. Women with this pathology can present severe problems such as; placental abruption, kidney failure, liver failure, acute lung edema.

In order to develop a nursing process to be able to provide better care to women with severe pre-eclampsia, a physical assessment is carried out and through complementary examinations, given results help to provide better care for her recovery.

KEY WORDS: Severe preeclampsia, pregnancy, proteinuria, headache, edema, intrauterine.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia grave es un síndrome sistémico de diversa gravedad que se manifiesta por hipertensión arterial mayor o igual a 160/110mmHg, proteinuria mayor de 3 gramos en 24 horas y edema frecuente de miembros superiores e inferiores, que también se manifiesta como cefalea. ocurre después de la semana 20 de embarazo durante el parto y dentro de las primeras 24 horas después del parto.

Se dice que las mujeres mayores de 25 años con partos múltiples tienen una mayor incidencia y la incidencia aumenta con la edad. Cuando una mujer embarazada ha tenido un aborto espontáneo anterior, parece brindar cierta protección contra esta enfermedad. La incidencia de PEE grave en mujeres altas es menor que en mujeres bajas. El aumento de la incidencia de mujeres de clases sociales bajas puede estar relacionado con factores nutricionales.

Hay una serie de factores favorables: edad, clase social, etnia, primer nacimiento, embarazo gemelar, oligohidramnios, enfermedad vascular, tabaquismo (reducción del tabaquismo), factores genéticos y nutricionales.

Este estudio de caso nos permite analizar y prever la situación de una paciente de sexo femenino de 34 años de edad que acude al servicio de emergencia por dolor en región pélvica localizada en la región lumbosacra, malestar general y extremidades con leve edematización. Por medio de la recolección de datos se realizó el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) según las taxonomías podemos realizar las actividades y poder evidenciar los resultados obtenidos hacia la paciente.

I. MARCO TEORICO

Preeclampsia severa

La preeclampsia severa es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños a otros órganos, a menudo el hígado y los riñones. La preeclampsia frecuentemente comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres con presión arterial normal. (Mayra J., 2018)

La presión arterial de preeclampsia severa es de 160/100 milímetros de mercurio o mas, después de la semana 20 a 30 días posparto, hay proteinuria mayor de 5 gramos presencia de cefalea, acufenos, fosfenos, edema generalizado. (Dulay, 2019)

Etiología

Se ha descrito muchos mecanismos patológicos para la aparición de la preeclampsia pero aún la etiología no está del todo clara.

El principal mecanismo que es la invasión trofoblásticas anormal de los vasos uterinos. También se han descrito intolerancia inmunológica entre los tejidos fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a los cambios inflamatorios y cardiovasculares de un embarazo normal e influencias genéticas. (Sanchez, 2018)

Epidemiología

La tasa de preeclampsia varia entre 5% y 10% en los países con mejor nivel de vida, pero las cifra pueden llegar al 18% en algunos países en desarrollo. La preeclampsia sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todo el mundo.

En algunos países en desarrollo, la preeclampsia representa el 40% y el 80% de las muertes maternas respectivamente. Además, la tasa de mortalidad perinatal para las mujeres con preeclampsia se duplica, lo que generalmente es causado por el retraso del crecimiento intrauterino y el parto prematuro.

Aproximadamente la mitad de las mujeres con preeclampsia severa acude al centro de salud antes de las 34 semanas de gestación, con un peso fetal estimado de 2000 gramos. Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la interrupción del embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas. La mitad restante tardará un promedio de nueve días más antes de recibir una indicación de nacimiento.

Las mujeres con presión arterial severa corren un mayor riesgo de eventos posiblemente letal, como desprendimiento de placenta, lesión renal aguda, hemorragia cerebral, fallo hepático, edema agudo de pulmón y coagulación intravascular difusa, y progresión de la eclampsia. A nivel mundial, del 10 a 15 por ciento de las muertes maternas directas (es decir, complejidad obstétrica debido al embarazo), están relacionados con la preeclampsia – eclampsia.

Alrededor, del 15 y 25% de las mujeres diagnosticadas inicialmente con hipertensión gestacional desarrollan preeclampsia, esto se observa principalmente en mujeres que han tenido un aborto anteriormente.

En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas están relacionadas con complicaciones causadas por la hipertensión inducida por el embarazo. La preeclampsia y la eclampsia con las principales causas de morbilidad, muerte materna y perinatal, al igual que la hipertensión. La principal causa de muerte materna. Al brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres que padecen esta complicación, la mayoría de estas muertes se pueden prevenir. (Dr. Lino Rojas, 2016)

Sintomatología.

A veces, la preeclampsia no causa síntomas. La presión arterial alta puede aumentar lentamente o de repente. El control de la presión arterial es una parte importante de la atención prenatal, porque el primer signo de preeclampsia suele ser un aumento de la presión arterial, es decir, una presión arterial que supera los 140/90 milímetros de mercurio (mm Hg) o más, registrada en dos tiempos con al menos cuatro horas de diferencia, es anormal.

Otros signos y síntomas de preeclampsia pueden incluir:

- Demasiada proteína en la orina (proteinuria) u otros signos de problemas reales
- Cefalea severa
- Cambios en la visión, incluida visión borrosa y pérdida o sensibilidad a la luz.
- Dolor en la parte superior del abdomen, por lo general debajo de las costillas y en el lado derecho.
- Náuseas o vómitos
- Menor producción de orina.
- Bajos niveles de plaquetas en sangre (trombocitopenia)
- Función hepática alterada
- Dificultad para respirar, provocada por la presencia de líquido en los pulmones.(Mayra J., 2018)

Complicaciones

La preeclampsia puede requerir la inducción del parto y el parto.

Una cesárea puede ser necesaria para condiciones clínicas u obstétricas que requieran un parto rápido. De lo contrario su médico puede recomendar un parto vaginal planificado. El obstetra la ayudará a decidir que tipo de parto es adecuado para usted.

Las complicaciones de la preeclampsia son las siguientes:

- **Restricción del crecimiento fetal.** La preeclampsia afecta a las arterias que suministra sangre a la placenta. Si la placenta no recibe suficiente sangre, el bebé puede recibir un nivel insuficiente de sangre y oxígeno, y menos nutrientes. Eso puede conducir a un crecimiento lento, conocido como “restricción del crecimiento fetal”, bajo peso al nacer o parto prematuro.
- **Parto prematuro.** La preeclampsia con características graves, es posible que necesite un parto prematuro para salvar la vida de la madre y la del bebé. Si el bebé nace prematuro puede tener problemas respiratorios u otros problemas.
- **Desprendimiento placentario.** La preeclampsia aumenta el riesgo de desprendimiento de placenta, un trastorno que implica la separación de la placenta del revestimiento interno del útero antes del parto. El desprendimiento severo puede causar un sangrado abundante que puede poner en peligro la vida tanto de la madre como del bebé.
- **Síndrome de HELLP.** El síndrome de HELLP, que significa hemólisis (la destrucción de los glóbulos rojo), aumento de las enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas, es una forma más grave de preeclampsia, y rápidamente puede ser potencialmente mortal tanto para la madre como para el bebé.
- **Síntomas del síndrome de HELLP.** Incluyen náuseas y vómitos, cefalea, y dolor en la parte superior del abdomen. El síndrome de HELLP es perjudicial porque implica daños a varios sistemas de órganos. A veces

puede aparecer de repente, incluso antes que se detecte la presión arterial alta, o sin ningún sistema.

- **Eclampsia.** Si no se controla la preeclampsia, es posible que se desarrolle eclampsia provocando convulsiones. Es difícil saber que pacientes tendrán preeclampsia lo suficientemente grave para convertirse en eclampsia.
- A menudo no hay síntomas y ni señales de advertencia para anticipar la eclampsia. Dado que la eclampsia puede tener graves consecuencias para la madre y el bebé, el parto se vuelve necesario, independientemente del tipo de gestación del embarazo.
- **Daño a otros órganos.** La preeclampsia puede dañar los riñones, el hígado, los pulmones, el corazón o los ojos, y puede causar un derrame cerebral u otra daño cerebral. La extensión de la lesión a otros órganos depende de la gravedad de la preeclampsia.
- **Enfermedad cardiovascular.** La preeclampsia puede aumentar su riesgo de enfermedad cardíaca y vascular (cardiovasculares). El riesgo aumenta incluso si a tenido preeclampsia mas de una vez o si han tenido trabajo de parto prematuro. Para disminuir los riesgos, trate de mantener su peso ideal después del parto consuma una variedad de frutas y verduras, haga ejercicio con regularidad y no fume. (Mayra J., 2018)

Factores de riesgo.

La preeclampsia solo se manifiesta como una complicación del embarazo. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- **Antecedentes de preeclampsia.** Un historial personal o familiar de preeclampsia aumentan en gran medida el riesgo de preeclampsia.
- **Hipertensión crónica.** Si tiene hipertensión crónica, tiene un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia.
- **Primer embarazo.** El peligro de tener preeclampsia es mayor durante el primer embarazo.
- **Nueva paternidad.** Cada embarazo con una pareja nueva aumenta el riesgo de preeclampsia.

- **La edad.** El riesgo de preeclampsia es mayor en mujeres embarazadas que son muy jóvenes o mayores de 40 años.
- **La raza.** Las mujeres negras tienen un mayor riesgo de tener preeclampsia que las razas.
- **Obesidad.** El riesgo de preeclampsia es mayor si es obesa.
- **Embarazo múltiple.** La preeclampsia es más común en mujeres que están embarazadas de mellizos, trillizos u otros embarazos múltiples.
- **Intervalo entre embarazos.** Tener bebés separados de dos años o más de 10 años aumenta el riesgo de preeclampsia.
- **Antecedentes de determinadas afecciones.** Tener ciertas complicaciones antes de quedar embarazada, como presión arterial alta crónica, migrañas, diabetes tipo 1 o tipo 2, enfermedad renal, coágulos de sangre o lupus, aumenta el riesgo de preeclampsia.
- **Fertilización in vitro.** El riesgo de preeclampsia aumenta si concibe el bebé mediante fertilización in vitro. (Mayra J., 2018)

Diagnostico.

Para determinar la preeclampsia, debe tener presión arterial alta y una o más de estas complicaciones después de la semana 20 de embarazo:

- Proteína en la orina (proteinuria).
- Un número bajo de plaqueta.
- Función hepática deteriorada.
- Signos de problemas renales distintos de las proteínas en la orina.
- Líquido en los pulmones (edema pulmonar).
- Aparición de cefalea o alteraciones visuales.

Anteriormente la preeclampsia se diagnostica con hipertensión arterial y proteínas en la orina sin embargo, los expertos ahora saben que incluso si no hay proteínas en la orina, es posible padecer preeclampsia. (Mayra J., 2018)

Tratamiento.

El procedimiento mas eficaz para la preeclampsia es el parto. Tiene un mayor riesgo de convulsiones, desprendimiento de la placenta, derrames cerebrales y sangrado severo hasta que su presión arterial baje. Si el embarazo no está lo suficientemente adelantado, el parto no será la mejor opción para el bebé.

Si se diagnostica preeclampsia, su médico debe aconsejarle con que frecuencia debe asistir a las visitas prenatales (quizás con más frecuencia que la recomendada durante el embarazo). Los análisis de sangre, las ecografías y las pruebas sin estrés también pueden necesitar realizarse con más frecuencia de durante un embarazo sin complicaciones. (Mayra J., 2018)

Medicamentos.

Los posibles tratamiento para la preeclampsia incluyen:

- **Medicina para bajar la presión arterial.** Estos medicamentos, llamados antihipertensivos, se utilizan para reducir la presión arterial, si está a un nivel peligroso. La presión arterial al nivel de 140/90 milímetros de mercurio (mm Hg) generalmente no se trata.
- Aunque existen muchos tipos de medicamentos antihipertensivos, algunos de ellos no son seguros durante el embarazo. Debe consultar a su médico si es necesario tomar un medicamento antihipertensivo en su situación para controlar la presión arterial.
- **Corticosteroides.** Si tienes preeclampsia grave o el síndrome de HELLP, los corticoides pueden mejorar temporalmente la función hepática y sanguínea para ayudar a prolongar el embarazo. Los corticoesteroides también facilitan que los pulmones del bebé maduren en solo 48 horas, un paso importante en la preparación de un bebé prematuro para la vida fuera del útero.

- **Medicamentos antiepilépticos.** Si la preeclampsia es grave, el médico puede recetar un fármaco antiepiléptico, como el sulfato de magnesio, para prevenir un primera ataque. (Mayra J., 2018)

1.1. Justificación.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico caracterizado por la aparición de hipertensión (140/90 mmHg) y proteinuria > 300 mg / 24 h (altas concentraciones de proteínas en la orina) durante la segunda mitad del embarazo. La etiología aún no se ha aclarado La preeclampsia se caracteriza por una mala perfusión placentaria y procesos sistémicos que afectan a varios órganos. El diagnóstico se puede realizar cuando la hipertensión se presenta después de las 20 semanas de embarazo con síntomas del sistema nervioso (dolor de cabeza), riñones, hematología o hígado. El único tratamiento es inducción al trabajo de parto o la cesárea, y puede ocurrir seis semanas después del parto.

Las complicaciones hipertensivas del embarazo afectan a aproximadamente un 10% de las gestantes, dentro de estas complicaciones se halla la preeclampsia. Los desórdenes hipertensivos son una causa de elevada morbilidad y de mortalidad materna y perinatal; siendo responsables de aproximadamente el 25% de las muertes maternas por complicación obstétrica en Latino América.

El correcto control prenatal tiene el objetivo de reducir la proporción de mujeres embarazadas con preeclampsia grave, evitar complicaciones obstétricas y perinatales, evitar al máximo el parto prematuro y maximizar la tasa de supervivencia de la madre y el niño.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo General.

Elaborar el proceso de atención de enfermería en la paciente de 34 años de edad con preeclampsia severa del Hospital Alfredo Paulson.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las necesidades de la paciente para evitar futuras complicaciones.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería utilizando las taxonomías para lograr disminuir los síntomas de la preeclampsia severa.
- Analizar la patología de la enfermedad para proporcionar educación a la paciente.

1.3. Datos Generales.

Nombre: NN

Edad: 34

Sexo: Femenino

Estado civil: Unión libre

Religió: Católica

Lugar de nacimiento: Babahoyo

Procedencia: Babahoyo

Residencia: Guayaquil

Ocupación: Ama de casa

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad acude al área de emergencia por presentar embarazo de 31 semanas de gestación según fecha de última menstruación y ecografía, paciente con alto riesgo en el embarazo por presentar hipertensión severa materna y presenta malestar general.

Historial Clínico de la Paciente

Antecedentes patológicos personales

- Hipertensión materna

Antecedentes patológicos familiares

- No refiere

Antecedentes quirúrgicos.

- 1 cesárea

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS.

Anamnesis.

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad con 31 semanas de gestación, paciente con alto riesgo en el embarazo por hipertensión materna, al momento refiere cuadro clínico de cinco días de evolución, caracterizado por dolor en región pélvica irradiada a región lumbosacra, signos vitales dentro de los parámetros normales, menos la Presión Arterial que se encuentra 135/90 mm Hg, hipertensión leve.

Signos vitales.

- Temperatura: 37°C
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Frecuencia cardíaca: 98 latidos por minuto.
- Presión Arterial: 135/90 milímetros de mercurio.
- Saturación de oxígeno: 98%

Medidas antropométricas.

- Peso: 75 kg
- Talla: 1.55 cm

Prescripción del medicamento de sus dosis días

- Nifedipino de 10 mg por vía oral por 8 horas por 4 días
- Cefalexina de 500mg por vía oral cada 8 horas por 7 días
- Paracetamol de 100 mg intravenoso por razones necesaria
- Clotrimazol de 200mg por via vaginal por 3 días

2.3. Examen físico

- **Cabeza:** Sin lesiones, Normocéfalo
- **Cuello:** Sin adenopatías
- **Tórax:** Movil, Simétrico con movimientos normales
- **Miembros superiores:** Simétricos movibles, leve edema
- **Genitales:** Tacto vaginal, cérvix se encuentra cerrado con secreción blanquecina
- **Abdomen:** Abdomen globulosos, acorde con la edad gestacional
- **Miembros inferiores:** Simétricos movibles, leve edema.

Valoración por sistemas

- **Órganos de los sentidos:** Sin alteraciones.
- **Cardiovascular:** Sin alteraciones.
- **Respiratorio:** Sin alteraciones.
- **Digestivo:** Sin alteraciones.
- **Genitourinario:** Tacto vaginal, cérvix cerrado con secreción blanquecina.
- **Osteomuscular:** Leve presencia de edema.
- **Piel y tegumentos:** mucosas hidratadas y húmedas.
- **Neurológico:** Sin alteraciones.
- **Psiquiátrico:** Sin alteraciones.

Valoración por patrones funcionales por Marjory Gordon.

- **Patrón de eliminación.** Paciente realiza sus deposiciones de forma dura 3 veces al día con facilidad, su eliminación vesical es normal.
- **Patrón de actividad y ejercicio.** La paciente no presenta ninguna alteración.
- **Patrón reposo y sueño.** Paciente duerme sus horas normales de sueño, adecuada percepción ya que cumple sus horas de reposo.
- **Patrón cognitivo y perceptual.** La paciente no presenta ninguna alteración.
- **Patrón autopercepción y autoconcepto.** La paciente no presenta ninguna alteración.

- **Rol relaciones.** Paciente en unión libre tiene apoyo de su esposo.
- **Sexualidad y reproducción.** Abstinencia sexual, patrón no alterado
- **Valores y creencias.** Paciente de religión católica muy creyente.

Patrones Funcionales Alterados.

- **Percepción y manejo de la salud.** Paciente no consume bebidas alcohólicas, no fuma, no consume sustancias psicotrópicas, y logro ponerse sus vacunas.
- **Nutricional metabólico.** Paciente con dieta hiposódica, se encuentra en su estado normal.
- **Afrontamiento tolerancia al estrés.** Paciente refiere que la situación le causa estrés debido a su cuadro clínico.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Nombres	Valor	Valor referencial
Leucocitos	11.20	5 – 10
Hemoglobina	11.2	12 – 15
Hematocrito	35.3	
VCM	98	81 – 99
Concentración media hemoglobina (mch)	31.2	32 – 38
Volumen medio plaquetario	8.3	7.4 - 10.4

Formula Leucocitaria		
Neutrófilo	7.55	2.2-4.8
Linfocito	2.96	30.0-38.0
Monocito	0.77	0.3-0.8
Eosinófilo	0.13	0.0-3.0
Basófilo	0.08	0.0-1.0
Plaquetas	343	
Recuento de glóbulos rojos	3.60	4-5.3

EXAMEN: EMO (UROANÁLISIS)

Glucosa	Normal	
Cetonas	Negativo	
Bilirrubina	Negativo	
Sangre	25	
Proteínas	Positivo	
Urobilinogeno	Normal	
Nitritos	Negativo	
Aspecto	Ligero turbio	

Color	Amarillo	
Densidad	1.010	
p.H	6.5	
Leucocitos	Negativo	
Celulas epiteliales	1.5	
Hematies	1.3	
Bacterias	184.9	0.1
Leucocitos sed	0.7	
Cilindros	0.0	

2.2 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnostico presuntivo

Hipertensión arterial

Diagnostico diferencial

Eclampsia

Diagnostico definitivo

Embarazo de 31 semanas de gestacion + preeclampsia severa

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

Segun por lo que nos podemos informar y observar, la paciente presenta un cuadro clinico caracterizado por:

- Hipertension arterial leve
- Dolor pelvico
- Malestar general
- Edema

Todos los instomas que se dan en una preeclampsia.

Variables relacionados con el problema:

- **Biologicos:** Previo al análisis la paciente no cumple con lo requerido para su bienestar.
- **Fisicos:** Edad media.
- **Sociales:** Lleva una vida tranquila y tiene una buena relación familiar.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA



DX. Exceso del volumen de líquido

Nanda: 00026
Noc: 0504
Nic: 4180, 4130

E/P Mecanismo de regulación comprometida

Dominio: Salud fisiologica II

Clase: Eliminación (F)

Etiqueta: función renal

M
E
T
A
S

ESCALA DE LIQUIDOS	
Indicadores	1
Aumento de peso	
Frecuencia cardiaca apical	
Ritmo cardiaco apical	
Ritmo respiratorio	
Edema	

Clase: Fisiológico complejo

Objetivo: Control de la perfusión arterial

Etiqueta: Manejo de la hipovolemia

Monitorización de liquido

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

- Actividades**
1. Monitorización de la presión arterial, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.
 2. Vigilar la ingesta y eliminación.
 3. Monitorizar el peso.
 4. Observar las mucosas y la turgencia de la piel y la sed
 5. Administrar diureticos prescritos.



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



DX. Dolor agudo

R/C Cambios en parametros fisiológicos

Dominio: Salud percibida (V)

Clase: Sintomatología (V)

Etiqueta: Nivel del dolor

Campo: Fisiológico: complejo

Clase: Control de farmacos

Etiqueta: Administración de analgésicos

E/P Malestar general

Escala de likert

Indicadores	1	2	3	4	5
Duración de los episodios de dolor				X	
Frotarse el area afectada					X
Gemidos y gritos					X
Expresiones faciales del dolor				X	
Irritabilidad				X	

ACTIVIDADES

1. Determinar la ubicación características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
2. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
3. Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgesico prescrito.
4. Elegir la via intrevenosa en vez de intramuscular para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible
5. Controlar los signos vitales antes y despues de la administración de los analgésicos.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 2210

M
E
T
A
S

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

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

Edema:

1. **Monitorización de la presión arterial, frecuencia cardiaca y estado de la respiración**, es necesario mantenerla monitorizada para poder comprobar si hay variación en sus signos vitales, y anotarlo en nuestro formulario correspondiente.
2. **Vigilar la ingesta y eliminación**, mantenerla monitorizada con los alimentos que consume para comprobar que tenga una buena eliminación de líquidos.
3. **Monitorizar el peso**, identificar el peso actual con el anterior para comprobar si su aumento es por la edematización, para verificar si al momento de que desaparezca el edema su peso se mantiene o no.
4. **Observar la turgencia de la mucosa y la turgencia de la piel y la sed**, observar en el cuerpo de la paciente si hay exceso de líquidos, comparar mediante un examen fisco.
5. **Administrar diureticos prescritos**, es necesario la administración de diuréticos, y mantener la vigilancia de la eliminación de los líquidos.

Dolor:

- 1. Determinar la ubicación características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente,** se realiza una valoración cefalo caudal para la localización y gravedad del dolor, para la administración del analgésico.
- 2. Comprobar el historial de alergia a medicamentos,** se lo debe de hacer para comprobar que la paciente no tenga ninguna reacción alérgica y evitar futuras complicaciones.
- 3. Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito,** se debe comprobar que todo medicamento haya sido prescrito por el medico.
- 4. Elegir la vía intravenosa en vez de intramuscular para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible,** se debe administrar por vía intravenosa para que la reacción del medicamento pueda ser mas rápida.
- 5. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos,** se debe controlar los signos vitales para comprobar que no sean alterados por la administración del fármaco.

2.8 SEGUIMIENTO

Luego de haber estado 8 horas la paciente de 31 semanas de gestación en el área de emergencia es dada de alta, se retira con una mejoría en su salud, el médico envía su tratamiento respectivo, esperando a que regrese a su nuevo control.

2.9 OBSERVACIONES

- En el estudio de caso realizado la paciente de 34 años de edad con 31 semanas de gestación se logra obtener el diagnóstico de preeclampsia severa bajo los signos y síntomas presentados y la realización de exámenes.
- Mediante su estadía en la casa de salud a la paciente se la mantuvo en control de su presión arterial a si como también de su proteinuria mediante la realización de sus exámenes correspondientes.
- Mediante la evaluación que se le realizó se pudo ejecutar su plan de enfermería realizando todas las actividades establecidas dando como resultado la mejoría de la salud de la paciente.
- La paciente fue enviada con su respectivo tratamiento, esperando que siga las indicaciones dadas por el médico, y esperando a que acuda a su próxima cita para seguir su control de la preeclampsia severa.

CONCLUSIONES

- Para concluir el presente estudio de caso en el proceso de atención de enfermería se logro proporcionar la atención de el proceso científico y asistencial que permite la interacción con el paciente para poderle proporcionar información de su enfermedad.
- Mediante el estudio de caso la preeclampsia puede mostrar que es una patología que tiene una gran prevalencia en las mujeres embarazadas en las cuales si no se tiene el debido control puede llegar a una complicación severa.
- Se logra realizar el proceso de atención de enfermería a la paciente de 34 años de edad con 31 semanas de gestación, mejorando su estado de salud y aliviando el dolor que presentaba y lograr estabilizar su presión arterial.
- Después de que la paciente dejara la casa de salud se espera que continúe su tratamiento en casa, y que pronto acuda a su respectivo control prenatal para que mantega un buen seguimiento de su enfermedad.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

Dr. Lino Rojas, g.-o. (12 de 12 de 2016). *trastornos hipertensivos del embarazo*. Recuperado el jueves de julio de 2020, de trastornos hipertensivos del embarazo: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf?fbclid=IwAR2U0Vuj52bbHkVP-9FDNwAPj3HpDNZJXCiH1T-8VylpTEmlLHX5QCsGxno

Dulay, A. T. (2019). *Preeclampsia y eclampsia*. Canada: MSD y los Manuales MSD.

Mayra J., W. (16 de noviembre de 2018). *Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy*. Recuperado el 26 de julio de 2020, de Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/diagnosis-treatment/drc-20355751>

Sanchez, D. K. (2018). Preeclampsia. *Revista Medica Sinergia*, 5.

ANEXOS



RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

ANEXOS



CONTROL DE SIGNOS VITALES