



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA ENFERMERIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**Descripción práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD EN ESTADO DE GESTACIÓN DE 39 SEMANAS CON PRE-ECLAMPSIA**

**AUTOR**

**Jessica Edilma Valencia Camacho**

**TUTOR**

**Dr. Galo Pino Icaza.**

**Babahoyo - los ríos - Ecuador**

**2020**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VI
I. MARCO TEÓRICO .....	7
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo general.....	13
1.2.2 Objetivos específico.....	13
1.3 DATOS GENERALES.....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....	14
2. 1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial del paciente .....	14
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). .....	14
2.3 Examen físico.....	15
2.3.1 Exploración General .....	15
2.3.2 Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (teoría de Marjory Gordon).....	16
2.3.3 Patrones Funcionales Alterados.....	18
2.4 información de exámenes complementarios realizados.....	18
2.4 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. ....	18
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	24
2.8 Seguimiento. ....	25
2.9 Observaciones. ....	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
Bibliografía .....	29
ANEXOS .....	32



## **DEDICATORIA**

Este trabajo de examen práctico está dedicado a Dios por haber guiado cada uno de mis pasos con su bendición durante la trayectoria personal y profesional, a mis padres, Fernando Valencia y Leonor Camacho, por siempre estar juntos, presente y ser el pilar fundamental para conseguir cada uno de los logros propuestos, a mis hermanos y amigos por su apoyo incondicional, a mis docentes ya que cada uno de ellos compartieron sus conocimientos durante la trayectoria preprofesional.

***Jessica Edilma Valencia Camacho***

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi querida Universidad Técnica de Babahoyo, a sus docentes de la facultad de salud y la carrera de Enfermería que compartieron sus conocimientos durante el proceso de formación académica y profesional.

Al docente tutor Dr. Galo Pino por impartir sus conocimientos y su apoyo incondicional durante este proceso paso a paso de la estructuración del trabajo.

Dios por brindarme sabiduría y guiarme por el camino de bien, dándome valor y ganas de salir adelante.

A mis padres por su ejemplo de superación y haberme apoyado durante todo este proceso educativo y de formación profesional

A mis familiares y amigos con quienes he compartido este proceso y a todas las personas quienes me apoyaron de forma directa o indirecta pusieron su granito de arena para que esto sea posible.

***Jessica Edilma Valencia Camacho***

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD EN ESTADO DE GESTACIÓN DE 39 SEMANAS CON PRE-ECLAMPSIA**

## RESUMEN

Preeclampsia uno de los trastornos hipertensivos que se atribuyen al embarazo generalmente aparece después de la semana 20 de gestación y que puede estar presente hasta el parto y puerperio, estudios científicos lo asocian a la morbilidad y mortalidad materno fetal, se caracteriza por un alza en la presión arterial  $\geq 140/90$  mas la presencia de proteínas en la orina (proteinuria), La preeclampsia varía entre un 5% y un 10% en los países desarrollados, pero esta cifra podría elevarse hasta alcanzar un 18% en algunos países en vías de desarrollo, estos trastornos requieren de atención especializada en unidades de mayor complejidad debido a que sus complicaciones afectan a otros sistemas y órganos con más frecuencia en hígado y riñones. El control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado, y parto son las medidas más eficaces para disminuir la tasa de mortalidad por esta causa, la falta de acceso a una atención médica de calidad es el principal obstáculo para la reducción de la mortalidad materna, debido al lugar, distancia y falta de transporte a los hospitales de especialidad. En algunos lugares del mundo el 50% de las mujeres rurales viven a más de 5 km del hospital más cercano, según las guías de prácticas clínicas del Ministerio de Salud Pública los trastornos hipertensivos en el embarazo esta considerados como una emergencia ginecológica y se ha establecido protocolos de actuación, en todos los niveles de atención de salud.

**Palabras clave:** Preeclampsia, morbilidad, mortalidad, proteinuria, emergencia.

## **ABSTRACT**

Preeclampsia one of the hypertensive disorders attributed to pregnancy usually occur after the 20th week of gestation and may be present until childbirth and postpartum, scientific studies associate it with fetal maternal morbidity and mortality, is characterized by an increase in blood pressure  $\geq 140/90$  plus the presence of proteins in the urine (proteinuria), Preeclampsia ranges from 5% to 10% in developed countries, but this figure could rise to 18% in some developing countries, these disorders require specialized care in more complex units because their complications affect other systems and organs more often in the liver and kidneys. Prenatal monitoring, timely diagnosis, proper management, and childbirth are the most effective measures to reduce the mortality rate from this cause, lack of access to quality health care is the main obstacle to reducing maternal mortality, due to the location, because of the place, distance and lack of transportation to specialty hospitals. In some parts of the world, 50% of rural women live more than 5 km from the nearest hospital, according to the clinical practice guidelines of the Ministry of Public Health hypertensive disorders in pregnancy is considered as an gynecological emergency and protocols of action have been established at all levels of health care.

Keywords: Preeclampsia, morbidity, mortality, proteinuria, emergency.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son una causa importante de mortalidad grave, discapacidad crónica y muerte de madres, fetos y recién nacidos. En América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con estas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.

Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados atribuidos a los trastornos hipertensivos en el embarazo siendo el resultado de la escasa adherencia a los servicios de salud, controles prenatales y de asistencia obstétrica, así como la referencia tardía a los establecimientos de salud de mayor complejidad para atender estas emergencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la incidencia de preeclampsia es 7 veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. En Norteamérica y Europa se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%.

En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo).

El diagnóstico y tratamiento médico en conjunto con el proceso de atención de enfermería oportuno, disminuye complicaciones en el embarazo y nos ayuda a garantizar el bienestar materno/fetal.

## I. MARCO TEÓRICO

### PRE-ECLAMPSIA

Síndrome multisistémico del embarazo y puerperio en el que se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto en las dos primeras semanas, caracterizado por un cuadro de hipertensión arterial  $\geq 140/90$  mmHg y proteinuria. (BARRERA , ROMAN , & RODRIGUES , 2011, pág. 11)

### Preeclampsia / Eclampsia

Síndrome clínico exclusivo del embarazo caracterizado por hipertensión que aparece o que empeora después de las 20 semanas y que usualmente se asocia a proteinuria. Para su diagnóstico la elevación de presión arterial debe acompañarse de uno o más de los siguientes: (Carballo & Y Abuabara , 2018, pág. 71)

- ✓ Proteinuria en rango significativo.
- ✓ Disfunción de órgano en la madre (Trombocitopenia, Insuficiencia renal, Disfunción hepática, Edema pulmonar, Trastornos visuales o neurológicos).
- ✓ Disfunción útero placentaria.

Clasificación de la hipertensión en el embarazo está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos producidos en el embarazo. La clasificación de los trastornos hipertensivos gestacionales está basada en el momento de la presentación y en las dos más comunes manifestaciones de la preeclampsia: la hipertensión arterial y la proteinuria. Acorde con los valores de Tensión Arterial y por la edad gestacional se la clasifica en: (MSP, 2012, pág. 11)

Presentación antes de las 20 semanas de embarazo

- ✓ Hipertensión arterial crónica.
- ✓ Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida.

## Presentación después de las 20 semanas de embarazo

- ✓ hipertensión gestacional.
- ✓ Preeclampsia.
- ✓ Eclampsia.

El punto clave para determinar el tipo de trastorno hipertensivo gestacional radica en la determinación de proteínas en orina (proteinuria). Para definir proteinuria, tomar el punto de corte en la tira reactiva  $\geq 2+$ ; para proteinuria significativa tomar  $\geq 300$  mg/L en orina de 24 horas. (MSP, 2012, pág. 11)

De los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia es la forma más común. La tasa de preeclampsia varía entre un 5% y un 10% en los países desarrollados, pero esta cifra podría elevarse hasta alcanzar un 18% en algunos países en vías de desarrollo persiste como una causa principal de morbimortalidad materna y perinatal en todo el mundo. (MSP, 2012, págs. 11,12)

## **EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA**

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%. (VARGAS , ACOSTA , & MORENO, 2012)

Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos potencialmente mortales, como desprendimiento de la placenta, la lesión renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia o ruptura hepáticas, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y progresión a la eclampsia. A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas (es decir, como

resultado de las complicaciones obstétricas del embarazo), están asociados con la preeclampsia – eclampsia. (MSP, 2016, pág. 21)

## **FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PREECLAMPSIA**

La probabilidad de preeclampsia con manifestaciones severas aumenta de manera sustancial en mujeres con historia de preeclampsia, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, obesidad, hipertensión crónica, Nuliparidad, extremos de la edad >35 y < 20 años, embarazo múltiple enfermedades autoinmunes, Insuficiencia renal. (GOMEZ, 2014, pág. 322)

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PREECLAMPSIA**

- ✓ **Hipertensión arterial:** 140/90 o más alta.
- ✓ **Presencia de proteínas en su orina:** 300 miligramos en una recolección de 24 horas o 1+ en paleta.
- ✓ **Edema en las manos, pies o cara,** especialmente alrededor de los ojos, que se observa mediante la formación de un hueco al presionar con un dedo. El edema de desarrollo súbito es siempre sospechoso.
- ✓ **Cefalea,** que no ceden, incluso tomando medicación.
- ✓ **Cambios en la visión,** doble visión, visión borrosa, destellos de luz o auras.
- ✓ **Nauseas o dolor en la parte superior del abdomen,** que algunas veces se confunde con indigestión, dolor de vesícula o gripe. Sin embargo, la presencia de nauseas en las últimas fases del embarazo no es normal.
- ✓ **Súbita ganancia de peso** de 1 kilo (2 libras) o más en el lapso de una semana.
- ✓ **Dificultad para respirar,** jadeo, o falta de respiración.

## **AFECTACIÓN FETAL**

La alteración de la circulación útero placentaria afecta a las funciones placentarias que mantienen al feto. La mortalidad perinatal es elevada y causa otras complicaciones: prematuridad, insuficiencia placentaria y retraso del crecimiento fetal. es la causa más importante de retraso del crecimiento en fetos únicos sin anomalías congénitas. (BONILLA, 2008, pág. 320)

## RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Recomendaciones para la toma de la tensión arterial. Durante las visitas preconcepcional y prenatal, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente. La OMS recomienda un mínimo de 5 controles prenatales. Siendo las cifras de Tensión Arterial fundamentales para el diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos gestacionales. (MSP, 2012, pág. 15)

## TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EMERGENCIAS HIPERTENSIVA

El tratamiento de la hipertensión puede prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares en la preeclampsia, pero no altera el curso natural de la enfermedad. Se pueden utilizar los siguientes medicamentos:

- ✓ **Hidralazina.** Ampolla de 20 mg/4cc, bolo de 15- 20 minutos hasta un máximo de 30 mg o una infusión a 0.5 -10 mg/hora.
- ✓ **Labetalol.** Ampollas de 100 mg/20cc: Inicio con 10 mg (2 cc) o 20 mg (4 cc) endovenosos, si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 cc) y luego a 80 mg (16 cc) cada 10 a 15 minutos hasta dosis acumulada de 300 mg.
- ✓ **Nifedipina.** De corta acción capsulas o tabletas de 10 miligramos vía oral cada 20 minutos hasta 3 tabletas y luego 1 tableta cada 6 horas.
- ✓ **Sulfato de Magnesio.** La administración de sulfato de magnesio en mujeres con preeclampsia severa se asocia a una disminución del 58% del riesgo de eclampsia (IC 95% 40-71%). En presencia de convulsiones, el sulfato de magnesio continúa siendo el tratamiento de elección. (Fescina R, De Mucio B, EI, & D, 2012, pág. 17)

### Preparación y administración de 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). (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA , 2017, pág. 29)

En caso de toxicidad por el sulfato de magnesio, aplicar gluconato de calcio al 10%, 1 g por vía intravenosa en 10 minutos.

### **Intervenciones de enfermería**

- ✓ Revalorar a la paciente cada 15 minutos:
- ✓ Control y registro de signos vitales (PA, FC, FR, Sat O2, nivel de conciencia), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos
- ✓ Administración de medicamentos que disminuyan signos y síntomas.
- ✓ Control y registro de diuresis
- ✓ Asegurar el suministro de oxígeno suplementario
- ✓ Evaluar continuamente la presencia de signos de gravedad. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA , 2017)

Las enfermeras trabajan en colaboración con médicos, obstetras y ginecólogos. En los casos que están más allá de su experiencia, consultan a otros proveedores de atención médica o remiten a las pacientes a ellos. Estos casos pueden incluir embarazos de alto riesgo y el cuidado de mujeres embarazadas que también padecen una enfermedad crónica. ( Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., 2020)

## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

Estudio de caso que tiene la finalidad de identificar las intervenciones de enfermería junto con el equipo de salud, para el tratamiento de preeclampsia en paciente gestante, es una emergencia obstétrica de gran controversia en su manejo, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria durante la fase tardía del embarazo, alterando la función hepática y signos neurológicos, incrementando el número de hospitalizaciones, afecta negativamente al embarazo y se asocia a gran morbimortalidad materna y neonatal.

Debido al alto nivel de mortalidad las unidades de atención hospitalaria han establecido protocolos de atención en pacientes gestantes con preeclampsia teniendo en cuenta que se ha convertido en un problema de salud pública.

La identificación de factores que causan la preeclampsia en el embarazo no solo es trabajo de obstetricia, debe ser identificado por todo el equipo de salud como: medicina general, obstetricia y enfermería, etc. Las intervenciones y tratamiento oportuno disminuyen las complicaciones materno-fetales, por los efectos que causa en órganos y sistemas como el nervioso central, hígado, riñones, corazón y de coagulación.

Enfermería es una profesión que constituye una ciencia y disciplina que tiene como objetivo ayudar al individuo, familia y comunidad a recuperar su salud a través de los cuidados que son; conjunto de actuaciones, servicios asistenciales, afectivos con sentido humanístico, calidez, seguridad y conocimientos científicos.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería que brinde el tratamiento y los cuidados adecuados que requiere la madre gestante, antes durante y después del parto.

### **1.2.2 Objetivos específico**

- ✓ Identificar las necesidades y problemas de salud de la gestante.
- ✓ Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.
- ✓ Ejecutar de manera oportuna las acciones y actividades de enfermería planificadas y programadas para el tratamiento de trastornos hipertensivos.
- ✓ Brindar atención integral con enfoque físico, psicológico y social a la gestante.

### **1.3 DATOS GENERALES**

**Nombre:** N N

**Edad:** 24 años

**Sexo:** Femenino

**Raza:** Mestiza

**Estado civil:** Casada

**Grupo sanguíneo:** RH O+

**Procedencia:** Guayaquil

**Ocupación:** Ama de casa

**Nivel de estudios:** Bachiller

**Menarquia:** 14 Años

**Primera relación Sexual:** 16 Años

**Parejas sexuales:** 1

**Número de hijos:** 1

**Gestas:** 2

**FUM:** Desconoce

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO**

### **2. 1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial del paciente**

Se recibe paciente de sexo femenino NN de 24 años de edad que ingresa por emergencia al área de ginecología, con 39 semanas de edad gestacional presentando cuadro clínico de 20 horas de evolución caracterizado dolor tipo cólico contráctil en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra acompañada de eliminación de moco, cefalea, más edema de extremidades inferiores, al momento de la valoración paciente se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, presentando signos vitales de: PA: 144/99, FC: 112, FR: 20, Spo2: 99, T: 36.4, Proteinuria: +, Riesgo obstétrico: 2 Scorre Mama: 5

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

#### **ANTECEDENTES PERSONALES**

- ✓ Cesárea anterior 1 año 5 meses
- ✓ No refiere alergias

- ✓ Esquema de vacunación completo.
- ✓ Gestas: 2, Controles prenatales: 5, Ecografías: 2

En la semana 38 de gestación empezó a presentar edema de extremidades inferiores, contracciones en hipogastrio con irradiación lumbar y subidas ocasionales de presión arterial, para lo que el medico prescribió.

Nifedipino 10 miligramos si presión arterial es mayor o igual a 140/90 mm/hg

Monitoreo fetal cada día.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

- ✓ Paciente refiere que madre es diabética desde hace 4 años.
- ✓ Padre hipertenso controlado desde hace 7 años

## **2.3 Examen físico**

### **2.3.1 Exploración General**

Paciente de sexo femenino de 24 años gestante, que se encuentra neurológicamente orientada en tiempo espacio y persona con facies de dolor y ansiedad

**Cabeza:** normo céfalo, con buena implantación de cabello, sin alteraciones, ni insectos.

**Ojos.** Cejas y pestañas bien implantadas, pupilas isocóricas.

**Nariz.** Fosas nasales permeables, tabique nasal sin desviaciones.

**Boca.** Mucosas semi húmedas, piezas dentales completas con ausencia de caríes.

**Oído.** Simétricos, pabellón bien formado, conducto auditivo externo permeable, con presencia de cerumen.

**Cuello.** Cilíndrico, sin adenopatía, movimientos conservados.

**Piel.** piel blanca, hidratada, sin presencia de manchas, se observa estrías en región abdominal a causa del embarazo.

**Tórax.** expandibles campos pulmonares ventilados, respirando espontáneamente, ruidos cardiacos rítmico, mamas simétricas, con aréolas pigmentadas.

**Abdomen.** Globuloso acorde con edad gestacional 39 semanas producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal 145 latidos por minuto, estrías visibles, cicatriz de cesárea anterior, ruidos hidroaéreos presentes.

**Extremidades superiores.** Simétricas, movilidad conservada, sin presencia de lesiones

**Extremidades inferiores.** Móviles, simétricas, con presencia de edema +/-+++, sin cicatrices.

**Valoración ginecológica.** al tacto vaginal se observa cérvix dilatado 2 cm, borramiento 50%, con pérdida de moco cervical, en moderada intensidad.

**Genitales.** Sin alteraciones evidentes, diuresis conservada al momento paciente permanece con catéter urinario, presencia de vello púbico, clítoris centrado.

**Examen neurológico.** Paciente orientado en tiempo espacio y persona.

**Escore Mama.** 5

### **2.3.2 Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (teoría de Marjory Gordon)**

#### **1. PATRON PERCEPCION MANEJO DE SALUD**

Controles prenatales 5, ecografías 2, carnet de vacunación completo.

#### **2. PATRON NUTRICIONAL**

Come tres comidas al día más fruta diaria, toma 8 vasos de agua durante el día, durante las últimas semanas de embarazo ha presentado edema en las extremidades inferiores.

#### **3. PATRON ELIMINACION**

Eliminación urinaria conservada con una coloración ámbar, al momento paciente permanece con catéter urinario para cuantificar cantidad de orina.

#### **4. PATRON ACTIVIDAD/REPOSO**

Realiza caminatas diarias, paciente activa reactiva con movilidad conservada, debido al dolor tiene dificultad para conciliar el sueño y solo a dormido 4 horas, lo que le provoca ansiedad.

#### **5. PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN.**

Orientada en tiempo espacio y persona, responde favorablemente al interrogatorio.

#### **6. AUTOPERCEPCIÓN**

Se considera una persona capaz de tomar sus propias decisiones.

#### **7. ROL/RELACIONES**

Vive con su esposo he hijo, considera que tiene una buena relación con ellos, eso le permite vivir en armonía, colabora con interrogatorio de manera satisfactoria.

#### **8. PATRON SEXUALIDAD/REPRODUCTIVA**

Paciente de 39 semanas de gestación, hipertensión arterial 144/99 mmHg, presentando dolor tipo contráctil de moderada intensidad en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra acompañada eliminación de moco cervical, cefalea, más edema de extremidades inferiores.

#### **9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Paciente de sexo femenino de 39 se manas de gestación, presentando dolor, no ha podido dormir horas completas, eso le hace sentir cansada.

#### **10. PRINCIPIOS VITALES**

Religión Católica, es creyente y refiere con la bendición de dios todo saldrá bien

#### **11. SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Antecedentes de cefalea, con una presión arterial de 144/99 mmHg, edema en extremidades inferiores permanece en compañía de su esposo.

#### **12. CONFORT**

Presenta dolor en el vientre que se irradia a la región lumbosacra, expresión verbal de dolor, inquietud angustia, edema en extremidades inferiores, cefalea.

### 13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Talla 160, peso 75 kilogramos ha subido de peso durante el embarazo-

#### 2.3.3 Patrones Funcionales Alterados

1. PATRON SEXUALIDAD Y REPRODUCTIVA
2. PATRON SEGURIDAD Y PROTECCIÓN
3. PATRON ACTIVIDAD/REPOSO
4. PATRON CONFORT

#### 2.4 información de exámenes complementarios realizados

##### EXÁMENES DE LABORATORIO

LEUCOCITOS.	8.30	/MM3	4 - 10
NEUTROFILOS.	5.36	/MM3	2 - 7.5
LINFOCITOS.	1.51	/MM3	1 - 4
MONOCITOS.	0.78	/MM3	0.5 - 1.5
EOSINOFILOS.	0.60	/MM3	0 - 0.5
BASOFILOS.	0.06	/MM3	0 - 0.2
ERITROCITOS.	4.01	/MM3	3.8 - 5.8
HEMOGLOBINA.	11.4	G/DL	11.5 - 16
HEMATOCRITO.	33.5	%	37 - 47
Bilirrubina.	0,20		
Plaquetas.	262%		
TP	11.4	segundos	
TTP	30	segundos	
TGO	20		
TGP	21		

GRUPO SANGUINEO O RH +

HIV: NO REACTIVO

VDRL: NO REACTIVO

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

Diagnósticos diferenciales

- ✓ Hígado graso del embarazo.

- ✓ Microangiopatías trombóticas (púrpura trombocitopénica trombótica y síndrome urémico-hemolítico).
- ✓ Lupus eritematoso sistémico.
- ✓ Síndrome anticuerpo antifosfolipídico catastrófico.

Diagnostico definitivo

- ✓ Embarazo de 39 semanas + preeclamsia

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

Manejo integral y cuidados farmacológicos y terapéuticos, valoración de patrones funcionales e identificación de los patrones afectos actividades dependientes, interdependientes e independientes enfocados a la paciente familia y comunidad.

**Intervenciones dependientes:** identificación del problema de salud del paciente, aplicación de las indicaciones y prescripción farmacológica realizada por médico tratante.

**Intervención interdependiente:** Canalización de vía periférica, toma de muestras de laboratorio.

**Intervención independiente:** Educar al paciente a identificar signos de alarma, el tratamiento que se le va a realizar, la medicación que se va a utilizar, brindarle apoyo emocional, diagnostico e intervenciones de enfermería.

NANDA:00209  
NOC: 2509  
NIC: 6960

**Dominio:** 8 Sexualidad **DX/E:** Riesgo de la alteración de la diada materna fetal  
**clase:** 3 proceso de maternidad (T. Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2018)

**R/C:** Complicaciones del embarazo, compromiso fetal del transporte de oxígeno(hipertensión), dolor en epigastrio,

**E/P:** Cefalea, PA: 144/99 mmHg, edema de extremidades inferiores, proteinuria, eliminación de moco cervical.

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** VI salud familiar

**Clase:** Estado de salud de los miembros de la familia

**Etiqueta:** Estado materno preparto (MOORHEAD, JHONSON , & SWANSON, 2014, pág. 358)

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
(250907) Orientación cognitiva				X	X
(250910) Reflejos neurológicos				X	X
(250916) Presión arterial		X			X
(250919) Proteinuria		X			X
(250906) Cefalea		X			X
(250905) Edema		X		X	

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

**Campo:** 5. Familia

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

**Etiqueta:** Cuidados prenatales (BULECHEK, DOCHTERMAN, & BUTCHER, 2014, pág. 168)

- ACTIVIDADES**
1. Monitorización de signos vitales cada 15 minutos durante una hora
  2. Canalización de vía periférica
  3. Se administra medicación prescrita por médico de guardia.
  4. Ayudar a la paciente a prepararse para el trabajo de parto
  5. Control de ingre y egreso de líquidos
  6. Comprobar la frecuencia cardiaca fetal.
  7. Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que implique una notificación inmediata.
  8. Estableces un plan de seguimiento clínico.
  9. Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionado con el embarazo.

NANDA:00132  
NOC: 2006  
NIC: 1400

**Dominio:** 12 Confort, **DX/E:** Dolor agudo, **Clase:** 1 Confort físico (T. Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2018)

**R/C:** Agentes lesivos físicos, cambios en el patrón del sueño.

**E/P:** Ansiedad, inquietud, dolor en herida quirúrgica escala de Eva 8/10

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** V salud percibida

**Clase:** U salud y calidad de vida

**Etiqueta:** Estado de salud personal (MOORHEAD, JHONSON , & SWANSON, 2014, pág. 353)

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
(200609) Función sensorial			X		X
(200626) Función cognitiva			X		X
(200630) Control de dolor		X			X
(200609) Pauta sueño-descanso		X		X	
(200604) Nivel de confort		X			X
(200624) Equilibrio del estado de animo		X		X	

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

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** E Fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** Manejo del dolor (BULECHEK, DOCHTERMAN, & BUTCHER, 2014, pág. 310)

- ACTIVIDADES**
1. Valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características duración, intensidad, factores desencadenantes.
  2. Colocar al paciente en forma que facilite la comodidad.
  3. Administración de antibiótico y analgésicos para disminuir dolor
  4. Identificar cambios en el estado físico del paciente.
  5. Analizar las opciones de terapia/tratamiento.
  6. Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deben informarse al cuidador.
  7. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.



# ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



## PROCESO DE

**Dominio:** 11 Seguridad/Protección **DX/E:** Riesgo de caídas **Clase:** 2 Lesión física (T. Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2018)

**R/C:** Elevación de la presión arterial, Antecedentes de cefalea, deterioro cognitivo

**E/P:** PA: 140/90, edema de extremidades inferiores, recuperación post anestésica.

**Dominio:** IV Conocimiento conducta de salud

**Clase:** S Conocimiento de salud

**Etiqueta:** Conocimiento prevención de caídas (MOORHEAD, JHONSON, & SWANSON, 2014, pág. ...)

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** V Control de riesgos

**Etiqueta:** Prevención de caídas (BULECHEK, DOCHTERMAN, & BUTCHER, 2014, pág. 378)

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(182802) Uso correcto de mecanismos de seguridad		X		X	
(102803) Calzado adecuado			X		X
(182815) Cambios en la presión sanguínea que aumenta el riesgo de caídas		X			X
(182812) Medicamentos que aumentan el riesgo de caídas		X			X

### ACTIVIDADES

1. Monitorización de signos vitales
2. Identificar conductas y factores que afecten al riesgo de caídas.
3. Ayudar a la deambulacion del paciente.
4. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
5. Monitorización de la administración de medicamentos prescritos.
6. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse si lo precisa.
7. Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
8. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.

NANDA: 00155  
NOC: 1828  
NIC: 6490

M  
E  
T  
A  
S

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



PROCESO DE

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: 00198  
NOC: 0004  
NIC: 1850

**Dominio:** 4 Actividad/reposo DX/E: trastorno de patrón del sueño Clase: 1 Sueño (T. Heather Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2018)

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Malestar físico

**E/P:** Dolor herida quirúrgica, dificultad para conciliar el sueño

**Dominio:** I Salud funcional

**Clase:** A Mantenimiento de energía

**Etiqueta:** Sueño (MOORHEAD, JHONSON , & SWANSON, 2014, pág. 549)

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
(000401) Horas de sueño		X		X	
(000425) Dolor		X		X	
(000403) Patrón del sueño		X		X	
(000421) Dificultad para conciliar el sueño		X			X

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

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** F Facilitación del autocuidado

**Etiqueta:** Mejora del sueño (BULECHEK, DOCHTERMAN, & BUTCHER, 2014, pág. 334)

- ACTIVIDADES**
1. Ajustar un ambiente que favorezca el sueño.
  2. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/vigilia del paciente.
  3. Enseñar al paciente a controlar el patrón del sueño.
  4. Disponer/levar a cabo medidas agradables; mensaje, contacto afectuoso.

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

Antihipertensivos usados en pacientes gestantes para el tratamiento de preeclampsia son prescritos de acuerdo con el cuadro clínico que presenta la paciente, para evitar futuras complicaciones materno-fetales, como eclampsia y síndrome de HELLP, que pone en riesgo la vida materno fetal.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera interdependiente con otros miembros del equipo de salud.

### **Articulación de modelo y teoría de enfermería con el PAE**

#### **VIRGINIA HENDERSON**

Teoría de las necesidades humanas y definición de enfermería. Fue una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Henderson se preocupa por definir modelos de función de la enfermería, y de esta manera intenta romper con la idea de una enfermería exclusivamente técnica y procedimental, concebida como extensión de la práctica médica.

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia.

Henderson establece 14 necesidades.

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.
6. Selección apropiada de la ropa.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción.
13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.

Define la enfermería como la “asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a lograr una muerte digna. Son actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia”.

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA [00209] - RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNO/FETAL.**

Este diagnóstico se define por una respuesta de «vulnerabilidad a la alteración de la díada simbiótica materno/fetal, como resultado de comorbilidad o afecciones relacionadas con el embarazo, que pueden comprometer la salud del feto». Esta situación parte de un riesgo preexistente asociado a comorbilidad por patologías presentes en la madre como diabetes mellitus, hipertensión o cualquier otra enfermedad que pueda predisponer a cualquier tipo de interrupción del proceso de gestación. Cualquier complicación que ponga en compromiso el transporte fetal de oxígeno. (D. Muñoz Jiménez & M. Sanz Guijo, pág. 17)

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 00155 RIESGO DE CAÍDAS**

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se definen como acontecimientos involuntarios. En las embarazadas con trastornos hipertensivos, sobre todo en las que hay un deterioro cognitivo, como en orientación o estado de conciencia, hay que tener mayor precaución ya que es un factor de riesgo, que puede ocasionar caídas y estas llevar a lesiones mayores, esto se puede evitar con medidas sencillas como el uso de barandales, freno de cama, vigilancia continua. Siendo la prevención de caídas en pacientes hospitalizados uno de los indicadores de calidad en enfermería. (Martínez, 2016, pág. 61)

## **2.8 Seguimiento.**

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

- ✓ Canalización de vía periférica
- ✓ Colocación de catéter urinario
- ✓ Monitorización de signos vitales cada 15 minutos
- ✓ Control de balance hídrico
- ✓ Paso de paciente a centro obstétrico

#### FLUIDO TERAPIA

- ✓ Solución salina al 0,9% 1000ml a 30 gotas por minuto
- ✓ Solución salina al 0,9% 80ml + 4 gramos (2 ampollas) de sulfato de magnesio pasar a 300ml por hora
- ✓ Solución salina al 0,9% 450ml + 10 gramos (5 ampollas) de sulfato de magnesio a 50 ml por hora

#### NOTA DE PARTO

Paciente ingresa a quirófano con signos vitales PA: 105/70, FC: 99, FR: 18, T: 36.5, SO<sub>2</sub>: 99%, mediante procedimiento quirúrgico, se extrae producto único vivo de sexo femenino, con un peso de 3200 gramos, talla 47.5, Apgar 8/9/9, edad gestacional 39 semanas, líquido amniótico en moderada cantidad, placenta madura, síndrome de adherencia severo, alumbramiento completo y limpieza de cavidad uterina se realiza sutura plano por plano, se extrae coágulos por la vagina, paciente continua con la primera dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio, presentando signos vitales PA: 119/79, FC: 75, FR: 18, T: 36.1, SO<sub>2</sub>: 98%

#### NOTA DE HOSPITALIZACIÓN

Se recibe paciente femenino de 24 años que cursa 4 horas de evolución de puerperio quirúrgico + preeclampsia, donde es valorada por médicos de guardia, continúa con la segunda dosis de sulfato de magnesio su presión arterial y demás signos vitales dentro de los rangos normales PA: 102/70, FC: 83, FR: 20, T: 36.5, SO<sub>2</sub>: 99%, cumple con esquemas de antibiótico terapia, se brinda cuidados de enfermería y confort, luego cumplir las 48 horas post parto es valorada por médico de guardia, y según criterio de medico es dada de alta.

#### PLAN DE TRATAMIENTO

- ✓ Solución salina al 0,9% 1000ml a 30 gotas por minuto.
- ✓ Solución salina al 09% 450ml + 10 gamos (5 ampollas) de sulfato de magnesio a 50 ml por hora.
- ✓ Gentamicina 100mg por vía intravenosa cada día.
- ✓ Tramadol 100mg por vía intravenosa cada 8 horas.
- ✓ Nifedipino 10mg por vía oral cada 8 horas.
- ✓ Ampicilina + sulfabactan 1.5 gamos por vía intravenosa cada 8 horas.
- ✓ Sales de hierro + ácido fólico una tableta por vía oral cada día.

#### PLAN DE ALTA

Paciente de sexo femenino de 24 años orientada en tiempo y espacio es dada de alta luego de que cursa 48 horas post parto, loquios ausentes, mamas secretando leche materna con signos vitales PA: 110/65, FC: 98, FR: 19, T: 36.5, SO2: 99%, proteinuria negativa, paciente usa método anticonceptivo oral.

#### TRATAMIENTO

Hierro 200 mg cada día

Ibuprofeno 400mg cada 8horas por 10 días

Cefalexina 500mg cada 8 horas por 14 días

Dieta rica en vitaminas y proteínas

#### **2.9 Observaciones.**

Todo caso de trastorno hipertensivo en gestantes debe ser tratado en hospitales de mayor complejidad, bajo estricta vigilancia ya que podría poner en riesgo la vida del feto y la madre, por lo que se debe iniciar tratamiento farmacológico con

antihipertensivos que debe ser vigilado durante su aplicación inicial y mantenimiento, una vez que la paciente se encuentre estable, es aconsejable y si las condiciones de la madre y el feto lo permite dar por terminado el embarazo, lo que va a depender de la edad gestacional que presente.

## **CONCLUSIONES**

Los trastornos hipertensivos el embarazo, la OMS afirman que están considerados como una de las causas de morbilidad y morbimortalidad materno/fetal, como resultado de una escasa adherencia a los servicios de salud, teniendo una incidencia 7 veces mayor en los países en vías de desarrollo, como consecuencia que un gran número de pacientes vienen áreas rurales a una distancia mayor a 5 km del hospital más cercano a su domicilio siendo este uno

de los factores que complican el estado de salud la paciente, la intervención y tratamiento oportuno evitara futuras complicaciones materno/fetales en órganos y sistemas, se debe contar con un equipo de salud multidisciplinario, siendo fundamental el proceso de atención de enfermería que tenga como propósito satisfacer las necesidades física, psicológicas que favorezcan la reintegración de la paciente a la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografía

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (4 de Agosto de 2020). *MedlinePlus*. Obtenido de [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002000.htm#:~:text=La%20enfermera%](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002000.htm#:~:text=La%20enfermera%20de%20la%20paciente,a%20la%20sociedad)

20obstetra%20recibe%20educaci%C3%B3n,y%20realizar%20la%20valoraci%C3%B3n%20f%C3%ADsica.

BARRERA , A., ROMAN , S., & RODRIGUES , E. (2011). *Guía práctica clínica intervenciones de enfermería en paciente con preeclampsia/ eclampsia*. Recuperado el 22 de julio de 2020, de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586\\_GPC\\_Enfermeriaenpreeclampsia/586GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586_GPC_Enfermeriaenpreeclampsia/586GER.pdf)

BONILLA, F. (2008). En *Obstetricia, Reproducción Y Ginecología Básicas* (pág. 320). ESPAÑA: Editorial Medica PANAMERICANA.

BULECHEK, G., DOCHTERMAN, J., & BUTCHER, H. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*. ESPAÑA: ELSEVIER.

Carballo, V., & Y Abuabara , a. (2018). Hipertensión en embarazo. *RELAHTA • Foro Internacional de Medicina Interna* , 71.

D. Muñoz Jiménez , & M. Sanz Guijo. (s.f.). *NIC, NOC Y NANDA en trabajo de Matrona de gestación y parto*. Obtenido de [https://aula.campuspanamericana.com/\\_Cursos/Curso01247/Temario/M5T5/M5T5-Texto.pdf](https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01247/Temario/M5T5/M5T5-Texto.pdf)

Fescina R, De Mucio B, El, O., & D, J. (2012). Obtenido de Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es)

GOMEZ, L. (2014). Actualización en la fisiopatología de la Preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 322.

Martínez, A. C. (2016). Obtenido de Proceso de atención de enfermería para paciente con eclampsia : <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4630/PCE%20de%20paciente%20con%20eclampsia.%20para%20defensa%20listo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA . (2017). *Score MAMÁ y clavesobstétricas*. Obtenido de <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICA S.pdf>

MOORHEAD, S., JHONSON , M., & SWANSON, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería NOC Quinta edición*. Barcelona España: ELSEIER.

MSP. (19 de 11 de 2012). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA*. . Obtenido de TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TRASTORNOS%20HIPERTENSIVOS%20DEL%20EMBARAZO.pdf>

MSP. (DICIEMBRE de 2016). *TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP\\_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf)

T. Heather Herdman, & Shigemi Kamitsuru. (2018). *Diagnósticos de nefemeria NANDA internacional definiciones y clasificaciones 2018-2020*. ELSEVIER.

VARGAS , V., ACOSTA , G., & MORENO, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *SCIELO*.

## ANEXOS

### 1. MEDIDAS DE CONTROL DE LA SALUD FETAL.

	<b>HIPERTENSIÓN GESTACIONAL</b>	<b>PREECLAMPSIA</b>
<b>ECOGRAFÍA</b> Evaluación de crecimiento fetal y volumen de líquido amniótico	Si es normal, repetir cada 4 semana o antes si la condición materna se modifica	Con resultados normales, repetir biometría cada 2 semanas con evaluación semanal de líquido amniótico
<b>MONITOREO FETAL ANTEPARTO</b>	Al momento del diagnóstico y semanalmente o cada 72 horas a partir de semana 32	Al momento del diagnóstico y cada 72 horas a partir de semana 32
<b>DOPPLER</b> Evaluación de arterias umbilical, cerebral media y uterina	Según el caso, cada 7 a 14 días	Según el caso, cada 7 a 14 días

(MSP, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. , 2012, pág. 18)

### 2. RECOMENDACIONES PARA LA DETERMINACIÓN CUALITATIVA DE PROTEINURIA.

Resultados de Tirilla Reactiva	Equivalente
Negativa	<30 mg/dl
1+	30 a 100 mg/dl
2+	100 a 300 mg/dl
3+	300 a 1000 mg/dl
4+	>1000 mg/dl

(MSP, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. , 2012, pág. 16)

### 3. CRITERIOS DE GRAVEDAD Y/O AFECTACIÓN DE ÓRGANO BLANCO EN PREECLAMPSIA

<b>PARÁMETRO</b>	<b>HALLAZGO</b>
<b>Presión arterial</b>	Presión arterial PAS $\geq$ 160 mmHg o PAD $\geq$ 110 mmHg
<b>Recuento de plaquetas</b>	Trombocitopenia (< a 100 000 / micro litro)
<b>Función hepática</b>	Elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación y que no se explica con otro diagnóstico
<b>Función renal Insuficiencia renal progresiva</b>	renal Insuficiencia renal progresiva: concentraciones séricas de creatinina > a 1.1 mg/dL o el doble de las concentraciones séricas de creatinina basales en ausencia de enfermedad renal

<b>Integridad pulmonar</b>	Edema pulmonar (no atribuible a otras causas)
<b>Integridad neurológica</b>	Afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión, etc.)

(MINISTERIO DE SALUD PUBLICA , 2017, pág. 28)

#### 4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

FARMACO	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION	COMENTERIOS
Nifedipino sólido oral de 10 mg 10 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta.</li> <li>✓ Dosis máxima: 60 mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral.</li> <li>✓ Dosis máxima 120 mg en 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Administrar a pacientes conscientes.</li> <li>✓ Efectos adversos maternos: cefalea, sofocos.</li> <li>✓ Efectos adversos fetales: taquicardia.</li> </ul>
Hidralazina líquida parenteral. de 20 mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5 mg intravenoso.</li> <li>✓ Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos, ó 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa.</li> <li>✓ Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30mg intramuscular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taquicardia materno-fetal importante.</li> <li>✓ Se asoció a mayor incidencia de desprendimiento placentario.</li> <li>✓ Riesgo de hipotensión materna.</li> </ul>
Labetalol líquido* parenteral. De 5 mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comience con 20 mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300 mg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Somnolencia, fatiga, debilidad, insomnio, hormigueo del cuero cabelludo que cede al poco tiempo, erupción medicamentosa similar al liquen plano, un efecto raro pero potencialmente letal es el Distres respiratorio</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Impregnación: 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónico,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ evitar el uso con Nifedipino</li> </ul>

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia	<p>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).</p> <p>✓ 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).</p>	<p>✓ en caso de paro Cardio respiratorio detener la infusión</p> <p>✓ iniciar RCP</p> <p>✓ y administrar Gluconato de calcio 10% iv</p>
---	---	---

(MSP, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, 2016)

## 5. SIGNOS VITALES

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Temperatura	Saturación de Oxígeno	Respiración
<b>Al ingreso a la casa de salud</b>				
144/99 mmHg	112 X`	36.4 °C	99%	20X`
<b>Después del tratamiento con antihipertensivos durante estadía hospitalaria</b>				
106/72 mmHg	88X`	36.2 °C	99%	20X`
105/70 mmHg	86 X`	36.4 °C	99%	19X`
102/70 mmHg	92X`	36.2 °C	98%	18X`
122/72 mmHg	75X`	36.4 °C	100%	19X`
103/73 mmHg	86X`	35.5 °C	`99%	20X`
102/70 mmHg	83X`	36,5 °C	99%	20X`
<b>Al egreso de la casa de salud</b>				
110/65 mmHg	98X`	36.5 °C	99%	19X`

## NOTAS DE ENFERMERÍA







# KARDEX TRATAMIENTO INICIAL

NOMBRE		APELLIDOS		SEXO (M-F)	Nº HOJA							
Lisseth Carolina		Andrónico Guinda		F	01							
1 MEDICAMENTO		2 ADMINISTRACIÓN										
PRESENTACIÓN VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES											
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1 Solución Salina al 0.9% de 1000ml 30gTEX1 I.V. STAT	09:30	8.7	17.6									
2 Solución Salina 0.9%. 80cc + 20 de Sulfato de Magnesio I.V.	11:30	JP	16									
3 Solución Salina 0.9%. 450cc + 5 am- polla de Sulfato de Magnesio I.V. 50ml	12:10	JP	16									
4												
5												
6												
7												

# KARDEX TRATAMIENTO DURANTE ESTADÍA HOSPITALARIA

NOMBRE		APELLIDOS		SEXO (M/F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA							
Lisseth Carolina		Archevaldo Quirós		F	#1	254830							
1 MEDICAMENTO		2 ADMINISTRACIÓN											
PRESENTACIÓN VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA		DÍA Y MES											
Solución Salina 1000 ml		14/10/19			15-10-19								
IV 30 gotas		HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
Solución Salina 450 ml + 5 amp Sulfato de magnesio 50 ml		06	18	02	06	06	02						
IV 50 ml													
Cefotaxima 1000 mg													
IV c/d		18		02									
Ibuprofeno 100 mg													
IV c/d		04		02									
Nifedipino 10 mg													
VO c/d		03		02	03		02						
Hydroclorazina 10 mg > 16/110		11		02	11								
IV Prn		19		02									
Ibuprofeno 100 mg													
IV c/d		12		02	12								
Ampicilina + Sulbactam 1.5 g													
IV c/d		14		02	06		02						
Sal de hierro + acid. fólico 1 tableta		22		02									
VO qd		12		02									

**PARTE PREOPERATORIO**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

**PARTE OPERATORIO**

FECHA DE CIRUGIA 13/10/19 ESPECIALIDAD Ginecología - Obstetricia  
 PACIENTE Anchundia Quinde Lisette EDAD 24  
 C.I. 0951604218 TLF. \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO Embarazo de 38 Semanas de  
Gestación + Cup 1 + trabajo Parto +  
Preeclampsia +  
 PROCEDIMIENTO Cesarea Segmentaria  
 HORA INICIO 16h00 FINAL 17h00

LABORATORIO

LEU B % NEU 73 % LIN 21 % MON 4 % EOS 1.7 % PLO 262 %  
 HB 114 g/dL HTO 335 % TP 114 seg TTP 30 seg  
 TGO 20 TGP 21 BILIRRUBINA 0-20 BD \_\_\_\_\_ BI \_\_\_\_\_ LDH \_\_\_\_\_  
 GGT \_\_\_\_\_ GLUCOSA \_\_\_\_\_ UREA \_\_\_\_\_ CREATININA \_\_\_\_\_ K+ \_\_\_\_\_ No+ \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH + VDRL no reactivo VIH no reactivo

EQUIPO MÉDICO

CIRUJANO Christian Verdy Martínez 1º AYUDANTE \_\_\_\_\_  
 2º AYUDANTE Ginecología & Obstetricia INSTRUMENTISTA \_\_\_\_\_  
Ced. 0912 276940 ANESTESIOLOGÍA \_\_\_\_\_  
Reg. San. 36503

PEDIATRA \_\_\_\_\_  
 RECIBIDO \_\_\_\_\_  
 FECHA 13/10/2019 HORA \_\_\_\_\_ RESPONSABLE \_\_\_\_\_

*Christian Verdy Martínez*  
 Ginecología & Obstetricia  
 Ced. 0912 276940  
 Reg. San. 36503