UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería.

TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA GESTANTE DE 37 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.

AUTORA:

LEYDY LISBETH ESPIN YANEZ

TUTORA:

LIC. CAMINO BRAVO IVONNE ARACELY MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE

DEDICATORIA i

AGRADECIMIENTO ii

TITULO DEL CASO CLINICO: iii

RESUMEN (español) ……..……iv

ABSTRACT (resumen en inglés) ……v

INTRODUCCION vi

I. MARCO TEORICO 1

1.1. JUSTIFICACION 13

1.2. OBJETIVOS 14

1.2.1. OBJETIVO GENERAL 14

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 14

1.3. Datos Generales 15

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO 16

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente. 16

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). 16

2.3. Examen Físico 17

2.4. Información de Exámenes complementarios realizados. 19

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. 22

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. 22

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. 26

2.8. Seguimiento 26

2.9. Observaciones 28

CONCLUSIONES 29

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS……31

ANEXOS 333

DEDICATORIA

Mi esfuerzo es dedicado principalmente a DIOS y mi hijo Edwin Secaira Espín, Tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo de mis ganas de buscar lo mejor para ti. Aun a tu corta edad, me has enseñado muchas cosas de esta vida.

Te agradezco por ayudarme a darme cuenta el lado dulce y no amargo de la vida. eres mi motivación más grande para concluir con éxito este caso clínico.

AGRADECIMIENTO

El presente caso clínico es en Agradecimiento a mi familia y amigos La ayuda que me han brindado ha sido sumamente importante, estuvieron a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más Difíciles, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este caso clínico, sin embargo, siempre fueron muy motivadores y esperanzadora, me decían que lo lograría perfectamente. Me ayudaron hasta donde les eran posible, incluso más que eso.

TITULO DEL CASO CLINICO:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA GESTANTE DE 37 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.

RESUMEN

La preeclampsia es una patología de procedencia placentario que se caracteriza por: presión arterial alta (≥ 140-90 mmHg) desde la vigésima semana de embarazo o a lo largo del puerperio.

Se llama preeclampsia leve una vez que la presión de sangre es ≥ 140/90 mmHg, preeclampsia grave cuando la presión arterial oscila entre los 160/110 mmHg sin consecuencia sistémica y preeclampsia severa una vez que la presión de sangre es ≥ 160/110 mmHg acompañada de proteinuria patológica (≥ 300 mg/día) con prueba de lesión o insuficiencia de los órganos blanco maternos (cerebro, corazón, pulmones, riñones, hígado, cascada de la coagulación).

La complicación de la preeclampsia es la eclampsia determinada por la aparición de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas en una enferma con preeclampsia que no tienen la posibilidad de explicarse por una causa distinto.

Ante todo, lo expuesto es de vital importancia reconocer los signos y síntomas para la aplicación de un tratamiento oportuno, además de educar a la gestante sobre los cuidados que esta debe tener antes, durante y después del embarazo. Por esta razón se realiza el estudio de este caso clínico de una paciente preeclantica ingresada en el Hospital Básico de Baba, a la cual se le aplicara el proceso de atención de enfermería con el fin de brindar cuidados estandarizados para mejorar la condición de la paciente y evitar secuelas irreversibles en la madre y su nuevo ser.

Palabras clave: preeclampsia, embarazo, hipertensión, proteinuria.

ABSTRACT

Preeclampsia is a pathology of placental origin characterized by: high blood pressure (≥ 140-90 mmHg) from the twentieth week of pregnancy or throughout the puerperium.

It is called mild pre-eclampsia once the blood pressure is ≥ 140/90 mmHg, severe pre-eclampsia when the blood pressure ranges between 160/110 mmHg without systemic consequence, and severe pre-eclampsia once the blood pressure is ≥ 160/110 mmHg accompanied by pathologic proteinuria (≥300 mg / day) with evidence of maternal target organ damage or failure (brain, heart, lungs, kidneys, liver, coagulation cascade).

The complication of pre-eclampsia is eclampsia determined by the appearance of generalized tonic-clonic seizures in a patient with pre-eclampsia that cannot be explained by a different cause.

Above all, the above is of vital importance to recognize the signs and symptoms for the application of a timely treatment, in addition to educating the pregnant woman about the care that she should have before, during and after pregnancy. For this reason, the study of this clinical case of a preeclantic patient admitted to the Baba Basic Hospital is carried out, to which the nursing care process will be applied in order to provide standardized care to improve the patient's condition and avoid irreversible sequelae in the mother and her new self.

Key words: preeclampsia, pregnancy, hypertension, proteinuria.

INTRODUCCION

La preeclampsia se encuentra formando parte de los trastornos neurológicos e hipertensivos del embarazo que se caracteriza primordialmente por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria durante la etapa del embarazo; además todo esto se encuentra asociado directamente con la morbimortalidad materna y fetal en la actualidad (Pereira, Pereira, Quirós, 2020).

A esta problemática se le atribuyen diferentes factores de riesgo que predisponen a que la gestante padezca de este trastorno, es por eso que se debe de tener una adecuada valoración de cada paciente, emplear medidas de prevención de manera oportuna para obtener resultados favorables en cuanto a la disminución de casos por preclampsia y así minimizar la incidencia de esta grave enfermedad. Además de reducir el impacto negativo que genera en la sociedad. El tratamiento de esta patología es netamente farmacológico, los cuales pretenden reducir el número de personas afectadas y de esta manera evitar muertes maternas y fetales (Pereira, Pereira, Quirós, 2020).

Según datos obtenidos por la Preeclampsia Foundation, esta enfermedad afecta alrededor del 2 - 10 % de los embarazos en todo el mundo siendo la causante principal de las muertes maternas. Entre las múltiples causas están los partos prematuros, produciendo así el ingreso del recién nacido a salas de unidad de cuidados intensivos neonatales. En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud y publicado en el 2018, los casos hipertensivos son responsables del 22% de la mortalidad materna que acurre en América Latina, 16% en África y 12% en Asia (OMS, 2019).

En el presente estudio de caso clínico se hace referencia a una embarazada de 34 años de edad con diagnóstico de preeclamsia valorada y tratada en el Hospital Básico de Baba, a la cual se le aplicara el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), de acuerdo a los antecedentes patológicos, sintomatología y patrones funcionales alterados, cuya finalidad fue brindar los cuidados adecuados y oportunos para así precautelar la vida de la paciente y del nuevo ser.

Todo este proceso se va a sustentar en la teorizante de enfermería Dorothea Orem, puesto a que en su modelo plantea los procedimientos que debe emplear el personal de enfermería para que pueda orientar a las pacientes en estado de gestación con diagnóstico de preeclampsia y puedan comprender su estado de salud, el compromiso de su vida y la de su bebe de acuerdo a los daños que puede causar la enfermedad; además de cómo tratar la misma para evitar futuras complicaciones y llegar con éxito a un parto a término.

I. MARCO TEORICO

Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones en enfermería se basan en un proceso planificado, organizado, para poder ejecutar acciones en función de brindarle mejoría al paciente.

En la actualidad los profesionales de enfermería utilizan sus propios diagnósticos de enfermería en base a la clasificación diagnostica bridada por la North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I).

Con respecto a las prescripciones se siguen orientando a las brindadas por los médicos y en cuanto a los cuidados de enfermería se encuentran basados en los conocimientos teóricos prácticos de la clínica aprendida durante sus años de formación y profesionalización, siguiendo las intervenciones propuestas por la Nursing Interventions Classification (NIC). El uso de la Nursing Outcomes Classification (NOC), se lo emplea para la evaluación de los resultados reales o potenciales obtenidos durante la aplicación de las intervenciones de enfermería. (García, Torrenteras, 2018).

Proceso de atención de enfermería

Teoría de Dorothea Orem

La enfermería es reconocida como una de las profesiones caracterizadas por el humanismo, que se interacciona con el hombre directamente en su filosofía básica, así mismo con su entorno. Se orienta a los sistemas enfermeros que sirven de apoyo primordial a la educación ya que han dado resultados eficaces con mujeres en estado de gestación.

Orem en su teoría del autocuidado la relaciona a tres teorías de manera general, la primera es la teoría del autocuidado, que hace referencia directamente a todas las acciones que aplican y desarrollan las enfermeras en el arte de cuidar, ayudar y brindar apoyo a la persona que tiene comprometido su estado de salud, para que luego de un tiempo de practica las pueda realizar por sí misma, la segunda hace referencia a la teoría de déficit de autocuidado que se establece cuando el paciente no es capaz de cuidarse o aprender a hacerlo por sí mismo, necesitando de esta manera siempre ayuda para hacerlo y la última teoría basada en los sistemas de enfermería donde se encuentra la descripción sobre las relaciones para brindar la ayuda al ser humano (Blázquez, 2017).

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- Persona: Concibe al hombre como un todo integro que tiene la capacidad innata de conocerse, desarrolla ideas, aplicarlas y utilizarlas, pensar, comunicarse, con el fin de desarrollar acciones de autocuidado independiente.
- Salud: estado integro con ausencia de enfermedades; sin deterioro de la persona en su estructura física y funcional.
- Enfermería: Profesional preparado que brinda cuidados a las demás personas con el fin de mantener su completo estado de vida, salud y bienestar (Blázquez, 2017).

Las acciones de enfermería orientadas a ayudar a mujeres embarazadas están orientadas a:

- Orientar a la gestante sobre los riesgos y complicaciones
- Brindar apoyo emocional en todo momento

- Explicar importancia del descanso durante el periodo de gestación
- Enseñar sobre la importancia del seguimiento adecuado en consultas diferenciadas sobre la salud de la gestante.
- Explicar a la familia sobre el apoyo emocional que deben brindarle a la gestante.
- Evitar hábitos tóxicos
- Valorar si existe presencia de riesgo en su embarazo (Blázquez, 2017).

Embarazo

El embarazo o estado de gestación (gravidez, de grávido, y este del latín *gravĭdus*); es el período comprendido entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del alumbramiento o parto, se dan una serie de cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que se producen en la mujer con el único fin de proteger, nutrir y permitir el desarrollo del nuevo ser, como la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento de volumen de las mamas con la intención de prepararse para la lactancia (OMS,2021).

Complicaciones del embarazo

Algunas enfermedades son comunes durante el estado de gestación y que pueden complicar el embarazo:

- Hipertensión arterial (preeclampsia, eclampsia)
- Insuficiencia renal
- Enfermedades autoinmunitarias
- Enfermedades de la tiroides
- Obesidad

- VIH/SIDA
- Cáncer
- Infecciones

Otras afecciones que pueden aumentar el riesgo de que el embarazo se complique a tal punto de interrumpir el desarrollo del mismo son; diabetes gestacional e incompatibilidad Rh (MedlinePlus, 2020).

Preeclampsia

La preeclampsia, está catalogada como parte de los trastornos neurohipertensivos propios del estado de gestación, caracterizado por presencia de proteínas en orina más hipertensión arterial durante la gestación, además, está asociado a una alta morbimortalidad materna y fetal (Vázquez, Herrera, 2020).

Algunos factores de riesgo que predisponen a padecer este trastorno u otros, son los estilos de vida en cuanto a alimentación, práctica de ejercicio, hábitos tóxicos, etc, por lo tanto, se debe de establecer una adecuada valoración clínica de cada paciente, empleando de esta manera las medidas preventivas con el fin de minimizar riesgos y la alta incidencia de morbimortalidad materna que se vive actualmente (OMS, 2019).

Existen diferentes tipos de manejos utilizados en cuanto a la preeclampsia, principalmente se utilizan los farmacológicos, empleándolos en las pacientes con este trastorno, los cuales dependerán de los resultados finales de pruebas a ejecutar (Vargas, Acosta, Moreno 2012).

Ya que no se puede presagiar que las embarazadas padezcan de preeclampsia a lo largo del embarazo, la monitorización a lo largo de todo el

control prenatal, posibilita apreciar la existencia de componentes de peligro en cada paciente asociados con predisposición de este trastorno hipertensivo (Vázquez, Herrera, 2020).

Fisiopatología

En un embarazo común, la fisiología y anatomía de las arterias espirales, encargadas de perfundir la placenta y por ende proporcionar sangre al feto, muestran una remodelación que las evidencia como vasos de baja resistencia y alta elasticidad, debido a la migración de los citotrofoblastos hacia la capa muscular de las arterias (OMS, 2019).

La patogenia es bastante desconocida aun, no obstante, debido a estudios epidemiológicos y datos experimentales, se ha obtenido una más grande comprensión sobre la viable fisiopatología vinculada a este trastorno (Chimbo; Mariño; Chimbo; Caicedo, 2018).

En la preeclampsia, no se produce la invasión de estas células hacia la capa muscular, lo cual da como consecuencia la falta de dilatación vascular, y genera vasos estenóticos que producen subperfusión placentaria. Por medio de estudios, se ha demostrado que las pacientes que muestran este trastorno hipertensivo a lo largo de su embarazo, tienen una variación en la expresión molecular de varias citosinas y variación en el complejo de histocompatibilidad HLA-G (Vargas, Acosta, Moreno 2012).

Las anomalías en la vasculatura placentaria, desencadenan una secuencia de eventos, que terminan participando en la patogenia de la preeclampsia. Por consiguiente, se estima que la fisiopatología que explica el desarrollo de esta enfermedad es la existencia de tejido placentario, por consiguiente, se convierte

en un trastorno propio del embarazo, que en la enorme mayor parte de los casos muestra resolución a lo largo de los primeros días o semanas posteriores a la expulsión de la placenta a lo largo del parto (OMS, 2019).

Una vez que se muestra isquemia del tejido placentario, se produce una liberación de componentes tisulares, los cuales alteran el tejido endotelial, ocasionando disfunción vascular endotelial. Es justamente, esta disfunción vascular la que explica la afectación multisistémica (Vázquez, Herrera, 2020).

La variación del tono vascular secundaria, crea la hipertensión arterial resultante, además al exponer un crecimiento en la permeabilidad vascular se muestra proteinuria y edema. Existe más grande hipercoagulabilidad secundaria a la activación anormal de procoagulantes tisulares (Vargas, Acosta, Moreno 2012).

Ya que es un trastorno multisistémico, la variación de la vasculatura en determinados órganos explica la sintomatología, como la cefalea, peligro de convulsiones, alteraciones visuales, epigastralgia y restricción del aumento intrauterino (Vargas, Acosta, Moreno 2012).

Hay varias condiciones clínicas que alteran la vasculatura y se transforman en componentes de peligro para sufrir preeclampsia, todo esto debido a la hipoperfusión secundaria. La diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, colagenopatías como el lupus eritematoso sistémico, trombofilias y patologías renales, son varias de las patologías que albergan esta interacción (Pereira, Quiroz, Pereira, 2020).

Epidemiologia

Los disturbios hipertensivos en el embarazo son causantes por más del 20% de las muertes de embarazadas en Latinoamérica según datos de un

análisis de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2018. El día mundial (22 de mayo) pone en relieve el protocolo de uso de antihipertensivos a lo largo del embarazo y la utilización de sulfato de magnesio con el fin en prevenir la pre-eclampsia y eclampsia y minimizar el efecto sobre la morbimortalidad de las madres y de sus bebes (OMS, 2019).

Diagnostico

Para el diagnóstico de la preeclampsia se tienen en cuenta los cambios fisiológicos que se presentan durante embarazo, uno de ellos es la presión arterial siendo uno de los signos vitales que experimenta cambios (aumento) con un patrón conocido y marcado a lo largo de los tres trimestres de gestación (Vázquez, Herrera, 2020).

La hipertensión crónica, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, y la eclampsia, son los trastornos hipertensivos que se presentan durante el desarrollo del embarazo. Todos estos trastornos cuentan con criterios diagnósticos específicos que el médico debe identificar mediante una clara y adecuada valoración clínica para lograr clasificar de forma conveniente a la paciente, debido a que todos presentan un manejo y abordaje diferente (Vargas, Acosta, Moreno 2012).

Pese a que este trastorno hipertensivo se asocia a probables complicaciones graves, su diagnóstico se hace con base a criterios diagnósticos que en todo el tiempo se fueron modificando, empezando por el aumento gradual de la presión arterial (Chimbo; Mariño; Chimbo; Caicedo, 2018).

Se habla de preeclampsia una vez que una paciente en estado de gestacion luego de las 20 semanas muestra una presión arterial sistólica > 140

mmHg o una presión arterial diastólica > 90 mmHg en 2 situaciones con 4 horas de diferencia entre las dos tomas y que también se evidencie proteinuria > 0.3 gramo en una orina de 24 horas o una índice proteína creatinina > 0.3 miligramo o la existencia de > 2 + en tiras reactivas en orina (Vázquez, Herrera, 2020).

Para diagnosticar la preeclampsia, la paciente debe de tener presión arterial alta y una o varias de las siguientes complicaciones después de la vigésima semana de embarazo:

- Proteínas en la orina (proteinuria)
- Plaquetopenia
- Insuficiencia renal
- Edema pulmonar
- Aparición de dolores de cabeza o trastornos de la visión
- Edema en miembros inferiores (Vargas, Acosta, Moreno 2012).

Tratamiento

El tratamiento más efectivo para la preeclampsia es el parto. La paciente corre graves riesgos de padecer convulsiones, desprendimiento placentario, derrames y sangrado grave hasta que la presión arterial disminuya. Sin embargo, si el embarazo no está lo suficientemente avanzado, el parto no va a ser la mejor elección para el recién nacido (Chimbo; Mariño; Chimbo; Caicedo, 2018).

La paciente con preeclampsia, ante la consulta médica sugerirá realizar consultas prenatales (quizás con más frecuencia que la recomendada principalmente en el embarazo). Es viable que además debas hacerte estudio de

sangre, ecografías y estudio sin estrés con más frecuencia que a lo largo de un embarazo sin complicaciones.

Tratamiento farmacológico

Medicamentos para disminuir la presión arterial. Dichos medicamentos, llamados antihipertensivos, se usan para bajar la presión arterial si está a un grado perjudicial. La presión arterial en el grado de 140/90 milímetros de mercurio (mm Hg) en gestantes no se trata con medicamentos, sino más bien se intenta revertir modificando los estilos de vida (Rojas, Villagómez, 2019).

En casos graves se usará tratamiento farmacológico intravenoso como 1 gramo de sulfato de magnesio por cada 10 ml, y debe administrarse 4 gramos (40 ml) en 15 a 20 minutos por volutrol, como dosis inicial de ataque (dosis de impregnación); se continuará con una infusión de 1 gramo por hora (10 ml por hora) y mantener la infusión por 24 horas después del parto (dosis de mantenimiento) (Rojas, Villagómez, 2019).

MANEJO DE LA CLAVE AZUL

Manejo de las emergencias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención (MSP, 2017).

Organización del equipo:

Coordinador (a): deberá ser un profesional de la salud capacitado en claves obstétricas, encargado de liderar al grupo. Esta persona debe estar ubicada en la parte inferior del cuerpo de la paciente a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

Coordinador:

Ubicado a la altura del útero:

- Activa “código azul” y da directrices al equipo •
- Evaluación diagnóstica y Ordena la aplicación de los medicamentos necesarios
- Tome la decisión temprana de remisión o de asumir el caso de acuerdo al nivel de atención. Definir lugar de referencia y comunicar.
- Evalúa continuamente estado de conciencia y examen clínico
- Verifica continuamente que los asistentes cumplan sus funciones
- Habla con familiares sobre la severidad de caso y conducta a tomar (posterior a haber estabilizado al paciente) (MSP, 2017).

Asistente 1:

- Ubicado en la cabecera del paciente.
- Anota los eventos
- Reevalúa estado de conciencia y alteración del SNC
- Monitorea de funciones vitales: frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos, y diuresis horaria.
- Evalúa posibles signos síntomas de intoxicación por sulfato de magnesio
- Colabora con el coordinador la realización de procedimientos.
- Mantiene vía aérea permeable: Hiperextensión de cabeza, tubo de mayo N° 4, aspiración de secreciones (en caso de ser necesario).

- Realice las ordenes de laboratorio para: Hb, Hcto, Plaquetas, TP, TTP, bilirrubinas, TGO, TGP, LDH, frotis sanguíneo, ácido úrico, creatinina, úrea, Frotis sanguíneo (MSP, 2017).

Asistente 2:

- Ubicado a un lado del paciente
- Anota los eventos
- Reevalúa estado de conciencia y alteración del SNC
- Monitorea de funciones vitales: frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos, y diuresis horaria.
- Evalúa posibles signos síntomas de intoxicación por sulfato de magnesio
- Colabora con el coordinador la realización de procedimientos.
- Mantiene vía aérea permeable: Hiperextensión de cabeza, tubo de mayo N° 4, aspiración de secreciones (en caso de ser necesario).
- Toma presión arterial y pulso.
- Alcanza KIT DE CODIGO AZUL y otros materiales necesarios (si la paciente va a ser referida, llevarlo durante el transporte)
- Coloca 2 vías endovenosas (No. 14 o 16), tome muestras sanguíneas (3 tubos). Vía 1: solución isotónica (ClNa 9% o LR). Vía 2: uso de Sulfato de Magnesio según indicaciones de Coordinador
- Si PA ≥ 160/110 mmHg administrar antihipertensivos
- Administración de Oxigeno (en caso de ser necesario)
- Colocar sonda Foley Nº 14 o 16 con bolsa colectora.
- Registra medicamentos administrados.

Insumos y materiales de la clave azul (MSP, 2017).

- Catéter venoso periférico (2 Unid) •
- Catéter intravenoso periférico N°14G, 16G Y 18G (2 unid c/u) •
- Cánula de Guedel tamaño 5,6,7 (1 unidad) •
- Guantes quirúrgicos N° 6,5, 7, 7,5 (4 Unid) •
- Catéter urinario uretral N°14 y 16 (1 Unid). •
- Frasco de muestra para orina (1 unidad) •
- Jeringa 10ml N° 21G (4 Unid). • Jeringa 5 ml N° 21G (4 Unid). •
- Mascarilla de oxígeno (1) • Tensiómetro (1) •
- Tubos tapa rojo, celeste y lila (3 de cada uno) •
- Formularios: Pedidos de sangre, Código Azul, pedidos de laboratorio, Esparadrapo, marcador, algoritmos. •
- Medicamentos: Sulfato de magnesio 20 % (13 amp) (*). Nifedipino 10 mg(Tab 3 Unid). Hidralazina 20mg (1 amp), Gluconato de Calcio 10%, 10ml (1 amp), ClNa al 0,9%, 100ml (1), 500ml (1).

(*) El Sulfato de Mg se aplicará con las precauciones y se monitoreará signos y síntomas de intoxicación (MSP, 2017).

1.1. JUSTIFICACION

La preeclampsia es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico que se muestra luego de la semana 20 de gestación caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria. Constituye una causa fundamental de morbimortalidad materna y perinatal. Se estima que alrededor 50,000 muertes maternas se dan en todo el mundo y en países en vías de desarrollo como México y Latinoamérica constituye la primordial causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas.

Los hallazgos clínicos de la preeclampsia tienen la posibilidad de expresar como síndrome materno (hipertensión, proteinuria) y/o síndrome fetal con oligohidramnios, restricción en el incremento intrauterino. La vigilancia y el desempeño estandarizado de la preeclampsia se asocian como una disminución del peligro materno.

Por todo esto es importante realizar un adecuado proceso de atención de enfermería en una paciente con diagnostico de preeclamsia, con el fin de recuperar el estado de salud de la paciente y evitar posibles complicaciones.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de intervención de enfermería en una gestante de 37 semanas con diagnóstico de preeclampsia, en el Hospital Básico de Baba teniendo en cuenta su sintomatología y factores de riesgo presentes en la gestante.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los signos, síntomas, antecedentes patológicos en relación a los patrones funcionales de enfermería presentes en la gestante de 37 semanas con diagnóstico de preecampsia ingresada en el Hospital Básico de Baba.

- Identificar los factores de riesgo relacionados al desarrollo y las complicaciones de la preeclampsia en la gestante de 37 semanas

- Describir los resultados obtenidos a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la paciente una gestante de 37 semanas con diagnóstico de preeclampsia.

1.3. Datos Generales

Nombres y apellidos: NN

Sexo: femenino

Raza: montubia

Edad: 34 años

Estado civil: Unión libre

Instrucción: primaria incompleta

Profesión: no refiere

Ocupación: ama de casa

Lugar de Nacimiento: Baba - Guare

Nacionalidad: ecuatoriana

Fecha de nacimiento: 17/07/1987

Gestas: 4 (dos partos y dos cesáreas)

Grupo sanguíneo: O RH +

Peso: 80.9 kg

Residencia actual

Cantón: Baba

Ciudad: Baba

Provincia: Los Ríos

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Motivo de consulta: Paciente de sexo femenino de 34 años de edad con un embarazo de 37 semanas de gestación acude al área de emergencia del Hospital Básico de Baba por presentar un cuadro clínico de hipertensión arterial, cefalea y edemas en miembros inferiores, el medio especialista sugiere su ingreso para correspondiente valoración y realizar cesárea instrumentada.

Antecedentes:

- **Personales:** No consume ningún tipo de droga, consume alcohol en ocasiones especiales, no fuma.
- **Familiares:** Su madre padece de hipertensión arterial no controlada; su padre es fallecido por Insuficiencia Renal Crónica.
- **Ginecobstétrico:** Menarquia a los 11 años de edad con ciclos irregulares dolorosos, gestas previas 4, embarazo actual no fue planificado.

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

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad con un embarazo de 37 semanas de gestación acudió al área de emergencia obstétrica del Hospital Básico de Baba, en compañía de su suegra, manifestando haber desarrollado hipertensión arterial durante el embarazo y ahora ingresa por la misma causa, se admite su ingreso al área de hospitalización, se controlan signos vitales por parte del personal de enfermería; presión arterial 155/93 mm/Hg, frecuencia cardíaca 87 latidos por minutos, saturación de oxígeno 97%, temperatura 37,1 °C, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto. El médico realiza su valoración e ingresa a la paciente con diagnóstico de preeclampsia, solicita exámenes de laboratorio y realiza su prescripción.

A la paciente se le administró el tratamiento indicado por el médico:

- Dosis de impregnación con 4 gramos de sulfato de magnesio en 100 ml de cloruro de sodio pasar en media hora.

  Vigilar y reportar novedades

  Luego del ingreso aplicar dosis de mantenimiento

- Lactato de ringer 1000cc + 6 gramos de sulfato de magnesio pasar a 42 ml por hora.
- Metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada 8 hora.
- Ampicilina 1 gramo intravenosa cada 6 horas.
- Paracetamol 1 gramo intravenosa por razones necesarias.
- Nifedipino 10 mg vía oral cada 8 horas

2.3. Examen Físico (Exploración física)

Examen cefalocaudal

Cabeza: Normo cefálicaa, simétrica, sin presencia de masas ni adenopatías, buena implantación de cabello y aparentemente limpio.

Cara: Facie pálida, con coloración rojiza

Boca: Mucosa orales semihumedas, dientes bien implantados aparentemente sanos.

Nariz: Tabique proporcional a la cara.

Cuello: Sin presencia de adenopatías ni tumoraciones palpables a la presión profunda.

Tórax: Simétrico, sin presenta lesiones. Murmullo vesicular presente en pulmones, Ritmo cardiaco arrítmico paroxístico, sin presencia de soplos.

Abdomen: Globuloso en relación a la edad gestacional.

Pulmones: Llenado pulmonar completo con estertores normales, húmedos, crepitantes en vértice y región para hilar del lado izquierdo.

Extremidades Superiores e Inferiores: Con presencia de edema en los miembros inferiores.

SIGNOS VITALES

PA: 155/83 mm/Hg

FC: 87 latidos por minutos

FR: 17 rpm

T°: 37,1 °C

SAT O2: 97%

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD:

Paciente de sexo femenino con 34 años de edad en su quinto embarazo no planificado con hipertensión arterial, controles previos 4.

Cuatro gestas anteriores, dos partos y dos cesáreas con complicaciones estas últimas. Paciente sobrepeso sin práctica diaria de ejercicio.

PATRON 2: NUTRICIONAL – METABOLICO

Se alimenta en más de cinco comidas, altas en grasa y sal. Todo esto adicionado a su sedentarismo la mantienen con sobrepeso.

PATRON 3: ELIMINACION

Eliminación Urinaria: presencia de sonda Foley, Diuresis de 118 cc en 4 Horas. Análisis de orina con dos ++ de proteínas en orina

PATRON 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

Paciente con sedentarismo mórbido, presencia de edema, al momento con reposo absoluto. Riesgo de caída alto.

PATRON 5: SUEÑO – DESCANSO

Paciente refiere episodio de sueños irregulares, alterados por cansancio y agitación

PATRON 6: COGNITIVO PERCEPTUAL

Debido a los dolores de cabeza le cuesta concentrarse

PATRON 7: AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

Paciente refiere que solo se mantiene en casa y en raras ocasiones sale de la casa.

PATRON 8: ROL – RELACIONES

Paciente afirma no tener buena relación con su pareja y que la comunicación e intimidad es mínima

PATRON 9: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Paciente manifiesta que su inicio de la menarquia fue a los 14 años y solo ha tenido una pareja sexual desde que se unió a su pareja actual.

PATRON 10: ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere sentirse sola debido a que no cuenta con compañía además de sus hijos e hijas, además de no salir a la ciudad ni reunirse con las personas cercanas a su casa.

PATRON 11: VALORES/CREENCIAS

Paciente refiere ser creyente católica.

2.4. Información de Exámenes complementarios realizados.

Biometría Hemática de ingreso

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
HEMOGRAMA			
Leucocitos	11.80	10ˆ3/uL	4 - 12
Hematíes	4,1	x 10ˆ6/uL	3.5 – 5.2

Hematocrito	32,5	%	36.0 – 45.0 %
Hemoglobina	11.5	g/dl	12 - 16
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	87.3	fL	80 – 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	25.1	Pg	27 – 34
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	30.0	g/dl	31 - 37
Plaquetas	246	10ˆ3/uL	100 – 300
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	7.5	fL	6.5 – 12
Neutrofilos %	65,8	%	50 – 70
Linfocitos %	23.7	%	20 – 40
Monocitos %	9.6	%	3 – 10
Eosinofilos %	2.2	%	0.5 – 5
Basofilos %	0.9	%	0 - 1
GRUPO SANGUINEO			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		
Glucosa	99	mg/dlg	60-100
Urea	29	mg/dlg	10-40
Creatinina	0.9	mg/dlg	0.6 a 1.1
Ácido Úrico	6.1	mg/dlg	2,4-6,0

Hemostasia

Examen	**Resultado**	**Unidad**	**Rango referencial**
Tiempos			
TP (Tiempo de protrombina)	12.4	Min seg	10 – 13
INR (Pruebas de tiempo de protrombina)	1.03		1.0
TPT (Tiempo parcial de tromboplastina)	29.80	seg	25 – 38 seg

Examen obstétrico

Altura uterina: 31 cm.

Dinámica uterina: 1

Latidos cardiofetales: 155 por minuto,

Movimientos fetales activos: +, Tono normal.

Maniobras de Leopold: feto único. Situación longitudinal, dorso derecho, Presentación cefálica.

Tacto vaginal: No se realizó

Dilatación: 2 cm.

Ecodoppler fetal: Normal, no circular de cordón umbilical

Biometría Hemática post quirúrgica

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
HEMOGRAMA			
Leucocitos	14.80	10ˆ3/uL	4 - 12
Hematíes	4,1	x 10ˆ6/uL	3.5 – 5.2
Hematocrito	32,4	%	36.0 – 45.0 %
Hemoglobina	11.7	g/dl	12 - 16
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	87.3	fL	80 – 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	25.1	Pg	27 – 34
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	30.0	g/dl	31 - 37
Plaquetas	246	10ˆ3/uL	100 – 300
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	7.5	fL	6.5 – 12
Neutrofilos %	65,8	%	50 – 70
Linfocitos %	23.7	%	20 – 40
Monocitos %	9.6	%	3 – 10
Eosinofilos %	2.2	%	0.5 – 5
Basofilos %	0.9	%	0 - 1
GRUPO SANGUINEO			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		
Glucosa	91	mg/dlg	60-100

Urea	27	mg/dlg	10-40
Creatinina	0.8	mg/dlg	0.6 a 1.1
Ácido Úrico	6.0	mg/dlg	2,4-6,0

Hemostasia

Examen	**Resultado**	**Unidad**	**Rango referencial**
Tiempos			
TP (Tiempo de protrombina)	12.4	Min seg	10 – 13
INR (Pruebas de tiempo de protrombina)	1.03		1.0
TPT (Tiempo parcial de tromboplastina)	29.80	seg	25 – 38 seg

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Hipertensión gestacional

Diagnostico enfermero. Desequilibrio nutricional por exceso R/C falta de conocimiento de la relación entre la dieta y la enfermedad.

Diagnóstico diferencial: Preeclampsia

Diagnostico enfermero. Mantenimiento inefectivo de la salud R/C Conocimiento deficiente respecto al tratamiento y al control del proceso de la enfermedad.

Diagnóstico definitivo: Preeclampsia

Diagnostico enfermero. Intolerancia a la actividad R/C perdida de la condicion fascia (embarazo/ obesidad)

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

El Proceso de Atención de Enfermería es un conjunto de procedimientos encaminados a obtener información de la paciente de manera que permita

elaborar un correcto y adecuado plan de cuidados, con el único fin de recuperar el estado de salud de la paciente y una recuperación en menor tiempo de lo esperado.

Ante todo, lo expuesto y basándose en la valoración por patrones funcionales de la teorizante Marjory Gordon, que abarcan todos los aspectos generales y específicos del paciente, relacionada a la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Dentro de los patrones funcionales alterados se encuentran:

- **Patrón 1:** Percepción – Manejo de la salud.
- **Patrón 2: Nutricional y metabólico**
- **Patrón 3: Eliminación e intercambio**
- **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio
- **PATRON 5:** SUEÑO – DESCANSO
- **Patrón 6:** Cognitivo Perceptual.
- **Patrón 8:** Rol – Relaciones.
-

Plan Farmacológico:

A la paciente se le administró el tratamiento indicado por el médico:

- Lactato de ringer 1000cc + 6 gramos de sulfato de magnesio pasar a 42 ml por hora.
- Metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada 8 hora.
- Ampicilina + sulbactan 1,5 gramo intravenosa cada 8 horas.
- Paracetamol 1 gramo intravenosa por razones necesarias.
- Nifedipino 10 mg vía oral cada 8 horas

NANDA:00132
NOC: 2102
NIC: 1400

Dominio 12: confort

Clase 04: Actividad y reposo **Etiqueta**: 00092

Dx: Intolerancia a la actividad

R/C: Perdida de la condición física (obesidad/embarazo)

E/P: hipertensión arterial. Cefalea, edema en miembros inferiores

M E T A S

Dominio 01: Salud Funcional

Clase A: Mantenimiento de la energía

Etiqueta 0002: conservación de la energía

Campo 01: Fisiológico: Básico

Clase E: Control de actividad y ejercicio

Etiqueta 0180: Manejo de la energía

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

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hipertensión arterial		X		X	
Cefalea		X			X
Edema en miembros inferiores		X		X	

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales
2. Fomentar al paciente a llevar una dieta saludable, hiposódica
3. Educar al paciente para que realice actividades de acuerdo a su circunstancia física.
4. Limitar los momentos de estrés.
5. Proporcionar un ambiente tranquilo al paciente y administrar medicación prescrita, para la cefalea.
6. Utilizar tratamiento diurético para la eliminación de líquidos
7. Incentivar en el paciente la utilización de medias elásticas para ayudar a movilizar el edema y aumentar el retorno venoso.

NANDA:00209
NOC: 2509
NIC: 4021

Dominio 08: Sexualidad

Clase 03: Reproducción **Etiqueta:** 00209

Dx: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

R/C: Complicaciones del embarazo (Preeclampsia)

E/P: Hipertensión, taquicardia, cefalea, nauseas.

M E T A S

Dominio 06: Salud familiar

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

Etiqueta: Estado materno: Preparto

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cefalea		X			X
Nauseas		X			X
Dolor epigástrico	X			X	
Sangrado vaginal	X				X
Presión arterial		x		X	

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

Campo 05: Familia

Clase N: Cuidados de un nuevo bebe

Etiqueta 4021: Disminución de la hemorragia: Utero anteparto

ACTIVIDADES

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

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

El caso clínico está enfocado en una paciente de 34 años de edad con 37 años de edad con diagnóstico médico de preeclampsia, ingresada en el Hospital Básico de Baba y que gracias a los cuidados brindados por el personal sanitario se obtuvo una buena recuperación de la paciente. Todo lo anteriormente mencionado se encuentra fundamentada en la teoría de Dorothea Oren, debido a que la misma se centra en el arte y la práctica de enfermería en cuando al cuidado directo del paciente, mejorando de esta manera el estado de salud del mismo y a su vez educándolo para que esté preparado para su proceso de recuperación en cuanto al autocuidado que este deberá realizar.

La teoría no solo se enfoca en auto educar al paciente sino también al familiar para que esté pueda desenvolverse como cuidador, ayudando con la recuperación de su familiar que necesita de ayuda para su total recuperación.

2.8. Seguimiento

DIA 1

Paciente de sexo femenino que ingresa por el área de emergencia con diagnóstico de preeclampsia, con 37 semanas de gestación y 34 años de edad. Ingresa en compañía de su familiar a quienes se les explica el motivo de ingreso, protocolos del mismo y realizan la firma de consentimientos informados. Se realiza la toma de constantes vitales y se procede a la canalización de una vía endovenosa periférica permeable con catéter #18, se administra la medicación prescrita, dosis de impregnación con sulfato de

magnesio. Se coloca sonda vesical con eliminación de diuresis. Al examen físico general se observa una paciente de sexo femenino aparentemente estable motorizada, cabeza normo cefálica, fascias rubicundas debido a la medicación, cuello móvil sin adenopatías visibles, tórax simétrico, abdomen glóbulos de acuerdo a edad gestacional con útero ocupado por feto único vivo, extremidades superiores móviles con vía periférica en brazo izquierdo y miembros inferiores edematizados. Paciente pasa a la sala de Hospitalización.

DIA 2

Paciente de sexo femenino preparada para cesare instrumentales a las 8 AM, se mantuvo con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio, previo a valoración de ginecología y anestesiólogos deciden realizar el procedimiento. Paciente aparentemente estable paso al área de quirófano.

En el área de quirófano se realizó la cesárea instrumentada bajo normas de asepsia y antisepsia sin eventualidades además de la ligadura de trompas con los consentimientos de la paciente, aparentemente estable durante el procedimiento con la extracción del recién nacido vivo pasa a recuperación durante dos horas, altura de fondo uterino a nivel umbilical con escasa eliminación de sangre vía vaginal, paciente es enviada a hospitalización.

Paciente post quirúrgico pasa a hospitalización con monitorización continúa en conjunto con su recién nacido y su familiar. Se realiza medición de Score mamá cada media hora y luego cada hora con constantes vitales normales durante las primeras seis horas. Luego la medición del Score mamá se realiza cada cuatro horas sin cambios ni alteraciones en sus constantes vitales. Paciente pasa tranquila durante la noche sin sangrado vaginal.

DIA 3

Paciente post quirúrgica en su segundo día de hospitalización pasa aparentemente estable, en compañía de su bebé y su familiar. Control de Score mamá cada 8 horas sin alteraciones ni eventualidades. Se administra la medicación prescrita. Se canaliza nueva vía periférica permeable debido a que la anterior estaba infiltrada. Al examen físico general sin alteración. Herida quirúrgica en buen estado sin sangrado vaginal. Se retira la sonda vesical por orden médica. Paciente comienza la deambulación sin problemas ni inconvenientes. Se comunican novedades a médico de guardia. Paciente queda bajo el cuidado y supervisión de enfermería.

DIA 4

Recibí paciente post quirúrgica en su tercer día, aparentemente estable en compañía de su recién nacido y su familiar, sin eventualidades. Score mamá medido cada 12 horas sin alteraciones. Paciente recibe alta médica, medicación para su casa y seguimiento por consulta externa. Se explican cuidados para la madre y el recién nacido en casa. Se brinda indicación para la salud, se entregan recetas y medicación además de papeles de alta. Paciente se retira de la casa hospitalaria aparentemente estable.

2.9. Observaciones

Desde el ingreso de la paciente se explica a ella y los familiares sobre el proceder en cuanto a tratamiento e intervención quirúrgica a realizar, indicando los riesgos y beneficios por lo que aceptan y firman los consentimientos

informados. En el área de hospitalización se monitoriza a la paciente y mantiene en estricto cuidado. Paciente paso al área de quirófano y se le realizó cesárea instrumentada bajo normas de asepsia y antisepsia son eventualidades, se dió masajes uterino para ayudar a eliminar los coágulos. Paciente paso nuevamente a hospitalización depende se la monitoriza y aplicó el tratamiento más efectivo y acertado para tratar su diagnóstico, obteniendo resultados positivos sin complicación y recuperando el estado de salud de la paciente

CONCLUSIONES

Con la realización de este caso clínico se logró recopilar información precisa, concisa y en tiempo real de una paciente estante de 34 años de edad con 37 semanas de gestación y un diagnóstico de preeclampsia, fue aceptada e ingresada en el Hospital Básico de Baba para la realización de una cesaría instrumentada bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia.

Dicha paciente se le habría realizado los controles perinatales en el centro de salud más cercano y era conocida por el médico especialista, por esta razón se buscó la manera de solucionar el problema de salud dentro de la casa hospitalaria antes mencionada.

Se identificaron los factores de riesgos que predisponía para el desarrollo de percepción y manejo de la salud, nutricional y metabólico, eliminación e intercambio, sexualidad y reproducción, actividad y ejercicio,

cognitivo y perceptual y finalmente el de rol relaciones. Se elaboró un adecuado plan de cuidados con el fin de mejorar la calidad de vida.

Mediante la elaboración y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se logró identificar las actividades a realizar con la paciente con el fin de obtener una recuperación adecuada y pronta, además de la educación para la salud brindada a la paciente y sus familiares para que cumplan con su rol de cuidadores. Se obtuvo como resultado final la recuperación e la paciente y se pudo ir a su casa tranquila en compañía de su recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Chimbo Elizabeth; Mariño Estefanía; Chimbo Alexandra; Caicedo Elizabeth (2018). Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 13, núm. 1, Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, Venezuela Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263333002

García Elena, Torrenteras Javier. (2018). "Las intervenciones de enfermería" como patrón pedagógico de e-learning, wiki y aplicación móvil. ROJO. Revista de Educación a Distancia, (39), 104-125. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=547/54729539007

María Blázquez Morales. (2017). Embarazo adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. (1), 1 – 8. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf

MedLinePlus. (2020). Problemas de salud durante el embarazo. Biblioteca Mundial de Medicina de Estados Unidos. Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/healthproblemsinpregnancy.html

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. Obtenida de http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2019). 22 de mayo – Día Mundial de la Preeclampsia. Obtenido de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2019). 22 de mayo – Día Mundial de la Preeclampsia. Obtenido de

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2021). Publicaciones sobre el embarazo. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pregnancy/es/

Pereira Calvo, Pereira Rodríguez, Quirós Figueroa. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Medica Sinergia*, *5*(1), e340. Obtenido de https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340

Rojas Lino, Villagómez María, Rojas Augusto, Rojas Eduardo (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento Universidad de las Américas, Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo. Revista Eugenio Espejo, vol. 13, núm. 2, pp. 79-91, Obtenido de https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572861392011/html/index.html

Vargas Manuel, Acosta Gustavo, Moreno Adán. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *77*(6), 471-476. Obtenido de https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013

Vázquez Rodríguez, Herrera-Escobedo. (2020). Metas del tratamiento de pacientes con preeclampsia, previo al parto, en una unidad de cuidados intensivos. Ginecol Obstet Mex; 88(1):14-22. Obtenido de https://doi.org/10.24245/gom. v88i1.3398

ANEXOS

Interna de enfermería, Leydy Espin preparando a la paciente para su ingreso al área de hospitalización.

Interna de enfermería, Leydy Espin, revisando a la paciente preeclantica después de la cesare.